

# **Gemeindepsychologie, Empowerment und der Traum von einer Ressourcenorientierung in der Psychotherapie**

Nicht gehaltener Vortrag vor einer gemeindepsychologischen Gesellschaft<sup>1</sup>

2015

Peter Kaimer

## **1. Hoffnung und Überzeugung**

Ich war zu Beginn der 80er-Jahre ein Stück weit mit gemeindepsychologischen Konzepten vertraut, hatte grundlegende Texte gelesen und sympathisierte sehr mit der speziell „deutschen“ Interpretation der Gemeindepsychologie als kritischer Gesellschaftspsychologie (Keupp & Zaumseil 1978, Keupp & Rerrich 1982). Bald eröffnete sich mir die Gelegenheit an den bereits damals legendären Treffen der Gemeindepsychologen im oberfränkischen Thurnau – dem Örtchen aus dem Heiner Keupp stammte – teilzunehmen.

Ich wurde freundlich aufgenommen, doch regelmäßig von einigen Vertreter(inne)n dieser Perspektive damit konfrontiert, dass meine klinisch-psychologischen Vorstellungen, insbesondere meine psychotherapeutischen Ansätze letztlich unter gemeindepsychologischer Perspektive vergeblich seien. Sie würden zwangsläufig zu Dekontextualisierung, Individualisierung, Pathologisierung und Medikalisation führen. Ich hielt ebenso regelmäßig tapfer dagegen und verteidigte eine Haltung, welche sowohl individuelles Leid und dazu passende Hilfestellung als auch einen gesellschaftspolitischen Blick und auch gesundheitspolitisches Engagement charakterisieren sollte. Ich war der festen Überzeugung, dass diese beiden Perspektiven nicht nur jedem vernunftbegabten Menschen unmittelbar einleuchten müssten, sondern dass dies auch via dementsprechender Ausbildungen vermittelbar sein müsste.

## **2. zweispurige Autobahn**

Als wissenschaftlicher Angestellter an der Universität an einem klinischen Lehrstuhl hatte ich die Gelegenheit, regelmäßig Lehrveranstaltungen anbieten zu können. Und ich entwickelte für mich zwei parallel laufende Zyklen, welche jeweils vier Semester dauerten: Vier aufeinander aufbauende psychotherapeutische Praxisseminare, welche den Studierenden eine grundlegende erste Basis für problemlösungsorientierte Psychotherapie anbieten sollte. Und ebenfalls vier einander ergänzende Seminare, von denen zumindest zwei explizit gemeindepsychologisch die zwei anderen zumindest implizit reflexiv ausgerichtet waren. Beide Zyklen wurden bis in die späten 90er-Jahre gut angenommen und nährten – was meine Vorstellungen hinsichtlich Ausbildung betraf - meine frühen Hoffnungen und Überzeugungen. Und ich stellte gerade diesen Zyklus selbstbewusst und weiterhin hoffnungsvoll im Rahmen einer Thurnauer Tagung vor.

Doch dann kamen das Psychotherapeutengesetz, die staatlichen Ausbildungen auf der Basis meist kassenärztlich orientierter Institute, die Universitätsreform mit Bachelor und Master.

Der gemeindepsychologische Zweig meiner Veranstaltungen konnte nun nur mehr unter Missachtung oder äußerst kreativer Interpretation der vorgegebenen Thementitel in den Ausbildungsverord-

---

<sup>1</sup> © This work is licensed under the Creative Commons Namensnennung 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

nungen angeboten werden. Studierende fanden sich nur mehr in homöopathischen Dosen in diesen Seminaren ein.

### 3. gemeindepsychologische Verhaltenstherapie

Da ich nicht nur wissenschaftlicher Angestellter, sondern in dieser Funktion auch Leiter einer psychotherapeutischen Ambulanz des Lehrstuhls für Klinische Psychologie / Psychotherapie war, hatte ich auch in der Ambulanz Gestaltungsspielraum. Bei den Fallkonzeptionen, welche als regelmäßiger Bestandteil im Plenum der Ambulanz vorgestellt wurden, führte ich regelmäßig gemeindepsychologische Reflexionen ein. Wir orientierten uns bei der Falldarstellung an den Fragen, welche Heiner Keupp einmal formuliert hatte:

- Was ist die gesellschaftliche (Mit-)Verursachung des geschilderten psychischen Leids?
- Wie wird typischerweise in unserem „Krankheitssystem“ damit umgegangen?
- Was wäre eine angemessen(er)e Form des Umgangs damit?

Diese Reflexionen führten zuverlässig zu einem erweiterten Blick, der sich auch hinsichtlich der bereitgestellten Hilfsangebote auswirkte. Eine Systematisierung dieser umfassenderen „Diagnose“ gelang mit Hilfe der von Günter Schiepek entwickelten „Systemischen Diagnostik“ (Schiepek 1986), welche auf den Arbeiten von Dietrich Dörner und seiner Idee des Umgangs mit komplexen Systemen, aber auch Frederic Vesters ökologischer Betrachtungsweise von Systemen aufbaute.

Doch die in den 60er und 70er-Jahren so sozialwissenschaftlich orientierte Verhaltenstherapie entwickelte sich zusehends zu einem Verfahren, welches sich kompatibel mit dem medizinischen Krankheitsmodell und der an Störungen und Krankheiten orientierten Versorgung machte. Statt sich flexibel an den vorgebrachten Problemen der Klienten zu orientieren und diese gemeinsam mit den Betroffenen funktional verstehen zu wollen, wurden zunehmend DSM- und ICD-Diagnosen Standard. Und es wurden zu diesen passende manualisierte Vorgehensweisen als Richtlinienverfahren vorgegeben. Gerne auch kombiniert mit obligatorischer medikamentöser Versorgung. Und statt sorgfältig die zukunftsorientierten Ziele der Betroffenen ernst zu nehmen, wie es noch im „goal attainment scaling“ meiner Verhaltenstherapieausbildung (welche sich am Selbstmanagementansatz orientierte) üblich war, ging es nun vorrangig darum die krankheitswertige Störung zu beseitigen. Die Rahmenbedingungen einer sich verändernden Gesellschaft, welche Bewältigung zu einer zunehmend schwieriger werdenden Angelegenheit werden ließ, wurden - wie man in Österreich sagen würde - meist „nicht einmal ignoriert“. Und so kommt Heiner Keupp auch im Jahr 2013 zum Schluss einer „Sozialen Amnesie der Psychotherapie“ (Keupp 2013).

Als die Ambulanz dann auf Weisung des Lehrstuhlinhabers eine offiziell kassenärztlich anerkannte Praxiseinrichtung für ein staatlich anerkanntes Institut wurde, traten die gemeindepsychologischen Aspekte der Fallkonzeptionen zunehmend in den Hintergrund. Die Ausbildungskandidat(inn)en der Ambulanz waren immer weniger dafür zu begeistern diese Perspektive einzunehmen, weil sie allem widersprach, was in Berichten für den Gutachter und was in den obligatorischen Inhalten der Ausbildungsinstitute gefordert wurde.

### 4. Lösungsfokussierung und Empowerment

Mitte der 80er-Jahre stieß ich auf eine Spielart systemischer Therapie, welche hinsichtlich ihrer Orientierung an der „Wirklichkeit“ der Klienten auch als sozialkonstruktivistisch und narrativ be-

zeichnet werden kann. Dieser Ansatz nannte sich Lösungsfokussierte Therapie und basierte zumindest teilweise auf dem Ressourcenkonzept eines Milton Erickson, der mit seiner innovativen Konzeption von Therapie nicht nur die Hypnotherapie erneuert, sondern auch strategische Therapie und diverse Spielarten von Familientherapie befeuert hatte (de Shazer 1992). War der Ansatz anfangs eher strategisch ausgerichtet und fokussierte auf Ausnahmen vom präsentierten Problem, entwickelte er sich sehr schnell zu einem konsequent zielorientierten Verfahren. In etwa zeitgleich erlebte der Empowermentansatz innerhalb der gemeindepsychologischen Szene große Popularität und er weckte auch Hoffnungen auf davon ableitbare Praxisideen, wie hilfeschuchenden Menschen auf angemessene Weise zu helfen sei (Stark 1996, Lenz & Stark 2002). Es war aber bereits absehbar, dass dieser Ansatz auch ein Weg sein könnte, die zunehmend unter Druck geratene gemeindepsychologische Szene selbst zu ermutigen und zu bemächtigen. Alf Trojan nannte Empowerment bei einer Tagung zu diesem Thema Mitte der 80er-Jahre sinngemäß das „Lagerfeuer an dem sich die Gemeindepsychologen wärmen könnten“.

Die Konzeption von Empowerment, welche den Menschen als mit persönlichen und sozialen Ressourcen unter prekären Verhältnissen ausgestattet sah, welche eine Balance zwischen fürsorglicher Hilfe und Bestätigung bürgerlicher Rechte und Freiheiten anstrebte, passte hervorragend zum lösungsfokussierten Ansatz. Die konsequente Orientierung an den Zielen der Hilfesuchenden, die Begleitung bei manchmal sehr ungewohnten bis „eigensinnigen“ Lösungsschritten und Änderungstheorien, aber auch das Zur-Verfügung-Stellen von vorhandenem Wissen und Erfahrungen schien eine Handlungsperspektive für die Umsetzung des Empowermentgedankens in der konkreten Praxis psychotherapeutischer Arbeit zu sein. Klar musste diese Arbeit in eine weitere Versorgung eingebettet sein, musste im Netz psychosozialer Hilfen kooperiert und aktiv an der Ergänzung fehlender Angebote gearbeitet werden. Und doch schien zumindest für den Bereich der Psychotherapie dies ein mit gemeindepsychologischen Konzepten in Einklang stehendes Angebot zu sein.

Gut ein Jahrzehnt wurde an der psychotherapeutischen Ambulanz teilweise lösungsfokussiert gearbeitet (wir hatten ein Stufenmodell, welches zuerst ein lösungsfokussiertes Angebot vorsah und wenn dieses nach 5-8 Sitzungen zu keinen für die Klienten feststellbaren Verbesserungen führte, wurde nach einer dann erfolgten gemeinsamen Fallkonzeption problemlösungsorientiert gearbeitet). Und die Erfahrungen mit dieser damit verbundenen Haltung und auch Vorgehensweise habe ich wieder im Rahmen eines Thurnauer gemeindepsychologischen Treffens vorgestellt (Kaimer 2004 & 2005).

Die Erfahrungen mit diesem Modell dokumentiert in unseren jährlichen Tätigkeitsberichten erbrachten eine Erfolgsquote, welche den üblichen Ergebnissen von Psychotherapie entsprach. Allerdings waren unsere Therapien im Durchschnitt etwas kürzer (siehe auch die Tätigkeitsberichte welche unter [www.pubpsych.zpid.de](http://www.pubpsych.zpid.de) abrufbar sind). Diese ermutigenden Ergebnisse führten dann auch dazu, dass auf lösungsfokussierter Basis ein Ausbildungsmodell konzipiert wurde, welches bis in die späten 90er-Jahre Bestand hatte (Kade et al. 2003).

Und dann kam das Psychotherapeutengesetz, kamen die staatlich anerkannten Institute, die meist bereits vorher mit der Kassenärztlichen Vereinigung kooperiert hatten und unsere Utopie kam zu ihrem Ende. Allerdings war schon lange klar, dass dieses Modell im Rahmen des real existierenden Krankheitssystems nie eine Chance haben würde. Dafür waren die Prämissen der beiden Systeme hinsichtlich psychischer Unterstützung einfach nicht kompatibel. Und die Machtverhältnisse und der Zugang zu Finanzierung begünstigte eindeutig die Seite der traditionellen Krankenversorgung.

## 5. Ressourcenorientierung vs Ressourcenaktivierung

Die Idee, psychosoziale Hilfe an vorhandenen Ressourcen der Betroffenen auszurichten, wurde sowohl im Rahmen der Gemeindepsychologie sehr früh (spätestens im Rahmen des Empowerment-

konzepts) als auch im Denken, Arbeiten und Publizieren Milton Ericksons als Vorläufer lösungsfo-  
kussierter Arbeit (bereits in den 50er und 60er-Jahren) formuliert.

Im Dunstkreis der Verhaltenstherapie, welche sich zwar gegen die psychodynamische Dominanz  
und ihre Oberschichtorientierung richtete, aber von ihrer Grundkonzeption ebenfalls defizitorien-  
tiert und noch dazu zunehmend technizistisch auftrat, erntete man noch in den 80er-Jahren lediglich  
Abwehr und manchmal Spott, wenn man von Ressourcen und ihrer Förderung sprach. Erst als  
Klaus Grawe - seines Zeichens Forschungspabst einer zumindest schwerpunktmäßig verhaltensthe-  
rapeutisch orientierten Psychotherapie – gemeinsam mit seiner Frau den legendären Ressourcenarti-  
kel publiziert hatte, wurde der Begriff „Ressourcen“ en vogue (Grawe & Grawe 1999). Jahr um  
Jahr entdeckten die Vertreter(innen) zuerst der kognitiven Verhaltenstherapie und bald schon auch  
die der anderen Therapieschulen, dass sie ja alle ressourcenorientiert seien und machten damit den  
Begriff zunehmend zum inhaltsleeren Feel-good-Slogan der Therapieszene.

Die Gruppe um Klaus Grawe machte sich zudem unmittelbar daran, den Umgang mit Ressourcen  
zu einem technisch umsetzbaren Vorgehen im Sinne einer Manualisierung zu machen. Dies war  
dann auch mit dem Begriff der Ressourcenaktivierung gemeint. Zwar bezeichnete Klaus Grawe bei  
einem Vortrag in Bamberg auf Nachfragen den lösungsfokussierten Ansatz als „Ressourcenaktivie-  
rung pur“, doch diese „Ehre“, welche unserem lösungsfokussierten Team damit zuteil wurde,  
schmeckte uns nur bedingt. Uns ging es primär um eine Ressourcenorientierung als persönliche  
Haltung der Therapeuten, welche notwendiger Weise auch zu einem Verständnis von Therapie füh-  
ren musste, in der die Klienten die „Helden“ sind und nicht die Therapeut(inn)en (Duncan & Miller  
2000) . Der Gruppe um Grawe schien es jedoch vornehmlich um eine mögliche Effizienzsteigerung  
durch Anwendung einer weiteren Technik zu gehen und die Expertenschaft der Therapeuten sollte  
nicht in Frage gestellt werden. Und wir mussten – als wir unsere Ressourcenvorstellungen im Rah-  
men eines DGVT-Kongresses zeitgleich mit der Gruppe um Grawe präsentierten – sehr schnell fest-  
stellen, dass das technische Angebot der Ressourcenaktivierung deutlich anschlussfähiger war als  
die eher unbequeme reflexive Vorstellung, welche wir mit unserer Ressourcenorientierung hatten  
(siehe auch Schaller & Schemmel 2003). Hier das Angebot sich in seinem Verständnis als Thera-  
peut(in) in Frage stellen zu lassen und die eigene Konzeption von Therapie zu hinterfragen, dort das  
Angebot einer erlernbaren Technik.

## 6. „und nun alle miteinander ...“

Die ursprünglich bereits in den 50er-Jahren (innovative Therapie eines Milton Erickson) und später  
in den 70er-Jahren unter gemeindepsychologischer Perspektive formulierte Idee, dass es im Rah-  
men psychosozialen Helfens darum gehen muss, nicht nur die Bedürftigkeit und Problematik des  
oder der Betroffenen wahr zu nehmen sondern auch deren unbenannte oder auch unerkannte Stär-  
ken mitzudenken und in den Prozess der Hilfestellung einzubinden, gilt heute als Binsenweisheit.  
Dabei handelt es sich um ein Sprachspiel, welches mehr verschleiert als offenlegt. Es muss also –  
wenn jemand von den Stärken und Ressourcen der Klienten redet – genau hin geschaut werden, was  
jemand sagt. Mehr aber noch, was jemand tut, wie er oder sie handelt, wie er oder sie sich in Bezie-  
hung setzt zu den Hilfesuchenden. Und es ist nicht damit getan, den Begriff als Allerweltsfloskel in  
die Rede (oder den Bericht an die Gutachter) einzustreuen. Es reicht nicht einmal aus, manualisiert  
Ressourcen mit geeigneten Instrumenten zu erfassen. Es geht vielmehr um eine meist schwierig zu  
praktizierende Balance zwischen Hilfsangeboten, Unterstützung, Anstoßen von Empowermentpro-  
zessen, Bestätigung und Ermutigung, Zur-Verfügung-Stellen von Wissen und Erfahrungen, Beglei-  
tung, Trost und „sich überflüssig Machen“. Wie eine Kollegin vor kurzem so engagiert argumen-  
tiert hat: es geht darum, sowohl den Patienten und die Patientin, den Klienten und die Klientin und  
den Kunden und die Kundin im Blick und in der Haltung zu haben (Duttweiler 2013).

Und während eine expert(inn)enfokussierte Haltung leicht in Gefahr gerät paternalistisch zu wissen,

was gut für die Betroffenen ist und dem medizinischen Modell entsprechend die geeignete Behandlung „verschreibt“, gerät manchmal eine lösungs- und klient(inn)enfokussierte Haltung sowohl in Gefahr, vorhandenes Wissen und Erfahrungen allzu lange vorzuenthalten (die Klient(inn)en sollen die Lösung ja selbst (er)finden), als auch die Kundigkeit als marktkonformen Prozess des Erwerbs von Leistungen misszuverstehen. Damit wäre dann psychosoziales Helfen eine Ware und zunehmend dem Geist zweckrationalen Handelns unterworfen, statt kommunikatives Handeln zu befördern.

## 7. Hoffnung?

Meine Hoffnung richtet sich nach mittlerweile 35 Jahren in psychosozialer Versorgung (als Psychotherapeut) und Ausbildung (als Lehrtherapeut und Supervisor) nicht mehr auf die großen „Werkzeuge“ (wie das Ivan Illich genannt hätte, siehe Illich 1975, jetzt 2014). Gemeint sind damit das System der Krankenversorgung ebenso wie das System der Kassenärztlichen Vereinigung, die diversen Psychotherapeutenkammern ebenso wie die Therapieverbände, die vorhandenen und entstehenden Ausbildungssysteme der Hochschulen ebenso wie die der privaten staatlich legitimierten Institute.

Diese großen Werkzeuge sind erst einmal immer ihrer Eigenlogik verpflichtet. Und das bedeutet Orientierung am Erhalt eigener Einflussmöglichkeiten und Erhalt eigener wirtschaftlicher Interessen. Gerade letzterer wird immer augenscheinlicher, da Ausbildung in Psychotherapie ein hervorragendes Geschäft ist. Im Bereich der großen Werkzeuge kolonisiert der Zweckrationalismus zunehmend jegliche Menschlichkeit.<sup>2</sup>

Meine Hoffnung richtet sich auf die „kleinen“, nahen sozialen Räume, wo sich Lehrtherapeut(inn)en und Ausbildungskandidat(inn)en in Supervision und Selbsterfahrung begegnen. Auf die einzelnen Therapien, wo Klient(inn)en und Therapeut(inn)en gemeinsam kommunikativ handeln können, einander begegnen und aus diesem Geist heraus Entwicklung und Veränderung möglich wird. Dies auch dann, wenn Veränderung manchmal darin bestehen muss, existierendes Leid unter gegebenen Bedingungen zu akzeptieren. Aber auch dann, wenn eine gesellschaftsdiagnostische Perspektive ergibt, dass eine Lösung auf einer anderen Ebene gesucht werden müsste (z.B. der politischen Ebene – siehe auch Keupp 2013).

## 8. Literatur

De Shazer, St. (1992a) Das Spiel mit Unterschieden. Wie therapeutische Lösungen lösen. Heidelberg: Carl Auer

Duncan, B.L. & S.D. Miller (2000). The Heroic Client. San Francisco: JosseyBass

Duttweiler, St. (2013) Entgrenzung des Therapeutischen -Psychotherapie zwischen Ökonomisierung und Veralltäglichung. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 1, 9-16

Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999) Ressourcenaktivierung - ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63-73.

Illich, I. (2014<sup>3</sup> ursprl. 1975) Selbstbegrenzung. Eine politische Kritik der Technik. Beck: München

Keupp, H. (2013) Wider die soziale Amnesie der Psychotherapie und zur (Wieder-)Gewinnung ihres gesellschaftsdiagnostischen Potentials. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 1, 17-32

Keupp, H. & M. Zaumseil (1978 Hg.) Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leids. Suhrkamp: Frankfurt/M.

Keupp, H. & D. Rerrich (1982 Hg.) Psychosoziale Praxis. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. Urban & Schwarzenberg: München

---

2 Siehe auch die zunehmende profitorientierte Entwicklung im Rahmen der Medizin ganz allgemein.

Kade, S. et al. (2003) Ressourcenorientierte Therapieausbildung: Das Bamberger Modell. In: H. Schemmel, J. Schaller (Hg.) Ressourcen. Ein Hand und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. DGVTVerlag: Tübingen

Kaimer, P. (2004 & 2005) Lösungsfokussierung: Gedanken zu einem gemeindepsychologischen Handlungsprinzip innerhalb einer schulenübergreifenden Psychotherapie. *Gemeindepsychologie-Rundbrief* Nr. 1 Frühjahr 2004 Band10,4-20, und wieder veröffentlicht in der *systema* Heft 1, 2005 27-46

Lenz, A. & W. Stark (2002 Hg.) Empowerment. Neue Perspektiven für Psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen: DGVTVerlag

Schaller, J. & H. Schemmel (2003) Ressourcen – zum Stand der Dinge. In: H. Schemmel, J. Schaller (Hg.) Ressourcen. Ein Hand und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. DGVTVerlag: Tübingen

Schiepek, G. (1986) Systemische Diagnostik in der Klinischen Psychologie. München: PVU

Stark, W. (1996) Empowerment. Freiburg: Lambertus