

Psychologische Beratung und Therapie in der Praxis

Breuer, Franz

Postprint / Postprint

Monographie / monograph

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Breuer, F. (1979). *Psychologische Beratung und Therapie in der Praxis*. Heidelberg: Quelle & Meyer. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-9559>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Franz Breuer

Psychologische
Beratung und Therapie
in der Praxis

Quelle & Meyer Heidelberg

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Breuer, Franz:

Psychologische Beratung und Therapie in der
Praxis / Franz Breuer. – Heidelberg :

Quelle und Meyer, 1979.

(Uni-Taschenbücher ; 934)

ISBN 3-494-02102-3

© Quelle & Meyer, Heidelberg 1979. Alle Rechte vorbehalten. Die Vervielfältigung und Übertragung auch einzelner Teile, Texte, Zeichnungen oder Bilder, wenn sie auch lediglich der eigenen Unterrichtsgestaltung dienen, sind nach dem geltenden Urheberrecht nicht gestattet. Ausgenommen sind die in §§ 53, 54 URG ausdrücklich genannten Sonderfälle, wenn sie mit dem Verlag vorher vereinbart wurden. Im Einzelfall bleibt für die Nutzung fremden geistigen Eigentums die Forderung einer Gebühr vorbehalten. Das gilt für Fotokopie genauso wie für die Vervielfältigung durch alle anderen Verfahren einschließlich Speicherung und jede Übertragung auf Papier, Transparente, Matrizen, Filme, Bänder, Platten und sonstige Medien.

Printed in Germany.

Satz und Druck: C. F. Müller, Großdruckerei und Verlag GmbH,
7500 Karlsruhe, Rheinstraße 122

Umschlagentwurf: Alfred Krugmann, Stuttgart.

Gebunden bei der Buchbinderei Sigloch, Leonberg.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	1
Einleitung	2
<i>Die Untersuchung der Tätigkeit psychologischer Praktiker</i>	2
<i>Der organisatorische und methodische Rahmen der Untersuchung; zum Charakter der Darstellung</i>	5
Institutionelle Voraussetzungen und Rahmenfaktoren beraterisch-therapeutischer Tätigkeit	9
<i>Externe organisatorische Bedingungen</i>	13
»Natürliche« und institutionell bedingte Aspekte	13
Institutionelle Bedingungen und Klientel von Beratungsstellen	15
»Komm-Struktur«	16
»Wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist«	18
Externer Quantitäts-Druck	19
Das Problem der Warteliste und Strategien seiner Bewältigung	22
Lösung durch Nichtbeachtung	23
Lösung durch Kurzinterventionen	24
Lösung durch »Erstgespräche« und Klienten-Selektion	26
Zweck-Konflikte und Rollenwidersprüche bei der Bewältigung des Wartelisten-Problems	28
Probleme extern-institutioneller Anforderungen an psychologische Tätigkeit: Widersprüche zur »Verwaltung«	32
Das Problem der Ideologie des Trägers	34
<i>Interne organisatorische Bedingungen</i>	36
Institutionsinterne Aufteilung von Aufgaben- und Kompetenzbereichen	36
Intern-institutionelle Rahmenbedingungen des Indikationsproblems	45
<i>Exkurs: Institutionell-organisatorische Bedingungen in psychiatrischen Krankenhäusern (Landeskrankenhäusern) und deren Konsequenzen für die psychologische Tätigkeit</i>	49
Klientel	51
Personelle und materielle Ausstattung	52
Strategien im Umgang mit unzureichenden personellen und materiellen Arbeitsvoraussetzungen	54
Institutionsinterne Organisation: Kooperation und Kompetenzverteilung	58
Indikation	62
<i>Die Aufteilung des Arbeitszeit-Budgets von Psychologen in Beratungsstellen und in Landeskrankenhäusern</i>	65
Methodisches Vorgehen	65

Ergebnisse und Interpretationen	67
<i>Die störungsunspezifischen »Eingangsvoraussetzungen« des Klienten als Rahmenfaktor beraterisch-therapeutischer Tätigkeit</i>	68
Objektive Faktoren auf der Seite des Klienten	68
Erwartungen und Motivationen des Klienten	70
Institutionsbezogene Erwartungen	71
Prozeßbezogene Rollenerwartungen	74
Behandlungs-Motivation von Klienten	80
<i>Einige weitere Merkmale der Interaktion von Psychologe und Klient, die durch Rahmenfaktoren beeinflußt werden</i>	84
Probleme der »sozialen Bewertung« des beraterisch-therapeutischen Bereichs	85
Interaktionsbezogene Probleme aus »Schicht«-Differenzen zwischen Psychologe und Klient	87
Interaktionsprobleme aus der Alterskonstellation Psychologe-Klient	89
Psychologisch-theoretische Konzepte als Rahmenfaktor der Interaktion Psychologe-Klient	91
<i>Zusammenfassung</i>	95
»Wirkfaktoren« in beraterisch-therapeutischen Interaktionen: Beziehung – Persönlichkeit – Erfahrung – Technik	97
<i>Die Beziehung von Berater/Therapeut und Klient</i>	101
Beziehungs-Intensität und die Abgrenzung »Beratung« – »Therapie«	104
Interpersonale Kompetenzen von Beratern/Therapeuten	109
Definitorische Fähigkeiten	110
Rezeptive Fähigkeiten	114
Produktive Fähigkeiten	117
Zur wissenschaftlichen Untersuchung der Therapeuten-Persönlichkeit als Wirkfaktor im Behandlungsprozeß	123
Stimmungsschwankungen des Beraters/Therapeuten	126
<i>Erfahrungsbildung und Kompetenzentwicklung des Beraters/Therapeuten</i>	127
Beraterisch-therapeutische Erfahrungsbildung	129
Theoretisches Rahmenmodell der Kompetenzentwicklung	131
Erfahrungsbildung als Entwicklung von Fertigkeiten und Könnensformen	133
Phasen beraterisch-therapeutischer Erfahrungsbildung	138
Initialphase: »Praxisschock«	138
Problematisierungsphase	143
Phase der Etablierung beraterisch-therapeutischer Kompetenz	146
Erfahrungsbildung als Entwicklung von Plansystemen und Strategien	150
Entwicklung diagnostischer Strategien	152
Entwicklung von Strategien zur Festlegung von Behandlungszielen	158
Entwicklung von Strategien zur Evaluation der eigenen Tätigkeit	165

Zur Bedeutung von theoretischem Wissen und theoretischer Ausbildung für die praktische Arbeit von Beratern/Therapeuten	172
<i>Das Verhältnis psychologischer Behandlungsmethode zur Berater-/Therapeuten-Persönlichkeit.</i>	179
<i>Zusammenfassung</i>	188
Schluß: Orientierungen, Probleme und Konsequenzen	190
<i>Theoretisch-methodisches Konzept: Beratung/Therapie als Arbeitstätigkeit</i>	191
<i>Probleme und Konsequenzen</i>	192
Wechselwirkungen »psychologischer« und »außerpsychologischer« Faktoren	193
Das Verhältnis beratungs- bzw. therapiebezogener Theorien/Modelle und beraterisch-therapeutischer Praxis	195
Das Verhältnis von beraterisch-therapeutischer Vorgehenspraxis und Persönlichkeitscharakteristika von Beratern/Therapeuten	198
Literaturverzeichnis	202
Namenregister	213
Sachregister	217

Vorbemerkung

Der vorliegende Text beschäftigt sich mit den Bedingungen, Strukturen, Abläufen und der Entwicklung der Tätigkeit von psychologischen Praktikern im Arbeitsbereich »Beratung und Therapie« (innerhalb psychologischer Beratungsstellen und einiger Aspekte psychiatrischer Landeskrankenhäuser). Dabei werden einerseits unter thematischen Aspekten ausgewählte Ausschnitte aus Interview-Gesprächen mit psychologischen Beratern und Therapeuten dokumentiert und andererseits – in Verbindung damit – theoretische Überlegungen und hypothesenhafte Interpretationen der referierten Praktiker-Aussagen über den Problembereich psychologischer Beratung und Therapie dargestellt. Diese Art der Darstellung möchte einerseits ein realistisches Bild der *tatsächlichen Berufspraxis* von Psychologen im Arbeitsfeld Beratung und Therapie vermitteln und plädiert andererseits für eine beratungs- und therapiebezogene Theoriebildungs- und Forschungs-Konzeption, die sich an diesen real-faktischen Bedingungen der psychologischen Tätigkeit orientiert.

Die Planung und Durchführung der dokumentierten Interviews mit psychologischen Praktikern geschah im Rahmen einer Lehrveranstaltung am Psychologischen Institut der Universität Münster, die von Dr. Falk Seeger und dem Autor des vorliegenden Textes abgehalten wurde. Bezüglich der Konzipierung des Untersuchungsansatzes und der inhaltlichen Strukturierung der Befragung der psychologischen Praktiker handelt es sich um eine aus Diskussion und Kooperation entstandene Gemeinschaftsarbeit von Breuer und Seeger; ebenfalls entspringen eine Reihe der dargestellten theoretischen Überlegungen und Hypothesen aus dieser Zusammenarbeit.

An der Vorbereitung und Durchführung der Befragung der psychologischen Berater/Therapeuten waren darüber hinaus die Teilnehmer der erwähnten Lehrveranstaltung beteiligt. Dies waren Peter Böcker, Gudrun Bosse-Steuernagel, Hildegard Driesch, Norbert van Eickels, Ursula Hoymann, Thomas Hanisch, Hermann Konz, Gisela Kruckemeyer, Martin Lackner, Roger Röttger, Martin Rühlmann, Rüdiger Stephan.

Ich danke allen, die durch Mitarbeit, Hilfen und Ratschläge zum Zustandekommen der vorliegenden Arbeit beigetragen haben, vor allem den psychologischen Praktikern, die freundlicherweise ihre Zeit geopfert und uns am Schatz ihrer praktischen Berufserfahrung haben partizipieren lassen.

Münster, im Frühjahr 1979

Franz Breuer

Einleitung

Die Untersuchung der Tätigkeit psychologischer Praktiker

Die »Landschaft« psychologischer Theorien und Modelle zur Therapie bzw. Beratung hat sich in den letzten Jahren deutlich verändert. Nach einer Phase teilweise heftig ausgetragener Konfrontationen unterschiedlicher beraterisch-therapeutischer Schulrichtungen – vor allem zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie – haben sich jenseits dieser »monolithischen« Schulorientierungen vielfältige Konzepte der vorgehensbezogenen *Differenzierung* und Bemühungen um eine *Integration* verschiedener Modelle herausgebildet: Finden wir einerseits eine verbreitete Tendenz zur Neuentwicklung, Modifikation, »Diversifikation« u. a. von psychologischen Behandlungsformen (die auch vor der Grenze zur Scharlatanerie oft nicht haltmacht), so stehen dem andererseits Konzepte gegenüber, verschiedenartige Techniken und Vorgehensweisen unter bestimmten Gesichtspunkten integrativ zusammenzufassen bzw. zu vereinheitlichen – etwa durch Akzentuierung des Aspekts der »Beziehung« zwischen Berater/Therapeut und Klient, der »Problemlösung«, der »Selbststeuerung« o. ä. (siehe etwa bei D'ZURILLA & GOLDFRIED 1971; BERGIN & STRUPP 1972; GOLDFRIED & MERBAUM 1973; HARTIG 1973; MAHONEY 1974; 1977 u. a.). – Diese Entwicklung ist Folge einer wachsenden Unzufriedenheit mit überkommenen konventionellen Behandlungsformen – zumindest in ihren »dogmatischen Versionen« – und Ausdruck der aktuellen, nicht abgeschlossenen Suche nach einem verbesserten, integrativen, praktisch nützlichen beraterisch-therapeutischen Konzeptsystem.

Das Problem der *Nützlichkeit* psychologischer Theorien bzw. Wissensbestände für die praktische Arbeit in Beratung und Therapie hat im Bereich wissenschaftlicher Überlegungen in den letzten Jahren ebenfalls eine stärkere Beachtung gefunden. Die Erfahrung, die man beinahe als »Schlüsselerlebnis« von Psychologen beim Übergang von der Hochschulausbildung zur praktischen Berufstätigkeit bezeichnen kann, nämlich die eigene *Hilflosigkeit*, die *Schwierigkeiten* und *Defizite in der Umsetzung und Anwendung psychologischer Theorien in praktischen Problemsituationen*, ist in bestimmter Weise auch in theoretisch-wissenschaftliche Fragestellungen eingegangen. Dabei geht es um eine Problematisierung der Zusammenhänge von (psychologischer) Theorie und Praxis einmal auf einer *wissenschaftstheoretischen*, zum anderen auf einer *allgemeinpsychologischen* Ebene.

Der vorliegende Text beschäftigt sich mit den Fragen des *Theorie-Praxis-Verhältnisses* sowie der *Entwicklung von Wissens- und Regelsystemen*, die sich auf den Bereich psychologischer Beratung und Therapie beziehen, über den Weg der *Untersuchung tatsächlicher beraterisch-therapeutischer Tätigkeit psychologischer Praktiker*. Im folgenden werden die Ergebnisse einer *Interview-Befragung* von Psychologen, die in (Erziehungs-, Ehe-, Lebens- u. ä.) Beratungsstellen sowie in psychiatrischen (Landes-)Krankenhäusern arbeiten, dargestellt. Bei diesen Gesprächen ging es um die Bedingungen, die Abläufe und die Entwicklung der praktisch-psychologischen Tätigkeit im beraterisch-therapeutischen Feld. Es werden einerseits themen- und problembezogen zusammengestellte Ausschnitte aus diesen Interviews dokumentiert, andererseits Versuche ihrer theoretischen Systematisierung und Interpretation unternommen.

Die Schwerpunkte der Darstellung liegen vor allem auf zwei Gesichtspunkten:

1. Der Tatsache der *gesellschaftlich-institutionellen Organisation* der beraterisch-therapeutischen Arbeit. Rahmenbedingungen und Voraussetzungen, die sich aus der Institutionalisierung psychologischer Beratung und Therapie in Beratungsstellen und psychiatrischen Krankenhäusern ergeben, üben systematische Einflüsse auf die Strukturierung und den Ablauf beraterisch-therapeutischer Interaktionen, die Selektion und differentielle Behandlung unterschiedlicher Klienten-Gruppen und die Entwicklung der Tätigkeit und Kompetenz der Psychologen aus. Es geht hier gewissermaßen um die Wechselwirkungen »äußerer« und »innerer« Faktoren und Bedingungen praktisch-psychologischer Arbeit in Beratung und Therapie.
2. Den subjektiven »inneren Modellierungen« der eigenen beruflichen Tätigkeit durch die Berater/Therapeuten sowie deren *Entwicklung*. Die Vorgehensweisen der psychologischen Praktiker werden hier als durch ein abbildende und regulative Funktionen erfüllendes innerpsychisches Konzeptsystem gesteuert interpretiert. Dieses »innere Modell« ist bestimmt durch außerfachliche Sozialisationsaspekte (Personenmerkmale des Psychologen i. w. S.), Charakteristika der psychologischen Aus- und Weiterbildung sowie die praktischen Berufserfahrungen im Umgang mit Rahmenbedingungen, Kollegen, Klienten, Behandlungsformen etc. Der Aspekt der *Erfahrungsbildung* und *Kompetenzentwicklung* von Beratern/Therapeuten – deren Regel- und Gesetzmäßigkeiten, Phasen, fördernde und hemmende Bedingungen etc. – stellt dabei eine zentrale Fragestellung dar.

Die *Untersuchung von Praktikertätigkeit*, so wie sie hier angezielt wird, scheint uns unter einer Reihe von Aspekten sinnvoll und erfolgversprechend zu sein, so u. a.:

- Die systematische Bestandsaufnahme und Untersuchung der Arbeit von psychologischen Beratern/Therapeuten liefert einen *Überblick über das Feld praktizierter Vorgehensweisen* und Strategien psychologischer Behandlung, praktischer Eklektizismen, Integrationsversuche, Neuschöpfungen etc., die – auf der Grundlage einer wissenschaftlichen Aufarbeitung – zu einer *Weiterentwicklung beraterisch-therapeutischer Theorie- und Regelsysteme* beitragen können.
- Die Thematisierung der praktischen Arbeit von Psychologen ist der *angemessen-realistischen Berücksichtigung ihrer tatsächlichen Bedingungen*, Faktoren und Inhaltsaspekte förderlich: Der Praktiker ist aufgrund der gegebenen Anforderungen in seinem Arbeitsbereich gezwungen, Formen der Problembewältigung zu entwickeln, die der Theoretiker in seiner »abgehobenen« Situation (als uninteressant, nicht lösbar o. ä.) ausblenden kann.
- Die Untersuchung der beraterisch-therapeutischen Praxistätigkeit vermag einen Beitrag zu leisten zum Problem der *Anwendung von (psychologischen) Theorien bzw. Wissensbeständen*, durch die empirische Analyse des Umgehens mit, der Verarbeitung und Entwicklung von in der Ausbildung angeeigneten theoretischen Kenntnissen im Verlauf der Herausbildung beraterisch-therapeutischer Kompetenz des Psychologen.
- Neben der Nützlichkeit der Praxisuntersuchung für Zwecke der Theorieoptimierung und Wissensentwicklung ist dieser Zugang von Bedeutung für die *Ausbildung und Tätigkeitsentwicklung von psychologischen Beratern und Therapeuten*, da so ein anschaulich-realistischer Einblick in Bedingungen und Varianten tatsächlicher Berufspraxis von beraterisch-therapeutisch tätigen Psychologen vermittelt werden kann. Die psychologischen Praktiker, die im folgenden ausführlich zu Wort kommen, berichten in vielerlei Zusammenhängen von Diskrepanzerlebnissen vor allem in frühen Phasen ihrer Berufstätigkeit, die dem subjektiven Defizit an Möglichkeiten und Fähigkeiten der effektiven Anwendung gelernter theoretischer Wissens in praktischen Anforderungssituationen entspringen. Mit solchen phänomenalen »Inkompetenzwahrnehmungen« werden die akademisch ausgebildeten Psychologen in der Regel nahezu vollkommen unvorbereitet konfrontiert. Der vorliegende Text möchte auch einen Beitrag dazu leisten, angehenden Psychologen einen angemessenen Einblick in das beraterisch-therapeutische Praxisfeld zu vermitteln. Sie können so u. U. auf die Schwierigkeiten, die der Übergang von einer

psychologischen (Theorie-)Ausbildung zur psychologischen Praxistätigkeit mit sich bringt, besser vorbereitet werden. Die damit zusammenhängenden Probleme werden subjektiv besser antizipierbar – was ein erster Schritt zu ihrer Lösung sein könnte.

Der organisatorische und methodische Rahmen der Untersuchung; zum Charakter der Darstellung

Die Thematisierung praktisch-psychologischer Tätigkeit in Beratung und **Therapie**, wie sie im vorliegenden Text vorgenommen wird, beruht – neben der **Darstellung theoretischer Überlegungen** – auf einer **Serie mündlicher Interview-Befragungen** von **psychologischen Praktikern** in unterschiedlichen Institutionen psychosozialer Versorgung (psychologischen Beratungsstellen und psychiatrischen Landeskrankenhäusern) zu Bedingungen und zum Ablauf ihrer Tätigkeit.

Die Befragung der Psychologen wurde im Rahmen einer Lehrveranstaltung am Psychologischen Institut der Universität Münster vorgenommen. Es wurden Gespräche geführt mit insgesamt 38 Diplom-Psychologen aus 14 verschiedenen psychosozialen Versorgungseinrichtungen. Von den 38 Interviews wurden 13 mit Psychologen aus psychiatrischen Landeskrankenhäusern durchgeführt, 25 der Gesprächspartner waren Psychologen aus Beratungsstellen unterschiedlicher Art (für Erziehungs-, Ehe-, Lebensfragen etc.). Die Interviews fanden in der Regel in den Arbeitsräumen der befragten Psychologen statt. Sie wurden von den Interviewern anhand eines Gesprächs-Leitfadens (s. unten) strukturiert. Die Interviews wurden auf Befrager-Seite in der Regel von zwei Personen durchgeführt; von wenigen Ausnahmen abgesehen wurden sie auf Tonband aufgezeichnet. Die Dauer der Gespräche bewegte sich zwischen 60 und 120 Minuten. – Den an der Untersuchung beteiligten Psychologen wurde später eine vorläufige Kurzzusammenfassung der wichtigsten Befragungsergebnisse zugeschickt (BREUER & SEEGER 1977).

Der *Interview-Leitfaden*, anhand dessen die Gespräche mit den psychologischen Praktikern geführt wurden, sollte eine Teilstrukturierung der »tiefenorientierten« Interviews gewährleisten. Hinsichtlich der Thematisierung von Inhalten und Problemen der beraterisch-therapeutischen Praxis sind dabei keine gezielten Bereichsselektionen vorgenommen worden. Vielmehr wurde die Untersuchung weitgehend als Erkundungs- und Pilot-Studie angesehen und dementsprechend versucht, möglichst das gesamte Spektrum der berufspraktischen Probleme anzusprechen. Der inhaltliche Ablauf der Interviews sollte grob orientiert werden an den »Stationen« und »Phasen« der Behandlung eines Problemfalls, des »Durchlaufens« der Institution durch einen Rat-suchenden/Klienten.

Dabei waren die folgende Punkte zu differenzieren (in Klammern jeweils wichtige Unterasspekte):

- *Erster Kontakt des Klienten mit der Institution*
(Wer kommt? Was muß er tun? Charakteristische Probleme, Klientel, Einzugsbereich, Zuständigkeiten, Verweildauer, Ausstattung, Erwartungen des Klienten. Aufnahme-prozedur: Anmeldung, Wartezeiten, Arbeitsteilung. Leitung, Träger, Team-Arbeit, institutionelle Einschränkungen. Theorie-Praxis-Kognitionen)
- *Feststellung des Klienten-Problems und diagnostische Phase*
(Problemdiagnostik: Testanwendung und deren Veränderungen, Formen und Zeitpunkte der Diagnostik, Arbeitsteilung, Normalitätskonzepte, Bedeutung eigener Personaspekte. Theorie-Praxis-Kognitionen, Ausbildung)
- *Zielsetzung und Auswahl von Behandlungs-Strategien*
(Problem-Therapie-Zuordnung: Indikationsaspekte. Ziele: Funktion von Zielen, Ebenen der Zielfestlegung, Rolle der Person, allgemeine Ziele und Motive, Zielbestimmungsprozeß, Rolle des Klienten, Explikation von Zielen, Evaluation von Zielerreichung, Änderung von Zielsetzungen. Ausbildung bezüglich Zielproblematik)
- *Durchführung einer Beratung bzw. Therapie*
(Verhältnis Beratung – Therapie, ihre Gegenstände, Probleme, Verlauf, Dauer, Methoden und Techniken, Behandlungs-Anfänge, Klienten-Instruktion, Behandlungs-Krisen, Bedeutung der eigenen Persönlichkeit, Behandlungs-Kontrolle, Selbstkontrolle, Supervision, Aufzeichnungen, Einzel- und Gruppenbehandlung, Weiterbildung, Unsicherheiten, soziales Umfeld des Klienten, Dauerklienten. Theorie-Praxis-Kognitionen, Ausbildung)
- *Evaluation und Bewertung der Behandlung bzw. des Behandlungserfolgs*
(Behandlungs-Beendigung, Erfolge und Mißerfolge, Evaluationsverfahren, Katamnesen, Dokumentationen und Statistiken)
- *Weitere Tätigkeiten*
(Öffentlichkeitsarbeit, Vorträge, Lehrtätigkeit, sozial- und berufspolitische Aktivitäten)

Die psychologischen Praktiker wurden einmal um eine phänomenal-deskriptive Darstellung der entsprechenden Abläufe, Zustände und Bedingungen gebeten und andererseits nach einer Einordnung und Reflexion dieser Beschreibung auf einer Meta-Ebene befragt. Dabei spielte vor allem das Problem der subjektiven und objektiven Tätigkeitsvoraussetzungen eine Rolle: Ausbildungsbedingungen, Erfahrungsbildung und Kompetenzentwicklung, subjektive Orientierungen und Zielstellungen, institutionelle Möglichkeiten und Einschränkungen. Insgesamt wurde den befragten Psychologen viel Raum zur Zentrierung des Gesprächs auf von ihnen als wichtig erachtete Problembereiche gegeben. Diese (vom »Geschick« der jeweiligen Interviewer mitbestimmte) Vorgehensweise erhöht einerseits zwar die Varianz zwischen den unterschiedlichen Interviewverläufen, bedingt andererseits aber auch einen deutlichen positiven Effekt hinsichtlich der »Befragungsmotivation« der Praktiker. Hier läßt sich insgesamt eine sehr positive Einstellung zur Reflexion und Problematisierung der eigenen Tätigkeit feststellen. Beim gegenwärtig vorliegenden wissenschaftlichen Er-

kenntnisstand zur psychologischen Beratungs- und Therapie-Praxis erscheint uns ein solches Vorgehen im forschungsprogrammatischen Sinn erlaubt und geboten. – Daneben wurden noch Daten zur durchlaufenen Aus-, Weiterbildung und bisherigen Berufstätigkeit erfragt sowie ein Instrument zur Einschätzung der Aufteilung des eigenen Budgets der Arbeitszeit auf unterschiedliche Teiltätigkeiten vorgelegt.

Vom inhaltlich-thematischen Aufbau erwies sich der Gesprächsleitfaden (bei relativ »freier« Benutzung) als für die Befragung von Psychologen in *Beratungsstellen* unterschiedlicher Art als recht gut geeignet und angemessen (soweit das aufgrund des erfragten Feedbacks der Praktiker zu evaluieren war). Bei der Erfassung der Tätigkeit von Psychologen in *psychiatrischen Krankenhäusern* ergaben sich – aufgrund der größeren Heterogenität der Arbeitsabläufe dort und der starken Dominanz der institutionellen Arbeitsvoraussetzungen – einige Akzentverschiebungen innerhalb der Gespräche. Hinsichtlich der ausschnittweisen Dokumentation der Interviews in diesem Text beschränken wir uns daher bezüglich der Darstellung der Tätigkeit in psychiatrischen Landeskrankenhäusern weitestgehend auf die Thematisierung der *institutionellen Rahmenbedingungen* sowie *deren Konsequenzen für die psychologische Praxis*.

Im folgenden Text werden ausgewählte Passagen aus den geführten Interviews vorgestellt; es handelt sich um Transkriptionen von Tonbandmitschnitten (wobei Namen u. ä. verändert wurden). Die Fragen der Interviewer sind – wenn es das Sinnverständnis nicht erfordert – weggelassen, da es jeweils um Aussagen zu einem inhaltlich einheitlichen Problemkomplex geht.

Die vorliegende Arbeit besitzt – was ihren »empirischen Aspekt« betrifft – im forschungsstrategischen Sinn den Charakter einer *Erkundungs-Untersuchung* des Problemfeldes praktisch-psychologischer Tätigkeit in Beratung und Therapie: Es wurde versucht, möglichst umfassend, detailreich und unreduziert die Abläufe, Strukturen, Probleme psychologischer Praxis in diesem Bereich *auf dem Weg über die Kognitionen der Berater/Therapeuten* zu erfassen. Über die Dokumentation ausgewählter Gesprächs-Passagen (die nach subjektiv-heuristischen, durch theoretische Interessengesichtspunkte und Vermutungen inspirierter Weise selektiert wurden) hinaus wird versucht, diese in ersten *Systematisierungsansätzen* zu ordnen, erste *inhaltsbezogene Hypothesen* über den Problembereich zu formulieren sowie einige Querverbindungen zu existierenden empirischen Untersuchungsbereichen und theoretischen Erklärungskonzepten herzustellen. Als übergeordnet-integrationsanleitendes *Rahmenmodell* dient dabei ein *allgemeinpsychologisch orientiertes »handlungspsychologisches« Konzept*, dessen Konturen allerdings in weiten Bereichen noch vage erscheinen und das hinsichtlich des hier thematischen Gegenstandsfeldes weiterer Präzisierung bedarf.

Im folgenden Kapitel wird zunächst eine Überblicksdarstellung der *Konsequenzen der unterschiedlichen institutionell-organisatorischen und*

Rahmen-Faktoren der Arbeit in psychologischen Beratungsstellen und psychiatrischen Landeskrankenhäusern *für den Inhalt, die Struktur, den Ablauf etc. der praktisch-psychologischen Tätigkeit* in diesem Bereich gegeben.

Institutionelle Voraussetzungen und Rahmenfaktoren beraterisch-therapeutischer Tätigkeit

Frau H., deren achtjähriger Sohn Willi seit längerer Zeit abends allein in seinem Zimmer nicht einschlafen kann – aus Angst, wie er sagt – und manchmal sogar ins Bett macht, der allgemein nervös und schwierig ist, hat sich entschlossen, wegen dieser Probleme Kontakt mit der Erziehungsberatungsstelle aufzunehmen. Als sie dort angerufen und ihr Problem kurz dargestellt hat, wird zunächst ihr Name und ihre Anschrift aufgenommen. Sodann wird ihr gesagt, sie müsse eine *Wartezeit* in Kauf nehmen – sie werde in etwa *eineinhalb Jahren* wieder benachrichtigt. Frau H. ist fassungslos... (vgl. RÖTTGER & OBERBORBECK 1977).

Die Diplom-Psychologin O. arbeitet seit beinahe einem Jahr an der Beratungsstelle. Sie ist 26 Jahre alt und unverheiratet. Die Ratsuchenden und Klienten, die zu ihr kommen, sind zum größten Teil Eltern mit Kindern, vielfach auch kleine Angestellte oder Arbeiter. Frau O. stammt aus einer eher »großbürgerlichen« Familie und hat viele Schwierigkeiten, in Gesprächen mit Klienten zurechtzukommen, die nicht einem »Mittelschicht-Milieu« entstammen. Eine zusätzliche Schwierigkeit ergibt sich aus ihrem »jugendlichen Alter«, da sie es durchweg mit Müttern und Vätern zu tun hat, die älter sind als sie selbst.

Der Diplom-Psychologe P. ist als junger Kollege neu in eine psychologische Beratungsstelle gekommen. Seine Einstellung hat der Leiter der Institution, ein schon älterer Psychologe, entschieden, ohne das Beratungsstellen-Team dabei zu Rate zu ziehen. Die übrigen durchweg jungen Psychologen-Kollegen begegnen Herrn P. mit Mißtrauen. Die »Atmosphäre« innerhalb der Stelle ist derartig, daß bei Mitarbeiter-Besprechungen und der Diskussion problematischer Klienten alle Psychologen bestrebt sind, ihre Fälle in einer möglichst »unangreifbaren«, wissenschaftlich (pseudo-) legitimierten Weise zu präsentieren. Eine offene Kommunikation über Vorgehensweisen, Schwierigkeiten etc. bei der Behandlung von Ratsuchenden bzw. Klienten kommt nicht zustande. Herr P. ist mit diesen Arbeitsbedingungen höchst unzufrieden.

Frau R. ist als Diplom-Psychologin an einer Beratungsstelle tätig, deren Träger der Caritasverband ist. Sie hat einmal in einem öffentlichen Vortrag zum Thema »Jugend und Sexualität« die Auffassung vertreten, Eltern sollten ihre heranwachsenden Kinder nicht strafend maßregeln, wenn sie beim Onanieren angetroffen wurden. Sie hat daraufhin

einen deutlichen Hinweis aus Kreisen des Caritas-Vorstands erhalten, daß ihre Moral-Vorstellungen nicht denen einer katholischen Beratungsstelle entsprächen. Seither bemüht sich Frau R. in ihren Beratungsgesprächen und Behandlungen, in diesbezüglichen Fragestellungen möglichst »neutral« bzw. »uneindeutig« Stellung zu nehmen, um nicht noch einmal eine für ihr Dienstverhältnis u. U. gefährliche »Angriffsfläche« zu bieten.

Solche und ähnliche – hier zunächst episodenhaft und unsystematisch präsentierten – fiktiven Beispiele aus der Praxis von Psychologen in Beratungsstellen machen in ersten Ansätzen deutlich, daß es eine Reihe von Rahmenfaktoren, Voraussetzungen, Bedingungen etc. der psychologischen Tätigkeit gibt, die in mehr oder weniger schwerwiegender Weise in die Interaktion zwischen dem Berater/Therapeuten und dem Ratsuchenden/Klienten eingreifen bzw. diese beeinflussen können. Soziale, materielle, räumliche Voraussetzungen auf der Seite des Klienten – personelle, materielle, ideologische, administrative Faktoren auf der Seite des Psychologen bzw. seiner Institution u. ä. sowie deren Wechselwirkungen stellen ein Bedingungsgefüge dar, dem die behandlungsbezogene Kommunikation in bestimmter Weise Rechnung zu tragen hat. Vor der Aufnahme einer Beratung/Therapie mit einem individuellen Klienten hat der Psychologe sich zunächst mit der *Herstellung von geeigneten Voraussetzungen »äußerer Art«* für eine solche Behandlung zu befassen.

Die Reflexion der vielfältigen Faktoren dieses Bereichs der i. w. S. gesellschaftlichen und organisatorischen Strukturierung institutionalisierter Beratungs- und Therapieprozesse ist – hinsichtlich ihrer Bedeutung für beraterisch-therapeutische Prozeßabläufe – in der einschlägigen wissenschaftlichen Theoriebildung und Forschung bisher in höchst unzureichender Weise geschehen. Äußere Rahmenvariablen klinisch-psychologischer Tätigkeit sind hauptsächlich aufgegriffen worden unter dem Gesichtspunkt der Konsequenzen sozial bedingter Klientenmerkmale – v. a. der differentiellen »Behandelbarkeit« von Personen aus unterschiedlichen sozialen Schichten oder Gruppen (vgl. etwa GOLDSTEIN 1973; MELTZOFF & KORNREICH 1970; 238 ff.) – sowie hinsichtlich einiger nichtsystematisierter eher randständiger Faktoren – wie etwa die Auswirkungen von Wochentagen, klimatischen Bedingungen, Behandlungshonorar o. ä. für den Verlauf und Erfolg psychologischer Therapien (vgl. etwa MELTZOFF & KORNREICH 1970, 251 ff.). Statt dessen wird die Untersuchung der Verläufe und Auswirkungen psychologischer Behandlungsverfahren weitgehend auf eine artifizielle Situation der Therapeut-Klient-Interaktion, sozusagen »im luftleeren Raum«, beschränkt. Um diesbezüglich Abhilfe zu schaffen, fordern etwa SCHELLER

& HEIL (1978, im Anschluß an GOLDMAN 1976) eine Revision psychologischer Beratungs-Forschung hinsichtlich des Verhältnisses von Grundlagen- und angewandter Wissenschaft in Richtung auf realistische, feldbezogene, evaluationsorientierte Untersuchungen.

Dieser Zustand schlägt sich ebenfalls in der *Hochschulausbildung* von klinischen Psychologen in der weitgehenden Ausblendung bzw. höchst unsystematischen Berücksichtigung dieser gesellschaftlichen, organisatorischen und institutionellen Aspekte nieder. Dabei dürfte das Problem der adäquaten Einbeziehung der »äußeren Tätigkeitsvoraussetzungen« und die Erfüllung der durch sie gestellten Anforderungen in der Praxis eine der Hauptschwierigkeiten von Psychologen – vor allem in der Phase der Einfindung in eine solche Praxistätigkeit, beim Übergang zwischen Ausbildung und Beruf – darstellen und dort einer weitgehend unangeleitet-individualisierten Bewältigung und Bearbeitung anheimgestellt sein.

Organisationssoziologische (und erste Ansätze organisationspsychologischer) *Konzepte* für den verallgemeinerten Bereich der Gesundheitsversorgung liegen hauptsächlich hinsichtlich der organisatorischen Strukturen in Krankenhäusern vor (vgl. etwa ROHDE & ROHDE-DACHSER 1975; Ausnahmen, die sich mit der Organisationsstruktur von »Beratung« beschäftigen: SCHULLER 1973; HORNSTEIN 1977). Die Übertragbarkeit dieser Bemühungen für Bedingungen *psychologischer* Tätigkeit ist jedoch in starkem Maße beschränkt: Neben der Eingrenzung auf die Situation in *Kliniken*, die einen Transfer hinsichtlich Beratungsstellen kaum zuläßt, werden die Strukturen dabei weitestgehend unter dem Aspekt einer Institution mit *ärztlich-medizinischem* Charakter betrachtet, so daß sich selbst bei einer Anwendung auf psychiatrische Krankenhäuser aufgrund der spezifischen Situation von Psychologen dort schwerwiegende Probleme ergeben.

Aus organisationssoziologischen Konzepten sind für unsere Zwecke allerdings einige *theoretische Rahmen-Leitlinien und -Probleme* zu entnehmen, die für die Bedingungen psychologischer Beratungsstellen und z. T. auch psychiatrischer Krankenhäuser im folgenden in einigen Aspekten konkretisiert werden. Als Organisationsbestandteile verlangen dabei die *formale Struktur* der Organisation, ihre *informellen Charakteristika*, ihre *Status- und Rollenstrukturen* sowie ihre *Ziele* besondere Aufmerksamkeit (vgl. SCOTT 1977). Hinsichtlich der *formal-»externen«* Bedingungen erweisen sich die Hierarchie-Beziehungen, Widersprüche und *Kommunikationsmöglichkeiten von beraterisch-therapeutischem und administrativem* (verwaltungsmäßig-bürokratischem) »*Funktionskreis*« sowie »*Trägerschaftsverhältnisse*« (vgl. PERROW 1965; ROHDE & ROHDE-DACHSER 1975) als wichtige Merkmale der Organisation. Bei den

»intern«-organisatorischen Strukturen sind vor allem Bedingungen, die durch einander *überschneidende Funktionen und Kompetenzen* konstituiert werden sowie deren *informelles Ausbalancieren* von Bedeutung. – Die hier angesprochenen »objektiven« Organisationsmerkmale sind unter dem Aspekt der Konsequenzen ihrer *subjektiven Rekonstruktion und Interpretation* durch die an der Organisation beteiligten Personen vor allem in der Konzeption des »symbolischen Interaktionismus« (vgl. etwa GOFFMAN 1977 a) verfolgt und auch in der Untersuchung der Situation in psychiatrischen Krankenhäusern (STRAUSS u. a. 1964; GOFFMAN 1977 b) konkretisiert worden.

Die folgenden allgemeinen, wesentlichen und grundlegenden *theoretischen Voraussetzungen* unserer Betrachtung psychologischer Tätigkeit in Beratung und Therapie sind hier besonders hervorzuheben:

1. Wir beschäftigen uns mit beraterisch-therapeutischer Arbeit in ihrer faktischen *gesellschaftlich organisierten Form*: Psychologische Tätigkeit als *institutionell organisierte Tätigkeit*.
2. Wir beschäftigen uns mit dieser Form der Tätigkeit unter einem *Systemaspekt*: »Äußere« (institutionell-organisatorische und Rahmen-) *Voraussetzungen* und »innere« (psychologisch-wissenschaftliche und interaktiv-persönliche) *Bedingungen* beraterisch-therapeutischer Arbeit befinden sich in einem *Systemzusammenhang*. Das bedeutet u. a., daß bestimmte Merkmale oder Merkmalsvariationen innerhalb der »äußeren« Tätigkeitsbedingungen *systematische* – durch die systemeigenen Strukturen und Prozesse bedingte – Wirkungen auf die beraterisch-therapeutische Arbeit i. e. S. – die persönliche Interaktion von Psychologe und Klient – ausüben.

Im folgenden sollen die Gegenstandsauffassungen praktisch tätiger Psychologen, ihre Anforderungs-Wahrnehmungen und Bewältigungsstrategien hinsichtlich des Bereichs der Rahmen-Voraussetzungen und der institutionell-organisatorischen Gegebenheiten, näher dargestellt werden.

In bezug auf die institutionellen Tätigkeitsbedingungen beraterisch-therapeutischer Arbeit wird hier die grobe Unterscheidung zwischen *externen* und *internen organisatorischen Faktoren* getroffen. Unter die »externen Voraussetzungen« werden dabei die objektiven Bedingungen subsumiert, die jenseits des Feldes liegen, das den unmittelbaren Inhalt der Tätigkeit ausmacht (gewissermaßen die »Umgebung« des Tätigkeitsbereichs); »interne Faktoren« sind demgegenüber die organisatorischen Aspekte innerhalb des unmittelbaren Arbeitsbereichs, dessen innere Strukturierung.

Externe organisatorische Bedingungen

»Natürliche« und institutionell bedingte Aspekte

Beispiele

Psychologin: Was ich festgestellt habe: Die Lage der Beratungsstelle, die setzt bereits einige Grenzen in bezug auf die Betreuung. Ich habe einmal in Zusammenhang mit Gesprächsgruppen die Erfahrung gemacht, daß ein Mädchen einfach nicht kommen konnte, weil der Weg für sie zu weit war. Die kam aus dem südlichen Kreisgebiet, und die Mutter sagte mir, sie muß tatsächlich ihre übrige Familie vernachlässigen, wenn sie dieses Mädchen zu uns hinfahren will. Anders als mit dem Wagen war es nicht möglich, denn Busverbindungen bis dorthin – nun, das Mädchen wäre drei Stunden unterwegs. Und das bezieht sich auch sicherlich auf unser Einzugsgebiet allgemein. Wir erreichen nicht die hinterletzten Dörfer des Kreises.

Psychologe: Eine Begrenzung meiner Tätigkeit ist häufig da, wo wir nach draußen gehen müssen. Das versuche ich möglichst häufig zu machen, aber die Möglichkeiten sind verdammt gering. Ich denke z. B. an Leute, die Ängste haben, im Bus zu fahren; da haben wir nicht so gute Möglichkeiten, weil wir hier auf dem Land sind. Wir haben hier nicht so gute Verbindungen, daß wir hier mal eben zwei Haltestellen fahren, dann fünf Minuten warten, und dann kommt der nächste Bus wieder. Da müssen wir uns schon mit den Leuten ins eigene Auto setzen und mit denen durch die Gegend kutschieren.

Hinsichtlich der externen (»Umgebungs«-)Bedingungen beraterisch-therapeutischer Tätigkeit lassen sich »natürliche« und *institutionell bedingte* Faktoren unterscheiden.

Natürliche Bedingungen beziehen sich hauptsächlich auf die physikalischen Charakteristika der Institution: Merkmale der Umgebung, sowohl was die architektonisch-räumliche Ausstattung der Stelle angeht (hier ist allerdings bereits die Dimension institutioneller Bedingtheit i. S. finanzieller Versorgung tangiert), als auch hinsichtlich der »natürlichen« lokalen Gegebenheiten, wie beispielsweise der ländliche bzw. städtische Charakter des Einzugsbereichs, Merkmale der Infrastruktur des geografischen Raums etc. Das Spektrum der durch diese (in unserem Zusammenhang als »natürlich« ansehbaren) Faktoren bestimmten Tätigkeitsbedingungen ist sowohl für Klienten wie für Psychologen nicht unerheblich: Die Erreichbarkeit der Institution für Klienten, die potentielle »Gemeindenähe«, die Chancen der Einbeziehung von Um-

gebungsfaktoren in den Behandlungskontext, die Möglichkeiten der Weiterbildung, Rekreation etc. für den Psychologen sind durch diese Umwelt-Merkmale mitbestimmt.

Andererseits sind hier eine Vielzahl *organisatorisch-institutioneller Faktoren* von Bedeutung: So können sich beispielsweise so »banale« Gegebenheiten wie das Fehlen eines institutionellen Finanz-Etats, aus dem Belohnungen bzw. Verstärkungen für ein verhaltenstherapeutisches Modifikationsprogramm bestritten werden können – oder Probleme unvereinbarer Zeitbudgets, die sich bei ratsuchenden Müttern (die beispielsweise ihre Familie erst abends alleinlassen können) und Psychologen (mit vorgeschriebener Arbeitszeit) ergeben, zu wesentlichen Komponenten der Anforderungsstruktur hinsichtlich beraterisch-therapeutischer Tätigkeit entwickeln.

Beispiele

Psychologin: Ja, da gibt es ganz zweifellos Grenzen, die uns durch finanzielle Mittel gesetzt sind. Ich habe die Erfahrung beispielsweise gemacht bei der Verhaltenstherapie. Normalerweise muß man da wirklich mit Belohnungen arbeiten. Aber haben Sie mal attraktive Belohnungen für Jugendliche, das kostet natürlich auch einiges. Dafür müßte eigentlich ein Etat ausgewiesen sein. Von daher sind sicherlich Grenzen gegeben.

Psychologin: Es gibt bestimmte formale institutionelle Faktoren, z. B.: Ich gehe für mich davon aus, so eine Beratungsstelle muß in gewissem Sinne auf die Klienten zugehen können. Das würde also heißen, wenn eine Mutter erst abends um sechs Uhr kann, muß ich auch in der Lage sein, das durchzuführen. Wir haben aber gleitende Arbeitszeit nur bis halb sieben. Das würde also bedeuten: Ich verschenke eine halbe Stunde, die kann ich nicht aufschreiben. Oder: Wir können nicht abends arbeiten, weil wir durch irgendwelche Hausmeister oder so rausgeworfen werden. Das finde ich schon eine ganz grobe Einschränkung.

Die im organisatorischen Bereich auftauchenden Probleme ergeben sich häufig aus Widersprüchen zwischen Denk- und Bewertungskategorien »psychologischer Art« der Berater bzw. Therapeuten einerseits und bestimmten »unpsychologischen« Strukturen der Umgebung andererseits. Die unpsychologischen Strukturen entstammen den objektiven und subjektiven Bedingungen und Charakteristika des (faktischen und potentiellen) *Klientels* der Institution sowie den verwaltungstechnischen, organisatorischen und ideologischen Merkmalen des *administra-*

tiv-bürokratischen Apparates, dem die psychosozialen Einrichtungen untergeordnet sind. Die hier bestehenden Probleme verweisen zum einen auf einen spezifischen *defizitären Stand der Entwicklung* praktischer psychologisch-therapeutischer *Interventionsstrategien* – insofern diese dem Klientel bzw. bestimmten Klienten-Gruppen unangemessen sind –, zum anderen auf *Ziel- bzw. Zweck-Konflikte* zwischen beraterisch-therapeutischen und administrativen »Funktionskreisen« innerhalb der Institution (vgl. ROHDE & ROHDE-DACHSER 1975), d. h. in der Regel auf unzureichende Berücksichtigung psychologischer Kriterien innerhalb administrativer Entscheidungsstrukturen.

Institutionelle Bedingungen und Klientel von Beratungsstellen

Die Antworten auf die Frage nach der *Sozialverteilung* der Klienten von psychologischen Beratungsstellen sind in unserer Erhebung sehr eindeutig ausgefallen: Bei allen erfaßten Institutionen ist der Anteil der Klienten aus der »*Mittelschicht*« – gemessen an der Gesamtbevölkerung – deutlich überrepräsentiert, soziale »*Unterschichten*« sind demgegenüber in eindeutig geringerem Maße vertreten.

Beispiel

Frage: Aus welchen Bevölkerungsgruppen rekrutiert sich Ihr Klientel?

Psychologe: Ich würde sagen: Eigentlich ausgesprochen Mittelschicht, untere Mittelschicht, obere Mittelschicht, während von da ab das Klientel nur noch ganz dünn gesät ist, also Oberschicht, sagen wir mal Akademiker oder irgendwas, was in diese Richtung geht, da fängt es an, dünn zu werden. Und ungelernete Arbeiter, da fängt's auch an, dünn zu werden; während gelernte Arbeiter, Handwerker, Angestellte, kleinere Beamte, Selbständige – das ist so unser Durchschnittsklientel.

Die *Ursachen für diesen Sachverhalt* sind äußerst vielfältig: Nebenschichtspezifisch differierenden Wahrnehmungen eigener psychischer Probleme (häufigere »*Verschiebung*« in den somatischen Bereich; vgl. etwa GURIN u. a. 1960) dürften hier vor allem der differentielle Informiertheitsgrad, die verschiedenen behandlungsbezogenen Erwartungen, Motivationen und Interpretationen hinsichtlich des Kontakts mit psychosozialen Einrichtungen von ausschlaggebender Bedeutung sein (vgl. HOLLINGSHEAD & REDLICH 1958; HORNSTEIN 1977). Diese Faktoren sollen unten bei der Betrachtung der »*Klienten-Seite*« eingehender thematisiert werden.

An dieser Stelle ist das Problem der sozialen Charakteristika des Klientels von Beratungsstellen insofern von Bedeutung, als es mit bestimmten Merkmalen der organisatorischen Strukturierung dieser Institution verbunden ist. Dabei erscheint vor allem eine Bedingung von wesentlichem Gewicht, die ein befragter Psychologe sehr treffend mit dem Begriff der »Komm-Struktur« von Beratungsstellen umschrieben hat: Der »Träger« eines psychologisch relevanten Symptoms bzw. eine Person aus seiner Umgebung müssen die Beratungsstelle *aktiv aufsuchen*.

Das Ausmaß der Thematisierung dieser Problematik ist bei den von uns befragten Psychologen bzw. innerhalb der Institutionen sehr verschieden. Ebenso existieren in unterschiedlichem Ausmaß Wünsche, Bemühungen und Aktivitäten, diesen Zustand zu verändern (etwa durch Arbeit unmittelbar in »sozialen Brennpunkten« o. ä.). Aus diversen Gründen (vgl. unten) ist es den Institutions-Mitarbeitern in aller Regel jedoch kaum möglich, aus ihren Räumlichkeiten hinauszugehen und unmittelbar den »Ort des Geschehens« aufzusuchen. – Die subjektiven Voraussetzungen auf seiten des Ratsuchenden, die bei der praktizierten Strategie des Lösens psychischer Probleme vorausgesetzt sind (»psychologische Sensitivität«, Behandlungsmotivation, verbale Intelligenz, Vertrautheit im Umgang mit Institutionen etc.) wirken bei einer solchen Organisation und Arbeitsweise der Institution als »sozialer Filter« in der Selektion von Klienten (vgl. GARFIELD 1971; GOLDSTEIN 1973).

Beispiele

Psychologe: Wo ich das Problem sehe, ist, daß wir von unserer Arbeitsstruktur her die Leute nicht so gut erreichen können. Die kommen vielleicht hierhin, aber irgendwo kommen wir dann an einen Punkt, wo wir eingreifen müßten, wo wir dahin gehen müßten, wo wir anders arbeiten müßten, als wir es hier können. Von daher sind Überlegungen im Gange, wie man die Arbeitsstruktur verändern könnte, wie man mehr in Lebensbereiche, in Alltagssituationen reingehen kann; das würde ich also sehr gern machen, das stößt halt nur auf organisatorische Schwierigkeiten.

Frage: Sind die Grenzen, die es da gibt, diktiert durch die Warte-liste oder durch irgendwelche Bedingungen, die der Träger stellt? Oder durch irgendwelche organisatorischen Schwierigkeiten?

Psychologe: Durch den Träger nicht direkt. Indirekt dadurch, daß wir halt hier in einem Haus sitzen. Wir können wahrscheinlich kaum sagen: Wir machen eine Sprechstunde auf im sozialen Brenn-

punkt – oder wenn, dann würde das erst einmal durch x Ausschüsse laufen müssen und so. Ich weiß eigentlich gar nicht, warum wir das nicht auch machen könnten. Es ist bisher halt einfach so: Wir sind ein Haus, eine Stelle, die man anläuft – diese »Komm-Struktur«. – In der konkreten Arbeit wird es dann durch zeitliche Probleme eingeschränkt. Wir haben einen unheimlich großen Einzugsbereich. Da sind Leute, da fährt man eine Stunde, bis man da ist. Wenn man da mal einen Hausbesuch machen will, wenn man da mal Kontakte mit dem Alltag bekommen will, ist man den ganzen Tag unterwegs. Und deswegen . . . ich habe also ein paar Hausbesuche gemacht, aber sehr wenige eigentlich. Und da sehe ich eben die Grenzen. Wenn Unterschicht-Leute kommen, die sehr wenig Verbalisierungsfähigkeit haben, die eine hohe Schwellen-Angst haben, zu solchen Stellen zu gehen . . . ja, ich lasse die dann von der Sekretärin anmelden und muß die dann hierher bitten, – und in der Atmosphäre können die irgendwie auch nicht so an den Problemen arbeiten, sich verständlich machen. Ich sehe dann, da müßte ich eigentlich hingehen, da müßte ich eben so ein Kind eine ganze Zeit lang zu Hause betreuen und so – und dann würde alles andere zu kurz kommen . . .

Letztlich liegt es natürlich auch am Stellenplan, daß wir eben jetzt mit unserer Besetzung so ungefähr die Leute erfassen können, die kommen, aber wenn wir das ausweiten wollten, wenn wir zu den Leuten hingehen, hätten wir zu wenige Leute. Das ist halt eine finanzielle Frage.

Psychologe: Eine . . . Grenze ist durch die Schicht-Zugehörigkeit von Klienten gegeben. Da tun wir uns sehr schwer, die sogenannten Unterschichten hier mitzuversorgen. Das hängt sehr stark von den Leuten selbst ab, aber auch von unserer Ausbildung, würde ich sagen, – überhaupt von dem Mangel an Modellen innerhalb der Psychologie, die für Unterschichten ausgearbeitet sind. Da zeigen sich also auch Grenzen; die zeigen sich ganz praktisch beispielsweise so: Wir laden die Eltern ein und die kommen nicht, sie versäumen die Termine, oder daß wir bei Hausbesuchen vor verschlossenen Türen stehen usw. . . .

Es ist einfach vom Inhaltlichen und Methodischen her die Schwierigkeit, da sich unsere Arbeit im Wesentlichen in Form von Gesprächen abspielt – da sind also Sprachbarrieren, Sprachprobleme, Übersetzungsprobleme von Fachsprache in Unterschichtssprache, das ist dann bei solchen Leuten besonders schwierig.

»Wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist«

Ein weiterer durch externe organisatorische Bedingungen gesetzter Filter ist der der offiziellen *Definition der Aufgaben* der Beratungsstelle bzw. der *Benennung der Institution* (»Beratungsstelle für Eltern, Kinder, Jugendliche«; »... für Ehe- und Lebensfragen« etc.). Dieser Filter ist wirksam einmal hinsichtlich der *Selektion des Klientels* (bestimmte Personengruppen bzw. Problembereiche), andererseits bezüglich der *Selektion psychosozialer Dienstleistungen* (aufgrund der Vorschriften hinsichtlich der Art beraterisch-therapeutischer Tätigkeit des Psychologen). Für den Zugang des Klientels bedeutet das: Eine psychische Störung muß erstens *bereits manifest* sein (»das Kind muß bereits in den Brunnen gefallen sein«), und diese Problematik muß zweitens *innerhalb einer umschriebenen Konstellation* angesiedelt sein (z. B. müssen nicht-erziehungsbezogene Klienten-Probleme bei Beratungsstellen für Erziehungsfragen ausgeschlossen werden).

Für die Tätigkeit des Psychologen hat das – neben einer artifiziellen und oft haarspalterischen Isolierung und Unterscheidung psychischer Problemsituationen – vor allem eine Einschränkung (wenn nicht gar ein Verbot) *vorbeugend-prophylaktischer* Tätigkeiten zur Folge. – Auch hier finden wir ein Exempel für die noch häufiger zu dokumentierende Problematik, die aus der psychologisch inkompetenten Definition von Anforderungen an beraterisch-therapeutische Tätigkeit von seiten des Trägers bzw. der Administration der Institution entsteht. Welche Strategien praktisch-psychologischer Tätigkeit und z. T. argumentativen »Blüten« aus solchen Anforderungsstrukturen entstehen können, mögen die folgenden Beispiele illustrieren.

Beispiele

Psychologin: Therapie von Kindern und Jugendlichen, das gehört nach den Richtlinien zur Aufgabenstellung dieser EB, aber nicht Therapie von Erwachsenen, also nicht von Eltern.

Frage: Aber zusammen, Eltern und Kinder...?

Psychologin: Würde ich Beratung nennen, und dann gehört es wieder zu den Aufgabenstellungen. Es gehört z. B. nicht zu unserer Aufgabenstellung, wenn ein Dreißigjähriger hierher kommt und sagt: Ich habe – was weiß ich – Schwierigkeiten im Beruf oder irgendsowas, – das wäre also kein Fall für uns. Wenn er sein Kind bringt, weil es stottert, und das zurückzuführen ist auf seine Schwierigkeiten im Beruf, dann ist das doch ein Fall für uns. Also ein bißchen... nicht ganz sauber.

Psychologin: Der ganz grobe Rahmen bei uns ist: Alles, was mit Kind zu tun hat. Wir haben ja den Namen: Erziehungsberatungsstelle oder: Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche. Wenn jetzt Eltern meinetwegen miteinander Beziehungsprobleme haben, oder die Mutter alleine Schwierigkeiten hat, dann therapiere ich die z. B. auch, allerdings unter dem Aspekt nur: Wenn das auch sinnvolle positive Aspekte für das Kind hat. Also das Kind muß schon mit im Bezug sein... Aber ein Ehepaar ohne Kinder mit Beziehungsschwierigkeiten, die könnten wir nicht nehmen. Das Kind muß irgendwie, wenn auch ganz entfernt, es muß dasein.

Psychologe: Ich würde gerne, das wäre oft sehr wichtig, mit Lehrern arbeiten wollen, aber das können wir wieder nicht, weil wir da mit dem schulpсихologischen Dienst ins Gehege kommen. Das wäre sehr wichtig, gerade so Lehrergruppen zu machen oder so etwas, weil die ja auch hängengelassen werden. Lehrer kommen von der PH und sind engagiert, und nach einem halben Jahr, dann haben sie sich ihren Kollegen angeschlossen, weil sie dieses Hickhack der Kollegen gar nicht ertragen können... Prophylaktische Arbeit dürfen wir gar nicht machen. Wir sind hier eine Erziehungsberatungsstelle, und wenn das Kind ins Wasser gefallen ist, dann... – Das hat immer wieder was mit den Kompetenzen zu tun: Wir würden es gerne machen, dürfen es aber nicht. Wenn wir etwas machen würden, käme die Kirche, die sowas macht und würde sagen: Ihr dürft doch nicht das machen, was wir machen; denn wir haben Angst, die Stadt, die uns bezuschußt, gibt uns das Geld dann nicht mehr. Also – dürfen wir das nicht machen... Die ganze Erziehungsberatungsstelle würde das für notwendig finden, so etwas zu machen, wir dürfen das aber nicht. Vielleicht wird sich das ändern, jetzt, wo die geburtenschwachen Jahrgänge anrücken, und wir weniger zu tun haben. Nur gehen dann von der Kirche die Stellen flöten...

Psychologin: Das sieht hier so aus, daß wir – selbst wo wir nur als Erziehungsberatungsstelle ausgeschrieben sind – doch auch mal Eheberatung oder sowas machen, was eigentlich nicht mit reingeht. Weil es eben sonst nichts gibt, wo man jemanden hinschicken kann – dann setzt man sich halt selber mit dem hin.

Externer Quantitäts-Druck

Die Schwierigkeiten institutionell bestimmter Grenzen des Kompetenzbereichs hinsichtlich der psychologischen Tätigkeit an Beratungsstellen

kulminieren letztlich in einem Punkt: Der *personellen* (bzw. i. w. S. *materiellen*) *Ausstattung* der Institution. Der Versuch der Überwindung der »Komm-Struktur« durch Aufsuchen des problematischen sozialen Feldes, die Überschreitung des aufgrund der Bezeichnung der Institution begrenzten Eingriffsrahmens durch Akzeptierung auch nicht-einschlägiger Problemfälle, die intensive psychologische Betreuung eines Einzelfalls oder bestimmter Problem-Gruppen in einer Weise, die dem »Idealbild« beraterisch-therapeutischer Arbeit mit einem Klienten bzw. mit einem Problem-System nahekommt, oder auch die vorbeugende Arbeit in Aufklärung und Prophylaxe (Vorträge, Zusammenarbeit mit Schulen, Kindergärten, mit »Multiplikatoren« etc.) – alle diese Versuche der »*Kompetenzbereichs-Erweiterung*« praktisch-psychologischer Tätigkeit stoßen spätestens dann auf ihre Grenze, wenn die personell-materiellen Kapazitäten der Institution erschöpft sind – wenn sie nicht zuvor schon an Legitimationsproblemen gegenüber dem Träger scheitern. Mitunter wird sogar von seiten des Trägers bzw. der Verwaltung eine direkte Koppelung von Anzahl der abgearbeiteten Problem-Fälle und Höhe der finanziellen Zuwendungen an die Institution gestiftet.

Ein verstärktes Bemühen um bestimmte »*qualitative*« Aspekte der Tätigkeit bedingt mit Zwangsläufigkeit ein Anwachsen von Wartezeiten. Dieses Anwachsen wird von den allermeisten Psychologen ab einem bestimmten Niveau als nicht mehr verantwortbar empfunden. Längeres Verweilen bei einzelnen Fällen, ein »guter Ruf« bezüglich gründlicher und intensiver Arbeit mit Klienten, das Aufmerksam-Machen weiterer Bevölkerungskreise auf die Möglichkeiten psychosozialer Hilfe etc. vermehren die Nachfrage nach beraterisch-therapeutischer Tätigkeit. Diese kann aber nur in einem beschränkten Maße befriedigt werden, und insofern erscheint es auch Psychologen bzw. Mitarbeitern, die prinzipiell eine Ausweitung des Kompetenzbereichs für notwendig bzw. wünschenswert halten, nicht sinnvoll, die »Nachfrage« hinsichtlich ihrer Institution über ein bestimmtes Maß hinaus »anzuheizen«. Die qualitative Ausgestaltung und Schwerpunktsetzung der beraterisch-therapeutischen Arbeit pendelt sich auf einem »qualitativen Niveau« ein, das durch die (»quantitativen«) extern-institutionellen Rahmenbedingungen – die »administrative Rationalität« – abgesteckt ist.

Beispiele

Psychologin: Das hört sich jetzt übertrieben an, aber es ist so etwas wie ein permanenter Konflikt. Wenn man hier mehr macht, ob es Prophylaxe ist, ob es Therapie ist . . . , dann wächst in der Regel die Wartezeit . . . Und wann die Wartezeit auch wächst: Wenn jemand

irgendwo einen Vortrag gehalten hat, und einige mit der Nase noch drauf gestoßen werden.

Psychologin: Ich bin sehr engagiert in den berufsständischen Organisationen und setze mich da vor allen Dingen für ein integriertes Gesundheitssystem ein, d. h. eben nicht, daß Institutionen geschaffen werden nebeneinander, sondern daß ein integriertes Versorgungssystem verfolgt wird, in dem eben die Sozialarbeit in der Familie gleichwertig gesehen wird mit der therapeutischen Arbeit – die konkrete Zielrichtung ist . . ., in dieser Stelle wegzukommen von dem hohen Ausmaß an Therapie, hin zu mehr Prophylaxe. Ganz konkret: mehr Elternarbeit, mehr Elternkurse, mehr Aufklärung von jungen Eltern . . . Wir arbeiten auch teilweise schon prophylaktisch. Wir werden aber zur Zeit erdrückt von den Anforderungen aus der Bevölkerung, wobei also wirklich schwerwiegende Probleme auf uns zukommen: meistens chronifiziert, über Jahre hinweg verschleppt, wo wir Endpunkt einer negativen Kette sind, und dann sollen wir was ändern, wo wir gar keine Möglichkeit mehr haben, prophylaktisch zu arbeiten. Aber wir verfolgen das in verschiedenen Trainingsprogrammen, in Fortbildungsmaßnahmen; z. B. wenn wir ansetzen könnten mehr bei der Fortbildung von Kindergärtnerinnen . . ., denn wenn die besser auf Kinder eingehen können und mehr Elternarbeit betreiben, beugen wir Störungen vor.

Psychologe: Es gibt schon – soweit ich es sehe – unausgesprochene Grenzen, beispielsweise hinsichtlich der Erweiterung unseres Klientels. Es würde schwer werden, wenn wir versuchen wollten, das zu erweitern. Da kommen wir selbst auch in eine Schere rein, weil dann das Klientel auf einmal erweitert wird, und wir mit unserer Kapazität nicht mehr klarkommen; d. h. unsere Warteliste wird länger. Das ist immer ein Problem, das wir haben, das ist ein Druck, unter dem wir ständig stehen, und das ist so eine Schere – wir überlegen: Wie machen wir es? Achten wir auf die Qualität der Arbeit und bemühen uns intensiv um einen Klienten oder eine Familie? Oder inwieweit müssen wir auch immer die Warteliste im Auge behalten, die dann anwächst?

Psychologe: Ich persönlich würde gerne mehr Zeit haben, mit einer Problemgruppe zu arbeiten, und zwar mit sozial Schwachen und Leuten, die sich eigentlich nicht richtig trauen, zu uns zu kommen. Irgendwo verspüre ich da doch so einen Druck, Schluß zu machen. Es sollen doch möglichst viele Fälle durchgezogen werden, und – naja – mit der Intensität: Das liegt bei Dir, aber mach mal . . . Unser

Chef, der ist alles andere als ein »Drücker«, aber der Druck, der kommt von der Verwaltung, der ist nicht in der EB intern.

Psychologe: Wir werden vom Landesjugendamt bezuschußt, und die wollen natürlich auch Leistungen sehen, auch quantitative Leistungen. Und unser Arbeitgeber hier, der will auch quantitative Leistungen sehen, das ist ganz klar. . . Außerdem ist es so: Wenn ich jeden Fall nach meinen Idealvorstellungen bearbeiten würde, dann hätten wir Wartezeiten von zwei oder drei Jahren, und das kann ich wiederum den Leuten gegenüber, die warten müssen, nicht verantworten. Ich muß dann einfach einen Kompromiß eingehen.

Das Problem der Warteliste und Strategien seiner Bewältigung

Der durch personell-materielle Engpässe und administrative Vorschriften bedingte »Quantitätsdruck« manifestiert sich für den psychologischen Berater/Therapeuten hauptsächlich als *Länge der Warteliste* der Institution. Läßt sich die unzureichende Versorgung der Bevölkerung mit psychosozialer Hilfe in »objektiver« Argumentation als Resultat mangelnder Ausstattung der Beratungsstellen erklären, so erscheint dieses Problem für den Psychologen *subjektiv* als Dauer der Wartezeit für einen Klienten, für die *er selbst verantwortlich* ist, die er durch Strategien seines eigenen beraterisch-therapeutischen Vorgehens sowohl in die eine wie in die andere Richtung beeinflussen kann. Dem Berater/Therapeuten ist mit der Analyse der objektiven Ursachen der »Angebots-Knappheit« für seine konkrete Arbeit in der Regel wenig gedient, denn er muß die Konsequenzen dieses Engpasses *als Tätigkeitsanforderung* unter den *gegebenen Bedingungen* praktisch bewältigen.

Faktoren, die die Länge (bzw. das Anwachsen, die Verkürzung) von Wartelisten kontrollieren, sind bereits angesprochen worden. Hier sind u. a. von Bedeutung:

- Das Ausmaß an Zeit, das für einen individuellen Fall aufgebracht wird;
- die »überdurchschnittliche« Beschäftigung mit spezifischen Problemen bzw. Problemgruppen;
- das Image der Institution, der gute oder schlechte Ruf, den die beraterisch-therapeutische Arbeit hat;
- das Ausmaß an Öffentlichkeitsarbeit und prophylaxebezogenen Aktivitäten.

Daneben sind noch einige durch den Psychologen unbeeinflussbare Größen verantwortlich für ein An- oder Abschwellen von Wartezeiten, so etwa herannahende Zeugnistermine oder auch bestimmte Jahres-

zeitliche Einflüsse (etwa die Zunahme von Klienten in Herbst- und Wintermonaten).

Die folgenden drei (idealtypischen?) *Strategien* von Beratern/Therapeuten *im Umgang mit dem Problem der Wartelisten* lassen sich in unseren Interviews identifizieren.

Lösung durch Nichtbeachtung

Beispiele

Psychologin: Unsere Erfolgsquote schätze ich relativ hoch ein, weil wir uns die Zeit nehmen, qualitativ gut zu arbeiten; d. h. wir schiefeln eben nicht Fälle, damit wir am Jahresende eine möglichst große Zahl antherapierter Fälle haben, sondern: Wenn eine Therapie läuft, dann teilweise auch sehr lange.

Psychologe: Das ist jetzt nicht immer unbedingt nötig, daß ich denke: Da muß ich jetzt noch das und das machen; das ist eigentlich eher die Ausnahme. Obwohl ich eher dazu neige zu sagen: Wenn der jetzt hier ist, dann mache ich auch mit dem was, dann mache ich das auch gründlich; ich finde, da macht man sich unglaublich, wenn man da nur so rummacht und dann nicht zurechtkommt und dann sagt: So, jetzt haben wir unsere fünf Sitzungen rum, auf Wiedersehen ... Indirekt übt die Warteliste natürlich einen Druck aus, aber andererseits ist die Warteliste so anonym; wenn derjenige dann vor einem sitzt, dann hat man doch das Problem näher.

Die beraterisch-therapeutische Arbeit wird hier in einer Weise durchgeführt, wie es den Vorstellungen des Psychologen bezüglich einer sinnvollen Behandlung entspricht. Jeder individuelle Fall wird weitestgehend so behandelt, wie es allein die jeweiligen psychologisch-therapeutischen Notwendigkeiten erfordern. Bei dieser Strategie bleibt das beraterisch-therapeutische Vorgehen i. e. S. (der interaktive Prozeß) von der Länge der Warteliste unbeeinflusst, es ist in der Hauptsache an *inhaltlich-psychologischen Kriterien* ausgerichtet.

Argumentationsweisen und Sachverhalte, die diese Version der Behandlung von Wartelisten rechtfertigen bzw. erklären können, sind u. a.:

- Die »objektive« Begründung: Die Länge der Warteliste wird als Anforderung an die eigene Tätigkeit »verdrängt«, die Verantwortung dafür wird dem Träger der Institution angelastet. (»Es müßten eben mehr Stellen eingerichtet werden.«)

- Die Begründung durch »*therapeutische Verantwortlichkeit*«: Eine geringere Anzahl behandelter Fälle – die dafür aber intensiv und sorgfältig durchgeführt und erfolgreich abgeschlossen werden – wird als wichtiger und verantwortbarer eingeschätzt als ein hohes Ausmaß quantitativen »Klienten-Durchlaufs« – was nach dieser Ansicht zwangsläufig zu wenig Heilungserfolgen führen muß.
- Die *erlebte »Ich-Nähe«*: Der konkrete Problemfall, der sich gerade in einer Behandlung befindet, wird vom Berater/Therapeuten u. U. subjektiv als von höherem »Aufforderungscharakter« und »Verpflichtungsgrad« erlebt als relativ anonyme Personen und Fälle auf einer Warteliste, mit denen der Psychologe bisher noch nicht (oder erst oberflächlich) in Berührung gekommen ist.

Lösung durch Kurzinterventionen

Beispiele

Psychologe: Es gibt andere Kollegen, die stört die Länge der Warteliste überhaupt nicht. Die sagen: Da soll der Arbeitgeber, der Träger, dafür sorgen, daß mehr Kräfte eingestellt werden. Das ist eine Frage. – Ich vermute nur, daß man auf die Weise, über kurze Zeiträume etwas ganz intensiv zu betreiben, mehr erreichen kann, weil ich nämlich auch nur für einen kurzen Zeitraum auch die Eltern engagiert, auf einem bestimmten Aktivationsniveau, halten kann. . . .

Wir sind aufgrund unserer Überlastung nicht in der Lage, uns mit einem Einzelfall intensiver zu beschäftigen. Wir sind manchmal gezwungen, richtig ranzuklotzen. Es kommen also durchaus auch suggestive Dinge mit ins Spiel, das sehe ich durchaus so. Aber ich muß Ihnen sagen, das funktioniert; es funktioniert vielleicht nicht immer, denn auch die Widerstände, die von seiten der Eltern da sind, sind ziemlich massiv.

Psychologe: Wir haben Wartezeiten zwischen zwei und sechs Wochen. Wenn es über sechs Wochen wird, dann werde ich sauer, weil es das an sich für so eine Stelle nicht geben darf. Wenn Sie jetzt ein Problem haben und Antworten kriegen – wie es bei manchen Beratungsstellen ist: Kommen Sie im nächsten September, am 14., um elf Uhr vormittags – dann werden Sie sagen: Was soll das? – Gar nichts. – Das ist auch der Grund, daß wir uns nicht auf systematische, viele Stunden dauernde Therapie einlassen, weil wir glauben, daß das nicht Aufgabe einer solchen Stelle ist, weil wir dann blockiert sein würden.

Psychologe: Unsere Warteliste – jetzt, wo wir etwas bekannter sind – die steigt jetzt schon rapide an, wir sind jetzt schon, innerhalb von zwei Monaten, auf ein halbes Jahr gekommen, während wir vorher immer so Fristen von etwa zwei Monaten hatten. Wir müssen immer einen Kompromiß finden zwischen sozusagen qualitativer und quantitativer Arbeit. Ich bin einer, der mittlerweile wieder relativ quantitativ arbeitet, so daß wir mit unseren Wartelisten einigermaßen hinkommen. Andere Mitarbeiter von uns arbeiten stärker qualitativ, d. h. sie nehmen sich sehr viel Zeit für den Einzelfall. Ich nehme mir relativ wenig Zeit. Ich nehme mir nur bei den ganz besonders Motivierten viel Zeit. Es kann also sein, daß ich über zwei Jahre mit denen einmal im Monat durchschnittlich oder auch häufiger zusammen bin. Aber im Durchschnitt ist es so, daß ich möglichst viel quasi vom Tisch haben möchte, um das an die anderen zu verteilen, die dann weiterführende Maßnahmen einleiten, die dann auch länger dauern können. . . .

Ich verstehe mich mehr als Feuerwehr, solange wir personell nicht besser besetzt sind, um einfach die Wartezeit in einem einigermaßen erträglichen Bereich zu halten. Ich würde lieber viel intensiver arbeiten, aber ich glaube, daß ich da irgendwo in so einem Kompromiß gelandet bin, wo ich mir sage: Du arbeitest eine zeitlang jetzt möglichst ökonomisch, sorgst möglichst schnell, daß die Leute drankommen, daß eine Verteilung stattfindet und überläßt dann die Intensivarbeit den anderen Kollegen. Während mein Ziel ist schon, irgendwann wieder in die intensivere Arbeit einzusteigen, die ich jetzt quasi nur inselhaft aufrechterhalte, mit – sagen wir mal – fünf Familien im Jahr. Das sind dann Dauerklienten, mit denen ich dann auch intensiver arbeite, d. h. also immer wieder Dauerberatung mache, die einzelnen Beratungen lang und differenziert mache.

Bei dieser Strategie wird angestrebt, die Dauer von Behandlungen generell in möglichst engen Grenzen zu halten, nur kurzzeitige Beratungen bzw. Therapien (bzw. in stärkerem Maße »Beratungen« als »Therapien«) durchzuführen, die Zahl der Kontakte mit einem Ratsuchenden so zu limitieren, daß eine relativ zügige Abarbeitung der wartenden Klienten gewährleistet ist. – Ein solches Vorgehen ist u. U. gekoppelt damit, daß eine sehr geringe Anzahl von Problemfällen (besonders gravierende, besonders interessante, geeignete o. ä.) eine kontinuierliche längerdauernde Behandlung (u. U. auch in einem »privaten« Rahmen) erhält.

Mögliche Begründungen für diese Strategieversion sind:

– Jeder anlaufende Klient hat in einem überschaubaren Zeitraum die

gleiche Chance, eine psychologische (Kurz-) Beratung bzw. Therapie zu bekommen.

- Es ist *nicht Aufgabe dieser Institution*, längerdauernde psychologische Behandlungen durchzuführen. Möglicherweise werden solche ausführlichen Beratungen/Therapien vom Träger nicht geduldet (oder »nicht gern gesehen«), möglicherweise handelt es sich aber auch um eine »defensive« Argumentation zur Entlastung von eigener Verantwortlichkeit für bestimmte Strategie-Entscheidungen.
- Es lassen sich auch einige *inhaltlich-psychologische Argumente* für die Strategie der Kurzintervention finden: Bei kurzdauernden, dafür aber sehr intensiven Kontakten ist die Motivation und Mitarbeitsbereitschaft der Klienten leichter zu gewährleisten als bei sich lang hinziehenden Behandlungen o. ä.

Lösung durch »Erstgespräche« und Klienten-Selektion

Beispiele

Psychologe: Als wir merkten, die Wartezeit wird wahnsinnig, da haben wir uns überlegt: Was können wir denn da machen? Da haben wir das sogenannte Erstgespräch eingeführt. Wenn die Leute sich anmelden, dann bekommen die eine oder zwei Wochen danach direkt einen Termin, einen Gesprächstermin. Jeder Mitarbeiter macht ein oder zwei Erstgespräche in der Woche, und zwar immer an einem bestimmten Tag, so daß die Sekretärin das weiß . . ., die vergibt auch die Termine. So daß die Leute erstmal überhaupt Kontakt mit uns hatten, überhaupt erstmal einen Eindruck bekommen: Was wird da gemacht, wie arbeiten die? Daß die ihre Sorgen loswerden können, und wir uns ein Bild davon machen können. Das ist also gegenseitig. Und wir von vornherein vielleicht versuchen, abzuklären: Können wir da nicht jetzt irgendwas in die Wege leiten, so daß die die irre Wartezeit nicht ganz in Kauf nehmen müssen? Je nach dem, wenn wir das können. – Einsteigen tun wir nur in Notfällen, wir haben uns Notfall-Kriterien gesetzt . . .

Psychologe: Jetzt machen wir es so, daß wir alle drei bis vier Wochen eine Sprechstunde für Erstgespräche haben. Da machen wir den ganzen Tag nur Neuanmeldungen. Und dann haben die Klienten eine halbe Stunde Zeit, ihre Probleme vorzutragen.

Frage: Ist das ein Versuch, mit dem Wartelisten-Problem fertigzuwerden?

Psychologe: Genau. Und mit einer besonderen Schwierigkeit fertigzuwerden: Die Leute in Druck, Angst und Not wollen einen Termin

und kriegen einen Termin, aber wenn es soweit ist, meinetwegen nach vierzehn Tagen, ist das aktuelle Problem vorüber. Sie kommen dann nicht. Wir saßen häufig hier rum und warteten. Und an diesem Sprechstundentag, da kommt es nicht so drauf an, da bestellen wir gleich 20 oder 30. Da spielt es dann keine Rolle, wenn mal einer nicht kommt. . .

Mit dieser Regelung schaffe ich es viel besser. Ich habe jetzt nicht mehr den Terminkalender besetzt mit Anmeldungen, die z. T gar nicht kommen. Und weil es eben ein Tag der Erstgespräche ist, versuche ich, das auf eine halbe Stunde zu begrenzen; einfach eben, weil es nur ein Informationsgespräch sein soll. Und so schaffe ich dann auch mehr, und ich habe den Überblick: Wieviel fällt jetzt an, für die nächsten vier Wochen, sagen wir mal? . . .

Der Sprechstunden-Tag ist ein Streß-Tag. Wir sind da bemüht, eben Fakten zu sammeln; die Entscheidungen brauchen wir dabei noch gar nicht zu treffen. Während in Einzelgesprächen, während einer ganzen Stunde, da bin ich ja ganz alleine da und muß dann direkt die Entscheidung treffen: Kommt der wieder oder was mache ich? Jetzt verlasse ich mich dann auf den nächsten Tag – naja, morgen sehen wir dann mal weiter, ob ich den weiterbestelle oder nicht, wenn ich mir nicht sicher bin. Ich muß das ja nicht direkt nach der Stunde entscheiden. Und sowas gestatte ich mir dann auch, weil es eben ein Streß-Tag ist. Es muß durchgearbeitet werden. Das kommt so als Nebeneffekt heraus. Es muß straff gearbeitet werden. Vielleicht werden wir den Leuten ungerecht, daß wir sie nicht genug beachten, daß wir uns nicht genug Zeit nehmen, daß wir vielleicht auch gar nicht hinhören auf Feinheiten, das mag sein, daß das diesen Nebeneffekt hat.

Klienten erhalten unter dieser Lösungsversion relativ rasch nach der Kontaktaufnahme mit der Institution einen Gesprächstermin (*»Erstgespräch«*), der dazu dient, das bestehende Problem kennenzulernen sowie dem Klienten erste Informationen über die Arbeitsweise und die Möglichkeiten der Institution zu vermitteln. Dieses Erstgespräch kann in dem Entscheidungsprozeß über den Behandlungsverlauf unterschiedliche Funktionen haben:

- Es kann dem Ratsuchenden u. U. eine (psychologische oder nicht-psychologische) Information gegeben werden, mit deren Hilfe die Person in der Lage ist, ihr Problem nun eigenständig zu lösen; in diesem Falle sind über das Erstgespräch hinaus keine weiteren Kontakte erforderlich.

- Nach der Erläuterung der Möglichkeiten der Problembearbeitung, die an der Institution existieren, sowie der dabei notwendigen Voraussetzungen und Erfordernisse auf Klienten-Seite (Motivation, Regelmäßigkeit, Mitarbeitsbereitschaft, Selbstthematisierung etc.), gibt der Ratsuchende von sich aus den Wunsch nach dieser Art von Behandlung auf.
- Es besteht die Möglichkeit (bzw. Notwendigkeit), den Ratsuchenden in eine andere Institution zu verweisen bzw. zu überweisen, die für die Lösung des existierenden Problems (bei geringerer Auslastung) ebensogut bzw. besser geeignet ist; auch hierbei findet in der Regel kein weiterer Kontakt mit dem Klienten statt.
- Es stellt sich heraus, daß die Notwendigkeit einer ausführlicheren und intensiveren Beschäftigung mit dem Problemfall besteht (wobei die Bedingungen einer erfolgreichen Hilfestellung vermutlich gegeben sind). Der Klient wird dann (erst) auf eine Warteliste gesetzt, bis aufgrund der institutionellen Gegebenheiten eine genauere und ausführlichere Untersuchung und Behandlung möglich ist. In manchen Fällen werden Versuche unternommen, die Wartezeit mit sinnvollen (behandlungsvorbereitenden o. ä.) Aktivitäten des Klienten überbrücken zu helfen.
- In nahezu jeder von uns befragten Stelle existieren sogenannte »*Notfall-Kriterien*«, bei denen die Warteliste umgangen wird, wo der Klient sofort eine ausführlichere Beratung/Therapie erhält (hier werden vor allem genannt: Suizid-Gefahr, kriminelle Verhaltensweisen, Weglaufen von zu Hause, unmittelbar zur Entscheidung anstehende Probleme, evtl. gerade »frisch« aufgetretene Probleme sowie meist eine »Restkategorie« subjektiver Wichtigkeit).

Bei dieser Lösungs-Version des Wartelisten-Problems wird angestrebt, die Vorzüge der beiden vorhergenannten Strategien zu vereinen: Relativ kurze Wartezeiten und psychologisch sinnvolle und begründete beraterisch-therapeutische Interventionen in einem Ausmaß, wie sie durch die vorhandene personelle Kapazität ermöglicht werden. Wesentliches Problem bei diesem Vorgehen ist die *Selektion* derjenigen Klienten, die eine ausführlichere und längerdauernde Behandlung erhalten (vgl. hierzu ausführlicher unten).

Zweck-Konflikte und Rollenwidersprüche bei der Bewältigung des Wartelisten-Problems

Die Konstellation der Tätigkeitsanforderungen an den Berater/Therapeuten, die sich im Problem der Warteliste kristallisieren, läßt sich in wesentlichen Aspekten darstellen als Konfrontation von *inhaltlich-psy-*

chologischen (beraterisch-therapeutischen) Situationsbeurteilungen, Kriterien, Zielen und gesehene Eingriffsnotwendigkeiten einerseits und *administrativen* Denkkategorien, Zwängen und Erfordernissen andererseits (*»Zweck-Konflikt«*; vgl. ROHDE & ROHDE-DACHSER 1975). Klinisch-psychologische Modelle legen bestimmte Vorgehensweisen in der Auseinandersetzung mit psychischen Problemen nahe, die eine gewisse Intensität und Ausführlichkeit erfordern. Demgegenüber stehen die Orientierungen der Verwaltung vor allem unter der Maxime der zeitlichen und finanziellen Ökonomie und Rationalität. Einer der von uns befragten Berater/Therapeuten hat die Situation, in der sich der Psychologe aufgrund dieses Widerspruchs befindet, sehr betreffend in einer Interpretation der unterschiedlichen *Rollen*, die er innerhalb seiner Tätigkeit wahrzunehmen hat, zum Ausdruck gebracht: Einerseits agiert er als *»Vertreter der Öffentlichkeit«*, der bestimmte Probleme unter dem Gesichtspunkt der *»gesamtgesellschaftlichen Optimierung«* zu behandeln hat, – auf der anderen Seite ist er *»Fachmann für individuelle psychische Probleme«* und weiß um deren Verursachungs- und Behebungs-Bedingungen. Diesen beiden unterschiedlichen Rollenerfordernissen muß er *in einer einzigen Tätigkeitsstrategie* gerecht werden (vgl. auch STRUPP & HADLEY 1977).

Beispiel

Psychologe: Ich beuge sozusagen dem Behandlungsabbruch durch die Klienten vor, indem ich ihnen sage: Sie können jederzeit wieder zu mir kommen . . . Dann bleibt ein Großteil der Eltern weg . . . So bringe ich die Quantität sozusagen einigermaßen wieder in die richtige Relation, denn wenn ich meinetwegen fünf Untersuchungen in der Woche mache, und die bleiben tatsächlich alle bei mir, dann bin ich irgendwann total zu, das kann ich also nicht. D. h. ich muß nach Angebot und Nachfrage gehen. Ich sage: Ich mache Ihnen das Angebot, aber ich bin auf Ihre Nachfrage angewiesen; sollten Sie nicht soviel Leidensdruck verspüren, daß Sie nachfragen und nachhaken, dann ist das Problem, das an mich als Vertreter der Öffentlichkeit herangetragen wird – nicht das persönliche oder das fachliche – dann ist das sozusagen in Ordnung. Ich gehe davon aus, daß ich als Öffentlichkeitsvertreter tätig werde, wenn jemand unter Leidensdruck gerät, und daß ich dann aufhöre, wenn dieser Leidensdruck weg ist. Als Psychologe muß ich natürlich ganz anders denken und muß sagen: Ich gehe davon aus, daß jemand eine Störung hat und deshalb unter Leidensdruck gerät, und für mich ist der Prozeß erst dann verändert oder beseitigt, wenn die Störung weg ist. Nur ist das sehr viel

schwieriger nachzuprüfen, weil die Kriterien, die Erfolgskriterien, nicht feststehen und auch die Methoden, um jetzt nach diesen Kriterien vorzugehen, in unserem Bereich eigentlich nicht möglich sind. Wir müßten also Katamnese machen in einer Form, die wirklich die Familienbeziehung wieder berücksichtigt . . .

Ich versuche, da einen mehr oder weniger faulen Kompromiß zu machen, indem ich sage: Als Öffentlichkeitsvertreter werde ich so lange tätig, wie ich gefordert werde – als Psychologe werde ich etwas weiter tätig, solange, wie ich Störungen entdecke, die aufgrund einer guten intellektuellen Differenzierung und aufgrund einer guten motivationalen Struktur noch sinnvoll weiter verfolgt werden können – das sind dann also die Fälle, die ich langzeitberate; und wo dann noch mehr vorliegt, da kann ich dann eine Therapie von ein oder zwei Jahren in Kauf nehmen; das mache ich aber nicht, die kann ich dann nur an Therapeuten verweisen.

Die verschiedenen Strategien der Lösung des Wartelisten-Problems sind also als Version der subjektiven Verarbeitung des Widerspruchs zu sehen zwischen der *Selbstdefinition als psychologischer Berater und Therapeut* (gewissermaßen der »persönlichen Identität«) auf der einen Seite und der *extern-institutionell produzierten Rollenzuweisung als Angehöriger einer bestimmten öffentlichen Einrichtung* (der »sozialen Identität«) auf der anderen Seite. Die extern-organisatorischen Tätigkeitsanforderungen greifen dabei in unterschiedlicher Weise in den Prozeß der psychologischen Tätigkeit i. e. S. (als Interaktion Psychologe – Klient) bzw. in die Struktur ihres Gegenstandes (das Problem-Klientel) ein.

Bei der Strategie der Wartelisten-Bearbeitung »*Lösung durch Nichtbeachtung*« bleibt zwar der Ablauf der fallbezogenen psychologischen Tätigkeit (i. e. S.) von »unpsychologisch«-externen Faktoren weitgehend unberührt; hier setzt sich die *Selbstdefinition* des Psychologen als Berater und Therapeut mit den dabei *implizierten ethischen und wissenschaftsbezogenen Maximen* am stärksten unter den behandelten Versionen durch. Diese Fixierung auf einen »psychologischen Kodex« bezüglich der eigenen Tätigkeit bleibt jedoch nicht ohne Konsequenzen für die Struktur bzw. *Zusammensetzung des Klientels*: Die Dauer der Wartezeit wirkt als *unkontrollierter Filter* für die zur Behandlung angenommenen psychischen Probleme. Die Geschehnisse, die zwischen Anmeldung bei der Institution und Beginn einer Beratung/Therapie auf Klientenseite ablaufen, werden bei dieser Strategie nicht als Gegenstand der psychologischen Tätigkeit betrachtet. Auf diese Weise wird Prozessen wie Problem-Verschiebung, Verschlechterung, der sog. »Spontan-Remission«, Resignation etc. ein nichtkontrollierter Raum

gegeben. Die Vermutung liegt nahe, daß sich so die Problem- und Klientel-Struktur einer Institution noch stärker in Richtung auf eine »Mittelschicht-Charakteristik« verändert (vgl. GOLDSTEIN 1973; HORNSTEIN 1977).

Bei den Versionen »Lösung durch Kurz-Interventionen« und »Lösung durch Erstgespräche und Klienten-Selektion« wird – im Unterschied zur erstgenannten Version – aufgrund des externen Rahmens an Anforderungen *in die psychologische Tätigkeit i. e. S. eingegriffen*. Hier wird von dem Prinzip der Anwendung von Behandlungsmaßnahmen allein nach klinisch-psychologisch begründeten Kriterien und Vorgehensweisen abgewichen.

Die »Lösung durch Kurzinterventionen« bedeutet dabei wohl die deutlichste Anpassung an die gestellten extern-administrativen Anforderungen. Hier liegt die Gefahr vermutlich am nächsten, daß psychologisch sinnvolle Prinzipien zugunsten verwaltungsmäßig-bürokratischer Ansprüche reduziert oder zurückgedrängt werden. Bei dieser Strategie der Bearbeitung des Wartelisten-Problems dominiert die Rollendefinition als »Öffentlichkeitsvertreter«, zuungunsten der Selbstinterpretation als Berater/Therapeut. Vor allem als Bestreben der Aufrechterhaltung einer »professionalen Identität« als wissenschaftlich arbeitender Psychologe dürfte hier die Tendenz zu interpretieren sein, innerhalb des weiten Feldes der »Kurzinterventionen« einige vereinzelte Behandlungen vorzunehmen, die einem klinisch-psychologischen Wissenschaftskodex weitestgehend gerecht werden.

Die »Lösung durch Erstgespräche und Klienten-Selektion« bedeutet ebenfalls einen durch externe Anforderungen bedingten Eingriff in die therapeutisch-interaktive Dimension des Kontaktes von Psychologe und Klient. Diese Lösungsstrategie ist unter den drei genannten vermutlich insofern vorzuziehen, als dabei ein hohes Maß an Offenlegung und Entfaltung der notwendigerweise zu treffenden Entscheidungen vorliegt: Die Auswahl von Problemfällen zur ausführlich-längerdauernden Behandlung wird hier weitgehend *explizit* und *mit Problembewußtsein* getroffen (eine Entscheidung, die der Psychologe bei der »Lösung durch Nichtbeachtung« nur scheinbar umgeht). Die extern gesetzten »Knappheitsbedingungen« werden dabei als Tätigkeitsanforderungen akzeptiert – zumindest in dem Sinne, daß sie als aktuell unabänderlich in die Planung der Gesamttätigkeit einbezogen werden müssen. Es wird angestrebt, diesen Mangel durch Strategien zu bewältigen bzw. zu »verwalten«, die sich *nach psychologischen Kriterien* unter den gegebenen Bedingungen als am rationalsten identifizieren lassen (vgl. auch BAEKELAND & LUNDWALL 1975). – Eine weitergehende Frage in diesem Zusammenhang ist die nach den *Kriterien der Klienten-Selektion*: In

welchem Verhältnis stehen diesbezüglich etwa die »Schwere« der Störung bzw. die Behandlungsnotwendigkeit, die Erfolgsaussichten, die eventuelle Spezialisierung des Psychologen, die interpersonale Attraktion, soziale Charakteristika oder ähnliche Faktoren? (Vgl. ausführlicher dazu unten.) – Bei der Lösungsversion »Erstgespräche und Klienten-Selektion« erscheinen uns die Rollenverständnisse als Institutions- und Öffentlichkeits-Vertreter einerseits und psychologischer Berater/Therapeut andererseits am besten ausbalanciert, das Ausmaß der »blinden« Übernahme der einen oder der anderen Rolleninterpretation minimiert. Unter den derzeit verbreiteten Bedingungen der Organisation beraterisch-therapeutischer Institutionen halten wir diese Version für das rationalste (Teil-) Modell praktisch-psychologischer Tätigkeit, das eine Bewältigung der bestehenden extern-organisatorischen Anforderungen ermöglichen kann.

Probleme extern-institutioneller Anforderungen an psychologische Tätigkeit: Widersprüche zur »Verwaltung«

Das problematische Verhältnis zwischen praktisch-psychologischer Tätigkeit und ihrer Eingebundenheit in einen Verwaltungsapparat bedingt – vor allem für Berufsanfänger – einen Unsicherheitszustand innerhalb eines Rahmens mehr oder weniger spezifizierter organisatorischer Anforderungen durch den Träger bzw. die Verwaltung, der jedoch nur in geringem Maße durch inhaltlich-psychologische Vorschriften ausgefüllt ist. Dieser Zustand wird wesentlich hervorgerufen durch einander überlagernde Kompetenzen von beraterisch-therapeutischen und administrativen Funktionen. Die Bedürfnisse und Ziele, die diesen beiden Rahmensetzungen – einmal der administrativen, zum anderen der praktisch-psychologischen – innewohnen, sind dabei durchaus konfliktierend, wie bereits an verschiedenen Punkten deutlich geworden ist. Diese Funktionskreise orientieren sich an *verschiedenartigen Kriterien und Parametern*. Da das System »Verwaltung« bei psychologischen Beratungsstellen in der Regel das mächtigere und dominierende ist, sind Berater/Therapeuten häufig gezwungen, psychologisch motivierte Vorhaben und Maßnahmen in ein verwaltungstechnisches (reales oder auch fiktives) Argumentationssystem zu transformieren und dort plausibel zu machen. Von seiten der Administration liegt aufgrund ihrer Dominanz-Position in manchen Fällen die Gefahr nahe, daß sie sich sperrt, auf inhaltlich-psychologisch begründete Bedürfnisse von Beratungsstellen Rücksicht zu nehmen (vgl. dazu HAFNER 1978). – Die Frage nach Möglichkeiten der »Grenzverletzung« verwaltungsmäßig-bü-

rokratischer Terrains bzw. das Ausloten von Freiräumen durch psychologisch legitimierte Maßnahmen stellt ein Feld praktisch-psychologischer Tätigkeit dar, auf dem von seiten der Psychologen in starkem Maße »experimentiert« werden muß – wobei der »Fehlschlag« eines »Experiments« oder einer Reihe von »Experimenten« u. U. auch zur Gefährdung der eigenen Status-Position oder sogar des Dienstverhältnisses führen kann. Diese Art von Schwierigkeiten dürfte sich von Institution zu Institution durch ein großes Ausmaß an Variabilität der Detailprobleme auszeichnen. Ihre Bewältigungsaussichten sind in sehr starkem Maße bestimmt von den *Kommunikationsmöglichkeiten*, die zwischen beraterisch-therapeutischen und administrativen Funktionsträgern bestehen. Hier sind Bemühungen um eine Verbesserung der Kommunikation zwischen diesen beiden Funktionskreisen (Feedback über psychologische Effektivität von Maßnahmen o. ä.) u. U. zur Modifikation von Entscheidungsstrukturen geeignet (vgl. BIGELOW 1975). – Die individuellen Strategien der Bewältigung dürften weitestgehend ein Produkt praktischer Erfahrung des Psychologen sein.

Beispiele

Psychologin: Es stört mich, daß wir nicht unabhängig sind, daß die Verwaltung quasi über uns entscheidet, und daß wir da manchmal beschnitten sind . . . Also inhaltlich nicht, die sagen uns noch nicht, ob wir nach drei Stunden die Eltern wegschicken müssen oder ob wir ein halbes Jahr Therapie machen können – da fühlen wir uns noch ziemlich frei, weil die Fachaufsicht bei dem Leiter liegt, der eine weite Toleranzgrenze hat. Während eben so finanzielle Dinge, wo es oft dran hapert, das macht die Verwaltung, und da hat die eben ganz andere Kriterien, was nützlich ist oder ökonomisch, als wir z. B., und das ist oft ärgerlich . . .

Das ist eine Schwierigkeit mit der Verwaltung, das zu begründen, daß wir mehr Therapien machen als Beratungen, daß wir nicht nach zwei Gesprächen die Eltern wieder nach Hause schicken und dann den nächsten Fall machen.

Psychologe: Ich hätte mir für mich gewünscht, eine kleine Einführung zu bekommen, wie die Verwaltung aussieht. Ich hätte nicht gerne eine Verwaltungslehre gemacht, aber doch einfach mal so ein bißchen einen Überblick: Wie sieht das überhaupt aus? Welche Position nehmen wir innerhalb der Verwaltung ein? Wer hat welche Forderungen an uns? Und welche Rechte haben wir gegenüber der Verwaltung? Sowas zum Beispiel. Vor allen Dingen einfach genauere Unterlagen, Dienstanweisungen und so was. Es gibt für uns keine

verbindliche Dienstanweisung . . . Es wurde uns nichts Konkretes gegeben, sondern da gab es nur die ganz allgemeine Dienst- und Geschäftsanweisung für die gesamte Verwaltung. – Das ist einerseits unangenehm, andererseits bietet es natürlich Möglichkeiten, weil man von vornherein sagen kann: Jetzt machst Du eben das, was Du für richtig hältst. Aber so einfach ist das auch nicht. Denn, das ist das Blöde, das ist also ein echter Schwebeszustand, wo man nicht sagen kann: Gut, die und die Grenzen stehen da. Da kannst Du Dich ja mal fragen, ob Du die akzeptieren mußt, oder ob Du da noch was machen kannst. Aber dann kommen so hintenrum, immer so indirekt, so Dinge: Nein, das können wir nicht, usw. Also ziemliche Unklarheit, das ist eine echte Spezialität von hier.

Psychologe: Man lernt im Laufe der Zeit, daß die psychologische Arbeit, die man macht, von Verwaltungsleuten überhaupt nicht als Arbeit gesehen wird, nicht akzeptiert wird, ein vollkommenes Unverständnis da ist. . .

Das Problem der Ideologie des Trägers

Neben diesen »verwaltungstechnisch« bedingten extern-organisatorischen Anforderungen an psychologische Tätigkeit in Beratung und Therapie spielt eine Art der Einflußnahme von administrativer Seite offensichtlich eine gegenwärtig sich verstärkende Rolle, die von inhaltlich-weltanschaulichen Positionen des Trägers der Institution herrührt. Neben der Selektion von Stellenbewerbern aufgrund gewisser »Vereinbarkeits«-Kriterien (Angehöriger bestimmter Konfession, evtl. unter Berücksichtigung des Ausmaßes der »Praktizierung«; Nicht-Vorhandensein rechtlich unsanktionierter heterosexueller Beziehungen o. ä.), die vor allem bei kirchlich getragenen Institutionen weitgehend üblich geworden sind, erhielten wir aufgrund unserer Gespräche einen deutlichen Eindruck von der Besorgnis der psychologischen Berater/Therapeuten, daß von dieser Seite her konkret-inhaltliche Eingriffe in die psychologische Tätigkeit im engeren Sinne – also in die unmittelbare Interaktion mit dem Klienten – ins Haus stehen. Ein Anpassen an solche Eingriffstendenzen (bzw. deren Abwehr), die den Bereich der vertrauensvollen und selbst-kongruenten Beziehungen und Interaktionen zwischen Psychologe und Klient in starkem Maße tangieren, kann somit zu einer sich zunehmend entwickelnden und verstärkenden externen Anforderung an beraterisch-therapeutische Tätigkeit werden.

Beispiele

Psychologe: Im Augenblick, möchte ich betonen, haben wir überhaupt keine Probleme damit; nur eine Tendenz ist leider bei der Caritas zu spüren, daß die ihre Mitarbeiter enger an die Mutter Kirche binden will. Es gibt da so Vorstellungen von Exerzitien für Mitarbeiter und so etwas, da kommen sicherlich noch Probleme auf uns zu . . .

Psychologe: Die Frage, inwieweit von der Zielsetzung her der Träger Einfluß nimmt: Das ist eine katholische Stelle hier, und da gibt es eine ganz starke Bewegung im Augenblick, das Katholische in der Beratung mehr zur Geltung zu bringen . . .

Psychologe: Es ist jetzt etwas Beunruhigung entstanden, seit einer Informationstagung von katholischer Seite aus – der katholischen Erziehungsberatungsstellen . . . –, da kam so eine Tendenz von den Trägern auf . . ., zu sagen: Ja, irgendwie muß sich das ausdrücken, warum wir katholische Erziehungsberatung betreiben, warum wir überhaupt eine katholische EB sind. Und da waren doch einige Resentiments bei den Mitarbeitern. Es herrschte dann auf der Tagung eine ziemlich gedrückte Stimmung, weil niemand so recht mit seiner Einstellung zu diesem Problem noch herauswollte und Angst hatte. – Das sind sicherlich Existenzprobleme, die dabei auftreten, daß Du Deinen Job verlieren kannst. Ich dachte, das dürfte juristisch gesehen nicht relevant sein, aber irgendwie kommt das doch mit rein.

Frage: Gibt es Probleme mit Ihrem Arbeitgeber, was Sie therapieren oder wen Sie nach Hause schicken oder so?

Psychologin: Ja, bei bestimmten Problemen würde es sicher Schwierigkeiten geben, wenn ich ganz offen sagen würde, was ich dazu meine. Das habe ich einmal gemacht und habe dann unheimlich was auf den Deckel bekommen. Seitdem halte ich mich heraus und sage den Leuten: Die Meinung derjenigen ist das und das; und die Meinung der modernen Wissenschaft ist so und so. Und was Sie jetzt davon für sich übernehmen, das müssen Sie selbst sehen . . .

Da hat man manchmal auch Probleme bei den Eltern, wenn deren Normen nicht mit unseren Normen übereinstimmen. Gerade bei älteren Eltern, die Probleme mit Jugendlichen haben. Wenn z. B. ein fünfzehnjähriges Mädchen einen Freund hat – und da ist ja nichts gegen einzuwenden – das ist oft gar nicht so einfach. Ich mache dann den Fall selten alleine. Ich nehme dann die ältere Sozialarbeiterin dazu, da die Eltern der das einfach eher abnehmen. Von mir sagen die: Sie sind selber noch so jung, . . . und sind gegen uns.

Interne organisatorische Bedingungen

Unter dem Begriff der internen organisatorischen Bedingungen wird hier die *institutionsimmanente Strukturierung* des Arbeitsfeldes der Beratungsstellen zusammengefaßt. Diese ist selbstverständlich nicht unabhängig von den behandelten »externen« Organisationsvoraussetzungen und nicht immer eindeutig unterscheidbar (so liegt etwa die organisatorische Bewältigung des Wartelisten-Problems bereits auf der Grenze zwischen externen und internen Faktoren). Als interne organisatorische Bedingungen werden hier hauptsächlich aufgefaßt:

- Die organisatorischen Aspekte des *Ablaufs des Kontaktes eines Klienten mit der Institution*,
- die Regelung der *institutionsimmanenten Kompetenzverteilung, Arbeitsteilung, Spezialisierung und Kooperation*
- sowie die *institutionell möglichen und angebotenen Arten der Beschäftigung mit Klienten-Problemen*.

Die Bedeutung dieser Faktoren für die beraterisch-therapeutische Tätigkeit von Psychologen soll dabei näher untersucht werden.

Institutionsinterne Aufteilung von Aufgaben- und Kompetenzbereichen

Einer der entscheidenden Aspekte der intern-institutionellen Organisation ist der der *Abgrenzung professionaler Kompetenz- und Zuständigkeits-Bereiche* (vgl. dazu beispielhaft die Untersuchungen von STRAUSS u. a. 1964). Dieser Prozeß des Absteckens von Zuständigkeitsfeldern innerhalb der Mitarbeiter (innerhalb des »Teams«) ist in beraterisch-therapeutischen Institutionen – im Vergleich etwa zu industriellen, bürokratischen oder auch medizinischen Organisationen – in relativ geringem Maße vorfixiert; seine Resultate sind daher weitgehend Produkte des *informellen Aushandelns* der Mitglieder der jeweiligen psychosozialen Einrichtung. Dabei spielen Faktoren wie beispielsweise die »spartenmäßige« Zusammensetzung eines Teams (die wechselseitigen »relativen« Statusdefinitionen von Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Pflegepersonal, Sekretärinnen, Hilfskräften etc.), die Anzahl der Mitglieder, die vorhandenen professionalen Ideologien (vertretene beraterisch-therapeutische Schulen etc.), die Altersstruktur des Teams, die Stabilität bzw. Fluktuation innerhalb des Stabes der Mitarbeiter sowie u. U. gewisse traditionelle oder extern vorgegebene Organisationsstrukturen (z. B. Leitungs-Formen) eine Rolle. Allgemein ist hier auch der *professionale Status der (klinischen) Psychologie* als »junge« Disziplin mit

noch relativ unscharfen aber expandierenden Grenzen von nicht unerheblicher Bedeutung.

Das Ergebnis solcher informeller »Verhandlungen« über professionelle und/oder individuelle Kompetenzbereiche innerhalb der Institution kann sowohl ein eindeutiges Abstecken und Begrenzen der jeweiligen Zuständigkeiten (bzw. sogar eine »Schärfung« der unterschiedlichen Konzepte und Ideologien) sein, als auch ein Organisationsmodell, in dem die professionalen und individuellen Differenzen weitgehend minimiert werden, bei dem Bereichsüberschreitungen, wechselseitige professionelle Anpassung und Angleichung stattfinden. Ein durchschlagender Eindruck, den wir aus unseren Gesprächen gewonnen haben, ist der der außerordentlichen *Heterogenität* der Lösung des Problems der institutionsinternen Kompetenzbereichsabgrenzungen zwischen den Mitgliedern: Die praktizierten Modelle variieren in hohem Maße *zwischen* den Institutionen – und auch *innerhalb* der Stellen ist eine Modifikation dieser Strukturen im Verlauf bestimmter Zeitabschnitte eher die Regel als die Ausnahme, etwa bedingt durch das Ausscheiden eines Mitarbeiters oder des Leiters, u. U. auch durch einen Akt geplanter rationaler Reorganisation einer Institution (vgl. auch HAFNER 1978).

Innerhalb *psychologischer Beratungsstellen* spielt die problematische Status-Beziehung von Ärzten und Psychologen in der Regel keine wesentliche Rolle für die Struktur der Tätigkeit (in psychiatrischen Krankenhäusern stellt sich dieses Problem anders; vgl. unten). Hier läßt sich die professionelle Statusverteilung weitgehend durch die Konstellation »*Psychologe – Sozialarbeiter – Sekretärin*« charakterisieren. Das Dominanz-Verhältnis von Sekretärin einerseits und Psychologe bzw. Psychologe und Sozialarbeiter andererseits zuungunsten der Sekretärin ist in aller Regel eindeutig. Problematischere Abgrenzungen und stärkeres »Status-Gerangel« finden zuweilen zwischen Psychologen und Sozialarbeitern (sowie ähnlichen bzw. anderen Sparten: Sozialpädagogen, Psychagogen, Heilpädagogen, Logopäden etc.) statt.

Beispiele

Psychologin: Die Anmeldung erfolgt meistens telefonisch. Da werden von der Sekretärin also schon einmal die Grunddaten aufgenommen: Name, Alter, Adresse usw. . . . Diese Leute bekommen dann einen Fragebogen zugeschickt, einen Fragebogen zur Lebensgeschichte; da haben wir verschiedene: einmal für die Kinder, einmal für Erwachsene. Sobald die das ausgefüllt haben, zurückgeschickt haben, werden die zu einem ersten Beratungsgespräch hierher eingeladen.

Psychologe: Ich würde sagen, von der fachlichen oder von der sozialen Kompetenz her, vom Status her, merkt man doch deutlich, daß der Psychologe eine andersgeartete Funktion hat, zumindest der Sekretärin gegenüber, die da sozusagen noch unbefangener ist und diesen Status von vornherein anerkennt – etwas anders schon den Fachmitarbeitern, Sozialarbeitern gegenüber, wobei man so in etwa sehen kann: Derjenige, der eine Zusatzausbildung hat, rückt dem Psychologen quasi näher als der andere, der keine hat. Der Psychologe ist dem Psychologen wieder näher, schon von der ganzen Begriffsbildung her, Terminologie und Diskussion, der fachlichen Nähe. Dadurch ergeben sich auch bestimmte Kompetenzüberlagerungen: Für die Sekretärin hat der Psychologe sozusagen die alleinige Kompetenz, für die anderen Mitarbeiter hat er nur noch eine Teilkompetenz, er ist – sagen wir mal – ein guter Diagnostiker und überträgt dadurch die anderen, während er als Therapeut schon u. U. eine niedrigere Position haben kann als der Psychologe mit seiner Spezialausbildung.

Frage: Finden Sie das aus Ihrer Sicht sinnvoll?

Psychologe: Ja – ich finde das eigentlich sinnvoll, weil sich zeigt, daß wir in endlose Diskussionen kommen, die auf der Ebene der Beziehungsdefinition besonders drastisch verlaufen – weniger auf der Inhaltsebene, da kann man Frontstellung beziehen, und der andere wird da kaum irgend etwas dagegen haben; da wird dann eben nur gesagt: Gut, Du hast die Meinung, ich habe die Meinung – der Prozeß entscheidet, welche Meinung richtig ist – sagen wir mal, diagnostische Meinung – während es sehr schwer wird, sobald wir auf die andere Kommunikationsebene gehen, nämlich die der Beziehungsdefinition, Statusproblem. Dort wird es ausgesprochen kritisch in unserem Team, und dort geht enorm viel Aufwand und Mühe verloren, der fachlichen Arbeit verloren . . .

Psychologe: Die Arbeitsweise unserer Stelle ist folgendermaßen: Die Psychologen haben mehr mit Diagnostik und Therapie zu tun, während die Sozialpädagogen und Sozialarbeiter Anamnesen erheben, Aufnahmegespräche machen – das wäre so ganz grob die Unterteilung. Ich mache hauptsächlich Diagnostik und Beratungsgespräche und auch Behandlungen.

Psychologe: Wir haben drei Sozialarbeiter und drei Psychologen. Ein Sozialarbeiter macht in erster Linie die Erstgespräche und psychomotorische Übungsbehandlung. Ein anderer Sozialarbeiter macht in der Hauptsache Kindertherapie und mit mir zusammen oft Familiengespräche, so ein bißchen auf kommunikationspsychologischer

Ebene . . . Der dritte Sozialarbeiter hier ist gleichzeitig Heilpädagoge, der macht viele Gruppen und viel Beratung. Die Psychologen: Eine Kollegin ist Gesprächstherapeutin, die macht Diagnostik natürlich und Beratung und die hat eine Gruppe Jugendlicher, zusammen mit dem Heilpädagogen macht die das. Der Leiter ist zu 50 % ausgelastet mit Verwaltungskram, Leitungsaufgaben . . .; der macht auch noch Diagnostik und Beratung, zu Therapie kommt der im Augenblick nicht. . . . Das wäre so unser Klein-Team. Wir haben dann allerdings noch einen Kinderarzt und einen Sonderschul-Lehrer, der macht die Legastheniker-Betreuung und ein anderer, der ist Sprachheil-Beauftragter, der hat eine Sprechstunde . . . für Sprachauffälligkeiten.

Sekretärinnen sind in aller Regel die erste Kontaktperson für einen Klienten, der die Beratungsstelle anläuft: Bei der Kontaktaufnahme des (potentiellen) Klienten mit der Institution – die meistens telefonisch erfolgt – nimmt die Sekretärin häufig eine allererste grobe Informationserhebung vor, d. h. sie erfragt (u. U. anhand eines vorgegebenen Rasters oder einer Check-Liste) allgemeine Daten zur Person und evtl. eine Problemdefinition (Symptombeschreibung etc.) durch den Klienten. Statt dessen oder darüber hinaus verschickt sie in einigen Fällen einen kurzen Fragebogen an den Ratsuchenden, mit dem diese ersten Vorinformationen erfaßt werden. Die Sekretärin gibt in der Regel einige Informationen über die Arbeitsweise der Beratungsstelle (über Erstgespräch, Warteliste etc.) und vereinbart einen ersten Termin für einen persönlichen Kontakt. Unter Umständen trifft die Sekretärin dabei bereits auch eine Vorentscheidung darüber, welcher Mitarbeiter der Beratungsstelle diesen Fall – zumindest zunächst – übernimmt, etwa indem sie über die freien Sprechzeiten der Mitarbeiter verfügt. – Obwohl die Sekretärin innerhalb des »Durchlaufprozesses« des Klienten häufig eine nicht unwesentliche Funktion bezüglich der Informationssammlung und Zuweisungsentscheidung besitzt – teilweise ist sie auch bei Team-Besprechungen (ihrem organisatorischen, nicht-psychologischen Teil) anwesend und aktiv beteiligt – gründet sich ihre untergeordnete soziale Stellung gegenüber den anderen Mitarbeitern hauptsächlich auf die Tatsache, daß sie von der »professionalen Terminologie« und Ideologie der übrigen (Fach-) Mitarbeiter weitestgehend abgekoppelt ist.

Die Rollen und Aufgaben anderer (Fach-) Mitarbeiter psychologischer Beratungsstellen sind – wenn sie nicht ganz eindeutig definierte Funktionen (wie Logopäde o. ä.) oder sehr spezifische Zusatzausbildungen haben – weitaus weniger allgemein klar und eindeutig zu differenzieren, da sie in starkem Maße vom Ergebnis des »Verhandlungsprozesses« innerhalb des Mitarbeiter-Teams bestimmt sind. – Nach un-

seren Eindrücken läßt sich die praktische Arbeit von *Sozialarbeitern* im Vergleich zu der von Psychologen tendenziell dadurch abgrenzen, daß sie häufiger bzw. in stärkerem Maße

- »lebenspraktische« Probleme bearbeiten (organisatorische, juristische, nicht-psychologische etc.),
- Arbeit im »sozialen Feld« durchführen (Hausbesuche vornehmen etc.),
- Anamnesen erheben und Erstgespräche durchführen,
- verschiedene Arten von Gruppen betreuen.

Unterscheidet man »*statusthematisierende*« und »*nicht-statusthematisierende*« Dimensionen von Arbeitsteilung (d. h. »horizontale« Aufgabendifferenzierung, die gleichzeitig mit »vertikaler« Hierarchisierung einhergeht und solche, die dies nicht tut), so ergeben sich *zwischen den Psychologen* eines Mitarbeiter-Teams *Statusdifferenzierungen* u. U. aufgrund der *extern gesetzten Leitungsstruktur* einer Beratungsstelle (ein Psychologe des Teams hat die – u. U. besser bezahlte – Position des Leiters). Die konkreten Konsequenzen für die Tätigkeit der Berater/Therapeuten ergeben sich jedoch auch hierbei wiederum weitgehend aus den *institutionsimmanent-informell ausgehandelten Bedingungen*: So gibt es Leiter, die diese Funktion mit allen Kompetenzen autokratisch wahrnehmen und andererseits solche, die sich weitgehend an gemeinsame Beschlüsse des Mitarbeiter-Teams halten; in einigen Fällen existieren auch Versuche in Richtung auf eine (zumindest informelle) phasenweise Rotation von Leitungsaufgaben zwischen den (psychologischen) Mitarbeitern. – Eine andere – stärker inhaltlich-psychologisch bestimmte – Form der statusthematisierenden Aufgabenverteilung innerhalb der Gruppe der Psychologen einer Institution resultiert u. U. aus *unterschiedlichem Ausbildungsstand* bzw. *unterschiedlicher beruflicher Erfahrung*: Therapeuten mit abgeschlossener »Lehranalyse« und solche ohne Lehranalyse, lange berufserfahrene Psychologen und Berufsanfänger o. ä. haben möglicherweise unterschiedliche Positionen innerhalb der informellen sozialen Hierarchie des Mitarbeiter-Stabes inne. Für die psychologische Tätigkeit i. e. S. hat das evtl. Konsequenzen der Art, daß ein Psychologe in stärkerem Maße Beratungsgespräche (im Unterschied zu Therapie) durchführt oder akzentuiert diagnostisch arbeitet, während er die (längerdauernd-intensiven) Therapie-Fälle einem Kollegen überläßt, – daß er verstärkt unter Kontrolle und Supervision von Kollegen arbeitet o. ä. – *Nicht-statusthematisierende* Versionen einer intra-institutionellen Arbeitsteilung bestehen vor allem in der *Spezialisierung* von Psychologen auf bestimmte *Beratungs-/Therapie-Arten* (schulenzugehörige Ausrichtungen) oder/und hinsichtlich bestimmter *Problemkonstellationen* bzw. Fallcharakteristika. Hier können individu-

elle Schwerpunktsetzungen (resultierend aus persönlichen Fähigkeiten und Neigungen, der durchlaufenen Ausbildung, aus Fortbildungs-Interessen o. ä.) etwa in Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, Familientherapie, Sexualtherapie etc. sowie persönlichkeits-, erfahrungs- und rollenbezogene Charakteristika des Psychologen von Bedeutung sein (Psychologe A. hat eine »glückliche Hand« mit bestimmten Störungen; Psychologe B. gibt eine »gute Vaterfigur« ab; etc.). – Das Ausmaß, in dem Spezialisierungen hinsichtlich bestimmter Vorgehensweisen, Probleme oder Klientengruppen in der internen Organisation der Institution akzeptiert, festgeschrieben oder gefördert werden, ist durchaus verschiedenartig. Zwar ist die individuelle oder auch gesamt-institutionelle Beschränkung auf ein bestimmtes Repertoire an klinisch-psychologischen Interventionstechniken bzw. Theorieversionen die Regel, eine Spezialisierung einzelner Berater/Therapeuten auf umgrenzte Klienten- bzw. Störungs-Typen wird aber bei verschiedenen Institutionen unterschiedlich beurteilt (von informeller Institutionalisierung solcher Spezialisierungen bis zu deren dezidiertem Ablehnung: »Jeder soll prinzipiell alles machen!«).

Beispiele

Frage: Gibt es eine Arbeitsteilung innerhalb Ihrer Institution? Oder gibt es Spezialisten für bestimmte Probleme?

Psychologe: Ja, das gibt es. Es ist bei uns so, daß wir schon Trennungen haben, z. B. zwischen Spieltherapie – das machen zwei Kolleginnen – und der Therapie mit Erwachsenen und Jugendlichen. Und Spezialisierungen, die entwickeln sich jetzt auch so allmählich. So kann ich für mich sagen, daß ich mich jetzt intensiver mit Familientherapie beschäftige, und ich habe vor, das weiterzumachen. So daß dann bei einer Indikation für Familientherapie ich dann angesprochen bin . . . Also eine gewisse Arbeitsteilung ist dann schon da. Die hat sich durch die Interessen der Leute durchgesetzt, teilweise auch durch die Ausbildung, die vorher schon gegeben war. Aber die Interessen spielen da eine große Rolle.

Frage: Gibt es bei Ihnen so etwas wie Spezialisierungen auf irgendwelche Probleme?

Psychologe: Bei mir in der Form, daß ich gerne mit Jugendlichen arbeite. Ich bin in einer Gesprächstherapieausbildung und suche auch irgendwie Leute, mit denen ich Gesprächstherapie machen kann. Wenn also ein Jugendlicher im Alter zwischen 17 und 21 oder so vorgestellt wird, dann nehme ich den meistens als Erstgespräch.

Bei den anderen Mitarbeitern . . . einer hat sich so auf verhaltenstherapeutische Stotterer-Behandlung spezialisiert und dann jemand, der sagt: Also mit Bettnässern, das klappt bei mir wunderbar . . . – mehr so informelle Sachen. Aber es ist nicht institutionalisiert, daß man sagt: Der hat das – der kommt zu dem. Grundsätzlich macht jeder alles.

Psychologe: Wir treffen uns einmal in der Woche im Team, für zwei Stunden, und jeder hat die Möglichkeit, über Probleme zu sprechen, die er mit einem Fall hat, und dann versuchen die anderen, da ein bißchen zu helfen, daß er da besser oder anders mit zurechtkommt. Die einzige Sache, wo man bei uns darüber hinaus noch von Teamarbeit sprechen kann, ist die, daß wir uns in unserer Arbeit ein bißchen spezialisiert haben, und wir dann praktisch einen Teil des Falles überweisen. Z. B. meine Kollegin, die macht Kindertherapie, Verhaltenstherapie – und bestimmte Kinder, von denen ich glaube, daß für die eine Therapie wichtig ist, die kommen zu der. Während ich mehr Erwachsenentherapie mache, und alle Erwachsenen bei uns, die Gruppen- oder Einzeltherapie brauchen, die kommen zum größten Teil zu mir. Das ist eine Spezialisierung von der Altersgruppe und Therapieart her. Die Sozialarbeiterin bei uns, die macht Kindertherapie über den Leistungsbereich, über Schularbeiten usw. . . . und eine andere Kollegin macht Gesprächstherapie und Spieltherapie, . . . und ich mache Individualtherapie oder individualpsychologische Therapie nach ADLER, Gesprächstherapie, autogenes Training in Gruppen und einzeln.

Ein weiterer sehr wesentlicher Aspekt der intern-organisatorischen Strukturierung ist die *Aufgabenbestimmung des Mitarbeiter-Teams*. Diesbezüglich gibt es einerseits eine Minimal-Version, bei der gewährleistet ist, daß die organisatorischen Notwendigkeiten geregelt werden können; es geht dabei allein um die unmittelbaren, technisch notwendigen Aufgaben der Arbeitsorganisation (Festlegung von Aufnahme-prozeduren, Verteilung von anstehenden Fällen, Arbeiten etc.). Auf der anderen Seite existieren Modelle der Arbeit im Team, bei denen neben den notwendigen Organisationsbesprechungen auch fachlich-psychologische Probleme behandelt und vor allem wechselseitige Supervision von Fällen, fachliche Ratschläge und Hilfestellungen gegeben werden. Beide (hier typisierten) Modelle der Team-Zusammenarbeit sind jedoch in starkem Maße geprägt vom Resultat und Zustand des intern-informellen Aushandelns der Kompetenzen, Zuständigkeitsbereiche und dem »Klima« der Sozialbeziehungen innerhalb des Mitarbeiter-Stabes: So können etwa bei einer Konzeption des Mitarbeiter-Teams, die

eine Vorstellung und Diskussion laufender Behandlungen und gegenseitige Supervision einschließt, auch Fälle auftreten, in denen die Mitarbeiter einander mit ausgefeilten und perfektionistischen Fall-Präsentationen zu imponieren und zu übertrumpfen versuchen. Diese Art des fachlichen Dialogs erfüllt zweifellos nicht die Funktion der gegenseitigen Hilfestellung in der Optimierung beraterisch-therapeutischer Interventionsstrategien, sondern vielmehr die des Rangelns um Positionen innerhalb der informellen Sozial-Hierarchie der Mitarbeiter. Andererseits wird eine nicht-verletzende Kritik eigener interpersonaler Vorgehensweisen und ein gewisses Ausmaß an interaktiver Selbst-Evaluation (die u. a. durch die interne Organisation der Team-Arbeit zu gewährleisten ist) durchgängig als notwendige Voraussetzung der psychologischen Tätigkeit i. e. S. angesehen.

Beispiele

Psychologe: Es gibt formell einen Leiter, den Herrn F., aber die Team-Arbeit funktioniert sehr gut, würde ich sagen. Er trifft also keine einsamen Entschlüsse, sondern wir haben in der Team-Besprechung freitags einen Fall-Teil, wo Supervision gemacht wird, und einen organisatorischen Teil, wo eigentlich alle Fragen besprochen werden, und wo auch irgendwie ein Konsensus erzielt wird. Wir haben also noch nicht zwischen Mitarbeitern und Leiter irgendwelche Konflikte gehabt, so daß ich nicht sagen kann, wie dann eine Entscheidung aussähe. Aber ich glaube eigentlich, daß wir immer einen Konsensus finden und daß kein Hierarchie-Verhältnis da ist.

Psychologin: Als ich an dieser Stelle angefangen habe, wurden neue Mitarbeiter noch nicht im Team eingestellt. Das hat der Chef alleine gemacht. Die Stelle ist also ziemlich autoritär geführt gewesen . . . Und die ganzen Mitarbeiter waren unheimlich sauer – nicht, weil sie mich kannten, sondern weil sie einfach mitbestimmen wollten . . . Ich merkte einfach nur eine unheimliche Spannung hier. Das Team sah so aus, daß da Dinge referiert wurden, unheimlich perfektionistisch, ich verstand das auch teilweise gar nicht. Ich habe mir das dann angehört und gedacht: Das mußt Du genauso machen . . . Und dann habe ich mich hingesetzt und Diagnostik betrieben – und das war alles so viel. Ich habe dann also für Untersuchungen zwei halbe Tage angesetzt, damit ich dahinterkam. Das Material häufte sich, . . . ich hatte nur Informationen über Informationen und konnte gar keine Akzente setzen. Und ich merkte dann, wenn ich das im Team vortrug, daß das gar keiner verstand. Ich habe das dann also vorgetragen, ich habe mir unheimlich viel Mühe dabei gegeben . . .

Und es war ein furchtbarer Leistungsdruck, ich habe mich da so unwohl gefühlt, ich kam überhaupt nicht damit zurecht . . .

Die Möglichkeiten der internen Organisation und Aufgabenbestimmung der Team-Arbeit werden aber selbstverständlich nicht zuletzt limitiert durch extern-organisatorische Vorgaben: Das Problem personeller Begrenztheit, knapper Zeitbudgets etc. wirkt sich auch als Hindernis für eine als wünschenswert angesehene Zusammenarbeit im Team aus. So bleibt in Mitarbeiterbesprechungen neben der Abklärung von Organisationsnotwendigkeiten oft nur noch wenig Zeit für die Diskussion laufender Problemfälle bzw. für Supervisionen. In manchen Fällen wird beispielsweise beklagt, daß einerseits zwar das (zunehmend verbreitete) Verfügen über eine Video-Anlage innerhalb der Institution Möglichkeiten verbesserter Fall-Bearbeitung und Supervision prinzipiell eröffne, andererseits diese Chance aber aufgrund der personellzeitlichen Engpässe nicht genutzt werden könne, da keine Zeit zum Wiederansehen bzw. Vorspielen von aufgezeichneten Behandlungssitzungen bestehe. (Sich auf die psychologische Tätigkeit niederschlagende Widerspruchsbedingungen können also bereits innerhalb der extern-organisatorischen Bedingungen selbst gegeben sein: gute materielle – unzureichende personelle Ausstattung.)

Ein weiterer Aspekt intern-organisatorischer Strukturierung und ihrer Konsequenzen für die psychologische Tätigkeit ist der des *Verhältnisses von institutionellen Faktoren und klinisch-psychologischen Ideologien/Schulen*. Zu diesem Bereich sind in unseren Gesprächen spärliche Hinweise enthalten, die lediglich einige spekulative Überlegungen erlauben. In der Stichprobe der befragten Beratungsstellen befinden sich einerseits Institutionen, die in ihrer ideologisch-»schulmäßigen« Zusammensetzung relativ *homogen* (»Unsere Stelle ist analytisch ausgerichtet.«; o. ä.) und solche, die stärker *heterogen* (etwa Mischung aus gesprächs- und verhaltenstherapeutisch arbeitenden Psychologen) orientiert sind. Das legt die Vermutung nahe, daß die Kooptierung von neu an der Institution beginnenden Psychologen-Mitarbeitern u. a. entsprechend ideologisch bestimmter Vereinbarkeits-Charakteristika geschieht. In diesem Zusammenhang dürfte einerseits das Prinzip der »ideologischen Homogenisierung«, andererseits das der »ideologischen Ergänzung« (Auffüllen von institutionellen »Lücken« hinsichtlich bestimmter Therapieverfahren) bedeutsam sein. Möglicherweise sind diese beiden Prinzipien mit bestimmten inhaltlichen Ideologien (schulenzugehörigen Ausrichtungen) korreliert (etwa derart, daß das Homogenitätsprinzip beispielsweise stärker mit tiefenpsychologisch-psychoanaly-

tischer Ausrichtung assoziiert ist o. ä.); darüber können wir hier allerdings keine genaueren Aussagen machen.

Ist es einerseits nicht unwahrscheinlich, daß gewisse institutionelle Variablen die Selektion von hinzukommenden Psychologen beeinflussen, so läßt sich andererseits vermuten, daß die individuelle *schulbezogene Orientierung* des Psychologen nicht untangiert bleibt von den Auswirkungen der *organisatorischen Charakteristika* der Institution auf seine Arbeitstätigkeit. Man kann annehmen, daß die beraterisch-therapeutischen Tätigkeitsstrategien eines Psychologen – als Resultat der »Interiorisierung« der institutionellen Tätigkeitsvoraussetzungen, i. S. einer Einbeziehung der von hierher gestellten Anforderungen in die individuelle Planung und Strukturierung der psychologischen Tätigkeit – gewissermaßen eine »Symbiose« eingehen zwischen psychologisch-ideologischen und institutionell-organisatorischen Strukturen. Diese Modifikation beraterisch-therapeutischer Strategien unter den Bedingungen ihrer institutionellen Organisation führt u. U. zu dem Resultat, daß Interventionskonzepte von Psychologen *identischer psychologischer Orientierung* sich (aufgrund der differierenden Rahmenfaktoren – aber auch aufgrund von persönlichkeitspezifischen Merkmalen der Psychologen; vgl. unten) in erheblichem Maße voneinander unterscheiden (vgl. STRAUSS u. a. 1964, 359 ff.; KAMINSKI 1970, 407 f.; STRUPP 1957; 1958 a).

Intern-institutionelle Rahmenbedingungen des Indikationsproblems

Das Problem der Zuordnung beraterisch-therapeutischer Behandlung bzw. bestimmter Arten von Intervention zu bestimmten Formen von Klienten-Störungen stellt sich in der institutionell organisierten klinisch-psychologischen Praxis in aller Regel nicht in einer »rein psychologischen« Weise (wie etwa bei GRAWE 1978). Vielmehr handelt es sich um einen komplexen Entscheidungsprozeß, in dem psychologisch-»technikenbezogene«, (inter-) personale und organisatorische Faktoren miteinander verflochten sind. Die persönlichkeits- und interaktionsbezogenen Aspekte dieses Problems werden unten noch einmal aufgegriffen; hier geht es schwerpunktmäßig um die *institutionellen und Rahmenbedingungen der Indikationsfrage*.

Beispiele

Psychologe: Sehen Sie, das kann nur jemand verstehen, der hier drinsteckt. Unsere Motivation ist ja eigentlich eine ganz andere. Unsere erste Motivation ist es, abzuwimmeln. Also meinetwegen kommen 20 Leute, dann sage ich mir: Also um sechs oder acht davon will ich mich kümmern – welche sind das? Sind es die, die am meisten leiden? Oder sind es die, bei denen ich meine, da kann ich am meisten tun? Oder die, die mir am sympathischsten sind? Was machen wir mit den anderen? – Es geht also mehr darum, die anderen zu versor-

gen, ohne daß man sie einfach wegstößt, ohne etwas an ihnen getan zu haben. Das ist eigentlich die Entscheidung, die wir treffen, nichts mehr. Daß man also sagt: Den nehme ich, den bestelle ich jetzt zu einer Therapie – und den, den bestelle ich vielleicht nur noch einmal; oder den schicke ich ganz woanders hin, damit er seine Unterstützung da erfährt. Also es geht mehr darum, als um die psychologisch beste Möglichkeit, die Dinge zu verteilen . . .

Das ist natürlich eine ganz pragmatische Sache. Ich suche mir die Fälle danach aus: Hier kann man wirklich was machen – oder die haben es ganz besonders nötig. Und bei allen anderen muß ich sehen, wie man die irgendwie versorgt, ohne große Geschichten daraus zu machen. Deshalb auch mein Bestreben, wie ich zu Anfang sagte, daß man nicht aus jedem, der hierher kommt, einen Therapiefall macht. Es ist oft auch gar nicht notwendig . . .

Ich habe hier schon Leute gehabt, die hatten schon drei, vier, fünf Therapeuten hinter sich. Und die immer noch die Hoffnung hatten, es gibt vielleicht doch jemanden, der mir noch hilft. Sollte man sich darum noch mal bemühen? Das ist eigentlich die schwierigste Entscheidung, weil man ja viele wieder abstoßen muß. Wen stößt man ab, wen behält man? Das geschieht oft nach sehr pragmatischen Gesichtspunkten oder auch rein aus Mitleid oder aus Freude, weil man sich sagt: Hier, mit dem habe ich auch Erfolg, den nehme ich lieber . . . Ich habe mir oft überlegt, wie diese Entscheidungen fallen. Ich glaube, es hängt doch mehr vom ganzen Menschen ab als vom Symptom selbst. Wenn ich das Gefühl habe, mit dem kann ich's, dann ist mir das egal, ob das nur eine kleine Phobie ist oder eine Krise seiner Persönlichkeit. Ich glaube, ich orientiere mich mehr am Eindruck.

Frage: Wie entscheiden Sie, ob jemand eine Therapie bekommt, eine Einzel- oder Gruppentherapie?

Psychologe: Organisatorisch läuft das meistens so, daß derjenige, der mit den Eltern arbeitet, sagt: Ich bin der Meinung, da müßten wir eine Therapie ansetzen; oder er fragt im Teamgespräch: Meint Ihr, da müßte man was machen? – Und dann kommt der eben auf eine Liste. Wir haben bestimmte Rubriken, meinerwegen für autogenes Training, für Vorschulkinder, für Schulanfänger, Zehn- bis Zwölfjährige oder so . . . Das richtet sich im Grunde nach dem Angebot, was wir haben oder was vielleicht im Moment noch nicht läuft, aber kommen könnte. Danach sortieren wir die dann auf Listen und sagen: Den können wir nehmen, den können wir nicht nehmen, hier haben wir im Moment genug . . .

Psychologin: Wen ich als Klienten nehme oder nicht nehme, das richtet sich bei mir danach, wie engagiert die Eltern sind. Wenn die Eltern kein großes Engagement hier einbringen . . . es geht nicht darum, ob sie sich umstellen können, sondern es geht eigentlich um Bereitschaft. Wenn ich merke: Die Eltern bemühen sich, auch wenn das Ergebnis vielleicht nicht so toll ist, dann bin ich gerne bereit, mit denen zu arbeiten. Wenn ich aber merke, die denken: Och, ich gehe da mal hin, und dann höre ich mir mal was an . . ., dann bin ich auch nicht so bereit. Dann mache ich zwar das Angebot, dränge aber nicht . . . Von daher ergibt sich das Problem eigentlich von selbst.

Psychologe: Wir gehen auch von der Gesamtlage des Kindes aus. Da kommen auch tiefenpsychologische Elemente und Überlegungen mit rein, z. B. kann in einem bestimmten Fall vielleicht eine Vaterfigur eher etwas bewirken oder ähnliche Überlegungen. Aber so etwas überlegen wir im Team, und nachher entscheiden wir: Bist Du für das Problem prädestiniert oder Du?

Psychologin: Also ich habe den Eindruck, daß einige Mitarbeiter in unserer Beratungsstelle für die Arbeit mit Verwahrlosten mehr geeignet sind als andere; und in einem Fall meine ich sogar, daß durch einen Wechsel der Bezugsperson innerhalb der Beratungsstelle ein gewisser Erfolg doch noch erreicht werden konnte . . . Wenn ich von mir ausgehe, ich muß sagen: Bei Verwahrlosten komme ich nicht besonders gut an. Ich habe aber auf der anderen Seite – sagen wir ruhig: meßbare – Einflüsse auf Neurotiker gehabt. Das können Sie messen am Ansteigen der Schulnoten oder dem Wegfall von bestimmten Symptomen, ob das nun Nägelkauen ist oder ob das Schlafstörungen sind. Von daher würde ich schon sagen: Der eine eignet sich mehr für neurotisch Strukturierte und der andere mehr für Verwahrloste. Dann sicherlich auch vom Geschlecht her: Herr D. hat, soweit ich da durchblicke, mehr Jungen; ich selber habe einen Jungen an Herrn D. abgegeben, der brauchte eine männliche Identifikationsperson. Sie können sich ja vorstellen, daß ich da total ungeeignet bin. Ich habe selbst das Gefühl, daß ich bei Mädchen mehr erreiche, mit Mädchen allgemein besser zurechtkomme – nicht in der diagnostischen Untersuchung, aber dann bei der Betreuung.

Beim Problem der *Selektion* von Klienten für eine Behandlung bzw. der *Zuweisung* eines Klienten zu bestimmten Beratungs- oder Therapie-Maßnahmen sind zweierlei Entscheidungen zu treffen:

1. Die prinzipielle Frage: Wird eine Person von der Institution als Klient akzeptiert oder nicht?

2. Wenn ja: Welcher Art von Behandlung wird der Klient zugewiesen?

Bei der Beantwortung der Frage 1 sind – soweit dieses Problem nicht weitgehend »naturwüchsiger« Selektion überantwortet wird (vgl. oben die Darstellung des Wartelisten-Problems) – eine Reihe unterschiedlicher Kriterien beteiligt, so etwa:

- Ist eine psychologische Behandlung des Problems überhaupt notwendig (Dringlichkeit, »Schwere«)?
- Besteht Aussicht, aufgrund der vorhandenen Bedingungen eine Besserung oder Lösung der gegebenen Schwierigkeiten zu erreichen (notwendige Voraussetzungen auf Klienten-, Institutions- und Berater-/Therapeuten-Seite)?
- Ist die für eine Behandlung notwendige personelle bzw. zeitliche Kapazität innerhalb der Institution vorhanden?

Diese (und mögliche weitere) Kriterien stehen untereinander in komplexer Wechselwirkung: So wird bei einer weniger umfangreichen Warteliste u. U. ein Klient mit einem »kleineren« Problem oder einer mit wenig aussichtsreicher Prognose eher akzeptiert als bei langer Warteliste; bei hoher »interpersonaler Attraktion« bzw. spontan »gutem Verständnis« zwischen Klient und Psychologe wird evtl. ein Klient akzeptiert, der bei schlechteren Interaktionsqualitäten abgewiesen worden wäre; Frage 1 wird u. U. nur dann mit »ja« beantwortet, wenn Frage 2 (»Was können wir mit dem machen?«) bereits sehr weitgehend geklärt ist; etc. – Die Ergebnisse der Selektion und differentiellen Zuweisung zu bestimmten Behandlungs-Arten stehen dabei offensichtlich wiederum in enger Beziehung zum *Sozialstatus* des jeweiligen Klienten (vgl. GRAUPE 1975, 58 ff.).

Diese Auswahl- und Zuweisungs-Entscheidungen werden auch theoretisch zunehmend unter dem Aspekt des Resultats von Kosten-Nutzen-Überlegungen aus wissenschaftlich-psychologischen, persönlichen, valuativen sowie technisch-ökonomischen Argumenten, als Ergebnisse von *Entscheidungsprozessen*, thematisiert (vgl. etwa CRONBACH & GLESER 1965; ARTHUR 1966; KAMINSKI 1970, 426 ff.; SLOVIC u. a. 1977; RUNYAN 1977; SEEGER & BREUER 1979).

Die *Quoten der Akzeptanz bzw. Ablehnung* von anlaufenden Klienten sind – soweit wir das beurteilen können – recht unterschiedlich; die Ablehnungsquote erreicht dabei teilweise Werte bis zu 70 Prozent der nachfragenden Personen.

Bei der *differentiellen Zuweisung* (Frage 2) von prinzipiell akzeptierten Patienten zu bestimmten Behandlungen sind – soweit die institutionelle Dimension dabei involviert ist – u. a. die folgenden *Kriterien* und Überlegungen von Bedeutung:

- Welcher Berater/Therapeut (bzw. welche andere Person), über den (die) die Institution verfügt, ist von seiner (ihrer) fachlichen Qualifikation her am ehesten für eine Behandlung dieser Problemkonstellation geeignet? – Hierbei spielt die Indikationsfrage im »rein psychologischen« Sinne eine wesentliche Rolle; nach psychologisch-wissenschaftlichen Kriterien »suboptimale« Lösungsversionen müssen hier jedoch u. U. etwa mangels eines einschlägigen Experten oder der Überlastung des vorhandenen Spezialisten o. ä. in Kauf genommen werden.
- Gibt es vorhandene oder geplante Gruppen innerhalb der Institution, die für den Klienten (und für die der Klient) in irgendeiner Hinsicht geeignet wären (wäre)? Etwa Ehepaargruppen, Spielgruppen, Hausaufgabengruppen, Legasthenergruppen, Gesprächskreise, Selbsthilfegruppen o. ä.; dabei existiert das Problem psychologischer »Suboptimalität« im angesprochenen Sinne vermutlich in verstärktem Maße.
- Welcher der an der Institution tätigen Psychologen bzw. der anderen Mitarbeiter ist von seinen Personcharakteristika i. w. S. am ehesten für die Interaktion mit dem vorliegenden Problemfall geeignet? – Hierbei können Faktoren wie etwa die Alters-, Geschlechts- oder sonstige Rollen-Konstellation zwischen Berater/Therapeut und Klient oder gewisse Persönlichkeitseigenschaften von Bedeutung sein.

Die angeführten von institutionellen Aspekten tangierten Kriterien der Entscheidung über die Behandlung eines die Beratungsstelle anlaufenden Klienten sind selbstverständlich nicht die einzigen existierenden – es handelt sich allerdings vermutlich um wichtige. Unser Ziel war es hier, zu illustrieren, daß es sich innerhalb institutionell organisierter psychologischer Tätigkeit bei der Entscheidung über die psychologische Indikation bei einem Problemfall wesentlich um eine *Entscheidung über die optimale Allokation der institutionell verfügbaren Mittel und Möglichkeiten* handelt.

Exkurs:

Institutionell-organisatorische Bedingungen in psychiatrischen Krankenhäusern (Landeskrankenhäusern) und deren Konsequenzen für die psychologische Tätigkeit

Die Anzahl der in Landeskrankenhäusern für Psychiatrie tätigen Psychologen war in unserer Stichprobe relativ gering. Auch bezog sich das Frage-Interesse bei der Ausarbeitung des Gesprächs-Leitfadens, der den durchgeführten Interviews zugrunde lag, stärker auf die Bedingun-

gen psychologischer Beratungsstellen als auf die von psychiatrischen Kliniken. Insofern bestehen aufgrund des vorhandenen Interview-Materials hinsichtlich der Darstellung der psychologischen Tätigkeit in Landeskrankenhäusern weniger geeignete Voraussetzungen, so daß wir uns hier insgesamt hauptsächlich mit der Arbeit in Beratungsstellen beschäftigen. Der Aspekt der *institutionell-organisatorischen Tätigkeitsvoraussetzungen und -anforderungen* stellt allerdings diesbezüglich eine Ausnahme dar: Seine zentrale Bedeutung für die psychologische Arbeit in Kliniken kommt in den geführten Gesprächen in einer so durchschlagenden Weise zum Ausdruck, daß diese – auf dem Hintergrund der für Beratungsstellen geschilderten Bedingungen – unserer Ansicht nach dokumentiert zu werden verdient. Hierbei wird nicht der Versuch einer umfassenden Systematisierung der Organisationsstruktur von Landeskrankenhäusern unternommen. Es geht vielmehr um eine Darstellung und Veranschaulichung der *Konsequenzen äußerer Tätigkeitsvoraussetzungen* für die beraterisch-therapeutische Arbeit. Dieser – hier bezüglich klinisch-psychologischer Tätigkeit generell für äußerst wesentlich erachtete – Aspekt läßt sich in seiner Bedeutung am Beispiel der Arbeit in Landeskrankenhäusern (aufgrund des systematischeren Ausmaßes und der manifesteren Formen von Organisation in diesem Bereich) besonders eindringlich demonstrieren.

Die prinzipielle Bedeutsamkeit der »Umgebungs«-Variable in psychiatrischen Krankenhäusern für Klienten und Personal ist vielfach in Untersuchungen und Beschreibungen gezeigt worden (etwa STRAUSS u. a. 1964; GOFFMAN 1977 b; MOOS 1968). Spezifische Probleme für die psychologische Arbeit in Landeskrankenhäusern bringt es mit sich, daß neben therapeutischen und administrativen Komponenten der Organisation vor allem die *pflegerischen Funktionen* ein großes Gewicht besitzen (vgl. ROHDE & ROHDE-DACHSER 1975). Wichtig ist weiterhin die Tatsache, daß der *therapeutische Funktionskreis* hier *heterogen* zusammengesetzt ist (mindestens) aus Medizinerinnen und Psychologen, wobei diese beiden Professionen sich in ihren formellen Kompetenzen durchaus – zugunsten der Ärzte – unterscheiden. Der gegenüber anderen (medizinischen) Arten von Krankenhäusern geringe wissenschaftliche und technologische Entwicklungsstand in psychiatrischen Kliniken bringt es mit sich, daß der *informellen Relativierung von Status-Positionen* und Hierarchie-Verhältnissen hier der Möglichkeit nach einiger Raum gegeben ist (vgl. PERROW 1965). Weiterhin spiegeln die von den beteiligten Berufssparten vertretenen unterschiedlichen behandlungsbezogenen *Ideologien* in Interaktion mit den anderen institutionellen Rahmenbedingungen (vgl. STRAUSS u. a. 1964; PRICE & MOOS 1975) sowie die subjektive Verarbeitung der *institutionellen »Hospitalisierungsbedin-*

gungen« durch die beteiligten Personengruppen (Klienten und Personal; vgl. GOFFMAN 1977 b) eine wesentliche Rolle.

Klientel

Das Klientel von psychiatrischen Landeskrankenhäusern ist – im Gegensatz zum »Durchschnitts-Klienten« von Beratungsstellen – eindeutig *unterschicht-geprägt*. Weiterhin unterscheiden sich die »Insassen« hauptsächlich durch

- einen größeren Anteil somatisch/organisch (mit-) bedingter Störungen,
- eine bereits länger währende Krankheitsgeschichte bzw. Chronifizierung,
- einen geringen Grad der Freiwilligkeit des Zugangs zu bzw. Verbleibs in der Institution (Zwangseinweisungen, Entmündigungen etc.),
- ein höheres Ausmaß an Zerstörung des »sozialen Hintergrundes« (Familienbeziehungen, Arbeitsplatz etc.).

Es ist hier die Tatsache von Bedeutung, daß für Landeskrankenhäuser ein sehr weitgehender *Zwang zur Aufnahme* von (eingewiesenen) Klienten besteht, d. h. es existieren nur in geringem Maße Möglichkeiten der Selektion von Klienten.

Beispiel

Psychologe: Ich arbeite im Männer-Suchtbereich. Diese Station ist eine offene Entlassungs-Station, Rehabilitationsstation, zumindest eine Station, wo solche Versuche gemacht werden zu rehabilitieren. Hier sind 24 Betten, sprich Patienten. Vielleicht sagt Ihnen auch die Ausdrucksweise da schon was – fällt mir jetzt selber auf. Da kommt schon so ein verwaltungstechnischer Dreh rein, wenn man von Betten spricht . . . Das Klientel: Es sind suchtkranke Patienten, überwiegend Alkoholiker, überwiegend Leute, die nicht zum ersten mal hier sind und weitgehend auch Leute, die nicht freiwillig die Behandlung angetreten haben. Das hat eine einschneidende Wirkung auf die Motivation. Dann sind sehr viele da, die in anderen Einrichtungen – vornehmeren und freieren und besseren Häusern vielleicht – bereits eine Behandlung hinter sich haben, vor Jahren oder auch erst vor kurzem, die dort nicht mehr genommen werden, weil freie Träger nicht gezwungen sind, Leute, die chronisch werden und die oft Rückfälle haben, zu nehmen – aber wir haben Aufnahmewang. Wir können die Leute, wenn die vorne an der Pforte ankommen und die als Alkoholiker – und nicht nur als Trinker – diagnostiziert werden,

und wenn die per Gerichtsbeschuß hier reinkommen, können wir die nicht nach Hause schicken.

Die Belegung der Station ist unheimlich schwankend; im Moment ist die Hälfte der Station belegt, es gibt aber auch Zeiten, wo das letzte Bett besetzt ist. – Vom Schichtindex her, also sozioökonomischer Status: überwiegend – ich würde sagen zu 90 % klar Unterschicht. Wir haben im Moment 15 Patienten, davon sind sicher fünf ohne festen Wohnsitz gewesen über längere Zeit, als sie hier reinkamen, auch solche Leute, die im Volksmund als »Penner« bezeichnet werden, die durch chronischen Alkoholgebrauch auch körperlich so kaputt sind, daß sie behandlungsbedürftig sind. In ganz wenigen Fällen ist ein Mittelschichtangehöriger da, Oberschicht sehen wir hier nicht. Unsere Aufgabe – so sehe ich das wenigstens – besteht auch darin, den Leuten, die eine größere Motivation haben, eine Einrichtung zu vermitteln, wo sie wahrscheinlich intensiver behandelt werden können. Wenn so jemand dabei ist – das ist nicht direkt mit Schicht verbunden, aber es besteht doch eine gewisse Korrelation – dann vermitteln wir die eben auch weiter. Bei anderen bleiben wir drauf sitzen und versuchen, das Beste mit denen noch zu machen.

Personelle und materielle Ausstattung

Während die Defizit-Wahrnehmungen bezüglich der Ausstattung der Institution bei Beratungsstellen sich relativ wenig auf den materiell-sächlichen als vielmehr auf den personellen Bereich beziehen, erstrecken sich die Klagen bei Psychologen in Landeskrankenhäusern gleichermaßen auf beide Felder. Bei der Versorgung mit *materiellen* Möglichkeiten bestehen Probleme vor allem im *räumlich-architektonischen Bereich*: Alte Gebäude, zu große Stationen, zu große Zimmer, unzureichende Einrichtung der Stationen und Zimmer mit sanitären u. a. Einrichtungen, unzureichende Freizeit- bzw. Rekreationsmöglichkeiten etc. Bei der *personellen* Ausstattung gibt es Schwierigkeiten hauptsächlich in der *quantitativen Relation von (Gesamt-) Personal zu Klienten* sowie bezüglich des zahlenmäßigen *Verhältnisses der unterschiedlichen professionellen Sparten zueinander*, etwa manifestiert in der Anzahl der Klienten bzw. Stationen/Abteilungen, die ein Psychologe zu betreuen hat. Hinsichtlich beider Aspekte werden häufige Probleme und Auseinandersetzungen mit Verwaltung und Träger berichtet.

Aus dieser personell-materiellen Rahmenlage innerhalb der Landeskrankenhäuser ergeben sich für die Formen und Strategien der Tätigkeit von klinischen Psychologen einschneidende Effekte. Durchgängig

läßt sich feststellen, daß eine *beraterisch-therapeutische* (oder auch diagnostische etc.) *Tätigkeit i. e. S.* innerhalb der Gesamttätigkeit der Psychologen nur noch einen sehr *geringen Anteil* einnimmt. Eine über den Minimal-Kontakt hinausgehende psychologische Beschäftigung mit einem individuellen Klienten wird vielfach bereits als kaum noch verantwortbar (nur mit »schlechtem Gewissen« durchführbar) gegenüber der großen Masse nichtbehandelter Klinik-Insassen angesehen.

Beispiele

Psychologin: Institutionelle Grenzen für die Arbeit sind, was die Konzepte angeht, hier innerhalb des Hauses ziemlich unbegrenzt – abgesehen jetzt mal von der finanziellen Seite . . . – Ja gut, meine Idealvorstellung wäre gewesen, daß man sich immer nur auf maximal zwölf besonders schwierige Patienten konzentriert; das geht nicht, weil wir sonst im Pfleger-Schlüssel zu weit runterrutschen . . ., wenn wir solche Experimente machen. Dann sind bestimmte Stationen praktisch über-ausgestattet, und insgesamt fällt dann der Pfleger-Schlüssel, und das geht nicht. Also insofern, daß hier eine bestimmte Zahl von Patienten sein müssen, ist schon mal eine Grenze der Institution gegeben.

Psychologe: Wenn man hier irgendwelche Vorstellungen entwickelt, die materiellen Einsatz erfordern, meinetwegen als Beispiel: Ich will hier für diese Station eine Tischtennisplatte haben – da laufe ich ein Jahr hinterher, bis die steht. Und dann aber auch nur, nachdem ich der Verwaltung erzählt habe: Wenn ich jetzt keine kriege, dann setze ich eine Annonce in die Zeitung: Wer spendet eine Tischtennisplatte für das Landeskrankenhaus? – Dann kommt was, vorher ist da nichts . . . Ich erlebe das insgesamt als ziemlich eng und starr, sobald mal irgendwelche Sonderwünsche da sind, dann funktioniert das System irgendwo nicht.

Psychologe: Wenn ich meine Arbeitstätigkeiten beschreibe: Zur Diagnostik würde ich sagen: Das, was ich an psychodiagnostischen Testverfahren in der Praxis tatsächlich anwende, macht einen verschwindend geringen Prozentsatz meiner Zeit aus, der zwischen null und fünf Prozent liegen dürfte. Dabei muß man sagen, daß ich mit suchtkranken Männern arbeite. Es kommt ab und zu mal vor, daß ein Intelligenztest gemacht wird, daß mal ein Verfahren angewendet wird, um einen psychologischen Hinweis für einen möglichen hirnorganischen Schaden zu bekommen . . . Dann vielleicht, daß ich im Rahmen von Gesprächspsychotherapien, die ich mache, mal einen

Persönlichkeitsfragebogen anwende oder einen Selbsteinschätzungsfragebogen. Das macht also den kleinsten Bereich meiner Tätigkeit aus. – Therapie in dem eingengten Sinn von Psychotherapie, da macht das in dem Sinne, wie ich es hier mache, in Form von Einzelgesprächen, Einzel-Gesprächstherapie oder in Form von Kleingruppen-Arbeit, die gesprächspsychotherapeutisch orientiert ist, vielleicht einen Prozentsatz von zehn bis 15 Prozent meiner Arbeitstätigkeit aus. – Das, was ich meine, das ich neben der Diagnostik und der Therapie-Arbeit hauptsächlich mache, das ist: den Kranken vom Tag seiner Aufnahme bis zu seiner Entlassung »durchzubetreuen«. Dazu gehört die Anamneseerhebung des Patienten, die Aufstellung eines Therapieplanes für ihn, die Wahrnehmung von Terminen mit dem Gericht, Gespräche mit den Angehörigen, um für ihn einen vernünftigen Therapieplan aufzustellen, Überlegungen zu seiner Rehabilitation, die angestellt werden müssen, das Führen der Krankengeschichte usw. bis zum Diktieren, Briefeschreiben, Verwaltungskram, Anträge an Krankenkassen. Das macht also den größten Teil meiner Arbeitstätigkeit aus. – Dann, die »Soziotherapie« macht einen größeren Prozentsatz meiner Tätigkeit aus, also die Überlegungen, wie die Station zu führen ist, wie die Patienten am besten einzusetzen sind, wie der Stationsbetrieb aufrechtzuerhalten ist, zu verbessern, auf die Bedürfnisse der Patienten abzustellen ist . . .

Strategien im Umgang mit unzureichenden personellen und materiellen Arbeitsvoraussetzungen

Beispiele

Psychologe: Mit den Widersprüchen innerhalb der Kollegenschaft und des Personals gibt es natürlich auch noch eine Auseinandersetzungsmöglichkeit, die mir momentan nicht fern liegt, nämlich die der Flucht, also mit den Widersprüchen nicht mehr fertig werden, keine Möglichkeit mehr sehen, sie zu bewältigen und dann da rauszugehen . . . Also ein anderes Berufsfeld zu wählen, weil es einfach hier so enorme Schwierigkeiten gibt, daß man, was die eigene Qualifikation angeht, dadurch extrem behindert wird. Also konkret: Diese Auseinandersetzungen hier hindern mich sehr stark daran, spezifisch psychologische Tätigkeiten weiterzuentwickeln und mich weiter zu qualifizieren.

Psychologe: Die Arbeit ist sehr stressend. Ich mache im Schnitt ein bis zwei Überstunden pro Tag, die ich nicht bezahlt kriege. So komme ich auf einen Stundenschnitt von 50 bis 60 Stunden pro Woche,

um überhaupt hinzukommen. Nun ist das vielleicht auch mein persönliches Problem: Ich habe so gewisse Ansprüche an mich, wie ich Patienten betreue. Und da ist es möglich, daß man nur das Allernotwendigste macht oder daß man wirklich auch Angehörige noch einbestellt und versucht, da ein bißchen was zu machen. Und dadurch bin ich jetzt immer ganz schön im Streß . . . Aber diese Tätigkeit ein ganzes Leben lang wäre wahrscheinlich eine Überforderung für mich. Da ist eine Beratungs-Situation, glaube ich, etwas angenehmer. Vor allem, weil es bei den Patienten auch oft um ganz existentielle Sachen geht. Da geht es häufig um Leben und Tod, daß man entscheiden muß: Kriegt der jetzt Ausgang? Wenn er sich was antut und sich umbringt, dann bist Du verantwortlich – oder kriegt er keinen Ausgang? – Das ist nervlich natürlich eine große Belastung . . . Ich habe also in den letzten drei Jahren selten mal ein Buch gelesen, ich weiß nicht, wann ich das machen soll. Die Wochenenden laufen immer so ab, daß ich samstags immer schlafe und sonntagmittags die Stimmung dann allmählich aufklart.

Psychologin: Mit einer ganzen Reihe von geistig Behinderten kann deshalb hier nichts geschehen, weil wir nicht die Bedingungen dafür haben. Also z. B. Leute, die keinerlei Interessen zeigen, die dafür aber herrliche Verhaltensstörungen haben, denen kann ich nicht die Verhaltensstörungen abtrainieren, wenn ich denen nicht eine Alternative biete. Womit sollen sie sich denn sonst beschäftigen, wenn nicht mit dem Kopf gegen die Wand schlagen? Und diese Alternative, die kann ich ihnen deshalb nicht bieten, weil ich nicht das Material habe, weil ich nicht die Kräfte habe, die sich täglich mit denen mehrere Stunden beschäftigen. . . . Diese Patientengruppe ist praktisch für mich gestorben. Die kann man hier nicht fördern. Und ich habe gelernt, im letzten halben Jahr, würde ich sagen, daß ich das auch nicht mehr will – die Gruppe ist für mich persönlich abgeschlossen, weil ich es auch nicht kann. Ich konzentriere mich auf die, wo ich merke, daß ich was erreichen kann.

Psychologe: Ein Problem ist es, aus der Anstalt ein Krankenhaus zu machen, aus einer Bewahranstalt ein Krankenhaus mit Durchlauf, wo jemand reinkommt, der wird behandelt, und dann wird er auch wieder entlassen – das ist so ein bißchen vereinfacht gesagt jetzt – das ist sehr schwierig. Wir kriegen dauernd gesagt: Die Leute müssen länger hierbleiben, die müssen länger behandelt werden. Das ist vielleicht auch ein bißchen berechtigt, den einen oder anderen haben wir vielleicht ein bißchen zu schnell entlassen, das gibts alles, das kann alles sein. Aber wir brauchen halt auch viel Personal, denn

ich finde, eine längere Behandlung kann ich gegenüber einem Patienten nur vertreten, wenn ich ihm auch wirklich was bieten kann, anbieten kann an Therapie. Und dazu brauche ich Leute. Wenn die hier nur rumsitzen, dann bringt denen das nichts, ob die hier 'ne Woche länger bleiben oder nicht. Wenn ich aber sagen kann: Die und die Gruppen laufen, die und die Möglichkeiten haben Sie hier – bleiben Sie 'ne Woche länger, bis Sie wirklich weitergekommen sind?, dann ist das berechtigt . . . Ich muß sagen, in dieser Richtung tut sich im Moment nicht viel, und ich sehe im Moment eigentlich keine Perspektive, wie es weitergeht.

Psychologe: Wir haben hier auf der Station 40 Betten gehabt und haben gedacht: Das ist zuviel. Wir haben aber niemanden gefragt, sondern einfach zehn Betten abgebaut. Dann hatten wir nur noch 30 Patienten. Das ist letztes Jahr rausgekommen. Dann gab es natürlich großes Theater: Wie konnten Sie . . .? Und: Das ist gesetzwidrig . . .! Und dann haben wir hin und her verhandelt – und dann mußten wir drei Betten wieder aufbauen. Naja, das macht ein Minus von sieben Betten, immerhin noch erfolgreich. – So muß man hier arbeiten: Nicht zu viel erzählen, sondern einfach was machen und sehen, welche Kräche daraus entstehen. Die kann man dann meistens schon beherrschen.

Psychologin: Meine Tätigkeit würde sich am ehesten mit so einem Begriff wie »Umweltgestaltung« fassen lassen. Was so eine Rolle spielt, ist ein bißchen die Strukturierung des gesamten Stationsmilieus nach lern-, verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten, aber Einzeltherapien laufen praktisch keine. . . .

Umweltgestaltung ist im Moment z. B., daß ich versuche, neue Räume zu organisieren, um die Gruppe insgesamt so auseinanderzudividieren, daß die sich nicht dauernd gegenseitig unter Druck setzen, weil das wirklich praktisch jedes Therapie-Resultat kaputtmachen kann.

Psychologin: Hier eine Milieuveränderung in Gang zu bringen, das kann ich nicht mit verhaltenstherapeutischen Mitteln, mit dem engen verhaltenstherapeutischen Denken überhaupt machen. Dazu brauche ich also ganz andere Kategorien, einen ganz anderen Hintergrund. Ich habe eigentlich gemerkt, daß mein Hintergrund weniger diese Spezialkenntnisse waren, . . . daß für mich eigentlich wichtiger war meine . . . – wie soll ich sagen? – Ich glaube schon, mehr so die politische Vergangenheit. Ich glaube, daß die Studentenbewegung sich auf mich stärker ausgewirkt hat, in dem, was ich jetzt tue, als jedes Seminar.

Psychologin: Die besten Vorstellungen, die ich unter den gegebenen Bedingungen habe, wären: Verkleinerung der Station, Verbesserung des Personals und eine Veränderung des Gesamt-Teams, eine Veränderung der Einstellung des Pflegepersonals gegenüber den Patienten – tja, das ist es wohl.

An *Strategien*, die institutionell-organisatorische *Verunmöglichung psychologischer Tätigkeit i. e. S.* innerhalb der Arbeit im Landeskrankenhaus zu *bewältigen*, lassen sich aus den Gesprächen zusammenfassend die folgenden Beispiele entnehmen:

- *Persönliche Resignation und »Flucht«:* Eine ganze Reihe der befragten Psychologen spielt mehr oder weniger aktuell und ernsthaft mit dem Gedanken, aus Resignation über die unzureichenden Arbeitsvoraussetzungen und die damit verbundenen geringen Erfolgsmöglichkeiten ihre Arbeitsstelle im Landeskrankenhaus aufzugeben.
- *Überschreiten der bezahlten Dienstzeit, Ableistung von Überstunden:* Da sich die qualitativen Ansprüche an die eigene Tätigkeit, die aus der Selbstdefinition als nach bestimmten wissenschaftlichen und ethischen Maximen arbeitender Psychologe resultieren, unter den Bedingungen des institutionellen Rahmens vielfach bei normalem Arbeitsaufwand nicht realisieren lassen, wird die Problematik auf Kosten der persönlichen Freizeit, Rekreation und anderer privater Interessen gemildert.
- *»Abschreiben« und »Aufgeben« bestimmter Klienten-Gruppen:* Bestimmte Problemgruppen, für die unabdingbar notwendige Behandlungsvoraussetzungen innerhalb der Institution nicht gegeben sind (bzw. auch durch persönlichen Einsatz nicht erreicht werden können), werden als unter den gegebenen Bedingungen »unbehandelbar« abgeschrieben (innerhalb der Ökonomie-Überlegungen hinsichtlich der Allokation des eigenen Arbeitseinsatzes werden effektivere Möglichkeiten gesehen).
- *Erhöhung der »Durchlaufgeschwindigkeit« von Klienten:* Zumindest hinsichtlich bestimmter Klientengruppen wird die Frage erwogen: Was kann dem Klienten unter den gegebenen Bedingungen an Behandlungsmöglichkeiten geboten werden, was ihm nicht in einer normalen sozialen Umgebung außerhalb der Klinik (sofern vorhanden) ebenfalls (oder evtl. in bestimmter Hinsicht besser) zur Verfügung stände? D. h. es wird hier die Frage scharf akzentuiert, ob tatsächlich ein *therapeutischer Vorteil* eines Aufenthalts im Landeskrankenhaus gegenüber einem Leben in einer alltäglich-normalen Umgebung existiert. Da dieser »therapeutische Vorteil« aufgrund der Bedingungen in der Klinik in vielen Fällen nicht gegeben ist, führt die-

se Überlegung u. U. zu kurzzeitigeren Klinikaufenthalten und schnelleren Entlassungen.

- *Gezielte Verstöße gegen institutionelle Regeln und Vorschriften:* In Fällen, in denen eine als notwendig bzw. sinnvoll angesehene beabsichtigte Verbesserung der psychologischen Arbeit bzw. ihrer (materiellen, personellen, organisatorischen) Voraussetzungen am Widerstand, Verschleppen o. ä. der Verwaltung bzw. des Trägers zu scheitern droht, wird u. U. ein gezieltes Unterlaufen bzw. Umgehen institutioneller Regeln als nützlich angesehen, um so bestimmte demonstrative Zwecke zu erfüllen, neue Fakten zu schaffen o. ä., mit denen man dem angezielten Zustand zumindest teilweise näherkommen könnte. Ein solches Vorgehen schließt in aller Regel ein bestimmtes (zu akzeptierendes) Risiko des Fehlschlagens oder auch der Konsequenzen durch Sanktionen des Trägers bzw. der Verwaltung ein.
- *Psychologische Tätigkeit als Gestaltung der institutionellen Umwelt:* Unter diesem weiten Gesichtspunkt läßt sich vermutlich der größte Teil der Arbeit von Psychologen in Landeskrankenhäusern subsumieren; eine ihrer Hauptaufgaben besteht in der Arbeit an der Herstellung von für psychologische Behandlungszwecke geeigneten institutionell-organisatorischen Ausgangsbedingungen. Das bedeutet hauptsächlich die Beschäftigung mit der Verbesserung der materiell-räumlichen und personellen Umgebungsbedingungen, das Aufbrechen von Strukturen einer überkommenen »Bewahr-Psychiatrie«, die Individualisierung der Lebensbedingungen der Klienten, die Modifikation der Interaktionsstrategien des Pflegepersonals mit den Klienten u. ä. Diese Arten von Intervention – die ja erst die Voraussetzungen klinisch-psychologischer Tätigkeit i. e. S. bereitstellen können – werden dabei z. T. zur einzigen Form, auf jeden Fall aber zur *Hauptform* »psychologischer Behandlung«. – Hinsichtlich der für die Tätigkeitsausführung benötigten Qualifikationen wird hier dem Bereich »nicht-psychologischer« Fähigkeiten – vor allem in Richtung strategisch-organisatorisch-politischer Qualifikationen – eine besonders große Bedeutung eingeräumt.

Institutionsinterne Organisation: Kooperation und Kompetenzverteilung

Hinsichtlich der institutionsinternen Kooperation, Arbeitsteilung, Entscheidungsfindung etc. entstehen für den Psychologen Kompetenzprobleme und fachbezogen-ideologische Schwierigkeiten und Auseinandersetzungen einmal innerhalb des »akademischen Personals« (hier

hauptsächlich in der Bereichsabgrenzung mit den Ärzten), zum anderen mit dem »nicht-akademischen Personal« (vor allem mit dem Stab der Pflegekräfte). Da die Institution aufgrund ihrer Größe und ihrer Funktionen eine Reihe komplexer Entscheidungsinstanzen verlangt (etwa Betriebsrat, Betriebsleitungskonferenz, ärztlicher Vorstand, diverse Teams etc., wobei sich deren Kompetenzen z. T. überschneiden), ergibt sich von hierher – gegenüber Beratungsstellen – in der Regel ein größeres Ausmaß an organisatorischen und verwaltungsbezogenen Aufgaben des Psychologen.

In der *Kooperation mit Ärzten* ist hinsichtlich der professionsspezifischen Verantwortlichkeitsbereiche einmal die Frage der unterschiedlichen Kompetenzen gegenüber Klienten von Bedeutung: Bei den extern-offiziellen (juristisch festgeschriebenen) Befugnissen sind die Verantwortlichkeiten und Rechte des Arztes denen des Psychologen übergeordnet (etwa bezüglich der Vertretung gegenüber Behörden, Gerichten, dem Unterzeichnen von Gutachten etc.). Inwieweit diese extern gegebene Bevorteilung von Medizinern sich auch innerhalb der internen Struktur von Entscheidungen manifestiert – oder ob im »internen Verkehr« Psychologen und Ärzte hinsichtlich der auf Klienten bezogenen Maßnahmen weitgehend gleiche Kompetenzen bzw. einvernehmliche Bereichsabgrenzungen besitzen, ist eine Angelegenheit, die wiederum zum großen Teil informellem Aushandeln innerhalb einzelner Klinik-Stationen oder auch innerhalb größerer Einheiten überlassen ist. – Auch hinsichtlich der *institutionsbezogen-organisatorischen Leitung und Mitbestimmung* (Leitung von Stationen, Mitgliedschaft in Klinik-Vorständen etc.) besitzen Ärzte gegenüber Psychologen eindeutige formale Kompetenz-Vorteile. In diesem Bereich ist – da es sich hauptsächlich um Entscheidungsstrukturen und -gremien an der Organisations-Spitze handelt, bei der informelle Vereinbarungen weitgehend ausgeschlossen sind – allerdings der Spielraum für nicht-offizielle Regelungen über ein größeres Maß an Gleichberechtigung deutlich geringer. Hier bleiben Psychologen in ihren Kompetenzen und Befugnissen durchgängig benachteiligt.

Hinsichtlich »ideologischer« Differenzen in der Kooperation zwischen Medizinern und Psychologen dürfte allgemein vor allem die Dimension »*somatologische vs. psychologische Orientierung*« der Psychiatrie von Bedeutung sein. In dieser Hinsicht wurden allerdings von den befragten Psychologen keine gravierenden Probleme berichtet, da bei den Ärzten, mit denen sie zusammenarbeiten, eine relativ große Aufgeschlossenheit gegenüber einer psychologischen Herangehensweise besteht – ein Sachverhalt, der von Klinik zu Klinik bzw. von »Station« zu »Station« vermutlich in starkem Maße variiert.

Im Bereich des *Verhältnisses von Psychologen zum Pflegepersonal* werden eine ganze Reihe von Problemen genannt. So kann etwa aufgrund der »verhaltens-« und »ökologiezentrierten« Orientierung der Psychologen und den dadurch motivierten »reformerischen« Ansichten und Maßnahmen bezüglich des Umgangs mit Klienten, die der überkommenen (»Verwahr(-)«) Ideologie eines Großteils des Pflegepersonals zuwiderlaufen, ein »schlechtes Bild« von der Gesamtgruppe und Profession der Psychologen entstehen (die so beispielsweise ein »linkes Image« und eine Außenseiterposition erhalten). Für die institutionelle Durchsetzung innovatorischer psychologischer Ideen wirkt sich dann der Umstand ungünstig aus, daß Psychologen einerseits in den Leitungsinstanzen durch die »formelle Benachteiligung« gegenüber Ärzten unterrepräsentiert sind, andererseits in Gremien der Vertretung des Gesamtpersonals (Betriebsrat o. ä.) aufgrund ihrer geringen Anzahl – vor allem gegenüber der großen Gruppe der Pflegekräfte – nicht sehr stark ins Gewicht fallen.

Das Pflegepersonal wird als in unterschiedlichem Maße aufgeschlossen gegenüber von Psychologen intendierten Veränderungen im System der Behandlung und Betreuung der Klienten dargestellt: Sehr verschiedene Erfahrungen bei Maßnahmen psychologischer Weiterbildung (Veränderung von Einstellungen, Interaktionsstrategien etc. gegenüber den Klienten) werden berichtet; z. T. – vor allem bei älteren Pflegekräften – existieren gewisse »chronifizierte« restriktive Haltungen gegenüber den Klienten und ein großes Desinteresse hinsichtlich der eigenen Arbeit bzw. deren Weiterentwicklung. Teilweise gibt es erhebliche Differenzen bei der Akzeptierung psychologischer »Änderungsstrategien« durch die Pfleger und entsprechende Autoritätsprobleme. – Der für die Gestaltung des »Klinik-« und »Stationsmilieus« sehr wesentliche Umgang mit dem Pflegepersonal (dessen Anleitung, Weiterbildung etc.) wird durch gewisse organisatorische Probleme noch zusätzlich erschwert: Der »Schichtbetrieb« behindert die Kommunikationsmöglichkeiten, es existiert eine relativ starke Fluktuation innerhalb der Pflegekräfte einer Station o. ä.

Beispiele

Psychologe: Es gibt zunehmend Differenzen zwischen jungen »Akademikern« und älterem und altem Pflegepersonal, die meines Erachtens auf unterschiedlichen Einstellungen zur Arbeit, zur Arbeit in der Psychiatrie, zur Arbeit mit Patienten, beruhen. Sie werden zugespitzt teilweise auf Spannungen zwischen Pflegepersonal und insbesondere Psychologen. Und es ist hier zu dem traurigen Fall gekom-

men, daß der Personalrat auf Druck des Pflegepersonals die Einstellung eines Psychologen abgelehnt hat, die wir beantragt hatten, und die wir schon genehmigt hatten vom Landschaftsverband und von der Betriebsleitung . . .

Ich sehe jetzt eine enorme Menge von Sachen, die ich zu Anfang nicht gesehen habe. Z. B. die Bedeutung eines guten persönlichen Kontaktes mit den Kollegen. Ich war vom Studium aus gewöhnt, das ist ein ganz gutes Beispiel, daß, mit wem ich nicht zusammenarbeiten wollte, mit dem brauchte ich auch nicht zusammenzuarbeiten . . . In dessen Arbeitsgruppe bin ich nicht gegangen, mit dem habe ich mich nicht zusammengesetzt. Aber hier bin ich konkret in eine Situation versetzt, seit Beginn meiner Arbeitstätigkeit, wo ich mit Leuten, die ich normalerweise, wenn dich die Wahl hätte, nicht grüßen würde, kollegial täglich acht Stunden zusammenarbeiten muß. Das ist ein Problem, vor das man sich gestellt sieht, wo man ganz neu lernen muß, wo man zu Anfang schwere Fehler automatisch macht . . . Auf der Ebene des sogenannten »akademischen Teams« – also Ärzte, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Soziologen und Psychologen – findet hier eine sehr gute interdisziplinäre Zusammenarbeit statt und eine sehr gute solidarische Interessenvertretung nach außen . . ., nur sieht es so aus, daß wesentlich die Politik, die hier gemacht wird, von der großen Anzahl der Mitarbeiter bestimmt wird, die Psychologen und Sozialarbeiter sind ja die kleinste Anzahl. Die größte Anzahl sind ja die Pflegekräfte. Da aber die Pflegekräfte konservativ eingestellt sind, im Grunde genommen »Bewahrpsychiatrie« machen wollen, . . . aber das ist noch gar nicht richtig ausgedrückt: Die haben eine Menge von jungen, an therapeutischer Arbeit interessierten Pflegekräften, aber das Pflegepersonal ist in einer Hierarchie eingebunden, und auf den wichtigen Posten in der Hierarchie sitzen die älteren, die konservativen, die mehr auf eine Bewahrpsychiatrie eingestellten Pflegekräfte, die auch häufig die Lust an allem verloren haben, die sich nicht weiter qualifiziert haben, die nicht in der Lage waren, sich weiterzuentwickeln, die ihren Job »runterreißen«.

Psychologe: Wir hatten hier bisher zwei Gremien: Das eine, wo quasi alle Akademiker sich zusammentaten, ein anderes, die Assistentenkonferenz, die ist aber eigentlich nie so anerkannt worden vom Arbeitgeber, obwohl wir uns eine eigene Geschäftsordnung gegeben hatten. Und da haben wir in der letzten Zeit so Sachen angepackt wie z. B. das neue Krankenhausgesetz. Das neue Krankenhausgesetz besagt, daß es hier eine Betriebsleitung gibt, da sitzt der

Chef drin, der Verwaltungsleiter und jemand vom Pflege-Vorstand – und das ist natürlich für ein allgemeines Krankenhaus okay. Und diese Betriebsleitungskonferenz, die kann man noch ausbauen: Da kann man noch andere Berufsgruppen dazunehmen. Daneben gibt es den ärztlichen Vorstand, da sitzen nur Ärzte drin, sowohl leitende als auch Vertreter von den Assistenzärzten. Und da haben wir uns hauptsächlich drauf bezogen. Wir haben ein großes Schreiben an den Minister für Soziales entworfen, wo wir auf die spezielle Situation der psychiatrischen Krankenhäuser hingewiesen haben, daß hier auch andere Berufsgruppen dieselbe Arbeit wie Ärzte machen. Ich mache hier die gleiche Arbeit wie ein Arzt, außer was die Medikamente angeht. Dafür kann ich dann wieder andere Aufgaben übernehmen, bin ich in anderen Bereichen wieder besser ausgebildet. . . Nun soll ich aber im ärztlichen Vorstand überhaupt keine Möglichkeit haben – weil ich einer anderen Berufsgruppe angehöre – mitzubestimmen. Da haben wir uns sehr engagiert. Vom Landschaftsverband haben wir eine Absage gekriegt . . . Im Laufe dieser Auseinandersetzungen sind Sachen vorgekommen, die schon ganz schön erschütternd sind für mich . . . Wenn es um etwas übergreifende Ziele geht, also etwa: Demokratisierung im Krankenhaus, da sind offensichtlich doch Grenzen gesetzt. Da merkt man so wirklich lehrbuchmäßig, wie der Landschaftsverband – der Arbeitgeber – sich da verhält, daß er versucht, die Leute aufzuteilen, zu sagen: Hier, Ihr Psychologen, macht doch Eure eigene Interessenvertretung und macht nichts mit den Sozialarbeitern. Also daß er z. B. sagt: Einigen Ärzten genehmigen wir Überstunden, aber Euch anderen nicht. Um also da Anreiz zu schaffen, daß wir uns auseinanderdividieren – das ist richtig deutlich.

Indikation

Bei der Frage der Indikation einer stationär-psychiatrischen Behandlung in einem Landeskrankenhaus entfällt aufgrund des Zwangscharakters der Einweisung sehr weitgehend das Problem der *prinzipiellen Selektion* von Klienten für die Institution: Es existieren in aller Regel keine alternativen Überweisungsmöglichkeiten mehr. Indikation unter dem Aspekt institutionell-organisatorischer Bedingungen bedeutet hier weitgehend die Beantwortung der Frage: *Welcher Abteilung bzw. Station wird der Klient zugewiesen?*

Nach in der Regel relativ »grobrasterigen« symptombezogenen Kategorisierungen, wie beispielsweise Grad der Selbst- und Fremdgefähr-

dung, Ausmaß der Gestörtheit, der Besserungsaussichten sowie bestimmten Symptombereichen (z. B. Suchtkrankheit) wird eine Zuordnung auf »geschlossene« und »offene« Stationen, Stationen mit psychologischen oder/und medikamentösen Behandlungsprogrammen und weitgehende »Verwehr-Stationen« oder relativ »symptomhomogene« Abteilungen (Alkoholiker-Stationen o. ä.) vorgenommen.

Neben dieser der Aufteilung der Gesamteinstitution in inhaltlich definierte Unterabteilungen entsprechenden Differenzierung existieren allerdings noch eine ganze Anzahl interferierender Zuweisungskriterien, die nicht durch inhaltlich-psychologische, sondern durch in irgendeinem Sinne institutions- und organisationsabhängige Faktoren bestimmt sind. Wir können hier lediglich beispielhaft einige Aspekte anführen:

- Der Grad der jeweiligen »Belegung« von Stationen (die Zahl der »freien Betten«) nimmt Einfluß auf die Zuweisung von Klienten (bei überfüllten »geschlossenen« Stationen werden etwa die in geringstem Ausmaß »gefährlichen« bzw. »gefährdeten« Patienten auf eine »offene« Station verlegt o. ä.).
- Die Zusammensetzung des Klientels einer Station bzw. Abteilung nach bestimmten interaktiven Klienten-Charakteristika kann die Aufnahme eines neuen Patienten ermöglichen oder verhindern (so kann beispielsweise pro Station nur ein gewisser Anteil von Klienten mit stark aggressiven Verhaltenstendenzen »verkräftet« werden o. ä.).
- Merkmale der informellen Beziehungen von Psychologen, Ärzten o. ä. verschiedener Abteilungen bzw. Stationen können u. U. den Austausch von Klienten dieser Stationen untereinander erleichtern oder erschweren.

Auch in bezug auf die Indikation bestimmter psychologischer Interventionsverfahren (wie Gruppen- oder Einzeltherapien) sind im starkem Maße außerpsychologische und institutionsabhängige Aspekte entscheidungsrelevant. Der wesentliche Faktor ist hier zunächst der des institutionellen Vorhandenseins personeller Kapazitäten. Aber auch andere aus Institutionsbedingungen resultierende Gegebenheiten können die Indikation psychologischer Behandlungen beeinflussen, beispielsweise organisationsabhängige Rollenkonstellationen o. ä. (so erscheint es etwa nicht zweckmäßig, daß ein Psychologe, der in seiner Funktion als Stations-Leiter möglicherweise Entscheidungen treffen muß, die einen Klienten seiner Station in einer mehr oder weniger unliebsamen Weise treffen, gleichzeitig mit diesem Klienten eine – nichtdirektive – Behandlung durchführt).

Beispiele

Psychologe: Wir haben ziemlich viele Verlegungen: Leute, die ein paar Tage oder unter Umständen auch Wochen auf einer geschlossenen Station waren und dann hier rüber auf die offene Station kommen. Oft ist auch der Aufnahme-Druck entscheidend, daß die geschlossenen Stationen überquellen und dann kommen die eben hierher. Zum Teil hängt das auch vom Verhältnis der Kollegen untereinander ab: Mit manchen haben wir halt ein besseres Verhältnis, die selbst auf einer geschlossenen Station arbeiten – die sagen dann: Da müßte das und das passieren, gründlicher und mehr Gruppen . . ., das schaffe ich hier nicht; ich habe hier einen guten Patienten für Euch – die werden jedoch auch nicht immer gern abgegeben.

Frage: Welche Kriterien haben Sie, mit einem LKH-Patienten eine Gesprächspsychotherapie zu machen?

Psychologe: Da ist erstens mal ein ganz nacktes Kriterium: Wie lange bleibt der Mann hier? Wenn ich weiß, in 14 Tagen geht der wieder, dann fange ich keine GT an. Dann, in zweiter Linie, eine Frage: Will der Mann? – Das sind die beiden wichtigsten Kriterien. Das dritte ist, daß ich – in Zusammenhang mit der Motivation – denke, da ist eine besondere Problematik oder auch ein besonderer Leidensdruck, der verarbeitet werden müßte. Wenn ich so etwas sehe, dann spreche ich ihn daraufhin an, ob er darin 'ne Möglichkeit sieht. Allerdings läuft es konkret doch etwas anders: Wenn ich solche Leute hier habe und so meine Indikation feststelle, dann kommt natürlich die Frage dazu: Hat jemand Zeit hier, mit dem Mann eine GT zu machen? – Ich mache mit den Leuten, die auf meiner Station sind – weil ich mich auch in der Rolle des Stationsleiters sehe – keine GT, weil das ziemlich viele Konflikte gibt. Ich frage dann einen Kollegen von einer anderen Station: Hast Du Zeit? Weil wir da sonst in eine Rollenverwirrung reinkommen. Ich bin eben hier manchmal auch in der Rolle, jemandem eine Ausgangssperre zu verpassen, wenn wir der Meinung sind: Er ist besonders gefährdet. Das bedeutet hier konkret: eine Woche voll am Therapieprogramm teilnehmen, aber nicht in der sogenannten Freizeit die Station verlassen. Und das verträgt sich schlecht mit der Therapeutenrolle. – Mit der Indikation, das sind zu 90 Prozent so äußere Kriterien. Nach einer unheimlich sorgfältigen testdiagnostischen Untersuchung und nach sonstigen Überlegungen da eine GT einzusetzen, dazu komme ich nicht. Das wird mehr aufgedrängt als entschieden: der und der wäre gut dafür. Die Leute kommen ja nicht von sich selber. Wir sind hier

ja nicht in einer Beratungsstelle, wo eine Warteliste ist. Ich muß da schon von mir aus die Initiative ergreifen.

Die Aufteilung des Arbeitszeit-Budgets von Psychologen in Beratungsstellen und in Landeskrankenhäusern

Nach Abschluß der von uns durchgeführten Interviews wurden die befragten Psychologen jeweils noch gebeten, mit Hilfe eines schriftlich vorgelegten Rasters von Tätigkeits-Arten eine Einschätzung der durchschnittlichen Verteilung ihrer wöchentlichen Arbeitszeit auf unterschiedliche Aufgaben vorzunehmen. Solche Erfragungen des *Zeitbudgets* von Personen sind neben dem Einsatz beim interkulturellen Vergleich oder der Erforschung von Langzeit-Veränderungen von Tagesläufen (vgl. SZALAI 1972) vor allem bei Untersuchungen der differentiellen Verhaltensrelevanz verschiedener physikalischer Umgebungen – wobei die objektiven, für das Verhalten bedeutsamen Faktoren nicht oder nur mit großem Aufwand zu erfassen sind – angewendet worden (vgl. MICHELSON & REED 1975). Unter dem Aspekt des *Institutionen-Vergleichs* (Beratungsstellen vs. Landeskrankenhäuser) sollen die Ergebnisse unserer Zeitbudget-Abfrage hier dargestellt werden.

Methodisches Vorgehen

Das Abfrage-Raster wurde nach Plausibilitäts-Überlegungen hinsichtlich der (in mittlerem Ausmaß differenzierten) Abgrenzung unterschiedlicher relevanter Einzelkomponenten beraterisch-therapeutischer Tätigkeit zusammengestellt. Neben einem Item zur Gesamtarbeitszeit pro Woche enthält es Fragen bezüglich der Zeitschätzung für 13 spezifizierte Einzeltätigkeiten sowie eine Restkategorie für »andere Tätigkeiten«.

Neben einer allgemeinen mündlichen Erläuterung wurde den Psychologen eine schriftliche *Instruktion* gegeben, die lautete: »Ich lege Ihnen hier eine Aufstellung vor, in der *Tätigkeiten* aufgelistet sind, die *innerhalb Ihrer Dienst- bzw. Arbeitszeit einen mehr oder weniger großen Raum einnehmen können*. Gehen Sie in Ihrer Vorstellung bitte von einer *durchschnittlichen bzw. typischen Arbeitswoche* aus: Können Sie versuchen, abzuschätzen, *wieviel Zeit* Sie innerhalb einer solchen Arbeitswoche *für die einzelnen aufgeführten Tätigkeiten* aufbringen? Gehen Sie dabei von der Schätzung Ihrer berufsbezogenen *Gesamtarbeitszeit* pro Woche (die schließlich in etwa der Summe der Zeiten für die aufgeführten Einzeltätigkeiten nahekommen sollte). Falls in der Auflistung wesentliche Tätigkeitsbereiche nicht enthalten sind, ergänzen Sie diese bitte.«

Es liegen insgesamt 31 solcher Zeitbudget-Einschätzungen vor; davon stammen 23 von Psychologen aus Beratungsstellen, acht von Psychologen aus Landeskrankenhäusern. Zwischen diesen beiden Gruppen wurde eine Unterschiedsprüfung bezüglich der mittleren Zeiten für jede der vorgegebenen Einzeltätigkeiten vorgenommen (mit Hilfe t-Test aus dem SPSS-Programmpaket von NIE u. a. 1975). Die Ergebnisse sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle

Zeitbudget-Aufteilung von Psychologen in psychologischen Beratungsstellen und psychiatrischen Landeskrankenhäusern

Text	M1	M2	s1	s2	t-Test (2-seit.)
Meine durchschnittliche / typische Gesamtarbeitszeit pro Woche beträgt	40,90	44,38	3,96	3,07	s
Davon entfallen auf:					
Durchführung von diagnostischen Verfahren / Tests (einzeln oder in Gruppen)	5,39	2,19	3,52	2,48	s
Auswertung von Tests	2,98	1,00	2,25	0,71	ss*
Beratungsgespräche mit Klienten	11,11	7,25	4,55	3,06	s
Therapie mit Klienten	6,72	5,00	3,71	2,45	ns
Betreuung von (institutionalisierten) Gruppen (Eltern-, Ehepaar-, Spiel-, Legasthenikergruppen etc.)	1,54	3,38	1,86	2,93	s
Hausbesuche bei Klienten	0,11	0,71	0,31	1,50	ns*
Diktieren / Schreiben von Gutachten, Berichten, Briefen o.ä.	3,32	7,63	1,55	2,77	ss*
routinemäßige Verwaltungsaufgaben	1,07	4,50	1,75	3,63	s*
Besprechungen mit Mitarbeitern / Kollegen (Team-Besprechungen über anstehende Probleme, laufende Fälle usw.)	4,65	7,13	2,11	3,40	s
Gespräche mit Vertretern von Behörden, Schulen, dem "Träger" o.ä.	1,16	0,75	0,79	0,89	ns
Lektüre von Fachliteratur, Fachzeitschriften o.ä.	0,91	0,50	1,70	0,76	ns*
Vorbereitung und Durchführung von Vortrags- und Diskussionsveranstaltungen	0,28	0,56	0,54	1,40	ns*
eigene Weiterqualifizierung (Zusatzausbildungen, Supervisionsgruppen, wissenschaftliche Arbeit o.ä.)	0,70	1,56	1,23	1,59	ns
andere Tätigkeiten	1,22	1,81	2,73	2,20	ns

M1: Mittelwerte der Beratungsstellen-Psychologen in Std. pro Woche

M2: Mittelwerte der LKH-Psychologen in Std. pro Woche

N1 = 23; N2 = 8

Irrtumswahrscheinlichkeiten: s = 5%; ss = 1%; * = t-Test für heterogene Varianzen

Ergebnisse und Interpretationen

Die Ergebnisse der Mittelwert-Vergleiche zwischen den wöchentlichen Zeiten der Beschäftigung mit einzelnen Teiltätigkeiten in Beratungsstellen einerseits und Landeskrankenhäusern andererseits zeigen analoge Tendenzen wie die geschilderten Interview-Aussagen der befragten Psychologen: Die psychologische Tätigkeit in Landeskrankenhäusern zeichnet sich aus durch ein – im Vergleich zu Beratungsstellen – geringeres Ausmaß von i. e. S. psychologischen Tätigkeiten; deutlich wird dies im Bereich *Diagnostik* (Unterschiede im Zeitaufwand von Test-Durchführungen und -Auswertungen) und besonders hinsichtlich der aufgewendeten Zeit für *Beratungsgespräche* mit Klienten (dem in der Zeit-Quantität eindeutig größten Einzelposten in Beratungsstellen). Dem gegenüber steht ein deutlich vermehrtes Maß an Arbeit in *Organisations-* und *Verwaltungsbelangen*: Das Anfertigen von *Gutachten* und *Berichten*, das Ausführen von *Verwaltungs-Routine* sowie *Besprechungen mit Mitarbeitern/Kollegen* verlangt bei Psychologen in Landeskrankenhäusern einen spürbar größeren zeitlichen Aufwand als in Beratungsstellen. – Auffällig ist in beiden Arbeitsfeldern ein – gemessen an der wöchentlichen Gesamtarbeitszeit – relativ geringes Ausmaß an Zeit, das auf *Therapie mit Klienten* verwendet wird (durchschnittlich fünf bis sieben Stunden pro Woche). Diesbezüglich bestehen offensichtlich auch keine sehr ausgeprägten Unterschiede zwischen den beiden Psychologen-Gruppen.

Auf dem Hintergrund der differentiellen institutionell bedingten Tätigkeitsanforderungen läßt sich dieses Ergebnis vermutlich so deuten: Auf ein (prinzipiell und unter psychologischen Kriterien als notwendig angesehenes) größeres Maß an therapeutischer Behandlung von Klienten muß unter beiden Rahmenbedingungen verzichtet werden. Dabei erfolgt diese Reduktion innerhalb des Kontextes von *Beratungsstellen* hauptsächlich zugunsten von Beratungsgesprächen mit Klienten, d. h. abgekürzten Formen der Hilfestellung, »Kurzinterventionen«. In *Landeskrankenhäusern* wird das mögliche Ausmaß an für Therapien aufgewendeter Arbeitszeit demgegenüber wesentlich durch die Notwendigkeit begrenzt, sich mit verwaltungsbezogenen und vor allem (i. w. S.) *organisatorischen Tätigkeiten* zu befassen; in gewissem Maße besteht noch die Möglichkeit, psychologische Arbeit mit *Klienten-Gruppen* zu leisten.

Schließlich manifestiert sich in diesen Zeitbudget-Schätzungen im Vergleich der wöchentlichen *Gesamtarbeitszeiten* auch die oben beschriebene Tendenz (vor allem) bei den in Landeskrankenhäusern tätigen Psychologen, die aufgrund der institutionellen Restriktionen als (an klinisch-psychologischen Kriterien gemessen) qualitativ unzurei-

chend und unzulänglich beurteilte Tätigkeit durch zusätzlich aufgewendete Arbeitszeit für psychologische Belange angemessener zu gestalten, d. h. ihre Tätigkeit durch Überstunden, auf Kosten eigener freier Zeit zu optimieren.

Die störungsunspezifischen »Eingangsvoraussetzungen« des Klienten als Rahmenfaktor beraterisch-therapeutischer Tätigkeit

Eine allgemeine Voraussetzung anderer Art für die praktische Tätigkeit des Beraters/Therapeuten wird durch bestimmte, nicht auf die spezifische psychische Symptomatik bezogene Merkmale des Klienten, der um Behandlung nachfragt, konstituiert. Bevor der Psychologe (mit den ohnehin bereits gemachten Einschränkungen aufgrund der institutionellen Gegebenheiten) darangehen kann, eine therapeutische bzw. beraterische Interaktion mit dem Klienten einzugehen, die klinisch-psychologischen Interventionskriterien entspricht, muß er eine Reihe von allgemeineren Anforderungen bewältigen, die sich aufgrund von Klienten-Charakteristika ergeben, die seine gegenstandsbezogene Arbeit i. e. S. (d. h. die Behandlung der spezifischen psychischen Problematik) mitbestimmen und beeinflussen.

Diese »*allgemeinen*« *Eingangs-Charakteristika* des Klienten lassen sich in zwei grobe Kategorien unterteilen:

- Die »*objektiven*« *Voraussetzungen* des Klienten, d. h. die konkreten materiellen und sozialen Umstände, unter denen der Klient lebt (die den »*externen Rahmen*« seiner Problematik darstellen), die *materielle und soziale Ökologie der Klienten-Umgebung*.
- Die *allgemeinen* »*subjektiven*« *Voraussetzungen* des Klienten, d. h. die eingangs bestehenden nicht unmittelbar problemthematischen *Kenntnisse, Vorinformationen, Erwartungen und Motivationen* bezüglich der beraterisch-therapeutischen Institution, hinsichtlich des Psychologen, des ablaufenden Prozesses, der Methoden etc.

Objektive Faktoren auf der Seite des Klienten

Die objektiven materiellen und sozialen Lebensbedingungen des Klienten werden von psychologischen Beratern und Therapeuten in sehr vielen Fällen als eine (nahezu oder faktisch) unüberwindbare Barriere ihrer Tätigkeit wahrgenommen – dies vor allem bei Klienten, die nicht dem Mittelschicht-Milieu entstammen. Es handelt sich hier um Pro-

blemkonstellationen, in denen eine mit *psychologischen* Methoden durchführbare Umstrukturierung von Verhaltensweisen, Kognitionen oder Emotionen des Klienten durch materielle und soziale Faktoren seiner Lebensumwelt erschwert oder unmöglich gemacht wird, wobei diese objektiven Bedingungen *nicht* mit psychologischen Mitteln zu modifizieren sind. Für eine Problemlösung ist dabei also der Intervention auf einer psychologischen Ebene ein Eingriff auf »sozial-ökologischem Niveau« zwingend vorgeordnet.

Psychologische Beratungsstellen suchen diese Schwierigkeit zu beheben oder zumindest zu mildern durch die Beschäftigung von Personal, das in stärkerem Maße auf gewisse »lebenspraktische« Aufgaben und unmittelbare Arbeit im »sozialen Feld« spezialisiert ist (v. a. Sozialarbeiter). Daneben besteht – unterschiedlich nach lokal-institutionellen Gegebenheiten – die Möglichkeit, andere Institutionen (Sozialamt, Familienfürsorge, Jugendamt, Arbeitsamt etc.) in den Problemfall mit einzuschalten. Innerhalb der in der Regel vorhandenen Gegebenheiten psychologischer Beratungsstellen besteht allerdings auch auf diese Weise kaum Aussicht, den prinzipiellen »Mittelschicht-Charakter« der Institution zu durchbrechen. Hier besteht unter den gegenwärtigen organisatorischen Bedingungen der Beratungs-Einrichtungen eine eindeutige Grenze psychologischer Tätigkeit.

Beispiel

Psychologe: Ich hatte einen Zehnjährigen, der stahl, sowohl in der Schule als auch in Geschäften, überall. Die Familie lebte in einem sozialen Brennpunkt, da waren, glaube ich, vier oder fünf Kinder. Der Vater war arbeitslos, ... trank aber auch tüchtig. Die Mutter ging nebenher putzen, die lebten im allgemeinen von der Arbeitslosenhilfe, weil der Mann schon längere Zeit arbeitslos war ... Problem bei dem Jungen war: Er erlebte den Vater als sehr streng, konnte mit ihm überhaupt nichts anfangen, der Vater war im Grunde nur angstbesetzt. Die Mutter kam dagegen recht gut mit ihm zurecht – also um jetzt mal eine kurze Diagnose zu sagen. Und ich habe versucht, das zunächst mal mit den Eltern zu erarbeiten. Der Vater ist nur einmal mitgekommen, es ist mir nicht gelungen, ihn einzubeziehen. Nachher kam nochmal die Mutter, und dann war die Resignation von meiner Seite aus da: Ja, im Grunde kannst Du da nicht helfen. Was soll ich den Leuten dauernd sagen: Im Grunde müssen sie eine andere Wohnung haben, der Vater müßte Geld verdienen können und dergleichen ... Ich habe dann versucht, das Jugendamt einzuschalten ... Es war ein Problem, denen noch eine gewisse realitätsgebundene Hilfe angedeihen zu lassen.

Erwartungen und Motivationen der Klienten

Die Bedeutung von behandlungsbezogenen Erwartungen des Klienten für den Verlauf und den Erfolg psychologischer Interventionen ist vielfach Gegenstand empirischer Untersuchungen gewesen (vgl. etwa die Übersicht bei MELTZOFF & KORNRICH 1970, 257 ff.). GOLDSTEIN (1962) unterscheidet dabei einerseits – sowohl für den Klienten als auch für den Therapeuten – zwischen *Prognose-Erwartungen* (der vermuteten Aussicht auf Besserung bzw. Heilung und deren Geschwindigkeit) und *Rollen-Erwartungen* (differenzierbar etwa in wechselseitige Erwartungen hinsichtlich behandlungsbezogener Aktivität, Thematisierung von Inhalten und Problembereichen, zeitlich-inhaltlichem Ablauf; vgl. LENNART & BERNSTEIN 1960); zum anderen differenziert er – klientenbezogen – zwischen (spontanen) *Eingangs-Erwartungen* und *induzierten Erwartungen*.

Prognose-Erwartungen von Klienten sind dabei vor allem hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Behandlungserfolg untersucht worden: GOLDSTEIN (1962) hält hier analog den kurvilinearen Zusammenhangsannahmen aus der Anspruchsniveau-Forschung ein mittleres Ausmaß von »Besserungs-Optimismus« für prognostisch am günstigsten; die empirischen Resultate der Untersuchung dieser Frage vermitteln diesbezüglich allerdings ein widersprüchliches und unklares Bild (MELTZOFF & KORNRICH 1970).

In Hinsicht auf die Untersuchung von *Rollen-Erwartungen* der Klienten existieren Bemühungen, diese zu *Erwartungs-Typen* zusammenzufassen und deren differentielle Bedeutung für den Behandlungserfolg aufzuweisen (vgl. APFELBAUM 1958). Es gibt deutliche Hinweise auf Beziehungen von Charakteristika der *Schicht-Zugehörigkeit* und behandlungsbezogenen *Rollen-Erwartungen* (vgl. GOLDSTEIN 1973). Sowohl hinsichtlich des sozioökonomischen Status' von Klienten als auch in bezug auf die *Diskrepanz von Behandlungs-Erwartungen* bei Klienten und Therapeuten sind Zusammenhänge mit vorzeitigem *Therapie-Abbruch* gezeigt worden (vgl. BAEKELAND & LUNDWALL 1975). Um bei Klienten eine Modifikation von therapiebezogenen Rollenantizipationen in Richtung auf größere Adäquatheit zu erzeugen, wurden unterschiedlich erfolgreiche Versuche mit verschiedenen Arten von *Vorinformation*, *Vortraining* o. ä. unternommen (Beispiele: HOEN-SARIC u. a. 1964; HALDER 1977).

Die rollenbezogenen Erwartungen von Klienten sind in empirisch-psychologischen Untersuchungen bisher – soweit wir übersehen – zum großen Teil unter dem Gesichtspunkt relativ »*prozeßspezifischer*« *Kognitionen*, d. h. hinsichtlich therapiespezifischen Interaktionsverhaltens

des Therapeuten, notwendiger eigener kognitiv-verbaler u. a. Aktivitäten etc., thematisiert worden. In der Sicht psychologischer Praktiker – insofern sie sich aus den von uns geführten Interviews rekonstruieren läßt – ist dies eine sehr wesentliche Dimension der Voraussetzungen beraterisch-therapeutischer Arbeit von der Seite des Klienten – allerdings keineswegs die einzige. Neben den Erwartungen, die sich auf den Behandlungsprozeß i. e. S. beziehen, sind es noch eine Reihe allgemeiner Aspekte von Klienten-Wahrnehmungen, die als Handlungsanforderungen an die Tätigkeit des Beraters/Therapeuten aufgefaßt werden. Dabei spielen vor allem die *institutionsbezogenen Anschauungen und Erwartungen des Klienten* eine Rolle.

Institutionsbezogene Erwartungen

Unter diesen die *Beratungs-/Therapie-Institution* thematisierenden Kognitionen sind nach Ansicht der befragten Psychologen die folgenden von Bedeutung:

- *Informationen* und Kenntnisse darüber, mit welcher Art von Problemen man sich an die Institution wenden kann und für welchen *Bereich von Aufgaben* die Stelle geeignet bzw. zuständig ist;
- Erwartungen bzw. *Befürchtungen* hinsichtlich *Diskriminierung* und Stigmatisierung durch die soziale Umgebung aufgrund der Kontaktaufnahme mit einer psychosozialen Einrichtung (Assoziation mit dem Image einer Institution für »Versager«, »Bekloppte« o. ä.);
- Kognitionen bezüglich des »*Behördencharakters*« der Institution: Aufgrund unterschiedlicher Faktoren (räumliche Nähe, Bezeichnung oder Träger der Institution etc.) wird von den (potentiellen) Klienten evtl. eine »*Verflechtung*« der Beratungsstelle mit anderen Ämtern oder öffentlichen Institutionen vermutet (zu denen u. U. keine sehr erfreulichen Beziehungen bestehen bzw. antizipiert werden).

Beispiele

Psychologe: Ich weiß nicht, wie die Leute von unserer Stelle erfahren. Der Informationsstand ist ja auch sehr unterschiedlich. Es gibt immer noch welche, die glauben, wir sind so eine Art Schieds-Stelle. Die kommen dann echt mit dem Problem oder schreiben einen Brief: Und ich möchte, daß Sie meinen Mann anschreiben und ihm sagen, daß es so nicht weitergeht. – Es gibt dann wieder andere, die glauben, wir machen theologische Beratung, bemühen uns um den Sinn der Ehe und diese Dinge. Und es gibt andere, die wissen, worum es geht, daß hier eben Psychologen sitzen, und daß man hier

Probleme besprechen kann. Das hängt wirklich vom Informationsstand ab.

Psychologe: Es gibt eine Reihe von Leuten, die haben Probleme mit der Voreingenommenheit gegenüber solchen Institutionen: Da gehe ich nur hin, wenn ich ganz bekloppt bin. Und das ist gerade hier im kleinstädtischen und ländlichen Bereich der Fall. Leute, die sich wenig informiert haben über die ganze Angelegenheit, die setzen das gleich mit Landeskrankenhaus oder Klapsmühle oder so etwas. Diese Assoziationen bestehen.

Psychologe: Was mir die Arbeit so schwer macht, ist oft eine Diskriminierung der Erziehungsberatungsstelle im Ansehen der Leute: Da gehen nur Leute hin, die versagt haben, so ein bißchen auch in Richtung Irren-Arzt . . .

Psychologe: Die Verwaltungsrealität, die bricht manchmal hier störend ein. In unserem Fall ist das besonders deutlich geworden, weil unmittelbar neben uns das Jugendamt ist. Es ist für die Eltern oft sehr schwer, das auseinanderzuhalten, d. h. unsere Eigenständigkeit den Eltern und den Klienten zu vermitteln. Das ist oft sehr schwer. Das ist oft auch ein zusätzlicher Mißtrauensfaktor, weil die dann befürchten, wir arbeiten mit Behörden zusammen, oder die können von uns herangezogen werden, per Gesetz, wenn da irgendwas falsch läuft. Das wird durch so eine ungünstige Koppelung wie hier sehr begünstigt.

Psychologe: Es spielt sicher eine Rolle, daß wir hier leicht mit so einer Institution wie beispielsweise Jugendamt oder irgendwelchen Stellen, die juristische Schritte einleiten könnten, identifiziert oder verwechselt werden. Das spielt sicher bei den Leuten eine Rolle.

Psychologe: Wir sind mit der übrigen Sozialverwaltung . . . zusammengelegt worden und haben auch nur einen ganz begrenzten Raum zur Verfügung gestellt bekommen. Diese räumliche Nähe ist sowohl vorteilhaft als auch nachteilig. Ich weiß, daß viele Leute – gerade eben Sozialhilfeempfänger oder sowas – oft Angst haben. Die versichern sich also ganz ängstlich, ich muß denen immer ganz klar die Schweigepflicht erklären, und das reicht noch nichtmal, das hindert immer noch. Die haben Angst, da geht was zum Sozialamt, weil, naja, die auch schonmal was »drehen« oder so . . . Andererseits aber auch äußerst positiv, weil wir in vielen Fällen sehr gut zusammenarbeiten können, und das bringt was, für uns und für die Leute. Das kann man also nicht nur so einseitig sagen. Ich sehe es fast noch

eher positiv – d. h. ideal wäre es, wenn wir vielleicht noch einen Eingang weiter wären und hätten einen ganzen Eingang für uns selbst; aber der Eingang ist der gleiche. . . . Also, das hat Vor- und Nachteile.

Bei der *Bearbeitung solcher Klienten-Erwartungen* arbeitet der Berater/Therapeut wiederum auf recht »unpsychologischem« Feld – auch hier unter dem Aspekt der Herstellung der *Voraussetzungen* für seine psychologische Tätigkeit i. e. S. In dieser Hinsicht sind Tätigkeits-Strategien einzuschlagen, die in zwei unterschiedliche Richtungen zielen:

- Maßnahmen, die geeignet sind, Informationen über die jeweilige Institution, psychosoziale Arbeit allgemein etc. an Personen bzw. Personengruppen zu verbreiten, die (bisher) *nicht* zu dieser Institution kommen;
- Maßnahmen, die Informationen vermitteln, Erwartungen modifizieren etc. bei Personen, die die Stelle anlaufen.

Der erste Bereich von Aufgaben erstreckt sich hauptsächlich über das Feld »*Öffentlichkeitsarbeit*« und »*Prophylaxe*«. Die von der Seite der Institution (bzw. Träger, Verwaltung) bedingten Schwierigkeiten in dieser Hinsicht waren bereits oben dargestellt worden. Unter den gegebenen Verhältnissen relativ gängige und als »realistisch« anzusehende Einzelaktivitäten und -maßnahmen dieser Art sind etwa:

- Regelmäßiges Aufführung von Name, Adresse, Telefon-Nummer und Sprechzeiten der Institution unter einer spezifischen geeigneten Rubrik der Lokal-Presse;
- Bericht über die Aufgaben, Schwerpunkte, Erfolge, Probleme etc. in größeren (aber regelmäßigen) Abständen an einer öffentlichkeitswirksamen Stelle (etwa anlässlich des Rechenschaftsberichts gegenüber dem Träger o. ä. in der lokalen Presse);
- Kooperation mit anderen psychosozialen und vor allem Erziehungseinrichtungen (Schulen, Kindergärten etc.), so daß dort bei Problemfällen auf die Möglichkeit der Hilfestellung durch die Beratungsstelle hingewiesen wird (allerdings läuft ein solches »Geschickt-Werden« u. U. dem Freiwilligkeitsprinzip der Beratungsstelle entgegen; vgl. unten);
- Aufklärungsarbeit durch Vorträge über bestimmte psychische Probleme, Vorbeugungs- und Heilungsmöglichkeiten etc. sowie mit dem allgemeinen Ziel des Abbaus von Vorurteilen gegenüber psychischen Störungen und psychosozialen Einrichtungen.

Maßnahmen, die geeignet sind, die institutionsbezogenen Kognitionen von *Personen, die die Stelle aufsuchen*, in Richtung größerer Angemessenheit zu korrigieren, können einmal in Bemühungen bestehen,

durch äußerliche Merkmale erzeugte Assoziationen der Beratungsstelle mit anderen Ämtern/Behörden zu beseitigen (räumliche Entflechtung etc.). Andererseits können die hier auftretenden Schwierigkeiten sehr weitgehend auch im unmittelbaren persönlichen Kontakt mit dem Klienten bewältigt werden, etwa durch Hinweise auf die Schweigepflicht des Psychologen – aber etwa auch durch konkret-praktische Hilfe, die die Stelle dem Klienten anderen Institutionen o. ä. gegenüber erweist.

Prozeßbezogene Rollenerwartungen

Die rollenbezogenen *Erwartungs- und Kognitions-Konzepte* der Klienten, die direkt den *Prozeß der psychologischen Behandlung* betreffen, sind in der Regel in starkem Maße an die Erfahrungen und das subjektive Modell im Umgang mit *medizinisch-ärztlichen Therapien* angelehnt. Die »Durchschnittserwartung« von Klienten, die diesbezüglich die meisten Schwierigkeiten für die beraterisch-therapeutische Tätigkeit schafft, läßt sich pointiert durch die folgenden Merkmale kennzeichnen:

Die Behandlung wird als weitgehend *nicht-verbal-kommunikativ* und eher *ich-fern* antizipiert. So wird beispielsweise angenommen, der Psychologe arbeite hauptsächlich mit Hilfe undurchschaubarer diagnostischer (medizin-analoger) Untersuchungen (Tests) und in sehr viel geringerem Maße über intensive verbale Kommunikation, bei der Aspekte eigenen Verhaltens, eigener Einstellungen, Emotionen etc. dezidiert in den Mittelpunkt gestellt werden, deren Bedeutung für die subjektiv wahrgenommene Problematik dabei nicht unmittelbar plausibel ist. (Eine Mutter, die ihr problematisches Kind in einer Beratungsstelle vorstellt, ist u. U. entsetzt, daß *ihr eigenes* Verhalten – und nicht das des Kindes – zum Gegenstand der Behandlung gemacht werden soll.) Das durch den Psychologen vom Klienten verlangte Maß an *eigener Aktivität* hinsichtlich der Exploration von Verhalten, der Erforschung von Kognitionen, emotionalen Prozessen, Situationen, der Änderung von Gewohnheiten etc. ist sehr häufig nicht in Übereinstimmung mit den diesbezüglichen Vorerwartungen. – Nach den (»durchschnittlichen«) Vermutungen dieser Klienten-Problemgruppe vor Beginn der Behandlungsaufnahme steht ihnen ein Beratungs-/Therapie-Prozeß bevor, der klar *strukturiert* ist in seiner Rollenverteilung, seinen Kompetenzen und seinen Inhalten, bei dem der *Psychologe* sich in starkem Maße *aktiv, direktiv* und *autoritär* verhält und den sie weitgehend *passiv duldend* über sich ergehen lassen. (So kann etwa ein nicht-direktives Vorgehen des Psychologen dem Klienten gegenüber bei diesem einen hohen Grad an Unsicherheit und Hilflosigkeit hervorrufen – der Klient

hat u. U. den Eindruck, daß der Berater/Therapeut ihm sein Wissen vorenthält, ihn mit seinen Problemen »sitzenläßt«; die »Autoritätsgläubigkeit« des Klienten mag so eine große Enttäuschung erfahren.) Nach diesem Erwartungs-Konzept folgt der Phase der psychologischen Untersuchung eine Behandlung, deren Kern in einer *rezeptartigen* verhaltensbezogenen *Instruktion* besteht, mit deren Hilfe das bestehende Problem zu lösen ist. Die *Dauer* der Behandlung wird mithin als relativ *kurz* (vor allem was die Zahl der Kontakte anbetrifft) antizipiert.

Beispiele

Psychologe: Das andere, was einem die Arbeit so ein bißchen schwer macht: Die Autoritätshörigkeit und -gläubigkeit. Die Leute also davon runter zu bringen: Da sitzt der Fachmann, ich bin der arme kleine Wurm, der überhaupt nichts weiß. Da erst mal eine Basis zu finden, miteinander zu reden, miteinander zusammenzuarbeiten.

Psychologin: Das Problem in der Erziehungsberatung, so wie ich es hier kennengelernt habe, ist: Ich möchte eigentlich mit den Eltern gern auf Gesprächsbasis arbeiten. Die Eltern wollen das aber gar nicht, die kommen hierher und sagen: Das Kind muß untersucht werden; da wollen wir doch mal sehen, woran das liegt. Ich nehme vielleicht mal einen Fall, den ich jetzt gerade habe: Dann habe ich die Eltern bestellt. Die Mutter war unheimlich empört, wie ich es wagen könnte, bei ihr drin rumzuwühlen . . . Dann habe ich insgesamt drei Gespräche geführt, die dann damit endeten, daß doch ganz massiv eine Untersuchung gefordert wurde . . . Ich kann dann nochmal versuchen, mit dem Material der Untersuchung – weil hier sicherlich eine gewisse Autoritätsgläubigkeit da ist – ranzugehen, wenn ich also sage: In der Untersuchung zeigt sich: . . . Und dann also ganz vorsichtig konfrontiere. Daß ich da zumindest ein Stück aufrühre . . .

Psychologe: In der Regel kommen die Klienten mit Erwartungen, daß ihnen irgendwie per einer Art von Rezept, also per Beratung, relativ direktiv, geholfen wird – wenig die Erwartung, daß wir nichtdirektiv helfen. Die möchten im Grunde eine Strukturierung haben, sie möchten ein Angebot haben, was sie überschauen können und fühlen sich, glaube ich, doch noch weitgehend abgestoßen, wenn wir sozusagen nicht-direktiv sie irgendwo sitzenlassen. Ich habe das neulich mal erlebt, da hat eine Dame sich beschwert, daß sie gesprächspsychotherapeutisch angegangen wurde, und der Psychologe hat dann nur ihre Gefühle reflektiert, und sie war so frustriert, daß

sie nicht mehr erschienen ist. Insofern glaube ich, daß sie eher Beratung erwarten als Therapie.

Psychologe: Probleme entstehen dann, wenn ich den Leuten nicht deutlich machen kann, daß ich sie als gleichwertige Partner erlebe und behandle. Manche Leute wollen halt Rat haben, und Rat, den kann ich ihnen nicht geben. Und da kann es dann schon mal passieren, einige Male im Jahr, daß dann die Leute wegbleiben. . . . Ich hatte jetzt eine Mutter, da haben wir über Gefühle gesprochen, Gefühle äußern, wie wichtig das ist, auf seine Gefühle zu achten, die für sich selbst akzeptieren, die nicht einfach runterschlucken. Da sagt die Mutter: Nur bei meinen Kindern, da ist es so, da zeige ich dann auch meine Gefühle, aber ich habe eine ungeheure Angst, daß ich dann an Respekt verliere. – Die Angst braucht sie ja nicht zu haben, die Angst habe ich halt auch nicht, wenn ich einfach dem Klienten sage: Ja, ich weiß auch nicht weiter. Ich möchte Ihnen ja helfen, aber was Sie mir da so erzählen, das ist so schlimm, ich weiß da auch keinen Rat. Aber das heißt nicht, daß wir nicht zusammen was erarbeiten können. Und ich erlebe mich da nicht so, als wenn jetzt der Klient denkt, jetzt wird er von mir im Stich gelassen.

Psychologe: Man stellt immer wieder fest, daß die Klienten, die zu uns kommen, sich gar nicht vorstellen können, was wir eigentlich machen. Die kommen mit so Rezeptheilungs-Erwartungen: Wir geben hier das Kind ab, und der gute Doktor, der soll uns mal sagen, was da los ist. Der wird das schon wieder hinkriegen. Dann hat man zunächst Arbeit mit der Motivation, daß die Eltern auch selbst bereit sind, was zu tun, daß man die zur Mitarbeit gewinnt. Von daher sind die Erwartungen häufig anders, als es hinterher abläuft. Die haben ja auch keine Vorstellung darüber, wie lange so ein Prozeß der Beratung dauert. Die haben häufig so im Kopf: Jetzt gehen wir dahin und der sagt uns, wie wir das machen, der sieht uns vielleicht zehn Minuten.

Psychologe: Ich glaube, man muß unterscheiden – ich glaube, das unterscheidet sich nach der Struktur des Falles: Und zwar Eltern, die so im Prozeß der Beratung oder Therapie irgendwo darauf kommen, daß sie ja auch selbst ganz stark in das Problem involviert sind, die zucken zurück – je nach dem, wo die Widerstände auftreten. Es gibt ganz unterschiedliche Fälle. Welche, die sagen: Hier, Sie sind bekloppt, der Junge muß nochmal vom Arzt untersucht werden, die finden zwar bisher noch nichts, aber der muß nochmal . . . – Die empfinden mich dann wohl irgendwann als lästig, weil ich da noch immer so ein bißchen wieder bohre. . . . Das liegt an den Er-

wartungshaltungen der Leute insofern, als da so ein bißchen hintersteckt: Hier hast Du mein Kind, aber laß mich in Ruhe. Das sind natürlich die schwierigsten Fälle. Da muß ich mir überlegen: Was kannst Du da jetzt noch machen? Irgendwie so ganz kriegst Du die nicht geregelt, daß die mal einen Blick aufs Kind richten. Was kannst Du da sonst noch machen? – Viele sehen uns natürlich als Experten, die was im Kopf haben, und die geben jetzt Rezepte in die Hand. Das versuche ich, von Anfang an abzubauen, indem ich denen klarmache, wie die Störungen meistens zustandekommen, daß das was mit Interaktion zu tun hat, und daß da mehrere dran beteiligt sind und sowas. Aber das ist natürlich auch immer unterschiedlich, wie die das aufnehmen.

Frage: Kommen die Klienten schon mit einer bestimmten Erwartungshaltung?

Psychologe: Ja. Die ist schon oft vorgeprägt durch den Namen unserer Institution. Die Leute wollen sich hier gute Ratschläge und Rezepte abholen. Die Eltern erhoffen sich häufig, daß sie hier das Kind abgeben können, daß wir das dann wiederherstellen, und sie es nach einer gewissen Zeit geheilt abholen können. . . . Ich glaube nicht, daß in dieser Erwartung immer ein großes Vertrauen uns gegenüber drinsteckt. Das ist zwar eine sehr hohe Erwartungshaltung, die die Eltern haben, die aber immer auch mit einer gewissen Skepsis verbunden ist, weil sie selbst ja irgendwie sehen: Ich komme nicht mehr klar. Und die Skepsis verschwindet auch nicht, wenn dann auf einmal so Experten vor den Eltern sitzen. Ich glaube also nicht, daß das Vertrauen von vornherein so groß ist. Das ist auch eine Beziehungsfrage, wir müssen das Vertrauen zuerst schaffen in der Arbeit mit den Klienten. Dann funktioniert auch erst das Arbeiten.

Psychologe: Viele Leute kommen mit der Erwartung hierher, da steht einer im weißen Kittel, der hat Sprechstunde, und nachher gibts ein Rezept, ich kriege irgendwie eine Verhaltensmaßregel, und dann läuft der Laden. Das müssen wir in sehr vielen Fällen abbauen, das ist also eine Schwierigkeit unserer Arbeit.

Frage: Wie machen Sie das, diese Erwartungen abbauen?

Psychologe: Indem ich das zunächst einmal zur Sprache bringe, in einer Frage im ersten Gespräch: Mit welchen Erwartungen sind Sie hierhergekommen? Was glauben Sie, können wir bieten? – Sehr oft kommt dann die Antwort: Wir wollen mal wissen, was wir falsch gemacht haben; wir wollen wissen, woran wir schuld sind; was wir nicht hätten tun sollen und was wir hätten vermeiden können und dergleichen. Dahinter steckt das Problem der Schuld und das bela-

stet die Zusammenarbeit ziemlich. Sobald da der Eindruck der Schuld mit drinhängt, ist immer die Frage, was die da noch umstellen können; es wird sehr verkrampft. Wir versuchen dann, das abzubauen. Wie gut es uns gelingt, ist meines Erachtens eine Frage der persönlichen Zusammenarbeit, des persönlichen Vertrauens. Wenn die Eltern bemerken, daß sie akzeptiert werden, daß ihnen also nicht nur auf den Kopf geschlagen wird: Das und jenes habt Ihr falsch gemacht, dann werden sie auch viel eher dazu kommen, zu sagen: Ja, dann kann ich das doch auch so und so machen . . . , wenn die Lösungen kommen. – Wo noch eine große Diskrepanz besteht, ist bei den Leuten, die dann emotional stark blockiert sind. Die hören sich das an, erfassen das rational auch wunderbar – was man am Feedback merkt, wenn man fragt: Können Sie nochmal kurz wiederholen? Oder: Wie ist das bei Ihnen angekommen? – Das ist dann im Moment da, aber eine Stunde weiter ist es wieder zu Ende.

Eine in diesem Zusammenhang noch zu erwähnende spezifische Problematik für die beraterisch-therapeutische Tätigkeit im Bereich der prozeßbezogenen Vorinformationen und Erwartungen des Klienten ist die des *psychologischen populären oder Pseudo-Vorwissens* von Klienten. Einige Klienten laufen bereits mit selbst »psychologisierten« Problem-Definitionen, Diagnosen oder Therapie-Vorstellungen, die sie aus popularisierten (vor allem psychoanalytisch orientierten) einschlägigen Konzepten gewonnen haben, die Beratungsstelle an und hegen entsprechende Erwartungen bezüglich der ihnen angemessenen oder auch nicht angemessenen psychologischen Behandlung.

Beispiele

Psychologe: Wenn da jemand kommt und gibt mir zu verstehen: Das ist alles Mumpitz mit der Psychoanalyse, damit habe ich mich selber schon beschäftigt, da kann ich nichts mit anfangen . . .

Frage: Solche Leute gibt es?

Psychologe: Ja, solche Leute gibt es. Die sind meistens dann sehr, sehr schwierig, die sind oft auch sehr belesen und die können einem die Pflaumen vom Baum ziehen . . . Da bin ich dann sehr schnell geneigt, mich rein an die Lerntheorie zu halten, . . . um auch nicht in Gefahr zu geraten, als Scharlatan angesehen zu werden . . . Wenn die Leute irgendwelche Erklärungen verlangen und fragen: Ja, wie kann das denn zusammenhängen? Dann versuche ich, als Beweis dafür, daß es logisch ist, daß das Kind so und so reagiert, irgendwelche Untersuchungsergebnisse einzubringen; so vom Aspekt der wissenschaftlichen Autorität her, das erscheint mir immer mehr günstig.

Das merke ich auch in der Vortrags-Arbeit, dem Anstrich der Wissenschaftlichkeit – der ist bei Experimenten immer gegeben – glauben die Leute viel mehr. Dieser Glaube bewirkt sicherlich ein ganzes Stück in der Beratung und in unserer Tätigkeit.

Psychologin: Das finde ich immer sehr problematisch, wenn da Klienten kommen, die alles schon wissen, in einer bestimmten Art und Weise. Die sagen: Das ist mein Problem; ich weiß das, und was soll ich jetzt tun? D. h. sie kommen schon mit einem ziemlich fixierten Gebäude. Dazu kommt noch, daß bei den Klienten meist eine pseudo-analytische Auffassung vorhanden ist, die sich dann ein Etikett nach dem anderen verpassen, wo es mir kalt den Rücken runterjagt . . .

Was häufig vorkommt ist: »mangelndes Urvertrauen« . . .

Aufgrund der noch weithin verbreiteten unangemessenen Vorstellungen hinsichtlich des Prozesses einer psychologischen Beratung bzw. Therapie (oder auch aufgrund anderer Quellen inadäquater Vorerwartungen) wird an die psychologische Tätigkeit die Anforderung einer *behandlungsermöglichenden Modifikation dieser Erwartungen*, einer Einbeziehung der vorhandenen Klienten-Kognitionen in die beraterisch-therapeutische Interaktion gestellt. Hinsichtlich der Bewältigung dieser Aufgabe gibt es eine Vielzahl praktizierter Vorgehensweisen, die jedoch nur zu einem äußerst geringen Teil durch klinisch-psychologische Behandlungstheorien bzw. -modelle abgedeckt bzw. aus diesen abgeleitet sind. Einige Beispiele für solche *Strategien des praktischen Umgangs mit prozeßbezogenen Klienten-Erwartungen*:

- Die für problemadäquat i. e. S. (d. h. nach klinisch-psychologischen Kriterien für indiziert) gehaltene Behandlungsmethode wird – (relativ) »unbeirrt« von den zu Eingang existierenden Erwartungen des Klienten – angewandt; der Klient hat die Möglichkeit, diese Behandlung zu akzeptieren oder den Kontakt von sich aus abzubrechen. (Wobei diese Strategie auch bedeuten kann – und vermutlich in der Regel bedeutet –, daß das Problem der Rollenerwartungen des Klienten als Komponente der Anforderungen an die psychologische Tätigkeit – bewußt oder unbewußt – ignoriert wird.)
- Zu Beginn des Kontaktes mit dem Klienten werden dessen Erwartungen und Ansprüche an die Institution bzw. den Psychologen explizit thematisiert; dem werden die Behandlungsmöglichkeiten gegenübergestellt, die die Institution bzw. der Psychologe anbieten kann; der Klient erklärt, welches der Angebote er unter Berücksichtigung seiner Vorstellungen wahrnehmen möchte o. ä.

- Der Psychologe geht vorläufig oder vordergründig auf die Erwartungen des Klienten – etwa hinsichtlich Autorität, Strukturiertheit, Testanwendung etc. – ein, um so eine günstige »Anfangsbeziehung« herzustellen; er verfolgt aber im Verlauf der Behandlung das Ziel, die Rollenvorstellungen des Klienten zu verändern.
- Der Psychologe widerspricht (etwa bei einer Erwartungs-Abklärung zu Behandlungsbeginn) den prozeßbezogenen Kognitionen des Klienten und versucht, diese durch eine Konfrontation mit einschlägigen Ergebnissen wissenschaftlich-psychologischer Untersuchungen zu verändern. Das ist durch stärker autoritäts-akzentuierendes Vorgehen (»Die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen zeigen aber ganz eindeutig, daß . . .«) oder durch eher kooperativ-gleichberechtigte Maßnahmen (der Klient liest ein Buch zur Einführung in lerntheoretische Verhaltensmodifikations-Strategien) möglich.
- Der Psychologe entspricht weitgehend den an ihn herangetragenen Rollenerwartungen: Er setzt autoritäres und konfrontierendes Verhalten, »Erschütterung« und Suggestion etc. als psychologisch-instrumentelle Verfahren der Behandlung der Klienten-Probleme ein.
- Die Erwartungshaltungen des Klienten finden Berücksichtigung bei der Indikation von Interventionsverfahren; so wird etwa die differentielle Zuordnung von stärker direktiv-strukturierten bzw. eher nicht-direktiv-unstrukturierten Behandlungs-Versionen u. a. abhängig gemacht von der Kompatibilität mit den jeweiligen Klienten-Erwartungen.
- Die Modifikation der Vorstellungen des Klienten wird einbezogen in einen längerfristig angesetzten Prozeß der Etablierung einer Beziehung von Psychologe und Klient, die durch Angstfreiheit, Offenheit, Akzeptanz, Vertrauen etc. gekennzeichnet ist (vgl. dazu unten).

Behandlungs-Motivation von Klienten

Die Behandlungs-Motivation eines Klienten, d. h. die Stärke des Antriebs zur Veränderung eigenen Erlebens bzw. Verhaltens, wird in aller Regel als unabdingbare Voraussetzung der erfolgreichen psychologischen Beschäftigung mit einem Klienten-Problem angesehen – wobei diese Motivierung inhaltlich zu spezifizieren ist bezüglich bestimmter Interventions-Methoden und Interventions-Ziele. Das Ausmaß der Eingangs-Motivation ist daher auch als Kriterium der Selektion von Klienten für eine Therapie sehr verbreitet. Mangelnde Therapie-Motivation (bzw. mangelnder »Leidensdruck«) des Klienten wird als »störende Bedingung« häufig zur Erklärung von Behandlungs-Fehlschlägen herangezogen. – Die empirischen Untersuchungen des Zusam-

menhangs von Eingangs-Motivation der Klienten und Behandlungserfolg fallen demgegenüber jedoch recht uneinheitlich aus (vgl. etwa MELTZOFF & KORNREICH 1970, 250 f.); MELTZOFF & KORNREICH heben die *Variabilität* der Klienten-Motivation im Verlauf von Therapien hervor, um diese uneindeutigen Resultate zu erklären. – Hier wird die Behandlungsmotivation des Klienten als *Problem* und *Gegenstand* der beraterrisch-therapeutischen Tätigkeit des Psychologen in den Mittelpunkt gestellt.

Bei psychologischen Beratungsstellen wirkt sich die oben erwähnte (differentielle) »Schwellenangst« potentieller Klienten in bezug auf die Kontaktaufnahme mit der Institution auch als *motivationsbezogener Selektionsfilter* hinsichtlich des Klientels aus: Aufgrund des an Beratungsstellen durchgängig existierenden Prinzips der *Selbständigkeit* und *Freiwilligkeit der Kontaktaufnahme* bzw. der Anmeldung ist bei Klienten in der Regel bereits eine gewisse »Basisrate« an Motivation gewährleistet (die durch nicht-erwartungskongruente Ereignisse im Kontakt mit der Institution natürlich auch vermindert werden kann). Ausnahmen können allerdings vor allem dort auftreten, wo der Grundsatz des freiwilligen Kontakts durch von irgendeiner Seite ausgeübten »sanften Druck« o. ä. auf den (potentiellen) Klienten beeinträchtigt wird (wenn beispielsweise der Kindergarten, die Schule o. ä. eine Mutter auffordert, wegen bestimmter Probleme mit ihrem Kind doch einmal die Erziehungsberatungsstelle aufzusuchen).

Trotz dieser – etwa im Vergleich mit der »motivationalen Basis« vieler Klienten in psychiatrischen Landeskrankenhäusern – noch als relativ günstig eingeschätzten Ausgangslage in bezug auf die Eingangsmotivation von Beratungsstellen-Klienten (und damit ihre voraussichtliche »Geeignetheit« für psychologische Interventionsverfahren), ist ein nicht unwesentlicher Teil der Tätigkeit von Psychologen auf die Herstellung bzw. Erhöhung behandlungsnotwendiger oder -fördernder motivationaler Bedingungen beim Klienten gerichtet. Hinsichtlich der »Diagnose« des Motivationsgrades des Klienten hat der Psychologe dabei in der Regel bestimmte erfahrungsbedingte Standards herausgebildet. Einige der in unseren Interviews erwähnten *Strategien* der Anforderungsbewältigung auf diesem Gebiet sind die folgenden:

- (Weitere) *Selektion* der um Behandlung nachfragenden Klienten nach dem Kriterium der Eingangs-Motivation zur Beratung/Therapie bzw. nach »Leidensdruck«.
- Maßnahmen, die die *Wertschätzung und Achtung* der Beratungsstelle durch den Klienten – und damit ihren »Belohnungswert« für den Ratsuchenden – *erhöhen* sollen, so beispielsweise: Dem Klienten wird deutlich gemacht, daß die Mitarbeiter der Institution ihm nicht

»hinterherlaufen«; wenn er eine gewisse Anzahl von Terminen unbegründet versäumt, wird der Kontakt von der Institution aus abgebrochen; dem Klienten wird deutlich gemacht, daß alle Maßnahmen und Vorgehensweisen nur *ein einziges Mal* erläutert und erklärt werden.

- Versionen des »*Contract Management*«: Es werden Verpflichtungen zwischen dem Psychologen und dem Klienten vertraglich vereinbart, etwa hinsichtlich des Auftrags, den der Psychologe zu erfüllen hat und der dabei notwendigen Mitarbeit des Klienten; u. U. werden für das Nichteinhalten des Vertrags auch »Konventionalstrafen« festgelegt.
- Der wesentliche Teil der Maßnahmen des Umgangs mit der Klienten-Motivation (wie ja prinzipiell auch die hier bereits genannten Strategien) spielt sich ab innerhalb des Bereichs der *Ausgestaltung der persönlichen Beziehung* zwischen Psychologe und Klient sowie der *Behandlung der umstände- und prozeßbezogenen Erwartungshaltungen des Klienten*; insofern können hier auch zum großen Teil die beim Umgang mit Rollenerwartungen des Klienten oben bereits genannten Vorgehensweisen sowie die Variation der »Beziehungsdimension« (vgl. unten) instrumentell-motivationsbezogen eingesetzt werden.

Beispiele

Frage: Welche Leute kommen zu Ihrer Institution, und wer muß hierhin kommen?

Psychologe: Im Grunde muß niemand hierher kommen. In einigen Fällen besteht allerdings sicherlich ein gewisser Zwang, beispielsweise von Schulen aus. Und das merken wir auch – zu unserem Nachteil . . . Einige Lehrer sagen beispielsweise den Eltern, sie sollten mit ihrem Kind zur Erziehungsberatung gehen. Dann stehen die Eltern hier: Uns hat die Schule geschickt. Im Grunde mit der Drohung: So geht das nicht weiter, Sie müssen irgend etwas tun, sonst bleibt der Junge sitzen oder muß von der Schule runter oder so etwas. – Manchmal werden auch Leute vom Jugendamt geschickt oder von der Familienfürsorge, das kommt gerade bei Leuten vor, die so zur unteren sozialen Schicht gehören, beispielsweise bei Leuten, die im sozialen Brennpunkt leben, oder die Kinder haben, wo einiges auffällig geworden ist in krimineller Hinsicht. Das Geschickt-Werden ist für uns immer sehr negativ: Mangelnde Motivation; wir müssen dann versuchen, Motivation überhaupt erst aufzubauen. Unter die-

sen Voraussetzungen ist es sehr schwer zu arbeiten. Das gelingt uns auch sicherlich nicht immer.

Psychologe: Ich mache die Eltern mit den Grundprinzipien der Verhaltenstherapie bekannt; ich gebe denen z. B. ein Heft mit, das von PATTERSON: »Mit Kindern leben«, da sind also die Grundzüge dargestellt, und das ackern die durch – es ist übrigens interessant, daran kann ich sehr gut erkennen, ob die Leute motiviert sind, echt etwas zu tun. Wenn die dann nämlich wiederkommen und sagen: Ja, wir sind nicht dazu gekommen, oder: Ein paar Seiten habe ich gelesen . . . Ich erkenne daran auch, wie groß die Mitarbeitsbereitschaft ist. Wenn die Leute dann interessiert sagen: Aber das habe ich nicht verstanden . . ., aber das fand ich gut . . ., oder so – dann zeigt das mir, daß sie interessiert da eingestiegen sind.

Psychologin: Früher war es nicht so streng. Wir machen es jetzt (für die Eltern) zur absoluten Pflicht, die Beteiligung an der Behandlung. Während früher: Da kamen die mal, und dann kamen sie auch mal wieder nicht. Heute sagen wir: Wenn Sie viermal nicht erschienen sind, unentschuldig, dann sind Sie draußen. Das wissen die Eltern. Die Eltern müssen einen wirklich ein bißchen achten. Wenn die das nämlich nicht machen, sondern sagen: Naja, das ist ganz nett – das nützt überhaupt nichts. Die müssen da echt was für investieren, dann sind sie auch in der Lage, das umzusetzen . . .

Früher war es so: Die Eltern wurden unwahrscheinlich verwöhnt. Die konnten hier kommen, wann sie wollten, die ließen Termine platzen usw. In den Augen der Eltern war die Beratungsstelle nichts wert, weil die nichts dafür investieren mußten: Ja, machen Sie mal! Ich hab keine Lust dazu. – Dagegen heute verlangen wir von denen: Ihr müßt was machen! Ihr seid diejenigen, welche! Wir geben nur Hilfestellung. Wir erziehen nicht, die Hauptarbeit habt Ihr. 145 Stunden in der Woche seit Ihr dafür zuständig, eine Stunde wir. – Zu 99 Prozent akzeptieren die Eltern das und sind auch froh darüber. Und diejenigen, die es nicht akzeptieren, sind selbst schuld, die nehmen dann wirklich nämlich anderen Leuten einen Platz weg.

Psychologe: Ich habe jetzt einen Behandlungs-Vertrag entworfen und möchte demnächst grundsätzlich parallel zur Therapie mit dem Kind Elternberatungsgespräche durchführen; ich habe mir das so vorgestellt, daß ich erstmal eine bestimmte Anzahl von Sitzungen ansetze . . . – etwa acht Sitzungen. . . Ich möchte die Anzahl der Sitzungen limitieren, das nicht endlos laufen lassen; weil erfahrungsge-

mäß die Mitarbeitsbereitschaft, das Interesse der Eltern, nachläßt. Wenn das also unbefristet läuft, wenn die Eltern nicht wissen: Bleiben wir ein halbes Jahr oder bleiben wir zwei Jahre?, dann läßt das Interesse nach und die kommen dann nur noch ungern zu Beratungsgesprächen, oder sie kommen immer dann, wenn es gerade besonders brennt. Deswegen – habe ich mir gedacht – ist es vielleicht nützlicher, man macht es geraffter. Ich habe einen Beratungs-Vertrag . . ., den müssen die Eltern unterschreiben; da ist einmal eine Einwilligungserklärung drin, dann wird auch das zu behandelnde Symptom genau definiert, es wird also genau umschrieben, was das Behandlungsziel ist; weil nämlich auch das – meine ich – wichtig ist, denn die Leute kommen nachher nach einem halben Jahr – und dann heißt es: Jaja, das ist prima – aber jetzt ist dieses so störend. Damit die Leute überhaupt eine Vorstellung haben, was wir denn mal angezielt haben, was wir erreicht haben . . .

Dieser Behandlungs-Vertrag erscheint mir deshalb wichtig, weil wir sichergehen wollen, daß die Mitwirkung, die aktive Beteiligung der Eltern, gesichert ist. Daß die Eltern nicht glauben, wie das ja in der Öffentlichkeit weit verbreitet ist, daß derjenige, der eine Störung äußert, auch gleichzeitig die Ursache ist, sondern daß es im zwischenmenschlichen Kontakt zur Störung kommt. Das ist erst einmal eines der Hauptanliegen, den Eltern klarzumachen, daß sie mit ihrem Verhalten die Störung unterhalten. . . . Wenn die sich verpflichten, mitzutun, dann bekommt die Geschichte eine ganz neue Dimension. Der Therapeut steht dann auch nicht so unter Erfolgsdruck. Sonst wird das Kind abgeliefert, und man hat dafür zu sorgen, daß das nachher läuft – aber wie soll das?

Einige weitere Merkmale der Interaktion von Psychologe und Klient, die durch Rahmenfaktoren beeinflußt werden

Bei der Behandlung der allgemeinen erwartungsmäßigen und motivationalen Eingangsvoraussetzungen der Klienten sind bereits eine Reihe von Charakteristika der Interaktion und Beziehung von Berater/Therapeut und Klient angesprochen worden. Aufgrund der Komplexität der Beziehungen innerhalb des Gegenstandsbereichs lassen sich »Bereichs-übertretungen« bzw. Überschneidungen innerhalb einer solchen aspekthaften Darstellung nicht ganz vermeiden. – In diesem Abschnitt nun sollen einige Aspekte der *beraterisch-therapeutischen Interaktion* zur Sprache kommen, die bisher noch unzureichend behandelt worden

sind – insofern diese *in einem Zusammenhang mit institutionellen bzw. Rahmen-Bedingungen* stehen. Später wird der Bereich der Interaktion Berater/Therapeut – Klient noch einmal unter Akzentuierung von Merkmalen der Persönlichkeit aufgenommen.

Probleme der »sozialen Bewertung« des beraterisch-therapeutischen Bereichs

Die Befürchtung sozialer Diskriminierung aufgrund von Kontakten mit Institutionen für psychisch Kranke war oben bereits als Grund für das *Meiden* psychologischer Beratungsstellen angesprochen worden. Doch es existieren – neben einer solchen Vermeidung – auf Klienten-Seite eine Vielzahl anderer Arten, mit der eigenen »Schwellen-Ängstlichkeit« umzugehen. Die *interaktive Bewältigung* von Schwierigkeiten und Hemmungen des Klienten, bei der Beratungsstelle persönliche Hilfe zu suchen, dürfte in der ersten Phase des Kontakts eines der regelmäßigsten Probleme für den Psychologen hinsichtlich der Herstellung beratungs-/therapie-geeigneter interpersonaler Voraussetzungen sein. Hier ist vor allem die Schaffung von »Offenheit« bzw. »Selbsteröffnung« und »Vertrauen« in einer »persönlichen Beziehung« von Bedeutung (vgl. unten).

Aber nicht nur der Psychologe setzt interaktive Konzepte gezielt zum Abbau sozialer Ängste ein; auch der Klient verfolgt – mehr oder weniger gezielt und reflektiert – bestimmte interaktionsbezogene Strategien der Annäherung an die Institution bzw. an die Person des Beraters/Therapeuten. Das kann u. U. so weit gehen, daß andere, nicht oder nicht zentral vom (eigenen) Problem betroffene Personen vorgeschickt werden, um einen Kontakt (stellvertretend) erst einmal anzubahnen, in bestimmter Weise »vorzufühlen« o. ä. (Extrembeispiel: eine Lehrerin, die einen problematischen Schüler ihrer Klasse zur EB schickt mit der Intention, daß die Stelle mit ihr Rücksprache nimmt, und sie auf diese Weise Gelegenheit bekommt, ihre eigenen Eheproblematik o. ä. dort vorzubringen).

Eine häufiger gebrauchte Vorgehensweise von Klienten dürfte die sein, bei der ersten Kontaktaufnahme mit dem Berater/Therapeuten bzw. in der frühen Phase der Interaktion bestimmte – sozial in ihren Augen noch eher zu akzeptierende, »harmlosere«, weniger zentral die Persönlichkeit tangierende o. ä. – Probleme zunächst vorzustellen und hierfür um Hilfe zu bitten und erst in späteren Sitzungen auf ihre »eigentliche« Schwierigkeit zu sprechen zu kommen (beispielsweise werden nicht selten Probleme des Kindes oder mit dem Kind als Vorstellungsgrund vorgeschoben, wobei eigene emotionale, interpersonale

o. ä. Schwierigkeiten im Hintergrund stehen). Eine solche Strategie erfüllt für den Klienten einmal die Funktion, seine »Schwellenangst« hinsichtlich des Gangs zur Beratungsstelle zu vermindern. Zum anderen dürfte es sich hier häufig auch um eine Vorsichtsmaßnahme dem Psychologen gegenüber handeln: Dem Berater/Therapeuten wird so eine gewisse »Probezeit« gegeben. Sollte sich der Kontakt für den Klienten als unbefriedigend herausstellen, kann er die Beziehung immer noch auf einem Niveau relativ geringer »Ich-Nähe« bzw. Selbsteröffnung abkürzen oder abbrechen. Ein völliges »Offenlegen« oder »Ausliefern« der eigenen Persönlichkeit gegenüber dem Psychologen geschieht so erst nach einer bestimmten Dauer der Interaktion. – An dieser Stelle läßt sich noch einmal die Problematik der Bewältigung institutioneller Bedingungen (v. a. des Wartelisten-Problems) durch »Kurzinterventionen« (vgl. oben) illustrieren: Unter der Strategie möglichst kurzzeitiger Behandlungen wird ein Berater/Therapeut der geschilderten (sukzessiven) Vorgehensweise des Klienten in der Regel nicht gerecht werden können; er wird die Behandlung vermutlich sehr häufig auf der Ebene der »vorgeschobenen« Probleme abwickeln.

Beispiele

Psychologe: Bei diesen Anamnesen und Aufnahmegesprächen erfährt man vieles von den Eltern, aber lange nicht alles. Wir machen die Erfahrung, daß oft sehr wichtige Dinge aufgrund von Widerständen der Eltern erst nach ein paar Kontakten richtig rauskommen, daß dann zwar in der Anamnese solche äußeren Daten wie Zeitpunkt des Laufens, der Sprachentwicklung oder so festgehalten werden – das ist natürlich auch wichtig. Aber es wird schon schwieriger z. B. bei Fragen zum Erziehungsstil und zu Einstellungseinstellungen, eigenen persönlichen Problemen der Eltern und Schwierigkeiten, die sich auf die Kinder übertragen – so etwas zu eruieren im ersten Gespräch. Das ergibt sich oft erst im Laufe der weiteren Gespräche, daß da doch einige wichtige Punkte erst herauskommen, die mit der Problematik des Kindes in Zusammenhang stehen.

Psychologin: Das ist der Witz: Die Leute kommen leichter über die Schulprobleme, dann spricht man über die Schulprobleme, und dann kommt raus, meinetwegen, der näßt ja auch noch ein; das war aber nicht der Anlaß, weshalb sie gekommen sind; sie kamen wegen der Schulprobleme. Dabei kommen dann solche Dinge oft nach. Anmeldungen wegen Einnässen oder so etwas sind demgegenüber relativ

selten – obwohl solche körperlichen Symptomatiken, wir haben das mal ausgerechnet, prozentual nicht seltener sind.

Interaktionsbezogene Probleme aus »Schicht«-Differenzen zwischen Psychologe und Klient

Neben institutionell bedingten führen häufig auch *personelle Variablen* des Psychologen (Ähnlichkeit, Attraktion im Verhältnis zum Klienten etc.) zur Selektion von Klienten. Dabei entspricht die vorgenommene Differenzierung häufig den Unterschieden bezüglich der *sozialen Herkunft*, des sozialen Status', Bildungsniveaus etc. (vgl. MELTZOFF & KORNREICH 1970; SCHOFIELD 1964; GOLDSTEIN 1971).

Diese Situation bzw. die mit ihrer Bewältigung verbundenen Schwierigkeiten sind von den meisten Psychologen in den Interviews thematisiert worden. Sehr viele der in aller Regel aus »Mittelschicht-Subkulturen« stammenden Berater/Therapeuten berichten von interaktiven Problemen im Kontakt mit Klienten, die einem anderen »soziokulturellen Milieu« als dem ihren angehören. Dabei werden vor allem die folgenden Interaktionsaspekte als problematisch thematisiert:

- Schwierigkeiten hinsichtlich der *Einführung in die Lebensbedingungen* dieser Klienten, ihre Denk-, Wert-Kategorien und emotionalen Strukturen;
- Schwierigkeiten, die *Instrumentalität und Nützlichkeit verbaler Interaktion* bezüglich der Lösung der bestehenden Probleme zu vermitteln, da dies nicht die von diesen Klienten allgemein praktizierte Art der Bewältigung von Schwierigkeiten ist;
- Schwierigkeiten in der *sprachlichen Verständigung*: Sowohl sich für den Klienten verständlich und akzeptabel auszudrücken als auch ihn zu bewegen, seine Probleme, Kognitionen, Emotionen in der behandlungsnotwendigen Differenziertheit und Elaboriertheit zu verbalisieren (vgl. JAEGGI 1977);
- Schwierigkeiten in der Transformation und *Übersetzung psychologischer Termini und Bedingungsbeziehungen* in dem Klienten verständliche und plausible Ausdrucks- und Denkweisen.

Beispiele

Psychologin: Ich hätte in meiner Ausbildung nie einen Gedanken daran verschwendet, daß es wichtig ist zu wissen, wo die Leute wohnen. Also jetzt nicht, ob sie ein Eigenheim haben oder eine Mietwohnung, sondern was das für eine Gegend ist, wie da die so-

zialen Bezüge sind. Unsere Klienten im Studium, die kamen irgendwie immer aus dem luftleeren Raum, die wohnen halt, und damit hatte sich das. Aber was das hier in so einer Kleinstadt für eine Rolle spielt, in welcher Ecke man wohnt, und wer da wen kennt, und ob man vielleicht den Berater schon einmal auf der Straße gesehen hat und all solche Dinge – die spielen mit Sicherheit eine Rolle, und damit muß man umgehen lernen. – Also ich fände es wirklich ganz wichtig, wenn im Studium so etwas angeboten würde, wie praktische Übungen – ich hätte fast gesagt: mit normalen Leuten; also mit wirklich normalen Klienten eben unter Supervision, denn anders kann man es meines Erachtens auch nicht lernen. Sonst macht man es eben nachher ohne Supervision, mutterseelenallein, in seiner EB.

Frage: Wie haben Sie es denn gelernt?

Psychologin: Ja, eben ohne Supervision. In meiner ersten EB hat mich niemand gefragt: Können Sie Beratung machen? Sondern: Jetzt machen Sie mal! Das ist jetzt Ihr Fall; wenn es Probleme gibt, dann tun Sie mal, dann überlegen Sie mal! – Dann bin ich z. B. in meiner ersten Beratung an sowas gescheitert, daß ich den Dialekt nicht konnte und die Leute einfach nicht verstand – und die dann nach zehn Minuten wegliefen . . . Ich habe nicht verstanden, was die wollten.

Psychologin: Wir haben hier bei uns meist den breiteren Mittelstand. Und ich muß sagen: Gott sei Dank!, denn ich merke, mit wirklich sehr schlichten Leuten, da stehe ich immer ziemlich unter Druck, mich jetzt richtig und verständlich auszudrücken; und auch die Probleme sind irgendwo anders . . . Ich bin selber ganz anders groß geworden, und das Einfühlen-Können in jemand, der aus einer ganz anderen Schicht stammt . . ., fällt mir sehr schwer. Aber das kommt hier gar nicht so aufs Trapez, weil das Klientel meist doch etwas »besser« ist.

Psychologe: Ja, ich würde sagen, die Grenze ist für mich an den Schichtunterschieden gegeben, wo ich z. B. als Mittelschichtler oder wo die Institution als Mittelschicht-Institution, die sie halt doch ist, ihre Kommunikationsgrenzen erfährt, in der Übersetzung ihrer Maßnahmen in die andere Schicht bzw. deren Sprache. Da erfahre ich mich doch als begrenzt. D. h. zum Beispiel, wenn ich Familienfürsorgefälle habe und stelle fest, ich spreche die Sprache der Leute nicht – das kann z. B. vom Dialekt abhängen . . . – und ich spreche auch von meiner Begriffsbildung die Sprache nicht, sozusagen den restringierten Code, da sind bei mir tatsächlich Grenzen, wo ich meine Arbeit an andere weitergeben muß, die als Dolmetscher quasi

wirksam sind. Das sind normalerweise die Sozialarbeiter des allgemeinen sozialen Dienstes, sprich Familienfürsorge. Da sind also wirklich deutliche Grenzen.

Frage: . . . die Sie also für sich als Defizit erleben?

Psychologe: Für mich persönlich nicht, sondern ich würde sagen: von der Institution her gesehen. Ich finde meine Identität in dem Bereich, der existiert, und ich würde sagen, ich habe nicht den Anspruch, mehr zu leisten. Ich würde nur sagen, es wäre wahrscheinlich günstig, die Institution zu ergänzen um Persönlichkeiten, die diese andere Leistung erbringen können.

Psychologin: Und da kommen wir relativ häufig an unsere Grenzen, daß unsere halbwegs intellektuelle Diagnose, die wir da vor uns haben, einfach nicht zu übersetzen ist in die Kategorien, in denen die Leute denken und vor allen Dingen auch fühlen. Ich spüre das häufig: Da fehlt jetzt was; ich kann mich nicht einfühlen, wo ich jetzt da rangehen müßte. Ich spüre zwar dann das Mißverständnis, aber ich weiß nicht, wie es zu beseitigen ist . . . Für mich war es absolutes Neuland, in welchen Kategorien normale Menschen denken, wenn man sie mit solchen Dingen konfrontiert. Und inwiefern das jemandem gelingt, einen funktionalen Zusammenhang zwischen irgendeiner Umwelt-Bedingung und Verhalten zu konstruieren. Und wie schnell ich z. B. auch ins Schwimmen komme dann bei solchen Dingen, einfach von den Erklärungsmöglichkeiten her. Ich habe dann immer den Eindruck, wenn ich mich von meinen Fachtermini wegbewege, daß ich ganz schnell in so eine Wischiwaschi-Sprache komme, wo man genausogut – was weiß ich – in der »Bravo«-Lebensberatung nachlesen könnte. Ich erlebe das als ziemlich großes Problem, dieses »Übersetzen«. Wir machen in unserer VT-Supervisionsgruppe wirkliche Anstrengungen, ganz konkrete Übungen, wie man am Anfang von Gesprächen jemandem sagen kann, was man eigentlich von ihm will und warum man jetzt so komische Fragen stellt und nach solchen Zusammenhängen fragt. Wir haben uns da eigentlich alle sehr schwergetan, so etwas zu formulieren.

Interaktionsprobleme aus der Alterskonstellation Psychologe – Klient

Ein spezifischer, von mehreren Psychologen erwähnter Problembereich psychologischer Tätigkeit ist der der Schwierigkeiten, die sich aus *Altersdifferenzen* zwischen Berater/Therapeut und Klient für die Interaktion ergeben. Durch die relativ starke Expansion psychosozialer Dien-

ste in den letzten Jahren und die noch relativ junge Tendenz des Eindringens von Psychologen in professionelle Domänen von Ärzten, Sozialarbeitern, »Laienberatern« etc. ist es zu erklären, daß der Altersdurchschnitt der derzeit in Beratung und Therapie tätigen Psychologen relativ niedrig ist. (Der Mittelwert hinsichtlich der *Länge von Berufserfahrung* liegt in unserer Stichprobe bei ca. drei Jahren.) So kommt es in Beratungsstellen nicht selten zu Situationen, in denen das Alter beispielsweise hilfesuchender Eltern deutlich über dem des Psychologen liegt. Das kann zu erheblichen Autoritätsproblemen innerhalb der Interaktion führen, pointiert darstellbar als Gegenläufigkeit der Rollenkonstellation Therapeut – Klient (etwa analog dem Arzt-Patient-Verhältnis interpretiert) einerseits und Mutter (bzw. Vater, bzw. Eltern) – Kind andererseits. Dieser Rollenwiderspruch (der bei Ärzten aufgrund der Akzeptanz des etablierten Methodenarsenals vermutlich weniger brisant ist) wird bei Psychologen u. U. durch die Unerwartetheit bzw. Nicht-Plausibilität der Vorgehensweise verstärkt.

Als *Strategien des Umgangs* mit diesem Problemkomplex sind in den Gesprächen genannt worden:

- Anlaufende Klienten werden entsprechend dieser Altersstrukturen differenziell an die vorhandenen Mitarbeiter zugewiesen;
- ein »junger« Psychologe zieht bei Elterngesprächen in solchen Fällen einen älteren Kollegen (u. U. einen Nicht-Psychologen) hinzu;
- das »Autoritäts-Defizit« auf der einen Ebene wird durch eine Forcierung der »wissenschaftlichen Autorität« zu kompensieren versucht.

Ein geeignetes Umgehen mit diesem Problem ist vermutlich in starkem Ausmaß erfahrungsabhängig: In dem Maße, in dem der Psychologe in seiner *Selbstdefinition* und seinen Reaktionsweisen dem Interpretationsschema der Altersrollen nicht mehr »aufsitzt« (ihm nicht mehr gewissermaßen »reflexhaft« unterliegt), dürfte er in der Lage sein, den Widerspruchs-Kognitionen auf der Seite des Klienten erfolgreich zu begegnen.

Beispiele

Psychologin: Die Probleme, mit denen sich fast alle hier rumschlagen, wenn jetzt ältere Eltern kommen. Wir haben ein relativ junges Team, und wir haben fast alle Probleme, uns da überhaupt zu behaupten. So eine Standardfrage ist: Haben Sie überhaupt Kinder? Und wenn man das verneint, dann sitzt man gleich schon ganz komisch da. Für Herrn Z. z. B. ist das eigentlich ein permanentes Problem.

Psychologin: Die Leute, die hierherkommen, sind ein Stück älter als ich. Sie haben Kinder, und ich bin unverheiratet, habe keine Kinder. Und ich setze mich dann also hierhin und höre mir an, was die sagen und sage denen dann was dazu . . . Daß die das alles so schlucken, das liegt sicher daran, daß da eine gewisse Autoritätsgläubigkeit ist, das liegt daran, daß ich sicher auch sehr leicht etwas autoritär erscheine . . . Für mich ist das nicht einfach, wenn jemand kommt, meinnetwegen, das könnten meine Eltern sein . . .

Psychologisch-theoretische Konzepte als Rahmenfaktor der Interaktion Psychologe – Klient

Über die Einwirkungen der behandelten objektiven und institutionellen Variablen sowie deren subjektiver Interpretation auf die Kognitionen und das Verhalten der beteiligten Personen in der Beraterisch-therapeutischen Interaktion hinaus sind es auch die (in einer Situation vorhandenen) *wissenschaftlich-psychologischen Konzepte*, die als *Rahmenfaktoren*, als interpretative und handlungsanleitende Bedingungen, Einfluß auf die Beziehung zwischen Psychologe und Klient nehmen.

Gedankliche interaktionsstrukturierende Konzepte existieren einmal auf der Seite des Klienten; diese sind oben als subjektive Erwartungen, Vorannahmen und Vorinformationen (auf die Institution und den Prozeß bezogen) thematisiert und behandelt worden. An dieser Stelle nun geht es um die theoretisch mehr oder weniger fundierten klinisch-psychologischen Beratungs- und Therapie-Konzepte, die vor allem (zu Behandlungsbeginn nahezu ausschließlich) auf der Seite des Psychologen vorhanden sind und sich durch die daraus abgeleiteten bzw. damit in Zusammenhang stehenden Interpretationen und Strukturierungen der Beraterisch-therapeutischen Situation auf die Interaktion auswirken.

Die in mehr oder weniger direkter Weise psychologisch legitimierte Konzeptualisierung der Interaktionssituation bezieht sich einmal auf den Zustand, die Bedingungen, die Rolle etc. *des Klienten*, zum anderen auf die Voraussetzungen, Verhaltensweisen etc. (der eigenen Person) *des Beraters/Therapeuten*. – So bietet der beim Psychologen subjektiv repräsentierte psychologisch-theoretische Rahmen Kriterien, Anhaltspunkte oder Hilfsmittel dafür, das Verhalten, die Umgebungswahrnehmungen, den emotionalen Zustand, die physiologischen Prozesse etc. beim Klienten als »krank« oder »gesund«, »fehlangepaßt« oder »angepaßt«, »reif« oder »unreif«, als »Verdrängung«, »Widerstand«, »Kompensation«, »Verspannung«, »Verhaltenslücke«, »Defizit

in der Persönlichkeitsstruktur« o. ä. zu kategorisieren, zu differenzieren und damit *als Gegenstand bzw. Inhalt* (bzw. *nicht als Gegenstand/Inhalt*) *einer beraterisch-therapeutischen Interaktion zur Disposition zu stellen*. (Welche Problematik solchen Klassifizierungen bzw. »Symptomzuschreibungen« innewohnen kann, veranschaulicht etwa die Untersuchung von ROSENHAN 1973: Fingierte Patienten wurden mit der Diagnose »Schizophrenie« über Wochen in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert.) Der Psychologe definiert aufgrund seiner psychologischen Kenntnisse (bzw. der darin implizierten Subjekt-Konzepte, Menschenbilder, Krankheitsmodelle) die problematischen und nicht-problematischen Verhaltens- und Erlebens-Bereiche des Klienten und damit den *differentiellen Gegenstand der Behandlung*. (In aller Regel tut er das dabei *in Abstimmung* mit den Bedürfnissen und Interpretationen des Klienten, wobei sein Interpretationsraster oder auch seine Interpretationsrichtung allerdings durchaus dominieren können.) Eine Person wird so durch psychologisch-theoretische Konzepte *als Klient* definiert, der *eine bestimmte Art von Störung* hat, wobei diese Störung durch *bestimmte Vorgehensweisen und Maßnahmen* in beraterisch-therapeutischer Interaktion gebessert oder geheilt (bzw. auch nicht geheilt) werden kann.

Vor allem bezüglich psychiatrischer Diagnosen ist dieser Vorgang des »Labeling« allerdings unter dem Aspekt der *gesellschaftlichen Interessenbezogenheit* und der *sozialen Kontrolle* problematisiert worden: Die Normalitätskonzepte bzw. Krankheitsbilder psychiatrischer (bzw. auch psychologischer) Theorieansätze enthalten durchaus Elemente sozialgesellschaftlicher Ideologien. Insofern spielt die psychiatrisch- (bzw. psychologisch-) wissenschaftliche Definition eines individuellen seelischen bzw. Verhaltens-Problems eine Rolle bezüglich der »sozialen Etikettierung«, »Ausgrenzung« etc. von Gesellschaftsmitgliedern (vgl. WILKEN 1974; KEUPP 1976).

Neben der Definition des Status', der Probleme und der notwendigen Verhaltensweisen als Klient wird durch den Rahmen der involvierten psychologischen Theorien, Annahmen und Interpretationen auch das Verhalten *als Berater/Therapeut* beeinflusst. Der Psychologe bestimmt die Rolle, die Bedeutung und Funktion, die er für den Klienten einzunehmen gedenkt, u. a. entsprechend seiner subjektiven Theorien und Annahmen zu Möglichkeiten und Verfahrensweisen der Erlebens- und Verhaltensänderung in Interaktionen (beispielsweise Rolle als Bezugsperson, Identifikationsfigur, Modell, Instruktor, Motivator, Vertrauter etc.). Bestimmte Haltungen, Vorgehensweisen etc. in Beratungen/Therapien werden dem Psychologen von der Theorie, der er sich verpflichtet fühlt, nahegelegt, andere werden ausgeschlossen.

Beispiele

Psychologe: Es wäre vielleicht besser, wenn man an der Universität einen Klienten nicht mehr als Fall, als wissenschaftliches Problem betrachtet, sondern eben so: Das ist ein Mensch, der will etwas – und ich bin ein Mensch, der kann etwas. Daß man diese Beziehung schon hineinbringt. Das habe ich natürlich später erst gemerkt. Während des Studiums habe ich das nicht vermißt; da wird nur über Fakten gesprochen und nicht über die Beziehung von zwei Menschen, die da zusammenkommen. Und wenn in der Therapieausbildung darüber gesprochen wird, dann wieder über die Theorie und die Grundlagen dieser Therapie.

Psychologin: Meine Aufgabe ist zunächst einmal, ein gutes Klima herzustellen zum Klienten; d. h. der Klient muß das Gefühl bekommen: Da kannst Du Vertrauen haben, da wirst Du verstanden, da wirst Du so akzeptiert, wie Du bist. Und zwar ist das deshalb so ungeheuer wichtig, als ich ja, um etwas zu erreichen, eine wichtige Bezugsperson für den Klienten werden muß. Z. B. in der GT bringen Sie sich ja selber als Therapeut so im zweiten Drittel einer Therapie verstärkt – im Gegensatz zum ersten Drittel – mit ein; und dieses Einbringen, das kann natürlich auch gesteuert werden – das, was Sie einbringen – das kann ja unmittelbare therapeutische Effekte haben. Und damit das effektiv wird, müssen Sie für den Klienten eine bedeutungsvolle Person sein; z. B. wenn Sie den Klienten selbst verstärken, ihm selbst Bestätigung geben, dann nützt das erst was, wenn er das von Ihnen auch richtig annehmen kann und sagen kann: Das stimmt, das kann ich glauben, davon kann ich ausgehen, daß das richtig ist. – Ich sehe also meine Rolle sehr stark als Verstärker, als Verstärker und Motivator. Wenn ich also die Eltern mit in ein Programm einbeziehe und mit denen erarbeitet habe, daß sie eigentlich wichtiger sind als Kotherapeuten, als ich es bin, denn ich sehe sie nur einmal in der Woche, sie sehen aber das Kind 24 Stunden am Tag, dann muß ich motivieren, immer weiter zu machen, d. h. auch da muß ich verstärken . . . Darin sehe ich eigentlich meine Hauptfunktion: eine wichtige Bezugsperson, die Verstärkungen setzen kann und motivieren kann.

Psychologe: Was mir bei meiner Tätigkeit sehr viel helfen würde: Wenn die Unsicherheiten abgebaut würden, die entstehen, schon bei der Nomenklatur von Beratung, Therapie, Ratschlaggeben, Fachberatung, Sachberatung. Es gibt eine ganze Menge von Reizwörtern, und keiner will sich davon eine Sache anziehen. Daß jeder, der hier zur Tür hereinkommt, krank gemacht wird, zu einem Therapiefall

gemacht wird. Sich darüber einen Überblick zu verschaffen: Wozu sind wir eigentlich da? Was ist sinnvoll zu tun? Ist es so, daß nur, weil ich Psychologe bin, daß ich nur Therapien mache? Oder kann ich auch meinen Verstand einsetzen und sagen: Hier, das ist kein Therapiefall, dem sagen wir jetzt was; dem helfen wir, indem wir ihm eine Übung aufgeben – weil wir eben hier als Berater sind und nicht als Psychologen. Und Beraten ist vielleicht mehr als Therapie machen. – Da sind unheimliche Unsicherheiten. Und da entstehen Vorurteile – ich meine, das ist schlecht, jetzt über Kollegen zu reden; aber das geht so weit, daß es für das Verhalten von Therapeuten ganz bestimmte Tabus gibt: Dieses und jenes darf man nicht machen. Z. B. bei uns – ich, weil ich verhaltenstherapeutisch ausgebildet bin, finde nichts dabei, auch einmal mit dem Klienten rauszugehen. Das kann sehr wichtig sein, sehr hilfreich; es erspart oft drei, vier Stunden Gespräche. Das finden andere oft unmöglich, weil man sich da in eine Abhängigkeit begeben würde. – Solche Dinge, die stören die Arbeit. Und die werden schon an der Uni gezüchtet – und in den Therapieverbänden dann noch weiter, das Therapeutenverhalten.

Und dann eben die Aufgabe: Was ist ein Psychologe? Ist ein Psychologe – klinischer Psychologe – nur dazu da, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie oder Psychoanalyse zu geben? Oder ist er auch ein Fachmann, der z. B., wenn ihn ein Vater fragt: Soll ich meinem Kind dieses oder das verbieten? – den einfach aufklärt und sagt: Das ist deshalb nicht gut, weil das und das; das ist kein Therapiefall.

Frage: Glauben Sie, daß die Art der Therapieausbildung da einen Einfluß hat? Daß der Verhaltenstherapeut etwas anderes tabuisiert als der Gesprächstherapeut?

Psychologe: Ja natürlich. Jede Therapierichtung wird ihre eigenen Tabus haben. . . . Die therapeutische Schule, die spielt eine große Rolle. Aber auch das Psychologen-Bild oder das Therapeuten-Bild. . . . Ich habe das erlebt während meines Studiums. Man wurde als Wissenschaftler ausgebildet – das mußte alles irgendwie wissenschaftlich sein. Das ist ein Problem, daß viele Psychologen, jedenfalls die, die neu anfangen, irgendwie erst einmal nach objektiven Kriterien für die Beurteilung suchen, das ist für die das Wichtigste. Die Diagnostik – da wird Stunden und Tage nur Diagnostik gemacht. Ja, wenn Sie jetzt also eine Therapieausbildung machen, dann verhalten Sie sich nur noch therapeutisch. Das, meine ich, könnte in der Ausbildung schon genauer und lockerer gehandhabt werden.

Zusammenfassung

Wir haben uns hier mit dem Problembereich der äußeren Rahmenbedingungen und der institutionellen Voraussetzungen psychologischer Tätigkeit in Beratung und Therapie befaßt. Während innerhalb klinisch-psychologischer Forschung und Theoriebildung dieser Aspekt eine sehr untergeordnete Rolle spielt, zeigt sich bei der Beschäftigung mit tatsächlicher beraterisch-therapeutischer Praxis die vielfältige und systematische Bedeutung der organisatorisch-institutionell-gesellschaftlichen Faktoren für die Aufnahme und den Verlauf behandlungsbezogener Interaktionen zwischen Berater/Therapeut und Klient. Sowohl in psychologischen Beratungsstellen als auch bei der Tätigkeit von Psychologen in psychiatrischen Landeskrankenhäusern (und dort in noch deutlich verstärktem Ausmaß) stellt die Auseinandersetzung mit solchen Rahmenfaktoren die notwendige Voraussetzung beraterisch-therapeutischer Arbeit im engeren Sinne dar (und steht dieser u. U. im Wege).

Im Einzelnen differenzierten wir die folgenden Rahmenaspekte und deren Effekte auf die psychologische Tätigkeit:

- Externe institutionelle Rahmenbedingungen »natürlicher« Art – wie die räumlichen, geografischen, infrastrukturellen etc. Gegebenheiten der Institution und des Einzugsbereichs – und institutionell-organisatorisch-administrative Faktoren – wie die Abgrenzung eines stellenbezogenen Eingriffs- und Kompetenzbereichs und der damit verbundenen Klienten-Selektion, die durch die Warteliste einer Beratungs-/Therapie-Einrichtung erzeugten Bedingungen des »Quantitätsdrucks«, die Widersprüche in Ideologien und Bewertungskriterien zum Träger bzw. zur Administration und daraus resultierende Kommunikationsprobleme.
- Interne organisatorische Bedingungen – wie die Verteilung von Befugnissen, Verantwortlichkeiten, Aufgabenbereichen innerhalb der Institution, zwischen Angehörigen unterschiedlicher professionaler Sparten, – Arten der Kooperation und des »sozialen Klimas« zwischen den Mitarbeitern – sowie Konsequenzen dieser Aspekte für klientenbezogene Selektions- und Zuweisungs-Entscheidungen.
- Relativ »störungsunspezifische« Eingangsvoraussetzungen auf Klientenseite objektiver Art – wie materielle und soziale Lebensbedingungen des Klientels – und subjektive Aspekte – wie Rollen- und Prozeß-Erwartungen, Vorinformationen und Vorurteile sowie die Behandlungsmotivation.
- Schließlich wurden noch die Effekte der allgemeinen gesellschaftlichen Bewertung des psychosozialen Versorgungsbereichs, Probleme

aus »Schicht«- und Alters-Differenzen zwischen Psychologe und Klient sowie die möglichen Konsequenzen wissenschaftlich-psychologischer Interpretationskonzepte hinsichtlich der beraterisch-therapeutischen Interaktion betrachtet.

Im folgenden Kapitel wird nun ein Aspekt-Wechsel in der Betrachtung des beraterisch-therapeutischen Prozesses vorgenommen. Es steht dabei das Verhältnis der beraterisch-therapeutischen Wirkfaktoren »therapeutische Beziehung«, »Persönlichkeit des Beraters/Therapeuten«, seine »Praxis-Erfahrung« sowie die »Technik bzw. Methode der Behandlung« im Mittelpunkt.

»Wirkfaktoren« in beraterisch-therapeutischen Interaktionen: Beziehung – Persönlichkeit – Erfahrung – Technik

Die Frage, ob psychologisch fundierte Intervention bei seelischen Störungen überhaupt als effizient – d. h. als wirkungsvoller als Nicht-Behandlung bzw. als »freundschaftlich-hilfebezogene« Interaktion mit Nicht-Therapeuten – angesehen werden kann, ist nicht so unumstritten, als daß sie nicht ernsthafter Prüfung unterzogen würde. Vor allem EYSENCK (1952; 1965) trat als Verfechter der sogenannten »Null-Hypothese« hervor: Psychologische Therapie sei im Durchschnitt nicht wirkungsvoller in der Beseitigung psychischer Probleme als keine Therapie (vgl. die Darstellung und Diskussion in MELTZOFF & KORNREICH 1970; HARTIG 1975). Der gegenwärtige Stand der Überlegungen, der Sekundär- und Metaanalysen (vergleichender) psychologischer Therapieforschung (vgl. MELTZOFF & KORNREICH 1970; LUBORSKY u. a. 1975; GLASS 1976; SMITH & GLASS 1977) scheint jedoch zu *vorsichtigem Optimismus* in bezug auf die Wirksamkeit von Psychotherapie zu berechtigen. MELTZOFF & KORNREICH (1970) sind der Ansicht, mit der Verbesserung der methodischen Qualität der Therapieforschung erhöhe sich auch das Ausmaß der positiven Evidenzen ihrer Effektivität.

Neben dem Problem des *allgemeinen* Erfolgs psychologischer Behandlung ist auch die Frage der größeren bzw. geringeren Effektivität *spezifischer* Therapieverfahren z. T. heftig umstritten. Die Euphorie aus der »Frühzeit« der Anwendung verhaltenstherapeutischer Verfahren bezüglich der damit zu erzielenden Erfolge und der Überlegenheit gegenüber anderen Behandlungsmethoden hat realistischen Ansichten Platz gemacht (vgl. etwa MEYER & CHESSEY 1971). Man muß derzeit davon ausgehen, daß eine Überlegenheit einer der gegenwärtig verbreiteten psychologischen Behandlungsmethoden (vor allem: Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Psychoanalyse) bisher weder generell noch für spezifische Problembereiche überzeugend nachgewiesen werden konnte; die »Erfolgsquoten« dieser unterschiedlichen Vorgehensweisen fallen vielmehr im Durchschnitt nahezu gleich groß aus (vgl. BERGIN & SUINN 1975; LUBORSKY u. a. 1975, GLASS 1976; FIX & HAFFKE 1976; SMITH & GLASS 1977; GRAWE 1978).

Was die differentielle Feststellung des »Erfolgs« psychologischer Therapien in vorliegenden Forschungsergebnissen (und generell) so schwierig macht, sind u. a. einmal die häufig gehegten sogenannten »Uniformitätsmythen« hinsichtlich der Charakteristika von Klienten, Therapeuten und Prozeß, d. h. die Annahme weitgehend identischer Eingangs- und Implementations-Faktoren bei psychologischen Inter-

ventionen (vgl. KIESLER 1966); ferner die damit zusammenhängende Problematik des Vergleichs von *Stichprobenmittelwerten* als Indikator für die Wirksamkeit von Behandlungen: Der Behandlungs-Effekt in therapierten Versuchs-Gruppen besteht u. U. in einer Vergrößerung der Verhaltens-*Varianz* der Klienten, der Ergebnis-Mittelwert unterscheidet sich daher nicht oder nur geringfügig von dem einer Kontroll-Gruppe. Weiterhin erschweren die Verschiedenartigkeit möglicher und benutzter *Erfolgs-Kriterien* (hinsichtlich Subjekt, Instrument, Objekt-Dimension etc. der Veränderungs-Feststellung; vgl. HARTIG 1975) sowie das Problem der *Persistenz*, der Dauerhaftigkeit und Nachhaltigkeit der erzielten Effekte (vgl. ATTHOWE 1973), die Identifizierung erfolgreicher psychotherapeutischer Behandlungen und deren Grundlagen.

Bei einer Einschätzung des Gesamtgebietes der psychologischen Therapieforschung werden zunehmend Forderungen nach einer Erhöhung der Komplexität und Detaillierung der Untersuchungsdesigns hinsichtlich Therapieform, Klienten- und Therapeuten-Charakteristika, Erfolgs-Kriterien etc., der differentiellen Prüfung unterschiedlicher Aspekte der therapeutischen Interaktion erhoben (vgl. STRUPP & BERGIN 1969) – etwa in Richtung auf eine Fragestellung: Welche therapeutischen Variablen, verabreicht durch welchen Therapeuten, unter welchen spezifischen Bedingungen, haben welche Wirkung auf welche Klienten mit welchen spezifischen Problemen und wodurch? (vgl. KIESLER 1966; HARTIG 1975; BASTINE 1975).

Die Therapieforschung hat sich in den letzten Jahren – weg von (vergleichenden) Untersuchungen globaler theoretisch-methodisch definierter Schul-Richtungen bei relativ unspezifizierten Klient-, Therapeut- und Beziehungs-Variablen – entwickelt in Richtung auf die Differenzierung und Erforschung *behandlungswirksamer Komponenten* und Dimensionen (»Ingredienzien«) des Therapieprozesses, die z. T. (methodisch-theroretisch) *unterschiedlichen Behandlungsformen* prinzipiell *gemeinsam* sein können bzw. *auch in »außertherapeutischen«* zwischenmenschlichen *Beziehungen* wirksam sind (vgl. etwa GOMES-SCHWARTZ u. a. 1978). Beispielhaft für diesen Trend ist ein Aufsatz von STRUPP (1973), in dem er – bei dem Bemühen, die »notwendigen und hinreichenden Bedingungen« von Psychotherapie zu identifizieren – als Summe seiner langjährigen Erfahrungen im Umgang mit therapiebezogener Forschung und Praxis drei grundlegende, den therapeutischen Kontext konstituierende Bedingungen (»basic ingredients of therapeutic change«) benennt:

1. Der Therapeut stellte eine *»helfende Beziehung«* zum Klienten her (die nach dem psychoanalytischen »Übertragungs«-Paradigma bzw. Aspekten einer Eltern-Kind-Beziehung modelliert ist).

2. Diese Rollen-Konstellation ermöglicht die *Einflußnahme des Therapeuten* auf den Klienten durch unterschiedliche *Techniken der Beeinflussung* (z. B. Suggestion, Ermutigung, Konfrontation, Interpretation, Modellverhalten, Belohnungsmanipulation).
3. Diese Bedingungen verlangen jedoch einen *Klienten*, der *fähig und willens* ist, aus der therapeutischen Erfahrung Nutzen zu ziehen (sich in die Abhängigkeits-Rolle zu begeben, der Änderungs-Motivation besitzt etc.).

Hinsichtlich dieser Dimensionen glaubt STRUPP, daß »... die Gemeinsamkeiten in allen Therapieformen weit eindrucksvoller sind als ihre scheinbaren Unterschiede, die möglicherweise nicht mehr sind als relative Akzentuierungen ...« (1973, 7 f.; Übersetzung d. F. B.; vgl. auch GRAUPE 1977; FRANK 1971).

GARFIELD (1973) kritisiert die Ansicht STRUPPs vor allem hinsichtlich der Behauptung der Notwendigkeit und des Hinreichens der drei »basic ingredients«; er geht demgegenüber von einem weiten Bereich von »common factors« aus, der allen Therapien gemeinsam sei, der darüber hinaus bei den jeweiligen »technischen« Prozeduren durch »spezifische Faktoren« ergänzt werde.

Diese Konzeption läßt nach unserer Ansicht die beiden folgenden *allgemeinen Schlußfolgerungen* plausibel erscheinen:

1. Die Hervorhebung und Betonung jeweils spezifischer Aspekte einer psychologischen Behandlung, die in jeder der verschiedenen therapeutischen Richtungen und Auffassungen aufgrund der Charakteristika des jeweiligen theoretischen Modells und der entsprechenden als »änderungsrelevant« angesehenen Methoden impliziert sind, dürfen nicht für *das Ganze* der therapeutischen Interaktion genommen werden; jede *therapeutische Interaktion* ist zunächst konstituiert aus jenen (allgemein-universellen) Dimensionen, die jeder (*freundschaftlich-vertrauensvollen*) *interpersonalen Beziehung* zukommen.
2. Innerhalb der Therapeut-Klient-Beziehung werden von spezifischen therapeutischen Richtungen bestimmte Interaktionsdimensionen – entsprechend der jeweiligen Annahmen über wirksame Modifikationsmechanismen – thematisiert bzw. hervorgehoben. Es läßt sich vermutlich eine *begrenzte Anzahl zentraler Beeinflussungs-Dimensionen* identifizieren, die in allen Therapie-Versionen praktisch eine (mehr oder weniger große) Rolle spielen, auch wenn die diesbezügliche Begrifflichkeit oder die theoretische Akzentsetzung unterschiedlich sind. Versuche, solche Hauptdimensionen therapeutischer Einflußnahme zu differenzieren, sind oben unter Bedingung 2 bei STRUPP (1973; vgl. auch GRAUPE 1977) angedeutet.

Hier kommt einerseits eine verstärkte Beachtung der Wirkung »methoden-unspezifischer« Faktoren der therapeutischen Interaktion zum Ausdruck (vgl. FRANK 1961; SCHOFIELD 1964; BERGIN & STRUPP 1972, 416 ff.); andererseits werden Bemühungen nahegelegt, jenseits spezifischer therapeutischer Ideologien (»espoused theories« i. S. von ARGYRIS 1975; ARGYRIS & SCHÖN 1974) *generalisierte therapeutische Beeinflussungsstrategien* zu identifizieren, die die praktischen Vorgehensweisen von Psychologen unterschiedlicher Schulrichtungen in theorieübergreifender Weise faßbar machen (»theory in use«).

BASTINE (1976) hat versucht, verallgemeinerte begriffliche Kategorien therapeutischer Interventionsstrategien zu entwickeln. Er unterscheidet:

- *Amplifizieren*: Erweitern des Problembewußtseins, der Definition und der Bewältigung von Problemen;
- *Unterbrechen von Handlungsketten*: Anhalten und Verändern von gewohnten Handlungs- und Gedankenmustern zur Neustrukturierung »eingefahrener« Problembereiche;
- *Vereinfachen*: Reduzieren von komplexen Situationen und Erlebnissen in einfache, für den Klienten übersehbare und lösbare;
- *Konfrontieren*: Gegenüberstellen mit den Schwierigkeiten, ohne ein Vermeiden zu ermöglichen;
- *Selbstaktivieren*: Erhöhen der Eigenbeteiligung bei der Analyse und der Bewältigung von Problemen;
- *Modellieren*: Beeinflussendes Aktivieren durch andere Personen, Normen und Vorbilder;
- *Attribuieren*: Zuweisen der Erklärungen über die Entstehung und Veränderung von Schwierigkeiten;
- *Rückmelden*: Vermitteln von Informationen über das eigene Verhalten, einschließlich von Bewertungen;
- *Akzentuieren*: Schwerpunktmäßiges Auswählen verschiedener Verhaltensaspekte in der Analyse und Bewältigung von Schwierigkeiten;

(weitestgehend wörtlich zitiert nach BASTINE 1976, 201 ff.). – Für jede dieser Strategien führt BASTINE eine Reihe von Beispielen aus unterschiedlichen »Methoden-Repertoires« an.

Die Diskussion allgemein-»theorieübergreifender« Strategien und »unspezifischer« Dimensionen bzw. »gemeinsamer Faktoren« in allen Therapieformen bzw. Schulen ist vor allem von der Seite des sog. klientenzentrierten Konzepts unter dem Aspekt der »therapeutischen Beziehung« in Gang gebracht und gefördert worden (etwa ROGERS 1957; TRUAX & MITCHELL 1971; FIETKAU 1977). In diesem Rahmen wird die therapeutische Situation zunehmend auch unter kommunikationstheo-

retischen (und z. T. interaktionstheoretischen) Gesichtspunkten – also soziale Kommunikation und Interaktion – thematisiert (hier spielt vor allem das Modell von WATZLAWICK u. a. 1967; 1969; z. T. auch ARGYLE 1969; 1972 eine Rolle; vgl. den Überblick bei PIONTKOWSKI 1976 a).

Die *Beziehung, Interaktion, Kommunikation von Berater/Therapeut und Klient* bzw. ihre behandlungsrelevanten Aspekte stehen im Mittelpunkt unserer folgenden Darstellung. Dabei geht es zum großen Teil um »unspezifische«, bzw. »generalisierte« Dimensionen der beraterisch-therapeutischen Interaktion; »spezifische« (i. S. von methoden- und technikgebundenen) Vorgehensweisen werden im Zusammenhang mit ihren persönlichkeits- und beziehungsrelevanten Gesichtspunkten betrachtet.

Die die Beziehung Berater/Therapeut – Klient konstituierenden, hier akzentuiert aus der Perspektive des Psychologen betrachteten Faktoren sollen dabei unter einem *Systemaspekt* behandelt werden: Persönlichkeitsbezogene, erfahrungsbedingte und technisch-methodische Charakteristika des Beraters/Therapeuten stehen – als Komponenten seines operativen Handlungssteuerungssystems – in regelhaftem, personspezifisch-individuell ausgeprägtem Zusammenhang; andererseits sind diese Merkmale – in einem interaktiv-kommunikativen Systemkontext – auf die jeweiligen behandlungsrelevanten Merkmale des Klienten bezogen. Aus der Perspektive des Psychologen reguliert sein »innerpsychisches«, personspezifisch-operatives System das Interaktionssystem aus Berater/Therapeut und Klient – unter Berücksichtigung der jeweiligen spezifischen Problemaspekte. Die Wechselwirkung und Entwicklung dieser beiden miteinander verbundenen Subsysteme im Kontext psychologischer Behandlung – unter Zentrierung auf den Berater/Therapeuten – ist der wesentliche Gesichtspunkt in der folgenden Betrachtung der Tätigkeit psychologischer Praktiker.

Die Beziehung von Berater/Therapeut und Klient

Die Determinanten und Charakteristika der Beziehung von Therapeut und Klient und deren Effekte für den Behandlungsprozeß sind in einer Vielzahl psychologischer Untersuchungen behandelt worden. Aufgrund mannigfacher theoretischer und methodischer Unzulänglichkeiten der einschlägigen Arbeiten ist der Bestand einigermaßen gesicherter Erkenntnisse in diesem Bereich jedoch recht gering (vgl. ausführlicher dazu die Übersichten bei GARDNER 1964; MELTZOFF & KORNREICH 1970; BORDIN 1974; auch GRAUPE 1975).

Verschiedene Struktur- und Prozeßmerkmale therapeutischer Interaktion sind aufgrund introspektiver Berichte von Therapeuten und Klienten sowie durch externe Beobachtung des Geschehens untersucht worden. Die hervorstechenden Bereiche sind die folgenden:

- Die *Ähnlichkeit* (bzw. auch die »Komplementarität«) von Therapeut und Klient vor allem hinsichtlich ihrer sozialen Herkunft, ihrer Wertsysteme und Denkstile, ihrer Persönlichkeitsmerkmale (als *unabhängige Variable*) als Charakteristika zu Behandlungsbeginn in ihrer Bedeutung für den Behandlungserfolg (vgl. MELTZOFF & KORNREICH 1970, 311 ff.; LUBORSKY u. a. 1971; BORDIN 1974, 179 ff.). – Die Zusammenhänge von Sozialcharakteristika und Wert- bzw. Denkkategorien mit behandlungsrelevanten Aspekten (Erwartungen, Verhaltensgewohnheiten, Motivation) waren bereits angesprochen worden. MELTZOFF & KORNREICH (1970, 319 f.) ziehen hinsichtlich des Komplexes »Ähnlichkeit und Behandlungserfolg« das vielsagende Resümee: »... wir können keine überzeugende (Hypothesen-) Stützung irgendeiner Art finden... Wenn es überhaupt einen Trend in diesen Ergebnissen gibt, dann den, daß ein kurvilinearere Zusammenhang besteht, wobei ein mittleres Ausmaß von Ähnlichkeit zwischen Klient und Therapeut in bestimmten, bisher noch nicht eindeutig definierten und untersuchten Persönlichkeits-Variablen (und – wahrscheinlicher – Ähnlichkeiten im kognitiven Stil und im Wertesystem) zu etwas besseren Ergebnissen führt« (Übersetzung d. F. B.).
- Die wechselseitige *Attraktivität* bzw. *Sympathie* von Therapeut und Klient (die u. U. weitgehend mit der Ähnlichkeit/Komplementarität zusammenhängen; vgl. GOLDSTEIN 1971; MELTZOFF & KORNREICH 1970, 327 ff.; PIONTKOWSKI 1976 b, 152 ff.) bzw. die Prozesse von »Übertragung« und »Gegenübertragung« (vgl. NAGER 1974, 484 ff.; BECKER 1975; BORDIN 1974, 140 ff.; MELTZOFF & KORNREICH 1970, 461 ff.) hinsichtlich ihrer Konsequenzen für den Verlauf und den Erfolg der Therapie. Hierbei fallen allerdings die theoretischen Konzeptualisierungen und methodischen Erfassungsbemühungen zu unterschiedlich aus, als daß sich eindeutige Befunde herauschälen ließen.
- Die *Identifikation* des Klienten mit dem Therapeuten, die *Modellfunktion* des Therapeuten, d. h. die *Ähnlichkeit* von Klient und Therapeut (als *abhängige Variable*) als Produkt des Behandlungsprozesses (von MELTZOFF & KORNREICH 1970, 465 als »Jehovah-Effekt« bezeichnet, da der Therapeut den Klienten »... nach seinem eigenen Ebenbild« wiederherstellt; vgl. auch PEPINSKY & KARST 1964; BORDIN 1974, 143 ff.). Die Mehrzahl der vorliegenden Ergebnisse deutet dabei auf eine Veränderung von Merkmalen des Klienten im Persön-

lichkeits-, Einstellungs- und Wertungsbereich in Richtung zunehmender Therapeuten-Ähnlichkeit hin.

- Die *Einschätzung relevanter Dimensionen der therapeutischen Beziehung* (zumeist durch Therapie-Experten; beispielhafter Fall: FIEDLERS Konzept der Merkmale einer »idealen therapeutischen Beziehung« 1950; vgl. GARDNER 1964; MELTZOFF & KORNREICH 1970, 453 ff.; BORDIN 1974, 53 ff.). Die Heterogenität der Konzepte in diesem Bereich ist jedoch sehr groß, vor allem bedingt durch die wahrnehmungsselektierenden und interpretativen Implikationen der jeweiligen theoretisch-methodischen Ausrichtung.
- Die (verbalen und z. T. nonverbalen) *Verhaltensweisen* von Klient und Therapeut im *Interaktionsprozeß* (erfaßt durch neutrale Beobachter) sowie deren wechselseitige Beeinflussung (vgl. MELTZOFF & KORNREICH 1970, 439 ff.; BORDIN 1974, 62 ff.). KIESLER (1973) hat die diesbezüglich vorhandenen wichtigsten Beobachtungsinstrumente und -systeme zusammengestellt. Die registrierten Phänomene und Verhaltensausschnitte sind dabei zumeist bestimmt durch die zugrundeliegende therapietheoretische Orientierung.

Die Resultate psychologischer Therapieforschung liefern aufgrund ihres weithin kasuistischen Charakters, ihrer vielfachen methodischen Unzulänglichkeiten und ihrer theoretischen Parzellierungen ein sehr unklares Bild und sind für beraterisch-therapeutische *Praxis* nur in sehr eingeschränktem Maße umsetzbar. Als allgemeiner Trend läßt sich jedoch – jenseits jeweils spezifischer Technik-Dimensionen – eine zunehmende Thematisierung des *Beziehungsaspekts* psychologischer Behandlung, der interpersonalen Kommunikation zwischen Therapeut und Klient, beobachten; dies selbst im verhaltenstherapeutischen Lager, wo die Therapeuten-Variable gegenüber dem Methoden-Aspekt vielfach als irrelevant bzw. austauschbar galt. Da die lange Zeit gepflegte theoretische Verabsolutierung der spezifischen Technik-Komponenten in der tatsächlichen klinisch-psychologischen Praxis – aufgrund der vielfältigen dort gegebenen intervenierenden Bedingungen – nicht nachzuvollziehen ist, dürfte eine tendenzielle *Umorientierung des Untersuchungsinteresses hin zu allgemeinen* (bzw. über verschiedene Schul-Richtungen generalisierten) *behandlungswirksamen Faktoren* in der therapeutischen Interaktion den Bedürfnissen beraterisch-therapeutischer Praxis in hohem Maße entgegenkommen.

Die *Herstellung einer positiven Beziehung* (eines Vertrauensverhältnisses o. ä.) *zum Klienten* (i. S. des »Einbringens« von Aspekten der eigenen Person, über die Realisierung von methodischen Verfahrensvorschriften hinaus) wird von den von uns befragten Psychologen als eine wesentliche Voraussetzung erfolgreicher Problemlösung angesehen; sie

stellt die Verwirklichungsbedingung und das Medium wirksamen Therapeuten-Verhaltens dar.

Beispiel

Psychologe: Ein reines technisches Durchführen von Methode ist nach meiner Meinung und Erfahrung wenig erfolgversprechend. Ich sehe das Ganze also so: Es gibt hier eine soziale Situation, im zwischenmenschlichen Bereich, wo es also darauf ankommt, so die Grundvariablen der Gesprächstherapie zu verwirklichen, also echt versuchen, sich in den anderen hineinzusetzen, ihn zu verstehen. Nicht nur die Sache quasi als Fall abspulen, halt technisch. Ich glaube auch, daß die Klienten unterschätzt werden, wenn man hier einfach so eine Methode abzieht. Das merken die sehr wohl und sehr schnell. Insofern kann dann sehr schnell das Vertrauensverhältnis futsch sein.

Beziehungs-Intensität und die Abgrenzung »Beratung« – »Therapie«

Dabei wird die *Qualität der Beziehung* (ihre »Intensität«, das Ausmaß interpersonales Vertrauens etc.; vgl. etwa MARTIN 1975, 116 ff.) als ein wesentlicher Bestandteil der Abgrenzung von Therapie (gegenüber einer »Beratungs-Situation« bzw. alltäglichen Interaktionen), als zentrales »*Demarkations-Kriterium*«, angesehen (vgl. auch die entsprechende Diskussion bei HOUBEN 1975; BOMMERT & PLESSSEN 1978).

Beziehungs-Intensität manifestiert sich (in unterschiedlicher Weise) auf verschiedenen Ebenen, so u. a.:

- Als »*zeitliche Dichtigkeit*« der Interaktion: Ein bestimmter zeitlicher Abstand und eine gewisse Regelmäßigkeit der Interaktionen müssen gewährleistet sein (etwa: ein Kontakt pro Woche o. ä. als Mindestvoraussetzung); hinzu kommt häufig noch die größere (Gesamt-) Dauer einer Therapie (zumeist geht sie über einen längeren Zeitraum als eine »Beratung«).
- Als *Zentrierung* der Interaktion auf das *individuelle Erleben und Verhalten* (»*Binnenerleben*« o. ä.) des Klienten: Die Gefühle, Erlebens-, Verhaltensweisen etc. *des Klienten* bilden den Hauptinhalt der therapeutischen Kommunikation; Umgebungsfaktoren, sächliche Bedingungen etc. stehen ausschließlich in ihrer *subjektiven Bedeutung* für das Individuum zur Debatte.

- Als »interpersonale Offenheit« der Interaktion, als Grad der »Selbsteröffnung« (vgl. JOURARD 1971; COZBY 1973; WEINER 1978) zumindest von der Seite des Klienten: Das Ausmaß, in dem die »wirklichen« Schwierigkeiten, auch die als negativ oder problematisch beurteilen oder angstbesetzten Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen, die »tieferen Schichten« der Persönlichkeit, sein »Unbewußtes« etc. in die Kommunikation mit dem Psychologen eingebracht werden.
- Als weitgehendes »Einlassen« des Therapeuten auf die Problembereiche und Problemstrukturen des Klienten: Die thematische Strukturierung der Interaktion geschieht in stärkerem Maße von der Seite des Klienten aus; der Klient erhält einen größeren Freiraum, seine Gedanken, Gefühle etc. darzustellen; der Klient »führt« die Interaktion in stärkerem Maße o. ä.
- Als häufigere bzw. stärkere Thematisierung der Beziehung selbst: Therapeut und Klient reflektieren in expliziter und ausführlicher Weise ihre wechselseitig aufeinander bezogenen Gedanken und Gefühle; der Zustand und die Entwicklung der subjektiven Einschätzungen und Bewertungen der Dyade werden in größerem Maße zum Inhalt der Behandlung; es findet eine häufigere und intensivere Metakommunikation statt.

Neben dieser Akzentuierung der Beziehungs-Dimension wird als weiteres Demarkations-Kriterium für »Therapie« relativ häufig noch die »Striktheit und Genauigkeit der Regel-Verfolgung« angeführt: Während im Kontext von (so definierter) »Beratung« die schulenbestimmten Methoden und Techniken zumeist »nur« in rudimentärer, verkürzter, verwässerter o. ä. Form eingesetzt werden, versuchen die psychologischen Praktiker, sich im »Therapie-Kontext« stärker an die Vorschriften und Verhaltensregeln der jeweils vertretenen Schulrichtung zu halten (im therapietheoretischen Sinne »sauberer« zu arbeiten).

Die »Beziehungs-Intensität« erscheint in unserem Zusammenhang jedoch – gegenüber der »Methoden-Realisierung« – als logisch-inhaltlich vorgeordnetes Kriterium: Therapie als reines »Abspulen« von Technik ist sinnvollerweise nicht möglich (vgl. das Beispiel-Zitat oben). Darüber hinaus erweist sie sich u. U. auch als gewichtigerer Faktor in der Konstituierung einer »therapeutischen Situation« in dem Sinne, daß das Vorhandensein einer therapieadäquaten Beziehungsqualität eine nicht vorhandene bzw. mangelhafte Kompetenz eines Psychologen (bzw. auch eines Nicht-Psychologen) in therapiemethodischer Hinsicht zu kompensieren vermag (die umgekehrte Aussage gilt dagegen nicht!). So kann es (auf dem Hintergrund bestimmter Rahmenbedingungen) etwa günstiger erscheinen, daß ein relativ therapieunerfahrener Psychologe eine von ihm begonnene Behandlung als »Therapie« durch-

führt (bzw. weiterführt), wenn dort eine entsprechende Beziehung bereits etabliert worden ist – als daß der Klient an einen erfahrenen Kollegen »abgegeben« wird, der nun aber erst in langwierigen Bemühungen das notwendige Vertrauensverhältnis aufbauen muß. Auf der anderen Seite scheinen auch die zahlreichen Erfolge von »Laien-Therapeuten« und »psychologischen Helfern« in alltäglichen Kontexten für diese »Kompensationsmöglichkeit« durch die Qualität der Interaktion zu sprechen (vgl. BERGIN 1966; CARKHUFF 1968; MELTZOFF & KORNREICH 1970, 273 ff.; TRUAX & MITCHELL 1971).

Beispiele

Psychologin: Ganz pragmatisch definiert: Beratung betrifft in der Regel die Eltern, Therapie eher das Kind. Und sonst ist es sehr fließend. Therapie hat vielleicht mehr starrere Konzeptionen; ich glaube, da versucht jeder, nach seiner Ausbildung eben ziemlich sauber zu arbeiten. Während in der Beratung wohl mehr Ansätze durcheinanderfliegen. Therapie, würde ich sagen, ist in der Regel intensiver, so mit zwei Wochenstunden. Ich habe aber auch Beratungsfälle, die zweimal in der Woche kommen, hm . . . Das ist wirklich ein fließender Übergang. Weil ich auch Beratung nicht definiere, daß man da Ratschläge erteilt oder Lösungsvorschläge vorgibt. Es könnte also durchaus sein, daß das, was ich Beratung nenne, von jemandem anders Therapie genannt wird. Ich glaube also nicht, daß da ganz grundlegende Unterschiede da sind.

Psychologe: . . . Langfristigkeit der Therapie, das wäre für mich auch in etwa ein Kriterium. Eine Therapie ist intensiver, mindestens einmal die Woche. In längeren Abständen könnte ich schlecht Therapie machen oder das, was ich mir darunter vorstelle. Wobei ich da hauptsächlich Gesprächstherapie drunter verstehe – weil ich das mache – oder Spieltherapie. Während Beratungsgespräche zweiwöchentlich, dreiwöchentlich stattfinden, da doch Zeiträume dazwischen sind. – Dann ist eine Therapie für mich auf jeden Fall etwas, wo es um denjenigen geht, der mir gegenüber sitzt; wo der von vornherein darauf vorbereitet wird: Wir arbeiten an Deinem Problem, und wir reden nicht über Sachen, die draußen liegen; oder wir reden schon darüber, aber in bezug auf das, was Du dabei empfindest und was für Dich wichtig ist. Während Beratung eher auch über äußere Sachen geht, daß also sehr viel über das Kind gesprochen wird, wir versuchen, zu verstehen: Warum ist das Kind so? – Daß Maßnahmen ergriffen werden, die jetzt nicht so an das eigene Erleben desjenigen gehen, der mir gegenüber sitzt. Also in dem Moment, wo ich

etwa auf eine Mutter eingehe und sehe, wo das Problem bei ihr liegt, geht es eigentlich schon über in Therapie. Nur mache ich da dann meist irgendeinen Einschnitt und sage: Wir sind jetzt an einem Punkt, wo ich den Eindruck habe, wir kommen nicht weiter, wenn wir nicht ganz intensiv an dem arbeiten, was Sie hier für Schwierigkeiten haben. Sollen wir das in Form einer Therapie machen? Oder wollen Sie das bei einem anderen machen? – Aber das kann ich dann nicht mehr in so lockeren Beratungsgesprächen leisten.

Psychologe: Beratung ist ein kleines bißchen direkter, da kann es doch schonmal sein, daß ich sage: Ja, wenn wir uns das mal so richtig überlegen, eigentlich wird ja Ihr Kind von Ihnen recht häufig entmutigt; der kann machen was er will, der kriegt überhaupt keinen Fuß auf die Erde. Das wäre z. B. bei mir ein Beratungsschritt. Was jetzt wieder die Mutter oder der Vater damit machen, das ist deren Bier . . . Eine Beratung ist forcierter. In einer Beratung kann es sein, daß ich dem Klienten was an den Kopf werfe, und der hat es zu schlucken, und die ganze Woche, bis er wieder hierhin kommt, wühlt das in ihm, und in der nächsten Stunde kommt er ganz aufgelöst hier an. Das ist in der Beratung so. In der Therapie würde ich sowas vielleicht zehn Stunden später sagen. D. h. also: In der Beratung bin ich direkter, ich konfrontiere häufiger in der Hoffnung: Der ist so stark, daß er damit auch was anfangen kann. . . . Die Beratung ist direkter. In der Beratung wende ich viel mehr an das Prinzip der Konfrontation. Während ich in der Therapie mich eigentlich ganz von dem Klienten führen lasse. Also in der Beratung, da würde ich sagen: Wir kommen jetzt vom Thema ab, wir müssen dieses Thema noch weiterbeackern – mir fällt übrigens auf, daß Sie häufig so abweichen. In einer Therapie, da würde ich sowas nur ganz selten sagen, sondern mehr einfach so akzeptieren, daß es ihm schwerfällt, über ein bestimmtes Problem zu reden, daß er auf ein anderes ausweicht. . . . Die Beratung, das kann man vielleicht auch noch sagen, ist stärker vernunftmäßig. Man muß sehr viel vernunftmäßig verarbeiten, während es mir in der Therapie im Grunde genommen vollkommen egal ist, worüber wir reden; wichtig ist, daß er emotional spürt: Ich werde angenommen.

Frage: Wie unterscheiden Sie denn Beratung und Therapie?

Psychologin: Das ist alles verschwommen. Einmal von der Zeitdauer her. Und bei der Therapie stellt sich in der Regel heraus, daß die Beziehung, die sich zwischen dem Klienten und mir herausbildet, einfach intensiver ist, und daß ich weit mehr Beziehungsklärung zwischen ihm und mir mache.

Frage: D. h. also, auf einer Intensitäts-Dimension. Oder unterscheidet sich auch die Methode des Vorgehens? Sagen wir mal: Es könnte ja sein, eine Therapie ist etwas Nicht-Direktives, und eine Beratung ist etwas Direktives . . .

Psychologin: Nein. Ich versuche, auch die Beratung weitgehend nicht-direktiv zu machen. Ich meine, das ist sowieso eine kritische Sache mit dem Nicht-Direktiven. Aber ich versuche, dabei so wenig direktiv wie möglich zu sein. Therapie wird sich vielleicht noch dadurch unterscheiden, daß ich mich strenger an die Grundsätze der Gesprächspsychotherapie halte, daß ich die Variablen anwende.

Frage: Wie grenzen Sie Beratung von Therapie ab?

Psychologe: Das ist nicht ganz einfach. Ich würde sagen: Therapie beginnt dann, wenn ich systematisch das Unbewußte mitbearbeite. Alles andere würde ich als Beratung bezeichnen. Ich bin persönlich gegen diese Ausweitung des Therapie-Begriffs. Es macht ja jeder Therapie: Wenn einer eine Musikplatte vorspielt, dann hat er schon Musik-Therapie gemacht; das halte ich für nicht legitim. Therapie ist Kranken-Behandlung; da müssen krankhafte Zustände sein. Konflikte gehören aber zum normalen Leben dazu; das sind keine krankhaften Störungen.

Frage: Sie würden sagen: Beratung ist eigentlich nur eine versteckte Form – aber eine schlechte – von Therapie?

Psychologin: Ja, so etwa. Im Anfang, da habe ich immer wieder erlebt, wie schlecht ich interveniert habe, wie schlecht ich war, weil ich überhaupt nichts hatte, woran ich mich hielt. In der Therapie, das ist eine unheimliche Hilfe – jedenfalls für mich – habe ich eine gewisse Methode. In der Beratung, da setzt man sich, und dann wird alles durcheinandergeschmissen: Die Probleme mit dem Kind, die Probleme mit den Eltern . . ., das ist eine furchtbare Konfusion teilweise. . . . In letzter Zeit versuche ich, es immer sehr stark über die Beziehungsebene laufen zu lassen. Daß man manchmal vielleicht Stellung nimmt und sagt: Ich könnte mir vorstellen, daß das Kind das so und so erlebt . . . also so ein bißchen in die Rolle des Kindes hineingeht und schildert, was da für Gefühle auftauchen. – Im Grunde hab ich da kein Konzept zur Beratung . . . oder vielleicht eins, so ein bißchen: Mit Hilfe der Untersuchungsergebnisse ein Gespräch in Gang zu bringen, damit ein bißchen Verständnis für den anderen zu wecken oder auch ein bißchen eigenes Erleben dem widerspiegeln, was gut mit ihm läuft und was schlecht . . ., aber es ist im Grunde konzeptlos, ich wurschtele da so ein bißchen drin rum, habe aber auch kein explizites Konzept.

Psychologin: Ich habe gerade mit der Ausbildung als Therapeut erst angefangen. Daß ich jetzt praktisch schon Therapie mache, hat mehr damit zu tun, daß es sich so entwickelt hat. Erst am Anfang sah es aus wie eine Beratung, und dann war ich plötzlich mitten drin. Dann ist eben auch entschieden worden, mit den anderen Kollegen: Das mußt Du jetzt weitermachen; das Problem ist relativ dick, aber zu Dir ist die Beziehung schon da. Und das ist eben auch genau die Schwierigkeit, die da besteht, daß man häufig nicht so klar trennen kann: Jetzt muß die Therapie ansetzen, und dann muß gewechselt werden. Sondern es sind Übergänge da, und es dauert eine Weile, bis die Probleme auf dem Tisch sind – und dann ist aber auch die intensive Beziehung da. Und weil vielleicht das Problem darin liegt, daß – nehmen wir mal an – Beziehungsstörungen da sind . . ., und wenn er zu mir schon die Beziehung aufgebaut hat, dann wäre das im Sinne der Therapie u. U. viel schlimmer, zu wechseln, als wenn ich da jetzt eine Weile weniger effektiv mit rumwerkele. Und von daher die Entscheidung: Ich mache das jetzt, wobei dann eben sichergestellt ist, daß ich das regelmäßig mit den anderen bespreche.

Interpersonale Kompetenzen von Beratern/Therapeuten

Die Herstellung einer therapeutadäquaten Beziehung zwischen Berater/Therapeut und Klient erfordert auf der Seite der Psychologen gewisse *interpersonale Fähigkeiten und Kompetenzen*. Konzepte »sozial-interaktiver« oder »kommunikativer Kompetenz« (vgl. den Überblick bei PIONTKOWSKI 1976 b) sind für therapeutische Kontexte bisher erst in sehr unzureichender Weise entwickelt (was hauptsächlich durch die Schwierigkeiten der Identifizierung grundlegender bewirksamere Faktoren bedingt ist). In grober Unterteilung lassen sich hier drei behandlungsrelevante *Aspekte therapeutischer Kompetenz* differenzieren (vgl. CUSHMAN & CRAIG 1976; EGAN 1975):

- *Rezeptive Fähigkeiten:* Sensibilität für Mitteilungen von seiten des Klienten und deren subjektive Bedeutung;
- *produktive Fähigkeiten:* In der Lage sein, die eigenen (Therapeuten-) Anschauungsweisen, Beziehungen etc. gegenüber Sachverhalten bzw. Objekten im »Codesystem« unterschiedlicher Interaktionspartner in geeigneter Weise zum Ausdruck zu bringen;
- *»definitorische Fähigkeiten:* Das Vermögen, die Erwartungen, Kognitionen, Positionen etc. der Interaktionspartner wahrzunehmen, die eigenen Kognitionen und Intentionen deutlich zu machen sowie das

Verfügen über Strategien, differierende Situationserwartungen in Einklang zu bringen.

Definitorische Fähigkeiten

In der frühen Phase des Kontaktes (aber nicht nur dort) geht es in wesentlichem Maße um eine angemessene »Definition« des situationellen Kontextes, die Festlegung der wechselseitigen Rollen, die »Kalibrierung« der Beziehung. Vor allem die subjektiv-psychischen Folgen, die der soziale und institutionelle Rahmen der Behandlung mit sich bringt (sozial bestimmte Kommunikationsprobleme, Erwartungsdiskrepanzen, motivationale Voraussetzungen etc.; vgl. oben), bedingen die Notwendigkeit, angemessene, wechselseitig kompatible interpretative Schemata für die therapeutische Interaktion zu etablieren, um nicht etwa einen frühzeitigen Behandlungs-Abbruch o. ä. hervorzurufen. Dabei wird vom Berater/Therapeuten die Herstellung einer Rollenbeziehung angestrebt, innerhalb der sich die therapiebedingt als veränderungswirksam angesehenen (zu induzierenden) psychologischen Faktoren in bestmöglicher Weise »entfalten« können. Defizite hinsichtlich solcher »definitorischer Fähigkeiten« werden von Psychologen vor allem für die erste Zeit ihrer beruflichen Praxis berichtet: Die angemessene Einführung und »Moderation« des interaktiven Kontextes *als psychologische Therapie- oder Beratungs-Situation* bereitet in der Berufseinstiegs-Phase vielfach Schwierigkeiten. Bei der Bewältigung dieser Probleme werden häufig die in der Universitätsausbildung angeeigneten therapeutisch-interaktiven Techniken (sofern vorhanden; hier vor allem gesprächspsychotherapeutische Methoden) als hilfreich empfunden, da sie die in dieser Situation einzigen anwendbaren Verhaltensregeln innerhalb des beherrschten Repertoires an Interventionsstrategien darstellen (vgl. dazu genauer den Abschnitt über »Erfahrungsbildung« unten).

Beispiel

Psychologe: Auf der Universität habe ich überhaupt nicht gelernt, mit Menschen umzugehen. Aus Praktika wußte ich: Wenn man jemanden berät, schlägt man irgendetwas vor, fragt vielleicht auch nach: Glauben Sie denn, daß Sie das machen können?, um sich ein bißchen rückzuversichern. Aber eigentlich bin ich in den ersten Monaten immer so über die Leute weggegangen. Also wir haben auf der Universität nicht gelernt, daß das, was zwischen den Zeilen steht, das Entscheidende ist, die Metakommunikation, da sind wir überhaupt nicht drauf gestoßen worden. . . . Ich halte es für einen Aber-

witz, daß Leute in ihrer Psychologie-Ausbildung nach dem Vordiplom sich für eine bestimmte Richtung, also z. B. für den klinischen Bereich, entscheiden sollen. Das schließt ja mit ein, daß z. B. Leute nach dem Vordiplom schon eine Therapie-Ausbildung anfangen. Ich halte es für sehr viel wichtiger, wenn Leute erstmal in den ersten Jahren im Beruf Erfahrungen sammeln im Umgang mit Menschen, dann erst sehen, ob sie überhaupt dafür so das Interesse, das Feeling aufbringen, mit anderen Leuten umgehen zu wollen und zu können.

In der Phase der Definition von Situation und Beziehung zwischen Klient und Berater/Therapeut spielen *Kompatibilitäts-* bzw. *Ähnlichkeits-* und *Sympathie-Aspekte* eine wesentliche Rolle: Zum einen sind hierdurch wichtige Determinanten und Kriterien der Entscheidung über die *Selektion* von Klienten, die für eine Behandlung tatsächlich akzeptiert werden, gegeben; zum anderen stellen diese Aspekte der Beziehung Komponenten des *Inhalts* der Tätigkeit des Psychologen dar: Die Berater/Therapeuten nehmen diese Beziehungscharakteristika als *Handlungsanforderungen* wahr und versuchen, sie in einer Weise zu bearbeiten und zu modifizieren, so daß eine Problembehandlung ermöglicht wird. Das Ausmaß, in dem diese Konstellation von Qualitäten (Kompatibilität etc.) der Beziehung zu Beginn des Kontaktes zur *negativen Selektion* (Ausscheiden des Klienten) oder zur *Bearbeitung* (Akzeptierung des Klienten) führt, ist – bei gegebenen institutionellen Rahmenfaktoren – einmal von individuellen Konzepten und Eigenschaften des Psychologen, zum anderen von der inhaltlichen Spezifität der (potentiellen) Diskrepanzen abhängig: So unterscheiden sich die Psychologen in dem Ausmaß ihrer Bemühungen um »Kontaktaufnahme« mit Klienten, zu denen sie nicht bereits auf Anhieb eine behandlungsgeeignete Beziehung etablieren können (also etwa in dem Maße, in dem sie versuchen bzw. in der Lage sind, auch mit Klienten aus unteren Sozialschichten zu arbeiten o. ä.); in manchen Fällen werden hier längerdauernde vorbereitende bzw. definitorische Phasen der Interaktion mit dem Klienten akzeptiert, in anderen wird ein solches »Vorspiel« aus Gründen der institutionell bedingten Gesamtbelastung oder der theoretisch-psychologischen Konzepte über die »Therapiefähigkeit« bzw. »geeignetheit« des Klienten nicht in Kauf genommen (vgl. BREUER & SEEGER 1979; u. U. werden diesbezüglich auch Anstrengungen in Richtung der Erweiterung persönlicher Kompetenzen unternommen). – Andererseits dürfte beispielsweise die Bearbeitung diskrepanter *Behandlungserwartungen* zwischen Therapeut und Klient (in gewissen Grenzen) eher als Inhalt einer vorbereitenden Phase bei einer Behand-

lung generell von den Beratern/Therapeuten akzeptiert werden (vgl. oben) als etwa Differenzen in zentralen behandlungsbezogenen *Wert-haltungen*, verfestigten Einstellungen, Persönlichkeitsmerkmalen o. ä. (so können etwa hartnäckige Auffassungsunterschiede bezüglich wesentlicher Moral- oder Erziehungsnormen eine psychologische Intervention als aussichtslos erscheinen lassen). D. h. das Maß der beratungs-/therapievorbereitenden »definitiven Bemühungen« ist neben individuellen Charakteristika und Voraussetzungen des Psychologen auch bestimmt von der perzipierten Relevanz und Änderbarkeit der diskrepanten Merkmale.

Die Unterscheidung zwischen »vorbereitender« bzw. »definitiver Phase« und »eigentlicher Behandlung« ist allerdings nicht in allen Fällen zu treffen. Einmal gibt es Beispiele, in denen die *Herstellung* einer adäquaten Beziehung bereits mit »therapeutischen Mitteln« geschieht (etwa durch Anwendung gesprächspsychotherapeutischer Methoden und Feedback-Techniken o. ä.), zum anderen existieren Fälle, in denen die *Etablierung einer bestimmten Qualität der Interaktion* zwischen Psychologe und Klient bereits den *Hauptinhalt der Behandlung* darstellt (vgl. unten).

Beispiele

Psychologin: Wenn ich jemanden in der Sprechstunde sitzen habe, und ich merke, ich komme mit dem nicht zurecht, dann sage ich schon gleich: Den möchte ich nicht. Wenn ich aber das Gefühl habe, das läuft ganz gut oder es könnte ganz gut sein, dann sage ich: Ach ja, den mache ich.

Psychologin: Es kommt schon vor, daß ich denke: Mein Gott, der liegt Dir gar nicht. Und wenn ich mehrere Kontakte hatte, dann versuche ich auch, mich da einzubringen. Und ich sage, daß ich Schwierigkeiten habe, das nachzuvollziehen, daß ich mich aber bemühe, ihn zu verstehen. Es bleibt aber immer eine Aufgabe, mir nach jedem Kontakt zu überlegen: Was kannst Du Dir auf Dein eigenes Konto schreiben? Und was ist von dem anderen gekommen? – Und da finde ich es gut, daß der Austausch hier im Team einigermaßen gut klappt. Wir setzen uns zusammen, und wir reden darüber, welche Schwierigkeiten man gehabt hat, wie man als Therapeut die Stunde erlebt hat. Und ich glaube, daß dieser Austausch . . . eine gute Sache ist und verhindert, daß wir unsere Problematik dem anderen aufoktroyieren.

Psychologe: Vielleicht zu der Abneigung und Sympathie noch etwas. Bei Kindern spielt das bei mir nicht so eine große Rolle. Ich habe also meistens einen ganz guten Kontakt zu den Kindern . . ., selbst wenn sie am Anfang nicht so gern kommen; nachher hat es ihnen Spaß gemacht und ich habe ein ganz befriedigtes Gefühl. – Schlimmer ist das bei Eltern, wo ich merke: Das sind Leute, die ich gar nicht akzeptieren kann, bei so einem autoritären Erziehungsstil fällt es mir schwer, überhaupt Verständnis zu zeigen. Dann versuche ich, das irgendwie im Team zu besprechen, eventuell abzugeben oder noch jemanden hinzuzuziehen, weil ich der Auffassung bin: Ich kann Eltern-Einstellungen nur verändern, wenn ich sie irgendwo verstehen und akzeptieren kann. Wenn da bei mir so eine Abwehr ist, dann kann ich es eigentlich drangeben. – Es ist auch schon passiert, bei so total paranoiden Eltern, daß ich denen ziemlich heftig gesagt habe, daß ich der Ansicht bin, daß sie mit der Erziehung bei ihrem Kind alles kaputt machen . . . und die sind dann nicht wiedergekommen, und es war alles dann ergebnislos.

Psychologe: Ich merke schon, daß ich mit einigen Klienten besser, mit anderen weniger gut zusammenarbeiten kann. Und das ist tatsächlich etwas, was meine persönlichen Wertvorstellungen berührt. Damit habe ich ständig irgendwie zu kämpfen. Das ist auch eine Frage, wieweit ich meine Akzeptanz erweitern kann. Ich glaube, das hat bestimmt Grenzen bei mir, genauso wie bei anderen. Was ich feststelle ist, daß sich das tatsächlich schon ein bißchen erweitert hat im Laufe meiner Arbeit, aber ich habe da auch deutlich meine Grenzen, wo ich genau auf Punkte angesprochen werde, die mir so konträr entgegenkommen, daß ich da Schwierigkeiten habe.

Psychologin: Ja, ich habe öfter schon mal Schwierigkeiten. Ich habe z. B. Schwierigkeiten mit sehr rationalen Eltern, mit »verkopften« Eltern, die eine Theorie im Kopf haben, aber überhaupt keine Beziehung mehr zu den Kindern . . . Da bin ich hinterher geschafft. Aber was mir da hilft, ist die gesprächstherapeutische Ausbildung, die ich habe; wie ich da rangehe, daß ich eben versuche, den Eltern das auch mitzuteilen. Im Grunde bin ich da in einer Therapiesituation, indem ich der Mutter meinen Eindruck wiedergebe, wie ich sie erlebe . . . Wenn ich mich in das Kind hineinversetze, wie das wirkt – auf mich wirkt es ja auch so. Und dann kann ich das angehen, und das macht es mir auch leichter. Das halte ich auch für effektiver, das halte ich für den Sinn der Beratung. . . . Sonst reden wir vier, fünf, sechs Stunden lang über Theoriekonzepte . . .

Interaktionsbezogen-rezeptive Fähigkeiten des Beraters/Therapeuten sind vor allem hinsichtlich der Gewinnung »*diagnostischer Information*« (i. w. S.) von Bedeutung. In bezug auf die Strategien der Gewinnung behandlungsrelevanter Kenntnisse über den Klienten läßt sich ein sehr deutlicher und verbreiteter Trend innerhalb der Entwicklung der Tätigkeit von Psychologen (und z. T. auch in theoretisch-diagnostischen Ansätzen) identifizieren, der wegführt von starren Konzeptionen der Anwendung, Auswertung und Interpretation psychometrischer Testverfahren und hingeht in Richtung auf den Einsatz von Methoden der direkten Verhaltensbeobachtung bzw. der Verwertung von Informationen, die aus der Interaktion mit dem Klienten entnommen werden (vgl. unten). Dabei spielt die *Entwicklung der Tätigkeit* von Beratern/Therapeuten (i. S. von Erfahrungs- und Kompetenzbildung) unter dem Aspekt der »*operativen Nützlichkeit*« von klientenbezogenen Kenntnissen eine entscheidende Rolle. Der Maßstab der Güte von Datengewinnung unter testtheoretischen und methodischen Kriterien wird zunehmend revidiert zugunsten von Informationsdimensionen, die einen engeren Bezug zu beratungs- und therapierelevanten *Handlungskonzepten* besitzen; die »*operative Bedeutsamkeit*« von Testergebnissen für Beraterisch-therapeutische Behandlungen läßt – etwa gegenüber interaktionsbezogenen Datenquellen – in vielen Fällen zu wünschen übrig.

Es entwickelt sich im Bereich Diagnostik eine zunehmende »*Versubjektivierung*« hinsichtlich der »*Stimulierung*« von (interaktivem) *Klienten-Verhalten* (d. h. dem Klienten wird kein standardisiert-objektiviertes »*Reiz-Material*« präsentiert) und bezüglich der *Selektion* und *Einheiten-Bildung* innerhalb der Psychologen-Wahrnehmung (Bedeutung von »*Sensibilität*« und »*Intuition*«; welche verbalen und nonverbalen Verhaltensweisen des Klienten werden registriert und interpretiert?) – vor allem auf dem Hintergrund individueller Persönlichkeitstheorien und psychologischer Funktionsmodelle (zu dementsprechend resultierenden Konsequenzen für die Personwahrnehmung vgl. PIONTKOWSKI 1976 b, 130 ff.).

Diese Strategie zeichnet sich offensichtlich – gegenüber einer streng regelhaften Test-Diagnostik – durch ein (potentiell) größeres Maß an »*Operativität*« (Handlungsnähe), *Flexibilität* und *Ökonomie* aus. Darüber hinaus sprechen auch Argumente psychologisch adäquater Informationsverarbeitung und Informationsabfrage für ein solches Vorgehen (vgl. CICOUREL 1974). Auf der anderen Seite wird die »*Diagnostik auf der Beziehungsebene*« häufig als heuristisches Instrument bei der Suche nach Problemkomplexen eingesetzt, die anschließend gezielter mit

systematisierten Informationsgewinnungsmethoden abgeklärt werden (vgl. SCHULTE & KEMMLER 1974; SEEGER & BREUER 1979).

Diagnostische Information dieser Art kann einmal dem »manifesten« *Inhalt der Kommunikation* zwischen Klient und Psychologe entnommen werden: Der Klient berichtet über problemrelevante Verhaltensweisen, Gedanken, Gefühle. Zum anderen wird Information übermittelt durch die *Art des Kommunikationsverhaltens* des Klienten, über den *Beziehungsaspekt* der Kommunikation (WATZLAWICK u. a. 1969). Paradigmatische (einander wechselseitig nicht ausschließende) Fälle der Konzeptualisierung und Interpretation der Interaktion Psychologe – Klient *als diagnostische Situation* durch den Berater/Therapeuten sind etwa die folgenden:

- Der interaktive Kontext als *klientenbezogene Stimulus-Situation* mit dem Ziel einer *Beobachtung des Klienten-Verhaltens*: Das interaktive Verhalten des Klienten dem Psychologen (oder auch dritten Personen) gegenüber wird als »exemplarischer Fall« (als »repräsentative Stichprobe« o. ä.) seiner Interaktions- und Kommunikations-Strategien und -Gewohnheiten aufgefaßt; das Augenmerk des Beraters/Therapeuten richtet sich auf hier auftretende Verhaltenseigentümlichkeiten, -probleme etc., von denen (zunächst und hypothetisch) angenommen wird, daß sie auch in anderen bzw. alltäglichen Kontexten auftreten (auch als »Übertragungs«-Situation im psychoanalytischen Sinne aufzufassen).
- Der interaktive Kontext als *psychologenbezogene Stimulus-Situation* mit dem Ziel einer *introspektiven Beobachtung* eigener »innerer«, vorwiegend emotionaler Reaktionen auf den Klienten: Der Berater/Therapeut interpretiert sich selbst als repräsentative Figur aus der sozialen Umgebung des Klienten und deutet seine eigenen (Gefühls-) Reaktionen innerhalb der Interaktion als »typische« Effekte des Interaktions- und Kommunikationsverhaltens des Klienten (i. S. einer »Gegenübertragung«).
- »Anomalien« in der *Entwicklung der Qualität der Beziehung* als diagnostische Indikatoren: Auf dem Hintergrund eines normativen Modells der Beziehungsentwicklung in Richtung auf zunehmende »Tiefe« der Interaktion, ein wachsendes Maß an Selbsteröffnung hinsichtlich person- und problemrelevanter Gefühle, Gedanken durch den Klienten etc. als notwendige und änderungswirksame Bedingungen der Behandlung werden »Stockungen«, Hindernisse und temporäre Stillstände in diesem Prozeß als Hinweise auf bedeutsame Problem-aspekte interpretiert – z. B. das ansteigende Niveau von Ängstlichkeit bei oder Vermeidung von bestimmten Themenbereichen, »Wi-

derstände« bei der Behandlung oder Aufdeckung von Persönlichkeitsaspekten, Verhaltensweisen etc.

Beispiele

Psychologe: Bei mir gibt es Kinder, mit denen ich gerne zusammenbin und Kinder, die mich irgendwo langweilen oder ärgern, weil sie Verhaltensweisen haben, die halt auffällig sind – meinetwegen, wenn ein Kind ständig aufsteht aus dem Sessel, im Zimmer rumläuft, oder es ist überhaupt nicht ansprechbar, antwortet nur ganz zäh und so – dann ruft das bei mir Unmut hervor. Ich versuche dann, das irgendwie zu kontrollieren, das also nicht die Beziehung belasten zu lassen. Und ich übernehme das meistens auch in den Bericht, daß ich also reinschreibe: Das Kind hat mich furchtbar genervt, und ich kann mir vorstellen, daß es den Eltern ähnlich geht oder den Lehrern. – Also so, was die Psychoanalytiker »Gegenübertragung« nennen, eben mein eigenes Gefühl auch als Diagnostikum zu benutzen. . . .

Psychologe: Das ist die Frage nach der Gegenübertragung. Es ist wichtig, daß die Emotionen, die da natürlich auftauchen, kontrolliert werden. Vorhanden sind diese Emotionen immer, ich bin ja kein Roboter. Und wenn ich die unter Kontrolle habe, kann ich die ja als therapeutisches Mittel auch einsetzen. . . . Es kann einem beispielsweise helfen, die Eltern eines Kindes ein Stück zu verstehen, warum die z. B. wütend sind auf das Kind. . . . So kann man vielleicht den Eltern auch weiterhelfen, dadurch, daß die merken, dem geht es ähnlich. . . .

Frage: Mit welchen Mitteln gehen Sie bei der Diagnose zu Werke?

Psychologe: Für mich sind wichtig, zunächst mal: das Interview, ich versuche, Kontakt herzustellen, einwirken lassen, »Hören mit dem dritten Ohr«, was da los ist . . . Ich würde sagen, daß es sich für mich immer mehr herausgestellt hat, daß das Diagnosemittel das Interview ist, das Gespräch ist, und daß die Tests sozusagen nur ein Hilfsmittel sind, für Dinge, die man vielleicht quantitativ bestimmen muß, wie z. B. daß man halt einen IQ braucht . . .

Frage: Haben Sie bestimmte Strategien, um den Problemen des Klienten in der Unterhaltung, im Gespräch, auf die Spur zu kommen?

Psychologe: Das ist erstmal so eine Tastbewegung, so ein Suchen in Richtung . . . Im Ablauf der Gespräche konzentriert sich das dann

immer mehr auf das, wo ich irgendwie erfassen kann: Da ist vielleicht etwas besonders problematisch, wo er nicht ranwill, der Klient. Das ist für mich z. B. so ein Indiz, das Angstniveau, das ist immer so ein Zeichen, daß da etwas steckt, daß da etwas bedeutsam ist, daß da etwas nicht funktioniert, daß da eine Störstelle ist. In dem Sinne kann ich sagen, daß der Angstpegel immer so etwas ist, wo ich also weiter folgen kann.

Psychologin: In einer Therapiestunde muß ich sehr gut zuhören, da fühle ich mich manchmal auch sehr angespannt, um alles mitzukriegen. Ich spüre dann auch, wenn da ein Widerstand kommt, wenn wir uns im Kreis drehen, wenn es da eine Stelle gibt, über die wir einfach nicht hinwegkommen. Dann merke ich: Da ist was los. Dann bringe ich mich selbst ein; ich sage: Ich habe jetzt das Gefühl, daß wir auf der Stelle treten. Was könnte jetzt sein zwischen uns? Und ich frage mich: Was hat dazu geführt, daß jetzt diese Stockung, diese Veränderung eingetreten ist? Was hat das mit dem Widerstand auf sich? Manchmal sage ich dem Klienten, daß ich mich an dieser Stelle auch hilflos fühle, selbst wenn ich versuche, Krisen und Widerstände auf diese Weise in den Griff zu bekommen.

Produktive Fähigkeiten

Interaktionsbezogen-produktive Fähigkeiten des Beraters/Therapeuten beziehen sich hauptsächlich auf den Umgang mit dem Klienten in der Behandlungssituation in einer Weise, die der Bearbeitung und Lösung seiner Schwierigkeiten förderlich ist. Hinsichtlich der vom Therapeuten anzustrebenden bzw. zu etablierenden Beziehungsqualität sind vor allem von der Seite *psychoanalytischer* und »klientenzentrierter« Theorien Konzepte und Vorschriften entwickelt worden.

So wird etwa in *psychoanalytisch orientierter Behandlung* das »Arbeitsbündnis« von seiten des Klienten durch das Bemühen um Offenheit hinsichtlich aller auftauchenden Gedanken, Stimmungen, Gefühle, Phantasien, Träume (*»Grundregeln«*), von seiten des Therapeuten durch Enthaltung bezüglich »wertmäßiger Eingriffe« gegenüber dem Klienten (*»Abstinenz«*) und durch *»gleichschwebende Aufmerksamkeit«* konstituiert; der Prozeß der »Aufdeckungsarbeit« vollzieht sich in einer *»Übertragungssituation«* (Reproduktion früherer – kindlicher – Beziehungsverhältnisse durch den Klienten) und im *»Durcharbeiten«* der im Kontext dieser Beziehung auftretenden *»Widerstände«* und *»Übertragungsneurosen«* (vgl. BECKER 1975). – Die Aufgabe des Therapeuten in der *»klientenzentrierten«* Behandlung besteht vor allem in der Realisierung

der interaktiven »Kernvariablen« der »nicht-besitzergreifenden emotionalen Wärme« (Wertschätzung, Achtung, Respekt gegenüber dem Klienten), des »empathischen Verstehens und Einfühlens«, das vor allem durch das Rückmelden und »Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte« zu gewährleisten ist, sowie der »Echtheit« und »Selbstkongruenz« (vgl. TAUSCH & SCHULZ von THUN 1975; BOMMERT 1977). – Unter *verhaltenstherapeutischer Orientierung* wurde dem therapeutischen Aspekt der Beziehung zwischen Psychologe und Klient innerhalb theoretischer Konzepte zunächst in weniger starkem – inzwischen aber anwachsendem – Maße Aufmerksamkeit entgegengebracht; die diesbezüglich vorhandenen Konzepte sind recht heterogen (vgl. etwa KRASNER 1972; WILSON u. a. 1968; GOLDSTEIN 1975; GOMES-SCHWARTZ u. a. 1978).

Es lassen sich eine Reihe von Bedingungen und Mechanismen unterscheiden, aufgrund derer die Qualität der therapeutischen Beziehung bzw. die interaktive Kompetenz des Psychologen im »produktiven« Sinne wirksam wird und modifikatorisch-problemlösende Effekte auf der Seite des Klienten bewirkt:

- Durch das *Vorhandensein einer Beziehung mit einer vom Klienten als positiv erlebten Valenz*: (a) Die therapeutische Interaktion stellt u. U. die einzige oder die einzig zuverlässige soziale Beziehung dar, über die ein Klient verfügt, in der seiner Person, seinen Schwierigkeiten etc. positive Aufmerksamkeit (durch aufmerksames Zuhören, soziale Anerkennung o. ä.) entgegengebracht und das Erlebnis von »persönlichem Wert« vermittelt wird. Hier spielt der empirische Zusammenhang eines positiven Selbstkonzeptes mit dem verfügbaren Repertoire an Verhaltensweisen eine Rolle (vgl. PIONTKOWSKI 1976 b, 119 ff.); dieser Aspekt dürfte u. a. für Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern, die weitgehend unter Bedingungen von »Affektneutralität« und »sozialer Deprivation« gehalten werden, von elementarer Wichtigkeit sein. – (b) Die therapeutische Beziehung stellt eine Situation dar, in der geäußerte Gedanken, Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse etc. des Klienten grundsätzlich nicht negativ sanktioniert werden. Die ständige und zuverlässige Akzeptierung und Wertschätzung seiner Person ist geeignet, der Ängstlichkeit oder anderen negativen Gefühlen gegenüber bisher nicht geäußerten verborgenen, verdrängten o. ä. Empfindungen und Kognitionen des Klienten entgegenzuwirken; auf diese Weise wird es dem Klienten ermöglicht, sich mit den Problembereichen aktiv und bewußt auseinanderzusetzen (vgl. MARTIN 1975, 116 ff.).
- Durch »*Metakommunikation*«: Aufgrund der Annahmen, daß (a) innerhalb der therapeutischen Beziehung bestimmte Problemkonstellationen aktualisiert und reproduziert werden, die außertherapeutisch-

alltäglichen Interaktionen entstammen («Übertragungssituation« i. w. S.), und (b) im Kontext der Beziehung Psychologe – Klient erreichte Lösungen, modifizierte Verhaltensweisen etc. auch positive Konsequenzen für die problematische Alltagsrealität des Klienten haben – d. h. auf den außertherapeutischen Kontext »generalisiert« werden – wird eine »Beziehungsklärung« zwischen Therapeut und Klient vorgenommen: Durch »Deuten« von produziertem Material, »Durcharbeiten« der Beziehung, durch Auflösung der »Übertragungsneurose«, das »Einbringen der eigenen Person«, durch »Konfrontation«, interaktives Feedback etc. kann der kommunikative Beziehungsaspekt zum Gegenstand von Änderungsbemühungen werden (durch Bewußtmachen, Neubewerten etc. von Merkmalen der Beziehung; vgl. WATZLAWICK u. a. 1971; siehe auch WEINER 1978). – Problematisch bei diesem Vorgehen ist u. U. die Reaktion des Psychologen auf den Klienten aufgrund von durch seine eigene Person bestimmten unkontrollierten Bedürfnissen, Merkmalen o. ä. Die Einbringung von unreflektierten Person-Aspekten des Beraters/Therapeuten wird zumeist unter dem psychoanalytischen Begriff der »Gegenübertragung« konzeptualisiert (vgl. BECKER 1975, 430 f.); in dieser Hinsicht sind sowohl »negative« Versionen (Abneigung des Psychologen gegenüber dem Klienten; vgl. oben) als auch »positive« Fälle (Sympathie, erotische Attraktion o. ä.) möglich. Eine Kontrolle und Ausschaltung solcher Verhaltenstendenzen wird von den Psychologen als sehr bedeutsam beurteilt. Als wesentliche Instrumente dieser Kontrolle sehen die Psychologen die Supervision eigener Fallbearbeitung durch kompetente Kollegen sowie »Selbsterfahrungs«-Übungen an. Es kommt vor, daß aus Gründen therapiebeeinträchtigender (erkannter) Gegenübertragungs-Konstellationen ein Klient an einen Kollegen abgegeben oder eine Behandlung abgebrochen wird.

- Durch (*Neu-*) Kalibrierung der Beziehung: Die spezifische änderungsfördernde Art der Festlegung von Kommunikationsregeln innerhalb des dyadischen Systems aus Berater/Therapeut und Klient – d. h. die »Kalibrierung« des Systems – stellt die wesentliche Voraussetzung der Produktion neuer Verhaltensformen innerhalb (und außerhalb) des Behandlungskontextes dar (vgl. WATZLAWICK u. a. 1971). Diese Regeln werden im wesentlichen bestimmt durch die institutionellen und Rahmen-Bedingungen, die personalen Voraussetzungen und die induzierten »psychologischen« Faktoren des Behandlungskontextes. Beziehungs- (*Neu-*) Kalibrierungen finden statt zu Beginn eines beraterisch-therapeutischen Kontaktes (Definitionen des notwendigen bzw. erlaubten Klientenverhaltens, der Interaktionsweisen des Psychologen; vgl. oben) oder im Verlauf einer Behandlung (z. B.

beim Übergang von einer als »Beratung« zu einer als »Therapie« definierten Interaktion, bei »Therapie-Krisen«, bei deutlich gewordener Nicht-Geeignetheit des zunächst eingeschlagenen Vorgehens o. ä.; vgl. MORTON u. a. 1976). Als allgemeine Grunddimension der Kalibrierung interpersonalen Verhaltens sind die Aspekte »*affektive Merkmale der Interaktion*« (Freundlichkeit – Feindlichkeit) und »*relativer Status der Interaktionspartner*« (Dominanz – Unterwerfung) herauskristallisiert worden (vgl. PIONTKOWSKI 1976 b, 103 f.; VAUGHN & BURGOON 1976); für spezifisch therapeutische Kontexte scheinen diese Dimensionen ebenfalls von Bedeutung zu sein (vgl. APFELBAUM 1958; LORR 1965). – Therapeutische Neu-Kalibrierung von Beziehungen außerhalb der Dyade Klient – Therapeut findet statt, wenn der Psychologe eine Änderung von Interaktionsregeln innerhalb von Systemen wie beispielsweise Eltern – Kind, Ehemann – Ehefrau o. ä. bewirkt, indem er hier als »neutraler Dritter« die existierenden Verhaltensregeln hinterfragt oder neue Regeln bzw. Meta-Regeln der Kommunikation definiert (vgl. WATZLAWICK u. a. 1971; WATZLAWICK u. a. 1974; MANDEL u. a. 1971).

Beispiele

Psychologin (im Landeskrankenhaus): Z. B. ein Patient, der überhaupt kein Selbstbewußtsein hat, der sich gar nichts zutraut, bei dem würde es mir darum gehen, daß er mehr Selbstvertrauen gewinnt. Das kann ich ihm vermitteln über verschiedene Wege, z. B. indem ich ihn einmal sehr ernst nehme, indem ich mit ihm spreche. Die Gesprächssituation ist unheimlich wichtig. Das kennen die nicht; es wird mit ihnen nie gesprochen. . . . Sie erleben dann: Da ist jemand . . .; ich könnte auch mit ihnen basteln, das ist egal – aber die individuelle Zuwendung: Die erleben nie, daß sie als Person irgendeine Bedeutung für andere Menschen haben; sie sind immer nur eine Nummer . . ., sie gehen unter in der Masse. Dieses Herausgehobensein mal, und wenn es nur in der Woche eine Stunde ist, das wirkt sich extrem aus, man kann sich das gar nicht vorstellen. Das ist einfach eine Erfahrung, die ich hier gemacht habe.

Psychologin: Ich will nicht alle gleichmachen, ich versuche, ein Stück Individualität herauszuarbeiten und ihnen dann die Stärke zu geben. Ich biete ihnen an, hierhin zu kommen, sich ein Stück Kraft zu holen bei mir. Und ich versuche, sie selbständig zu machen. Ich will sie natürlich wieder von mir weg haben, so daß sie das allein entscheiden können. . . . Ich sage immer gleich am Anfang: Ich bin nicht einer, der Ihnen Patentrezepte geben kann oder Handlungsan-

weisungen. Was ich machen kann ist, Ihnen eine Unterstützung geben, und wir setzen uns zusammen und versuchen, zusammen eine Lösungsform zu finden.

Psychologin: Eine meiner Strategien bei der Behandlung ist, daß ich sehr viel versuche, über die Beziehung zu arbeiten. Daß ich also sage, wie ich die Leute selber erlebe, womit ich Schwierigkeiten habe . . ., daß ich also auch, wenn sich das Ganze auflädt, daß ich mich darauf einlasse und sage: Ich fühle mich jetzt hier unwohl, ich fühle mich jetzt ziemlich angeschossen – und daß wir dann versuchen, das abzuklären.

Psychologe: Was ich mit jedem Klienten mache nach einigen Stunden ist: Unsere Beziehung abzuklären. Übertragungsphänomene, natürlich, die treten dauernd auf, aber die Gegenübertragung, ob die auftritt, davor versuche ich halt, mich zu hüten. Und dadurch, daß ich ständig mit anderen Leuten spreche darüber. . . . Das war vielleicht früher mal so, daß ich mir so gesagt habe: Die sind selbst schuld an ihrem Elend. Aber inzwischen versuche ich, die Leute mit ihren Problemen zu erfassen. Es gelingt mir nicht immer. Ich habe jetzt erst vor kurzem eine Klientin gehabt, da ist mir das erst nach der zwölften oder dreizehnten Therapiestunde klargeworden, daß ich sie überhaupt nicht akzeptiere. Aber irgendwann merkt man es ja doch, wenn es nicht läuft oder so.

Psychologe: Nehmen wir mal ein Beispiel: Wenn jemand sich sehr hilflos gibt und mich als einzige Rettung aufbaut, dann muß ich tatsächlich aufpassen, daß ich diese Rolle nicht gern spiele, der letzte Retter zu sein. Aber das weiß ich, . . . bei vielen Dingen weiß ich das; das merke ich. Da fehlt natürlich vielleicht auch öfter die Supervision – obwohl wir das Team haben. Herr S. ist Psychoanalytiker, und er möchte natürlich solche Dinge hören wie »Übertragung« und »Gegenübertragung«. Da sind wir eigentlich ganz gut geschult. Obwohl – natürlich wird man beständig seine eigene Person mit hineinbringen. . . . Ich würde auch die Rolle der Suggestion nicht unterschätzen – bei der Geschwindigkeit der Heilung und so. Das hängt auch wieder damit zusammen, wie sicher man sich selbst ist, bei dem, was man tut. Wenn der Klient z. B. merkt, daß man selbst nicht so ganz sicher ist, bei dem, was man tut . . ., das ist sehr schwierig. Deshalb – ich würde sagen: Selbsterfahrung und diese Dinge sind unheimlich wichtig.

Psychologin: Es ist natürlich unheimlich wichtig, daß ich weiß, wo meine eigenen Probleme sind. Ich habe z. B. immer Schwierigkeiten

bei sehr aggressiven Leuten. Die schüchtern mich ein. Und ich weiß, das ist mein Problem, und das muß ich irgendwie berücksichtigen in der Therapie, daß ich dann nicht auch aggressiv werde, oder daß ich sage oder denke: Die sind ja bescheuert. Das werde ich nicht sagen, aber das kann sich sicher irgendwo auswirken. Und da meine ich, hilft mir auch, daß ich Supervision habe, und daß ich dort sage: Ich habe das und das Erleben dabei gehabt.

Psychologe: Übertragung, Gefühlsübertragung, kann es geben, daß ich z. B. merke: Ich verliebe mich in eine Mutter. Das ist mir jetzt neulich passiert, das habe ich ganz eindeutig registriert: Die sieht ganz attraktiv aus, und es wird Dir schwerfallen, der irgendetwas zu verdeutlichen. Da habe ich die Arbeit aufgeteilt, d. h. ich habe dem Team mitgeteilt: Ich komme aus dem Grunde mit der Mutter nicht so gut zurecht, vielleicht kann ein anderer das besser machen. Dann muß ich im einen oder anderen Fall tatsächlich jemanden abgeben. Das kann mir eher passieren, weil ich mit jemandem positiv nicht zurechtkomme, weil ich mich da sehr leicht »hingee« – sehr selten passiert es mir, daß ich eine negative Übertragung habe. Obwohl ich selber einen autoritären Vater hatte, aber das Problem ist mir relativ bewußt. Ich habe innerhalb der Dienststelle ungefähr zwei Jahre Selbsterfahrung unter analytischer Anleitung gemacht, und da sind mir bei mir selber viele Dinge bewußt geworden, die ich heute so in etwa in den Griff kriege. Ich kann das natürlich nicht objektiv abschätzen, ich kann das nur subjektiv abschätzen. Aber ich muß sagen, es passiert mir praktisch überhaupt nicht, daß ich irgendetwas da abbrechen muß, selbst wenn Väter da sind, die meinem Vater irgendwo ähneln – ich merke, ich gewinne Verständnis dafür, und dem Vater tut das unendlich gut, daß ich die Vorbehalte, die er ja überall produziert, daß ich die überwinde, dann mache ich erstaunlicherweise oft doch sehr positive Feststellungen, wenn ich also diesen Riegel mal durchbrochen habe.

Psychologe: Ich gehe in der Beratung von den Untersuchungs-Unterlagen aus. Es ist für die Eltern oft erschütternd zu sehen, daß wir hier in einigen Stunden unter Umständen mehr erfahren über ihr Kind, als sie selbst über Jahre hin erfahren konnten. Denn das liefern die Tests auch heute noch, gerade die projektiven Sachen. Wenn diese Erschütterung da ist, kann man dann auch den Einstieg besser finden ins Problem. Die Leute sind dann irgendwie doch – ich benutze diesen Begriff ungern – schuldbewußt, aber sie erkennen, daß da etwas getan werden muß. Und diese Art von Schuldgefühl in dieser Phase, die finde ich nicht schlecht. Ich versuche nachher, am

Ende des Gesprächs, ihnen deutlich zu machen, daß sie jetzt nun nicht immer nur auf sich gucken müssen: Was haben sie falsch gemacht? Ich möchte nämlich nicht, daß sie nach Hause gehen und dann ins andere Extrem verfallen, um dann wieder zu sagen: Nee, also so kann ich auch nicht sein. . . .

Psychologin: Ich arbeite viel mit Verständnis . . . Das ist eine meiner persönlichen Schwierigkeiten, daß ich davon manchmal zuviel bringe. . . . Wenn ich eine Mutter habe, wo ich sehe, daß die in einer Situation steckt, die katastrophal ist, die sehr wenig positive Erlebnismöglichkeiten hat, dann könnte es sein, daß mir passiert, daß ich da zu viel Verständnis entgegenbringe und ihr dann nicht konsequentes Verhalten abverlange. . . . Das ist jetzt aber eine ganz persönliche Schwierigkeit von mir . . . , wo ich jetzt anfangen möchte, mich mit einem Tonband zu kontrollieren, um herauszufinden, wie ich mich anders verhalten könnte.

Zur wissenschaftlichen Untersuchung der Therapeuten-Persönlichkeit als Wirkfaktor im Behandlungsprozeß

Das empirisch-wissenschaftlich noch weithin ungelöste Problem der klaren *Identifizierung von grundlegenden »Wirkfaktoren«*, die eine therapeutische Änderung hervorrufen, hat einerseits Bemühungen zur Konsequenz gehabt, allgemein-»ideologieunspezifische«, richtungsunabhängige Aspekte (»common factors« o. ä.) in den unterschiedlichen therapeutischen bzw. beraterischen Vorgehensweisen aufzudecken; dabei wurde vorwiegend auf den »gemeinsamen Nenner Interaktion« (vgl. HALEY 1978; CASHDAN 1973) bzw. die Dimensionen der interpersonellen Kommunikation abgehoben (vgl. oben). Auf der anderen Seite führte diese problematische Kenntnislage dazu, die Bedeutsamkeit psychologischer Theorien und Methoden, beraterisch-therapeutischer Ausbildung und Erfahrung für eine änderungsbezogene Kompetenz grundsätzlich in Zweifel zu ziehen. So wurde beispielsweise – hauptsächlich im gesprächspsychotherapeutischen Konzept – die Existenz einer »*inherently helpful person*« (vgl. TRUAX & MITCHELL 1971) postuliert, die ausschließlich aufgrund ihrer persönlichen Sozialisationsgeschichte alle notwendigen Voraussetzungen für die Realisierung hilfreicher interpersoneller Beziehungen mitbringt. Der Nachweis einer solchen »therapeutischen Persönlichkeit« erscheint anderen Autoren demgegenüber bisher keineswegs gelungen (vgl. MELTZOFF & KORNREICH 1970, 306 ff.). –

Die Unsicherheit dieser Situation schafft Raum für eine Unzahl von Konzepten, die psychologische Behandlung als der wissenschaftlichen Herangehensweise unzugängliche »Kunst«, als nichterkklärbar etc. auffassen oder das »Hier-und-Jetzt«-, »Erlebnis-Prinzip« etc. verabsolutieren. Dabei wird auch psychologischer Scharlatanerie Tür und Tor geöffnet. STRUPP (1976) kritisiert ausführlich diese gegenwärtig im Aufwind befindlichen *anti-intellektualistischen*, *anti-wissenschaftlichen* und *anti-professionalistischen Trends* in der klinischen Psychologie, ihre Quellen und Konsequenzen.

Hinsichtlich der *Bedeutung der Dimension »Therapeuten-Persönlichkeit«* für den Behandlungsprozeß und -effekt sind vor allem zwei Phänomene empirisch ausführlicher untersucht worden, die beide einen relativ großen »Überraschungswert« besitzen: Der sogenannte »*Verschlechterungs-Effekt*« (deterioration effect) und die sogenannte *A-B-Unterscheidung von Therapeuten* (Therapeuten, die größere Erfolge mit schizophrenen Klienten und solche, die mehr Erfolg mit Neurotikern haben).

Der *Verschlechterungs-Effekt* wurde vor allem von BERGIN diskutiert (z. B. BERGIN 1963; 1966; 1971). Die Entdeckung dieses Effekts beruht auf der Beobachtung, daß die *durchschnittlichen* Besserungseffekte psychologischer Therapien sich von den Besserungen psychischer Störungen *ohne* Therapie nicht in der erwarteten deutlichen Weise unterscheiden (hinsichtlich des Vergleichs von Mittelwerten bei Versuchs- und Kontroll-Gruppen). Im Gegensatz zu der geringen Veränderung der arithmetischen Mittel bei den Kriteriums-Messungen in therapierten Klienten-Gruppen fällt bei einer Vielzahl von Untersuchungen deren (gegenüber Kontroll-Gruppen) erheblich *vergrößerte Varianz* auf (d. h. die »*Spannweite*« der Veränderungen sowohl *in positiver wie in negativer Hinsicht* ist hier größer). Nach diesen Ergebnissen scheint es bestimmte Therapeuten- oder Klienten-Merkmale bzw. bestimmte Merkmals-Kombinationen zu geben, die eine Verschlechterung des Zustandes des Klienten hervorrufen (die gravierender ausfallen, als wenn gar keine Behandlung stattgefunden hätte). – Obwohl BERGIN diesen Effekt empirisch für hinreichend gesichert ansieht, wird er von einer Reihe anderer Autoren aus unterschiedlichen (vor allem methodischen) Gründen bezweifelt (vgl. BRAUCHT 1970; RACHMAN 1974; HARTIG 1975; GRAWE 1978). Die Feststellungen von BERGIN scheinen jedoch zumindest die Argumente für die Notwendigkeit der *differenzierten* Untersuchung von Therapeuten-Fähigkeiten, Merkmalen und Problemen des Klienten, Prozeßaspekten der Intervention, dem Spektrum möglicher Änderungs-Effekte sowie deren Kombinationen zu erhärten (vgl. STRUPP u. a. 1977). – Konkrete Ansätze für eine empirische Untersuchung der differentiellen Wirkungen von Therapeuten-Persönlichkeiten sind bisher jedoch selten (mit tendenzieller Ausnahme der »*klientenzentrierten*« Richtung; vgl. TRUAX & MITCHELL 1971). Versuche, Kriterien für eine *Selektion* geeigneter Therapeuten-Persönlichkeiten zu entwickeln, haben ebenfalls nicht zu eindeutigen Resultaten geführt (vgl. etwa HOLT & LUBORSKY 1958).

Ein seit seiner Entdeckung durch WHITEHORN & BETZ (1954) häufig untersuchtes Phänomen, das sich in das postulierte Paradigma der Untersuchung dif-

ferentieller Effekte von Therapeuten- und Klienten-Charakteristika einpassen läßt, ist das der unterschiedlichen Erfolge von bestimmten Therapeuten bei schizophrenen Klienten einerseits und bei neurotischen Klienten andererseits. Diese beiden Therapeuten-Typen ließen sich erstaunlicherweise mit Hilfe bestimmter Skalen des Berufsinteressentests nach STRONG (»Strong Vocational Interest Blank«) voneinander unterscheiden (WHITEHORN & BETZ 1960): Therapeuten des Typs A (erfolgreich bei Schizophrenie) ähnelten in ihren Interessen stärker denjenigen von Juristen, hingegen waren Therapeuten des Typs B (weniger erfolgreich bei Schizophrenen) denjenigen von Mathematik- bzw. Naturwissenschaft-Lehrern ähnlich. MCNAIR u. a. (1962) erhielten bei einer Untersuchung dieser beiden Therapeutentypen Ergebnisse, die (als eine von mehreren Erklärungsmöglichkeiten) bezüglich neurotischer Patienten eine entgegengesetzte Therapeuten-Effektivität (Typ B erfolgreicher bei Neurotikern als Typ A) vermuten lassen. Eine einleuchtende theoretisch-psychologische Erklärung für den Zusammenhang der Berufsinteressen-Testwerte von Therapeuten und ihrer differentiellen Effektivität bei unterschiedlichen Klienten-Gruppen konnte allerdings nicht geliefert werden. Den Versuchen, die Resultate von WHITEHORN & BETZ sowie MCNAIR u. a. zu replizieren, war sehr unterschiedlicher Erfolg beschieden (vgl. MELTZOFF & KORNRICH 1970, 299 ff.; BORDIN 1974, 182 ff.). Neben der »Interaktions-Hypothese« hinsichtlich des Effekts von A- bzw. B-Therapeuten und Schizophrenen bzw. Neurotikern wurde eine sogenannte »Super-A-Hypothese« vorgeschlagen, die besagt, daß A- und B-Therapeuten hinsichtlich der Behandlungsergebnisse bei Neurotikern gleichermaßen erfolgreich sind, daß A-Therapeuten ihre B-Kollegen aber hinsichtlich des Erfolgs mit Schizophrenen übertreffen (vgl. MATTHEWS & BURKHART 1977); die Effekte von A- und B-Therapeuten zeigen insgesamt kein einheitliches, sondern – beispielsweise hinsichtlich unterschiedlicher Evaluations-Kriterien – ein komplex-differenziertes Bild (vgl. etwa GOODWIN u. a. 1978; GOMES-SCHWARTZ u. a. 1978).

Die empirische Untersuchung von Merkmalen und Wirkmechanismen der Therapeuten-Persönlichkeit erscheint uns, allgemein gesprochen, zu einem großen Teil von bestimmten *therapietheoretischen Konzepten* – hauptsächlich gesprächspsychotherapeutischen Auffassungen – dominiert: Die im »klientenzentrierten« Ansatz als behandlungsrelevant betrachteten Therapeuten-Merkmale sind bisher am ausführlichsten auf ihre Wirksamkeit hin untersucht worden und scheinen daher häufig als die einzig wirksamen Charakteristika zu gelten. Auf der anderen Seite finden sich Ansätze der Thematisierung differentieller Effekte von Therapeuten-Merkmalen, die sich aufgrund relativ *zufälliger* (aber durch ihren hohen Überraschungswert neugierigerweckender) Forschungsarbeiten entwickelt haben. Liefern letztere Bemühungen zumindest Hinweise dahingehend, daß über die gesprächspsychotherapeutischen Therapeuten-Variablen »Empathie«, »Wärme« und »Kongruenz« hinaus in einem differentiellen Modell auch alternative Variablen untersuchenswert sind, so mangelt es diesen Versuchen (und dem

Gesamtbereich) doch an einer allgemeinthoretischen Rahmenkonzeption, die hypothesengenerierende und ergebnisintegrative Funktionen erfüllen könnte.

Stimmungsschwankungen des Beraters/Therapeuten

Zum Schluß dieser Betrachtungen der Beziehung zwischen Berater/Therapeut und Klient unter »persönlichkeitsorientiertem« Akzent soll noch auf die – für praktisch tätige Psychologen offenbar nicht unwesentliche – Tatsache hingewiesen werden, daß der Verlauf beraterisch-therapeutischer Interaktionen nicht allein durch »strukturelle« personbezogene Aspekte (der Konstellation überdauernder Person-Merkmale von Psychologe und Klient), sondern auch durch »aktuelle« Charakteristika bestimmt wird; hier sind die jeweiligen »Stimmungen« (Launen, Gemütslagen o. ä.) des Psychologen von Bedeutung (ein knapper Überblick über untersuchte Zusammenhänge zwischen Stimmungslagen des Therapeuten und seinem Verhalten in der therapeutischen Interaktion findet sich bei BORDIN 1974, 167 f.; vgl. auch BOMMERT 1977, 135 f.). Bestimmte aktuelle Gefühlszustände des Psychologen scheinen sich in der Interaktionssituation mit dem Klienten niederzuschlagen. Nach Plausibilitätsüberlegungen dürfte dieser Aspekt – da ja in kaum einem anderen Beruf die Persönlichkeit in einem solchen Ausmaß als »Instrument« der Tätigkeit einzubringen ist – für die Effektivität der Arbeit von Beratern/Therapeuten erhebliche Bedeutung besitzen. Neben Einflüssen aus dem *Privatbereich* des Psychologen scheinen sich hier u. a. die jeweilige *Arbeitsbelastung* und -beanspruchung, die Qualität der *institutionellen Tätigkeitsvoraussetzungen*, des Arbeitsklimas, des Quantitätsdrucks etc. (vgl. BREUER & SEEGER 1979), aktuelle *Erfolge oder Mißerfolge* im Umgang mit Klienten o. ä. als wichtige Voraussetzungen auszuwirken. Andererseits ergeben sich vermutlich *Wechselwirkungen* aus aktuellen Berater-/Therapeuten-Zuständen und Charakteristika des Klienten.

Beispiele

Psychologin: Oft habe ich wirklich den Eindruck, es ist von meiner Stimmung, meiner Laune und meinem Wohlbefinden abhängig, ob ich das schaffe, daß ich die Leute also lange genug reden lasse, daß sie alleine auf etwas kommen – oder ob ich ihnen einen Fußtritt gebe. . . . Wenn ich mich wohlfühle, dann kann ich gut lange zuhören und kann viel abwarten, nur mal zwischendrin reflektieren – und

wenn ich viele Leute hintereinander habe, drei oder vier Beratungsgespräche hintereinander: den letzten, den scheuche ich.

Psychologin (im Landeskrankenhaus): Bei dieser speziellen Patientengruppe (Schwachsinnige) erfordert es sehr viel Mitgefühl. Und deswegen hängt es auch unheimlich stark von meinen Stimmungen ab; also wenn ich nicht in der Lage bin, anderen Mitgefühl zu geben, weil ich selber heute so schlecht dran bin oder was weiß ich, dann lasse ich es; dann sage ich: Heute habe ich keine Zeit, keine Lust oder sonstwas, weil es nämlich nichts bringt. Dann gehen die mir sofort auf den Wecker. Die haben ja z. B. alle Sprachstörungen; das erfordert schon eine unheimliche Konzentration, die überhaupt zu verstehen.

Psychologe: Meine Zufriedenheit hängt in erster Linie ab von der Zusammenarbeit im Team, also wie ich mit den Kollegen auskomme und auch, wie ich mit Klienten zurechtkomme. Ich merke, wenn eine Beratungsstunde oder eine Therapiestunde nicht gelaufen ist, daß ich eine Unzufriedenheit mit mir rumschleppe, manchmal bedrückt bin und daß mich das noch eine Zeitlang beschäftigt. Ich stelle mir vor, wenn ich da nicht ein Team hätte, wo das aufgearbeitet werden könnte, dann ginge es mir nicht so gut.

Erfahrungsbildung und Kompetenzentwicklung des Beraters/Therapeuten

Aus der unzureichenden Kenntnis der wesentlichen Wirkfaktoren beraterisch-therapeutischer Intervention resultiert ein weiteres Problem psychologischer Therapieforschung: MELTZOFF & KORNREICH (1970; vgl. S. 268, 273) sehen es als sehr spezifisches und höchst kurioses Phänomen im Bereich psychologischer Beratung/Therapie an, daß das Bemühen eines Untersuchers, herauszufinden, *ob Ausbildung und Training* hinsichtlich der Effekte von Therapie *überhaupt einen Einfluß haben*, nicht als frivol angesehen wird. Ebenso scheint in der Art und Weise, wie *Erfahrung* von Beratern/Therapeuten zum Gegenstand von Untersuchungen gemacht worden ist, ein *tiefsitzender Zweifel und Mißtrauen gegenüber Psychotherapie* zum Ausdruck zu kommen.

Hinsichtlich der *Ausbildung* und des *Trainings* von Therapeuten entwickelt sich – nach MATARAZZO (1971; vgl. auch SACCUZZO 1977) – mit dem Trend vom »medizinisch-klinischen« Therapiemodell zu einem Konzept »sozialen Lernens« in Beratungen/Therapien auch eine Tendenz zur *Laisierung von Psychotherapie*: »Mental Health-Skills« inklusi-

ve einiger Formen von therapeutischer Behandlung werden als einer relativ großen Zahl von »Laien« vermittelbar angesehen. Dabei betrachtet man vor allem die *Selektion* »psychisch gesunder« Personen, kombiniert mit einer *didaktischen* und *erfahrungsbezogenen* Ausbildung für eine *wohldefinierte* Rolle, als wesentliche Bedingungen (vgl. auch HOLT & LUBORSKY 1958). MELTZOFF & KORNREICH (1970, 287 f.) halten die Frage der Wirksamkeit unterschiedlicher Formen und Ausmaße psychotherapiebezogener Trainings für die Effektivität von Therapeuten (vorwiegend aufgrund methodischer Unzulänglichkeiten der vorliegenden empirischen Untersuchungen) nicht für ausreichend überprüft.

In bezug auf die Wirkung *therapeutischer Erfahrung* auf den Verlauf und die Resultate von Interventionen sieht der Forschungsstand nicht viel klarer aus. LUBORSKY u. a. (1971) fanden unter den 13 von ihnen zusammengestellten Untersuchungen, die sich mit dem Niveau der Erfahrung von Therapeuten und deren Effekt auf eine Besserung des Klienten beschäftigen, acht Berichte von positiven Beziehungen zwischen den thematisierten Variablen; in vier Fällen konnten keine signifikanten Differenzen zwischen erfahrenen und unerfahrenen Therapeuten gefunden werden. So problematisch das Ziehen von Schlüssen aufgrund der Gegenüberstellung dieser (hinsichtlich ihrer Repräsentanz un beurteilbaren) positiven und negativen Resultate auch anzusehen ist – es wird in der Regel von einem leichten »Evidenz-Vorsprung« zugunsten der Effektivitäts-Förderung therapeutischer Interventionen durch das Ausmaß an Erfahrung ausgegangen (vgl. MELTZOFF & KORNREICH 1970, 272 f.; BERGIN & STRUPP 1972, 28; BORDIN 1974, 163). Von Interesse wären diesbezüglich allerdings genauere Klärungen der »*Subprozesse*« von *Erfahrungsbildung* bei Therapeuten bzw. Feststellungen darüber, *welche erfahrungsbedingten Änderungen der Persönlichkeit oder des Verhaltens des Psychologen für dessen gesteigerte Effektivität im Umgang mit Klienten verantwortlich sind*. Neben mehr oder weniger globalen Erfahrungs-Effektivitäts-Studien gibt es u. a. eine Reihe von Untersuchungen, die sich mit Zusammenhängen von *Erfahrungsausmaß* und *Charakteristika der Interaktion und Beziehung* zwischen Therapeut und Klient beschäftigen (vgl. etwa die Überblicke bei MELTZOFF & KORNREICH 1970, 384 ff.; BORDIN 1974, 160 ff.; BREUER & SEEGER 1979). In dieser Hinsicht ist beispielsweise die von FIEDLER (1950a; 1951) vertretene Hypothese interessant, die besagt, daß die Charakteristika der therapeutischen Beziehung weniger von der vom Therapeuten vertretenen *Schul-Richtung*, als vielmehr vom Ausmaß seiner *Erfahrung* abhängig ist. Dieser Auffassung ist allerdings von anderen Untersuchungen widersprochen worden (etwa SUNDLAND & BARKER 1962; STRUPP 1955); neben methodischen Einwänden spielt hier vor allem das Problem des

»Inhalts« der thematisierten Vergleichsdimensionen eine Rolle. – Untersuchungen der Variable »Therapeuten-Erfahrung« innerhalb des gesprächspsychotherapeutischen Paradigmas weisen auf eine erfahrungsabhängige Elaborierung von »Wärme«, »Einfühlung« und »Nicht-Direktivität« des Therapeuten-Verhaltens hin (vgl. etwa TAUSCH 1974, 181 ff.; BORDIN 1974, 160 ff.). Interessant sind weiterhin Forschungsarbeiten, die eine durch wachsende Erfahrung bedingte Veränderung sowohl des »rezeptiven« wie des »produktiven« Handlungsaspekts des Therapeuten in der Therapie wahrscheinlich erscheinen lassen, i. S. einer zunehmenden *Abstrahierung* von den konkret unmittelbaren Verbalisierungen des Klienten (vgl. CICHETTI & ORNSTON 1976; siehe auch ANTHONY 1967). – Die Vorbehalte von methodischer Seite gegenüber den Untersuchungen der Effekte unterschiedlicher Erfahrungs-Niveaus sind allerdings zahlreich: Die meisten Arbeiten basieren auf *Abfrage*-Techniken oder registrieren Therapeuten-Antworten in *simulierten* Behandlungen (Vorspielen und Anhalten von Video- oder Tonband-Aufzeichnungen); ein Ausmaß an Erfahrung, das in einer Untersuchung als »hoch« angesetzt wird, wird in einer anderen als »niedrig« angesehen etc. Zuverlässige Aussagen über diesen Bereich sind gegenwärtig nicht möglich.

Beraterisch-therapeutische Erfahrungsbildung

Jenseits der bisher sehr spärlichen und undeutlichen *empirisch-wissenschaftlichen* Evidenzen für die Wirksamkeit beraterisch-therapeutischer Erfahrung auf die Effizienz psychologischer Interventionen, wird die Entwicklung der Erfahrung *von praktisch tätigen Psychologen* subjektiv (hinsichtlich ihrer eigenen Tätigkeitsausübung) als ein äußerst wesentlicher Aspekt der Gewinnung interventionsbezogener Kompetenz angesehen. Die Entwicklung anforderungsbezogener Plansysteme, Lösungsstrategien, bestimmter Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit Klienten, der Gewinn subjektiver Sicherheit etc. sind Problembereiche, die vor allem in der Phase des »Einstiegs« in die praktische Tätigkeit als Berater/Therapeut einen bedeutenden Stellenwert einnehmen. Solche Phänomene wurden von den von uns befragten Psychologen allgemein in eindringlicher Weise beschrieben (vermutlich nicht zuletzt auch deshalb, da sie aufgrund ihrer durchschnittlich noch relativ »jungen« Erfahrung diese Schwierigkeiten noch sehr präsent haben bzw. aktuell mit ihnen kämpfen). Doch trotz der subjektiven Nähe dieses Problemkomplexes, seiner starken (auch interview-unabhängigen) Thematisierung durch die Psychologen, bestanden für die befragten Berater/Therapeuten in weiten Bereichen große Schwierigkeiten, die

Erscheinungsformen, die Einzelprozesse, konkrete Veränderungen etc. innerhalb ihres Tätigkeitssystems detailliert zu beschreiben. Das gilt weniger für die erfahrungsbedingte Neuentwicklung und Modifikation tätigkeitsbezogener »planender Strategien«, d. h. bewußt kognitiv thematisierter und reflektierter Vorgehensweisen der Arbeitsorganisation etc., als vielmehr vor allem für solche Tätigkeitsaspekte, die in größerem Ausmaß »automatisiert« ablaufen, d. h. nicht mehr vollständig bewußter kognitiver Kontrolle unterliegen, auf ein Niveau (interaktiver, therapeutischer) Formen des »Könnens«, von *Fertigkeiten*, »absinken«.

Beispiel

Psychologin: Das fällt mir immer wieder auf, wenn ich mit neuen Leuten zusammen Beratung mache. Wir versuchen, jeden Neuen mit allen Mitarbeitern hier zusammenarbeiten zu lassen, einfach um die Stile kennenzulernen, wie jeder einzelne hier arbeitet. Und die Alten hier im Team, die haben sich schon irgendwo aufeinander eingestellt. . . . Mit Neuen wird es dann schon wieder schwierig; und wenn jetzt z. B. irgendein Neuer hinterher sagt: Warum hast Du jetzt da an dem Beispiel dieses und jenes dazu gesagt? – Es ist mir nie bewußt geworden, daß ich das und das dazu gesagt habe. Da gibt es offensichtlich doch Wenn-dann-Verbindungen: Wenn Mutter sagt, es gibt Theater beim Essen, dann denke ich sofort an soundsoviele Bedingungen, die ich dann auch hintereinander abfrage oder durchüberlege. Das sind sicherlich Erfahrungswerte, die vorher nicht so präsent waren. Ich erinnere mich z. B., daß ich am Anfang einfach verzweifelt nach einem Beispiel gesucht habe, um jetzt irgendeinen theoretischen Zusammenhang zu belegen; das kommt heute in der Regel auch nicht mehr vor, höchstens mal, wenn ich gerade einen ganz verbummelten Tag erwischt habe. Also Beispiele, die macht man sich – glaube ich – dann einfach so aus der hohlen Hand, die fallen einem hinterher sofort ein; und das ist sicherlich ein Stück die Erfahrung. Man hat auch so ein Gefühl dafür, was ankommt und was einsichtig ist und was weniger einsichtig ist. . . .

Das ist ein Problem, was wir eigentlich immer haben, wenn jemand hier neu anfängt oder ein Praktikant da ist; weil wir ja alle noch nicht so lange im Beruf sind und alle noch ziemlich stark in Erinnerung haben, was es für Aggressionen bei uns ausgelöst hat, wenn jemand sich auf Erfahrungen zurückgezogen hat: *Deshalb* macht er das halt so. Das muß man ja irgendwo lernen können! Aber das ist so wahnsinnig schwer zu beschreiben, was sich jetzt da

wirklich abspielt oder wie sich das entwickelt hat. Ich glaube, daß man eben in vielen einzelnen Situationen halt durch Zufall oder auch per logischem Denken darauf kommt, daß dieser Zusammenhang da ist, und man ihn angeboten hat, und er wurde akzeptiert, und er hat zum Erfolg geführt – daß einen dann eine solche Erfahrung wirklich auch immer wieder in die Richtung denken läßt; oder durch viele Diskussionen halt mit Fachkollegen sich bestimmte Zusammenhänge immer wieder darstellen lassen. Wobei es bestimmt nicht von ungefähr kommt, daß keine Menschenseele mal ein Buch über Erziehungsberatung schreibt oder über diese ganzen Zusammenhänge, weil wohl niemand gerne seine selbstgestrickten Sachen in die Öffentlichkeit setzt. Es ist auch unter Kollegen ziemlich schwierig, auf Tagungen usw., Detailgespräche zu führen; so allgemeine Gespräche schon, über Organisation und solche Dinge, aber: Was machst Du, wenn . . .? Oder: Wie läuft das denn bei Euch? Und: Wie reagierst Du denn darauf? – und so etwas, das läuft also ziemlich schwierig. Ich glaube, daß da viel Unsicherheit und sehr viel Angst ist, das zu publizieren, was da wirklich passiert.

Theoretisches Rahmenmodell der Kompetenzentwicklung

Da ein entwickeltes psychologisches Modell der Erfahrungsbildung für beraterisch-therapeutische Tätigkeit nicht vorliegt, versuchen wir hier, einige allgemeinspsychologische Grundkonzepte und Ansätze aus anderen psychologischen Teilbereichen als Rahmenvorstellung für die Kompetenzentwicklung in diesem Bereich zu adaptieren. Dabei stützen wir uns vor allem auf Ansätze, in denen es darum geht, die »kognitive« und die »Verhaltens-Ebene« menschlicher Tätigkeit in einem integrativen Modell aufeinander zu beziehen und akzentuiert unter einem psychologischen »Handlungs«-Begriff zu thematisieren (vgl. v. a. MILLER u. a. 1970; HACKER 1973). Unter diesem Aspekt wird Erfahrungsbildung nicht als Akkumulation von Wissen, Fähigkeiten o. ä., sondern unter der Vorstellung einer Umbildung, »Remodellierung« psychischer Strukturen aufgefaßt (vgl. auch BRANSFORD u. a. 1977). – Wir stellen hier nur einige Grundgedanken dieses Ansatzes dar (vgl. auch VOLPERT 1974; 1975), die unten auf beraterisch-therapeutische Arbeit bezogen weiter ausdifferenziert werden.

Wir unterscheiden akzentuierend zwei Aspekte bzw. Formen der Entwicklung von beraterisch-therapeutischer Kompetenz: Die Herausbildung von (vorwiegend interaktionsbezogenen) »Verhaltensautomatisierungen« im Sinne der Entwicklung von »Fertigkeiten« (»therapeutic

skills«) einerseits und der Entwicklung »*planender Strategien*«, bewußt thematisierter, reflektierter, z. T. in kooperativen Zusammenhängen überlegter Vorgehensweisen und Problemlösungen andererseits. Diese beiden »Pole« der Kompetenzentwicklung sind zum einen gewissermaßen als *Endpunkte eines Kontinuums* von Formen der Handlungssteuerung aufzufassen; zwischen den beiden »Extremen« existiert eine Vielzahl von Misch- und Übergangsformen. Zum anderen sind beide Steuerungsprinzipien sowohl in *struktureller* wie in *entwicklungsbezogener* Hinsicht miteinander verbunden: Automatisierte Handlungskomponenten fungieren gewissermaßen als Untereinheiten, »Unterprogramme« innerhalb einer komplexeren und weiterreichenden Handlungssequenz, die insgesamt unter der Kontrolle einer »planenden Strategie« steht; d. h. die Steuerungsmechanismen des Verhaltens werden in diesem Konzept als *hierarchisch strukturiert* – sowie in Rezeptor-Effektor-Feedback-Einheiten organisiert – aufgefaßt. – In bestimmten Teilaspekten von Handlungen besteht ein entwicklungsbezogener Zusammenhang in der Weise, daß eine erfahrungs- bzw. übungsbedingte »Verschiebung« von psychischen Steuerungskomponenten in Richtung auf *zunehmende Verhaltensautomatisierung*, eine »Delegierung« von regulatorischen Funktionen auf »niedrigere« psychische Niveaus und damit eine Entlastung »intellektueller« Planung und Steuerung, stattfindet.

Die Anwendung eines allgemeinspsychologisch orientierten Modells der Herausbildung von Strategien und Fertigkeiten als *Heuristik* zur Strukturierung des Aspekts beraterisch-therapeutischer Kompetenzentwicklung erscheint geeignet, hinsichtlich des Prozesses des Erfahrungsgewinns Zusammenhänge zu konzeptualisieren und Hypothesen zu fördern, die über die Annahmegerübe spezifischer unterschiedlicher therapietheoretischer Ansätze hinausgehen und somit einen gewissen integrativen Charakter ermöglichen.

Die Entwicklung von Planungs-Strategien unter den Bedingungen der Praxis beraterisch-therapeutischer Tätigkeit ist in einer Reihe von Aspekten im vorausgegangenen Kapitel bereits behandelt worden – etwa hinsichtlich der Bewältigung von Anforderungen, die durch Institutions- und Rahmen-Bedingungen gestellt werden (der Strategien im Umgang mit Wartelisten, Vorerwartungen des Klienten etc.). Auf einige weitere Gesichtspunkte solcher Strategieentwicklung (hinsichtlich diagnostischer Untersuchungen, der Feststellung von Behandlungszielen, der Evaluation der eigenen Tätigkeit etc.) werden wir noch kurz zurückkommen. Im folgenden geht es jedoch zunächst um die Herausbildung von Kompetenzen auf dem Niveau von »Fertigkeiten« und »Könnensformen«.

Erfahrungsbildung als Entwicklung von Fertigkeiten und Könnensformen

Fertigkeiten werden definiert als Komponenten des hierarchisch organisierten Handlungssystems, die – zunächst weitgehend willkürlicher Steuerung unterliegend – durch Wiederholung bzw. Übung in automatisierte und stabilisierte Systeme übergegangen sind; sie besitzen die Struktur organisierter Rezeptor-Effektor-Feedback-Schleifen und dienen der Regulation umgrenzter, in komplexere Vollzüge eingehender Handlungselemente (vgl. CLAUSS u. a. 1976; FITTS & POSNER 1967; ROBB 1972).

Die Entwicklung und die Charakteristika solcher automatisierter Handlungskomponenten sind bisher am ausführlichsten im Bereich *psychomotorischer Fertigkeiten* (Skills) untersucht worden (vgl. BILODEAU & BILODEAU 1969; WELFORD 1968; FLEISHMAN 1972; 1975). Praktische Anwendung haben diese Ansätze vor allem in der psychologischen Arbeitswissenschaft gefunden, es existieren aber auch Übertragungsversuche in den Bereich sozialer Interaktion oder pädagogischer Tätigkeit.

MILLER u. a. (1973, 88; vgl. 1970, 89) formulieren den Unterschied in der Handlungssteuerung zwischen einem »Anfänger« und einem »Experten« – was die Steuerung spezifischer Handlungen anbetrifft – folgendermaßen: »Die noch in Worten gefaßte Strategie des Anfängers kann zum gleichen Resultat führen wie die unwillkürliche, gewohnheitsmäßige Strategie des Geübten. Daran kann man erkennen, daß die beiden Strategien der › gleiche ‹ Plan sind. Aber der Plan des Anfängers wird so ausgeführt, daß er bewußt gewollt, noch nicht fest geformt und mitteilbar ist, währenddem die Version des Geübten unwillkürlich, starr und meistens auf ihn persönlich zugeschnitten ist. Man kann sagen, daß die Entwicklung von automatisierten Fertigkeiten das in Worten arbeitende Planungszentrum in uns freimacht, um mit weitergesteckten Planeinheiten zu arbeiten.«

Die *Herausbildung von Fertigkeiten* besteht in einer ganzen Reihe von Veränderungen innerhalb des psychischen Systems der Informationsverarbeitung, der Handlungsvorbereitung und der Handlungsdurchführung (vgl. etwa WELFORD 1968; HACKER 1973). Diese Veränderungen werden u. a. beschrieben als:

- *Aufmerksamkeitsverringering* in Hinsicht auf Einzelelemente der Situation und der Handlung; vergrößerte *Unwillkürlichkeit* von Handlungssteuerung und -kontrolle (Delegation auf niedrigere »Regulationsebenen«);

- Verkürzung von Entscheidungsprozessen, »Übersetzungen« zwischen afferenten und efferenten Einheiten durch optimierte Feedback-Auswertung und Verhaltenskorrektur (größere »Flüssigkeit« und Koordinierung des Handlungsablaufs; das »Entwerfen« von Handlungen besteht in einem Abrufen bzw. Aktualisieren von gespeicherten Aktionsprogrammen);
- Bildung *größerer* und *integrativer Regulationseinheiten* (Superstrukturen) sowohl auf afferenter wie efferenter Seite; Entwicklung stereotypisierter Orientierungs- und Handlungs-Muster (Ökonomisierung, Kapazitätserhöhung und Verringerung von Beanspruchung);
- größere *Stabilität* des Handlungsablaufs auch unter veränderten Randbedingungen und Erhöhung der *Sicherheit* und *Zuverlässigkeit* der Handlung; präzisere Anpassung an Aufgabenerfordernisse und Berücksichtigung personeterminierter Handlungsparameter;
- Erhöhung der aufgaben- und handlungsbezogenen *Sensibilität*; stärkere Selektion und Akzentuierung von Signalen; Verbesserung von *Antizipationsleistungen* (Zuverlässigkeit und Weite der Antizipation).

Neben den *Vorteilen*, die eine solche Entwicklung von Fertigkeiten in der Regel besitzt – vor allem, was die Ökonomisierung, Kapazitätserhöhung und die Vergrößerung von Sicherheit und Stabilität von Handlungen anbetrifft –, bestehen auch eine Reihe *potentieller Nachteile* bzw. Gefahren, so etwa eine mögliche Verfestigung *ineffektiver* Stereotype, eine Inflexibilität von Handlungsstrukturen gegenüber in relevantem Maße veränderten Aufgabenbedingungen; das Absinken von Handlungssteuerung auf ein Niveau, das unterhalb bewußter Zugänglichkeit liegt, erschwert ein Umlernen von Stereotypen (vgl. HACKER 1973, 371 ff.; VOLPERT 1974, 41 ff.).

ARGYLE (1972, 177 ff.) überträgt das Fertigkeitens-Konzept als Rahmenmodell für die Analyse sozialer Interaktionen in ein »*Modell sozialer Fertigkeiten*«. Dabei hebt er auf wesentliche Parallelen zwischen psychomotorischen und sozialen Handlungen ab:

- Die Handlungen sind von aufgabenbezogenen Motivationen und Zielen stimuliert;
- die einkommenden »Umwelt«-Reize werden selektiv wahrgenommen (organisiert und interpretiert);
- die gesammelte Information wird – auf verschiedenen Organisationsebenen – zu einem Handlungsplan verarbeitet (Übersetzungsprozesse);
- es werden Reaktionssequenzen zur Abarbeitung von Zielhierarchien initiiert, wobei die Handlungseinheiten in differenzierter Weise von Aufmerksamkeit begleitet bzw. automatisiert sind;
- es erfolgt eine laufende Handlungskorrektur durch informationelle Rückkopplung.

Dieses Modell ist über seinen analogisierenden Rahmen hinaus für die Abbildung sozialer Interaktion erst recht unzureichend präzisiert worden; neben Unklarheiten über die prinzipielle Struktur der implementierten Rückmelde-Kontrollsysteme erscheint vor allem die Undifferenziertheit hinsichtlich der bei sozialen Interaktionen relevanten Ebenen der Handlungssteuerung problematisch (vgl. PIONTKOWSKI 1976 b, 114 ff.).

Umsetzungsversuche bezüglich eines Skill-Konzepts in sozialer Interaktion finden sich in zunehmendem Maße im pädagogisch-psychologischen Feld; hier ist vor allem der *Microteaching-Ansatz* innerhalb der Lehrerbildung hervorzuheben, wo versucht wird, identifizierbare »Lehrfertigkeiten« (Teaching-Skills) zu beschreiben und diese separat einzuüben (vgl. etwa ALLEN 1976 und andere Beiträge in ZIFREUND 1976). Bei diesem Konzept ergeben sich allerdings Schwierigkeiten der Isolierung dieser Teilfertigkeiten vom sozialen und inhaltlichen Gesamtkontext der Lehrtätigkeit. – Auch in Konzepten zur Ausbildung von Therapeuten/Beratern spielen »skillbezogene« Ansätze z. T. eine Rolle; dabei wird teilweise das Training von partialisierten Skills betrieben (vgl. vor allem den *Microcounseling-Ansatz* von IVEY u. a. 1968; IVEY 1971), teilweise werden diese Fertigkeiten auch in ein übergeordnetes strategisches Konzept integriert (etwa bei BRAMMER 1973; EGAN 1975).

Bezüglich der *Aneignung* bzw. des Erwerbs von *Fertigkeiten* werden – unter Rekurs auf FITTS (1964) – in der Regel *drei Phasen* unterschieden (vgl. FITTS & POSNER 1967; KLAUSMEIER & RIPPLE 1971; ROBB 1972; KEIL 1977):

- Eine *kognitive Phase* (Etappe der Plan-Formierung): Diese relativ kurze Etappe besteht in der kognitiven Analyse der Handlungsanforderung und in der Formulierung eines Ausführungsprogramms, in der intellektuellen Durchdringung der Aufgabe und dem Entwurf einer Bearbeitungsstrategie. Das Aneignungsverhalten ist gekennzeichnet durch die Rezeption von Instruktionen, die Beobachtung von Modellen, Selbstverbalisierungen und das Ausprobieren vorhandener Handlungselemente. Die Handlung wird willentlich-bewußt kontrolliert, die Wahrnehmung von handlungsrelevanten Situationsaspekten und Rückmeldungen ist relativ undifferenziert, die Ausführung fehlerhaft, langsam, unkoordiniert und instabil.
- Eine *Organisationsphase* (Etappe der Übung und Fixierung): Dieses Stadium ist vor allem durch Übung und Feedback bzw. Verhaltenskorrektur gekennzeichnet. Die kognitiven Handlungsaspekte treten zurück, es werden größere Verhaltenseinheiten herausgebildet, die Sensibilität für relevante Reizgegebenheiten entwickelt sich, die Feedback-Auswertung erfolgt unmittelbarer, Geschwindigkeit, Koordinierung und Stabilität der Handlung verbessern sich.
- Eine *Perfektionierungsphase* (Etappe automatisierter Handlungsausführung): Über einen langen Zeitraum hinweg erfolgt eine Hand-

lungsoptimierung. Diese Phase ist durch fortschreitende »Hierarchisierung« und »Automatisierung« der Handlung gekennzeichnet. Die Kontrolle »delegierbarer« Handlungselemente wird an »untere Steuerungsebenen« abgegeben. Die Bildung komplexer Handlungseinheiten, die erworbene Stabilität und Sicherheit setzen Verarbeitungskapazität frei und ermöglichen eine Verbesserung der Antizipations- und Integrationsleistungen.

Eine exakt identische Unterscheidung der Sequenzen erscheint für die Herausbildung beraterisch-therapeutischer Steuerungsautomatismen und Fertigkeiten nicht unbedingt angezeigt (vgl. unten); die prinzipiellen Entwicklungslinien und beteiligten Mechanismen der Fertigkeitenentwicklung werden in diesem Modell allerdings bereits deutlich.

Ein zentrales Merkmal, das sich durch die Charakteristik der psychischen Umbildungen bzw. Remodellierungen innerhalb des Systems der Informationsverarbeitung und Handlungssteuerung im Verlauf des Erwerbs von Fertigkeiten ergibt, ist das des *Rückgangs der kognitiv-bewußten Anteile der Regulation* (der intellektuellen Steuerungsebene) zugunsten nichtbewußter Aspekte: Experten innerhalb eines bestimmten Tätigkeitsfeldes verfügen über Systeme einschlägiger Handlungssteuerung, die nicht mehr in direkter Weise bewußtseinsmäßig zugänglich sind bzw. kommuniziert werden können. Im Anschluß an POLANYI (1958; 1966) kann zwischen »expliziten« und »stummen« *Wissensformen* unterschieden werden (»explicit« und »tacit knowledge«): »Tacit knowledge«-Bestände bilden die Grundlage für das Ausführen perfektionierter Handlungsvollzüge, deren psychische Determinanten und Prozesse vom Handelnden selbst nicht mehr beschrieben werden können; lediglich das Resultat – und nicht der Prozeß – der psychischen Aktivität werden bewußt (vgl. auch TURVEY 1974; FRANKS 1974; WEIMER 1974).

Wenn man davon ausgeht, daß die Entwicklung und Optimierung beraterisch-therapeutischer Tätigkeit zu wesentlichen Teilen in der Herausbildung von Handlungsstrukturen besteht, die den Charakter von Fertigkeiten besitzen, so ist das *Problem der Zugänglichkeit* dieser Strukturen von größter Bedeutung – sowohl was eine Verbesserung der *Ausbildung* von Beratern/Therapeuten angeht, als auch hinsichtlich der *Nutzbarmachung* solcher Wissensbestände für Zwecke der *Theoriebildung*. Das Ausmaß der Validität der Verbalisierung psychischer Prozesse aufgrund introspektiver Selbstbeobachtung wird allerdings – selbst bei kognitiven Leistungen »höherer Ordnung« – weitgehend skeptisch beurteilt. Solche Selbstbeobachtungen sind – nach Ansicht von NISBETT & WILSON (1977) – lediglich Ausdruck subjektiver mehr oder weniger »naiver« A-priori-Theorien (vgl. LAUCKEN 1974); die adäquate Repräsentation tatsächlich handlungsbestimmender Variablen

ist dabei weitgehend zufällig. Im Falle von Beratern/Therapeuten würden die introspektiven Selbstberichte demzufolge zum großen Teil auf kognitiven Umsetzungen jeweils vertretener psychologischer Theoriekonzepte (bzw. deren individuell-persönlicher Moderation; vgl. KELLY 1955) basieren.

Dieser pessimistischen Sichtweise hinsichtlich der Aufklärungsmöglichkeiten »stummer« Wissensbestände sind in unserem Zusammenhang allerdings (mindestens) zwei Aspekte bzw. Überlegungen entgegenzuhalten:

1. Die Argumente, die für eine »durchschnittliche« Nicht- bzw. Fehlrepräsentation handlungsrelevanter Determinanten in explizierbaren kognitiven Strukturen sprechen, schließen nicht aus, daß eine *zutreffende Repräsentation prinzipiell möglich und erreichbar ist* – eine solche Möglichkeit wird dabei vielmehr vorausgesetzt (vgl. etwa NISBETT & WILSON 1977, 247; SMITH & MILLER 1978). Es ist hier lediglich festzustellen, daß eine adäquate subjektive Abbildung von handlungssteuernden psychischen Prozessen sich in der Regel *nicht spontan einstellt*, sondern das *Resultat einer Erkenntnisbemühung* (und auch hier selbstverständlich nicht gegen Irrtum gefeit) ist. Bei psychologischen Beratern und Therapeuten kann man das Ausmaß an Bereitschaft und Engagement hinsichtlich solcher tätigkeitsbezogener Erkenntnisanstrengungen (etwa durch Video- oder Tonband-Kontrolle, Supervision, Selbsterfahrung) als relativ groß annehmen. Es stellt sich hier allerdings vor allem die Aufgabe, das *methodische Vorgehen* bei der »Hebung« der »stummen Erfahrungsschätze« von psychologischen Praktikern zu optimieren. Hier dürfte eine Weiterentwicklung von Techniken der »Externalisierung« der Tätigkeit und der Tätigkeitsevaluation von Bedeutung sein (etwa in Richtung einer Konfrontation von Kognitions- und Verhaltensaspekten; vgl. etwa KAGAN 1976).
2. Die Analyse der Struktur des »stummen« Experten-Wissens erscheint sinnvoll unter einem *Aspekt der Entwicklung* dieser Fähigkeiten in Angriff zu nehmen (vgl. auch SEEGER & BROMME 1978). Problembewältigungsformen, die den Charakter von Fertigkeiten angenommen haben, sind Endpunkte einer Entwicklung, bei der die entsprechenden Handlungsvollzüge in geringerem Maße psychisch verkürzt und automatisiert (»abgesunken«) waren. Die Untersuchung der *unterschiedlichen kognitiven Repräsentation* bestimmter anforderungsbezogener Vorgehensweisen *in verschiedenen Stadien* der beraterisch-therapeutischen Kompetenzentwicklung scheint ein aussichtsreicher Schlüssel zur Erhellung der regulativen Strukturen erfahrener beraterisch-therapeutischer Praktiker zu sein. Die differen-

tielle Relevanz psychischer Strukturen (z. B. Fähigkeitsdimensionen) in unterschiedlichen Etappen des Lernens bestimmter Aufgabenbewältigungen ist für verschiedene Lernbereiche bereits untersucht worden (vgl. etwa FLEISHMAN 1972).

Die Analyse kognitiver Operationen von erfahrenen Therapeuten bei der Durchführung von Behandlungen ist auch von BERGIN & STRUPP (1972, 69 ff.) als zum gegenwärtigen Forschungsstand zentraler Bereich notwendiger Untersuchungen vorgeschlagen worden. Wesentliche Probleme stecken diesbezüglich noch im methodischen Bereich; es besteht u. E. jedoch kein zwingender Anlaß, die Bemühungen um eine Aufhellung der wesentlichen psychischen Regulationsprozesse beraterisch-therapeutischer Tätigkeit als chancenlos zu qualifizieren.

Phasen beraterisch-therapeutischer Erfahrungsbildung

In den von uns mit den praktisch tätigen Psychologen durchgeführten Interviews lassen sich einige allgemeine Tendenzen und vorläufig-hypothetische Strukturen des Entwicklungsprozesses beraterisch-therapeutischer Kompetenz identifizieren und auf dem Hintergrund der dargestellten Überlegungen zum Erfahrungserwerb interpretieren. Unter dem zur »ganzheitlichen« Betrachtungsweise anhaltenden Gesichtspunkt der *Entwicklung* wird auch die Verflochtenheit von Fertigungs- und Strategieaspekten im System der Handlungssteuerung deutlich (die dabei nicht mehr voneinander zu trennen sind). Eine genauere Betrachtung von *inhaltlichen* Bereichen »strategischer« Tätigkeitsregulation folgt weiter unten. – Wie in allen Fällen der Zitierung von Interview-Passagen können diese selbstverständlich nicht als »Beweise« bestimmter Aussagen, sondern lediglich als hypothesenfördernde Belege bezüglich möglicher Sachverhalte, Zusammenhänge und Entwicklungstendenzen aufgefaßt werden.

Initialphase: »Praxisschock«

Als recht eindeutiges und einheitliches Phänomen am Beginn der praktischen Tätigkeit als Berater/Therapeut läßt sich etwas wie ein »Praxisschock«-Erlebnis identifizieren: Die relativ optimistischen Einstellungen, Erwartungen und durch erworbene theoretische Kenntnis-systeme bewirkten »Kompetenzgefühle« hinsichtlich der Praxistätigkeit, die am Ende der Universitätsausbildung gestanden haben, machen sehr schnell Eindrücken und Zuständen Platz, die als »Verunsicherung«, »Desorientierung«, »Hilflosigkeit« und »Tendenz zur Resignation« beschrieben werden. Die hauptsächlich wahrgenommenen Schwierigkeiten dieser »Initialphase« sind die *uneindeutigen und uner-*

warteten Anforderungen an die Tätigkeit, die Probleme der *unzureichenden allgemeinen Sozialkompetenz* gegenüber den Klienten (Beziehungsherstellung, Einfühlungsvermögen, Situationskenntnisse etc.; vgl. oben), die Widerständigkeiten der *Umsetzung und Anwendung* erworbener *theoretischer und methodischer Kenntnisse* sowie der Eindruck von *Unzulänglichkeit und Machtlosigkeit* gegenüber der Menge an vorliegenden Problemen aufgrund der Beschränktheit der subjektiv zur Verfügung stehenden Mittel und Möglichkeiten. Diese Phase scheint häufig von einem großen Ausmaß an *Gefühlen psychischer »Belastetheit«* begleitet zu sein, die über die unmittelbare Arbeitszeit hinaus auch den Freizeit- und Privatbereich berühren.

Beispiele

Psychologin: Ich meine, das erste Jahr nach dem Studium ist das härteste – der große Schwimmer-Effekt. . . . Man schwimmt sich dann irgendwie so durch.

Psychologe: Es gibt auch immer Phasen im Verlauf der Berufsarbeit, wo man resigniert. Am Anfang, wenn man von der Universität kommt und sieht, wie herrlich Tests anzuwenden sind, wie die Leute darauf eingehen und sich verständig zeigen, dann glaubt man manchmal, man habe Erfolg – und ist dann irgendwann schließlich ganz enttäuscht, daß so vermeintlich erfolgreich verlaufene Beratungsgespräche überhaupt keine Wirkung hatten. Da gibt es also Phasen, da kann man geradezu in Depressionen verfallen, weil man dann irgendwo das Gefühl bekommt: Das ist ja eine reine Sisyphus-Arbeit; mit dem Einsatz, dem zeitlichen und sonstigen Aufwand . . . Ich habe dann in solchen Phasen nicht aufgesteckt und weitergemacht, und schließlich hat man dann wieder Erfolge gehabt, und das half einem dann wieder weiter.

Psychologe: Zu Beginn der Tätigkeit hier fehlte mir die Fähigkeit, Kontakt mit dem Klienten herzustellen, ein Gespräch zu führen, so ein Sozialverhalten – das wird ja gewöhnlich von der Uni nicht vermittelt. Das lernt man, wenn man Glück hat, in der GT oder in der VT, aber meiner Meinung nach gehört das in die Ausbildung von Psychologen mit hinein. . . . Also so ein Basis-Verhalten, wie man ein Gespräch führt, wenn man als Psychologe jemandem gegenüber sitzt. . . .

Psychologe: Wo ich hier angefangen habe, bin ich eigentlich ziemlich ins Wasser geworfen worden. . . . Ich habe die ersten paar Monate nur Diagnostik gemacht und habe hospitiert bei der Kollegin;

ich habe die ersten Fälle dann unter der Assistenz der Kollegin beraten. Meist unter dem Aspekt: Ich habe die Untersuchung gemacht, dann habe ich auch den Eltern gegenüber ein Motiv, dabeizusitzen – das birgt immer eine Problemsituation in sich: Die Eltern haben dann Schwierigkeiten mit der Autorität – Der ist ja nur ein Lehrling. Das ist sicherlich immer ein Problem des Neuanfängers in einer Erziehungsberatungsstelle, daß dadurch, daß jemand dabeisitzt, der vielleicht auch noch recht wuchtig ins Gespräch mit eingreift, daß dadurch seine Aussagekraft doch ziemlich leidet.

Frage: Und die Vorbereitung auf diese Tätigkeit . . . ?

Psychologe: Die war minimal in der Weise, daß ich eigentlich nur allgemeinspsychologische Kenntnisse, sozialpsychologische Kenntnisse und tiefenpsychologische *Kenntnisse* besaß. Das war in dem Sinne sicherlich eine Ausbildung, aber keineswegs eine Ausbildung in bezug auf Technik, d. h. also, ich wußte nicht: Wie bringe ich das an?

Psychologin: Als ich mit meiner Berufstätigkeit begonnen habe, habe ich das größte Defizit festgestellt, indem ich nicht wußte, wie Kinder eigentlich sind, in ihrer Befindlichkeit, welche Bedürfnisse Kinder eigentlich haben; man hat das zwar irgendwann in der Entwicklungspsychologie gehört, aber z. B. wie ein fünfjähriges Kind tatsächlich empfindet, wie es spielt, welche Bedürfnisse es hat, das weiß man nicht. – Und auch die tatsächlichen Vorgehensweisen in der Beratung, wie man Eltern beraten kann, welche Strategien man entwickeln kann – da fühlt man sich doch sehr hilflos am Anfang.

Psychologin: Ich habe am Anfang gedacht, daß diese psychologische Tätigkeit, die ich hier ausführe, einfacher wäre. Jetzt, je mehr ich damit zu tun habe, stelle ich fest, wie schwer das ist und wie mich das belastet. Und es kommt häufig vor, daß ich abends nochmal über einen Fall nachdenke und mich auch hinterfrage: Liegst Du da richtig? Und daß ich dann Zweifel habe und versuche, mich mit anderen auszutauschen. – Das ist nicht ein Job, wo man um fünf Uhr den Griffel fallenlassen kann und sagen kann: Das geht mich jetzt nichts mehr an. . . Ich dachte nicht, daß diese Arbeit so viel Energie aufbraucht. Wenn ich abends nach Hause komme . . ., dann bin ich erstmal erledigt. Ich habe mir vorgestellt, daß ich mich dann hinsetze und ein paar Bücher lese. Aber da bin ich froh, wenn ich mir nochmal ein Stück von einer Therapie ins Gedächtnis rufe und mir den nächsten Schritt überlege. Ich erlebe das wirklich als neu, daß ich mich nicht mehr oder kaum noch theoretisch weiterbilde.

Die vorhandenen Unsicherheits- und Unzulänglichkeitsgefühle werden in dieser Phase hauptsächlich mit einer möglichst exakten – und dabei starren, rigiden – Planung und Anwendung theoretisch angeeigneter Kenntnisse und Vorgehensweisen zu bewältigen versucht. Die Berufsanfänger begehen dem »desolaten« Zustand ihrer (internen) Tätigkeitsregulation mit dem Bemühen um eine weitestgehende Befolgung gelernter psychologisch-methodischer Regeln (dem Griff nach »externen« Steuerungsfaktoren). Dabei spielt zunächst die ausführliche und genaue *Problem-Diagnostik* mit Hilfe einer Batterie psychologischer Tests eine wesentliche Rolle. Da die Diagnostik-Ausbildung an der Universität bei den von uns befragten Psychologen durchgängig recht intensiv war, ist dies ein Bereich, aus dem die Berater/Therapeuten einen großen Teil ihres subjektiven »professionalen Kompetenzgefühls« gewinnen. Die präzise Anwendung der Kenntnisse nimmt in dieser Etappe des Erfahrungserwerbs einen breiten Raum ein (vgl. unten; SEEGER & BREUER 1979). – Als zweiter wichtiger Anhaltspunkt in dieser Phase der Entwicklung der praktischen Tätigkeit wird die *Beherrschung elementarer interventionsbezogen-interaktiver Techniken* angesehen – sofern solche in der Hochschulausbildung gelernt bzw. (in Rollenspielen o. ä.) eingeübt worden sind. Hier wurde von den befragten Psychologen vor allem eine gewisse Basisausbildung in gesprächspsychotherapeutischen Methoden als hilfreich angesehen: Auf die Therapeuten-Variablen »einführendes Verstehen«, »Verbalisierung emotionaler Inhalte«, »Wertschätzung«, »Wärme« etc. läßt sich bei nahezu jeder Unsicherheits- oder »auswegarmen« Situation als Hilfsmittel zurückgreifen. (Es ist in unserem Zusammenhang nicht eindeutig zu klären, ob diese Funktion als hilfreicher »Strohalm« ein spezifisches Charakteristikum der Gesprächspsychotherapie darstellt – oder ob auch andere Behandlungsmethoden vergleichbare Effekte haben können; es deutet aber einiges darauf hin, daß gesprächspsychotherapeutische Techniken hier eine gewisse Sonderstellung einnehmen i. S. eines generalisierten »Basisverhaltens«.) – Es sind hauptsächlich solche für beraterisch-therapeutische Tätigkeit brauchbaren Konzepte, die innerhalb der Hochschulausbildung bereits *in der Form von handlungsleitenden Regelsystemen vermittelt* und evtl. bereits exemplarisch eingeübt worden sind, die in dieser Etappe der Entwicklung der praktischen Tätigkeit in verallgemeinerter Weise zum Einsatz kommen.

Die »Initialphase« der praktischen beraterisch-therapeutischen Tätigkeit läßt sich zusammenfassend also kennzeichnen durch die Merkmale:

- *Unsicherheit* bezüglich der subjektiven Konzepte der Tätigkeitssteuerung,

- ein *beschränktes Repertoire* von Interventionsstrategien,
- ein *undifferenziertes und vorschriftenbestimmt-starres Anwenden* beherrschter Methoden.

Aus mehreren Gesprächen ergeben sich Anhaltspunkte dafür, daß man für diese Phase etwa das *erste Jahr* der praktischen Tätigkeit ansetzen kann.

Beispiele

Psychologe: Als ich nach dem Studium hier meine Tätigkeit aufnahm, glaubte ich schon, eine gewisse Sicherheit zu haben, vor allem, weil ich mein Selbstverständnis in der diagnostischen Arbeit sah. Die Ausbildung in Diagnostik hat bei mir einen breiten Raum eingenommen, und das war auch das Bild, was ich von mir hatte, wenn ich so etwas mache: Ich untersuche, ich teste. – Diese Sicherheit ist gründlich erschüttert worden, als ich mehr und mehr erfahren habe, daß Diagnostik etwas ist, da kann *ich* was mit anfangen, daß man sich Bilder zusammensetzen kann, wie eine Störung entsteht. Aber das gibt einem nichts an die Hand, was den Eltern oder dem Klienten irgendwie weiterhelfen kann. Und diese Erfahrung wurde dann immer deutlicher.

Psychologe: Ich stand vollkommen auf dem Schlauch, als ich hier anfang. Ich habe mich dann auf so ein klientenzentriertes Konzept gestützt. Ich habe also in Gesprächstherapie noch an der Uni einen A-Schein gemacht, und das hat mir ein Stück geholfen, also eben Verständnis zu zeigen, irgendwo die Eltern in ihrem Bezugssystem zu akzeptieren. Dann so an Mikro-Verhaltensweisen, so etwas wie VEE, wie Selbsteinbringung, was wir eben an der Uni in der Gesprächstherapieausbildung schon im Rollenspiel geübt hatten, das war etwas, wo ich dann so ein bißchen schon eine Stütze hatte, wie ich mich verhalten kann, wenn ich jetzt nicht mehr weiter weiß. Aber das erweitert sich doch jetzt ganz enorm. Einmal durch Literaturstudium, wo ich also versuche, mir noch Verhaltensweisen anzueignen, wie man Einstellungen modifizieren kann. Zum anderen auch durch Zusatzausbildungen. Ich habe während meines ersten Jahres eine Ausbildung gemacht über Eltern-Verhaltenstraining, und ich bin in einer gestalttherapeutischen Ausbildungsgruppe, wo mir auch eine ganze Menge an Techniken brauchbar erscheinen, auch in die Beratung hereinzunehmen. Und dann eben immer wieder durch Team-Kontakte; ich habe am Anfang viele Beratungen zusammen gemacht mit anderen Mitarbeitern, habe mir angeguckt: Wie schaffen die das jetzt, Eltern anzusprechen, beim Thema festzuhalten

oder Dinge in Frage zu stellen? Und dann auch so durch »trial and error«, wenn ich also sehe: Auf die Art kommst Du nicht an was heran, dann versuche ich es anders.

Psychologin: Ich habe das Glück gehabt, daß ich während des Studiums mit einer Gesprächspsychotherapie-Ausbildung angefangen habe. Als ich hier anfang, hatte ich ungefähr den A-Schein. Das hat mir eigentlich am meisten geholfen, und zwar in Hinsicht auf Zeitgewinn in Gesprächen, bei der Herstellung von Beziehungen und solchen Dingen . . . Einfach eine gewisse Methode haben, überhaupt etwas zu machen.

Psychologin: Ich bin insgesamt froh, daß ich diese GT-Ausbildung gemacht habe. Weil ich immer mehr merke, daß so Verhaltensweisen einfach durchgängiger werden, und daß ich auch im Umgang mit dem Kind, mit anderen Kindern, also mit Einzelkindern und auch mit Gruppen, wesentlich nicht-direktiver geworden bin nach dieser Ausbildung, einfach weil ich sensibler war für bestimmte Dinge.

Psychologe: Ich habe den Eindruck, daß es günstiger ist, wenn jemand eine Ausbildung anfängt, nur *eine* Theorie gut zu kennen, als daß man drei nebeneinander kennt, wo man dann, im kritischen Augenblick, hilflos wird. . . . Mir geht es so: Ich habe GT gemacht damals, und wenn ich nicht mehr weiter weiß, dann habe ich da wenigstens ein Vehikel, wo ich mich wieder fangen kann; da mache ich nichts kaputt, das weiß ich jedenfalls, da habe ich eine Möglichkeit, mich wieder freizuschwimmen; das ist so ein Vehikel für mich geworden. Und ich habe den Eindruck, daß eine Festlegung auf einen bestimmten Bereich, in dem man sich ziemlich zu Hause fühlt, wo man eine Beziehung zu gewonnen hat, ich glaube, daß das günstiger ist, und daß im Nachhinein erst die anderen Möglichkeiten dazukommen sollten.

Problematisierungsphase

Der entstehende Zugewinn an Geübtheit in der Ausführung der methodischen Vorschriften und die damit in schwindendem Maße erforderliche Lenkung der Aufmerksamkeit auf einzelne Detailvollzüge setzt im Verlauf dieser frühen Praxis psychische Kapazität frei für die Registrierung größerer Verlaufseinheiten, differenzierterer Prozeß-Charakteristika und erweiterter Antizipationen. Es folgt nun eine Entwicklungsetappe, in der das in der Initialphase praktizierte Vorgehen hinter-

fragt und problematisiert wird: Die »Krücken« der strengen Befolgung methodischer Vorschriften können aufgrund der Zunahme an subjektiver Sicherheit nun erstmals zur Disposition gestellt werden. Es rückt in wachsendem Maße die Frage in den Vordergrund: Welchen *operativ-funktionalen und zielbezogenen Stellenwert* besitzen die praktizierten Vorgehensweisen der Problembearbeitung? Die Kriterien der *operativen Funktionalität* und der auf den Gesamtprozeß bezogenen *Ökonomie* von Vorgehensweisen beginnen an Gewicht gegenüber dem Bewertungsmaßstab *methodischer Exaktheit* zu gewinnen. Die subjektiven Möglichkeiten der Beziehungsherstellung beratungs- und therapiebezogener theoretischer Konzepte mit dem tätigkeitssteuernd-operativen System bestimmen zunehmend die Verwendung psychologischer Methoden und Vorgehensweisen; unter »Kosten-Nutzen-Erwägungen« *hinsichtlich der Gesamttätigkeit* können nun bestimmte (unfunktionale, zeitintensive o. ä.) methodische Standards »liberalisiert« werden. – Die in dieser Phase einsetzende Revision der Beraterisch-therapeutischen Vorgehensweisen kann u. U. (etwa bei einem »persönlichkeitsbedingtem« Nicht-Zurechtkommen mit der jeweiligen Methode) bis zu einem Wechsel der praktizierten Schulenorientierung (zu einer »Konversion« von einer Therapieform zu einer anderen) gehen.

Diese Entwicklungsetappe der praktisch-psychologischen Tätigkeit läßt sich als »*Problematisierungsphase*« bezeichnen.

Beispiele

Psychologe: Ich bin ziemlich jung hier, jetzt genau ein Jahr. Ich hatte vorher noch keine EB-Erfahrung, kam also vom Studium und habe mich von daher in die Organisation, die bereits hier bestand, eingefügt. Und ich bin jetzt an sich an einem Punkt, wo ich manche Dinge mir genauer überlege und sage: Könnte man die nicht anders sehen?

Psychologe: Meine tiefenpsychologische Ausbildung hat mir für meine Beratungsarbeit und für meine therapeutische Arbeit nichts gebracht. Ich kam da zu einem Punkt, wo sich die Probleme auf einmal auftürmten. Ich merkte, da gibt es Schwierigkeiten, ich komme da nicht weiter, ich muß was tun, sonst drehe ich mich um die eigene Achse und kommen keinen Schritt weiter . . . Ich habe festgestellt, unter der Frage: Was machen denn Eltern mit Beratungsinhalten?, daß da ganz bizarre Ergebnisse bei rauskommen. Manchmal hatte ich den Eindruck, die haben überhaupt nichts verstanden, oder sie haben das völlig falsch verstanden, so daß ich mit Verzerrungen und Umdeutungen konfrontiert wurde. Ich habe mich gefragt: Wor-

an liegt das? Da wurde mir eigentlich deutlich, daß meine Strategien nicht ausreichend sind, bzw. so fehlerhaft sind, daß da einiges nicht klappt. Und da hab ich mich um eine Zusatzausbildung bemüht und habe eine GT-Ausbildung angefangen. Das hat natürlich auch eine zeitlang gedauert, ehe das für mich eine Hilfe war. Am Anfang war es noch mehr eine Verwirrung, ein noch tieferer Sturz, aber so seit einem Jahr merke ich, daß ich immer besser zurechtkomme in meiner Arbeit und mit den Klienten.

Als Möglichkeiten, den *Prozeß der Kompetenzentwicklung zu fördern und zu beschleunigen*, bieten sich die *Optimierung und Perfektionierung* prinzipiell beherrschter Vorgehensweisen sowie die »*Diversifikation*« von Strategien und Techniken, die Erweiterung des Interventions-Repertoires, an (vgl. auch STRUPP 1955; GARFIELD & KURTZ 1977). Diesbezüglich werden von den psychologischen Praktikern – in unterschiedlichen Gewichtungen und Kombinationen – hauptsächlich die folgenden Vorgehens- und Aneignungsweisen genannt:

- *Hospitationen* bei Behandlungssitzungen von »Experten«: Beobachtung kompetenten Interventionsverhaltens, Teilnahme als Co-Therapeut o. ä.;
- *Supervision* und *Kontrolle* eigener Behandlungssitzungen durch erfahrene Kollegen, durch das Kollegen-Team etc.;
- *Kontrolle* von Behandlungen *mit Hilfe technischer Mittel*: Tonband- bzw. Video-Aufzeichnungen, die sich selbst oder Kollegen wieder vorgespielt werden;
- *Diskussion* von Interventionsstrategien, Behandlungsproblemen, Methoden etc. mit (kompetenten) Kollegen;
- Verbesserung oder Neuaneignung von Methoden und Strategien über die *Lektüre von Fachbüchern* o. ä.;
- *Weiterbildung* in bestimmten Therapieformen durch laufende Gruppen, Weiterbildungskurse, Veranstaltungen o. ä.;
- implizite und explizite *Evaluation* und Bewertung von beraterisch-therapeutischen Vorgehensweisen *durch den behandelten Klienten*; (vgl. auch unten zur Evaluation der Tätigkeit).

Beispiele

Frage: Und wie haben Sie sich nach Ihrem Studium die praktischen Fähigkeiten angeeignet?

Psychologin: Ich habe noch zusätzlich Bücher gelesen über GT-Ausbildung, etwa über die Praxis der klientenzentrierten Gesprächsführung, und da habe ich Hinweise gekriegt. Ich habe auch bei Leu-

ten, die hier schon länger arbeiteten, an Behandlungssitzungen teilgenommen und geguckt: Wie machen die das? Und dann gesagt: Jetzt möchte ich es mal machen. Aber hört Ihr mal zu: Ist das in Ordnung so, wie ich das mache? Und dann, als ich mich mutig genug fühlte, habe ich gedacht: Jetzt mache ich das alleine. – Und jetzt kommt ein neuer Schritt, jetzt haben wir einen Video-Recorder, und jetzt ist wieder eine neue Vervollkommnung möglich. – Ja, eine Regulierung tritt ein in der praktischen Arbeit, einfach wenn ich sehe, wie die Eltern sich fühlen. Und hinterher am Ende frage ich die: Wie haben Sie das erlebt? Können Sie damit was anfangen? Ich habe mir also von den Eltern ein Feedback geholt.

Psychologe: Ich muß ganz klar sagen, daß ich, als ich frisch von der Universität kam, noch sehr viel unsicherer war und glaubte, zu wenig Rüstzeug zu besitzen, um therapeutisch was machen zu können, obwohl ich da schon ein Jahr nebenamtlich an einer Erziehungsberatungsstelle gearbeitet hatte, ein paar Stunden in der Woche, und obwohl ich schon eine Ausbildung in Gesprächspsychotherapie gemacht hatte. Das war alles etwas sehr technisch, daß ich zwar wußte, was heilsam sein sollte, daß ich das aber grundsätzlich nicht einordnen konnte, ich konnte also nicht »verstehen« . . . Dann habe ich eine Weiterbildung zum Psychoanalytiker gemacht und habe dadurch ein Stück mehr Sicherheit gewonnen, durch die Erfahrung, die ich da gewonnen habe und den theoretischen Hintergrund. So daß ich jetzt, wenn etwas schiefgeht, zumindestens weiß, warum es schiefgeht – und das macht schon zufriedener, als wenn man so blöd dasteht und weiß gar nicht, warum der nicht wiederkommt. Und ich glaube, daß ich auch jetzt effektiver bin.

Psychologin: Im Praktikum, damals bei Herrn M., habe ich, wie ich glaube, gute Beratungsgespräche miterlebt. Von dem habe ich z. B. auch übernommen, die Eltern erst einmal herauskommen zu lassen und zuzuhören, was sie selbst meinen. Insofern habe ich es am Rande des Studiums gelernt. . . . Man muß einmal jemanden erleben, der wirklich ein gutes Beratungsgespräch führt.

Phase der Etablierung beraterisch-therapeutischer Kompetenz

Die Etappe der Problematisierung der Tätigkeitsstrategien der frühen Phase markiert den Übergang zu einer langdauernden *Periode der »Etablierung beraterisch-therapeutischer Kompetenz«*. Hier werden Revisionen der bisher praktizierten Vorgehensweisen vollzogen, evaluiert und evtl. weiter revidiert. Das Repertoire der beherrschten Interven-

tionsmethoden wird zunehmend erweitert, differenziert und optimiert. Es bildet sich insgesamt eine in relativ hohem Maße persönlichkeitsbestimmte Ausgestaltung von Beratungs- und Therapie-Strategien heraus.

Wesentliche Einzelaspekte dieser Kompetenz-Perfektionierung sind dabei die folgenden:

- Die *wissenschaftlich-methodischen Kriterien*, Vorschriften und Regeln werden unter Bezug auf operative Charakteristika und ein pragmatisches Bewertungssystem des Gesamtkomplexes der praktischen Tätigkeit *flexibel und locker gehandhabt*. Den unterschiedlichen beteiligten Teil-Kriterien (wissenschaftliche, verwaltungsbezogene, ethische etc.) wird eine jeweils spezifische, der Analyse und Beurteilung des Gesamtsystems entsprechende Gewichtung zugemessen.
- Die Weiterentwicklung des Gefühls *subjektiver Sicherheit*. Diese Sicherheit bezieht sich nun nicht mehr ausschließlich oder vorwiegend auf die Befolgung wissenschaftlich-methodischer Regeln und Vorschriften, sondern ist gegründet auf die (»internale«) Kontrolle aller wesentlichen problemrelevanten Determinanten. Ein solcher Eindruck von Sicherheit bezüglich der eigenen Tätigkeit scheint allerdings verbreitet nur in *relativem* Ausmaß erreichbar zu sein – bedingt vor allem durch die objektiven Unsicherheiten und Vagheiten im Feld psychologischer Beratung und Therapie (Stand der psychologischen Wissenschaft bzw. Technologie, Menge der zu versorgenden Problemfälle etc.).
- Das Abstecken eines »*subjektiven Kompetenzbereichs*«: Die Definition der Grenzen eigener Eingriffsmöglichkeiten hinsichtlich der Behandlung unterschiedlicher Klienten bzw. Probleme geschieht im Verlauf der Kompetenz-Etablierung in »positiver« und »negativer« Richtung: Es können *Erweiterungen* des subjektiv definierten »Eingriffsfeldes« vorgenommen werden – etwa hinsichtlich bestimmter Problemgruppen, durch Bereicherung des therapeutischen Verhaltensinventars o. ä.; andererseits treten aber auch *Einschränkungen* dieses Bereichs auf – etwa durch die Einsicht in die Unmöglichkeit bzw. den nicht-akzeptablen Aufwand der Behandlung bestimmter Störungen o. ä. (eine Erkenntnis, die u. U. ein hohes Maß an Sicherheit bzw. »Souveränität« erfordert).
- Die *Diversifikation des Methodeninventars* bzw. ein *zunehmender methodischer Eklektizismus*: Das Repertoire an beraterisch-therapeutischen Strategien und Techniken wird vervollständigt, verfeinert und differenziert. Diese Entwicklung ist möglich einmal in Hinsicht auf die Optimierung der Strategien einer bestimmten therapietheoretischen Ausrichtung, zum anderen bezüglich einer Aneignung von In-

terventionsverfahren aus unterschiedlichen theoretischen bzw. methodischen Orientierungen – sowie einer Kombination beider Versionen (vgl. dazu noch einmal ausführlicher unten).

- Die *Erhöhung der Flexibilität bei Planung und Ausführung von Interventionsvollzügen*: Die behandlungsbezogenen Planungen und Antizipationen sind in geringerem Maße starr und rigide. Es bestehen zunehmend Möglichkeiten, flexibel auch auf unvorhergesehene Entwicklungen einzugehen. Es werden größere Planungseinheiten und differentielle Stereotypen von Behandlungsverläufen herausgebildet, die variabel einsetzbar und kombinierbar sind. Es entwickelt sich ein gewisses Balance-Verhältnis zwischen antizipatorischer Planung und Festlegung von Interventionen einerseits und »Laufenlassen« und Spontaneität von Behandlungs-Interaktionen andererseits.
- Die *Vergrößerung der Sensibilität für relevante Prozeßcharakteristika sowie der Selektivität und Akzentuierung bestimmter Wahrnehmungseinheiten*: Der Entwicklung umfangreicherer und komplexerer Planungs- und Ausführungseinheiten der beraterisch-therapeutischen Tätigkeit entspricht auf der »handlungsafferenten« Seite eine Differenzierung, Akzentuierung und Superzeichen-Bildung im Bereich der Wahrnehmung von Merkmalen und Veränderungen des Klienten und des Interaktionsprozesses; dabei scheint sich eine Entwicklung weg von der Registrierung mehr oder weniger singulärer und augenfälliger Charakteristika hin zur Sensibilisierung für differenziert-komplexe, in starkem Maße Beziehungs- und Interaktionscharakteristika betreffende Aspekte abzuspielen. Eine zunehmende Sensibilitätsentwicklung ist dabei vermutlich auf solche Prozeßmerkmale eingegrenzt, die als durch eigene Tätigkeit kontrollierbar (durch Interventionsmaßnahmen variierbar) wahrgenommen werden.
- Die *Verstärkung der Beziehungs-Thematisierung*: Die allgemein-»überpersönlichen« beraterisch-therapeutischen Methoden- und Regelsysteme werden in zunehmendem Maße entsprechend der jeweils spezifischen Merkmale und Dimensionen der interpersonalen Beziehung mit dem Klienten »moderiert«. Es entwickelt sich eine verstärkte Einbeziehung von und Differenzierung nach Merkmalen der Interaktion zwischen Psychologe und Klient, eine wachsende »Beziehungs-Orientierung« der Vorgehensweisen.
- Die *Herausbildung eines »persönlichen Stils«* von Beratung und Therapie: Die gesamte beraterisch-therapeutische Tätigkeit gewinnt in zunehmendem Maße eine personspezifisch-charakteristische Note. Sie wird »abgestimmt« mit dem komplexen System individueller Eigenschaften, Fähigkeiten, Werthaltungen etc. Die allgemeinen beraterisch-therapeutischen Programme werden jeweils entsprechend indi-

vidueller »Person-Parameter« des Psychologen adaptiert. – Diese starke »Verpersönlichung« von Vorgehensweisen verweist allerdings auch auf die *potentiellen Gefahren und Probleme* einer erfahrungsbedingten Handlungsautomatisierung: die (nichtbemerkte) Einbeziehung und Verfestigung von Problemstrukturen des Psychologen, die Etablierung inadäquater und ineffektiver Fertigkeitssysteme etc. Hier wird die Notwendigkeit einer *interpersonalen Kontrolle* des Prozesses der Erfahrungsentwicklung (Supervision, Selbsterfahrung etc.) erneut deutlich.

Beispiele

Psychologin: Ich habe früher die Beratung vorher strukturiert. Ich habe die Test-Ergebnisse und die anamnestischen Daten ausgewertet, ich habe versucht, mir ein Bild zu machen, und dann habe ich genau den Beratungs-Verlauf strukturiert; ich habe mir also vorgenommen: Das und das und das wird besprochen, in der Reihenfolge; das wäre geschickter, da anzubringen . . . usw. Wobei dahinter sicherlich auch Absicherungstendenzen standen, sich das alles so schön aufzubauen und aufzuschreiben. . . . Dann bin ich auch so vorgegangen, so schön strukturiert Punkt für Punkt. Nur, dabei geht natürlich etwas verloren: das Gespräch, das hin- und hergeht. Und da habe ich auch Beiträge von den Eltern abgewürgt, weil die eben nicht so gut in mein Konzept reinpaßten. . . . Ich mache das jetzt so, daß ich mir aufgrund der Daten, die ich habe, ein Bild schaffe und mir ein paar Punkte notiere, die wichtigsten Punkte, und dann versuche ich, einzusteigen ins Gespräch, wobei das ganz unterschiedlich laufen kann: Es kann also so laufen, daß ich den Vater direkt anspreche, weil ich meine, daß ich jetzt zunächst einmal die Meinung des Vaters brauche; oder ich bringe etwas aus den Test-Verfahren – es gibt also keinen typischen Verlauf in dem Sinne, es gibt ein paar typische Verläufe oder ein paar Vorgehensweisen. Bei einigen Eltern zitiere ich Test-Ergebnisse, wo ich meine – das sind natürlich alles Wahrscheinlichkeiten –, daß die das richtig einordnen können. . . . Meine Beratungen laufen nicht so, daß ich den Eltern einen Vortrag halte, das ist nicht mein Stil, das wäre ein Stil, der mich auch persönlich nicht zufriedenstellt; mag sein, daß da auch Unsicherheits-Faktoren drin sind, ich brauche also eine Rückkoppelung von seiten der Eltern, und die hole ich mir.

Frage: Sie haben gesagt, daß Sie ein bißchen »ungenau« arbeiten. Was ist denn der Grund, weshalb Sie sich nicht hinsetzen, eine Ex-

ploration machen und dann eine große Pause und eine genaue Verhaltensanalyse und einen präzisen Therapieplan . . . ?

Psychologe: Faulheit ist das. Und weil man eben durch das Hintergrundwissen, durch die Erfahrung, das Gefühl hat: Ich kann das auch so; ich muß das nicht, ich brauche dieses Korsett nicht. . . . Ich habe jetzt eine Erfahrung gemacht: Ich bearbeite jetzt mit einer Kollegin zusammen einen Fall, den muß ich einschicken; und da ist mir aufgefallen, daß ich, als ich nun anfang, den Fall genau nach den einzelnen Schritten darzustellen, daß da ganz bestimmte Dinge fehlen. Ja, daß ich da einfach ganz bestimmte Dinge vergessen habe, einfach wichtige Informationen habe fallenlassen, worauf mich dann die Kollegin aufmerksam gemacht hat. Also ich meine, daß man hin und wieder doch die Verpflichtung haben müßte, sich zu bemühen, genau zu sein. Nicht bei jedem Fall, das würde den Fall stören, den Fluß stören – aber hin und wieder, exemplarisch. Was wir eben auch im Team versuchen; wir können ja im Team nicht jeden Fall darlegen. . . . Und daß man da ein bißchen gefordert würde vom Team, das wäre schon gut.

Psychologin: Wenn wir merken, es läuft nicht, dann brechen wir eine Behandlung ab, dann schicken wir das Kind weiter; sie müssen dann des öfteren in stationäre Behandlung . . . Also wenn wir einfach sehen, daß in unserem Rahmen nichts drin ist – ich finde, das muß man anerkennen und sich auch eingestehen . . . Da gehört übrigens ein gewisser Entwicklungsschritt dazu. Ein Psychologe im ersten halben Jahr macht das nicht; da meint man dann, das würde seinen eigenen Wert betreffen, da muß man erst drüber hinwegkommen, daß man eben sieht und sich eingesteht: Ich schaffe das nicht.

Erfahrungsbildung als Entwicklung von Plansystemen und Strategien

Bisher hatten wir den Erfahrungserwerb hauptsächlich unter dem Aspekt der Herausbildung von Könnensformen – also unter dem Gesichtspunkt der Handlungsautomatisierung – betrachtet sowie auf allgemeiner Ebene das Verhältnis von Fertigkeiten und Strategien charakterisiert. Dabei waren wir vom Rahmenmodell eines *Systems der Tätigkeitssteuerung* ausgegangen, bei dem Steuerungskonzepte und -mechanismen unterschiedlicher Grade an Bewußtheit bzw. Automatisierung – im Sinne von Ober- und Unter-Programmen – wechselseitig aufeinander bezogen sind bzw. einander durchdringen und im Zusam-

menhang der Erfahrungsgewinnung sich eine zunehmende *Hierarchisierung* dieser Systemkomponenten entwickelt (i. S. einer psychologischen »Ökonomisierung«, Entlastung intellektueller Kapazitäten durch eine Verschiebung auf »niedrigere« Ebenen der psychischen Regulation etc.). – Wir betrachten im folgenden nun einige Aspekte der erfahrungsbedingten Entwicklung der »*intellektuellen Tätigkeitssteuerung*« der psychologischen Praktiker, der Herausbildung bewußter und reflektierter Plansysteme und Vorgehensstrategien, vor allem unter Abhebung auf ihre *inhaltlichen* Charakteristika.

Die Herausbildung planender Strategien innerhalb des psychischen Systems der Handlungssteuerung geschieht aufgrund »*intellektueller Analysen*« von praktischen Anforderungssituationen (HACKER 1973); individuelle Problembewältigungsstrategien werden auf einem kognitiven bewußt reflektierten Niveau konzipiert. Nicht selten werden solche Plansysteme bei Beratern/Therapeuten in Kommunikation und Kooperation mit Fachkollegen (innerhalb oder auch außerhalb der jeweiligen Institution) entwickelt. – Eine sich aus diesen Charakteristika planender Strategien ergebende (methodenbezogene) Konsequenz ist die der weitgehenden *bewußten Zugänglichkeit* der Konzepte. Das Problem des methodischen Zugriffs bei der Untersuchung stellt sich hier – gegenüber der Analyse von Handlungsautomatismen und Fertigkeiten – in veränderter Weise: Verbales Auskunftgeben, introspektive Berichte über Vorgehensweisen dürften diesbezüglich eine vergleichsweise aufschlußreiche und zuverlässige Informationsquelle darstellen.

In einer groben Übersicht lassen sich die folgenden *Teilaspekte* beraterisch-therapeutischer Tätigkeit identifizieren, bei denen die Herausbildung planender Strategien eine wesentliche Bedeutung hat:

- Die Bewältigung von *institutionellen Bedingungen* und Rahmenfaktoren der Tätigkeit;
- die *Definition der Interaktionssituation* und die Entwicklung interaktionsbezogener »Makro-Strategien«;
- die Herausbildung bzw. Übernahme eines Repertoires von beraterisch-therapeutischen Methoden und Techniken bzw. die *Umsetzung von psychologischen Theorien* in die Praxis;
- die Entwicklung von Strategien der *Diagnose* von Klienten-Zuständen, -Merkmalen und -Problemen;
- die Entwicklung von Vorgehensweisen hinsichtlich der *Festlegung von Zielen* beraterischer bzw. therapeutischer Interventionen;
- die Herausbildung von Strategien der *Kontrolle, Evaluation* und *Optimierung* der eigenen beraterisch-therapeutischen Tätigkeit.

Die ersten beiden genannten Punkte sind oben bereits ausführlich behandelt worden. Der Bereich der Entwicklung eines Repertoires von

Interventionsmethoden wird weiter unten unter den Gesichtspunkten der Bedeutung von theoretischem Wissen für die praktische Tätigkeit sowie der Beziehung von beraterisch-therapeutischer Technik und Persönlichkeit des Psychologen wieder aufgegriffen. An dieser Stelle geht es zunächst um die Entwicklung planender Strategien von Beratern/Therapeuten hinsichtlich der Aspekte »Diagnostik«, »Zielfestlegung« und »Tätigkeitsevaluation«.

Entwicklung diagnostischer Strategien

Die praxisbezogenen Strategien der Diagnostik und Problemdefinition ändern sich im Verlauf der Berufserfahrung in erheblichem Maße und offensichtlich in charakteristisch-durchgängiger Richtung. Da die Ausbildung in diagnostischen Verfahren bei den befragten Praktikern in der Regel sehr intensiv und ausführlich war, und der Umgang mit psychologischen Tests zumeist auch praktisch eingeübt wurde, vollziehen sich diese Veränderungen in weitgehend gezielt vom Konzept ihrer universitären Diagnostik-Ausbildung *abgehobener* und *abweichender* Weise. Im folgenden werden die hauptsächlichen charakteristischen Erscheinungsformen des Wandels des Diagnostik-Verständnisses der Praktiker dargestellt; eine ausführlicherere theoretische Aufarbeitung dieses Problembereichs und unserer einschlägigen Untersuchungsergebnisse findet sich an anderer Stelle (SEGER & BREUER 1979).

Während in der Hochschulausbildung und bei Berufseinstieg bei den Psychologen in der Regel Erwartungen eines relativ großen Ausmaßes diagnostischer Arbeit innerhalb der Gesamttätigkeit als Berater/Therapeut bestanden, wird dieses antizipierte Tätigkeitsmerkmal relativ rasch in starkem Maße modifiziert – und zwar einmal in Richtung auf eine drastische *Verringerung der Quantität und des Stellenwerts der Test-Diagnostik* überhaupt, zum anderen hinsichtlich einer weitgehenden *Vernachlässigung bzw. Aufgabe eines »normorientierten« Diagnostik-Konzepts* und der damit verbundenen testtheoretischen Postulate.

Die wesentliche Determinante und das entscheidende Kriterium für diese Veränderung ist die *praktisch-operative Bedeutung* des Diagnostizierens *für die Gesamttätigkeit* des Beraters/Therapeuten, der *Bezug auf das Insgesamt des Behandlungsverlaufs*. Die vorschriftsmäßig-regelgerechte Anwendung eines Test-Instruments ist ein sehr *aufwendiges* Unternehmen. Im Verhältnis dazu erweist sich der Nutzeffekt der Test-Information für die konkrete Steuerung des Behandlungs-Vorgehens als zu gering: Der Inhalt der Information, der Bezug des individuellen Falls auf eine Norm-Population etc. sind in den meisten Fällen ohne direkte Bedeutung für den beraterisch-therapeutischen Behandlungs-

prozeß. Es besteht nur in geringem Maße die Möglichkeit, innerhalb der beraterisch-therapeutischen Intervention an die so erhaltenen Informationen operativ anzuknüpfen, d. h. sie in einer Behandlungsmaßnahme umzusetzen, sie dem Klienten zu vermitteln o. ä. Die durch eine Test-Anwendung zu gewinnenden Daten sind offensichtlich in (zwar weniger »exakter«, dafür aber) handhabbarer und »sparsamer« Weise aufgrund anderer Vorgehensweisen zu erhalten. Die Strategien der diagnostischen Datenerhebung verändern sich also hauptsächlich unter den Aspekten des »Gebrauchswerts« und der »Gewinnungsökonomie« der Information.

Wesentliche erfahrungsbedingte *Modifikationsaspekte* innerhalb des diagnostischen Vorgehens und des Einsatzes psychologischer Testinstrumente sind die folgenden:

- Die Strategien der Erhebung behandlungsrelevanter Daten verändern sich zugunsten der Informationsgewinnung über den *Inhaltsaspekt von Gesprächen* mit dem Klienten bzw. seiner Umgebung – in Richtung auf direkte Abfrage von Problemaspekten, Merkmalen, Umständen, Verhaltensweisen etc. – bzw. über den *Beziehungsaspekt von Psychologe-Klient-Interaktionen*, durch Registrierung von meta-kommunikativen Aspekten und entsprechenden Einsatz interaktionsbezogen-rezeptiver Fähigkeiten (vgl. oben).
- »*Verhaltensanalytische*« Diagnostik nimmt einen wachsenden Raum ein: Zunehmendes Gewicht wird auf verhaltensbezogene *Explorationen* (Erhebung verhaltensauslösender Reize und Situationen, verhaltensbezogener Konsequenzen etc.) sowie unmittelbare *Verhaltensbeobachtung* (vor allem über Induzierung problemthematischer Situationsaspekte, Umstände etc.) gelegt.
- Die *Verwendung von Testverfahren* wird in flexibler, »freier« und »subjektiviert-individualisierter« Form – hinsichtlich Einsatz, Auswertung und Interpretation von Tests – vorgenommen. Dabei sind etwa folgende Erscheinungsformen zu beobachten: (a) Es werden häufig »*projektiv*« orientierte, weitgehend *unstandardisierte* Verfahren verwendet (bei Kindern z. B. »*Familie in Tieren*«, Szeno-Test o. ä.), die vielfach die Funktion der Interaktionsstrukturierung, Beziehungsherstellung o. ä. haben, nicht im Sinne von exakter Test-Auswertung behandelt werden, sondern lediglich gewisse Anhaltspunkte und Hypothesen liefern sollen. (b) Psychologische Tests werden z. T. nicht in der vom Test-Konstrukteur intendierten Funktion, sondern mit dem Ziel der Situations-Standardisierung für Zwecke einer *Verhaltensbeobachtung* eingesetzt (so wird beispielsweise ein Intelligenz-Test verwendet mit der Absicht, das Verhalten eines Kindes in einer Leistungsanforderungs-Situation zu beobachten). (c) Zur gezielten

Abklärung von Detailfragen werden u. U. einzelne *Test-Teile* bzw. *Subtests* aus Testverfahren oder Test-Batterien herausgenommen und selektiv verwendet.

Der Einsatz »klassischer« diagnostischer Instrumente »nach Vorschrift« reduziert sich demgegenüber tendenziell auf umschriebene *spezifische Problemsituationen*. Solche Fälle sind u. a. gegeben:

- Bei *Berufseinstieg* des Psychologen, als Maßnahme der Situationsorientierung und der Reduktion von subjektiver Unsicherheit (vgl. oben).
- In Situationen, in denen sich der Psychologe in irgendeiner Weise »rückversichern«, legitimieren oder rechtfertigen muß, so etwa beim Anfertigen von psychologischen Gutachten für bestimmte Zwecke bzw. Institutionen.
- Zur Abklärung *spezifischer Einzelfragen*, z. B. Verwendung von Intelligenz-Tests o. ä. bei Schullaufbahn-Entscheidungen.
- Gewissermaßen als »*Verlegenheitslösung*« bei Nicht-Zurechtkommen bzw. Ratlosigkeit bezüglich bestimmter Problemfälle.

Fälle der »regulären« Test-Applikation scheinen sich überwiegend auf Verfahren zur Diagnose des Intelligenz- und Leistungs-Bereichs zu beziehen. Die aus Instrumenten der Persönlichkeits-Diagnostik gewinnbaren Informationen werden demgegenüber offensichtlich in noch weit stärkerem Maße aus dem »interaktiven Kontext« mit dem Klienten gezogen.

In der Tendenz und Entwicklungsrichtung stimmen diese Ergebnisse mit Berichten über die diagnostischen Vorgehensweisen und Konzepte klinisch-psychologischer Praktiker der »American Psychological Association« überein (vgl. WADE & BAKER 1977).

Beispiele

Psychologin: Ich mache eigentlich heute viel, viel weniger an Diagnostik, als ich gelernt habe. Ich habe den Eindruck, daß ich heute sehr viel weniger Tests benutze als zu der Zeit, als ich angefangen habe zu arbeiten. Mir ist das jetzt aufgefallen im Vergleich mit einer Praktikantin. Die hat bündeweise Tests gemacht. Und das war nett: Wenn sie Befunde geschrieben hat, dann hat sie über die Verhaltensbeobachtung geschrieben und aus dieser Verhaltensbeobachtung Rückschlüsse gezogen, die unheimlich gut waren – und dann kam so ein ganzer Block über die Diagnostik aus den Tests, wo das Ganze dann schrecklich kompliziert klang, aber wo eigentlich nichts anderes ausgesagt wurde oder was sogar noch weniger aussagekräftig

war als die anderen Schlüsse, die sie vorher gezogen hatte. Am Schluß hat sie dann nochmal alles durchgerührt und alles zusammengepackt. Und dann kamen wir auf die Frage: Warum eigentlich so einen Testaufwand treiben, wenn ich die Aussage eigentlich vorher schon habe? Im Grunde ist es so, daß man die Hypothese, die man aufgrund der Anamnese oder des Gesprächs hat, daß man die ein bißchen verifiziert mit einem Test, daß man sich da also so ein bißchen Sicherheit beiholt: Der Test sagt auch . . .

Z. B. beim ROHRSCHACH, da brauche ich dann mindestens vier Stunden, bis ich den ausgewertet habe; und was kriege ich dann raus?: »labile Affektlage« oder so etwas . . .

Was habe ich denn z. B. bei Persönlichkeitstests für eine Aussage? Wenn ich z. B. einen HANES mache und ich bringe raus: erhöhter Neurotizismuswert oder erhöhter Extraversionswert – was sagt mir denn das? Gar nichts. . . . Zum Umsetzen in das, was ich hinterher in der Beratung will, bringt es mir nichts. Ich meine, daß die Diagnostik für mich nur einen Sinn hat, wenn ich eine Aussage rauskriege, mit der ich etwas anfangen kann, um hinterher ein Beratungsgespräch zu führen. Und wenn ich so ein theoretisches Konstrukt rauskriege, wie einen erhöhten Neurotizismuswert – das ist für mich völliger Käse.

Psychologin: Als ich hier anfang, hatten wir eine Struktur, da war es selbstverständlich: Der Psychologe macht Diagnostik, der Sozialarbeiter macht Anamnese; und da der nun die Eltern kannte, arbeitete der auch mit den Eltern weiter . . . , so ungefähr. Die Psychologen waren mit der Diagnostik, mit der ausführlichen Diagnostik, unheimlich eingedeckt. Meine persönliche Meinung dazu war: Ich halte das für brotlose Kunst. Es wurde mit einem unheimlichen Energieaufwand zunächst angesetzt, und nachher verlief das im Sande. Ein Psychologe hatte also eine Untersuchung gemacht, die einen halben Tag dauerte; die Auswertung ist dann nochmal ein halber Tag . . . und dann die Anamnese . . . und das wurde dann im Team unheimlich hin- und herüberlegt, alle möglichen Hypothesen wurden entwickelt . . . Dann gab es vielleicht noch ein Gespräch, das verlief dann nicht so toll: Die Eltern waren mit dem Konzept, was man sich zurechtgelegt hatte, nicht zufrieden. Die konnten da nicht mitziehen, die waren oft völlig überfordert, und dann lief da nichts mehr. – Jetzt ist es so, daß wir die Diagnostik in dem Sinne etwas abzubauen versuchen. Wir setzen lieber mit Gesprächen ein und machen eine Diagnostik dann, wenn wir tatsächlich mit den Eltern nicht weiterkommen. Häufig ist es allerdings so, daß wir schon von

vornherein eine Intelligenzuntersuchung machen, um das erstmal abgeklärt zu haben. . . .

Von der Ausbildung im Studium her muß ich sagen: Diese praktische Umsetzung auch von Diagnostik, die habe ich nicht gelernt. Ich habe Diagnostik gemacht während des Studiums . . . Wir mußten solche Gutachten schreiben. . . . Das habe ich dann aber geschrieben, um ein möglichst gutes Gutachten zu machen und möglichst, daß mich keiner angreifen kann. Nicht so sehr, um Arbeitshypothesen zu entwickeln, mit denen man im Gespräch arbeiten kann, sondern um mich abzusichern aber nicht zuviel auszudrücken. Das ist ein ganz anderer Ausgangspunkt. . . . Ich hatte unheimliche Schwierigkeiten, erstmal zu begreifen, daß, wenn ich eine Zusammenfassung von dem Untersuchungsergebnis mache, daß das den Sinn und Zweck hat, mit der Familie zu arbeiten. Ich hab das immer als ein Kunstprodukt für sich gesehen, wenn ich das gemacht habe, das konnte ich dann zur Akte ablegen und weitergeben, da konnte sich dann jemand anders mit amüsieren. Ich bin erst auf diesen Sinn und Zweck gekommen, als ich selber Beratung machte, daß sich manche Dinge davon ganz gut verwenden lassen im Gespräch. . . .

Wenn ich heute meinen Stil sehe: Ich lasse die Leute so auf mich wirken und versuche, von meiner therapeutischen Ausbildung her was mit hineinzunehmen. Ich nehme aber, um so ein Familiensystem zu veranschaulichen, häufig Ergebnisse von der Untersuchung, also z. B.: Wie läuft das bei denen mit dem Kind? Um das ein bißchen mehr rational und analytisch darzustellen: Was hat das Kind da für eine Funktion, was haben die Eltern für eine Funktion. . . ?

Psychologin: Diagnostik, ja, ist immer weniger geworden. Im Anfang hab ich mehr Diagnostik gemacht, weil das auch die Ausbildung war, das ist aber immer mehr zurückgegangen, weil in der Praxis sich das zeigt, daß das nicht sehr relevant ist. In spezifischen Fragestellungen, sagen wir mal: Intelligenzdiagnostik oder geistige Behinderungen, wenn man sowas feststellen will. Umschulungen, Schulwechsel, Einschulungen – da setze ich Diagnostik sicher ein, Intelligenztests, Leistungstests – aber ansonsten nicht mehr so, wie man es an der Uni lernt, daß man ganze Test-Batterien herunterraselt, sondern punktuell, gezielt. . . .

Tests bieten einmal für mich die Möglichkeit der Verhaltensbeobachtung. Ich sehe also: Wie geht das Kind mit konkreten Anforderungen um, mit konkreten Aufgaben? Wie hält es der Situation als solcher stand? Also mehr die Verhaltensbeobachtung im Umgang mit einer bestimmten Sache. . . . Bei Leistungstests ist es für mich ein klares Ergebnis, im Vergleich zu Altersgenossen, bei Ent-

wicklungstests: Wo ist der Stand? Ich habe einen Vergleich, ich habe schon ein objektives Vergleichskriterium, während ich beim WECHSLER da sehr skeptisch bin, den nehme ich mehr nur als Verhaltensbeobachtung und zur groben Einschätzung. . . . Ich benutze auch Fragebögen, Angstfragebogen, den FPI . . . , aber im Grunde ist es nur eine Absicherung für mich. Meistens stelle ich fest: Ich hätte es auch so gewußt, da hätte man den Test lassen können. . . .

An der Uni, da mußten wir Klausuren schreiben, da hatten wir den Probanden also einen Tag, da mußten wir aus dem möglichst viel rauskriegen, und das ging eben von allen Seiten mit Tests. Und jetzt habe ich eben viel mehr Möglichkeiten, nahe an dem Klienten dran zu sein: Über die Eltern, über die Familiensituation, über das Kind selbst, wenn es häufiger kommt – ich bestelle es mir zwei- oder dreimal; ich kann also andere Dinge mit ihm machen, ich habe also nicht diese Belastungssituation. Oder ich führe die mit einem Test extra ein, Belastungstest. Aber ich habe jetzt ein viel weiteres Feld von Faktoren, die brauche ich mir nicht über einen Test rauszuziehen. Von daher ergibt sich das, daß ich sehe, das Kind hat Hemmungen – und wenn ich einen Test mache, dann kommt raus: Hemmungsgrad hoch. Und das ist, glaube ich, der Unterschied, warum ich nicht mehr soviel Wert auf Tests lege. . . .

Die wichtigen Informationen gewinne ich durch häufige Gespräche, häufige Kontakte mit dem Kind und den Eltern – und Beobachtungen, Spielbeobachtungen, ich lasse das Kind auch zusammen mit den Eltern spielen. . . . Ja, die Genauigkeit, ich brauche in der Praxis ja nicht so sehr den Vergleich ganz genau: Wie steht er jetzt zu anderen, zu seinen Altersgenossen? Ich brauche ja: Wie kommt er in der Familie zurecht? – Die Fragestellung ist also hier anders. Ob der jetzt einen IQ von 110 hat oder von 95 ist mir dann im Grunde Wurscht. Ich sehe: Der hat Schwierigkeiten, der kommt in der Schule nicht mit – als Beispiel –, weil er Schwierigkeiten in der Familie hat. Das ist mir wichtiger. . . .

Ich stelle nie eine feste Diagnose, sondern ich habe mehr so eine Strategie auf dem Hintergrund von Hypothesen. Ich habe eine Hypothese und sage mir: So könnte das zusammenhängen und gehe das mal an. Ich bin aber immer offen, das wieder zu verändern, zu revidieren oder zu ergänzen. . . . Als Beispiel: Wenn ich den Vater noch kennenlerne. Ich habe zuerst das Kind gesehen und die Mutter, und später kommt der Vater noch dazu, dann wird z. B. manches wieder klarer, dann kann ich wieder was ergänzen. Oder durch Kontakt mit der Lehrerin, mit der Schule, das ergänzt das Bild . . . Das ist nichts Festes.

Die Thematisierung der Problematik von Beratungs- und Therapie-Zielsetzungen geschieht innerhalb der Hochschulausbildung offensichtlich in relativ geringem Maße. Einerseits sind diesbezüglich bei den vorhandenen beratungs-/therapiebezogenen Theoriekonzepten bestimmte Modelle bereits impliziert (Anpassungs-, Menschenbild-, Normalitäts-Konzepte o. ä.; vgl. etwa NAGEL 1971; REITER & STEINER 1976), die allerdings nur in weitgehend unsystematischer, interindividuell differierender Weise reflektiert worden sind. Dabei ist empirisch ungeklärt, inwieweit solche Konzepte tatsächlich Konsequenzen für die Beratungs-/Therapie-Praxis besitzen (vgl. REITER 1975). Auf der anderen Seite ist von einer Reihe der befragten Psychologen die Frage der Ziele psychologischer Modifikationsmaßnahmen im Studienkontext unter dem (metapsychologischen) Aspekt der »Anpassung an gesellschaftlich bestimmte Normen und Werte« thematisiert worden. Dies dürfte zu einer unspezifischen *Sensibilisierung* für die Zielproblematik im Beratungs- und Therapieprozeß beigetragen haben.

Beispiel

Psychologin: Eins war also eine recht heilsame Sache – so einfach im Sinne von Bewußtseinsbildung: In der damaligen Zeit der Studenten-Unruhen wurde sehr viel kritisiert und wurden sehr viele alte Dinge auf den Kopf gestellt – und das natürlich auch in der klinischen Ausbildung. Bei uns gab es heftige Auseinandersetzungen über die Sinnhaftigkeit von Erziehungsberatung und Kinder-Hinbiegen, bis sie ihren Eltern passen und all solche Dinge. Und es gab auch wirklich harte Bemühungen, Alternativen dazu aufzuweisen: Was ist sonst eben machbar? Und das hat für mich eigentlich immer darin geendet, daß alles, was langfristig machbar ist, konkret im einzelnen aktuell überhaupt nicht helfen kann; denn bis diese Gesellschaft sich verändert hat, ist der einzelne daran kaputtgegangen, wenn man ihm da nicht raushilft. Für mich wurde dabei klar, daß es von meiner Intention der erste Schritt ist, zuerst vom Einzelnen auszugehen. Ich glaube auch nicht, daß es von ungefähr kommt, daß wir uns hier sehr bemühen, auch Prophylaxe zu machen, um frühzeitiger zu ändern, in größerem Rahmen etwas bewußt zu machen, Zusammenhänge aufzuzeigen; wenn es auch gerade dabei irgendwo an positiven Erlebnissen fehlt, man kriegt kein Feedback dafür. Bis sich da was ändert – das ist so schwer zu packen. Wenn man einem Einzelfall geholfen hat, sieht man es wenigstens ein ganz kleines bißchen eher.

Eine theorieübergreifend-allgemeine Systematisierung der Ziel-Dimensionen von psychologischer Beratung und Therapie liegt bisher nicht vor. Die sinnvollsten diesbezüglichen empirischen Untersuchungen haben u. W. MICHAUX & LORR (1961) sowie McNAIR & LORR (1964) vorgelegt (vgl. KIESLER 1973; BÖCKER 1979). – In Untersuchungen über den Effekt interventionsbezogener Zielsetzungen und personaler Werthaltungen auf den Behandlungsprozeß sind diese weitgehend als *Bedingungen* bzw. *Antezedenzen der interpersonalen Attraktion* (der Beziehungsqualität etc.; vgl. etwa KESSEL & McBREARTY 1967) sowie – auf Klientenseite – als *Resultate der Behandlungsinteraktion* (Einstellungs- und Wert-Änderungen in Richtung auf Anpassung an diejenigen des Therapeuten; vgl. MELTZOFF & KORNEICH 1970, 467 ff.) thematisiert worden.

Als allgemeine *Ausgangsbedingungen* der Entwicklung von Strategien im Umgang mit der Zielbestimmung von Beratungs- und Therapie-Interventionen lassen sich folgende Faktoren umreißen:

- Ein allgemein anwendbares theoretisch-begriffliches Inventar zur kognitiven Repräsentation und Analyse des Ziel-Komplexes ist sehr stark unterentwickelt bzw. fehlt.
- Die Problematisierung des Ziel-Bereichs geschieht in weitgehend un-systematischer und unterschiedlicher Weise (bedingt durch private Vorlieben und Interessen, Charakteristika des allgemeinen hochschulpolitischen »Klimas« während der Ausbildung o. ä.).

Die kognitive Explikation des Wert- und Ziel-Aspekts psychologischer Beratung und Therapie – aufgrund des mangelhaften Grades der theoretischen Durchdringung ohnehin schwierig – dürfte also einer interindividuell recht großen *Variabilität* unterliegen. Ein Großteil der diesbezüglichen Prozesse dürfte sich in einem nichtreflektierten, interaktionsbezogenen-automatisierten Komplex der Entwicklung von »Beziehungsqualitäten« abspielen. Von allgemeinen Tendenzen und Dimensionen der Entwicklung »planender Strategien« in diesem Bereich kann daher nur in eingeschränktem Maße gesprochen werden.

Hinsichtlich der *formalen Struktur von Handlungszielen* bei Beratung/Therapie lassen sich in grober Weise unterscheiden:

- Der *Zielinhalt*, d. h. der durch die Behandlung angestrebte Zustand des »Problemsystems« (der psychischen Situation des Klienten, seiner Umgebung etc.),
- der *Zielwert* (die Zielvalenz), die Beurteilung des Zielinhalts nach unterschiedlichen Kriterien (»hoch« – »niedrig«, »akzeptabel« – »nicht akzeptabel« o. ä.),

- die *Zielerreichungsstrategie*, die Charakteristika des Weges, auf dem der angezielte Zustand zu realisieren ist sowie deren Einschätzung (»realistisch« – »unrealistisch« etc.).

Eine Schwierigkeit hinsichtlich dieser Aspekte, die von den psychologischen Praktikern vermutlich aufgrund der relativ großen Zahl damit verbundener Differenzen und Konflikte am ausführlichsten thematisiert wird, ist die der unterschiedlichen »Instanzen« der Festlegung von Zielen und Bewertungsmaßstäben sowie deren *Verhältnis* zueinander. Der Prozeß der Zieldefinition vollzieht sich in einem interaktiven Kontext, als Form des Aushandelns zwischen Psychologe und Klient; in diese Dyade sind jedoch Determinanten und Interessen unterschiedlicher Art und Herkunft einbezogen (vgl. auch STRUPP & HADLEY 1977).

Als wesentliche Instanzen der Ziel-Definition werden genannt:

- »Externe« *Interessenten* an der Zielfestlegung. In dieser Hinsicht sind vor allem Kinder als Klienten betroffen, da sie nicht selbständig die Hilfe eines Psychologen suchen, sondern in aller Regel aufgrund der Initiative Dritter zur Beratungsstelle kommen. Kindergärten, Schulen oder Eltern können an der »Abstellung« von (tatsächlichen oder vermeintlichen) Verhaltensauffälligkeiten interessiert sein. Dabei ist es durchaus nicht selten, daß Kinder als bloße »Symptomträger« in einem gestörten Beziehungssystem fungieren o. ä. und daher für eine Problemlösung andere als die von der »dritten Seite« intendierten Behandlungsziele sinnvoll sind. Instanzen externer Interessen bei erwachsenen Klienten können beispielsweise der Ehepartner oder andere Mitglieder der Familie sein. – Hinsichtlich des Umgangs mit solchen externen Interessenten an der Änderung eines Klienten entstehen für Berater/Therapeuten häufig Probleme bezüglich des *Realismus*, der *Erreichbarkeit* solcher Ziele durch psychologische Intervention sowie hinsichtlich ihrer *ethisch-moralischen Akzeptierbarkeit*.
- Der *Klient*. Klienten kommen mit bestimmten Wünschen und Zielen (weitgehend negativ definierten: Abstellen, Beseitigen von ... etc.) zur Beratungsstelle. Hinsichtlich der grundsätzlichen Kompetenz des Klienten, Behandlungsziele selbst festzulegen, existieren bei den Psychologen – selbstverständlich auch differenziert nach Klienten-Voraussetzungen – unterschiedliche Konzepte, die sich folgendermaßen typisieren lassen: (a) Der Klient ist die einzige kompetente und legitimierte Person zur Bestimmung des Behandlungsziels. (b) Der Klient ist aufgrund seines fehlenden Wissens über psychische Phänomene, Bedingungsbeziehungen und Änderungsprozesse nicht in der Lage, klare Behandlungsziele zu definieren. (c) Die Fähigkeit und Kompetenz des Klienten, für sich selbst ein Ziel der Behandlung anzugeben, ist eine Aufgabe, deren Lösung durch die

Beratung/Therapie angestrebt wird; der Klient soll zur Zielfestlegung fähig gemacht werden. – Auch in dieser Hinsicht spielen die Kriterien des Ziel-Realismus und (allerdings vermutlich in geringerem Maße) der Akzeptierbarkeit des Ziels für den Psychologen eine Rolle.

- Der *Berater/Therapeut*. Der Psychologe begegnet der Problemsituation, den Vorstellungen und Ziele des Klienten in unterschiedlichen »Eigenschaften« bzw. »Rollen«: (a) Als »Privatperson« mit bestimmten ethisch-moralischen Werthaltungen, Normen, Konzepten und diesbezüglich unterschiedlicher Flexibilität bzw. unterschiedlichem »Toleranzbereich« etc. (b) Als »gesellschaftlicher Funktionsträger« mit bestimmten Aufgaben, Verpflichtungen gegenüber gesellschaftlichen Instanzen (Träger etc.) und daraus resultierenden Tätigkeitsmaximen und -verboten sowie deren (differentieller) Interpretation. (c) Als »wissenschaftlich ausgebildeter Problemlöser«, der einerseits aufgrund der von ihm vertretenen theoretischen Konzepte gewisse (unterschiedliche und unterschiedlich klare) »Normalitäts«- und »Störungs«-Konzepte besitzt sowie über ein psychologisches Bedingungs- und Änderungswissen verfügt.

Diese interindividuell mehr oder weniger differierenden bzw. sich differentiell entwickelnden Faktoren bestimmen die jeweils problembezogene Zielsetzung und Zielbewertung des Psychologen, vor allem hinsichtlich der Fragen: Ist das Ziel anstrebenswert/akzeptabel bzw. welches Ziel ist anstrebenswert/akzeptabel? Welches Ziel ist (bzw.: Ist das Ziel) unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen erreichbar/realistisch? – Sie interagieren mit den Zielvorstellungen, die auf Klienten-Seite bzw. bei »externen« Interessenten vorhanden sind in einem *Prozeß des* – mehr oder weniger explizit thematisierten – »Aushandelns« von *Behandlungszielen*. Dieser Prozeß kann – bei verschiedenen Psychologe-Klient-Konstellationen – offensichtlich die unterschiedlichsten Formen annehmen, von der vollständigen »Verschiebung« in den nichtexpliziert-interaktiven Bereich bis zu harten Meinungskonfrontationen und streitbaren Auseinandersetzungen. Das Spektrum der Vorgehensweisen scheint diesbezüglich außerordentlich vielfältig und individuell bestimmt zu sein. – Als im Verlauf von Praxiserfahrung sich herauskristallisierende *allgemein-überindividuelle Tendenz* scheint bestenfalls ein Trend in Richtung auf eine möglichst eindeutige *Explikation und Klärung* von Beratungs-/Therapiezielen zwischen den am Prozeß beteiligten bzw. davon betroffenen Personen (vgl. auch ANTHONY 1967) sowie ein Trend zu einer den Behandlungsprozeß begleitenden *permanenten Zielreflexion* (Thematisierung, Hinterfragung, Umdefinition etc.) identifizierbar zu sein (zu Veränderungen in Behandlungszie-

len im Verlauf von Therapien vgl. auch BÖCKER 1979). Generelle Entwicklungslinien hinsichtlich der Modifikation »planender Strategien« sind bezüglich dieses Tätigkeitsaspekts jedoch (verglichen etwa mit dem begrifflich-theoretisch und methodisch-instrumentell sehr weitgehend durchdrungenen und aufgearbeiteten Bereich der Problemdiagnostik) nur in äußerst geringem Umfang bzw. nur in »unscharfer« Weise auszumachen.

Beispiele

Frage: Haben Sie Kriterien für abweichendes Verhalten, psychische Krankheit oder Normalität?

Psychologin: Ich bin da etwas in Verwirrung. Am Anfang habe ich mich da sehr viel mit befaßt: Was ist Normalität? Und so. Damals hätte ich Ihnen das auch sagen können. Wo Sie mich drauf ansprechen, fällt mir auf, daß ich es einfach nicht mehr weiß. Ich hätte Ihnen also Definitionen bringen können, jetzt weiß ich das nicht mehr. D. h. also: Es ist für mich eine unwichtige Frage in irgendeiner Form geworden. Was habe ich davon, wenn ich jetzt sagen kann: Der ist normal, der ist nicht normal? Von welchem Weltbild her ist der normal? Von welcher Richtung her? . . . Ich kann in dem Sinn die Frage nicht beantworten.

Psychologe: Also zuerst einmal kommen die Eltern an und haben bestimmte Zielvorstellungen: Anpassung des Kindes, Symptomfreiheit, Lösung von Konflikten, die meist außerhalb des Elternhauses aufgetreten sind, mit Schule, Kindergärten und so. Wenn das akzeptabel erscheint, versuchen wir, das in Zusammenarbeit mit den Kindern und den Eltern anzustreben, daß wir dann also die Ziele des Klienten akzeptieren. Bei der Erziehungsberatung tritt allerdings oft dabei das Problem auf, daß die Anforderungen und Ziele, die Erwartungen der Eltern nicht akzeptabel für uns sind. Für mich steht dann immer die Entwicklung und Entfaltung des Kindes im Vordergrund. Wenn ich den Eindruck habe, daß die Eltern Dinge von dem Kind erwarten oder verlangen, die es nicht leisten kann, die seine Entwicklung beeinträchtigen, dann versuche ich, das denen deutlich zu machen. Ich versuche auf jeden Fall, ihnen nicht Möglichkeiten an die Hand zu geben, diese Ziele zu verwirklichen.

Psychologe: Wir versuchen immer, die Ziele gemeinsam mit den Eltern abzustecken. Da ist aber für uns ein Problem, daß wir Vorstellungen haben, die wir gerne verwirklichen möchten, um dem Kind zu helfen – daß wir dann aber bei den Eltern unter Umständen

auf Grenzen stoßen, einfach weil sie dazu nicht in der Lage sind. Wir müssen da natürlich einen Kompromiß eingehen; wir versuchen natürlich immer wieder, die Eltern auf diese Punkte hinzuweisen, sie zu motivieren . . . aber es sind halt Grenzen. Da orientieren wir uns dann gemeinsam mit den Eltern, wir versuchen, darauf hinzuarbeiten . . .

Psychologin: Ich kann keine Ziele setzen für den Klienten. Der ist für sich selber verantwortlich. Und grundsätzlich gehe ich auch von der Entscheidungsfähigkeit des Klienten aus. Ist er entscheidungsschwach, versuche ich, das bei ihm zu fördern, daß er in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen für sich. Das ist vielleicht auch ein Ziel von mir, was ich, ohne das mit dem Klienten abzustimmen, habe: einen Menschen entscheidungsfähig zu machen für seine Person.

Psychologin: Zuerst fragen wir einmal die Eltern, was die wollen. Dann müssen wir sehen: Ist das Ziel überhaupt zu erreichen? Das hängt also auch von objektiven Faktoren ab. Es ist unmöglich, jemanden, der schwach begabt ist, zum Abiturienten zu machen. Man muß also das Ziel mit der Realität und auch mit den Möglichkeiten unserer EB vergleichen; und dann muß man das Ziel oft in mehrere Schritte einteilen.

Psychologin: Es kommt höchst selten vor, daß Eltern ganz gezielt sagen könnten: Das und das soll so und so werden. Sie kommen eigentlich immer mit der Negativ-Form: Ich möchte, daß das und das abgeschafft wird; das Bettnässen soll aufhören oder das Nägelknabbern soll aufhören. . . . Die Zielsetzung ist jetzt für mich aber eine andere als die der Eltern meistens. Das ist eigentlich der Prozeß, den ich erarbeite: Erstmal den Eltern bewußt zu machen, daß hinter diesem äußeren Symptom Nägelknabbern für mich ein anderes Problem steht – was natürlich durch andere Faktoren noch erhärtet ist; wenn es also nur Nägelknabbern ist, und sonst ist es prima, dann ist es okay, dann soll es ruhig weiterknabbern. Aber das ist ja ein Einengungs-Symptom, und da treten eigentlich immer andere Faktoren auf, die für eine Einengung sprechen. Darin sehe ich zunächst einmal meine Aufgabe, den Eltern das klarzumachen im Gespräch. Wobei ich meistens so vorgehe, daß ich mit den Eltern tatsächlich versuche, ein Gespräch zu führen, d. h. sie möglichst dahin zu bringen, daß sie selbst drauf kommen, sie zum Problem hinzuführen. Und danach erarbeite ich mit ihnen Möglichkeiten, wie das abzubauen ist.

Psychologin: Es kommt wirklich darauf an, wie der Kontakt zum Klienten ist. Es gibt Klienten, bei denen versuche ich eben, die erst einmal darauf zu bringen, daß sie ein Ziel definieren könnten, oder daß sie mir sagen könnten, was sie wünschen, was sie erreichen wollen und was sie sich vorstellen. Ich versuche, dagegensetzen, was ich anbieten kann, was erreichbar ist, also um was Realistischeres an Niveau einzubringen. Bei manchen mache ich das aber auch nicht. Es könnte sein, daß ich bei diffusen Fällen, wo ich selbst nicht richtig durchblicke, es schön unterlasse, überhaupt ein Ziel zu definieren; oder bei so sehr komplexen Sachen, wo eben auch alles an allem hängt . . . – daß ich es da unterlasse. Bei klar umgrenzten Symptomen mache ich in der Regel eine Zieldefinition zusammen mit dem Klienten. . . . Ich versuche eigentlich, wenn der Kontakt gut ist, schon im Erstgespräch von dem Klienten das Ziel zu erfahren. Es kommt ja meistens auch, indem er sagt, warum er gekommen ist – da kann man ja eigentlich annehmen, daß er genau dieses verändert haben möchte. Und ich versuche dann im ersten Beratungsgespräch, also nach der Untersuchung, das von meiner Seite ein Stück abzuchecken, was machbar ist und was nicht machbar ist. Das Dilemma fängt dann an, wenn ich mehrere Beratungen hintereinander gemacht habe, daß ich sehr schnell nicht mehr an mein Ziel denke, sondern halt so mitziehe, was gerade kommt an Themen; immer so hinterherwandere und versuche, da mitzudenken und mitzuüberlegen. Daß ich also – ich kann das prozentual nicht sagen, aber in relativ vielen Fällen – nicht unbedingt konkret auf ein Ziel hinarbeite, sondern halt den Klienten so lange kommen lasse, solange er kommen mag und solange er da einen Sinn drin sieht – und höchstens, wenn er nicht mehr kommen mag und man selber aber sicher ist, daß noch viel zu tun ist, ich ihn dann auch ein bißchen unter Druck setze.

Psychologin: Ich für mich habe die Erfahrung gemacht, daß es besser ist, wenn man seine Ziele auf den Tisch legt. Das kann dann zwar streckenweise ziemlich schwierige Situationen geben, weil die Klienten das auch gar nicht gewöhnt sind, daß so was ausgefochten wird. Es ist dann aber eben fruchtbarer, weil sie dann wissen, woran sie sind. D. h. ich umgehe damit vielleicht eine ganze Menge Gespräche, die nichts bringen, einfach weil da irgendwas unklar ist, rischiere dafür aber eine ziemlich harte Stunde. Ich muß wirklich sagen, am Anfang habe ich das sicher mehr auf die implizite Weise gemacht, und es fiel mir auch sehr schwer, wie man in der GT sagt, mit Konfrontation zu arbeiten und zu sagen: So sieht es aus. Aber

ich stelle fest: Das ist wichtig, damit gebe ich den Leuten Verantwortung. Wenn ich die denen entziehe, dann bin ich immer der große Macher – das ist irgendwie nicht sinnvoll.

Psychologin: Der Prozeß der Zielfestlegung hört nicht auf; die Ziele muß man immer wieder neu bestimmen. Das ist auch so eine Sache, die ich erst lernen mußte: Für mich war es am Anfang so, das ist klar: Das Ziel habe ich und dann läuft das so. Ich bin jetzt fest davon überzeugt, daß man die immer wieder neu überdenken muß, sonst macht man es nicht gut.

Entwicklung von Strategien zur Evaluation der eigenen Tätigkeit

Die forschungsorientierte Evaluation von Erfolgen beraterisch-therapeutischer Interventionen bietet eine Vielzahl von methodischen und inhaltlichen Schwierigkeiten, so etwa die der offensichtlich notwendigen differentiellen Untersuchung der Effekte unterschiedlicher Prozeßcharakteristika (Merkmale von Klient, Therapeut, Methode etc.; vgl. KIESLER 1966; BERGIN 1971; FROHBURG u. a. 1977), den Aspekt der Kontrolle der *Langfristigkeit* der Effekte (vgl. ATTHOWE 1973), das Problem der *Kriterien* und *Instanzen* der Erfolgsevaluation (vgl. HORENSTEIN u. a. 1973; STRUPP & HADLEY 1977). Obwohl inzwischen auch in nicht forschungsbezogenen Kontexten verwendbare methodische Instrumente zur Evaluation von Einzelfallveränderungen entwickelt sind (vgl. etwa Ansätze bei GOTTMAN & LEIBLUM 1974; SCHMIDT 1974; PETERMANN 1978) und der Spielraum diesbezüglich brauchbarer technischer Hilfsmittel erweitert ist, wird die Erfolgskontrolle der eigenen beraterisch-therapeutischen Tätigkeit weitgehend in eher unsystematischer Weise betrieben. Das hat vor allem die Ursache, daß zu dem ohnehin bestehenden prinzipiellen Problem der Effektevaluation von Behandlungen die Gegebenheiten des *institutionellen Rahmens* der beraterisch-therapeutischen Tätigkeit in stark hindernder Weise hinzutreten (vgl. KAMINSKI 1970, 403 f.). Die Postulate der Vorher-Nachher-Untersuchung relevanter Charakteristika des Klienten (möglichst mit Hilfe psychometrischer Testverfahren) sowie der regelmäßigen Katamnese-Erhebung sind unter den verbreiteten Bedingungen praktischer Tätigkeit aufgrund der Ressourcen-Knappheit, der »Druckbedingungen« etc. nicht bzw. nur unvollständig oder nur in wenigen ausgewählten Fällen zu erfüllen. In dieser Hinsicht besteht für die psychologischen Praktiker häufig die Alternative zwischen der Verwendung von Arbeitskapazität auf eine »methodisch saubere« Kontrolle von Behandlungseffekten einerseits und der Beschäftigung mit zusätzlichen Klienten bzw. der zü-

gigeren Abarbeitung der Warteliste andererseits. Hier muß nach »Kompromißstrategien« gesucht werden, die wissenschaftlich-psychologisch begründeten Normen nicht völlig zuwiderlaufen, aber auch die praktischen Erfordernisse, Ökonomisierungszwänge etc. in Rechnung stellen (vgl. dazu auch etwa die Darstellung von Strategien im Umgang mit Wartelisten oben). Dieser Zustand wird von den Psychologen in der Regel als sehr unbefriedigend wahrgenommen.

Hinsichtlich der praktischen *Bewältigung des Problems der Evaluation der Tätigkeit* (vor allem auch mit dem Ziel ihrer Optimierung) lassen sich aus unserer Befragung die folgenden Schwierigkeiten, Erscheinungen und Tendenzen entnehmen:

- Probleme mit der *prinzipiellen Bestimmung von Behandlungserfolg*. Entsprechend der Heterogenität im Bereich der Zielfestlegung bestehen hinsichtlich der Beurteilung von veränderten Klientenzuständen (bzw. Zuständen des »Problemsystems«) als Behandlungserfolg bzw. -mißerfolg u. U. Differenzen zwischen unterschiedlichen Instanzen der Evaluation: Wann, unter welchen Umständen und für wen ist beispielsweise eine Ehescheidung als Resultat einer psychologischen Beratung/Therapie ein Erfolg? Die Kriterien erfolgreicher Beratungs-/Therapietätigkeit sind für den Träger der Institution (unter seiner Ökonomie-Perspektive) möglicherweise andere als für den Klienten oder den Psychologen. Der Psychologe muß wiederum die Bewertungskriterien, die sich aus seinen unterschiedlichen »Identitätsbestimmungen« (persönlich, wissenschaftlich, institutionell; vgl. oben) ergeben, für jeden Einzelfall in ein balanciertes Verhältnis bringen. In dieser Situation wird der Praktiker u. U. zu »persönlichsten Entscheidungen« (KAMINSKI 1970, 76) herausgefordert.
- Probleme der *methodischen Zugänglichkeit* bei der Beurteilung von Behandlungserfolgen. Bei unterschiedlichen Arten von Klienten-Problemen sowie bei verschiedenen Vorgehensweisen psychologischer Intervention ist der Behandlungseffekt in verschiedenartiger Weise methodisch erfaßbar. Hier sind Fragen und Kriterien von Bedeutung wie etwa: Ist der Erfolg einer Behandlung in der Interaktion Therapeut – Klient selbst erhebbar (erfragbar, beobachtbar) oder sind (bei der zu Gebote stehenden Arbeitsökonomie) nur Darstellungen und Berichte des Klienten oder seiner Umgebung zugänglich? Können Häufigkeiten von Symptomverhalten registriert und aufgezeichnet werden? Wie ist der Effekt einmaliger Beratungsgespräche zu evaluieren?

Etc. – Diesbezüglich scheinen sich die befragten Berater/Therapeuten überwiegend auf solche Informationsquellen zu verlassen bzw.

verlassen zu müssen, die innerhalb von Kontakten mit dem Klienten selbst realisierbar sind (durch verbales Auskunftgeben über Problemveränderungen etc., günstigenfalls Verhaltensprotokolle, in einfach zu handhabenden Fällen u. U. Fragebögen oder Tests). Effektevaluationen durch aufwendigere Verfahren, wie etwa Beobachtungen »im Feld«, Befragungen von Personen aus der Umgebung etc., sind demgegenüber äußerst selten. Nur in Ausnahmefällen werden ausführliche Kontrollen durchgeführt; das ist aber offensichtlich weitgehend an ein spezielles Interesse des Psychologen, an Weiterqualifizierungs-Notwendigkeiten (Zertifikat-Erwerb bei einer Therapie-Vereinigung) o. ä. gebunden. – Die »methodische Strenge« der Effektevaluation ist in der Regel also offensichtlich auf ein pragmatisch bestimmtes Ausmaß reduziert; gewisse Fall-Charakteristika können diesbezüglich allerdings modifizierend wirksam werden.

- Spezifische *erfahrungsbedingte Kriterien* der Beurteilung von Behandlungseffekten. Neben der Effektbewertung über Auskunftseinholen und einfach handhabbare Evaluationsverfahren scheinen gewisse »Erfahrungswerte« in der Einschätzung des Fortschritts, den ein Klient in einer Beratung/Therapie macht, eine wichtige Rolle zu spielen. Dabei sind vor allem Charakteristika innerhalb der *Beziehung* zwischen Psychologe und Klient bzw. deren Veränderung von Bedeutung (Evaluation über die Dimension der interaktionsbezogen-rezeptiven Sensibilität des Beraters/Therapeuten). Hier können beispielsweise Kriterien wie die Offenheit (Selbsteröffnung) des Klienten, seine »interaktive Kompetenz«, die »übertragungsfreie« Beziehungsstruktur oder auch das schwindende Bedürfnis nach Interaktion mit dem Psychologen o. ä. eine Rolle spielen. – Eine andere interessante Vorgehensweise bei der Optimierung der Erfolgskontrolle von Behandlungen – eine Art selbstentwickelt-erfahrungsbedingter Evaluations-Strategie – ist die der Einschaltung einer »Probezeit« zu Ende der Beratung/Therapie: Der Klient wird gewissermaßen »zur Bewährung« für einen gewissen Zeitraum »entlassen« (bzw. es wird eine Behandlungspause eingelegt), um eine bessere Einschätzung der erworbenen selbständigen Problemlösungsfähigkeiten des Klienten zu bekommen. Nach der gemeinsamen Bewertung dieser Probezeit wird über die Beendigung oder auch Weiterführung der Behandlung entschieden.
- *Zeitpunkte der Evaluation* von Behandlungseffekten. Diesbezüglich läßt sich akzentuierend zwischen »*formativer*« und »*summativer Evaluation*« sowie *Katamnese-Erhebung* unterscheiden. (»Formative Evaluation« meint dabei eine Bewertung von Treatment-Effekten

mit dem Ziel, die gewonnene Bewertung für die Fortführung der Behandlung – konstante Weiterführung oder Veränderung – auszuwerten; »summativ Evaluation« bedeutet demgegenüber eine abschließende Gesamtbewertung von Behandlungen bzw. Behandlungseinheiten; vgl. BLOOM u. a. 1971; »Katamnese« meint eine Nacherhebung von Langzeit-Behandlungseffekten.) Formative Bewertungen des Beratungs-/Therapieverlaufs (im weitesten Sinne also behandlungsbegleitende Diagnostik) scheinen hauptsächlich auf den Ebenen direkter inhaltlicher Kommunikation mit dem Klienten (verbale Abfrage bzw. Mitteilung der Resultate von Interventionsmaßnahmen), der sensibel-intuitiven Registrierung von Veränderungen des interaktiven Beziehungsaspektes sowie – wenn die entsprechenden Bedingungen und Möglichkeiten gegeben sind – durch begleitende Beobachtungs- bzw. Verhaltensprotokolle zu erfolgen. Die summativ Evaluation von Behandlungen geschieht – wie oben dargestellt – hauptsächlich über direktes Auskunftgeben, die erfahrungsbedingte intuitive Beurteilung von Interaktionscharakteristika bzw. deren Veränderungen sowie in gewissem Ausmaß durch Test- bzw. Fragebogen-Instrumente und Verhaltensregistrierung. Die Katamnese-Erhebung ist im Rahmen praktischer Beratungs-/Therapietätigkeit besonders schwierig zu handhaben: Ein längerfristiges Verfolgen von Klienten nach der Beendigung der Beratung bzw. Therapie erfordert einen – gegenüber der Menge der Hilfesuchenden, die auf einen Behandlungstermin warten – kaum vertretbaren Aufwand; das Verständnis ehemaliger Klienten für solche Nachuntersuchungen ist u. U. gering, sie sind schwer wiederaufzufinden, zu erreichen, verweigern sich o. ä. Katamnese-Erhebungen erfolgen dementsprechend weitestgehend in sehr unsystematischer Weise. Bei einem besonderen fallbezogenen Interesse des Psychologen versucht er u. U. nach einer gewissen Zeit, noch einmal Kontakt zum Klienten aufzunehmen (z. B. durch kurze telefonische Abfrage der Befindlichkeit o. ä.); dies ist jedoch offensichtlich nicht der Regelfall. Ein weiterer Aspekt einer solchen unsystematischen Nacherhebung ist die Registrierung »negativer Evidenzen« aufgrund der Wiederaufnahme von bereits einmal behandelten Klienten. Obwohl die meisten Berater/Therapeuten ihren Klienten bei Behandlungsabschluß eine erneute Kontaktaufnahme (u. U. unter Umgehung von Wartezeiten) bei Auftauchen von neuen Problemen bzw. »Rückfällen« ausdrücklich anbieten, unterliegt diese Art der Kontrolle natürlich auch im methodischen Sinne verfälschenden Einflüssen. Die Durchführung von Katamnesen hat also offensichtlich unter den fallbezogen-zeitpunkt-orientierten Evaluationsformen – aufgrund ihrer besonderen Pro-

bleme und Aufwendigkeit – am stärksten unter den (vor allem kurzfristig orientierten) Ökonomisierungszwängen, die sich aus den institutionellen Rahmenbedingungen ergeben, zu leiden; wissenschaftsorientiert-methodische Aspekte müssen hier hinter pragmatischen Orientierungen deutlich zurückstehen.

- *Einsatz technischer Medien.* Die Aufzeichnung von Behandlungssitzungen mit Tonband- oder Video-Geräten mit dem Ziel der Selbst- oder Fremdkontrolle des eigenen Interventionsverhaltens wird von den Beratern/Therapeuten in der Regel positiv eingeschätzt und z. T. auch praktisch durchgeführt. Spezifische interessenfördernde Bedingungen, wie z. B. ein Bezug zur eigenen Weiterqualifikation i. S. von Therapie-Verbänden, scheinen auch hier wiederum von Bedeutung zu sein. Das prinzipielle Dilemma bezüglich der Ausnutzung der vorhandenen technischen Möglichkeiten ergibt sich allerdings wiederum aus den Rahmenbedingungen der Tätigkeit: Ein Wiedervorspielen von Beratungs-/Therapieaufzeichnungen (und deren Diskussion mit Kollegen oder Supervisoren) ist eine sehr aufwendige – und daher unter bestimmten »quantitativen Zwängen« notwendig einzuschränkende – Angelegenheit.
- *Supervision und Selbsterfahrung.* Die supervisorische Kontrolle eigener Fallbearbeitungen wird – vor allem in der Anfangsphase der Tätigkeit – von den Psychologen durchgängig als außerordentlich wichtig, notwendig und entlastend angesehen. Sie wird z. T. innerhalb von Mitarbeiter- bzw. Team-Besprechungen einer Institution durchgeführt (hierbei sind allerdings gewisse Voraussetzungen hinsichtlich der institutionsinternen Arbeitsbedingungen erforderlich; vgl. oben), z. T. werden – beispielsweise für das gesamte Psychologen-Team einer Beratungsstelle – auch »externe« Supervisoren verpflichtet. – Bei diesem Vorgehen besteht wiederum die starke Tendenz, daß das Ausmaß wechselseitiger Fall-Diskussion und -Kontrolle unter dem Quantitätsdruck leidet (die zur Verfügung stehende Zeit für Fall-Diskussionen innerhalb von Team-Besprechungen etwa durch Notwendigkeiten der Klärung organisatorischer Aspekte eingeengt wird etc.). Das Ausmaß an supervisorischer Kontrolle und Anleitung der eigenen Tätigkeit wird von den Psychologen daher in der Regel als zu gering und unzureichend eingeschätzt. – Das Betreiben interaktiver Selbsterfahrung wird unter dem Aspekt der »*Evaluation als Gesamtperson*«, des besseren Kennenlernens der Wirkungen der eigenen Persönlichkeit, charakteristischen Verhaltens etc. auf andere Personen ebenfalls als wesentliche Dimension der Optimierung eigener Beratungs-/Therapietätigkeit angesehen – u. a. auch

aufgrund des »Selbstanwendungs-Arguments«: Bestimmte Erfahrungen hinsichtlich Selbstexploration, Verhaltensänderung etc., die man Klienten zumutet, sollte man – hinsichtlich eigener »Einfühlungsmöglichkeiten« – auch selbst gemacht haben. Solche Selbstreflexions- und Selbsterfahrungs-Übungen werden teilweise (bei Vorhandensein geeigneter Team-Voraussetzungen etc.) innerhalb des (psychologischen) Mitarbeiterstabes einer Institution, z. T. auch – häufig als Weiterbildungsveranstaltung – in Gruppen außerhalb der Beratungsstelle vorgenommen (vgl. die Untersuchung der Selbsterfahrungs-Praxis von Beratern/Therapeuten von JANOUCH-DÜTTMANN u. a. 1979). So prinzipiell sinnvoll und förderlich solche gruppenspezifisch orientierten Sensibilisierungs-Übungen beurteilt werden, so können sie u. U. jedoch auch einen bestimmten Selbstlauf und Selbstzweck bekommen und sich arbeitsbehindernd auswirken.

Beispiele

Psychologe: Das Problem des Behandlungserfolgs ist in der Eheberatung insofern etwas schwierig, weil man sich fragen muß: Was ist hier ein Erfolg? Wenn z. B. eine sehr stark unterdrückte Frau etwas aktiver geworden ist, wird sie das als Erfolg ansehen, ihr Mann aber als Mißerfolg, denn sie ist nicht mehr so brav wie früher. Es kann sein, daß eine Scheidung abgelaufen ist; dann würde ich es als Erfolg ansehen, wenn die in fairer Weise vonstatten geht und nicht, daß Gift und Galle weitergespuckt wird. So daß das also sehr relativ ist. Ich würde es generell als Erfolg ansehen, wenn der Ratsuchende in Zukunft besser mit seinem Leben und seinen Beziehungen zurechtkommt – sehr pauschal ausgedrückt.

Psychologe: Wenn also das Kind beispielsweise aggressiv ist, und ich versuche auch, mit den Eltern zu arbeiten, inwieweit es an ihrem Verhalten liegt. Und dann so nach drei, vier Beratungsgesprächen sagen die Eltern: Ja, und das Kind ist jetzt auch schon viel friedlicher, und es klappt jetzt alles und so. Dann kommt es vor, daß eine Beratung dann abgeschlossen wird, ich aber nicht genau weiß: Ist es tatsächlich so? Oder haben die Eltern keine Lust mehr? Oder wird es ihnen zu mulmig oder so? – Also wo es eine ganz klare Kontrolle gibt, ist bei verhaltenstherapeutischen Programmen, die wir machen: So Hausaufgaben-Programme, wo man eben die Beobachtungs-Listen führt oder Beobachtungs-Bogen und dann sagen kann: Die Hausaufgaben gehen jetzt schneller und es klappt besser.

Psychologin: Bei Kindern kann man den Behandlungserfolg ganz schnell daran merken, daß z. B. kommt: Frau B., meine Oma hat morgen Geburtstag, oder: Übermorgen ist Fasching, ich kann nicht kommen – oder so etwas. Die nabeln sich so langsam ab. Die sagen dann häufiger ab . . . während sie vorher einen unheimlichen Drang hatten zu kommen. . . . Das ist ganz komisch, das habe ich wirklich festgestellt, daß der Antrieb der Kinder zu kommen, nachläßt, je gesünder sie werden.

Psychologe: Ich sage, daß das Behandlungsziel erreicht ist, wenn ich zunächstmal eine Pause gemacht habe; das mache ich meistens, aber nicht immer. Ich mache gerne eine Pause mit den Leuten, um mal zu sehen, wie die sich selber helfen können. Ich meine, das ist ja sowieso immer das Ziel, daß die Leute sich selber kontrollieren können bzw. daß die Eltern ihr Kind selber irgendwie im Griff haben und dann eben die Verhaltensstörung bekämpfen. – Da läuft also quasi so eine Probezeit; z. B. sage ich dann Jugendlichen: Ich habe jetzt den Eindruck, wir könnten mal eine Pause machen, Du kommst jetzt ganz gut alleine zurecht; Du hast eine Menge gelernt, wie Du Deine Probleme angehen kannst – wir sehen uns dann mal in vier oder sechs Wochen wieder, wenn Du damit einverstanden bist. – Das hat sich bis jetzt eigentlich – natürlich mit Ausnahmen – als ziemlich gut erwiesen, daß die Leute gemerkt haben, sie sind nicht auf unsere Stelle angewiesen, jede Woche herzukommen. Wenn das gut gelaufen ist, dann machen wir noch so zwei oder drei Sitzungen, und dann machen wir erstmal Schluß. Die Leute kriegen mit auf den Weg, daß sie jederzeit hier anrufen können, wenn irgendwas ist. – Ich mache vorher und nachher meistens einen FPI, so als Kontrolle – obwohl ich mir natürlich auch darüber im Klaren bin, daß das nicht die beste Kontrolle ist. Gleichzeitig versuche ich zumindestens, so Häufigkeitslisten von der Symptomatik zu führen und die dann auch zu vergleichen, am Anfang und am Ende. Was also ein bißchen fehlt, ist ein längerfristiger Follow-up, nach 6 Monaten oder so; obwohl das auch vorkommt, daß in einem Fall, der mir besonders am Herzen liegt, ich da einfach mal nachfrage.

Psychologin: Ich meine, die Kontrollen sind ja schon durch die Therapieformen gesetzt: In der GT müssen Sie Vor- und Nacherhebungen machen und in der VT auch; Sie müssen ja den Therapieerfolg irgendwie nachweisen können. Wir machen auch teilweise unsystematisch Katamnesen, d. h. daß wir nach einigen Monaten nach Therapieabschluß nochmal mit den Klienten sprechen, uns Rückmeldung geben lassen: Wie ist es denn heute? Hat sich die

Besserung oder die Beseitigung der Störung gehalten? Oder ist etwas anderes gelaufen? – Wir haben Katamnesen auch insofern, in negativer Hinsicht, als wir unsere Wiedervorstellungen kontrollieren; wenn wir also sehen: Da stellt sich einer nach einem halben Jahr wieder vor, eventuell sogar mit der gleichen Störung, dann sehen wir eben, daß das nicht gut gelaufen ist.

Psychologin: Ich habe immer wieder meine Supervisions-Gruppe, wo ich dann die Gelegenheit habe, eigene Schwierigkeiten anzusprechen. Und das ist inzwischen so internalisiert, daß das ja da ist, daß ich normalerweise in therapeutischen Sitzungen sehr unbelastet bin; und zumal bin ich begeisterte Psychologin, ich habe also echt Spaß an meiner Arbeit, so daß ich da also per se gut gelaunt in die Dinge reingehe, nicht sehr problembelastet.

Psychologin: Was ich für grundlegend wichtig halte ist: Wenn man sich schon mit Psychologie befaßt, dann muß man auch ein Stück lernen, mit sich selber umzugehen. Wenn man schon andere Leute in den Blick nimmt, sich damit befaßt, dann wäre es eigentlich nur korrekt, wenn man sich selber auch ein bißchen in den Blick nimmt. . . . Ich meine damit sowas wie: Selbstreflexion lernen oder zumindest drauf gestoßen werden, weil, das habe ich ganz massiv gespürt, als ich anfang, das ist unerläßlich, daß man sich darüber klar wird, welche Wirkung man ausübt als Person. Das ist was Grundlegendes.

Psychologe: Das wird in die Arbeit so offiziell hineingenommen, daß sich das Team in der Regel fast als Selbsterfahrungsgruppe versteht, wobei die fachliche Arbeit mehr und mehr fast in den Hintergrund tritt, die klientenzentrierte fachliche Arbeit. Es wird also durchaus als fachliche Arbeit angesehen, im Sinne der eigenen Weiterbildung, sich dieser Selbsterfahrung auszuliefern und dieses Rangelspiel bis ins Endlose weiterzutreiben.

Zur Bedeutung von theoretischem Wissen und theoretischer Ausbildung für die praktische Arbeit von Beratern/Therapeuten

Die Frage der *theoretischen Grundlagen* beraterisch-therapeutischer Methoden und Vorgehensweisen ist in den letzten Jahren in verstärktem Maße thematisiert worden. Die Sichtweise von beraterisch-therapeutischer Intervention als schlichter »Anwendung von Theorien« wurde da-

bei unter *wissenschaftstheoretischer* Perspektive in starkem Maße in Zweifel gezogen. Zentrales Problem (unter begründungsbezogen-logischem Aspekt) ist in diesem Zusammenhang das Verhältnis von Theorien bzw. Gesetzaussagen und Technologien bzw. Regelsystemen (vgl. dazu BUNGE 1967, II, 121 ff.; SEEGER 1977; WESTMEYER 1977): Aus Theorien sind technologische Regeln und Regelsysteme zu gewinnen (nicht: zu deduzieren) – was allerdings verschiedene Transformations-schritte verlangt. Andererseits sind existierende beraterisch-therapeutische Technologien nur partiell theoretisch begründet. Psychologische Theorien und Technologien können sich in *relativer Unabhängigkeit* voneinander entwickeln; beraterisch-therapeutische Regelsysteme können sowohl aus einem subjektiv-heuristischen Gebrauch einschlägiger Theorien als auch aus praktischem Versuch-und-Irrtum-Verfahren entwickelt werden (vgl. dazu auch die Beiträge von LAZARUS & DAVISON; LONDON; DUNLAP & LIEBERMAN; WESTMEYER; YATES und deren Diskussion in WESTMEYER & HOFFMANN 1977).

Unter *psychologischem Aspekt* stellt sich die Frage, wie praktisch arbeitende Berater/Therapeuten aufgrund (hinsichtlich des Gegenstandsfeldes) unvollständiger und (bezüglich der Anwendbarkeit) unzureichender Wissensbestände ihre Tätigkeit steuern, welche Rolle vorhandene Wissensbestände bei der Entwicklung handlungsregulierender Systeme spielen. Hier ist das Verhältnis von »repräsentationalen« und »operativen« Charakteristika kognitiver Systeme angesprochen (vgl. MILLER u. a. 1970; HACKER 1973): Inwiefern ist psychologisches Wissen geeignet, die Tätigkeit des Praktikers in Beratung und Therapie zu organisieren (vgl. BROMME 1978)? Es ist dies vor allem ein Problem der Untersuchung *planbildender* und *heuristischer Prozesse* innerhalb der Tätigkeit psychologischer Praktiker (vgl. BROMME & HÖMBERG 1976; 1977). Dabei ist u. a. von Bedeutung, »... wie sich die vom klinisch-psychologischen Praktiker zu bearbeitende Wirklichkeit zu derjenigen verhält, in der grundwissenschaftlich-psychologische Änderungsmodelle wurzeln...« (Problem der »Äquivalenz-Beziehung«; KAMINSKI 1970, 55). Welche Beziehung besteht zwischen wissenschaftlichen, »empirisch überprüften Änderungsmodellen«, der »Berufserfahrung« sowie der »Alltagserfahrung« der psychologischen Praktiker (vgl. KAMINSKI 1970, 47 f., 64 ff.)? – Der Berater/Therapeut hat bei einer Umsetzung von Theorien in praktischen Problemlösungs-Situationen zumindest eine Spezifizierung von Allgemeinaussagen für einen Einzelzusammenhang sowie eine Selektion bzw. Vereinheitlichung unterschiedlicher einzelfallrelevanter Konzepte vorzunehmen; Unvollständigkeit, Partialisierung und Isolierung, Inkommensurabilität etc. der Ansätze müssen dabei in Richtung auf modellbezogene »Ganzheitlich-

keit« modifiziert werden (vgl. BROMME 1977). Die »Anwendung« von psychologischem Wissen in praktischen Problemsituationen bedeutet daher gleichzeitig auch eine *Entwicklung* dieses Wissens (vgl. BREUER u. a. 1979). Eine psychologische Analyse der Prozesse der Umsetzung, Transformation, Modifikation etc. psychologisch-theoretischer (oder auch erfahrungsbedingter bzw. alltagstheoretischer) Konzepte und Wissensbestände in praktischen Anwendungs-Situationen steht noch in den Anfängen.

Die theoretisch-psychologischen beratungs- und therapiebezogenen Konzepte erfüllen zumindest die folgenden *Funktionen innerhalb der Tätigkeit* des psychologischen Praktikers:

- Sie liefern ein *Bezugssystem*, einen konzeptuellen Rahmen zur Beurteilung und Unterscheidung »normaler« und »problematischer« bzw. »gestörter« Verhaltens- und Erlebensformen unterschiedlicher Art.
- Sie bieten ein Kategorien- und Dimensions-System zur *Beschreibung, Erklärung und Vorhersage* von Verhaltens- und Erlebensweisen von Klienten bzw. allgemeinen psychischen Phänomenen sowie deren Determinanten und Konsequenzen.
- Sie besitzen *operativen Charakter*, d. h. sie ermöglichen die Entwicklung von Handlungsanweisungen, Vorschriften, methodischen Regeln etc. im Umgang mit den Komponenten der gegebenen Problemsituation.
- Sie besitzen *heuristischen Charakter*, sie liefern Suchstrategien für das Auffinden von Ursachen und Bedingungen vorhandener Probleme, für das Finden geeigneter Interventionsmaßnahmen, alternativer Situationsinterpretationen o. ä.

Solange die Erfüllung dieser Funktionen aufgrund des aktuell-individuellen »Entwicklungsstandes« eines personspezifischen Modells nicht in befriedigender Weise gewährleistet ist, werden »Umbauten«, Differenzierungen, Erweiterungen etc. daran vorgenommen. So können Defizite oder Widersprüchlichkeiten innerhalb der Funktionsdimensionen auftreten: Beispielsweise werden durch das vorhandene Konzept *abbildende*, aber keine *operativen* Funktionen erfüllt; d. h. es sind zwar Erklärungs- (Beschreibungs-, Prognose-) Möglichkeiten gegeben, diese liefern aber kein entsprechendes Handlungsprogramm. Bei einer solchen problematischen Konstellation werden in aller Regel Modifikationen des Konzeptsystems (durch Zusatzausbildung bis hin zu einem Wechsel der Schul-Richtung o. ä.) vorgenommen.

Die entwickelten kognitiven modellbezogenen Konzepte der psycho-

logischen Praktiker scheinen dabei z. T. Integrationsleistungen bezüglich unterschiedlicher beraterisch-therapeutischer Schul-Richtungen vollbringen zu können, die im Bereich der wissenschaftlich-theoretischen Diskussion nicht vollzogen sind. In den individuellen Konstruktionen der Berater/Therapeuten werden u. U. Hierarchisierungen, Verknüpfungen o. ä. unterschiedlicher therapiebezogener theoretischer Modelle vorgenommen. Die verschiedenen existierenden Theorieansätze scheinen dabei differierende, jeweils relativ konstant-charakteristische Funktionen innerhalb der subjektiven Konzepte einzunehmen (vgl. unten).

Die Beurteilung der Berater/Therapeuten selbst hinsichtlich der *Nützlichkeit ihrer theoretisch angeeigneten Wissensbestände* scheint typischerweise folgendermaßen auszufallen: Am Beginn der praktischen Tätigkeit halten sie ihre Ausbildung für weitestgehend unbrauchbar, da sie (von wenigen Ausnahmen abgesehen) nicht über die dementsprechenden praxisbezogenen Regelsysteme verfügen. Rückblickend (nach einer gewissen Zeit im Beruf) erkennen sie, daß sie doch viel von ihren theoretischen Wissensbeständen verwenden, daß sie die Transformation zu Handlungsanleitungen, die eine Voraussetzung solcher Anwendung darstellt, aber *erst im Verlauf der Praxistätigkeit erlernt* haben.

Beispiele

Psychologe: Noch während meines Studiums, bei einem Praktikum, fiel mir auf, daß ich eigentlich die Lebensgeschichte eines Menschen, die Anamnese, daß ich auf Anhieb darin überhaupt keinen Zusammenhang feststellen konnte, daß ich sozusagen kein Persönlichkeitsmodell oder kein soziales Modell hatte, wo ich vom Thema her einen roten Faden hätte finden können, oder wo ich ein Koordinatensystem dranlegen konnte und die Vielfalt der Daten nach bestimmten Gesichtspunkten einordnen konnte. Das fällt mir heute sehr viel leichter. Das ist also ein riesiges Defizit gewesen, das aus dem Studium herrührt. Ich habe zwar in der Theorie ein tiefenpsychologisches Modell, ein lerntheoretisches Modell und – nur andeutungsweise – ein kommunikationstheoretisches Modell, und ich würde heute sagen, das sind meine drei Pfeiler, auf denen sich die Arbeit aufbaut, während ich mir als Autodidakt innerhalb der Arbeit später durch Anlesen und durch genaues Hinschauen in dieser Hinsicht Erfahrungen angeeignet habe, die ich dann persönlich sozusagen zu meinem Gemisch an Persönlichkeitstheorien zusammengewirtschaftet habe. . . .

Meine Weiterbildung hat dabei einen sehr hohen Stellenwert gehabt, aber nicht die Weiterbildung im Sinne von Zusatzausbildung mit offiziellem Zertifikat, sondern die ganz persönliche Weiterbildung im Sinne von: eine Anthropologie zustandebringen, und die Psychologie in diese Anthropologie sozusagen einordnen. Ich muß also ein umfassendes Bezugssystem mir erarbeiten – da waren sehr viele persönliche Erfahrungen für mich wichtig . . . Ich mußte meine Identität in persönlicher Auseinandersetzung mit der Umwelt, mit meiner beruflichen Arbeit, mit meinen Kollegen, mit bestimmten Schichtgruppen usw. – die mußte ich so verändern, daß sie so dehnbar geworden war, so weit, daß ich heute praktisch die verschiedensten Arten von Problemen mit dieser Identität aufschlüsseln kann. D. h. ich versuche z. B. soziologisch zu denken, ich versuche psychologisch zu denken, ich versuche biologisch zu denken und auch philosophisch zu denken – und diese verschiedenen Bereiche sind für mich Aspekte, die ich an einen Fall anlegen kann, wo ich dann auch verschiedene Akzente setzen kann. . . .

Ich versuche, den Menschen in meiner Dienststelle als höheres Säugetier zu verstehen, d. h. Funktionsdefizite herauszufinden und ihn wieder in irgendeiner Art und Weise zum Funktionieren zu bringen im sozialen Kontext, wobei mir vorschwebt ein Modell des Stoffwechsels, sowohl intrapsychisch, von den verschiedenen – tiefenpsychologisch verstanden – Instanzen her, Über-Ich, Ich, Es, das durchlässiger zu machen, Verdrängungen aufzuheben, intrapsychische Kommunikation zu ermöglichen, was normalerweise in der Therapie, in der psychoanalytischen Therapie, geschieht – und auf der anderen Seite die Kommunikation zur Außenwelt hin zu verbessern, indem ich also den Schicht-Gedanken hinzunehme und die Barrieren, die sich da auftun, auch wieder durch die Persönlichkeitsstruktur, aber auch durch die Schicht- und Gesellschafts-Problematik. Insofern hab ich also ein Stoffwechselmodell: Ich sehe den Menschen als einen, der permanent Eindrücke, Stoffe in sich aufnimmt, verarbeitet und irgend etwas wieder produziert – ganz rein orientiert nach dem Biologischen, aber auch übertragbar auf das Psychische, das Psychosomatische usw. Das ist sozusagen mein Modell geworden im Laufe der Zeit, nachdem ich also die verschiedensten Daten hatte und jetzt versuchen mußte, sowohl lerntheoretische als auch tiefenpsychologische und kommunikationstheoretische Annahmen und Daten in ein umfassenderes Bezugssystem reinzubringen.

Psychologe: Eigentlich sage ich: Alle Probleme beruhen auf einer Verspanntheit im Menschen . . . Und indem sich ein Mensch ent-

krampfen kann, in dem Maße ist er auch fähig, sich wieder mit sich selbst auseinanderzusetzen, und dann geht das auch alles weg, meistens . . . Ja, da gibt es z. B. ganz interessante Untersuchungen, wenn Mütter mit Bettnässer-Kindern, wenn die autogenes Training machen, dann geht das Bettnässen zurück, das Kind ist nie gesehen worden . . . Und das ist ja so ein Phänomen: Die Leute kommen hierhin, und wenn man da so nachfragt, dann haben die Leute ja selbst sehr oft starke psychosomatische Beschwerden, Kopfschmerzen, Migräne, Verstopfung, Menstruationsbeschwerden und solche Sachen. – Spreche ich jetzt mit denen, gehe ich auf die ein, daß die langsam merken: Ich bin ja ich, ich hab ja ein Selbst, ich bin selbst eine Persönlichkeit, ich muß auch ein bißchen auf mich achten, nicht nur immer den anderen nachgeben und so – indem diese Verkrampfung weicht, in dem Maße schwinden auch die psychosomatischen Probleme und auch die Probleme mit dem Kind . . . Die individualpsychologische Ausbildung, die geht ja in diese DREIKURS-ADLER-Richtung, und da wird ja ganz klar gesagt: Es gibt ja im Grunde genommen nur drei Sachen, weswegen ein Kind Probleme hat: Entmutigung, Verwöhnung, Organminderwertigkeit. Und da gucke ich jetzt mal: Wo ist Verwöhnung, wo ist Organminderwertigkeit, wo ist Entmutigung? Darauf baue ich eigentlich alles auf.

Psychologe: Für mich ist Theorie die Möglichkeit, mir etwa durchsichtig zu machen, was aufgrund der entstandenen Situation eben nicht mehr überschaubar ist – also eine Meta-Ebene . . . Und wenn ich sehe, daß da irgendwie eine festgefahrene Situation ist, dann kann mir ein anderer Ansatz behilflich sein, das neu zu orientieren, zu sortieren und besser zu verstehen. Also für mich scheint Flexibilität oder das Parat-Haben von mehreren Möglichkeiten ein wichtiger Aspekt . . .

Ich glaube schon, daß theoretisches Wissen gefordert ist – nur ist es nicht der entscheidende Anteil, der einen Berater zum Berater macht.

Psychologe: Ich habe da oft drüber nachgedacht. Ich habe in meinem Studium nichts Praktisches erfahren. Und trotzdem würde ich sagen, das Theoretische hilft natürlich, wenn Sie versuchen, aus eigenem Antrieb, mit gesundem Menschenverstand, an die Sache heranzugehen. Sie haben natürlich eine ganze Menge davon, wenn Sie theoretisches Grundwissen haben. Sozialpsychologisches Wissen z. B.: Was passiert in Gruppen? – das hat man ja alles im Hinterkopf. Oder: Was hat nun FREUD zu dieser oder jener Sache gesagt? Was waren denn die Abwehrmechanismen? – Sie fangen also an,

darüber nachzudenken. Sie fangen an, das einzuteilen, was die Leute Ihnen sagen, nach irgendwelchen Kriterien. Es ist ein ziemliches Durcheinander und Mischmasch, und es ist sehr schwierig. Für mich war es sehr schwierig, ich war sehr desorientiert. Ich dachte immer: Du brauchst doch ein Handwerk, Du brauchst doch eine Methode, an die Du Dich halten kannst. Da ich das nicht hatte, habe ich mir das eben zusammengesucht. Also das zum Theoretischen. Es war nicht umsonst, es hätte aber wahrscheinlich trotzdem besser kanalisiert werden können.

Psychologin: Als ich hier anfang, hatte ich das Gefühl, ich hätte auf der Uni absoluten Mist gelernt. Ich habe damit nichts anfangen können. Während – wenn ich mir das jetzt angucke, merke ich doch, daß ich bestimmte Dinge von der Uni verwende. Doch das merkt man dann erst im Laufe der Jahre. Man ist dann in der Lage, das rückwirkend einzuordnen. Aber zunächst einmal kommt man rein theoretisch hier an. Ja, wie behandelt man einen, der jede Nacht einnäßt? Das wußte ich nicht. Gut, wenn ich jetzt zurückblicke, dann kann ich wieder Verbindungen ziehen. Aber damals konnte ich das nicht. Auf die Praxis wird man absolut nicht vorbereitet.

Psychologin: Was mir teilweise geholfen hat für diese Institution speziell, das waren so Seminare wie Ätiologie und Symptomatologie von Verhaltensstörungen, dann die ganzen klinischen Fächer, klinische Psychologie, in denen Fälle vorgestellt wurden. Ich hatte in meiner Ausbildung keinen Schwerpunkt Therapie und Beratung; da muß ich sagen: Diese Dinge habe ich mir erst in der Praxis angeeignet, und zwar durch eine Zusatzausbildung in GT und VT – was theoriebegleitete Praxis ist oder praxisbegleitete Theorie; da war dann erst die Wechselwirkung zwischen Theorie und Praxis wirklich gegeben, z. B. in der GT-Ausbildung oder in der VT-Ausbildung, wo wir immer auf dem theoretischen Hintergrund, aber mit Patienten, das erarbeitet haben, was in der Theorie gemeint war. Z. B. Lernprinzipien – das hatten wir zwar in der Allgemeinen Psychologie . . ., wie das aber jetzt funktioniert, das können Sie sich als Student ungeheuer schlecht vorstellen, das ist ein schwerverdaulicher theoretischer Brocken . . ., dabei ist es eine der faszinierendsten Geschichten, wenn Sie es am Menschen erproben . . . Das hatte ich erst nach dem Studium.

Das Verhältnis psychologischer Behandlungsmethode zur Berater-/Therapeuten-Persönlichkeit

Die Herausbildung eines »persönlichen Stils« beraterisch-therapeutischer Intervention war oben bereits als ein wesentliches Merkmal der Erfahrungs- und Kompetenzentwicklung herausgestellt worden. Der persönliche Stil manifestiert sich u. a. in einer Selektion, Kombination, Akzentuierung etc. von klinisch-psychologischen Behandlungstheorien, -methoden und -techniken für den individuellen Gebrauch. In dieser Hinsicht kommt dem Prozeß der Herausbildung eines Repertoires von Interventions-Strategien, -Programmen und -Fertigkeiten aus theoretischen Wissensbeständen – der operativen Anwendung und Elaborierung klinisch-psychologischer Theorie- und Methoden-Konzepte – eine ausschlaggebende Bedeutung zu. Den differentiellen Resultaten der individuellen Aneignung beraterisch-therapeutischer Vorgehensweisen in der Praxis ist (vor allem unter nicht-schulenfixiertem Aspekt) bisher nur in geringem Maße Aufmerksamkeit entgegengebracht worden.

Bei der Untersuchung der Entwicklung personspezifischer Vorgehensgewohnheiten von Beratern/Therapeuten erscheinen uns zwei Differenzierungs Gesichtspunkte hervorhebenswert:

1. Die Betrachtung der Entwicklung individueller Methoden- und Techniken-Verwendung unter dem Aspekt globaler klinisch-psychologischer Schul-Richtungen ist offensichtlich zu undifferenziert: Es wurde oben bereits darauf hingewiesen, daß sich psychologische Therapieformen vermutlich als Gefüge bzw. Aggregationen unterschiedlicher – teilweise identischer oder ähnlicher, teilweise verschiedenartiger – Einzelkomponenten darstellen lassen (vgl. den Differenzierungsansatz von BASTINE 1976; das »multimodale« Konzept bei LAZARUS 1978; BRAMMER 1973; KAMINSKI 1970, 555 ff.). Es besteht die Möglichkeit der *selektiven* Aneignung von Methodenaspekten, -bereichen und -details auch über unterschiedliche »Richtungen« hinweg, die Entwicklung individueller Techniken-Kombination, Methoden-Integration o. ä.
2. Die Ergebnisse der Praktiker-Befragung deuten auf die Sinnhaftigkeit bzw. Notwendigkeit hin, zwischen behandlungsbezogenen Konzepten in ihrer Funktion für den Psychologen als *Beschreibungs-, Erklärungs-, Interpretations-Modell* einerseits und *Handlungssteuerungs-, Regel-Modell* andererseits zu unterscheiden. Die »repräsentationalen« und »operativen« Qualitäten beratungs-/therapiebezogener psychologischer Modelle scheinen im Verlauf der Herausbildung eines

persönlichen Beratungs- und Therapie-Stils durchaus in widersprüchlichem Verhältnis zueinander stehen zu können; das Vorhandensein einer solchen Widerspruchsbeziehung dürfte auf die *Entwicklung* des individuellen Repertoires von Behandlungsstrategien und -fertigkeiten erheblichen Einfluß nehmen.

Beispiele

Psychologin: Das Modell, von dem ich ausgehe, ist also primär ein verhaltenstherapeutisches. Ich versuche, es aber sehr gesprächstherapeutisch zu vermitteln, also per Technik, wie ich jetzt mit dem Klienten rede, mit den Eltern rede; das versuche ich also sehr klientenzentriert zu machen. Das gelingt nicht immer, aber ich probiere es halt. Aber dieses Denken, daß man halt konkret was ändern muß und Bedingungen variieren muß, ist doch sehr stark verhaltenstherapeutisch geprägt.

Psychologe: Ich gehe, glaube ich, im Moment weitgehend dahin, zu sagen: Ich arbeite relativ streng verhaltenstherapeutisch, weil ich immer mehr erkenne, daß sich das gar nicht so sehr nur auf einen Bereich einschränken läßt, eben den der Technik . . ., sondern daß es eine allgemeine übergreifende Sache sein kann; und man kann von diesem System her auch im Grunde alles erklären – also alles erklären mit Einschränkungen –, aber das, was man im psychischen Bereich erklären kann, auch dadurch erklärbar ist. Das muß also keineswegs eine Sache sein, die auf bestimmte Techniken beschränkt bleibt.

Psychologe: Die tiefenpsychologische Theorie hat für mich einen hohen Erklärungswert. Von da aus gesehen war sie mir schon eine Hilfe. Sie hat mir aber keine konkreten Handlungsanweisungen geben können, was ich mit Eltern in Beratungen mache oder in Therapien. Da war meine Hilflosigkeit so, daß ich mir zwar einiges erklären konnte, aber ich mich dann fragen mußte: Wozu ist das dann überhaupt gut, wenn ich das weiß? Denn wenn ich den Eltern das sage, hilft das ja auch nicht. Ich mußte also irgendein Konzept haben, wie ich das Erleben der Eltern beeinflussen konnte. Das konnte ich durch solche Informationsvermittlung oder durch Einsichten, die ich selbst hatte, nicht erreichen.

Ein entscheidendes Kriterium in der Entwicklung des Verhältnisses von repräsentationalen (Beschreibungs-, Erklärungs-) und operativen (handlungssteuernden) Funktionen interventionsbezogener Modelle scheint das der subjektiv-individuellen *Anwendungsmöglichkeit* der

Konzepte in der Beratungs-/Therapiepraxis zu sein. Die *interpretative Leistungsfähigkeit* eines behandlingsthematisierenden Modells muß sich im Laufe der Praxistätigkeit auch als *handlungsregulierende Potenz* realisieren lassen. In dieser Hinsicht kann – aufgrund konsistenztheoretischer Überlegungen; vgl. etwa SCHMIDT u. a. (1975, 154 ff.) – eine gewisse Tendenz zur Einheitlichkeit und Geschlossenheit der »inneren Modellierungen« des Interventionsprozesses angenommen werden. Der Prozeß der Herausbildung des individuellen beraterisch-therapeutischen Stils beinhaltet ein praktisches »Austesten« repräsentational-interpretativer (in der Ausbildung theoretisch angeeigneter) Konzepte in handlungsbezogen-operativer Hinsicht (gewissermaßen als »personale Verifikation« von Modellen). Die Realisierung von beratungs-/therapiebezogenen Modellen impliziert – neben der Regulation der zielbezogenen Behandlungssequenz – jeweils auch die Modifikation der operativen Konzepte selbst (vgl. BELLMAN & SMITH 1974; RAEITHEL 1976).

Es ist zu vermuten, daß die *theoretische Aneignung* von beratungs- und therapiebezogenen Konzepten innerhalb der Psychologie-Ausbildung von anderen Faktoren beeinflußt und kontrolliert wird, als deren praktische Umsetzung: Während der (mehr oder weniger selektive) Erwerb von Kenntnissen über unterschiedliche Therapie- und Beratungs-Theorien vermutlich in weiten Bereichen voluntaristischen oder (durch Merkmale der jeweiligen Ausbildungs-Institution bedingten) personbezogen zufälligen Determinanten unterliegt, dürften bei der Entwicklung eines Anwendungsrepertoires, der **Bildung operativer Handlungssysteme** im Rahmen der **praktischen Tätigkeit** – neben **Charakteristika des institutionsbestimmten Klientels** – vor allem auch *persönlichkeits-spezifische Dimensionen* des Psychologen eine ausschlaggebende Rolle spielen. Bei der Entwicklung der »operativen Kompetenz« des Beraters/Therapeuten sind die aus der individuellen Sozialisationshistorie resultierenden »Verknüpfungsmöglichkeiten« (Chancen der Beziehungsherstellung etc.; vgl. etwa das Konzept der »potentiellen Bedeutungshaltigkeit« bei AUSUBEL & ROBINSON 1972; AUSUBEL 1974) mit vorhandenen beherrschten handlungssteuernden Systemen (interaktiv-kommunikativer, modifikatorischer etc. Art) von Bedeutung. Psychische »Verwandtschaft«, »Entsprechungen« o. ä. (deren inhaltliche Spezifizierungen noch weitestgehend unaufgeklärt sind) von wissenschaftlichen Beratungs- und Therapie-Ansätzen zu individuellen vorwissenschaftlich-naiven, gefühlsbestimmt-intuitiven Handlungskonzepten scheinen die Ausprägungsform der spezifischen operativen Anwendungsmodelle ganz wesentlich zu beeinflussen. Die Kompetenzentwicklung eines psychologischen Praktikers kann somit als eine tenden-

zielle »Verwissenschaftlichung« und Systematisierung seiner naiv-intuitiven psychologischen (operativen) Konzepte aufgefaßt werden (vgl. MILLER 1969). In diesem Zusammenhang treten nicht selten Fälle auf, in denen ein in der Ausbildung theoretisch erworbenes repräsentational-interpretatives Konzept sich bei den Bemühungen um seine Praxisanwendung als personbezogen wenig tauglich erweist. Bei einem längerdauernden (relativen) »Scheitern« solcher Umsetzungsversuche werden von dem Berater/Therapeuten alternative Methodenvarianten aufgesucht; es tritt so etwas wie eine »Konversion« von einer therapeutischen Richtung zu einer anderen ein o. ä. – Die Tatsache empirischer Beziehungen zwischen klinisch-psychologischen »Schulenzugehörigkeiten«, Vorgehensgewohnheiten etc. und persönlichkeitspezifischen Merkmalen und Verhaltensweisen des Beraters/Therapeuten ist in einer Reihe von Untersuchungen belegt worden; dabei erscheinen Persönlichkeitsaspekte als Determinationsfaktoren für die Bevorzugung bestimmter Interventionsverfahren (vgl. etwa WEISSMAN u. a. 1971; WEISS 1973; BORDIN 1974, 177 f.; FIETKAU 1977, 77 f.), andererseits aber auch als Konsequenzen unterschiedlicher Methodenpräferenzen (etwa bei STRUPP 1958; LANGER & ABELSON 1974; SNYDER 1977).

Beispiele

Psychologin: Da habe ich das Gefühl, das ist eine Lebenslüge, wenn ich VT mache, das bringe ich nicht. . . .

Psychologin: Ich glaube, die VT hat bei mir noch tiefere Ursachen. Es liegt mir von meiner Persönlichkeit her unheimlich zu systematisieren, und ich fühle mich wesentlich wohler, wenn ich systematisiert habe.

Psychologe: Ich komme von der Gesprächstherapie her, und dieses kindzentrierte Konzept liegt mir auch am meisten.

Psychologin: Die Verhaltenstherapie, nun, die kennt man. Aber Sie müssen berücksichtigen, man ist nicht zu allem geeignet, so von seiner Eigenart her. Also ich habe nicht besonders viel Eignung, nach einem ganz strikten Konzept der Belohnung und Bestrafung vorzugehen. Ich bejahe die Verhaltenstherapie auch nicht so stark, als daß ich das nun zu meinem Gebiet machen möchte. Von daher nehme ich solche Fälle nicht besonders gerne.

Frage: Sie haben gesagt, Sie haben auch eine tiefenpsychologische Orientierung, zumindest durch die Ausbildung. . . .

Psychologe: Durch die Ausbildung, ja. Da wurde sehr viel Wert auf FREUD und zum Teil auf ADLER gelegt. Und es interessiert mich auch selber, . . . Mein Interesse war zunächst dadurch geprägt. Mittlerweile muß ich allerdings sagen, daß mich sehr vieles daran skeptisch gemacht hat, und daß ich nun eher ins Gegenteil zu schlagen drohe. In meine Beratungstätigkeit geht sehr viel ein, was mir irgendwie leichter erklärbar erscheint z. B. auf lerntheoretischem Wege. . . .

Ich beobachte mich in zunehmendem Maße darin, daß ich stärker versuche, lerntheoretisch zu erklären. . . . Die Leute drängen ja immer, Kausalitätsbeziehungen aufgezeigt zu bekommen. Ich habe eine verhaltenstherapeutische Ausbildung seit Ende 75 abgeschlossen, und aufgrund dieser Ausbildung versuche ich in der letzten Zeit zunehmend, lerntheoretisch zu erklären; diese Elemente werden also mehr, obwohl ich manchmal zweigleisig fahre. . . . Das muß sich meines Erachtens nicht widersprechen.

Psychologin: Ich habe sowohl eine GT-Ausbildung als auch eine VT-Ausbildung.

Frage: Aber Sie haben gesagt: Sie machen keine »klassische« GT mehr?

Psychologin: Nein, mache ich nicht mehr; habe ich früher mal gemacht. Ich stehe da nicht mehr hinter. Ich meine: Jetzt, die neueren Impulse in der GT – ja. Ich habe – wann war das? – vor drei Jahren meinen A-Schein in GT gemacht. . . . Irgendwo hat mir halt etwas gefehlt, einfach in der Beziehung zwischen Klient und Therapeut. Und ich glaube, man konnte nach den Skalen eine 1-A-Therapie machen und wirklich ein beschissener Therapeut sein. – Das hat sich ja heute geändert, aber – ich weiß nicht – irgendwo ist es nicht mehr mein Bier.

Psychologe: Ich meine, aufgrund der eigenen gemachten Erfahrung oder aufgrund der Gespräche mit anderen Leuten, die sich mit Beratung auseinandersetzen, wird mir deutlich, daß der geringste Teil von dem, was theoretisch an Wissen angeboten wird, für eine beratende Situation – die in der Regel immer anders ist, als man sie sich vorher vorstellt – verwertbar ist. Aus diesem Grunde erscheint mir jedenfalls. . . . ein verlässlicheres Fundament mein Gefühl zu sein, was sicher nicht ganz objektiv ist aber als Ausgangsbasis, um ein Gespräch neu in Gang zu bringen, besser zu sein, als eine Theorie, die ich dann hinzuziehe und ein Raster, unter dem ich dann versuche, die Situation zu deuten bzw. einzufangen. Unter diesem Aspekt ist der Teil der Selbsterfahrung und die Reflexion und die In-

tensivierung der Eigenwahrnehmung und der Fremdwahrnehmung ein wesentlicher Aspekt.

Die problematische Gegenüberstellung von Charakteristika der *Techniken-Realisierung* einerseits und der Etablierung einer *therapiegeeigneten Beziehung* von Psychologe und Klient andererseits hinsichtlich ihrer jeweiligen behandlungsbezogenen Wirksamkeit ist oben bereits angesprochen worden: Innerhalb einer Interaktion von helfend-einflußnehmendem Charakter wird ein bestimmtes Repertoire von Interventions-Techniken realisiert (STRUPP 1973; GRAUPE 1977; BERGIN & STRUPP 1972, 17 f.). Änderungsbezogene Techniken und Vorgehensweisen der Beziehungsetablierung und -entwicklung sind dabei – mit jeweils unterschiedlichen Akzentsetzungen – als *einheitlicher Prozeß* aufzufassen: Bei der Anwendung von direkt auf Änderungen des Klienten-Verhaltens abzielenden Methoden ist innerhalb der Klient-Psychologe-Interaktion der Aspekt der Beziehungskonstituierung als metakommunikative Dimension immer mitgegeben; der *Inhaltsaspekt* der beraterisch-therapeutischen Interaktion ist notwendigerweise in einen *Beziehungskontext* eingebunden (vgl. WATZLAWICK u. a. 1969). Auf der anderen Seite besteht die Möglichkeit, den therapeutischen Beziehungsaspekt selbst zum *Inhalt* der Kommunikation zu machen; bei jeder beraterisch-therapeutischen Intervention spielt diese metakommunikative Strategie eine große Rolle.

Die unterschiedlichen beraterisch-therapeutischen »Richtungen« bzw. »Schulen« akzentuieren die inhalts- und beziehungsthematischen Aspekte der Psychologe-Klient-Interaktion in differentieller Weise. Als entgegengesetzte Konzepte unter den gängigen Behandlungsversionen können diesbezüglich Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie angesehen werden: Während erstere den Beziehungsaspekt programmatisch nahezu ignoriert, spielt die Beziehungsherstellung und die Reflexion der aktuellen Beziehungsqualität eine Hauptrolle in der gesprächspsychotherapeutischen Interaktionskonzeptualisierung. Jedes der existierenden klinisch-psychologischen Behandlungsverfahren thematisiert bestimmte Erscheinungen des beraterisch-therapeutischen Interaktionsprozesses in selektiver Weise; dabei kommt im einen Fall der Akzentuierung von problembezogenen Inhaltsaspekten, im anderen der gezielten Thematisierung der Beziehungsdimension eine größere Bedeutung zu – ohne daß allerdings der jeweils »komplementäre« Prozeßaspekt damit faktisch eliminiert wäre.

Da in realen Behandlungskontexten sowohl die Beziehungsherstellung und -thematisierung als auch problembezogen-inhaltliche Gesichtspunkte (in unterschiedlichen Behandlungsphasen in differentieller

lem Maße) von Bedeutung sind, wird von den Erfordernissen der Beratungs- und Therapiepraxis (vor allem hinsichtlich der inhalts- und beziehungsthematisierenden Dimensionen) ein gewisser *methodenbezogener Eklektizismus* bzw. *Integrationismus* nahegelegt: Der Berater/Therapeut entwickelt – unter Berücksichtigung der jeweiligen aktuellen fall- und phasenbezogenen Bedingungen – eine subjektiv-persönliche Selektion oder Mischung aus Komponenten unterschiedlicher klinisch-psychologischer Methodenrepertoires sowie eigener subjektiv-naiver Interventionskonzepte.

Bezüglich der Herausbildung eines persönlichen Stils der Verwendung von Behandlungstechniken im Laufe der Praxiserfahrung steht die Vermutung, daß ein Therapeut mit Überzeugung von ihrer Güte nur *eine einzige* vorhandene Methode ausüben und praktizieren könne (DILORETO 1971; vgl. GRAUPE 1975, 48), der Hypothese von der erfahrungsbedingten *Diversifikation* des Interventionsrepertoires in methodisch-technischer Hinsicht gegenüber: Die Beschränkung auf eine einzige Technik erscheint danach als ein Ergebnis der praktischen Unerfahrenheit (vgl. STRUPP 1955; MELTZOFF & KORNREICH 1970, 388). Empirische Belege sprechen eher für eine Vergrößerung der Variation der Vorgehensweisen zwischen Therapeuten »identischer« Schulrichtungen bei zunehmender Erfahrung (STRUPP 1957; 1958 a; vgl. HELM 1972). – Diese scheinbare Gegensätzlichkeit der Hypothesen läßt sich jedoch vermutlich aufheben in einem Modell, das einerseits zwar von einer individuell-persönlichen Verfestigung eines bestimmten Gewohnheitsmusters in der Realisierung beraterisch-therapeutischer Strategien und Fertigkeiten und einer entsprechenden theoriebezogenen »Überzeugung« im Verlauf der praktischen Kompetenzentwicklung ausgeht (vgl. oben), wobei die Entwicklung solcher operativer und interpretativer Konzepte jedoch andererseits nicht durch das Vorhandensein von im Theoriebereich klinisch-psychologischer Ansätze bestehenden Abgrenzungen limitiert wird (d. h. eine »richtungsübergreifende« Integration bzw. Eklektik wird in der Praxis nicht ausgeschlossen).

Eine Entwicklung zum methoden- bzw. technikbezogenen Integrationismus und Eklektizismus wird von einigen klinisch-psychologischen Theoretikern (etwa LAZARUS 1967; FIX & HAFFKE 1976; DIMOND u. a. 1978) postuliert, praktisch hat sie sich vermutlich längst vollzogen bzw. hat bereits von jeher bestanden (vgl. etwa die Ergebnisse einer Umfrage unter klinischen Psychologen der »American Psychological Association« bei GARFIELD & KURTZ 1974). Eine genauere Analyse von empirisch vorfindlichen Kombinations- und Integrationsversionen ist jedoch bisher kaum in Angriff genommen worden. – In einer Nachfolgeuntersuchung versuchten GARFIELD & KURTZ (1977), den Theorie-

und Methoden-Eklektizismus, zu dem sich ein Großteil der Psychologen der »American Psychological Association« in der genannten Befragung bekannt hatten, detaillierter aufzuklären. Theoretischer und methodischer Eklektizismus von klinisch-psychologischen Praktikern erwies sich dabei als ein sehr heterogenes Konzept, dessen gemeinsamer Nenner lediglich in einer Unzufriedenheit hinsichtlich der Brauchbarkeit einer einzigen behandlungsbezogenen Orientierung für die gesamte Breite des Spektrums praktisch auftauchender Beratungs- und Therapieprobleme besteht.

GARFIELD & KURTZ (1977) identifizierten aus den freien Beantwortungen der Frage nach der Präzisierung des eigenen eklektischen Standpunkts drei grobe Antwortrichtungen:

- Behandlungskonzepte und -methoden werden (indikationsspezifisch) je nach den vorfindlichen Bedingungen des Klienten und seines Problems ausgewählt, unabhängig von der eigenen Bevorzugung einer existierenden klinisch-psychologischen Orientierung;
- das individuelle Behandlungskonzept besteht in einer selektiven Anwendung bzw. Kombination von Komponenten aus zwei oder drei unterschiedlichen beraterisch-therapeutischen Theorieversionen;
- das Behandlungskonzept besteht in einer subjektiv-persönlichen Verschmelzung, Integration bzw. Synthese verschiedenartiger theoretisch-methodischer Ansätze.

Innerhalb der hier dargestellten Befragungsergebnisse lassen sich – bei aller gebotenen Vorsicht – bei den verbal beschriebenen (»espoused«) Orientierungen der Psychologen in ähnlicher Weise neben Beratern/Therapeuten, die relativ eindeutig einer einzigen existierenden klinisch-psychologischen Theorieversion anhängen, einerseits Behandlungskonzepte festmachen, bei denen fall- oder phasenspezifisch zwischen unterschiedlichen Theorie- und Methoden-Versionen gewissermaßen hin- und hergesprungen wird und andererseits solche, die wesentlich in einer subjektiv-persönlich zugeschnittenen Integration aus verschiedenen klinisch-psychologischen Ansätzen bestehen.

Beispiele

Psychologe: Ich habe zur Zeit mehrere Erwachsene, mit denen mache ich Gesprächstherapie, gemischt mit verhaltenstherapeutischen Methoden wie Entspannungstraining, Selbstbehauptungstraining. Dann habe ich eine Kindergruppe, wo Spieltherapie gemacht wird, nicht-direktive Spieltherapie, kombiniert mit verhaltenstherapeutischen Sachen wie Verstärkungssysteme und so etwas; und dann eine Jugendlichengruppe, mit denen ich Gespräche und Rollenspiele – das wäre jetzt so mehr analytisches Vorgehen. . . . Und dann haben

wir noch eine Elterngruppe, mit der wir themenzentrierte Interaktion machen.

Psychologe: Ich habe ja – wie gesagt – eine tiefenpsychologische Vorbildung und eine verhaltenstherapeutische Ausbildung. Gesprächstherapie habe ich nicht gemacht. Und ich vergesse das dann eben jeweils nicht. Ich weiß nicht, wie ich das beschreiben soll. Ich glaube sowieso, daß jeder im Laufe der Jahre einen persönlichen Stil annimmt. Wenn ich so beobachte, was strenge Verhaltenstherapeuten machen, dann mache ich das nicht; und wenn ich so beobachte, was Tiefenpsychologen machen, dann mache ich das auch nicht. Trotzdem meine ich, daß ich doch wieder diese Techniken anwende. Wahrscheinlich findet man doch so einen eigenen Weg. – Ich will mal versuchen, das zu beschreiben: Ich neige zum genauen mathematischen Denken; also ist mein Schema sicher das verhaltenstherapeutische. Wenn es aber jetzt um die »auslösenden Reize« geht, wie man es so nennt, dann hänge ich das nicht bloß so an Äußerlichkeiten auf, dann gehe ich durchaus auch mal in Phantasien hinein, in Ängste, in Träume, um herauszufinden, was die Ängste auslöst. Und ich beschränke mich dann nicht darauf, was kurz vor der Angst aufgetreten ist, was beobachtbar ist. Da gehe ich dann auch schon mal in die Tiefe. So kann ich, glaube ich, am besten meine Arbeit beschreiben.

Psychologe (im Landeskrankenhaus): Also ich muß sagen: Ich stehe da so dazwischen, zwischen der alten GT – so als »Papageientechnik« und Verbalisieren, lieb und warm und nett sein, streicheln – und dem, was ich mir eigentlich wünsche und wovon ich glaube, daß das besser wäre. Ich kann das aber noch nicht so gut. Ich möchte gerne eine GT machen, die eine Grundempathie und Verständnisbereitschaft und emotionale Wärme beinhaltet, ich möchte aber sehr weit darüber hinausgehen, ich möchte auch als GT-Therapeut sehr hart konfrontieren können, ich möchte auch Rollenspiele einbauen, ich möchte Übungen einbauen, Elemente aus der Gestalttherapie. Ich möchte auch Leute in einer Therapie sehr belasten können. Und ich glaube, daß sehr viele Patienten, die ich hier habe, das eher brauchen, als gestreichelt zu werden. Ich möchte auch mit meiner Therapie erschüttern und was in Bewegung setzen, was zu Auseinandersetzungen führt und auch zu Tränen. Da habe ich bisher eigentlich immer Angst gehabt. . . . Aber das finde ich auf die Dauer langweilig und das bringt nichts, und es fördert bei Leuten, die sowieso oft mit Selbstmitleid und vorwurfsvoller Einstellung gegenüber ihrer Umwelt hier reinkommen – mit Recht auch, natürlich – daß die sich um

ihre eigene Auseinandersetzung drumrumdrücken. Es fördert dieses Leiern ihrer Lebens-Story als nie verstandener Alkoholiker, dann kommen die nicht weiter. Ich habe die Befürchtung, daß dieser GT-Stil Selbstmitleid unheimlich verstärken kann, wenn Selbstmitleid da ist. Beim eher depressiven Patienten sieht das ganz anders aus, da kann ich stützen, aber bei vielen möchte ich auch was zusammenschlagen, daß da was zusammenkracht.

Zusammenfassung

In diesem Kapitel haben wir uns mit den hauptsächlichen Wirkfaktoren und Ingredienzen beraterisch-therapeutischer Behandlungsprozesse sowie deren Handhabung und Einschätzung in der psychologischen Praxistätigkeit beschäftigt. Dabei wurde die Herstellung und Entwicklung der Beziehung zwischen Psychologe und Klient als für die Anwendung spezifischer Interventionsmethoden grundlegender behandlungskonstituierender Aspekt hervorgehoben. In diesem Zusammenhang sind die wesentlichen an Berater/Therapeuten gestellten Kompetenzanforderungen ausgegrenzt worden: Fähigkeiten der angemessenen Definition und Kalibrierung der Interaktionssituation, rezeptive Fähigkeiten der interaktiven Informationsgewinnung und produktive Fähigkeiten der Herstellung positiver und effektiver Beziehungsqualitäten. Das Problem der beraterisch-therapeutischen Erfahrungsbildung wurde unter den allgemeinspsychologischen Gesichtspunkten der Entwicklung von Fertigkeiten und Könnensformen einerseits, der Herausbildung von Plansystemen und Strategiekonzepten andererseits akzentuiert, wobei diese Aspekte untereinander in strukturellem und entwicklungsbezogenem Zusammenhang stehen. Als Phasen einer Kompetenzentwicklung lassen sich hypothetisch eine Initialphase, die wesentlich durch Verunsicherungs- und »Praxisschock«-Erlebnisse gekennzeichnet ist, – eine Problematisierungsphase, in der mit einer tätigkeitsbezogenen Revision und Anpassung von in der Ausbildung erworbenen Konzepten begonnen wird – sowie eine längerfristige Periode der Etablierung behandlungsbezogener Kompetenzen (Flexibilisierung, Sensibilisierung, Beziehungs-Akzentuierung, Diversifikation, Verpersönlichung etc.) identifizieren. Als wichtige Inhaltsaspekte der Entwicklung beraterisch-therapeutischer Strategiekonzepte und Plansysteme wurden die erfahrungsbedingte Modifikation diagnostischer Vorgehensweisen, die Festlegung von Behandlungszielen, die Evaluation von Behandlungsverläufen bzw. der eigenen beraterisch-therapeutischen Tätigkeit sowie der Umgang mit theoretischen Wissenssystemen in der prakti-

schen Arbeit hervorgehoben. Schließlich wurde die Bedeutung von persönlichkeitspezifischen Dimensionen auf der Seite des Psychologen hinsichtlich der Aneignung und der praktischen Anwendung von beraterisch-therapeutischen Methoden und Techniken behandelt.

Schluß: Orientierungen, Probleme und Konsequenzen

Praktische beraterisch-therapeutische Tätigkeit von Psychologen bewegt sich in einem Feld, das wesentlich durch die folgenden Komponenten konstituiert wird:

- *Ratsuchender/Klient* bzw. dessen objektive und subjektive Bedingungen und Charakteristika,
- *Berater/Therapeut* bzw. dessen Personmerkmale i. w. S.,
- gesellschaftlicher und organisatorischer *Rahmen* und *Institution* – »externe« und »interne« objektive Faktoren und deren subjektive Verarbeitungen als Voraussetzungen der Psychologe-Klient-Interaktion,
- *psychologische*, auf Verhaltens- und Erlebens-Änderung bezogene *Theorie* und *Technologie*.

Diese Gegenstandsaspekte bzw. »Variablen« befinden sich – das ist die hier vertretene zentrale These in ihrer allgemeinsten Formulierung – in einem *Systemzusammenhang*: Veränderungen und Variationen einzelner Teilkomponenten des Gesamtsystems haben – in systemeigenregelmäßiger Weise – modifizierende Auswirkungen auf das »Verhalten« anderer Elemente bzw. Subsysteme, so daß die Gesamtfunktion des Systemkomplexes relativ konstant gehalten wird (i. S. eines »multistabilen Systems«). Dieser Systemkontext ist u. E. in den psychologisch-theoretischen Konzeptualisierungen des beraterisch-therapeutischen Bereichs bisher nicht bzw. nicht genügend umfassend entwickelt worden.

Auf diesem Hintergrund versteht sich der vorliegende Text als Plädoyer für eine *systematische Untersuchung und Aufarbeitung tatsächlicher psychologischer Arbeit in der beraterisch-therapeutischen Praxis* (und als bescheidener Beitrag zu diesem Ziel). Wir halten eine *realistische tätigkeitsbezogene* Thematisierung psychologischer Beratung und Therapie für dringend geboten, wobei uns dabei gegenwärtig einmal der Gesichtspunkt ihrer *gesellschaftlich-institutionellen Organisiertheit* und der damit verbundenen Konsequenzen für Klienten-Selektion, behandlungsbezogene Interaktion etc. (gewissermaßen die Wechselwirkung der »äußeren« und »inneren« Bedingungen von Beratung/Therapie) – zum anderen der Aspekt der *Entwicklung beraterisch-therapeutischer Tätigkeit*, der ausbildungs-, praxis- und erfahrungsbedingten Herausbildung entsprechender *Kompetenzen*, unter theoretischen und praktischen Gesichtspunkten als besonders bedeutsam erscheinen.

Theoretisch-methodisches Konzept: Beratung/Therapie als Arbeitstätigkeit

Da psychologische Tätigkeit in Beratung und Therapie hier wesentlich unter der Perspektive *beruflicher Arbeitstätigkeit* aufgefaßt wird, ist die in der vorliegenden Darstellung verfolgte allgemeine methodenbezogene Orientierung beim Herangehen an dieses Problemfeld von einigen Leitgedanken der *psychologischen Arbeitsanalyse* inspiriert.

In Ansätzen der psychologischen Arbeitsanalyse wird unterschieden zwischen objektiven Arbeitsbedingungen, der »Aufgabe«, die durch bestimmte *Stimulus-Merkmale* und ziel- und/oder operationsbezogene *Instruktionen* bzw. Anweisungen zu charakterisieren ist – und deren subjektiver Redefinition als »Anforderung« an die eigene Tätigkeit. Die hauptsächlichsten Determinanten dieser subjektiven Anforderungswahrnehmungen sind im jeweiligen individuellen *Verständnis* bzw. in der Auffassungsweise der Aufgabe, ihrer *Akzeptierung*, den thematischen *Einstellungs-* und *Wertkonzepten* und der einschlägigen *Erfahrung* zu sehen. Die Anforderungs-Kognitionen stellen regulativ wirksame Komponenten der Hypothesen- und Planbildung, der Handlungsausführung sowie der Kontrolle und Bewertung des Handlungsergebnisses dar (HACKMAN 1969; vgl. FRIELING 1975).

HACKER (1973; 1976) bezeichnet in seinem allgemeinspsychologisch fundierten arbeitspsychologischen Ansatz diese handlungssteuernden Konzepte als »operatives Abbildsystem« bzw. als »inneres Modell« eines Tätigkeitsbereichs, wobei diese charakterisiert werden als

- *schematisiert-abstraktive Repräsentation* des Handlungsgegenstandes bzw. der Aufgabe;
- *handlungsbezogen-operatives Modell*, d. h. die regulationsrelevanten Aspekte des Gegenstandes (Eingriffspunkte, Handlungsalternativen, Prozeßeigenschaften etc.) werden bevorzugt abgebildet (Selektivität und Akzentuierung des Modells);
- *Suchmodell* mit heuristischer Funktion, das zur *Hypothesenbildung*, prozeß- bzw. handlungsbezogenen *Antizipation* und zur gedanklichen *Simulation* dient.

Dieses Konzeptsystem ist in einer *hierarchischen Struktur* von mehr oder weniger »inkluisiven« Teilkonzepten geordnet und handlungsbezogen in Funktionseinheiten des Rückkoppelungskreises organisiert, die in Form von »Plänen« bzw. »Aktionsprogrammen« die Verbindung von repräsentationalen und operativen Charakteristika und Funktionen dieses Abbildsystems herstellen (vgl. HACKER 1973, 75 ff.).

Für die *Tätigkeit von psychologischen Praktikern* (Beratern/Therapeuten und i. w. S. »verhaltensmodifikatorisch« Tätigen) hat KAMINSKI

(1970) ein Rahmenkonzept entworfen, in dem diese Tätigkeit unter dem allgemeinspsychologischen Gesichtspunkt der *zielgerichteten Problemlösungs-Aktivität* des Psychologen thematisiert und ein kybernetisch orientiertes Flußdiagramm bzw. *Ablaufmodell klinisch-psychologischer Praxis* entwickelt wird. Der Ansatz stellt u. E. die bisher am weitesten entwickelte theoretische Konzeptualisierung »verhaltensmodifikatorischer« Arbeit von (klinischen) Psychologen unter einer realistischen Perspektive der Modellierung praktischer Abläufe, ihrer wissensmäßigen, personbezogenen, instrumentellen, situativen, valuativen etc. Voraussetzungen und Bedingungen dar.

Probleme und Konsequenzen

Die Frage der *Konsequenzen* und *Schlußfolgerungen* für das Feld psychologischer Beratung und Therapie bzw. psychosozialer Versorgung allgemein, die durch die hier dargestellten Praxisberichte bzw. deren Interpretationen nahegelegt werden könnten, ist u. E. mit Vorsicht zu behandeln: Zum einen sind praktische Änderungsvorschläge und Handlungsanweisungen sehr weitgehend nur sinnvoll unter Reflexion *gesellschaftlich-politischer Bedingungen und Zielvorstellungen* zu formulieren. Zum anderen haben wir den starken Eindruck, daß in diesem Bereich gegenwärtig weniger »gesichertes Wissen« und entwickelte Regelsysteme bzw. Technologien vorhanden sind, als daß es zunächst darauf ankommt, bestimmte beratungs- und therapiebezogene *Probleme* in einer revidierten Weise zu formulieren und zu bearbeiten. Dies festzustellen kann allerdings bereits gewisse heikle Fragen der gegenwärtigen Diskussion um Neustrukturierungen im Feld der psychosozialen Versorgung aufwerfen.

Hinsichtlich möglicher Folgerungen sind also zu unterscheiden einmal Konsequenzen, die sich auf die (Re-) Organisation des psychosozialen Bereichs, beraterisch-therapeutischer Vorgehensweisen, diesbezüglicher Aus- und Weiterbildung etc. beziehen und solche Überlegungen, die die Sinnhaftigkeit bzw. Notwendigkeit der wissenschaftlichen Bearbeitung bestimmter (existierender, modifizierter oder neuartiger) Fragestellungen belegen und verdeutlichen (wobei andererseits natürlich aktuell auch viele Probleme *praktisch* geregelt werden müssen, die von ihrer *theoretischen* Klärung noch entfernt sind). – Wir betrachten unter dieser Perspektive noch einmal akzentuierend zusammengefaßt einige Aspekte der beraterisch-therapeutischen Praxistätigkeit, die sich in den mit Beratern/Therapeuten geführten Gesprächen als u. E. wesentlich erwiesen haben.