

Ole Dreier

Denkweisen über Therapie

1. *Allgemeine Problementwicklung*

Therapeutische Praxis ist — wie jede berufliche Tätigkeit — eine besondere Art gesellschaftlicher Arbeit mit einem historisch bestimmten Gegenstand, bestimmten Funktionen und Zielen, Bedingungen und Formen, Aufgaben und Methoden. Jeder individuelle Therapeut handelt also unter bestimmten ökonomischen, rechtlichen und institutionellen Bedingungen in einer bestimmten Position der Sozial- und Gesundheitsversorgung. Seine Handlungen tragen demgemäß zur Realisierung gesellschaftlicher Interessen und Ziele bei und sind also in deren Widersprüche und Mystifikationen einbezogen. Die Bedingungsstrukturen seiner Tätigkeit erscheinen ihm als eine Struktur von Bedeutungen, aus denen hervorgeht, was er im Verhältnis dazu tun kann. Sie verkörpern vergegenständlichte menschliche Erfahrungen der Wahrung von Interessen und Bedürfnissen, und sie sind damit Teilaspekte der übergreifenden gesellschaftlichen Bedeutungsstruktur, die eigenen Gesetzmäßigkeiten unterliegt.

Individuelle Therapeutesubjekte können sich zur Bedeutungsstruktur ihrer Praxis auf verschiedene Weise verhalten. Ihre Handlungen sind nicht vollständig dadurch determiniert. Die gegebene Bedeutungsstruktur stellt einen bestimmten, mehr oder weniger beschränkten oder umfassenden objektiven Raum von Handlungsmöglichkeiten für sie dar. Um sich diese Möglichkeiten aneignen, sie umsetzen und erweitern zu können, muß der individuelle Therapeut eine dafür funktionale subjektive Handlungsfähigkeit entwickeln.

Die kognitiven Aktivitäten des Therapeuten, seine persönliche Wahrnehmung und sein persönliches Denken, sind ein psychischer Funktionsaspekt dieser Handlungsfähigkeit, die er im Verhältnis zu seinem beruflichen Handlungsraum entwickelt. Sein Denken stellt eine psychische Verarbeitung von Erfahrungen dar, die er durch seine Praxis in diesem Raum macht, spiegelt damit inhaltlich seinen konkreten gesellschaftlich vermittelten beruflichen Handlungszusammenhang wider und ist gleichzeitig sein individueller Versuch, die Möglichkeiten, die Bedeutung und die Ergebnisse seiner Handlungen sowie sein persönliches Verhältnis dazu auf verschiedenen Dimensionen zu bestimmen.

Kein Therapeut vollzieht diese denkende Verarbeitung seiner beruflichen Wirklichkeit vollständig von vorne und auf sich gestellt. In den gesellschaftlich entwickelten objektiven Bedeutungsstrukturen dieser Berufsrealität ist bereits in gewisser Weise verkörpert, wozu sie »gedacht« sind, was man sich also beim Handeln mit Bezug darauf »zu denken hat«. Derartige in den vorfindlichen Bedingungen und Verhältnissen vergegenständlichten, gesellschaftlich organisierten Denkweisen begegnen dem individuellen Praktiker in Gestalt von objektiven

gesellschaftlichen Denk- und Sprachformen über therapeutische Praxis einschließlich ihrer ideologischen Bezüge und Implikationen. Hierzu gehören die vorfindlichen Therapiekonzepte, die besondere Theoretisierungen von Praxiserfahrungen unter bestimmten Bedingungen sind und sich als bestimmte »Vorschläge« zur Bewältigung der therapeutischen Praxis anbieten. Der einzelne Therapeut benutzt diese objektiven Denkformen auf eine je besondere Weise zur Entwicklung seines persönlichen Denkens über seine Praxis in seinem besonderen Handlungsraum. An bestimmten Punkten mag er natürlich zu anderen Auffassungen kommen und die Funktionalität solcher kognitiven »Angebote« für sich hinterfragen. Er mag sogar teilweise ihre Aneignung und die damit verbundene Anstrengung unterlassen. Die jeweiligen gesellschaftlichen Denkformen sind außerdem umfassender als das, was er kognitiv realisieren kann. Sein individuelles Denken bleibt also eine besondere und partielle gedankliche Reproduktion der ihm »zugekehrten« objektiven Bedeutungsstrukturen einschließlich deren sprachlicher und konzeptioneller Formen: Darin reflektiert sich seine persönliche Verarbeitungsweise der gesellschaftlich angebotenen Denk- und Bewältigungsformen therapeutischer Praxis.

Mit dem allgemeinen Vorhaben, das Praxisfeld der Therapie auf der damit grob umrissenen kategorialen Grundlage der Kritischen Psychologie (vgl. Holzkamp, 1983) zu analysieren, verfolgen wir das Interesse, eine »Bereichstheorie« aufzubauen, die die Besonderheit der therapeutischen Praxis in ihrem gesellschaftlichen Funktionszusammenhang reflektiert und dadurch den Therapeuten adäquate Mittel zu deren Durchdringung und Erweiterung zur Verfügung stellt. Als Teilaspekt dieses Vorhabens sollen im Folgenden einige weit verbreitete Denkweisen über psychologische Therapie und Therapiepraxis erörtert werden.

Bei der Realisierung dieses Vorhabens können die vorhandenen Therapiekonzepte nicht direkt als empirisches Material über therapeutisches Denken benutzt werden. Einmal nämlich würden hier — wie die Erfahrung zeigt — die meisten Therapeuten sofort einwenden, sie handelten in ihrer Praxis gar nicht genau nach einem vorgegebenen Therapiekonzept, sondern »irgendwie« anders, auf ihre individuelle Weise der Verarbeitung bzw. Abwandlung vorhandener »Therapien«. Zum anderen könnte der Therapeut, selbst wenn er wollte, sich gar nicht »genau« nach den jeweiligen Therapiekonzeptionen richten, weil die in ihnen enthaltenen Handlungsanweisungen dazu nicht konkret genug sind. Wir müssen demnach auf irgendeine Weise enger an das Denken der Therapeuten, wie es wirklich ihre Praxis anleitet, herankommen.

Allerdings können und wollen wir an dieser Stelle nicht so weit gehen, das individuelle Denken bestimmter Therapeuten zu analysieren. Es sollen lediglich einige allgemein verbreitete Auffassungen im alltäglichen therapeutischen Denken über die eigene Praxis behandelt werden. Vorausgesetzt ist hier also eine erste Stufe empirischer Verallgemeinerung, die nicht explizit nachvollzogen, aber durch unsere Argumentationen einsichtig gemacht werden soll. Wir

befinden uns damit quasi auf einer mittleren Ebene zwischen den Denkformen vorfindlicher Therapiekonzepte und dem persönlichen Denken bestimmter Therapeuten.

Diese Herangehensweise hat zugleich den Vorteil, daß wir den praktischen Stellenwert konzeptioneller Denkelemente verdeutlichen können, die in verschiedenen Ausprägungen bei mehreren Therapiekonzepten vorkommen. Wir werden uns dabei besonders für die praktische Funktionalität interessieren, die solche Auffassungen für das Denken über therapeutische Praxis unter unseren Verhältnissen haben können. Dieser »lockere« Umgang mit konzeptionellen Denkelementen rechtfertigt sich einerseits aus dem entsprechend lockeren Umgang damit durch die individuellen Praktiker, deren Denken uns ja hier interessiert; andererseits daraus, daß die vorfindlichen Therapiekonzepte ja als Mittel zur Bewältigung therapeutischer Praxis entstanden sind, womit diese faktische Funktionalität auch auf ihre Eigenart und ihre Implikationen hin explizierbar sein muß: Die jeweiligen Therapiekonzepte werden von den Praktikern wohl kaum nach dem Gesichtspunkt ihrer wissenschaftlichen Fundiertheit, die bei den meisten Konzepten ohnehin nicht imponiert, ausgewählt, sondern eben nach ihrem »Gebrauchswert« für die Bewältigung der Alltagsprobleme therapeutischer Berufstätigkeit.

Beim Versuch einer derartigen Analyse therapeutischen Denkens fällt zunächst folgendes auf: Es besteht eine deutliche Kluft zwischen den üblichen Inhalten von Therapiekonzepten und Alltagsvorstellungen über therapeutische Praxis einerseits und der hier vertretenen Auffassung über Therapie als einer besonderen gesellschaftliche Praxis, die von Subjekten in besonderen beruflichen Handlungszusammenhängen vollzogen wird, andererseits (s. Dreier, 1987c). Normalerweise geht es in den Therapiekonzepten und Alltagsvorstellungen über Therapie lediglich um die Klientenprobleme und die unmittelbare Interaktion zwischen Klient(-en) und Therapeut. Die Handlungen des Therapeuten in der unmittelbaren Interaktion werden als eine Anwendung bestimmter Techniken erfaßt. Das Therapeutensubjekt wird als eine Personifikation dieser Techniken und ihrer zugrundeliegenden Konzepte betrachtet — dies auch dort, wo bestimmte Persönlichkeitseigenschaften des Therapeuten als seine wesentlichen therapeutischen Wirkmittel angesehen werden. Die Motivation und Legitimation seiner Handlungen entstehen angeblich ausschließlich durch die Klientenprobleme und seine Aufgabe, diese zu lösen. Sein Denken und Handeln erscheinen somit nur aus seinem unmittelbaren Gegenstand, der therapeutischen Situation, begründet. Die beruflichen Funktionen und Ziele des Therapeuten, deren Bedingungen und Formen, sowie seine Subjektivität im umfassenderen Sinne bleiben dagegen außen vor. Dem gemäß bleibt unexpliziert, warum vom Standpunkt des Therapeuten gerade so und nicht anders über die Klientenprobleme und therapeutischen Aufgaben gedacht wird. Somit ist hier unentscheidbar, wieweit und in welcher Hinsicht das Denken über seine Klienten von der

eigenen beruflichen Situation und subjektiven Betroffenheit des Therapeuten beeinflusst wird. Die eigene Subjektivität soll als Mittel für den Klienten, seine Probleme zu bewältigen, instrumentalisierbar sein, oder sie erscheint als »Störfaktor« in der Klientenzentriertheit. Darüber hinausgehende subjektive Probleme werden, z.B. in der Supervision, »privatisiert« (vgl. Dreier, 1987a).

Der damit skizzierte Widerspruch kann noch anders formuliert werden: Jeder stimmt wahrscheinlich der Auffassung zu, daß therapeutisches Handeln ein professionelles gesellschaftliches Handeln ist, und daß dessen Funktionen, Bedeutung und Ergebnisse durch konkrete gesellschaftliche Handlungszusammenhänge bestimmt sind: dies mindestens dann, wenn daran erinnert wird, daß selbst individuelles und privates Handeln eine besondere Form gesellschaftlichen Handelns ist. Trotzdem ist diese Auffassung nicht in den typischen Formen therapeutischen Denkens enthalten; hier erscheinen Therapeut und Therapie im Gegenteil ungesellschaftlich und abstrakt (d.h. unmittelbar und rein), bloß »individuell« bzw. »interaktiv« bestimmt. Von da aus stellt sich die Frage, wie denn ein solches Denken die ja real gesellschaftlich vermittelte therapeutische Praxis anleiten soll.

Die damit umrissenen Ausblendungen und Widersprüche des Denkens über Therapie und Therapeuten müssen nicht nur die Reichweite der Therapie selbst beschränken: Sie sind auch ein fundamentaler Grund dafür, daß es noch nicht gelingen konnte, die Bedeutung und Wirkung therapeutischen Handelns hinreichend wissenschaftlich zu bestimmen. Durch die für das therapeutische Denken typische »deutende« Denkweise (vgl. Holzkamp, 1983, Kap.7.5), mit der nur das Zueinander unmittelbarer Interaktionen und Persönlichkeitseigenschaften fassbar wird, ist es von vorn herein unmöglich, den Wahrheitsgehalt therapeutischer Konzeptionen angemessen zu diskutieren und so über die Beliebigkeit konkurrierender Interpretationen des gleichen Falles hinaus zu gelangen. Ebenso ist man aufgrund der Beschränkungen dieser Denkweise außerstande, eine tragfähige Verbindung zwischen konzeptueller Grundlage und beruflicher Praxis zu etablieren und damit diese Praxis wissenschaftlich zu legitimieren. Darüber hinaus ist die Dominanz des deutenden Denkens innerhalb dieses Bereichs Ausdruck einer tiefgreifenden praktischen und methodischen Problematik therapeutischen Handelns (s. Dreier, 1984; 1985).

Bei der folgenden konkreteren Analyse bestimmter Beschränkungen und Widersprüche des damit charakterisierten »üblichen« therapeutischen Denkens beginnen wir mit gewissen spezielleren Formen und bewegen uns von da aus in Richtung auf die erweiterten Denkweisen, deren praktische Notwendigkeit aus den vorher aufgewiesenen konkreteren Widersprüchen begründet wird. Die Analyse der Widersprüche beinhaltet also die Frage, durch welche Bedingungen und Gründe sie aufrechterhalten bzw. bzw. in Richtung auf ihre Überwindung bewegt werden. Indem die jeweiligen Denkweisen als kognitive Aspekte von praktischen Bewältigungsstrategien der Therapeuten innerhalb der Widersprüche

ihrer Handlungszusammenhänge expliziert werden, verdeutlicht sich, wie das therapeutische Denken über die eigene Praxis selbst widersprüchlich wird, wenn Therapeuten die Widersprüchlichkeiten ihrer Handlungszusammenhänge und Aufgaben unreflektiert »kognitiv« reproduzieren, womit gleichzeitig die Perspektive eines therapeutischen Denkens »über« solche Beschränkungen/Widersprüche »hinaus« sichtbar wird (vgl. Dreier, 1987a, b, c).

2. *Das Denken in Vorhersage und Plan*

Wir beginnen mit dem Aspekt alltäglichen therapeutischen Handelns, mit welchem der Therapeut die ihm gesellschaftlich »angediente« Aufgabe auf sich nimmt und denkend zu bewältigen versucht, »Vorhersagen« über den Verlauf und das Resultat der Therapie machen zu können. Damit soll abzusichern sein, daß durch die Therapie keine Stagnation oder gar Verschlechterung der Befindlichkeit des Klienten, sondern ein bestimmtes, wünschenswertes Ergebnis der Therapie eintritt. Darin liegt ein ganz zentrales Außenkriterium der professionellen Verantwortung des Therapeuten dem Klienten und den Auftraggebern gegenüber. Soweit er sich diesem Kriterium unterstellt, versucht der Therapeut, eine solche Vorhersage u.U. schon am Anfang des Therapieprozesses im Sinne einer vorgefaßten Diagnose bzw. eines Therapieplans, Vertrags o.ä. zu formulieren, etc.

Diese Denkweise macht sich — da der Therapeut hier quasi in seiner allgemeinsten gesellschaftlichen Nützlichkeit auf dem Prüfstand steht — unabhängig von besonderen therapeutischen Traditionen und Konzepten in der konkreten Praxis geltend: Sie findet sich somit auch in »bescheideneren« Varianten angestrebter Vorhersagbarkeit usw. In reiner Form entspricht sie einer bestimmten Auffassung des Verhältnisses von Denken und Handeln, die im bedingungsanalytischen Hauptstrom psychologischer Theorienbildung und Methodologie gegründet ist. Dieser Auffassung zufolge muß das Verhalten des Individuums nach einem vorgefaßten außengesetzten Plan kontrollierbar sein. Das »Denken« hat dieser Vorstellung nach vor dem »Handeln« die Priorität, in dem es diesem als Planungs- und Kontrollinstanz vorausgeht etc.

Versucht nun der Therapeut, seine Praxis nach dem Kriterium der Vorhersagbarkeit denkend zu kontrollieren, stößt er auf große Schwierigkeiten: Dies gelingt ihm meistens einfach nicht; und in den Fällen, wo es so aussieht, als ob es gelungen wäre, bleibt bei näherem Hinsehen dennoch unklar und anzweifelbar, ob das »vorhergesagte« Resultat tatsächlich durch das planende Denken und daran ausgerichtete Handeln des Therapeuten oder nicht vielmehr durch andere, unbekannte Faktoren zustande gekommen ist. Will der Therapeut seine Praxis begreifen, muß er also diese Denkweise überschreiten. Das hat mehrere Gründe, von denen wir hier nur einige anführen:

Der wichtigste Grund ist der, daß der Therapeut nicht über die praktischen Bedingungen verfügt, die es ihm ermöglichen könnten, vorherzusagen und zu kontrollieren, was im Laufe der Therapie im Lebenszusammenhang seines Klienten passieren wird. Dazu ist ja nicht einmal der Klient in der Lage; und selbst, wenn er das könnte, wäre trotzdem nicht sicher, wieweit er dabei den Plan seines Therapeuten »getreu« realisieren würde; und wie sollte der Therapeut denn dies an Stelle des Klienten kontrollieren können? Versucht er es dennoch, muß er sein Denken und seine therapeutische Beeinflussung darauf richten, das Verhalten und die Befindlichkeit seines Klienten unter unkontrollierbaren Bedingungen zu kontrollieren, direkt und/oder durch Installierung einer entsprechenden »Selbstkontrolle« beim Klienten (vgl. H.-Osterkamp, 1985). Er muß also in seinem Denken die Bedeutung der unkontrollierbaren, inner- und vor allem außertherapeutischen Bedingungen für das Wohlergehen des Klienten und den Erfolg der Therapie verleugnen, und dies, obwohl er damit im Therapieverlauf immer wieder praktisch konfrontiert wird: Von seinem Denken unbegriffene, äußere Verhältnisse, Geschehnisse, Bedingungen brechen immer wieder in die therapeutische Situation ein und müssen notgedrungen irgendwie berücksichtigt werden. So bleibt das Denken des Therapeuten, das dies nicht »offiziell« abbilden kann, notwendig in sich brüchig, eine Kette von gescheiterten und modifizierten Entwürfen von Vorhersagen. Indem der Therapeut immer wieder neu versucht, im Sinne seines »Auftrags« das Verhalten des Klienten zu kontrollieren, bleibt er also gleichzeitig stets von diesem als einer unberechenbaren Größe abhängig.

Es ist eine notwendige Prämisse dieser Denkweise, daß der Therapeut, um eine Vorhersage genau formulieren und realisieren zu können, den Ausgangspunkt (d.h. das Problem, die Diagnose) und das Ziel (d.h. die Problemlösung, die Gesundheit) eindeutig definieren können muß, um von daher die nötigen Verfahren präzise bestimmen zu können, die ihm mit Sicherheit vom einen zum anderen führen. Da dies ebenfalls real nicht möglich ist, begnügt man sich hier notgedrungen mit einer groben »Annäherung«, die zudem noch durch Vereinfachung, Zurichtung, o. ä. der Problembestimmung und -verarbeitung konstruiert werden muß. Auf diese Weise treten die wirklichen Probleme des Klienten und deren Lösung zwangsläufig in den Hintergrund bzw. werden durch die Versuche des Therapeuten zur Bewältigung seiner professionellen Situation umgeprägt.

Wendet sich nun der Therapeut angesichts der damit gekennzeichneten Unsicherheit und Mehrdeutigkeit therapeutischer Prozesse an die traditionellen Diagnosesysteme und Therapiekonzepte mit der Forderung, dort eindeutige, fertige Problembestimmungen und -lösungsverfahren zu finden, erhält dadurch seine Auffassung über die Funktion von Theorien und Diagnosen im Verhältnis zu den konkreten Therapieproblemen eine besondere Ausprägung: Will er die generellen diagnostischen und therapeutischen Konzepte direkt auf den vorhandenen Einzelfall anwenden, muß er seine Einzelfälle daraus ableiten bzw.

darunter subsumieren können. In der Praxis aber ist tatsächlich kein einziger Fall wirklich eindeutig solchen Konzepten subsumierbar. Deshalb muß er im Denken die vorgegebenen Problembestimmungen und Therapiepläne an die Besonderheit der Fälle »anpassen« – oder umgekehrt. Gleichzeitig setzt ein derartiger Zuordnungsversuch voraus, daß jedes vorliegende Problem im wesentlichen schon bekannt ist, d.h. daß alle Probleme in Wirklichkeit alt und unveränderbar sind. Damit die konkreten Ergebnisse der Veränderungsprozesse bestimmter Klienten in die Prämissen von Vorhersagen eingehen können, muß ebenfalls unterstellt werden, daß auch sie nicht neu und unbekannt sind. — Seine am Kriterium der »Vorhersagbarkeit« orientierte Praxis bringt dem Therapeuten also viele konzeptionell wie methodisch ungedeckte Deutungsfiguren ein, die sein konkretes Denken über die individuellen Klienten und deren Probleme verunsichern. Versucht er, dieselben Verfahren z.B. bei allen Fällen einer bestimmten Diagnosegruppe zu verwenden, wird er damit konfrontiert, daß sie, im Widerspruch zur behaupteten Generalität der Diagnosen und Verfahren, zu verschiedenen Ergebnissen in unterschiedlichen Fällen und Handlungszusammenhängen führen. Ein unsystematisches und brüchiges Beispieldenken mag sich infolge dessen bei ihm durchsetzen.

Hält der Therapeut trotz der geschilderten Schwierigkeiten und Brüche an seiner Denkweise fest, und deutet er die auftauchenden Schwierigkeiten aus deren Prämissen heraus, muß er entweder zu dem Schluß kommen, daß die Nichterfüllung der Vorhersagen auf zufällige äußere Umstände zurückzuführen ist, oder er muß den Fehler bei sich selbst, in seinem denkenden und handelnden Umgang mit den Diagnoseinstrumenten und Therapietechniken suchen. Gerade dies aber muß ihn immer mehr in deutende Personalisierungen seiner praktischen Unsicherheit und Ohnmacht verstricken, wodurch verhindert wird, daß er die Prämissen der Vorhersagbarkeit bzw. die Angemessenheit dieser Norm selbst in Frage stellt. Schließlich mag er seine Therapie- und Diagnosekonzepte durch andere von derselben Art ersetzen wollen, die versprechen, seine Forderungen besser zu erfüllen.

Die geschilderten Schwierigkeiten und Brüche können den Therapeuten jedoch auch zu der Auffassung führen, daß viele Analyseaufgaben während des Therapieverlaufs außerhalb des Rahmens der »offiziellen« diagnostisch-therapeutischen Konzepte als Garanten der Vorhersagbarkeit liegen und seinen privaten Erfahrungen und deren kognitiver Verarbeitung überlassen bleiben. Allerdings muß er dann auf eine konzeptionelle oder methodische Unterstützung für solche konkreteren Verarbeitungsprozesse verzichten, was naturgemäß weitere Verunsicherung mit sich bringt. Um das, was er tatsächlich tut, wenigstens im Groben mit den allgemeinen Richtlinien seiner Praxis im Einklang sehen zu können, mag er seine zusätzlichen, dadurch nicht gedeckten Analyse-Aktivitäten als relativ nebensächliche »Ausfüllungen« des allgemeinen Rahmens betrachten, ohne von da aus dessen beanspruchte Generalität anzuzweifeln. Im

Gegensatz hierzu wird er zugleich erfahren, daß er oft wichtige Aspekte und Möglichkeiten konkreter Fallarbeit verpaßt, wenn er solche »ungedeckten« Analysen vernachlässigt, was wiederum private, unsystematische subjektive Deutungsprozesse bei der Konstruktion, Modifikation und Realisierung seiner Pläne begünstigen muß, etc..

Das widersprüchliche Verhältnis zum vorgegebenen bzw. »verinnerlichten« Vorhersagbarkeits-Denken muß also nicht zu dessen Überschreitung führen. Diese Denkweise kann trotzdem in all ihrer Brüchigkeit beibehalten werden, was entsprechende Widersprüchlichkeiten der Praxis selbst nach sich ziehen muß. So mag der Therapeut die Vorhersagbarkeits-Forderung z.B. einerseits als streng genommen unrealisierbar erkennen, andererseits aber daraus für sich ein zugespitztes Bedürfnis nach Kontrolle über seine Praxis ableiten. Dabei mag er erfahren, daß seine Klienten diese Verhaltensweise auf der einen Seite als ein Anzeichen seiner professionellen Kompetenz, Effektivität und Verantwortlichkeit für die Lösung ihrer Probleme einschätzen und akzeptieren — aber auf der anderen Seite, genauso widersprüchlich, gegen seine Kontrollversuche mit verschiedenen Formen von Sich-mißverstanden-bzw. — unter-Druck-gesetzt-Fühlen, Widerstand, Abbruch usw. reagieren. Dies wiederum mag der Therapeut seinerseits als Enttäuschung des Klienten über die mangelhafte Kontrolle des Therapieprozesses durch den Therapeuten — also zugespitztes Bedürfnis nach Kontrolliertwerden durch diesen — deuten und von da aus darüber spekulieren, wie er die so motivierten Widerständigkeit durch zusätzliche Kontrolle beeinflussen und überwinden kann, womit sein Denken über die Klienten entsprechend modifiziert wird, usw.

Durch derartige Verwicklungen wird der Therapeut unausweichlich immer unmittelbarer in eine konflikthaltige Beziehung zum Klienten manövriert, wiederum ohne angemessene konzeptionelle und methodische Unterstützung bei der Bewältigung dieser Problematik. Vielmehr wird er aufgrund der geschilderten Brüche und Personalisierungstendenzen bei der Verarbeitung/Abwehr der Vorhersagbarkeitsforderung dazu tendieren, sich die wachsende Exponiertheit und Belastung der Beziehung zum Klienten als seinen Fehler anzulasten, da sie ja eine Bedrohung seiner Kontrolle über den Therapieprozeß darstellt. Daraus wiederum mag sich für ihn der Rückzug aus den geschilderten widersprüchlichen Involviertheiten in die Beziehung zum Klienten, also gerade der Verzicht auf deren Kontrolle, als probates therapeutisches Vorgehen legitimieren, etc.

Obwohl — wie dargelegt — das individuelle Denken des Therapeuten in Plänen und Vorhersagen die alltägliche Realität therapeutischer Prozesse und Denkaufgaben nicht angemessen widerspiegelt, und die geschilderten gedanklichen Beschränkungen und Widersprüche auf die praktische Notwendigkeit ihrer Überschreitung verweisen, spielt sie dennoch eine wichtige Rolle bei der Fremd- und Selbstbewertung therapeutischer Praxis. Aus dem Umstand, daß der Therapeut den Anspruch, Therapieprozesse und -resultate vorhersagen zu

können, quasi wider besseres Wissen weiter beibehält bzw. beibehalten muß, ergibt sich, daß hier hinter den scheinbar bloß therapeutischen Notwendigkeiten, aus denen die Kontrollierbarkeitsforderung angeblich abgeleitet ist, andere reale Forderungen und Erfordernisse stehen, die in der genannten Denkweise nicht explizit enthalten sind: Sie ist eine gesellschaftlich vermittelte Denkweise, in welcher zur »Lösung«, d.h. Neutralisierung und Verschleierung von Konflikten zwischen individuellen Lebensansprüchen und gesellschaftlichen Beeinträchtigungen und Repressionen das »herrschende« Interesse an der Vorspiegelung einer professionellen Alleinverantwortung des Therapeuten für den Therapieprozeß und die Besserung der Befindlichkeit des Klienten durchschlägt. Daraus erklären sich die »offiziellen« Maßstäbe und Normen darüber, was es heißt, ein professioneller (therapeutischer) Experte zu sein, (vgl. Holzkamp, 1987; Schön 1983). Da sich nach der Erfüllung derartiger Maßstäbe und Normen bemüht, wieweit die therapeutische Arbeit offiziell als nützlich »honoriert« wird, kann der einzelne Therapeut die daraus an ihn abgeleiteten Anforderungen, wenn er seine Berufsfunktion erfüllen will, nicht einfach abschütteln. Im Gegenteil: Er erreicht zunächst nur aus der — mindestens vorgespiegelten — Realisierung dieser Anforderungen die allgemeine Anerkennung seiner Kompetenz und seines Nutzens. Wenn er damit brechen wollte, müßte er die Nützlichkeit seiner therapeutischen Arbeit auf andere Weise begründen können, was nur über einen generellen, durch gesellschaftliche Praxis vermittelten Umdenkprozeß erreichbar wäre. Faktisch findet sich der Therapeut also (bis auf weiteres) in dem Dilemma, daß er einerseits seine Arbeit »nach außen« auf verschiedene Weise als den »offiziellen« Anforderungen nach Vorhersag- und Kontrollierbarkeit genügend darstellen muß, um sich damit gegen »Einmischungen« in seine Praxis zu verteidigen, innerhalb derer er »heimlich« anders denkt und vorgeht. Andererseits aber muß er das »offizielle« Kontrolldenken, wie immer partiell und modifiziert, dennoch auch in seine unmittelbare fallbezogenen Praxis einbeziehen: Dies deswegen, weil er sich entsprechenden Erwartungen der Klienten (die die offizielle Lesart übernommen haben) gegenüber sieht, und weil er — eben angesichts der allgemeinen Forderungen an ihn — meint, ihre Probleme letztlich doch nicht lösen können, ohne daß er im üblichen Sinne die Verantwortung dafür übernimmt, bzw. daß der Prozeß der Fallarbeit außerhalb des offiziellen Rahmens zu riskant, belastend und langwierig werden könnte, womit gerade dadurch eine Einmischung von außen provoziert werden würde, etc.

Aus unserer bisherigen Analyse ergab sich, daß in der geschilderten Vorhersagbarkeits- und Kontrollforderung praktische Widersprüche des therapeutischen Handlungszusammenhangs als funktionale Widersprüche des Denkens widerspiegelt werden. Es ist somit auf einer bestimmten Ebene funktional, bei dieser Denkweise zu bleiben, obwohl die eigene Praxis damit nicht begriffen werden kann. Das Resultat ist ein gebrochenes therapeutisches Denken und Handeln, das — gerade, indem es dem Therapeuten ermöglicht, in seiner Berufs-

funktion recht und schlecht zu »überleben« — die Ausübung therapeutischer Praxis im Interesse der Betroffenen und die gesellschaftliche Klärung ihrer Besonderheit und Perspektiven beschränkt.

3. *Das Denken »im« unmittelbaren Therapieprozeß*

Dem geschilderten Umstand, daß therapeutische Handlungen und Ergebnisse nicht aus allgemeinen Theorien, Diagnosen und Plänen direkt abgeleitet und vorhergesagt werden können, tragen bestimmte neuere Denkweisen über Therapie in gewisser Weise Rechnung, in denen der Wechselbezug zwischen individuellem therapeutischem Denken und Handeln als Verlaufsmerkmal der Therapie berücksichtigt und verarbeitet werden soll. Therapeutische Konzepte, die solche Denkweisen kodifizieren und unterstützen, finden sich etwa in bestimmten Varianten der »kognitiven Therapie«, aber auch gewissen psychoanalytischen Ansätzen, in denen — im Zuge der »kognitiven Wende« der Psychologie — therapeutische Aktivitäten als komplexe »Heuristiken« zur Annäherung an eine therapeutische »Problemlösung« aufgefasst werden, etc.

Unter den Vorzeichen eines solchen Denkens läßt der Therapeut sich näher auf alltägliche Erscheinungen und Mikroprozesse seines Denkens und Handelns ein. Die Unvollständigkeit und Vorläufigkeit der fallbezogenen Deutungen, die sich als Erweiterungen und Vertiefungen der individuellen Erfahrungen des Therapeuten über die Probleme der Klienten und deren Veränderungen im Zeitraum der Therapie ergeben haben, treten damit im Denken als zentrale und letztlich unüberwindbare Rahmenbedingungen der Therapie hervor. Damit ist das therapeutische Denken nicht als einfacher Problemlösungsprozeß, sondern als eine sich verändernde Wechselwirkung zwischen Problembestimmung und -lösung, Analyse und Veränderung, gefasst.

Gleichwohl ist diese Denkweise grundsätzlich eine defensive Variante der oben analysierten. Sie bleibt denselben Ansprüchen individueller Kontrolle »bescheidener« und weniger nachdrücklich verpflichtet — bis hin zum tendentiellen Aufgeben begründeter Kriterien der Vorhersagbarkeit und Kontrolle des Therapieprozesses angesichts der unendlichen Vielfalt des möglichen Denkens und Meinens darüber. Sie kann folglich weder im selben Maße äußere Legitimation noch Entlastung vor den Mehrdeutigkeiten und Unsicherheiten unmittelbarer Praxis bringen. Sie »unterläuft« die geschilderten Widersprüche zwischen theoretischen Konzeptionen und praktischer Arbeit, indem sie quasi programmatisch vage und unsystematisch bleibt. Mit anderen Worten: Sie vermeidet die Schwierigkeiten der Systematisierung und theoretischen Durchdringung therapeutischer Erfahrungen, indem sie die Beschränkung eines bloß praxisgebundenen nicht theoretisierten Denkens als einzig möglichen bzw. adäquaten Umgang mit therapeutischen Prozessen betrachtet.

Die praktischen Beschränkungen und Widersprüchlichkeiten dieser Denkweise lassen sich als andere Erscheinungsform der gleichen grundsätzlichen Verkürzungen wie denen des oben diskutierten »Kontrolldenkens« explizieren: Als ein zu enger Problemhorizont bei der Klärung der Prämissen des eigenen Denkens. Sowohl der gesellschaftliche Handlungszusammenhang, innerhalb dessen das Therapeutensubjekt denkt, und damit die Erfassung der eigenen Subjektivität, wie auch die Eigenart des Gegenstandes seines Denkens sind dieser Denkweise äußerlich. Übrig bleibt ein Individuum, das nur aus sich heraus und für sich denken will und daher in Details befangen bleibt, die überhaupt nicht oder nur nach »zufälligen« Merkmalen auf der Erscheinungsebene geordnet und verallgemeinert werden können. Der Therapeut betreibt sein Denken hier quasi wie ein ewiges individuelles Probieren-Beobachten in bloß individueller Antizipation der Resultate. Er erreicht nicht die Ebene des Denkens über konkrete gesellschaftlich vermittelte Handlungskonstellationen und Bedeutungen, sondern verbleibt auf der Ebene des Denkens über individuelle Operationen mit Bezug auf einen unmittelbar vorhandenen Gegenstand und dessen »anschauliche« Charakteristika (vgl. Holzkamp 1983, Kap. 7.2). Ein so verstandenes bloß »operatives« Denken liegt auch den in diesem Kontext üblichen, in Metaphern des Handwerks gefaßten Vorstellungen über »therapeutische Technologie« zugrunde, gemäß welchen die therapeutische Aktivität als flexible »Reaktion« auf die jeweils auftretenden Probleme anhand von erprobten »Tricks« zu ihrer Bewältigung gefasst, daß Therapiegeschehen damit tendenziell auf das unmittelbar Anschauliche verkürzt ist.

Aber schon auf der Ebene des unmittelbaren Therapiegeschehens ist der Therapeut mit einem besonderen Gegenstand, nämlich mit einem, bzw. mehreren anderen handelnden und denkenden Subjekten, konfrontiert. Er ist nicht der einzige, der da denkt. Er muß und kann nicht alles »alleine« denken, und er muß und kann nicht alles, was hier geschieht, allein kontrollieren und allein dafür für verantwortlich zeichnen. Ein rein individuelles Konzept über Denkprozesse und Antizipationen von Handlungsvollzügen ist nicht nur wissenschaftlich unangemessen, sondern auch lebenspraktisch quasi eine Selbsttäuschung, durch welche der wirkliche, umfassende Handlungszusammenhang, innerhalb dessen die eigenen Handlungen lediglich ein Teilaspekt sind, qua »Realitätsverlust« ausgeblendet ist.

Daraus ergibt sich, daß — sofern das Denken lediglich als rein individuell begründete Aktivität des Therapeuten gesehen wird — die dabei verdrängte »Umwelt« immer wieder als Störfaktor darin einbrechen muß. Die Klienten und der Handlungszusammenhang erscheinen als »äußere« Faktoren, die zufällig auf das Denken des Therapeuten einwirken bzw. von ihm in dieses Denken hereingeholt werden müssen, wobei er das, was sich daraus ergeben wird, weder vorhersagen noch kontrollieren kann: So mag aufgrund solcher »Einbrüche« von ihm gefordert sein, daß er sich andere Denkaufgaben stellt, seine bisherigen

Deutungen aufgibt oder modifiziert, usw., wobei er sich alldem wie einem Schicksal ausgeliefert sieht. Dergestalt verliert er immer wieder die innere Ausrichtung seines Denkens, wenn er es nicht schon aufgegeben hat, eine solche Ausrichtung überhaupt anzustreben. Er verbleibt innerhalb des permanent unvollständigen, inkonsistenten, unbegrenzt variablen Alltagsdenkens, womit sich seine Probleme als Therapeut, deren Bewältigung gerade die Überschreitung der alltäglichen Evidenzen erfordern würde, keineswegs dauerhaft lösen lassen, sondern eher immer mehr zuspitzen, was dann wiederum irgendwelche weiteren vorläufigen »Taktiken«, um damit fertig zu werden, herausfordern mag, etc.

Allgemein gesehen wird in dieser Denkweise ein Standpunkt außerhalb und oberhalb des Klienten eingenommen, wobei die damit vollzogene Individualisierung des Handlungszusammenhangs dadurch zu kompensieren versucht wird, daß der Therapeut alles, was hier geschieht bzw. geschehen kann, selbst durchdenken und in der Form individueller Umweltkontrolle »in den Griff kriegen« will. Die damit präformierte Gebrochenheit und Perspektivlosigkeit des therapeutischen Denkens spiegelt die systematische Ausblendung der Denk- und Handlungszusammenhänge des Klienten in Beziehung zu den eigenen des Therapeuten. So bleiben die Denk- und Handlungsbeiträge des Klienten nur als »Material« des »problemlösenden« Denkens und Handelns des Therapeuten übrig — der schon deswegen keine weiterreichenden Zusammenhänge darin entdecken kann, weil er diese durch die beschriebene Denkweise gar nicht kognitiv »zuzulassen« vermag.

4. *Das Denken »in« der Interaktion*

Den beiden bisher diskutierten Denkweisen ist gemeinsam, daß sie therapeutisches Denken in der Praxis als das Denken des Therapeuten über seinen Klienten auffassen. Beide Parteien kommen zwar in gewisser Weise darin vor, aber der Standpunkt, von dem aus gedacht wird, bleibt dem Denken genauso äußerlich wie der Standpunkt dessen, über den dabei gedacht wird. Weder das Denken des Therapeuten noch das Denken des Klienten werden in ihrer Standortgebundenheit thematisiert. Keiner tritt in erster Person mit eigener Perspektive hervor (s. Dreier, 1987c). Da der Standpunkt des Therapeuten dabei faktisch den Prozess beherrscht, sich darin quasi blind durchsetzt, haben wir es mit der Klientensicht lediglich als Konstruktion des Therapeuten zu tun. Der Klient erscheint der Rationalität seines Therapeuten ausgeliefert, der schon immer »besser weiß«, mindestens aber schließlich besser wissen wird, was bestimmte Probleme, die dem Klienten in seinem Lebens- und Bedeutungszusammenhang aufscheinen, »eigentlich« zu bedeuten haben.

Die damit nochmals herausgehobenen spezifischen Beschränkungen des therapeutischen Denkens stehen in offensichtlichem Widerspruch zur Forderung nach »Klientenzentriertheit«, die in bestimmten therapeutischen Ansätzen

erhoben wird. Sofern dies nicht expliziert und bewußt gemacht wird, bleibt die »Therapeuten-Zentriertheit« dennoch, mehr oder weniger verschleiert, das bestimmende Moment der Therapie. Wenn jedoch, wie in manchen neueren Therapiekonzepten, der darin liegende Widerspruch deutlicher erfasst wird, so resultiert daraus — quasi in Negation der bisherigen Verabsolutierung der Therapeutensicht — eine entwickeltere Denkweise über Therapie, nämlich deren Verständnis als »Interaktion« zwischen Therapeut und Klient auf der Grundlage intersubjektiver Beziehungen. Diese Denkweise überschreitet zwar in gewisser Hinsicht das unmittelbare »Alltagsdenken«, wird aber, sofern die bloß »interaktive« Denkfigur nicht ihrerseits überschritten wird, dennoch von den unmittelbaren Denkweisen, in welchen der Therapeut unreflektiert »personalisierend« seine eigenen Sichtweisen und Kontrollinteressen verabsolutiert — wenn auch quasi auf höherer Ebene — wieder eingeholt. — Die im interaktiven Denken liegenden neuen therapeutischen Möglichkeiten und die Gründe für die dennoch darin liegende Gefahr des Zurückgeworfenwerdens auf die Therapeuten-Sicht sollen im folgenden schrittweise verdeutlicht werden.

Will der Therapeut dem Denken und Handeln der Klienten in »interaktiver« Sichtweise Raum geben und dieses für das Fortschreiten des Therapieprozesses nutzbar machen, muß er sich in Richtung gemeinsamer Verantwortung und Verfügung darüber bewegen. Er muß die beteiligten Parteien und deren Beziehungen zueinander berücksichtigen und so die therapeutische Praxis als einen intersubjektiven Handlungszusammenhang und -verlauf und therapeutisches Denken als einen intersubjektiven Verarbeitungsprozeß entwickeln. Die einzelnen Handlungen und Ziele, Denkaufgaben und -prozesse werden auf diese Weise in überindividuellen, intersubjektiven Interaktionen bestimmt und vollzogen. Das dafür relevante Wissen, die Möglichkeiten, Aufgaben und die Bedeutung verschiedener Beiträge sind mithin in der Therapie intersubjektiv verteilt und miteinander in Beziehung gesetzt (vgl. Mehan, Hertweck & Meihls, 1986). Keiner erfaßt und tut alles — nicht einmal der Therapeut.

In einer solchen interaktiven Denkweise ist begriffen, daß es immer mindestens zwei Perspektiven auf den Fall, dessen Veränderung, sowie die Beziehungen, die Handlungen und die Person des Therapeuten gibt (vgl. Dreier, 1987b). Eine reflexive Unterscheidung und Verschränkung der vorhandenen Perspektiven ist für die gemeinsame Verständigung und Verfügung über den Prozeß nötig (vgl. Holzkamp, 1983, 238-9). Erst wenn dies realisiert wird, und der Therapeut sich als eines der Subjekte in einem intersubjektiven Zusammenhang erfaßt, erscheinen die Beteiligten in erster Person. Damit wird deutlich, daß der Therapeut die Art und Weise, wie ihm sein Denken und Handeln unmittelbar erscheint, nicht lediglich aus seiner »Innensicht«, sondern nur aus der Berücksichtigung seiner Stellung im Interaktionsprozeß der Therapie und aus der Weise, wie er sich dazu verhält, durchdringen kann. Er muß sich also denkend über seine unmittelbare Sicht hinaussetzen, sie aus dem Zusammenhang reflektieren

und — wo nötig — auf ihre problematische Funktionalität hin hinterfragen. Damit verdeutlicht sich als eine wesentliche Aufgabe für die Beteiligten an der Interaktion, ihre Möglichkeiten, Aufgaben, Probleme und Konflikte voneinander zu trennen und ihre gegenseitigen Perspektiven, Beziehungen und Widersprüche zu bestimmen. Erst auf dieser Grundlage kann der Therapeut seine besondere Position und die damit gegebenen Möglichkeiten, Aufgaben und Widersprüche von denen der anderen unterscheiden und bewußt ergreifen.

Der Therapeut muß also bei der Realisierung der »interaktiven« Denkweise lernen, anders zu denken und handeln als in den individualisierten Formen. Er muß kooperativ denken und handeln, damit die Klienten ihr Bewußtsein über ihre Probleme entwickeln und er von da aus seine Auffassung über den Fall und seine Möglichkeiten und Aufgaben entfalten kann. Seine Handlungsmöglichkeiten und Denkaufgaben gehen als Aspekte in diese Veränderungsprozesse ein und erweitern sich mit der Klärung und Entfaltung dieser Beziehung. Die Bestimmung und Realisierung seiner Aufgaben hängen von den dabei vom Therapeuten erfahrenen Möglichkeiten ab. Seine Wahl konkreter Mittel und Verfahren ist nur aus diesem Zusammenhang begründbar, diese erhalten nur daraus eine jeweils bestimmte Bedeutung als Orientierungen für das therapeutische Handeln. Sein individuelles Probieren und Beobachten sowie seine Wahl bestimmter Operationen werden also nicht nur aus seinem individuellen Handeln, sondern aus dem geschilderten Interaktionszusammenhang strukturiert und begründet, wobei stets zu berücksichtigen ist, daß nicht nur der Therapeut Pläne mit den Klienten, sondern auch diese Pläne mit ihm, dem Therapeuten, haben und demnach, wenn die Therapie voranschreiten soll, nicht nur eine Sichtweise durchgesetzt werden darf, sondern die genannten reziproken Pläne offengelegt und zunehmend miteinander koordiniert werden müssen.

Dies bedeutet aber, daß der Therapeut für die gedankliche Durcharbeitung des »Falles« Verbündete gewinnen kann bzw. muß: Er braucht die Gedanken der Anderen. So können die meisten Denkaufgaben auf verschiedene Weise unmittelbar von mehreren Beteiligten zusammen vollzogen und, z.B. durch Kombination von Teileinsichten, -informationen und -bewertungen, von Fragen und Selbstbefragungen, usw., gelöst werden. Diejenigen Denkaufgaben, deren Bearbeitung und Lösung dennoch aufgrund seiner Funktion dem Therapeuten überlassen bleibt, müssen aus diesem Zusammenhang begründet und wieder darin eingebracht, geprüft und bestätigt werden. Der Therapeut braucht zudem den Widerspruch der anderen gegen seine Auffassungen, um Fehlinterpretationen zu korrigieren und wichtige Erfahrungen über die subjektiv-intersubjektiven Widerspruchsformen zu gewinnen, deren Verarbeitung wesentliche Aufgabe von Therapie ist. Es bleibt seine zentrale Denkaufgabe, die teilweise sich widersprechenden Erfahrungen der Beteiligten über die inneren Zusammenhänge der vorhandenen Probleme zusammenzutragen, zu hinterfragen und zu verbinden, in Gestalt bestimmter Hypothesen darüber, welche Bedingungen diese Probleme

aufrechterhalten bzw. für deren Überwindung nötig sind. Dies darf jedoch nicht dahingehend mißverstanden werden, daß der Therapeut nun doch wieder alles alleine durchdenkt und alle Fäden in der Hand behält. Es geht vielmehr darum, daß die Klienten ihre Auffassungen über die inneren Zusammenhänge ihrer Probleme entwickeln, daß sie den konkreten Nutzen der gemeinsam erreichten Einsichten bewerten und entsprechende Veränderungen ihres Lebens realisieren. Die besonderen Denkaufgaben des Therapeuten sind dadurch charakterisiert, daß er zur Unterstützung und Ausrichtung dieser Bewegung und zur Regulation der darin sich vollziehenden intersubjektiven Prozesse in solch einer Weise beiträgt, daß die Klienten diese Zusammenhänge und die daraus zu begründenden nächsten Schritte und Ziele schärfer als bisher erkennen, und dabei ihre Fähigkeiten, mit anderen zusammen, aber ohne den Therapeuten, solche Probleme zu analysieren und zu verändern, entwickeln können. Durch die Entfaltung des therapeutischen Verarbeitungsprozesses in Richtung auf gemeinsame Verfügung der Beteiligten darüber, als Alternative zur individuellen »Kontrolle« des Therapeuten, hebt damit die inneren Zusammenhänge zwischen der intersubjektiven und subjektiven, der sozialen und psychischen Ebene hervor. Dies geschieht nicht nur, weil der Therapeut seine Gedanken nicht für sich behält, sondern weil gerade diese Zusammenhänge zentraler Gegenstand der Analyse werden.

Aus den damit umrissenen neuen Möglichkeiten der »interaktiven« Denkweise über Therapie ergeben sich nun auch die Gründe, warum diese Denkweise, wenn sie nicht ihrerseits überschritten wird, häufig kaum realisierbar ist und deswegen oft quasi wieder »zurückgenommen« wird. Vordergründig ist es die weit über die anderen Konzepte hinausgehende analytische Komplexität, durch welche die geschilderten interaktiven Verarbeitungsformen oft nicht voll realisiert, sondern im Gegenteil umgangen werden. Mit genauerem Hinsehen zeigt sich jedoch, daß man es dabei mit einer »Komplexität« besonderer Art zu tun hat: Beim Versuch, die Intersubjektivität in der Therapie zu realisieren, entdeckt der Therapeut oft ziemlich bald, daß seine Auffassungen und die seiner Klienten über die anstehenden Probleme und deren Überwindungsmöglichkeiten und -perspektiven einfach nicht auf einen Nenner zu bringen sind. Dabei verdeutlicht sich meist, daß der Streit um die Deutungen, der auch die Abgrenzung und Auswertung der Aufgaben, Handlungen und Operationen des Therapeuten umfaßt, zentral mit denjenigen Konflikten zusammenhängt, aufgrund derer die Klienten in die Therapie gegangen sind oder geschickt wurden (vgl. Dreier, 1987b). Diese Konflikte offen auszutragen, beinhaltet für den Therapeuten wie den Klienten subjektive Belastungen und Risiken, die im bloß interaktiven Rahmen häufig alle Beteiligten überfordern: Die Konflikte sind also einerseits wesentliche Erkenntnischance und Verarbeitungsaufgabe von Therapie, andererseits wesentlicher Grund für ihre »intersubjektive« Permanenz und Unlösbarkeit. Hier deutet sich schon an, daß für eine wirkliche Verarbeitung der

Konflikte ein Denken erforderlich wäre, das über die lediglich interaktiven Prozesse hinaus die objektiven Prämissen widersprüchlicher Interessen, Gründe und Befindlichkeiten bei und unter den Beteiligten einbezieht.

Weicht der Therapeut — aufgrund der Ausrichtung seines Denkens und Handelns innerhalb der Grenzen unmittelbarer Interaktion — einer offenen Verarbeitung der genannten Konflikte aus, so deswegen, weil er dergestalt nicht über die entscheidenden Voraussetzungen zur Überwindung der aufgetretenen Widersprüche verfügt. Will er die vorliegenden Probleme trotzdem beeinflussen, muß er kompensierend dafür eine wiederum eine individualisierte Kontrolle über die Interaktion anstreben. Damit stellen sich die früher analysierten Denk- und Handlungsweisen wieder ein, oder andere, die ihnen ähnlich sind, sich bloß auf den »sozialen« Gegenstand der Interaktion und Kommunikation beziehen. Der Therapeut betrachtet somit die Interaktion und Kommunikation als Mittel der Beeinflussung des Therapieprozesses. Er versucht mit interaktiv-kommunikativen Mitteln eine instrumentalisierende Kontrolle darüber zu realisieren. Dabei kommen ihm heute in verschiedenen Varianten angebotene »kommunikations-« bzw. »systemtheoretische« Konzepte der Einzel- bzw. Gruppen/Familientherapie entgegen. Diese fixieren hauptsächlich formale Merkmale des unmittelbaren Aufeinanderbezogenseins und der unmittelbaren Beeinflussung in der Interaktion, klammern aber die konkrete Bedeutung dessen, was in der Interaktion abläuft, für die Teilnehmer, damit auch die Besonderheit therapeutischer Prozesse im Vergleich zu anderen interaktiven Begegnungen, quasi programmatisch aus.

Mit der Anwendung bzw. Übernahme solcher Vorstellungen bzw. Konzepte hält sich der Therapeut von der Einsicht fern, daß sein Denken von den Widersprüchen des Falles und seines Handlungszusammenhangs mit dem Klienten geprägt ist. Er steht sich hinsichtlich der Erkenntnis der sachlich notwendigen Aufgaben und Korrekturen seines Denkens selbst im Wege. Die oben geschilderte Verwicklung von mehreren Standpunkten des Denkens kann deswegen nicht mit seiner Hilfe Gegenstand gemeinsamer Klärungsbemühungen werden. Die Beziehungen zwischen den Beteiligten verkommen so zu einer Ansammlung verschiedener, unverbundener Beeinflussungsversuche, mit denen jeder »heimlich« seine Vorstellungen den anderen aufdrücken will, und durch welche die Interaktion quasi zu einer bloß zufälligen Resultante nebeneinander herlaufender Intentionen wird. — Die geschilderte notwendige Unterscheidung und das In-Beziehung-Setzen verschiedener Standpunkte, Perspektiven und Interessen, bezogen auf den Fall, wird durch derartige »interaktiv«-kontrollierende Verhaltensweisen des Therapeuten verkompliziert und verwirrt: Da er nicht zur offenen Klärung der Widersprüche beitragen kann, muß er sie im Kopf behalten und muß sie heimlich beim Ausdenken seiner Beeinflussungsstrategien berücksichtigen. Das In- und Durcheinander des geschilderten zufälligen Interaktionsgeflechtes muß in seinem Denken vertreten sein, aber es wird auch dadurch

hervorgerufen und geprägt. — Im Zuge solcher »interaktiver« Therapiestrategien bezieht sich das Denken des Therapeuten natürlich zunächst auf die Klienten und die Widersprüche in bzw. zwischen ihnen, zugleich aber auch auf sich selbst als Subjekt, indem er seine Möglichkeiten, unter diesen Bedingungen die Klienten zu beeinflussen, zu klären versuchen muß. Mit dem Bestreben nach Kontrolle der Klienten muß also eine denkende Selbstkontrolle des Therapeuten einhergehen. Er muß sich als Mittel der Beeinflussung kontrollieren. Dies kann ihm nur dann gelingen, wenn er sich als Subjekt von einem äußeren Standpunkt, dem des bzw. der Klienten, betrachtet: Er muß ja erfassen, wie seine Verhaltensweisen den Klienten erscheinen mögen, weil dies wiederum ihre Reaktionen darauf bedingt, die er vorhersagend kontrollieren will. Zudem muß er verhindern können, daß es den Klienten gelingt, hinter seine Beeinflussungsstrategien zu kommen, da nur so deren Erfolg garantiert erscheint, und dabei gleichzeitig gegenüber den sich widersprechenden Interessen der Klienten so entgegenkommend erscheinen, daß diese sich nicht zur Wehr setzen, sondern ihm erlauben, seinerseits hinter deren — auf einander und auf den Therapeuten bezogene — heimliche Intentionen zu kommen. Dabei muß er, um in diesem Kontext »erfolgreich« zu sein, seine Beeinflussungsversuche permanent den aktuellen widersprüchlichen Befindlichkeiten der Klienten anpassen. Gleichzeitig darf er nicht von dem selbstgestifteten Gewirr von wechselseitigen Machenschaften aufgesogen werden und darin verloren gehen: Vielmehr muß er sich trotz allem als Zentrum der Kräfteverhältnisse erfassen und behaupten können.

Aus diesen letzten Explikationen verdeutlicht sich, daß im Rahmen einer so gefassten »interaktiven« Therapievorstellung der Therapeut permanent sich selbst gegenüber mißtrauisch sein und seine jeweiligen Verhaltensweisen und Beeinflussungsversuche in ihrer angezielten Wirkung auf die Klienten zu hinterfragen bereit sein muß. Dieses perspektivenverwickelnde »Selbstmonitoring«, aus dem Verdacht des unvermerkten Eingefangenseins in die Widersprüche, die man zu Kontrollzwecken selbst zugelassen oder hervorgerufen hat, kann vergegenständlichte Formen annehmen (z.B. Videoaufnahmen) oder zu einer verselbständigten »Monitorfunktion« des Therapeuten durch andere Therapeuten in der Supervision oder hinter Einwegscheiben und über Mikrophone führen. Der Verdacht gegen die eigenen Verhaltensweisen kann auch durch Einfühlung als angestrebte illusorische Negation des eigenen Standpunkts und alleinige Setzung der Klientenperspektive kompensiert und geleugnet werden.

Schließlich werden die unterschiedlichen Verwicklungen von Standpunkten und Interessen oft durch die therapeutische Hilfsideologie verschleiert, der zufolge der Therapeut sowieso alles, was er denkt und tut, aus dem von ihm konstruierten Standpunkt und entsprechenden Bedürfnissen des Klienten begründet. Als Ergebnis der geschilderten Verwicklungen sind die unterschiedlichen Interessen, Standpunkte und Perspektiven im Denken des Therapeuten gründlich durcheinandergebracht und von seiner eigenen Situation geprägt.

Aus diesen Überlegungen geht hervor, daß das Denken »innerhalb« der therapeutischen Interaktion, obwohl in ihm die therapeutenzentrierten Denkweisen in Richtung auf die Einbeziehung der Subjektivität des Klienten überschritten scheinen — sofern die Interaktion nicht selbst auf die umfassenderen Zusammenhänge, in denen sie steht, hin transzendiert wird — letztlich in unmittelbarkeitsverhafteten »deutenden« Denkformen (vgl. Holzkamp 1983, Kap. 7.5) befangen bleibt: Da hier die Interpretationen des Therapieverlaufs in kurzschlüssiger Weise lediglich unmittelbar interpersonale Beziehungen und persönliche Eigenschaften der Beteiligten berücksichtigen und in »stimmige« Deutungsmuster zu fassen versuchen, müssen sie — da wesentliche reale Zusammenhänge und Einflüsse damit ausgeklammert sind — notwendig brüchig, mehrdeutig und unentscheidbar bleiben. Dies wiederum hat die geschilderte Konsequenz, daß der Therapeut mit seinen Deutungen »vorsichtig« umgehen, sie teilweise für sich behalten, »taktisch« einsetzen muß, um angesichts derartiger faktischer Unsicherheiten nicht die Kontrolle über den Therapieprozeß zu verlieren. Damit strukturiert der Therapeut aber den Therapieverlauf — aus »defensiven« Gründen — letztlich doch wieder von seiner Sichtweise und den darin involvierten Interessen der Situationsbewältigung aus, d.h. der »therapeutenzentrierte« Standpunkt hat ihn trotz seiner »interaktiven« Herangehensweise wieder eingeholt.

Da also die Ursachenzusammenhänge der Klientenprobleme und die tatsächliche Bedeutung dessen, was in der Interaktion vor sich geht, nicht alleine durch Berücksichtigung der Interaktion begriffen werden können, kann der Therapeut auch allein auf dieser Grundlage nicht entscheiden, welche Verfahren in der Therapie effektiv sein werden, bzw. worin eine solche Effektivität genau gesehen bestehen könnte. Die Geheimnisse des Falles und seiner effektiven Therapie in irgendwelchen unmittelbaren Details zu suchen, ist ein Irrweg des Denkens. Der Versuch, Gegenstand und Aufgaben therapeutischen Denkens auf derart verkürzte Erscheinungen zu fixieren, führt — auch im »interaktiven« Kontext — über die geschilderten brüchigen Vorhersagen und Kontrollen nicht hinaus. Wird versucht, die Brüche durch Intensivierung gleichartiger Mittel zu reparieren, werden die unbegriffenen Verwicklungen und Widersprüche sich zuspitzen, bis eine der Parteien aufgibt und sich der anderen unterwirft. Es gilt im Gegenteil, das, was in der Interaktion, im Gespräch, vorgeht, als Vermitteltes zu erschliessen. Die Besonderheit des therapeutischen Gesprächs als Mittel besteht eben darin, daß es ein Medium ist, worin umfassendere Zusammenhänge vermittelt erscheinen und sich geltend machen, und worin diese Zusammenhänge reflexiv verarbeitet und so die Verfügung der Beteiligten darüber erhöht werden kann.

5. *Das Denken über den Handlungszusammenhang des Klienten*

Damit ist nun die Richtung benannt, in der sich therapeutisches Denken zur Überwindung alltäglicher Kurzschlüssigkeiten und »deutender« Unmittelbarkeitsverhaftetheit bewegen muß. Auf diese Weise verdeutlichen sich aber — quasi auf einer »höheren Ebene« — erneut die Schwierigkeiten, die dem beim augenblicklichen Wissensstand entgegenstehen:

Um die Probleme und Lösungsmöglichkeiten seines Klienten zu durchdenken, muß der Therapeut — dies ergibt sich aus unseren letzten Überlegungen — über die Grenzen seiner unmittelbaren therapeutischen Beziehung zu ihm hinausdenken. Er muß die Bedeutung des alltäglichen extratherapeutischen Handlungszusammenhangs für die Klientenprobleme und deren Überwindungsmöglichkeiten erfassen. Damit überschreitet er das in der Therapie unmittelbar Vorhandene und Wahrnehmbare und entfaltet die spezifische Potentialität menschlichen Denkens durch Vergegenwärtigung umfassender Wirkungszusammenhänge. Er stützt sich auf seine bzw. therapeutisch tradierte Erfahrungen über widersprüchliche Handlungszusammenhänge, darin entstehende subjektive Problematiken, die Art und Weise, wie diese in der unmittelbaren therapeutischen Beziehung erscheinen mögen und die Funktion von Therapie bei ihrer Verarbeitung.

Die Inhalte therapeutischer Gespräche bilden stets in irgendeiner Weise derartige Zusammenhänge (in denen sie ja real stehen) ab, aber ihr Durchdenken verläuft — selbst da, wo die Notwendigkeit einer solchen Reflexion erkannt ist — meistens unsystematisch; dies deswegen, weil es gegenwärtig keine voll ausgearbeiteten Konzepte darüber gibt. Es ist in der Tat überraschend, daß in der Therapietheorie bzw. -forschung so wenig über die Zusammenhänge zwischen Erscheinungen in der Therapie und den problematischen Handlungszusammenhängen der Klienten konzeptualisiert ist: Wird doch immer wieder hervorgehoben, daß Therapie aus einem Interesse an den Lebensmöglichkeiten und dem Wohlbefinden der Klienten praktiziert wird und gerechtfertigt ist. Der individuelle Therapeut muß mithin diese Zusammenhänge relativ zufällig und vereinzelt durchdenken. Dies verunsichert sein Denken über seine Handlungsmöglichkeiten und kann desorientierende Konsequenzen für Denken wie Handeln haben. Die Gefahr falscher, kurzgeschlossener Deutungen ist selbst auf dieser Ebene noch groß. Dabei ist die Erforschung derartiger Zusammenhänge zusätzlich durch methodologische Befangenheiten der *Mainstream-Psychologie* behindert: Von da aus wird typischerweise nur die Wirkung der Therapie auf das Alltagsleben oder die Wirkung des Alltagslebens auf die Therapie analysiert, und zwar meistens in Gestalt isolierter Einzelvariablen. Die konkreten Zusammenhänge als solche bleiben also atomisiert und unbestimmt. Ein umfassendes begreifendes Denken über den Zusammenhang zwischen Therapie und alltäglicher Handlungszusammenhang setzt also auch ein umfassenderes methodologisches Umdenken voraus.

Wenn man mindestens vorläufig den Ansatz und die Entwicklungsrichtung der hier erforderlichen »begreifenden« Denkweise des Therapeuten andeuten will, so hat man sich zu vergegenwärtigen, daß die unmittelbare Beziehung mit dem Klienten, ergänzt durch zusätzliche Informationen von anderen Personen, Unterlagen usw., nur der Ausgangspunkt der Analyse sein kann: Das therapeutische Ziel realisiert sich in der darüber hinausgehenden Bestimmung des vorhandenen Problems und seiner Veränderungsmöglichkeiten im realen Lebenszusammenhang. Das Problem ist ja durch diesen außertherapeutischen Zusammenhang charakterisiert und muß aus diesem Kontext begriffen werden, sonst wird es mißverstanden. Traditionelle Krankheitsbegriffe und ähnliche Denkformen leiten in dieser Hinsicht die Analyse auf verkürzende Irrwege. Denn die Erfahrungen, die hinter konkreten Konfliktformen des Klienten liegen, sind sozial organisiert: Sie sind in und über subjektive Bedeutungen bestimmter Interaktionen in bestimmten widersprüchlichen gesellschaftlichen Zusammenhängen gemacht. Sie beziehen sich auf die Beschränkung seiner Handlungsmöglichkeiten durch gesellschaftliche Interessenwidersprüche und Konfliktformen. Es gilt, sein im Problem, das ihn in die Therapie gebracht hat, impliziertes Verhalten zu solchen objektiven Widersprüchlichkeiten, die darin liegenden »Prämissen« für die subjektive Begründetheit seiner »problematischen« Handlungen und Befindlichkeiten zu begreifen, also die Erscheinungsformen seiner Schwierigkeiten in ihrer so verstandenen »Vermitteltheit« zu durchdringen. Dies schließt ein die gemeinsame Klärung der Wechselbezüge zwischen der problematischen Bedeutung bestimmter Verhaltensweisen anderer Menschen für den Klienten und seinen problematischen Verhaltensweisen diesen gegenüber, etc.

In dem Maße wie mehrere Individuen, die miteinander in irgendeinem lebenspraktischen Zusammenhang stehen, auf verschiedene Weise direkt in die Therapie einbezogen werden bzw. Kontakt zu ihnen aufgenommen wird, kann der Handlungszusammenhang des Klienten direkt umfassender analysiert werden. Die Konflikte zwischen ihnen, ihre unterschiedlichen Einschätzungen, Perspektiven und Verhaltensweisen den vorhandenen Problemen gegenüber können als Anleitung der Analyse dienen, indem sie auf die entsprechenden Positions-, Bedingungs-, Möglichkeits-, Interessen-, Begründungsunterschiede usw. und die daraus entspringenden Besonderheiten ihrer interpersonalen Bezüge durchdrungen werden.

Da die Analyse der Erfahrungen des Therapeuten von der therapeutischen Beziehung ausgeht, kann sie nur gelingen, wenn dabei der Stellenwert der Therapie im Lebenszusammenhang des Klienten mitanalysiert wird. Es gilt, ihre möglichen Funktionen und ihre Bedeutung für ihn zu erfassen. Ähnlich gilt es die Funktions- und Bedeutungsunterschiede der Therapie für die einzelnen Beteiligten auf der oben skizzierten Grundlage zu berücksichtigen und aufeinander zu beziehen. Dies betrifft nicht nur die objektiv mögliche Funktion und Bedeutung der Therapie, sondern darüber hinaus ihre besondere subjektive Bedeutung,

die in einem bestimmten Ergreifen darin erfahrener Möglichkeiten unmittelbar zum Ausdruck kommt. Dabei ist u.a. zu klären, auf welche Weise die verschiedenen Betroffenen die Therapie für ihre Zwecke, d.h. Durchsetzung/Rechtfertigung ihrer überkommenen problematischen Handlungs- bzw. Sichtweisen, zu funktionalisieren und zu instrumentalisieren versuchen: Die Therapie stellt eine besondere Bedingung für sie dar, die besondere Verhaltensweisen als Versuche ihrer aktiven Verarbeitung bzw. Funktionalisierung begründet. Ihre Verhalten in der Therapie kann also nicht einfach etwa als »Übertragung« von außertherapeutischem Krankheitsverhalten in die Therapie und auf den Therapeuten begriffen werden. Für den Therapeuten folgt daraus, daß er den Gesamtzusammenhang der Klientenprobleme aus der Reflexion über die Besonderheit seines Zugangs dazu rekonstruieren muß. Er muß die Versuche des/der Klienten, ihn für ihre unmittelbaren Zwecke »einzuspannen«, selbst wieder aus der kooperativen Reflexion seiner besonderen Aufgaben und Möglichkeiten in der Therapie als solche in ihrer Beschränktheit und den damit verbundenen Fehlorientierungen kenntlich machen können: Seine besondere unmittelbare Involviertheit in den Therapieprozeß und dadurch bedingte Perspektive auf den übergreifenden Handlungszusammenhang des Klienten ist seine besondere Erkenntnischance: Er kann so die Vermitteltheit der Probleme aller Beteiligten (auch der eigenen des Therapeuten) aus solchen objektiven Zusammenhängen (in ihrer je individuellen Positions- und Lagebestimmtheit etc.) in kooperativer Entwicklung des Therapieprozesses herausarbeiten. Welche Inhalte und Formen therapeutischer Tätigkeit zur Verarbeitung solch vermittelter Zusammenhänge geeignet sind, kann auf dieser Grundlage entschieden werden. Ihre konkrete Wahl läßt sich derart begründen.

Die Ergebnisse von Therapie — die, wie dargestellt, üblicherweise bestenfalls an unmittelbaren Erscheinungen therapeutischer Interaktion bzw. Eigenschaften der Klienten deutend festgemacht werden — lassen sich also nur als Ursachen von anderswo zu realisierenden Wirkungen im gesellschaftlichen Handlungszusammenhang der Klienten begreifen, die sich in ihren subjektiven Verhaltensweisen, Befindlichkeiten usw. außerhalb wie innerhalb der Therapie widerspiegeln. Wenn man sie losgelöst davon bewertet, wird ihre reale Bedeutung mystifiziert, ungreifbar, überhöht. Tatsächlich ist die Therapie lediglich ein unselbständiger Aspekt von Wirkungszusammenhängen, innerhalb derer das Meiste draußen, dazwischen, davor und danach geschieht, sodaß dem Therapeuten nichts anderes übrig bleibt, als seine Funktion darin zu reflektieren und zu nutzen. M.a.W.: Die Bestimmung der Bedeutung, der Möglichkeiten, Formen, Mittel und Verfahren der Therapie muß ihr vermitteltes Verhältnis zu den Handlungszusammenhängen der Klienten zur Grundlage haben.

Von da aus lassen sich die realen unmittelbaren Spielräume therapeutischer Interaktion bestimmen. Solche Spielräume erwachsen lediglich aus der reflexiven Verarbeitung des jeweiligen Klientenproblems aus dem übergreifenden

Handlungszusammenhang und der dadurch ermöglichten Rückwirkung auf diesen durch das Gespräch als Medium. Welche Zugangsweise dazu auch immer realisiert wird, das therapeutische Gespräch als besonderer Teil eines umfassenden gesellschaftlichen Problemzusammenhangs bleibt dergestalt hinsichtlich der damit erreichbaren Erfahrungs- und Einflußmöglichkeiten auf spezifische Weise beschränkt. Im Rahmen dieser Beschränkungen behindert bzw. ermöglicht die Verwendung bestimmter Formen und Verfahren in der therapeutischen Interaktion die genannten Erkenntnis- und Wirkungsmöglichkeiten (s. Dreier, 1987b). Dabei muß die Wahrnehmung der therapeutischen Geschehnisse aus den skizzierten umfassenderen Denkwahrscheinlichkeiten strukturiert werden, wodurch Denken und Beobachtung permanent aufeinander bezogen sind.

Ein wesentlicher Aspekt solcher Denk- und Wahrnehmungsaufgaben, bezogen auf die unmittelbaren Geschehnisse im Therapieprozeß, besteht in der Verarbeitung der sich verändernden Funktion bzw. des sich ändernden »Gebrauchswerts« der Therapie für bzw. durch die Klienten und die sich daraus ergebenden veränderten Handlungsmöglichkeiten des Therapeuten in der Interaktion. Es ist eine Denkaufgabe des Therapeuten, die Erweiterung des Gebrauchs, den der Klient von der Therapie macht, voranzutreiben und damit seine Möglichkeiten wie die Funktion der Therapie im Interesse der Klienten zu erweitern.

6. *Das Denken über den beruflichen Handlungszusammenhang*

Eine Erweiterung des Denkens über Therapie in den Handlungszusammenhang des Klienten hinein erschließt jedoch nur die eine Seite der realen gesellschaftlichen Vermitteltheit therapeutischen Handelns. Ein angemessenes Verständnis des therapeutischen Prozesses erfordert darüber hinaus eine entsprechende Analyse über den beruflichen Handlungszusammenhang des Therapeuten und dessen besondere, mögliche Beziehungen und Widersprüche zum Lebenszusammenhang der Klienten — gleichviel, ob der Therapeut in privater Einzelpraxis, in verschiedenen Formen ambulanter oder stationärer Einrichtungen, in der Gemeinde, auf der Straße, in Wohnheimen oder sonstwo arbeitet (vgl. Dreier, 1987c). Sein Denken muß ein funktionaler Aspekt seiner subjektiven Handlungsfähigkeit in diesem Zusammenhang sein. Erst dann kann er seine beruflichen Handlungsmöglichkeiten bestimmen und seine berufliche Praxis systematischer erfassen, d.h. theoretisieren. In der Praxis reicht es also nicht, wenn der Therapeut sein Handeln nur in der Beziehung zu den Klienten reflektiert. Er muß diese Beziehung vielmehr in ihrer Vermitteltheit durch die institutionalisierten Formen der Therapie begreifen, die selbst wieder Teilaspekte umfassenderer gesellschaftlicher Versorgungsstrukturen sind. Sein objektives Interesse an einer Analyse dieser Bedingungsstrukturen ergibt sich daraus, daß darin weitere wesentliche Möglichkeiten/Beschränkungen für die Bestimmung und begründete Wahl seiner Handlungsmöglichkeiten liegen: Welche hat er; was

beschränkt sie; wie können sie erweitert werden? Dabei muß er die Bedeutung seiner Handlungen als Teile der Realisierung gesellschaftlicher Ziele, vermittelt durch die Bedeutungsstrukturen und Handlungszusammenhänge seiner Institution erfassen. Seine Einflußmöglichkeiten darauf sowie auf seine eigenen Möglichkeiten und auf die Bedeutung seiner Handlungen sind im Verhältnis dazu gegeben. Sie können ihm als Grundlage der Bestimmung eigener Ziele der Veränderung dienen.

Der Therapeut muß also zunächst seinen institutionalisierten Handlungsraum aneignen und die Möglichkeiten erfassen, die ihm aus seiner Position in der institutionalisierten Kooperation gegeben sind. Der Bezug zur Arbeit der Anderen und die dadurch bedingten möglichen Bündnisse und Konflikte müssen im Interesse der Erweiterung seiner wie ihrer Möglichkeiten geklärt werden. Dadurch werden ja seine besonderen Aufgaben definiert. Deren Inhalte und Reichweite sind entscheidend durch die Arbeit der Anderen und die Art der Kooperation bedingt und veränderbar. Dies schließt ein, daß er die institutionell gegebenen Standardverfahren der Fallarbeit wegen ihrer Funktionalität für das alltägliche Handeln übernimmt oder auf ihre fragwürdigen Auswirkungen auf die Interessen der Klienten usw. hinterfragt. Es schließt ferner ein, daß er die Auffassungen seiner Kollegen bei der Verarbeitung der Geprägtheit eigener Sichtweisen durch die besonderen Perspektiven und Interessen seiner Position einbezieht. Auf diesem Hintergrund kann er eigene Verhaltensweisen und Handlungsgründe, Konflikte, Risiken und Bündnisse durchdenken und veränderte Handlungsstrategien entfalten. Gleichviel, ob er dies alles realisiert oder nicht: Faktisch bleiben sein Handeln, sein Denken und seine Befindlichkeit entscheidend von diesen Verhältnissen geprägt — selbst dann, wenn er sich zurückzieht und hinter der »eigenen« Tür das Ganze in eine Privatpraxis mit »seinen« Klienten umzudeuten versucht.

Zur Reflexion von Handlungszusammenhängen in der Denkweise des Therapeuten gehört also auch das denkende Durchdringen seines eigenen professionellen Handlungsraums sowie die Bewußtmachung der Strategien, mit denen er seinen therapeutischen Berufsalltag zu bewältigen versucht: Es gilt, die Art und Weise zu klären, worin er die institutionellen und interinstitutionellen Handlungskonstellationen zur Erweiterung der Möglichkeiten seiner unmittelbaren Fallarbeit, Organisierung angemessenerer Kooperationsformen usw. verwendet. Umgekehrt gilt es zu begreifen, wie die Widersprüche und Beschränkungen solcher Handlungszusammenhänge die Reichweite seiner Fallarbeit im Interesse der Klienten beschränkt, dabei zu erkennen, wo und wie seinen Denken solchen Widersprüchen/Beschränkungen gegenüber »nachgibt«, so daß er sich darin und damit »einrichtet«, somit die Interpretation und die Intentionen seiner Fallarbeit entsprechend ändert.

Aufgrund des damit angesprochenen Zusammenhangs zwischen bestimmten institutionellen Handlungsräumen und der Wahrnehmung von Klientenbe-

dürfnissen und -interessen ist mithin — dies gilt es zu begreifen — die unmittelbare Fallarbeit des Therapeuten unausweichlich von den eigenen institutionellen Möglichkeiten und Widersprüchen geprägt, auch bei einer besonders »geistig« erscheinenden Arbeit wie die Therapie: Dadurch sind die Abgrenzung, Auswahl, Formen, Anzahlen der behandelten Fälle und die Erfolgskriterien, nach denen ihre Fortführung oder Beendigung bemessen wird, bestimmt (wobei ja in der Regel mehrere Professionelle gleichzeitig und/oder nacheinander ihre therapeutischen Bemühungen in der »Fallgeschichte« des betroffenen Individuums vergegenständlichen). Es wäre also verhängnisvoll, derartige institutionelle Bedingungen der Therapie (gemäß der üblichen Denkweisen) nur unter ökonomischen, juristischen, zeitlichen oder äußerlich »praktischen« Aspekten sehen zu wollen, und damit deren zentralen Einfluß auf die i.e.S. psychologischen Sicht- und Handlungsweisen des Therapeuten, d.h. auch deren Niederschlag in der »Therapietheorie«, abzudrängen und wegzuleugnen: So gehen z.B. in die Diagnose eines »schweren Falles« mit geringen therapeutischen Erfolgsaussichten immer auch (meist unreflektiert) Vorstellungen über die »normalen« Handlungsmöglichkeiten des Therapeuten ein: Hätte er andere und bessere, müßte der Fall nicht mehr als »schwer«, d.h. weitgehend aussichtslos, kategorisiert werden, etc.

An dieser Stelle springt indessen häufig jene therapeutische »Hilfsideologie« ein, in welcher dem Klienten und seinen »Bedürfnissen« attribuiert wird, was faktisch von den beruflichen Möglichkeiten des Therapeuten mitbedingt ist: Die Art der Indikationsstellung und Zuständigkeitsverteilung, die Dauer bzw. Beendigung der Therapie, die Diagnose von Therapiefortschritten und -erfolgen, etc., in denen sich tatsächlich immer auch die Schranken der professionellen Handlungsräume des Therapeuten spiegeln, erscheinen so allein aus den Klienteninteressen und darauf bezogenen Einsichten des Therapeuten über den Stand und die Entwicklung des Therapieprozesses begründet, womit der Therapeut als Subjekt seiner beruflichen Praxis im Dunkeln verschwindet. Positiv gewendet bedeutet dies: Im therapeutischen Denken muß der Therapeut als zentraler Akteur der alltäglichen Arbeit und ihrer besonderen gesellschaftlich-historischen Entwicklung berücksichtigt werden. Nur so ist sichtbar zu machen, daß mögliche und notwendige Differenzierungen und Erweiterungen therapeutischer Handlungsformen nicht nur von den sich verändernden gesellschaftlichen Kontrollinteressen, den im Widerspruch dazu stehenden Versorgungsbedürfnissen und den berufsständischen Partialinteressen abhängig sein müssen: Sie können darüber hinaus auch von den bewußt reflektierten und eingebrachten praktischen Erfahrungen der Therapeuten über die Beschränkungen und Möglichkeiten bisheriger Handlungsformen, therapeutischer Arbeitsbedingungen usw. sowie deren Widersprüche und Veränderungsmöglichkeiten im Interesse der Klienten mitbestimmt sein. Dies schließt ein, daß auf diesem Wege die bisherige »Abschiebung« gesellschaftlicher Verantwortung (bzw. Verantwortungslosig-

keit) auf den einzelnen Therapeuten, der als »Privatindividuum« mehr schlecht als recht unter restriktiven Bedingungen noch »das Beste« für seine Klienten zu erreichen versucht, überwunden werden muß zugunsten öffentlicher, d.h. i.w.S. politischer Einflußnahme aller Betroffenen, also von Klienten wie Therapeuten, auf die gesellschaftlichen Bedingungen psychischen Elends und die institutionellen Schranken seiner Linderung.

In dem damit angedeuteten »neuen Denken« über Therapie muß dann allerdings auch auf erweiterter Stufenleiter das Selbstbild des Therapeuten als Subjekt personalisierter Hilfe unter Verhältnissen, für die er »nichts kann« und nicht mitverantwortlich ist, in seiner restriktiven Funktionalität für die therapeutische »Privatexistenz« reflektiert, d.h. auf ihre Widersprüchlichkeiten mit den wirklichen Lebens- und Entwicklungsinteressen der Klienten hin durchdrungen werden. Nur so kann die Therapie (mindestens tendenziell) ihre widersprüchlich-defensive Rolle als individuelles Expertentum, in welchem gleichzeitig »Riesenansprüche« und »Heilserwartungen« geweckt und deren strukturelle Unerfüllbarkeit als Therapieresistenzen des Klienten, persönliche Unzulänglichkeiten des Therapeuten oder (in einer besseren aufhebbare) Mängel der jeweiligen Therapietechnik mystifiziert werden, hinter sich lassen. Und nur so kann der Therapeut sein faktisches »Zusammenhangs- und Widerspruchswissen« (vgl. Holzkamp 1987), das er »in der vordersten Linie« der Konfrontation mit gesellschaftlichen Restriktionen und Unterdrückungsverhältnissen permanent erwerben muß, — jenseits seiner verkürzenden Umsetzung und Verwertung im Dienste individueller therapeutischer »Überlebensstrategien« — soweit verwissenschaftlichen und verallgemeinern, daß es auf allen Ebenen als nützliches Wissen bei der Erkenntnis und Überwindungsperspektive »unmenschlicher« Lebensbedingungen berücksichtigt werden kann: In diesem Kontext wird seine berufliche Funktion als Therapeut sicherlich nicht überflüssig werden, aber im Zusammenhang der politischen, ökonomischen, ökologischen und institutionellen Aspekte/Widersprüche »psychosozialer Versorgung« und deren historischer Entwicklung schrittweise aus dem Kooperationszusammenhang aller hier Tätigen und Betroffenen eine Neubestimmung erfahren müssen.

Literaturverzeichnis

- 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., 1985: 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., 1987a: Zur Funktionsbestimmung von Supervision in der therapeutischen Arbeit. In: Maiers, W. und Markard, M. (Hrsg.): Kritische Psychologie als Subjektwissenschaft. Marburg, 44-56

- Dreier, O.*, 1987b: Klienteninteressen in der Psychotherapie. *Forum Kritische Psychologie* 20, 66-83
- Dreier, O.*, 1987c: Der Psychologe als Subjekt therapeutischer Praxis. In: Dehler, J. und Wetzel, K. (Hrsg.): *Theorie und Praxis in der Psychologie*. Marburg
- Holzkamp, K.*, 1983: *Grundlegung der Psychologie*. Frankfurt/M
- Holzkamp, K.*, 1987: Praxis: Funktionskritik eines Begriffs. In: Dehler, J. und Wetzel, K. (Hrsg.)
- Holzkamp-Osterkamp, U.*, 1985: Kontrollbedürfnis. *Forum Kritische Psychologie* 16, 145-49
- Mehan, H., Hertweck, A. und Meihls, J. L.*, 1986: *Handicapping the Handicapped*. Stanford.
- Schön, D. A.*, (1983): *The reflective practioner*. New York