

Ole Dreier

Der Psychologe als Subjekt therapeutischer Praxis

- 1. Fragestellung**
- 2. Typische Problematiken für den Psychologen in therapeutischen Handlungsräumen**
- 3. Bewältigungsweisen therapeutischer Praxis**
 - 3.1 Der individualisierte Macher**
 - 3.2 Die therapeutische Beziehung**
 - 3.3 Die alltägliche Lebenswelt des Klienten**
 - 3.4 Die eigene Institution**
 - 3.5 Die konkreten gesellschaftlichen Verbindungen der Parteien**
- 4. Schlußfolgerungen**
 - 4.1 Die Vermitteltheit therapeutischen Handelns**
 - 4.2 Die Begreifbarkeit der unmittelbaren Problematiken des Psychologen in seiner Praxis**
 - 4.3 Die Aufhebung der Abstraktion therapeutischen Denkens**
 - 4.4 Der aktuelle Stand therapeutischer Handlungsformen**
 - 4.5 Die Funktionalität individualisierter Handlungsformen**
 - 4.6 Die Bedeutung therapeutischer Gespräche**
 - 4.7 Die therapeutische Handlungsfähigkeit**

1. Fragestellung

In Therapiekonzepten und in alltäglichen Vorstellungen über Therapie ("Alltagstheorien") stehen die Klienten im Zentrum der Aufmerksamkeit. Ihre Probleme und deren Lösung werden abgehandelt. Kommen Therapeuten überhaupt darin vor, werden sie eher am Rande, also weniger intensiv und umfassend betrachtet. Meistens erscheinen sie nur als die, woran bestimmte Forderungen nach bestimmten Verhaltensweisen gerichtet sind, und die diese zum Wohle ihres Klienten realisieren sollen. Es sieht so aus, als ob sie einerseits diesen äußeren Forderungen unterworfen sind, andererseits dennoch in der Lage sind, die Veränderung des Klienten zu bewirken. Ferner erscheinen sie in ihrer Betroffenheit und Belastung durch das Leiden und die Forderungen seiner Überwindung - sozusagen als Opfer des Leidens ihrer Klienten und zugleich Macher ihrer Therapie. Wird der Therapeut explizit thematisiert, resultiert also eine eingeengte Sicht auf ihn als Subjekt.

Schließlich bleibt der Therapeut jedoch als berufliches Subjekt ganz zentraler Bestandteil therapeutischer Praxis. Wie sollte man denn seine beruflichen Handlungsmöglichkeiten, Kompetenzen, Befindlichkeiten in der skizzierten Weise begreifen können? Wir haben es hier mit einem konzeptionellen Rückstand zu tun, der aufgearbeitet werden muß, bevor wir über eine Theorie des Psychologen als berufliches Subjekt dieser Praxis verfügen, als Teil einer umfassenden und adäquateren Theorie therapeutischer Praxis. Dieser Rückstand ist ein wesentlicher Grund der gegenwärtigen Professionalitätskrise, sowohl in den Augen der Bevölkerung, der Klienten wie der Therapeuten. Bis wir ihn aufgearbeitet haben, bleiben die Therapiekonzepte Konzepte einer beruflichen Praxis ohne konzipiertes berufliches Subjekt. Eine Theoretisierung der Psychologen als berufliche Subjekte ist auch schon deswegen unerlässlich, weil sie es doch sind, die diese Praxis entwickelten bzw. entwickeln sollen. Unser Interesse an einer solchen Theorie gilt m. a. W. der Erarbeitung eines Konzepts, das der Erweiterung therapeutischer Handlungsfähigkeit dienen kann.

Es gibt einen weiteren eigentümlichen Widerspruch in den üblichen Konzepten und Vorstellungen über therapeutische Praxis, daß nämlich die Handlungen der einen Partei, hier des Therapeuten, völlig aus den Bedürfnissen und der Perspektive der anderen Partei, hier des Klienten, abgeleitet

werden können und sollen (vgl. z.B. Forderungen nach "emphathischen" Prämissen therapeutischen Handelns). Als ob es faktisch nur eine Partei mit ihren Bedürfnissen und Perspektiven gäbe! Wie kann aber ein Subjekt seine Handlungen völlig von außen her sehen, begründen und bewerten, ohne dabei selbst als Subjekt in Auflösung zu geraten oder an Perspektiven- und Prämissenverwicklung und -verwirrung zu leiden? Wo bleibt dann die Eigenperspektive? Kann sich ein Subjekt faktisch dermaßen fremdbestimmt durch eine andere Person verhalten - in völliger dienstbereiter Selbstaufopferung und Bescheidenheit? Als ob es sich alles gefallen ließe, wenn es nur zum Wohle seines Gegenübers, hier seines Klienten geschehe. Das ist doch unglaublich! Bekanntlich treten dann auch "Störungen" einer derartigen Ausrichtung von Aufmerksamkeit und Handlungen auf, wo es eben nicht passiert bzw. "gelingt". Das wird aber dann meistens als "Störung" eingestuft und bewertet; d.h. es wird am "Ideal" festgehalten.

Wir brauchen übrigens nur die Klienten über ihre Auffassung ihres Therapeuten zu befragen, um ein anderes Bild zu erhalten! Die Therapeuten richten sich also nicht nach der faktischen Sicht des Klienten, sondern nach einer von ihnen konstruierten Klientenperspektive. Das macht die Perspektivenfrage noch komplizierter und verwickelter (s. DREIER 1987 a, 1987 c).

Aus dem bisherigen folgt eine Aufgabe bei der Aufarbeitung eines tragfähigen Konzepts therapeutischer Praxis. Diese Aufgabe beinhaltet Fragestellungen, die sonst vernachlässigt werden. Wir müssen den Therapeuten als Subjekt erforschen: seine Handlungsmöglichkeiten und -behinderungen in der therapeutischen Praxis, seine Befindlichkeiten und sein Denken, Kompetenzen und Handlungsgründe, vorhandene Probleme, Widersprüche und Entwicklungsmöglichkeiten als Aspekte seiner Handlungsräume. Damit ist natürlich nicht gemeint, die therapeutische Praxis auf das Therapeutesubjekt zu reduzieren, sondern ihn vollständiger in die Konzeption darüber einzubeziehen.

2. Typische Problematiken für den Psychologen in therapeutischen Handlungsräumen

Wir versuchen nun vom Standpunkt des Psychologen in der therapeutischen

Praxis typische gegenwärtige Problemschwerpunkte bei der Behinderung/-Erweiterung seiner Handlungsmöglichkeiten zu analysieren, ausgehend von der Art und Weise, wie sie in seiner subjektiven Befindlichkeit erscheinen. Wir wollen die Widersprüche und Belastungen darin verdeutlichen, im Interesse ihrer Überwindung, d.h. die Fragen verfolgen: Was behindert mich in dieser Praxis; welches sind meine Möglichkeiten; woran liegen diese Behinderungen und Möglichkeiten; wie kann ich sie bestimmen und meine Einflußmöglichkeiten darauf nutzen.

Unser Ausgangspunkt ist die "Kernfrage" in der subjektiven Befindlichkeit des Therapeuten: Anderen Menschen helfen zu wollen nimmt als Motiv einen ganz zentralen Stellenwert ein, deswegen auch die Frage nach meinen Möglichkeiten und Behinderungen, diese Hilfestellung zu leisten. In der subjektiven Befindlichkeit spiegelt sich meine Bewertung meiner erfahrenen, gegenwärtigen-künftigen Möglichkeiten zu helfen wider. Diese Befindlichkeit ist typisch schwankend, je nachdem wie gut es mir vorkommt, daß es mir gelungen ist bzw. künftig wird gelingen können. Ich bewerte es also erstens typisch so, daß es mir nicht immer gleich gut gelingt. Diese Schwankung spiegelt zweitens wider, daß es mir unabgesichert vorkommt, was ich leisten kann bzw. geleistet habe, weswegen meine Bewertung davon sich nicht recht stabilisiert.

Fragen wir nach, um diese schwankenden Bewertungen genauer zu klären, stoßen wir zunächst auf die Tatsache, daß Klientenprobleme und Veränderungsprozesse komplex, unabgeschlossen bzw. -schließbar, relativ unbestimmt und individuell, mehrdeutig und widersprüchlich sind. Das erschwert natürlich meine Bestimmung meiner Möglichkeiten, deswegen auch meine Nutzung und Bewertung davon. Es besteht zudem die Tendenz, diese Unbestimmtheiten zu personalisieren (DREIER 1987 b), d.h. sie als Ausdruck meiner persönlichen beruflichen Unsicherheit und Unzulänglichkeit zu deuten, wo doch umgekehrt die Unbestimmtheit meine Unsicherheit bedingt. Die Bewertungsdilemmata schlagen deswegen oft in Bewertungswidersprüche um, worin Elemente meiner Bewertungen sich widersprechen, ohne daß ich die Widersprüche aufheben kann. Hinzu kommt, daß ich die vorgeführten bzw. von mir vorgestellten Bewertungen der anderen Patienten (Klienten, Mitbetroffenen, Kollegen, Auftraggeber) einbeziehen muß, die sich ebenso gegenseitig widersprechen und im Widerspruch zu meinen stehen (s. DREIER 1987 a).

Die Bewertungswidersprüche in meiner schwankenden Befindlichkeit werden zusätzlich genährt von meinem subjektiven Erfolgsdruck. Dieser Druck wird einerseits von Klienten, deren Bekanntenkreis, Kollegen, Institutionen, Auftraggebern an mich vermittelt oder explizit übergeben. Andererseits wird er von mir selbst als Forderung und Druck gestellt, nicht nur um den Erwartungen der anderen Parteien zu genügen, doch aber schon von diesen in meiner Leistung anerkannt zu werden. Diesem Druck zufolge liegt es an mir, ob ein Fall zum Erfolg führt oder nicht: Ich muß einen Erfolg herbeiführen können, obwohl ich schon einsehe, daß er natürlich auch von der Art und Weise abhängt, wie der Klient und die anderen Parteien sich zu seinen Problemen und zur Therapie verhalten. Denn - und hier stellt sich das Beeinflussungsdemokratie wieder ein - ich muß den Klient dazu bringen, sich so zu verhalten, daß er Erfolg, den ich mir vorstelle (bzw. die anderen sich vorstellen) sich faktisch einstellt. Letzten Endes muß ich also alles für den Klienten tun können: das Wohl des Klienten ist mein Erfolgskriterium. Da es nicht immer gelingt, habe ich ein Gefühl von Druck und Unzulänglichkeit - wenn ich den Mißerfolg nicht genauso personalisierend dem "unmöglichen" Klienten überstülpe. Anders ausgedrückt: jedesmal, wenn es nicht gelingt, kommt es mir vor, daß es mir hätte gelingen sollen, wenn ich nur dies oder jenes gesehen und getan hätte. Gelingt es, fühle ich mich jedoch oft nicht entsprechend sicher, ob es an mir lag (die Gründe sind ja relativ unbestimmt, s.o.). Es ist eben ein Erfolgsdruck, der sich folglich besonders dann einstellt, wenn es nicht gelingt und nicht gesichert vorkommt. In ihrer Berufslaufbahn ziehen viele Therapeuten daraus subjektiv den Schluß, ihre Forderungen zu senken. Sie können auch versuchen, ihr Selbstwertgefühl durch Vorstellung "gelungener" Beispiele zu retten, bzw. mit Kollegen darüber zu konkurrieren, wer die besten Beispiele vorstellen kann. Ferner können sie bei Kollegen und/oder in einer Supervision Trost oder Unterstützung finden, usw.

Diese Verhaltensweisen bringen aber nicht das subjektive Unbehagen völlig zum Verschwinden. Bestehen bleibt die selbstkritische Forderung: "Ich hätte vorhersehen können/sollen"; "ich müßte sichern können, daß es so und nicht so geht/endet". Besonders wenn es nicht gelingt oder unvorhergesehene Schwierigkeiten im Verlauf auftauchen, besteht die Tendenz, den Grund dafür in persönlichen "Kunstfehlern" zu sehen. Das ist besonders ausgeprägt im Nachdenken, d.h. erst nachdem bestimmte unerwünschte und unvorher-

gesehene Handlungen, Ereignisse sich eingestellt haben. Es werden dann Rückschlüsse gezogen: "Ich hätte damals sehen sollen, ... das tun müssen." Hinter diesen Gedanken und Bewertungen steckt die Logik des Hauptstroms der Psychologie: die bedingungsanalytische Kontrollwissenschaft und ihre Methodologie (s. HOLZKAMP 1983 a, Kap. 9). Sie spiegeln m. a. W. eine Praxis wider, die man über den Kopf des Klienten durchsetzen soll, indem man ihn der Therapie als seiner Bedingung unterwirft.

Solche verurteilende Bewertungsprozesse beruhen in Wirklichkeit auf der Übergabe von Verantwortung und Kontrolle über die Therapie durch Klienten, Bekannte, Institution, Auftraggeber und meine mehr oder weniger ungebrochene Übernahme davon. Demgemäß bin ich für die Lösung der Klientenprobleme verantwortlich. Das ist besonders ausgeprägt, wenn der Klient keine Kontrolle über sein Leben hat, und wenn kein anderer ihm hilft, also bei Ohnmacht, Isolation, abnehmender Solidarität und entsprechender Individualisierung von Verantwortlichkeit.

Aus dem bisherigen geht hervor, daß der Psychologe die Bedingungen erfolgreichen therapeutischen Handelns offensichtlich nicht voll im Griff hat. Er kann sich ihnen nicht sicher sein. Die an ihn bzw. von ihm gestellten Forderungen und Hoffnungen sind nicht immer und vollständig bei den vorhandenen Bedingungen einlösbar. Die Widersprüchlichkeit seiner Bedingungen und Aufgaben und des Verhältnisses der involvierten Parteien zur Therapie betreffen unmittelbar seine Handlungsmöglichkeiten und Befindlichkeiten. Die verbreiteten Widersprüche der skizzierten subjektiven Problematiken können deswegen nicht schlicht personalisiert werden.

3. Bewältigungsweisen therapeutischer Praxis

Der Psychologe hat zum alltäglichen Überleben innerhalb seiner vorhandenen Handlungsräume eine Bewältigungsstrategie nötig. Ebenso hat er ein Bedürfnis, seine Betroffenheit von den Widersprüchen zu verarbeiten. Nur reichen die angedeuteten Bewältigungsweisen dafür nicht aus (s. DREIER 1987 b), wohl sie offensichtlich naheliegend und unmittelbar funktional sind, was man an ihrer Verbreitung sieht. Sie führen nämlich perspektivisch nicht über die skizzierten Widersprüche hinaus, sondern bleiben innerhalb und

können deswegen auch nicht dazu beitragen, die subjektiv problematische Betroffenheit davon aufzuheben.

Jetzt wollen wir nach Bewältigungsweisen fragen, die einen besseren Griff über die therapeutische Praxis erlauben und in Richtung der Überwindung einiger ihrer Widersprüche in unserer Gesellschaft führen. Uns interessiert ja die Erweiterung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten, also die Entwicklung therapeutischer Praxis in Richtung umfassenderer, erweiterter Praxisformen. Wir werden uns an die real benutzten Bewältigungsweisen halten, mit den relativ engeren davon anfangen und aus der Bestimmung ihrer Beschränkungen und Widersprüchlichkeiten heraus die Notwendigkeiten erweiterter Bewältigungsweisen begründen. Die verwendete Einteilung der Bewältigungsweisen entspricht einer Unterscheidung verschiedener realer Ebenen therapeutischer Praxis. Wir werden in der folgenden Analyse den Bezug zwischen den konkreten Bewältigungsweisen des Therapeuten und den vorhandenen Therapiekonzepten weglassen (s. DREIER 1987 c).

3.1 Der individualisierte Macher

Damit ist eine Bewältigungsweise gemeint, womit ich alle therapeutischen Veränderungen auf meine Beeinflussungen zurückführen will: Ich bin es, der in der Therapie etwas macht. Analysiert man den Prozeß, kritisch wie vorantreibend, muß man also fragen: "Was habe ich gemacht?" Oder aus der Sicht der anderen: "Hast Du schon dies oder jenes gemacht?" (Vgl. das Beispiel aus der Klinik im gestrigen Vortrag.) Ich bin m. a. W. letztendlich alleinverantwortlich dafür, was passiert oder nicht in der Therapie. Ich bin der individualisierte Agent - meistens in Gestalt eines außenstehenden, neutralen, effektiven Experten.

Allgemein formuliert ist diese Bewältigungsweise dem Gegenstand sowie der Aufgabe therapeutischer Praxis inadäquat (s. ausführlicher DREIER 1987 a): Da sind ja immer nicht nur ich, sondern mehrere Subjekte beteiligt, die alle unterschiedliche Erfahrungen, Gedanken, emotionale Bewertungen über das vorhandene Problem beisteuern und die dementsprechend in ihren Handlungen unterschiedliche Beiträge zu seiner Lösung und unterschiedlichen Einfluß auf den Verlauf und das Ergebnis der Therapie haben (s.u.).

Wie sollte ich denn alles alleine machen können? Das müßte zudem auf der

Voraussetzung beruhen, ich könnte die Bedeutung der Lebensverhältnisse des Klienten für ihn kontrollieren, die er nicht selbst kontrollieren kann. Wie könnte ich sonst sein Leben, seine Verhaltensweisen, Befindlichkeiten etc. kontrollieren? Wie soll ich also eine Kontrolle ausüben, über deren Bedingungen ich nicht verfüge? Wie kann ich für Verhältnisse alleinverantwortlich sein, worauf ich keinen entsprechenden Einfluß habe?

Versuche ich es trotzdem, muß jetzt deutlich geworden sein, daß es Kosten hat und subjektive Problematiken für mich auslöst, z.B. subjektiven Erfolgsdruck und unmotivierte Klienten (vgl. das gestrige Beispiel aus der Klinik und die darin geschilderte besondere subjektiv-praktische Funktionalität der Verhaltenstherapie.) Es sei denn, ich glaube, die Lebensverhältnisse des Klienten haben keine Bedeutung für seine Befindlichkeiten, so daß ich einfach seine mir zugängliche problematische Befindlichkeit beeinflussen kann, oder daß bestimmte therapeutische Techniken mich dazu in die Lage versetzen, Wohlbefinden beim Klienten trotz seiner schlechten Bedingungen zu bewirken.

Mit dieser Bewältigungsweise versucht der Psychologe eine individuelle Umwelt- und Selbstkontrolle über seine Praxis auszuüben und entsprechend beim Klienten zu installieren. Er affirmiert die individualisierte Alleinverantwortlichkeit und versucht seine Unabgesichertheit durch individuelle Kontrollformen zu kompensieren. Es ist m.a.W. eine defensive Bewältigungsweise therapeutischer Praxis (s. die entsprechende Einschätzung "technizistischer" Praxen in der "demokratischen Psychiatrie" Italiens bei BASAGLIA 1987). Sie läuft einer Demokratisierung, d.h. gemeinsamer Verantwortung über die therapeutischen Belange zuwider. Dies auch dann, wenn die Kontrolle darüber mit dem Argument legitimiert bzw. gelegnet werden soll, es geschehe, um dem Klienten zu helfen.

Die angeführten Problematiken individualisierten Machens treffen auch bei der besonderen Form davon zu, wo ich meine Praxis bewältigen will, daß ich mich als Modell, also persönliches Vorbild meiner Klienten aufstelle. Dabei setze ich ja voraus, daß ich bestimmte Eigenschaften, Fertigkeiten, Verhaltensweisen besitze, die ich als Lösungsmittel für die Probleme der Klienten bestimme, und daß ich dafür sorgen muß, daß sie diese durch Beobachtung und Imitation von mir übernehmen. In der Weise fällt alles wieder letztendlich auf mich zurück, diesmal noch direkter auf meine persönlichen Eigenschaften. Gewiß finden real Beobachtung, Identifikation und

Imitation statt; es bleibt aber fragwürdig, ob meine Verhaltensweisen die richtigen waren für den Klienten. Also setzt sich eine "Erziehungsförmigkeit" (s. HOLZKAMP 1983 b) und eine Überhöhung der Bedeutung meiner Persönlichkeit durch, die ebenfalls im Widerspruch zur (eingangs erwähnten) erklärten "Klientenzentriertheit" therapeutischer Dienstleistungen und deren affirmierten Abhängigkeit von den Bedürfnissen des Klienten stehen.

Eine letzte besondere Gestalt therapeutischen Machertums soll benannt werden, nämlich die Vorstellung, daß die therapeutische Praxis auf die Wirkung meiner Persönlichkeit, der vielbesprochenen "Therapeutenpersönlichkeit", zurückgeführt werden kann. Das mag durchaus ähnlich "direktive" Formen annehmen wie die des expliziten Kontrollierens, bleibt aber im Prinzip individualisierte Kontrolle, obwohl sie in verborgeneren, subtileren, und deswegen oft effektiveren Formen geübt wird. Zum Beispiel wenn der Therapeut, wie es heißt, sich mehr "auf den Klienten einläßt", um ihn besser beeinflussen und besser über seine Therapie bestimmen zu können. Sein Zugeständnis, daß auch er von dem Verhalten des Klienten betroffen wird, kann er ja verbinden mit der Forderung, daß er mit dieser Betroffenheit selbst fertig werden können muß, d. h. auch diesen Einfluß wie jeden anderen der Therapie kontrollieren können muß. Jedenfalls muß er, wenn er die Kontrolle über den Verlauf aufrechterhalten will, vorsichtig mit der Offenbarung seiner Gedanken umgehen. Er muß sie tendenziell für sich behalten und über den Kopf des Klienten hinweg denken. Er muß einen Deutungsvorschub und -überschuß, bis zum praktizierten Deutungsmonopol als Absicherungsstrategie seiner Kontrolle über die Therapie funktionalisieren. Führt die Therapie, wie es oft der Fall ist, trotzdem nicht zum Erfolg, trifft es unmittelbar die eigene Persönlichkeit, die doch als wesentlichstes therapeutisches Arbeitsmittel erfaßt wurde. Eine Personalisierung von Ohnmacht, Verantwortung und Schuld, und eine Vereignschaftung von den Problemen beruflicher Kompetenz und Ungewißheit stellt sich umso leichter ein.

Den unterschiedlichen Formen individualisierten therapeutischen Machertums sind gemeinsam, daß sie nicht die Probleme lösen, die sie bewältigen sollten: Der Therapeut bleibt ja den Konflikten, Widerständen, Bündnissen, Übertragungen, Abbrüchen und dergleichen seiner Klienten ausgesetzt. Er erreicht weder volle Kontrolle über den Verlauf noch über die Bedingungen eines Therapieerfolgs. Er übernimmt aber Verantwortung, Erfolgsdruck und

gesellschaftliche Kontrollinteressen bezogen auf die Fallarbeit. Er praktiziert, oft im angeblichen Interesse des Klienten, eine "kontrollförmige Hilfe". Beim Versuch, in der Weise einen Therapieerfolg durchzusetzen, muß er mit dem Klientenverhalten und den -befindlichkeiten taktisch instrumentalisierend umgehen. Gegenstand und Aufgabe seiner Praxis bleibt ja seine Beeinflussung davon. Will er sie kontrollieren, muß er gleichzeitig seine Bestrebungen nach ihrem aktuellen Zustand einrichten. Darin taucht seine reale Abhängigkeit vom Klienten auf, die er durch seine Kontrollversuche leugnen und aufheben will. Er ist gezwungen, die Klientensicht zu berücksichtigen, um sie beeinflussen zu können. Dazu gehört seine Berücksichtigung der Sicht des Klienten auf ihn und auf die Verhaltensweisen, die der Therapeut sich überlegt, usw. Die eingangs erwähnte Perspektiventwicklung setzt ein und bewirkt Beschreibungs-, Deutungs- und Bewertungsproblematiken.

3.2 Die therapeutische Beziehung

In den Vorstellungen individualisierter Bewältigungsweisen, die in der therapeutischen Praxis am häufigsten verwendet werden, geht die Beziehung zwischen Therapeut und Klient insofern ein, als der therapeutische Macher darin geortet ist und seine Beeinflussung des Klienten darin stattfindet. Man könnte es so formulieren, daß in erster Linie über Individuen gedacht wird und erst in zweiter Linie über die Beziehung als bloßes Mittel dieser Individuen. Die Betrachtung der Beziehung tendiert dazu, sich in eine Betrachtung über die teilnehmenden Individuen aufzulösen. Beziehungsphänomene werden in Termini individueller Prozesse erfaßt (wie Beeinflussung, Beobachtung, Identifikation, Imitation, Übertragung, Gegenübertragung, usw.).

Im Gegensatz hierzu gibt es Versuche, therapeutische Praxis in erster Linie als Beziehung zu erfassen und zu bewältigen. Sie wird dann als Interaktion, Kommunikation, Gespräch erfaßt. Demgemäß sind die für die Lösung des Problems relevanten Erfahrungen, Wissen, Aufgaben, Möglichkeiten, Beiträge, Ziele und Stoßrichtung überindividuell distribuiert. Sie werden in verschiedenen, mehr oder weniger widersprüchlichen Formen intersubjektiv bestimmt, verarbeitet und realisiert. Deswegen muß ich diesen Gesamtprozeß erfassen und beeinflussen. Ich muß meine Aufgaben, Möglichkeiten, Behin-

derungen, die Bedeutung meiner Beiträge, meine Handlungsgründe, Befindlichkeiten etc. als Teile davon bestimmen und realisieren. Dazu gehört meine Anerkennung, daß nicht nur ich "etwas mache", sondern auch die anderen, d.h. "wir". Es gibt zudem unter uns darüber Widerspruch wie Koordinationsaufgaben. All dies muß ich bei meiner Analyse und Beeinflussung des Falles berücksichtigen.

In den therapeutischen Bewältigungsweisen von Beziehungen gibt es eine verbreitete Tendenz dazu, daß der Therapeut innerhalb der Beziehung versucht, alle Fäden in der Hand zu behalten. Damit weicht er zunächst einer Offenlegung der interpersonalen Widersprüche aus, in der Hoffnung, daß dies seinen Einfluß darauf erhöhen und seine Belastung dadurch vermindern würde (s. ESSER 1987). Er muß es zudem tun, weil bloß ein Griff über die unmittelbare Beziehung nicht die Verfügung über die für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Lösung der vorhandenen Probleme entscheidenden Bedingungen beinhaltet (s.u.). Deshalb wird er beruflich versucht sein, auf individualisierte Kontrollformen über die Beziehung zurückzugreifen. Das hat die geschilderten Verwicklungen in der Auffassung und Handhabung der so instrumentalisierten Beziehung zur Folge und stellt eine Behinderung dar, dem grundlegenden intersubjektiven Charakter der Beziehung gerecht zu werden. Diese Verhaltensweise widerspricht m.a.W. der Aufgabe, einen intersubjektiven Verarbeitungsprozeß zu ermöglichen, worin eine gemeinsame Bestimmung über und Verantwortung für den Prozeß geradezu Verarbeitungsbedingung geworden ist und wo die professionelle Verantwortlichkeit eine Mitverantwortung dafür ist, die auf dem Hintergrund damit gemachter beruflicher Erfahrungen realisiert wird.

Faktisch bestehen immer sich widersprechende Interessen in einem Fall und in meinem Handeln. Das folgt aus der besonderen Art der Klientenprobleme, die Gegenstand therapeutischer Praxis werden. Deswegen sind immer Widerspruchsanalysen von mir verlangt, sowie daß gerade in der Therapie die Klientenkonflikte ausgedrückt und verarbeitet werden können. Die Interessen der Klienten an ihrer Therapie werden m.a.W. vernachlässigt, wenn ihre Konflikte nicht ausdrücklich thematisiert und verarbeitet werden. Das spricht gegen konfliktvermeidende Schonungstendenzen beider Parteien, z.B. indem der Therapeut die Kontrolle übernimmt, nicht zuhört, über das "gefährliche" Thema hinweggeht und dergleichen. Es bleibt eine Aufgabe des Therapeuten, solche intersubjektiven Beziehungen herzustellen, daß sie von

den Klienten zur Klärung und Wahrnehmung der hinter den Konflikten steckenden Interessenwidersprüchen als geeignet erkannt und ergriffen werden können. Dazu gehört die Bestimmung, Stärkung und Eröffnung allgemeiner Interessen, was vielen Menschen bei unseren Verhältnissen und dazu gehörigen Erfahrungen besonders schwer fällt (vgl. zu diesem Abschnitt ausführlicher DREIER 1987 a).

In der Therapie eine Subjektbeziehung herzustellen, ist m. a. W. keine reine Beziehungsangelegenheit. Es ist nicht identisch mit dem unmittelbaren "Aufeinander-gehen", mit der bloßen Innerlichkeit und Empathie. Entscheidend ist im Gegenteil, ob die Parteien darin ihre eigenen Interessen wahrnehmen können. Wir wissen, daß in der therapeutischen Praxis in dieser Hinsicht oft große Schwierigkeiten bestehen. Um diese zu klären, muß der Therapeut über die Grenzen der unmittelbaren Beziehung hinausdenken in die widersprüchlichen alltäglichen Lebensverhältnisse seiner Klienten hinein, worin ihre Probleme entstanden sind und wie sie geändert werden sollen.

3.3 Die alltägliche Lebenswelt des Klienten

Dieser Aspekt wird hier nur kurz behandelt, weil wir ihn anderswo ausführlicher analysieren (vgl. DREIER 1987 a, 1987 c). In den unmittelbaren therapeutischen Beziehungen werden schwerpunktmäßige Probleme verarbeitet, die außerhalb dieser Beziehung in den alltäglichen Lebensverhältnissen der Klienten vorkommen. Diese Probleme erscheinen vermittelt in den unmittelbaren Gesprächen. Das Gespräch ist damit nicht nur ein besonderes Mittel der Verarbeitung derartiger Probleme, sondern ein Medium, wodurch sie vermittelt erscheinen und verarbeitet werden können. Durch das Gespräch wird ein besonders vermittelter Zugang zur alltäglichen Lebenswelt der Klienten eröffnet und für die Verarbeitung der alltäglichen Probleme benutzt. Gleichzeitig ist der Zugang des Therapeuten, seine Verbindung zur alltäglichen Lebenswelt der Klienten durch seine unmittelbare Beziehung mit ihnen, seine direkte Erfahrung damit und sein Wissen darüber immer ein besonderer und beschränkter.

Will der Therapeut also die Probleme in den alltäglichen Lebensverhältnissen seiner Klienten adäquat begreifen und zu ihrer adäquaten Veränderung beitragen, muß er das Verhältnis zwischen Gespräch und Alltag erfassen kön-

nen. Daraus bestimmt sich nämlich die konkrete Bedeutung der therapeutischen Beziehung für die Verarbeitung der Probleme der Klienten. Daraus erhalten die Therapie und der Therapeut ihren Stellenwert für die Klienten. Wie und was Klienten aus den therapeutischen Gesprächen gebrauchen können und tatsächlich gebrauchen, und welche Art therapeutischer Unterstützung damit ggf. für die Veränderung ihrer Probleme funktional ist, muß aus diesem Zusammenhang heraus begriffen werden.

Die konkreten Inhalte und Dynamiken sowie wesentlichen Determinanten des Verlaufs und der Form der unmittelbaren therapeutischen Beziehung werden also entscheidend durch diese umfassenderen Zusammenhänge bestimmt. Ihre konkreten Erscheinungen müssen aus diesem Zusammenhang heraus begriffen werden. Deshalb kann die therapeutische Beziehung nicht mit den formalen Begriffen der traditionellen Gruppen-, Interaktions- und Kommunikationspsychologie erfaßt werden, die bloß Regelmäßigkeiten des unmittelbaren Aufeinander-bezogeneins innerhalb der Beziehung widerspiegeln. Ebenso kann die konkrete Wirkung therapeutischer Gespräche nur aus ihren Wechselwirkungen mit den alltäglichen Verhältnissen und Geschehnissen bestimmt werden. Sie läßt sich nicht aus dem Gespräch für sich erfassen, z.B. nicht unmittelbar an der Verwendung bestimmter "Techniken" darin eindeutig festnageln. Die Bedeutung des Gesprächs liegt nicht wie ein Geheimnis in seinen verborgenen Details begraben, sondern im realen alltäglichen Funktionszusammenhang. Das wurde gestern z.B. an der Motivationsproblematik im Beispiel aus der Klinik veranschaulicht. Es wäre also in der Praxis illusorisch, einfach und abstrakt auf die Durchführung von Gesprächen als "die richtige therapeutische Praxis" zu setzen und dabei nicht nur die realen Funktionszusammenhänge, sondern auch die darin gegebenen anderen relevanten Handlungsmöglichkeiten zu übersehen (s.u.).

Die implizite Vorstellung vieler Therapeuten über die Wirkungsweise therapeutischer Beziehungen, daß sie in einem "Transfer" von Inhalten und Ergebnissen der therapeutischen Gespräche in den Alltag hinein bestünden, greift deshalb viel zu kurz. Sie ist in Wirklichkeit eine Ideologie über die Bedeutung, oder besser über die Bedeutsamkeit therapeutischer Handlungen, die für deren unmittelbare berufliche Absicherung funktionalisiert werden kann. Darüber hinaus beinhaltet sie eine angestrebte Normierung des Verhältnisses zwischen Gespräch und Alltag, oder genauer zwischen therapeutischer Institution und alltäglicher Lebenswelt der Klienten: Die Klienten

sollen das, was sie darin erfahren – wie gehorsame Schüler dem schulischen Lernstoff gegenüber –, getreu in ihren Alltag hinübertransportieren und dort entsprechend den "Vorgaben" ihrer Therapeuten verwenden (vgl. LAVE, im Druck). Tun bzw. schaffen sie dies nicht, sind sie selber schuld bzw. müssen sie mehr hinzulernen.

3.4 Die eigene Institution

Die Vermitteltheit unmittelbarer therapeutischer Praxis durch den Lebenszusammenhang der Klienten ist nur die eine Seite ihrer gesellschaftlichen Vermitteltheit. Die andere ist ihre Vermitteltheit durch die institutionalisierten Handlungszusammenhänge der Therapeuten. Die eingangs erwähnte Tendenz, daß der Therapeut sich selbst für die Beschäftigung mit seinen Klienten vergißt, umfaßt aber ebenso das Ausblenden dieser Bedingungen seines Handelns. Schließlich werden doch seine Handlungsmöglichkeiten wie -behinderungen durch seine Position im institutionellen Handlungsraum vermittelt; er wird also unmittelbar davon betroffen. Seine eigenen Möglichkeiten und Interessen muß er im Verhältnis zum institutionalisierten Handlungsraum seiner Praxis klären. Die Institution muß als Möglichkeitsraum seiner Praxis erfaßt werden. Sie kann nicht höchstens als irgendeine ärgerliche, beschwerliche Behinderung eingestuft werden, aus der Annahme heraus, daß, wenn er nur davon befreit wäre, würden sich seine Handlungsmöglichkeiten wirklich entfalten – ganz privat. Eine entsprechend erweiterte Perspektive auf Handlungsmöglichkeiten und Gründe des Therapeuten (wie des Klienten, s. u.) ist nötig.

Therapeutische Arbeit findet nicht in einem losgelösten geistigen Raum statt. Die Bedeutung je meiner Handlungen wird im Gegenteil objektiv bestimmt in dem Handlungszusammenhang verschiedener Institutionsformen in einer therapeutischen Versorgungsstruktur (s. HELBIG 1986). Ich bestimme nicht total nach eigenem Gutdünken über deren reale Bedeutung. Meine individuellen Handlungen gehen in einen gesellschaftlich vermittelten, institutionalisierten Handlungszusammenhang ein und erhalten darin ihre konkrete Bedeutung. Diese Bedeutung ist mir nicht unmittelbar gegeben. Es ist meine Aufgabe, sie erst zu bestimmen, indem ich mich in die objektiven Bedeutungsstrukturen meiner Arbeit einarbeite und dabei zugleich kläre, welchen Einfluß auf ihre Bedeutung und welche Spielräume ihrer Nutzung

und Erweiterung ich habe bzw. ich erwerben kann. Das wurde in den Beispielen von gestern veranschaulicht. Sie haben nicht nur verdeutlicht, daß man sich einarbeiten muß, um die Bedeutung der eigenen Arbeit allmählich für sich zu bestimmen und real zu erweitern. Es wurde ferner klar, daß die Einarbeitung sowie die Art und Weise ihrer Realisierung oft dem Psychologen selbst als seine individuelle Aufgabe überlassen bleibt. Außerdem wurde deutlich, daß in den Institutionen oft keine klare Bestimmung von Funktionen, Aufgaben wie Position des Psychologen besteht. Im Gegenteil können bedeutsame Unterschiede und Interessengegensätze bezüglich meiner Arbeit vorherrschen. Dies muß mein Interesse an der Klärung, Abgrenzung und Bestimmung darüber erhöhen und zu einer für mich wichtigen Aufgabe werden. Es steht also nicht fest, worin meine Arbeit besteht. Sie verändert sich geschichtlich durch die Veränderung der Widersprüche, worin sie verwickelt ist.

Meine Einarbeitung in die Bedeutungsstrukturen meiner Arbeit beinhaltet erstens, die Position meiner Institution in der Versorgungsstruktur zu bestimmen. Das umfaßt u. a. meine Bestimmung der interinstitutionellen Kooperationsstrukturen (Finanzierung, gesetzliche Grundlagen, Aufgabenverteilung, Verweise etc.) und deren Konflikte (Einmischungen anderer Institutionen, Interessenverhältnisse, bestehende Bündnismöglichkeiten durch institutionelle Überschneidungen, etc.). Zweitens beinhaltet sie, die Bedeutungsstrukturen der eigenen Institution zu bestimmen (ihre Funktionen, die Zusammensetzung des Teams, formelle wie informelle Macht- und Kompetenzverhältnisse, die arbeitsteilige Kooperationsstruktur, Unterschiede in den Bedingungen, Aufgaben und Verantwortungen der Berufsgruppen und Mitarbeiter sowie daraus entspringender Interessengegensätze und Konflikte, etc.).

Zur Bestimmung meiner Handlungsspielräume und -möglichkeiten gehört also die Bestimmung darüber, welche Bedeutung meine Arbeit für die Institution und für die Kollegen haben kann, damit sie bewußt von allen Parteien benutzt, die Kooperation darüber geklärt und die Interessen an der Erweiterung meiner Möglichkeiten gestärkt werden können. In dieser Hinsicht befindet sich der Psychologe oft in besonderen Interessenwidersprüchen im Verhältnis zwischen der Leitung und dem übrigen Personal, die verarbeitet werden müssen, damit die oben genannten Kooperationsformen erweitert werden können. Er befindet sich häufig in einer besonderen, unge-

klären, noch nicht tradierten, isolierten Position in der Institution. Ihre Klärung und Erweiterung vernachlässigt er leider oft. Deshalb bleibt seine Arbeit hauptsächlich von den widersprüchlichen Anforderungen der anderen Parteien bestimmt und damit für ihn nicht deutlich abgrenzbar, planbar und verfügbar. Zum Beispiel besitzt er eine besondere Fachkompetenz, üblicherweise ohne entsprechende Leitungskompetenz, wovon er sich jedoch wegen der Besonderheit dieser Fachkompetenz nicht völlig freihalten kann. Andererseits wird er als Spielball in Konflikten zwischen der Leitung und dem Personal "auf dem Boden" funktionalisiert. Deswegen bleiben seine Kompetenzen, Aufgaben, Spielräumen und Methoden konkreter therapeutischer Praxis ungeklärt und umstritten.

Bleiben solche Widersprüche der objektiven Kooperationsstruktur mit dazugehörigen Konflikten und konfliktvermeidenden Verhaltensweisen dominant, breiten sich Personalisierungen über Kollegen, die Leitung, andere Institutionen und Klienten aus. Im Gegenteil dazu sind derartige Analysen von Institutionsstrukturen nötig, daß ich die Konflikte besser aufgreifen kann, weil ich die Struktur und Interessen der Parteien besser begreife und damit Zugangsweisen und Bündnisse besser bestimmen kann. Widerspruchsanalysen über mich in meinen Handlungsräumen sind nötig.

Wozu und wie andere in der arbeitsteiligen Praxis mich gebrauchen wollen, beinhaltet m.a.W. bestimmte Möglichkeiten und Behinderungen meiner therapeutischen Praxis. Ich kann diese Möglichkeiten nicht rein individuell abgrenzen und alleine darüber verfügen. Zum Beispiel kann die Definition von Handlungsbedürfnissen konkreter Klienten und deren Überantwortung an mich von Interessenkonflikten beim Personal und zwischen Personal und dem betreffenden Klienten entscheidend beeinflusst sein und zwar so, daß sein Behandlungsbedürfnis einen an ihm personalisierten Konflikt zwischen ihm und dem Personal widerspiegelt. Die Verantwortungsproblematik verweist hier auf Probleme der arbeitsteiligen Kooperation und ist nur dadurch veränderbar.

Damit sind die Bedingungen, die Kooperation und die Qualifizierung der Kollegen eine entscheidende Bedingung der Entwicklung meiner Aufgaben, d.h. des Möglichkeitsraums meiner therapeutischen Praxis. Welche Fälle die Institution mit welchem Ergebnis bewältigen kann, wird erheblich dadurch beeinflusst. Das hat entscheidende Konsequenzen für die Bedeutung und die Perspektive traditioneller Psychologenaufgaben wie Supervision und Behand-

lungsplanung.

Schließlich müssen wir nicht nur damit aufhören, über Klienten in der Einzahl zu sprechen, weil keiner von ihnen ganz alleine lebt, sondern ebenso über die Therapeuten: Auch in der Arbeit an den einzelnen Fällen gehen meistens mehrere Professionelle ein, teilweise und zu bestimmten Zwecken unmittelbar, aber immer auch vermittelt. Es ist zudem beschränkt, was ich außerhalb solcher Kooperationsstrukturen alleine leisten kann. Die Entwicklung therapeutischer Praxis ist m. a. W. an die Entwicklung ihrer Kooperationsstrukturen und nicht an die bloße Aneignung von "Techniken" gebunden. Uns muß deshalb die Frage interessieren, bei welchen Strukturen welche Interessen wahrgenommen werden können.

Gegenüber solchen Entwicklungsaufgaben gibt es bei vielen Psychologen die implizite emotionale Bewertung, daß sie mit so erheblichen Anstrengungen, Kompromissen und Abstrichen verbunden sind, daß es sich nicht lohnt sie aufzugreifen. Dahinter steckt der Glaube, daß meine Bedürfnisse und Interessen fundamental andere sind als die der anderen, so daß keine eigentliche Verbundenheit zwischen uns möglich ist. Diese Einschätzung beruht auf Erfahrungen mit unüberwundenen Konflikten widersprüchlicher Verhältnisse. Es ist die Prämisse davon geprägter konfliktvermeidender Verhaltensweisen, daß es nicht geht, im Verhältnis zu anderen an den eigenen Interessen festzuhalten, ohne sich dabei nur einen unüberwindbaren, zugespitzten Konflikt einzuhandeln. Kämpfen sie trotzdem und stattdessen alleine weiter, entstehen die bekannten "Burnout"-Symptome: Es wird mir zu viel, ich kriege es satt mit anderen Menschen zu arbeiten. Ich fange an meine subjektive "Lösung" ggf. an, die Verantwortung und Kontrolle zu übernehmen, d. h. nicht mit, sondern über die Köpfe von Klienten und Kollegen zu arbeiten. Periodisch schwanke ich zwischen der Tendenz, alles übernehmen zu wollen und der Tendenz, mich völlig zurückzuziehen. Meine Befindlichkeiten darüber bleiben ambivalent: mein Verhältnis zu meinen Mitmenschen wird ja dadurch gestört. Ich verlerne, wie ich auf anderen Bündnissen aufbauen und über meine isolierte Situation hinauskommen kann. Und dann muß ich ja individuelle Bewältigungsweisen innerhalb dieser Verhältnisse benutzen, mich neben, außerhalb, über andere zu behaupten. Bei einigen setzt sich dabei die Tendenz durch, eine "richtige Therapie" und Klarheit über die eigene Arbeit hinter geschlossenen Türen mit den "eigenen" Klienten suchen zu wollen. Sie entdecken dann die vorhandenen Möglichkeiten nicht mehr, die nur

im Zusammenhang bestimmbar sind. Andere Möglichkeiten als die "privat" geübter Therapie werden versäumt.

3.5 Die konkreten gesellschaftlichen Verbindungen der Parteien

In den beiden letzten Abschnitten haben wir zwei Ebenen der gesellschaftlichen Vermitteltheit unmittelbarer therapeutischer Praxis behandelt: den alltäglichen Handlungsraum der Klienten und den institutionalisierten Handlungsraum der Therapeuten. Diese beiden Ebenen treten natürlich immer real in bestimmten Verbindungen auf. In der therapeutischen Praxis gehen sie bestimmte gesellschaftliche Verbindungen miteinander ein.

Um die Bedeutung der therapeutischen Praxis und ihre Handlungsmöglichkeiten konkret zu bestimmen, müssen wir also den Zusammenhang zwischen den Möglichkeitsräumen, Interessen und Perspektiven der beiden Parteien bestimmen. Dieser vermittelte Zusammenhang wird unmittelbar über die Beziehung, das Gespräch als Medium gestiftet, worin sich mindestens, aber häufig mehr als zwei konfliktvolle Parteien treffen. Meistens sind ja nicht nur mehrere Klienten wie Nicht-Klienten mit je ihren und miteinander bestehenden Konflikten von der therapeutischen Praxis in verschiedener Weise betroffen (vgl. DREIER 1987 a), sondern mehrere Kollegen, Institutionen usw., die oft miteinander in Konflikten auf verschiedenen Ebenen stehen. Als einfaches Beispiel dafür, bezogen auf die unmittelbare Fallarbeit, können Konflikte über die Aufgaben und Bedeutung der Therapie eines Schulkindes gelten, die in und zwischen seiner Familie, seiner Schule (den Lehrern, dem Schulpsychologen, den übrigen Kindern und deren Eltern, usw.) und z.B. einer externen Beratungsstelle, kinderpsychiatrischen Abteilung oder dergleichen bestehen, woran die Behandlung des Falles verwiesen wird. Aus derartigen widersprüchlichen Zusammenhängen heraus muß dann die Position und der Standpunkt, die Ebene, die Art und der Ort therapeutischen Eingreifens und die Bündnisse, die Möglichkeiten und die Bedeutung therapeutischer Praxis bestimmt werden.

Meine Analyse derartiger widersprüchlicher Bedingungsstrukturen ist also die Analyse meiner objektiven Handlungsmöglichkeiten. Sie ist zugleich die Analyse der Formen von Widerstand, Stagnation bis hin zu Abbrüchen, Druck, Funktionalisierungen, Überantwortungen, Befindlichkeiten usw., wo-

rauf ich in meiner unmittelbaren Praxis stoße. In diesem Zusammenhang sei nochmals auf die Beispiele von gestern verwiesen: die unmotivierten Klienten, den Erfolgsdruck, die vielen Alkoholiker, die wegbleiben, usw.

Aus dem obigen geht hervor, daß diese Verbindungen unterschiedlicher Art sein können. Damit kann zunächst gedacht werden an den Unterschied zwischen verschiedenen Formen ambulanter und stationärer Behandlung. Im letztgenannten Fall ist die institutionelle Bedingungsstruktur, mit deren Personal, periodisch sowohl unmittelbare Behandlungsbedingung als auch Lebenszusammenhang des Klienten. Es bestehen also bedeutende Unterschiede bezüglich dessen, was unmittelbar und vermittelt verbunden wird. Gegenwärtig gibt es Tendenzen in der ambulanten Arbeit, die unmittelbaren Verbindungen über gelegentliche Gespräche hinaus auszudehnen in Richtung eines höheren Grades an unmittelbarer Verbindung zwischen dem Handlungsraum des Therapeuten und der alltäglichen Lebenswelt der Klienten, ohne daß sie jedoch je völlig zusammenfallen können und die Beschränktheit und Besonderheit des therapeutischen Zugangs dazu damit aufgehoben wäre. Außerdem ist es bei vielen dieser Initiativen ungeklärt und fragwürdig, welches Verhältnis zwischen "Therapeutisierung" des Alltags und erweitertem Realitätsbezug der Therapie hergestellt wird.

Hinter derartigen Tendenzen stecken bestimmte Erfahrungen mit den überlieferten institutionellen Formen therapeutischer Praxis, die insbesondere zum Hinterfragen der darin und damit gestifteten und möglichen Verbindungen zwischen Klienten und Therapeuten geführt haben. Dies betrifft sowohl die damit verbundenen Interessenverhältnisse, die durch die Formen bedingte Behinderung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten wie die Kritik an der Art des dadurch bedingten Verhältnisses der Klienten zu ihrer Therapie. Auf diesen Hintergründen wird mit den Formen therapeutischer Praxis experimentiert. Dazu gehören sogenannte Tendenzen der Demokratisierung, Deinstitutionalisierung, Deprofessionalisierung, Dezentralisierung und Reprivatisierung.

Diese Tendenzen sind jedoch nicht eindeutig, sondern widersprüchlich bestimmt. Bestimmte Kontrollinteressen und ökonomische Interessen sind darin involviert (s. CASTEL, CASTEL und LOVELL 1982; HELBIG 1986). Sie haben auch deshalb widersprüchliche und ungleichmäßige Formen und "Lösungen" angenommen. Zum Beispiel wird in der Traditionslinie systemischer Therapie ein erweitertes Modell therapeutischen Macher- und Expertentums

praktiziert. In der Traditionslinie der Gemeindepsychologie (aber auch anderswo) gibt es im Gegensatz dazu Hoffnungen, daß man durch den engeren Bezug zur unmittelbaren alltäglichen Lebenswelt der Klienten aus Widersprüchen unserer gesellschaftlichen Verhältnisse loskommen und damit eine "reine Hilfe" leisten könne. Als ob die gesellschaftlichen Interessensgegensätze unmittelbar und ausschließlich an die vorfindlichen institutionellen Räumlichkeiten gebunden seien, und man also davon frei kommen würde, wenn man diese Räume verläßt und die Widersprüche innerhalb der "Räume des Alltags" aufhebt bzw. kompensiert. Dies hat Ähnlichkeiten mit alten wie neuen Tendenzen privater Einzelpraxis. Schließlich sind einige Formen von Deinstitutionalisierung und Errichtung von alternativen und privaten Praxen nicht nur mit schlechteren Arbeitsbedingungen verbunden, sondern zugleich mit dem Aufgeben institutionalisierter Einflußmöglichkeiten auf die Versorgung der Klienten.

4. Schlußfolgerungen

Abschließend werden wir einige allgemeinere Konsequenzen aus den voranstehenden Analysen ziehen, in der Gestalt von Schlußfolgerungen über, Aufgaben und Fragestellungen für Psychologen als Subjekte therapeutischer Praxis.

4.1 Die Vermitteltheit therapeutischen Handelns

Es ist erstaunlich, in welchem Maße die unmittelbaren Vorstellungen über therapeutische Praxis von der Subjektivität der Psychologen, ihren gesellschaftlichen Handlungsräumen und der gesamten gesellschaftlichen Vermitteltheit ihrer Praxis abstrahieren. In diesen Vorstellungen erscheint sie als ein besonders privatisiertes Berufsfeld, als ein Kernbereich privatförmigen Denkens. Die Aufarbeitung eines erweiterten Konzepts vermittelten therapeutischen Handelns ist deshalb nötig, worin dieser gesellschaftliche Praxisbereich in seiner Eigenart begriffen wird.

Solche Analysen müssen von einem Interesse an der Erweiterung therapeutischer Handlungsfähigkeit getrieben sein, als ein Mittel für die Therapie-

tenssubjekte Fragen folgender Art zu beantworten: Was behindert mich, welche Möglichkeiten habe ich? Was liegt an mir, was an den äußeren Umständen? Was kann ich also wo und wie daran ändern? Dies alles ist nicht unmittelbar gegeben, sondern muß erst aus dem problematischen Verhältnis des Therapeuten zu seinen gesamtgesellschaftlich vermittelten widersprüchlichen Handlungsräumen bestimmt werden.

Wir wollten in den voranstehenden Analysen typische Problematiken und Konflikte der gegenwärtigen Handlungsräume therapeutischer Praxis vorstellen. Die skizzierten Bewältigungsweisen fixieren je ihre unterschiedlichen, miteinander verbundenen realen Ebenen therapeutischer Praxis und sind von deren Widersprüchlichkeiten geprägt.

4.2 Die Begreifbarkeit der unmittelbaren Problematiken des Psychologen in seiner Praxis

Die eingangs geschilderten typischen, unmittelbar erscheinenden Problematiken des Psychologen in der therapeutischen Praxis sind jetzt auf anderer Grundlage begreifbar, und alternative Richtungen ihrer Verarbeitung und Veränderung sind nachgezeichnet worden. Die reale Vermitteltheit der subjektiven Unsicherheit des Psychologen aus seinen unabgesicherten Möglichkeiten bei unbestimmten, mehrdeutigen, widersprüchlichen Problemen ist deutlich geworden. Die Ungeklärtheit seiner Kompetenz und Qualifikationen, ihre Unbeschreibbarkeit und mangelnde gesellschaftliche Anerkennung fügt sich dazu. Seine subjektive Leugnung der Bedeutung dieser objektiven Widersprüche bringt zwar eine kurzfristige Entlastung vor seiner Mitverantwortlichkeit für die Überwindung dieser Probleme, personalisiert andererseits die unmittelbare Betroffenheit darüber und Verantwortung für die therapeutische Kompensation des Leidens darunter. Es wird ja nicht versucht, die Widersprüche zu überwinden, sondern sie werden subjektiv übernommen, d.h. sie prägen meine Befindlichkeit usw., und ich werde selbst von subjektiven Widersprüchen durchkreuzt.

Die Personalisierungen der Widersprüche befestigen die symptomatischen Belastungen darüber. Der Therapeut wird subjektiv zerrissen in den expliziten und impliziten Widersprüchen zwischen den Parteien therapeutischer Praxis. Es ist nun einmal die Aufgabe des Therapeuten, es mit besonderen Formen subjektiver Widersprüche zu tun zu haben. Die unzureichende Klä-

rung der Ziele, Funktionen und Aufgaben von Therapie und die ganze Planlosigkeit des Bereichs bedingen ebenfalls eine Individualisierung der Ausrichtung, Bewertung und Bewältigungsweisen dieser Berufspraxis. Beschränkt er sich aber auf Bewältigungsweisen innerhalb der Unmittelbarkeit, gibt er den Einfluß auf seine Bedingungen, Aufgaben, den dahinterstehenden Interessen, usw. auf und überläßt sie einfach anderen.

4.3 Die Aufhebung der Abstraktion therapeutischen Denkens

Wir haben gegen die Ausblendung konkreter Vermittlungen und Zusammenhänge argumentiert. Wird in Abstraktion davon über die eigene Praxis nachgedacht, müßte man annehmen, daß Therapie überall gleich geübt werden könnte und sollte. Eine Normierung abstrakt-überhistorischer Konzepte könnte stattfinden. Wir haben zugleich gegen eine Auffassung von Therapie in bloßen unmittelbaren Verfahrens- oder Beziehungsbegriffen argumentiert, als ob sie unbeeinflußt von ihrem "äußeren Rahmen" und als ob sie in dem Sinne ein "Handwerk" und die "Techniken" und/oder die Persönlichkeit ihr Werkzeug sei. Die Bedeutung und Wirkung der Verwendung bestimmter Mittel muß im Gegenteil aus dem Handlungszusammenhang bestimmt werden, genau wie die Probleme, die damit verarbeitet werden sollen, durch den Zusammenhang charakterisiert sind, worin sie entstanden sind und wovon sie ein problematischer Aspekt sind.

Daraus folgt, daß man nicht einfach Vorstellungen über Therapie aus bestimmten, ggf. überholten Zusammenhängen auf neue veränderte Handlungszusammenhänge übertragen und dort unverändert verwenden kann (s. DREIER 1987 c). Tut man es trotzdem, werden neuentstandene Erkenntnis- und Handlungsmöglichkeiten übersehen und mit den alten Vorstellungen falsch interpretiert. Das therapeutische Denken muß ein Denken konkreter Zusammenhänge sein.

4.4 Der aktuelle Stand therapeutischer Handlungsformen

Geschichtlich haben sich Tendenzen erweiterter therapeutischer Handlungsformen entwickelt. Gegenwärtig ist der Psychologe typisch nicht alleine bei

der Betreuung eines Falles, und es werden Mitbetroffene einbezogen, die nicht einmal alle Klienten oder gar "psychisch krank" sind. Eine historische Analyse dieser Entwicklungsprozesse machen sowohl Fortschritte wie Beschränkungen und innere Brüche der Praxis deutlich. Die Entwicklung ist von Widersprüchen und Partialinteressen geprägt. Deswegen ist sie uneinheitlich und ungleichzeitig verlaufen. Sie wird denn auch in unterschiedlichen Formen geübt, die alle, trotz ihrer bedeutenden Unterschiede und egal wie privat sie auch immer geübt wird, eine gesellschaftlich vermittelte Funktion und Bedeutung haben.

Die gegenwärtige therapeutische Praxis in diesen überindividuellen, institutionalisierten, objektiv kooperativen Formen ist also stets voller Widersprüche und Personalisierungen. Es folgt daraus, daß wir heute diese Praxisformen in der Aufarbeitung eines Therapiekonzepts zu verarbeiten haben und nicht die alten, teilweise überholten Formen. Dies stellt uns praktisch wie in der Forschung darüber vor andere Aufgaben, Forderungen und Möglichkeiten, einschließlich der Kritik an den bisherigen unzureichenden "Lösungen" und Realisierungen hiervon. Zu diesen Aufgaben gehört u.a. die Aufarbeitung einer Theorie über die Therapeutensubjekte in ihrer Praxis, sowie die Klärung, welche Bedingungen nötig sind, damit erweiterte Handlungsformen praktisch funktional und realisierbar werden.

4.5 Die Funktionalität individualisierter Handlungsformen

Besonders wenn man sich die kurze und real uneinheitliche Geschichte therapeutischer Praxis und die hierin nahegelegte "Traditionslosigkeit" vergegenwärtigt, muß es verwundern, daß eine ideologische Selbstverständlichkeit darüber vorherrscht, worin "die richtige Therapie" bestehe. Der gegenwärtige Psychologe ist zudem in vielen Stellen der erste, den es je dort gegeben hat, so daß von Seiten der Kollegen und der Leitung relative Unkenntnis über seine Qualifikationen, Funktionen, Methoden, Kompetenzen, die Kooperation mit ihm usw. herrscht. Diese ideologische "Vorbildfunktion" privatförmiger Therapiepraxis könnte u.a. darin begründet sein, daß Auftraggeber wie Klienten von der therapeutischen Leistung als Erlösungsstrategie für Probleme unter unveränderten Verhältnissen ein problemloses individuelles Zurechtkommen erwarten bzw. fordern, und daß die Therapeuten solche Vorstellungen und Perspektiven übernommen haben, obwohl sie ei-

gentlich praktisch merken müßten, daß sie diese nicht einlösen können (vgl. im Beispiel von gestern die vielen Alkoholiker, die wegbleiben). Solche Vorstellungen und Forderungen machen, wie erwähnt, die Bewältigungsweise therapeutischer Praxis als individualisierter Experte und Macher unmittelbar funktional. Schon mit der Forderung individueller Verantwortlichkeit für und Vorhersagbarkeit über die therapeutische Fallarbeit zu brechen erscheint dann, wie erwähnt, vielen Therapeuten als eine Überforderung.

Es stellt sich ferner allen Therapeuten die Frage, was sie dagegen tun können, in die gesellschaftlichen Widersprüche ihrer Arbeitsaufgaben und -zusammenhänge zu belastend verwickelt zu werden. Eine individualisierte Verarbeitung hiervon und ein Rückzug daraus bietet sich an als eine besondere Verhaltensweise solchen Widersprüchen gegenüber, die das Versprechen in sich birgt, kurzfristig davon loszukommen, damit weniger subjektiv belastet zu werden und zudem, so die Hoffnung, aus dem Griff der gesellschaftlichen Kontrollinteressen herauszukommen. Vielen Psychologen erscheint die private Praxis als Ausweg in die "Freiheit". In Wirklichkeit geben sie dabei Einflußmöglichkeiten auf, und sie kommen auch nicht aus den gesellschaftlichen Interessenwidersprüchen heraus, die nicht nur in den Institutionen vermittelt werden, sondern auch in der privaten Praxis (vgl. das gestrige Beispiel aus dem Verein).

Wenn vorfindliche Therapiekonzepte und -ideologien auch noch zu solchen privaten Praxisformen passen, und selbst in und für solche Formen entwickelt wurden, dienen sie den Therapeuten als ideologische Anleitung dazu und erhalten zugleich eine Scheinbestätigung dadurch (vgl. DREIER, 1987 c). Wenn ich privat und vereinzelt arbeite, hängt das, was im Fall passiert, ja anscheinend nur von mir und von meinem Klienten ab. Damit ist die Individualisierung der Gesundheitsversorgung (s. HELBIG 1986) in der Individualisierung ihrer Berufspraktiker reproduziert. Individualisierte Handlungs- und Denkformen können außerdem in institutionalisierten Praxisformen bestehen bleiben, wenn die Psychologen als Reaktion auf die gegebenen Widersprüche auch darin als isolierte Macher handeln.

4.6 Die Bedeutung therapeutischer Gespräche

Einer der Hauptfehler gegenwärtiger Therapievorstellungen ist der Glaube, daß die unmittelbare Beziehung, das Gespräch mit dem Klienten, eine ab-

strakte Größe sei, die überall gleich verwendet wird und gleiche Bedeutung und Formen habe. Es gilt im Gegenteil dazu anzuerkennen, daß die Arbeit mit Klienten natürlich immer über konkrete Beziehungen zu ihnen läuft, und daß diese Beziehungen in ihren Funktionen, Inhalten und Formen von den Zusammenhängen vermittelt sind, worin sie stattfinden und einwirken sollten. Es gilt, sie als Medium zu erfassen und die Handlungsmöglichkeiten, die damit gegeben sind, in ihrer vermittelten Besonderheit zu erkennen. Erst dann können diese konkreten Handlungsmöglichkeiten optimal genutzt werden.

4.7 Die therapeutische Handlungsfähigkeit

Es ist eine aktuell wichtige Aufgabe, mit den Personalisierungen und Vereigenschaftenungen zu brechen, die bei und über Therapeuten wie Klienten herrschen und die die Auffassungen über die therapeutische Kompetenz und über die Klientenprobleme prägen. Die Vermitteltheit dieser Kompetenzen und Probleme muß erkannt werden. Zu ihnen gehören natürlich persönliche Aspekte als subjektive funktionale Aspekte des konkreten Zusammenhangs zwischen diesen Individuen und ihren gesellschaftlichen Bedingungsstrukturen.

Die subjekthafte Handlungsfähigkeit des Therapeuten muß demnach in dem Zusammenhang bestimmt werden, worin sie zum Handeln befähigen soll. Ihre Bestimmung setzt voraus, daß der Therapeut diesen Zusammenhang erst erkennt, der ihm ja nicht unmittelbar gegeben ist. Seine Einarbeitung in den konkreten widersprüchlichen Möglichkeitsraum seiner Praxis ist also eine Voraussetzung dafür, daß er bestimmen kann, wozu er fähig ist und sein muß. Erst damit wird er konkret fähig. Die konkrete therapeutische Handlungsfähigkeit ist vom Standpunkt des Therapeutensubjekts aus seine Fähigkeit in seinem konkreten Handlungsraum mit ihren verschiedenen Ebenen der eigenen Institution, der Lebenswelt seines Falles, der gestifteten Beziehungen zu seinen Klienten, usw. zu handeln. Sie wird in und mit seiner Einarbeitung in deren Bedingungsstrukturen und Möglichkeiten gewonnen. Sie wird nicht abstrakt herumgetragen wie irgendeine innere Eigenschaft, die ohne weiteres abrufbar ist, sondern konkret erarbeitet, bestimmt und realisiert. Zentraler Bestandteil dieser Fähigkeit ist es mithin zu lernen, seine Möglichkeiten und deren Realisierungsweisen zu bestimmen, sich einen Ein- und Überblick und eine Sicherheit über die eigenen Mög-

lichkeiten auf den verschiedenen Ebenen des eigenen Möglichkeitsraums zu erarbeiten. In dem Sinne haben wir typische Probleme therapeutischer Handlungsfähigkeit und ihrer Entwicklung für Therapeuten in und mit ihrer Praxis in deren gesellschaftlichen Möglichkeitsräumen erörtert.

Literatur

- BASAGLIA, F. O. Die psychiatrische Verwahrlosung, in: HAUG, W. F. und PFEFFERER-WOLF, H. (Hg.): Fremde Nähe: Zur Reorientierung des psychosozialen Projekts. Festschrift für Erich Wulff, Berlin, Hamburg 1987.
- CASTEL, F., CASTEL, R. und LOVELL, A. Psychiatrisierung des Alltags, Frankfurt/M. 1982.
- DREIER, O. Klienteninteressen in der Psychotherapie, in: Forum Kritische Psychologie, Bd. 20, Hamburg, Berlin 1987 a.
- DREIER, O. Zur Funktionsbestimmung von Supervision in der therapeutischen Arbeit, in: MAIERS, W. und MARKARD, M. (Hg.): Kritische Psychologie als Subjektwissenschaft. Klaus Holzkamp zum 60. Geburtstag, Frankfurt/M. 1987 b.
- DREIER, O. Therapeutisches Denken und Handlungszusammenhang, in: Forum Kritische Psychologie, Bd. 21, Hamburg, Berlin 1987 c.
- ESSER, A. Familie - ein kybernetisches Problem?, in: Forum Kritische Psychologie, Bd. 19, Hamburg, Berlin 1987.
- HELBIG, N. Psychiatriereform und politisch-ökonomische Strukturkrise in der Bundesrepublik Deutschland, Marburg 1986.
- HOLZKAMP, K. Grundlegung der Psychologie, Frankfurt/M. 1983 a.
- HOLZKAMP, K. "We don't need no education ...", in: Forum Kritische Psychologie, Bd. 11, Berlin 1983 b.
- LAVE, J. Cognition in Practice, (im Druck).