

Student, Johann-Christoph  
**Verstehen statt Beurteilen**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 36 (1987) 5, S. 181-186*

urn:nbn:de:bsz-psydok-32237

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Erziehungsberatung

<i>Gerlicher, K.</i> : Situation und Entwicklungstendenzen in der institutionellen Erziehungsberatung – Fakten und Anmerkungen (Actual Situation and Trends in Institutional Child Guidance) . . . . .	198
<i>Heekerens, H.-P.</i> : Familientherapie, Wartezeit und Krisenintervention in der Erziehungsberatungsstelle (Family Therapy, Waiting-list, and Crisis Intervention in Child Guidance) . . . . .	126
<i>Hemling, H.</i> : Öffentlichkeitsarbeit an Erziehungs- und Familienberatungsstellen – eine bundesweite Umfrage (Public Relations Work at Child Guidance and Family Counseling Centres – a Nationwide Survey) . . . . .	215
<i>Höger, C.</i> : Zum Standort institutioneller Erziehungsberatung innerhalb eines psychosozialen Versorgungssystems (The Place of Institutionalized Child Guidance Counseling within a System of Psychosocial Assistance) . . . . .	204
<i>Presting, G.</i> : Erziehungs- und Familienberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland: Zur gegenwärtigen Versorgungslage (Child Guidance and Family Counseling Centres in the Federal Republic of Germany: the Current Situation) . . . . .	210
<i>Sundström, G.A., Rössler, W., Schmidt, M.H., an der Heiden, W., Jung, E.</i> : Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten: Erste empirische Ergebnisse (Attendance of Child Guidance Centres and of Outpatient Child and Youth Psychiatric Services: First Empirical Results) . . . . .	220

### Familienrecht

<i>Suess, G., Schwabe-Höllein, M., Scheuerer, H.</i> : Das Kindeswohl bei Sorgerechtsentscheidungen – Kriterien aus entwicklungspsychologischer Sicht (Determination of the Best Interest of the Child in Custody Decisions – Developmental Aspects) . . . . .	22
--	----

### Familientherapie

<i>Reich, G.</i> : Stotternde Kinder und ihre Familien (Stuttering Children and Their Families) . . . . .	16
---	----

### Forschungsergebnisse

<i>v. Aster, M., Pfeiffer, E., Göbel, D., Steinhausen, H.-Ch.</i> : Konversions syndrome bei Kindern und Jugendlichen (Conversion Disorders in Children and Juveniles) . . . . .	240
<i>Berger, M.</i> : Das verstörte Kind mit seiner Puppe – zur Schwangerschaft in der frühen Adoleszenz (The Disturbed Child and Her Doll: Pregnancy in Early Adolescence) . . . . .	107

<i>Bunk, D., Eggers, C.</i> : Kognitive Funktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit akuten Psychosen und solchen mit Schizophrenierisiko (Cognitive Dysfunctions in Children and Juveniles with Acute Psychotic Disorders or with High Risk for Schizophrenia) . . . . .	8
<i>Döcker, A., Knöbl, H.</i> : Kinder alleinerziehender Mütter und Väter – eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung (Children in One-parent Families – a Psychiatric Investigation about Conditions and Consequences of Single-mother and Single-father Education) . . . . .	62
<i>Eberle, U., Castell, R.</i> : Verlauf der Zwangskrankheit im Kindes- und Jugendalter (Courses of Obsessive-compulsive Illness in Children and Juveniles) . . . . .	284
<i>Hinrichs, G., Göbel, D., Steinhausen, H.-Ch.</i> : Kopfschmerzen und Migräne bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten (Headache and Migaine in Child and Adolescent Psychiatric Patients) . . . . .	277
<i>Jehle, P., Schröder, E.</i> : Harnzurückhaltung als Behandlung des nächtlichen Einnässens (Retention Control as a Treatment Method for Enuresis) . . . . .	49
<i>Langenmayr, A.</i> : Der Geschwisterzahlenkonflikt und sein Einfluß auf Neurosen, Erkrankungen und Alltagsverhalten (The Influence of Conflicting Silbing Numbers on Neuroses, Illness and Everyday Behaviour) . . . . .	36
<i>Sarimski, K.</i> : Zusammenhänge der frühen kognitiven und kommunikativen Entwicklung bei gesunden und behinderten Kindern (Relationship between Early Cognitive and Communicative Development in Normal and Retarded Children) . . . . .	2
<i>Schneider, W.</i> : Psycho-soziale Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen mit einer organisch bedingten analen Inkontinenz (On Psycho-social Development of Children with Organic Conditioned Anal Incontinence) . . . . .	56
<i>Steinhausen, H.-C.</i> : Das Jugendalter – eine normative psychologische Krise? (Adolescence – a Normative Psychological Crisis?) . . . . .	39

### Praxisberichte

<i>Bemens, F., Krohn, G.</i> : Ehrenamtliche Helfer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Voluntary Helpers in a Childpsychiatric Outpatients' Department) . . . . .	71
<i>Klosinski, G.</i> : Beitrag zur Beziehung von Video-Filmkonsum und Kriminalität in der Adoleszenz (Relationship between Viewing of Video Films and Criminality in Adolescents) . . . . .	66
<i>Knapp, T.W.</i> : Welt meines Kindes: Sterben und Tod im Erleben einer Dreijährigen (Dying and Death in the Perception of a Three-Year-Old Girl) . . . . .	308
<i>Müller-Küppers, M., Lehmkuhl, U., Mahlke, W.</i> : Die kinderpsychiatrische Klinik als Wohn- und Lebensraum (The Psychiatric Ward as Living Space for Children and Adolescents) . . . . .	139

Otto, B.: Bruno Bettelheims milieutherapeutischer Ansatz (Bruno Bettelheim's Approach to Environmental Therapy) . . . . .	144	chischer Kinder- und Jugendneuropsychiater vom 18.-20.5.1987 in Feldkirch/Vorarlberg . . . . .	226
Schemus, R.: Anfallskrankheiten und Selbstwahrnehmung am Beispiel komplexer Absenzen (Epilepsy and Self-Perception Illustrated by the Example of Complex Absences) . . . . .	176	<b>Editorial</b>	
Student, J. C.: Verstehen statt Beurteilen (Understanding instead of Judging) . . . . .	181	25 Jahre Bundeskonferenz für Erziehungsberatung . . . . .	196
		In Zukunft jährlich 10 Hefte der „Praxis“ . . . . .	276
<b>Psychosomatik</b>		<b>Ehrungen</b>	
Habermas, T.: Kognitive Entwicklungsvoraussetzungen der Pubertätsmagersucht als Erklärung ihrer unteren Altersgrenze (Cognitive-developmental Preconditions of Anorexia nervosa: Explanations for its lowest Age of Onset) . . . . .	88	„... und meine Arbeit geht weiter“ – Rudolf Eckstein zum 75. Geburtstag . . . . .	311
Mangold, B.: Psychosomatische Erkrankungen in der Pubertät und Adoleszenz (Psychomatic Diseases in Adolescence) . . . . .	262	<b>Buchbesprechungen</b>	
Zimmermann, F.: Der Vater und sein an Asthma bronchiale erkranktes Kind (The Father and his Asthmatic Child. Attempt of a Relationship Analysis) . . . . .	92	Aissen-Crewett, M.: Kunsttherapie . . . . .	187
		Aschenbrenner-Egger, K., Schild, W., Stein, A. (Hrsg.): Praxis und Methode des Sozialtherapeutischen Rollenspiels in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik . . . . .	234
<b>Psychotherapie</b>		Backe, C. et al. (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch von Kindern in Familien . . . . .	232
Buchholz, M. B.: Das Erstinterview in der Beratung – ein kommunikativer Gesichtspunkt (The First Interview in Counseling – a Communicative Point of View) . . . . .	98	Balint, M.: Regression. . . . .	317
Herzka, H. S.: System und Individuum in einer Tagesklinik (The Dialogical Concept of Conflicts and Therapy in Adolescents) . . . . .	134	Bauer, A.: Minimale cerebrale Dysfunktion und/oder Hyperaktivität im Kindesalter . . . . .	156
Voss-Coxhead, D.: Therapeutische Arbeit mit Symbolen. Über die Behandlung eines narzißtisch gestörten Jungen mit dem Katathymen Bilderleben (Therapeutic Work with Symbols. Psychotherapy of a Narcissistically Disturbed Boy using Guided Affective Imagery) . . . . .	257	Beiderwieden, J., Windaus, E., Wolff, R.: Jenseits der Gewalt. Hilfen für mißhandelte Kinder . . . . .	118
		Beland, H. et al. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse. Bd. 18 und 19 . . . . .	153
<b>Übersichten</b>		Biebl, W.: Anorexia nervosa . . . . .	189
Fegert, J. M.: Sexueller Mißbrauch von Kindern (Child Sexual Abuse) . . . . .	164	Biermann, G. (Hrsg.): Das ärztliche Gespräch um Kinder und Jugendliche . . . . .	29
Heckerens, H.-P.: Umstrittene Kindheit – Zur Diskussion um die langfristige Bedeutung früher Erlebnisse (Contested Childhood – On the Discussion of Longterm Consequences of Early Experiences) . . . . .	295	Brack, U. B. (Hrsg.): Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern . . . . .	31
Huppmann, G., Werner, A.: Peter Villaume (1746–1825): ein Pädagoge der Aufklärung als Vorläufer der Verhaltenstherapie bei Kindern (Peter Villaume (1746–1825): A Precursor of Modern Behavior Therapy with Children) . . . . .	301	Bochnik, H. J., Gärtner-Huth, C., Richtberg, W.: Psychiatrie lernen . . . . .	78
Langenmayr, A.: Unvollständigkeit von Familien und ihre Auswirkung auf die Kinder (The Effects of Incomplete Families on Their Children) . . . . .	249	Brezinka, W.: Erziehung in einer wertunsicheren Gesellschaft . . . . .	29
Yamamoto, A.: Schulprobleme in Japan (Problems in Japan's Schools) . . . . .	171	Charlton, M., Neumann, K.: Medienkonsum und Lebensbewältigung in der Familie . . . . .	270
<b>Tagungsberichte</b>		Clemenz, M.: Soziale Codierung des Körpers. Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Systemtheorie . . . . .	231
Bericht über die XX. Wissenschaftliche Tagung der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, gemeinsam mit der XI. Jahrestagung österreichischer Kinder- und Jugendneuropsychiater vom 18.-20.5.1987 in Feldkirch/Vorarlberg . . . . .		DeMyer, K.: Familien mit autistischen Kindern . . . . .	189
		Dietrich, G.: Spezielle Beratungspsychologie . . . . .	233
		Dreifuss-Kattan, E.: Praxis der klinischen Kunsttherapie . . . . .	28
		Drewermann, E.: Die kluge Else/Rapunzel. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet . . . . .	190
		Engfer, A.: Kindesmißhandlung. Ursachen, Auswirkungen, Hilfen . . . . .	30
		Fichtner, M. M.: Magersucht und Bulimie . . . . .	188
		Flehmig, I., Stern, L. (Hrsg.): Kindesentwicklung und Lernverhalten . . . . .	269
		Franke, U.: Artikulationstherapie bei Vorschulkindern . . . . .	314
		Frankenburg, K. et al.: Entwicklungsdiagnostik bei Kindern . . . . .	152
		Fromm, E.: Über die Liebe zum Leben . . . . .	30
		Grissemann, H.: Pädagogische Psychologie des Lesens und Schreibens . . . . .	267

<i>Grissemann, H.</i> : Hyperaktive Kinder . . . . .	28	<i>Rotthaus, W.</i> (Hrsg.): Erziehung und Therapie in systemischer Sicht . . . . .	235
<i>Grosse, S.</i> : Bettnässen . . . . .	233	<i>Sandern, M.</i> : Rollenspiel als Forschungsmethode . . . . .	150
<i>Hartmann, K.</i> : Heilpädagogische Psychiatrie in Stichworten . . . . .	154	<i>Schneider, B.</i> : Lese- und Rechtschreibschwäche. Primäre und sekundäre Ursachen . . . . .	228
<i>Heim, N.</i> : Psychiatrisch-psychologische Begutachtung im Jugendstrafverfahren . . . . .	151	<i>Schneider, B.H., Rubin, K.H., Ledingham, J.E.</i> (Eds.): Childrens Peer Relation: Issues in Assesment and Intervention . . . . .	230
<i>Hofer, M.</i> : Sozialpsychologie erzieherischen Handelns . . . . .	230	<i>Schultz, H.J.</i> (Hrsg.): Kinder haben? Eine Entscheidung für die Zukunft . . . . .	233
<i>Huber, G.</i> : Sigmund Freud und Claude Levi-Strauss. Zur anthropologischen Bedeutung der Theorie des Unbewußten . . . . .	79	<i>Schulze, H., Johannsen, H.S.</i> : Stottern bei Kindern im Vorschulalter . . . . .	80
<i>Jaede, W., Porters, A.</i> (Hrsg.): Ausländerberatung. Kulturspezifische Zugänge in Diagnostik und Therapie . . . . .	271	<i>Silbereisen, R., Eyferth, K., Rudinger, G.</i> (Hrsg.): Development as Action in Context. Problem Behavior and Normal Youth Development . . . . .	79
<i>Jaeggi, E.</i> : Wir Menschenbummler. Autobiographie einer Psychotherapeutin . . . . .	315	<i>Sodian, B.</i> : Wissen durch Denken? Über den naiven Empirismus von Vorschulkindern . . . . .	155
<i>Kaiser, A., Oubaid, M.</i> (Hrsg.): Deutsche Pädagoginnen der Gegenwart . . . . .	187	<i>Speck, O., Peterander, F., Innerhofer, P.</i> (Hrsg.): Kindertherapie. Interdisziplinäre Beiträge aus Forschung und Praxis . . . . .	314
<i>Karren, U.</i> : Die Psychologie der Magersucht. Erklärung und Behandlung von Anorexia nervosa . . . . .	119	<i>Spieß, W., Motsch, H.J.</i> : Heilpädagogische Handlungsfelder I . . . . .	319
<i>Kegan, R.</i> : Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben . . . . .	118	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandlung . . . . .	187
<i>Klockhaus, R., Habermann-Morbey, B.</i> : Psychologie des Schulvandalismus . . . . .	30	<i>Szagan, G.</i> : Sprachentwicklung beim Kind . . . . .	152
<i>Klussmann, R.</i> : Psychosomatische Medizin. Eine Übersicht . . . . .	269	<i>Thalhammer, M.</i> (Hrsg.): Gefährdungen des behinderten Menschen im Zugriff von Wissenschaft und Praxis - Anfragen an Sondererziehung und Therapie . . . . .	30
<i>Krampen, G.</i> : Handlungsleitende Kognitionen von Lehrern . . . . .	188	<i>Thompson, J.</i> : Nukleare Bedrohung. Psychologische Dimensionen atomarer Katastrophen . . . . .	153
<i>Lasch, C.</i> : Das Zeitalter des Narzißmus . . . . .	316	<i>Tomann, W., Egg, R.</i> (Hrsg.): Psychotherapie. Ein Handbuch . . . . .	229
<i>Leixnering, W., Toifl, K.</i> : Leitfaden der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters . . . . .	81	<i>Venzlaff, U.</i> (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung . . . . .	317
<i>Lempp, R.</i> : Familie im Umbruch . . . . .	268	<i>Wedekind, E.</i> : Beziehungsarbeit. Zur Sozialpsychologie pädagogischer und therapeutischer Institutionen . . . . .	191
<i>Lorenz, J.H.</i> : Lernschwierigkeiten und Einzelfallhilfe . . . . .	319	<i>Wember, F.</i> : Piagets Bedeutung für die Lernbehindertenpädagogik . . . . .	83
<i>Mindell, A.</i> : The Dreambody: Körpersymptome als Sprache der Seele . . . . .	82	<i>Winship, E.C.</i> : Aus Kindern werden Leute . . . . .	154
<i>Müller, C.</i> (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie . . . . .	313	<i>Zagermann, P.</i> : Ich-Ideal, Sublimierung, Narzißmus. Die Theorie des Schöpferischen in der Psychoanalyse . . . . .	77
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Medikamente in der Kinder- und Jugendpsychiatrie . . . . .	78	<i>Zauner, J., Biermann, G.</i> (Hrsg.): Klinische Psychosomatik von Kindern und Jugendlichen . . . . .	267
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Jugendalters . . . . .	189		
<i>Nissen, G.</i> : Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter . . . . .	231	<b>Autoren der Hefte:</b> 27, 76, 117, 149, 186, 227, 266, 312	
<i>Petermann, F., Noeker, M., Bode, U.</i> : Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter . . . . .	320	<b>Tagungskalender:</b> 32, 84, 120, 157, 192, 236, 272, 322	
<i>Petermann, U.</i> : Training mit sozial unsicheren Kindern . . . . .	151	<b>Mitteilungen:</b> 33, 84, 121, 158, 193, 237, 273, 322	
<i>Piaget, J.</i> : Das moralische Urteil beim Kind . . . . .	81		
<i>Piaget, J., Inhelder, B.</i> : Die Psychologie des Kindes . . . . .	152		
<i>Pohlmeier, H., Deutsch, E., Schreiber, H.-L.</i> (Hrsg.): Forensische Psychiatrie heute . . . . .	312		
<i>Radnigg, W.</i> : Kognitive Entwicklung und zerebrale Dysfunktion . . . . .	235		
<i>Rose, S.J.</i> : Erkennen von Kindesmißhandlungen . . . . .	78		

# Verstehen statt Beurteilen

Von Johann-Christoph Student

## Zusammenfassung

Es wird gezeigt, wie eine tiefenpsychologisch fundierte Technik zur Erleichterung von Verstehensprozessen in Gruppen (das Göttinger Stufenmodell) in der Psychiatrie-Ausbildung von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen eingesetzt werden kann. Die Vorteile der Methode werden anhand eines Vergleiches ihrer Wirksamkeit in drei unterschiedlichen Lerngruppen diskutiert.

## 1 Das Göttinger Stufenmodell als Unterrichtsmethode in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

### 1.1 Psychiatrie in der Sozialarbeiter-/Sozialpädagogen-Ausbildung

Die Frage, „wieviel Medizin“ der Sozialarbeiter/Sozialpädagoge im Rahmen seiner Ausbildung benötigt, ist seit Jahren Gegenstand kontroverser Diskussion (z. B. *Viefhues* 1975, *Kühl* und *Wehkamp* 1980, *Student* 1984, *Waller* 1982). Was die Medizin dem Sozialarbeiter/Sozialpädagogen vor allem anbieten kann, sind Informationen über konkrete Krankheitsformen und der entsprechende Umgang mit ihnen. Solche Informationen erweisen sich in der Praxis immer dort als nützlich, wo der Sozialarbeiter/Sozialpädagoge zur Kommunikation mit Professionellen aus dem Bereich des Gesundheitswesens aufgerufen ist, insbesondere, wenn er Dolmetscher- und Vermittlerdienste zwischen Klient und Arzt zu leisten hat.

Im alltäglichen Umgang mit gesunden oder kranken Menschen dagegen kann das Wissen um Krankheiten ihm eher den Blick für den kranken Menschen selbst verstellen. Dies gilt in besonderem Maße für den Bereich der Psychiatrie. Dort ist der Bezug auf „Krankheitsbilder“ schon allein deshalb besonders problematisch, weil es bei den meisten psychiatrischen Diagnosen als strittig gelten darf, wieweit es sich überhaupt um abgegrenzte „Krankheitseinheiten“ handelt (*Kendell* 1978). Oft genug erweisen sich psychiatrische Diagnosen bei genauerer Nachprüfung eher als relativ willkürliche definitivische Zuordnung von Einzelsymptomen (vgl. z. B. *Schmidt u. a.* 1983). Diagnostisches Wissen im Bereich der Psychiatrie kann den Sozialarbeiter/Sozialpädagogen dazu verführen, Ein- und Ausgrenzungen von Klienten vorzunehmen, wo Eingliederung und Rückführung in die Gemeinde geboten wäre (*Dörner* und *Plog* 1984, S. 57f.). Gerade in der Fähigkeit, Menschen in ihrer Ganzheit und nicht als Träger von Symptomen wahrzunehmen, nicht nur Ausfälle und Störungen zu registrieren, sondern Fähigkeiten zu erkennen und zu fördern, liegt die besondere Kompetenz des Sozialarbeiters/Sozialpädago-

gen. Hierin unterscheidet er sich wesentlich von der Defektorientiertheit, d. h. krankheitsbezogenen Einstellung, wie sie in der Schulmedizin verbreitet ist.

Psychiatrischer Unterricht für Sozialarbeiter/Sozialpädagogen steht damit vor der schwierigen Aufgabe, einerseits medizinische Kenntnisse (vor allem Diagnosen) vermitteln zu müssen; andererseits aber die besondere Kompetenz des Sozialarbeiters/Sozialpädagogen zu erhalten und zu stärken: vor der Krankheit den kranken Menschen und darüber hinaus auch im Kranken noch das Gesunde zu erkennen. Der Psychiater muß sich deshalb in seinem Unterricht für Sozialarbeiter/Sozialpädagogen soweit zurücknehmen können, daß er diesen Qualifikationszielen nicht entgegenwirkt.

Im folgenden soll hierzu eine Methode skizziert werden, die die Chance in sich birgt, den o. g. Zielen im Rahmen des psychiatrischen Lehrangebotes für Sozialarbeiter/Sozialpädagogen zu dienen. Der Vergleich der Wirksamkeit dieser Methode in unterschiedlichen Lerngruppen wird ihren Nutzen aber auch ihre Grenzen deutlicher werden lassen.

### 1.2 Das Göttinger Stufenmodell

1975 beschrieb die Göttinger Psychoanalytikerin *Annelise Heigl-Evers* eine von ihr entwickelte Methode, die ursprünglich zu Supervisionsaufgaben entwickelt, sich als in vielfältigen Arbeitsvollzügen einsetzbar (*Lindner* 1974) erwies: das sogenannte Göttinger Stufenmodell (auch als Strukturierte Methode oder Göttinger Stufentechnik bezeichnet).

Ziel dieses Gruppenverfahrens ist es, den Prozeß des Verstehens in Gruppen zu erleichtern und zu üben, unabhängig davon, ob ein Text, ein Arbeitsvorhaben oder das Verhalten eines Menschen verstanden werden soll. – Der Prozeß des Verstehens wird in diesem Verfahren zunächst aufgespalten in drei Teilaspekte (Details zur praktischen Durchführung siehe bei *Heigl-Evers* 1975 und *Lindner* 1974):

- Wahrnehmungen: Als Sammlung von sinnlich wahrnehmbaren Daten im Zusammenhang mit dem zu verstehenden Gegenstand.
- Gefühle: Hier sollen die Gruppenmitglieder Gefühle aussprechen, Empfindungen wie sie stets bei intensiver Beschäftigung mit einem Gegenstand, einer Person einem Text o. ä. entstehen. Man könnte auch sagen, die Teilnehmer werden aufgefordert, die Frage zu beantworten: „Wie geht es mir angesichts...?“
- Einfälle: Mitteilen von Assoziationen, die der zu verstehende Gegenstand bei einzelnen Teilnehmern auslöst.

Diese drei Vorstufen des Verstehens werden von den Gruppenteilnehmern unter Anleitung des Gruppenleiters

nacheinander, streng getrennt durchlaufen. Die Gruppen sammeln gemeinsam die entsprechenden Informationen, die der Gruppenleiter stichwortartig (z. B. an einer Wandtafel) schriftlich festhält. Am Ende wird dann, auf der Basis der gewonnenen Daten, der Verstehensprozeß durch rationale Schlußbildungen abgeschlossen.

Von *Lindner* (1974, S. 12) werden im Unterschied zu anderen Gruppenverfahren folgende Vorteile des Göttinger Stufenmodells hervorgehoben:

- es ist stark inhaltsorientiert und damit gut geeignet, konkrete Arbeitsvorhaben zu fördern, ohne den Beziehungsaspekt aus den Augen zu verlieren;
- die Methode ist sehr leicht erlernbar und deshalb auch für Anfänger ein günstiges Medium, um die kreative Arbeit in Gruppen zu fördern.

Tatsächlich hat dieses einfache Hilfsmittel für Lern- und Arbeitsgruppen, das seine tiefenpsychologische Provenienz nicht zu leugnen vermag, mittlerweile eine relativ weite Verbreitung gefunden. Oft genug basiert seine Kenntnis auf mündlicher Tradition. Veröffentlichungen hierzu sind eine Rarität (*Specht*, 1982). Die Einfachheit der Methode macht allerdings auch die systematische Überprüfung von Lern- und Arbeitsfortschritten zusätzlich schwer und die Vergleichbarkeit von Ergebnissen verschiedener Arbeitsgruppen ist kaum gegeben. Andererseits sind die Vorgaben der Methode derart gering, daß sie sich als sehr flexibel anpaßbar an verschiedenartigste Arbeitsvorhaben erweist.

### 1.3 Die Anwendung des Göttinger Stufenmodelles in kinder- und jugendpsychiatrischen Lehrveranstaltungen

In zahlreichen Arbeitsgruppen, die im Bereiche der psychosozialen Versorgung – sei es in Beratungsstellen, psychiatrischen Kliniken o. ä. – tätig sind, hat sich das Göttinger Stufenmodell seit langem in der täglichen Arbeit bewährt. So war es naheliegend, diese Arbeits- und Supervisionsverfahren auch im Vorfeld solcher Tätigkeit schon anzuwenden: im Bereich psychiatrischer, auch kinder- und jugendpsychiatrischer Lehrveranstaltungen (*Specht*, 1977). Im folgenden soll die Anwendung, vor allem im Bereich der Ausbildung von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen an der Evangelischen Fachhochschule Hannover, beschrieben werden.

Um die Methode in Lehrveranstaltungen verwenden zu können, erschien es nützlich, sie in einigen Punkten zu modifizieren. Damit wird berücksichtigt, daß Lerngruppen andere Ziele verfolgen als die vorgenannten psychosozialen Arbeitsgruppen. Unterschiede zwischen Lern- und Arbeitsgruppen liegen zunächst schon allein in der Gruppengröße. Während im psychosozialen Bereich in der Regel kleinere überschaubare Arbeitsgruppen tätig sind, schwanken die Lerngruppengrößen in kinder- und jugendpsychiatrischen Seminaren an der Ev. Fachhochschule Hannover zwischen 20 und 60 Teilnehmern. Schon allein die Gruppengröße bedingt u. U. einen nur mäßigen Grad an gegenseitiger Bekanntheit der Teilnehmer. Die Vertrautheit miteinander wird im grundständigen Studium noch durch die – hochschultypische – Fluk-

tuation der Teilnehmer an Lehrveranstaltungen gemindert. Die Motivation, zu verantwortlichen Ergebnissen zu kommen, ist in Lerngruppen, die wissen, daß sie ihre Schlußfolgerungen nicht unverzüglich in der alltäglichen Arbeit umzusetzen haben, natürlich geringer als bei Mitarbeitern aus der Praxis. Schließlich löst das Thema „psychische Beeinträchtigung“ schon an sich bei den Seminarteilnehmern oftmals Irritationen aus. Häufig wird die Nähe der dargestellten Problematik zu eigenen Schwierigkeiten empfunden. Dies löst verstärktes Interesse aber auch zusätzliche Ängste aus, sich in der Gruppe überhaupt zu äußern, um sich nicht womöglich vor anderen bloßzustellen. Es wäre wohl illusionär zu erwarten, all diese Hindernisse im Rahmen von Lehrveranstaltungen ausräumen zu können. Was erreicht werden soll, ist jedoch eine möglichst niedrige Schwelle für die Mitarbeit zu erzielen, so daß eine allgemeine Arbeitsfähigkeit der Gruppe hergestellt wird.

Wir beginnen die Arbeit im Semester deshalb zunächst mit einer allgemeinen Erläuterung des Göttinger Stufenmodells. Hieran anschließend wird vom Dozenten (als Gruppenleiter) ein erster Durchgang mit der Methode veranschaulicht. An einem relativ einfachen Beispiel (z. B. seiner eigenen Situation der Gruppe gegenüber) teilt er Wahrnehmungen, eigene Gefühle und Einfälle der Lerngruppe mit und gelangt schließlich zu Schlußbildungen. Bei diesem einfachen, nur wenige Minuten dauernden Einstieg in die Methode, gibt der Gruppenleiter ein Stück von sich selbst preis. Er zeigt eigene Gefühle und Assoziationen und verringert damit selbst die Distanz zur Gruppe. Er demonstriert auch, daß Gefühle zu zeigen keineswegs gleichzusetzen ist mit sich in Gefahr begeben; und er zeigt schließlich damit, daß er selbst in der Lage ist, mit Gefühlsäußerungen angstarm umzugehen und dadurch andere Teilnehmer vor Beängstigungen zu schützen.

Vergleicht man Arbeitsgruppen, bei denen der oben skizzierte Einstieg gewählt wurde mit solchen, bei denen nur theoretisch das Vorgehen erläutert wurde, dann zeigt sich, daß erstere eine deutlich größere Zahl an „Gefühlen“ und „Einfällen“ nennen als letztere. Dieser Trend gilt nicht nur für den ersten Durchgang sondern bleibt auch bei den weiteren Durchgängen im Laufe des Semesters erkennbar.

Nach dieser Einführung, die nur zu Beginn des Semesters so ausführlich gegeben wird, folgt dann ein Fallbericht aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. Analog ließen sich ein Videoband oder eine Amtsakte verwenden. Anschließend erhalten die Studenten zunächst Gelegenheit Rückfragen zu stellen, sofern sie diese für so wichtig halten, daß sie „anders nicht weiter arbeiten können“. Von der Methode her wäre dieser Schritt nicht erforderlich, er könnte sogar als in Widerspruch dazu stehend angesehen werden. Wenn wir diese Fragephase einschieben, hat dies vor allem das Ziel, die Ängstlichkeit der Studenten mit der Materie in derart großen Gruppen zu reduzieren und Spannungen abzubauen. Der Dozent gibt hierdurch ein Stück Macht und Wissensautonomie aus der Hand. Nicht er allein ent-

scheidet, was aus der Vielfalt von Verhaltensvariablen eines Menschen mitgeteilt wird, sondern die Teilnehmer entscheiden mit. Läßt man diese Fragephase aus, ist der Widerstand gegen die Methode bisweilen so groß, daß er zu Arbeitsstörungen führt. Diese äußern sich in spärlicher Mitarbeit auf der Stufe der „Gefühle“ und „Einfälle“ und relativ vordergründigen Fragenkatalogen im Bereich der „Schlußbildung“.

Die Zahl der sich aktiv beteiligenden Studenten bleibt in der Regel durchaus begrenzt. Ihr Prozentsatz scheint mit zunehmender Gruppengröße – erwartungsgemäß – eher abzunehmen. Dies muß den Arbeitsprozeß jedoch keineswegs stören, solange sich keine Langeweile ausbreitet. Dieses scheint aber nicht von der Zahl der aktiv Beteiligten abzuhängen. Die nonverbalen Reaktionen der Studenten machen durchaus deutlich, wie stark die innere Beteiligung auch (oder sogar gerade) der verbal nicht aktiven Teilnehmer ist. Je größer die Gruppe, desto vielfältiger ist das Spektrum der Nennungen, desto größer also auch die Wahrscheinlichkeit, daß die innere Betroffenheit aller Seminarteilnehmer erreicht wird, sich möglichst alle vertreten fühlen. Ebenso ist in größeren Gruppen die Tendenz zu hart gegeneinander gesetzten, kontroversen Äußerungen größer. Auch dies steigert offenkundig die Anteilnahme aller Seminarteilnehmer. Insofern ist die größere Gruppe für das gewählte Verfahren und das verfolgte Lernziel nicht unbedingt hinderlich. Allerdings scheint sich uns eine Obergrenze (für unvertraute Gruppen) bei ca. 70 Teilnehmern darzustellen.

Sobald die Gruppe erste Erfahrungen im Umgang mit der Methode gemacht hat, läßt diese sich innerhalb einer Doppelstunde (90 Minuten) mit befriedigendem Ergebnis anwenden und dabei die gemeinsame Arbeit an einer Fallgeschichte abschließen. Erst nach diesem Arbeitsschritt werden die Studenten in den folgenden Stunden mit der spezifisch psychiatrischen Arbeitsweise vertraut gemacht. Durch Rückgriff auf die von den Studenten erarbeiteten Schlußbildungen wird deutlich gemacht, wo Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den von der Lerngruppe vorgeschlagenen Vorgehensweisen und der Arbeitsweise des Kinder- und Jugendpsychiaters bestehen. Bei diesem Vorgehen relativiert sich der Wert der psychiatrischen Diagnose schon dadurch, daß die Studenten erleben, daß ihre eigenen Schlußbildungen bereits Hinweise auf therapeutisches Vorgehen, wie es u. U. auch der Psychiater wählt, enthalten – ohne daß von ihnen dessen Diagnose benutzt worden wäre. Psychiatrische Diagnosen haben bekanntlich für das therapeutische Handeln in der Psychiatrie nur einen sehr begrenzten Wert (vgl. Dörner 1975, Kendell 1978).

#### 1.4 Vorteile der Arbeit mit dem Göttinger Stufenmodell

Das Göttinger Stufenmodell hat sich uns über eine Reihe von Jahren hin in der Ausbildung von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen im Rahmen kinder- und jugendpsychiatrischer Lehrveranstaltungen als nützlich erwiesen. Seine Vorzüge lassen sich unter vier Arbeitsaspekten zusammenführen:

- a) Das Göttinger Stufenmodell wird dem Arbeitsziel, in größeren Lerngruppen einen gemeinsamen Arbeits- und Verstehensprozeß zu ermöglichen, gerecht. Unterschiedliche Vorkenntnisse und -erfahrungen, wie sie für Lerngruppen im Hochschulfachbereich typisch sind, werden durch die einfache, gut durchschaubare Struktur der Methode aufgefangen. Vorkenntnisse mit der Methode selbst sind bei der skizzierten Anwendungsform nicht erforderlich. Die Methode läßt dabei genügend Rückzugsmöglichkeiten für den einzelnen, wie er bei Lerngruppen, die nur einen lockeren Zusammenhalt besitzen, erforderlich ist. Andererseits macht die klare Gliederung in Stufen auch das Schweigen von Teilnehmern in gewissen Grenzen bedrückt. Es ist für die Gruppe deutlich, wer auf welcher Stufe schweigt.
- b) Das Göttinger Stufenmodell involviert die Seminarteilnehmer in die berichtete Fallgeschichte. Die Teilnehmer haben weniger Möglichkeiten, zu den „irren“ Verhaltensweisen auf Distanz zu gehen. Die Studenten werden angeregt, sich durch eigene Gefühle und Assoziationen mit den handelnden Personen der Geschichte zu verbinden. Der Bereitschaft zur Ausgliederung gegenüber abweichenden Verhaltensweisen wird entgegen gewirkt. Die Studenten erleben einerseits, daß ihre eigenen Gefühle bei einigen Teilnehmern Resonanz finden. Andererseits erfahren sie aber auch, daß andere Teilnehmer gegensätzliche Gefühlsregungen zeigen. Auf diese Weise wird die eigene Position der Gruppenmitglieder relativiert. Kühl distanzierte Einordnungen von auffälligen Verhaltensweisen, wie sie psychiatrische (und andere!) Diagnosen nahelegen, werden vermieden. Letztlich verringert die Methode auch ein für den Dozenten im Psychiatrieunterricht oft bestehendes Dilemma: die Gefahr der „Ausbeutung“ des Patienten zum Zwecke der Lehre, indem dieser, wenn auch noch so anonym, zu Lernzwecken „vorgeführt“ wird. Stattdessen treten die Seminarteilnehmer mit dem virtuellen Patienten mittels des Göttinger Stufenmodells in einen sehr intensiven Dialog ein.
- c) Die Expertenrolle des Psychiaters wird mittels des Göttinger Stufenmodells relativiert. Sowohl der einzelne Student als auch die Seminargruppe als Gesamtheit wird in die Lage versetzt, sich vorab auf eigene Vorkenntnisse und Vorerfahrungen, auf eigenes Expertentum zurückzubedenken. Oft genug werden die Teilnehmer dabei die Erfahrung machen, daß sie mit ihrem bereits erworbenen professionellen oder vorprofessionellen Handwerkszeug durchaus in der Lage sind, tragfähige Lösungsansätze selbst zu erarbeiten. Wenn im späteren Verlauf des Seminars, bei der systematischen Besprechung von Therapieansätzen für die Studenten erkennbar wird, wieweit ihre eigenen Überlegungen in den Bereich professionellen therapeutischen Handelns hineinragen, so ist damit ein wichtiger Beitrag zur Entzauberung der Psychotherapien geleistet. Zugleich wird dem Aberglauben entgegenge wirkt, die Diagnose sei es, die zur richtigen Umgangs-

form mit dem verhaltensauffälligen Kind oder Jugendlichen führe. Diese taucht ja in unserem Zusammenhang nicht einmal zwingend auf.

- d) Nicht zuletzt sei hier erneut auf einen weiteren wichtigen Vorzug des Göttinger Stufenmodells verwiesen: die leichte Erlernbarkeit der Methode. Die Seminarteilnehmer erhalten die Möglichkeit, im Laufe eines ein- oder zweisemestrigen Seminar-Angebotes gewissermaßen nebenbei diese nützliche Supervisionshilfe zu erlernen. Gerade in Zeiten knapper werdender Mittel im Bereich der psychosozialen Versorgung, kann das Erlernen einer solchen Hilfsmethode besonders nützlich sein. Gleichzeitig könnte sie die Autonomie des Sozialarbeiters/Sozialpädagogen in seinen praktischen Arbeitsvollzügen stärken, wenn er erfährt, daß er sich auch in diesem Bereich nicht von Experten dominieren lassen muß.

## 2 Arbeitsergebnisse in drei unterschiedlichen Lerngruppen

### 2.1 Einige Charakteristika der drei Lerngruppen

Versucht man die Erfahrungen mit dem Göttinger Stufenmodell als Unterrichtsmethode zu systematisieren, stößt man sogleich auf die bereits erwähnten engen Grenzen. Was diese Methode im Einsatz für Lehrveranstaltungen so hilfreich macht, begrenzt zugleich auch die wissenschaftliche Auswertung der mit ihr erzielten Ergebnisse. Der relativ geringe methodische Aufwand den sie beansprucht, die fehlende Standardisierung der Methode, machen exakte Vergleiche schwer möglich und müßten im Zweifelsfalle mit einem erheblichen Verlust an Unterrichtslebendigkeit erkaufte werden. Im folgenden soll deshalb auch nur versucht werden, einige Eindrücke und Erfahrungen mit der Methode in unterschiedlichen Lerngruppen-Typen – durchaus subjektiv – zu beschreiben. Es handelt sich dabei um Arbeitsergebnisse, die im Rahmen von kinder- und jugendpsychiatrischen Lehrveranstaltungen entstanden sind:

- im grundständigen Studium der Sozialarbeit/Sozialpädagogik,
- an einer Lehranstalt für Logopädie und
- im berufsbegleitenden Studiengang der Sozialarbeit/Sozialpädagogik der Ev. Fachhochschule Hannover.

Hier zunächst einige mehr formale Angaben zu den drei Lerngruppen. Die Besonderheit der Gruppen im grundständigen Studium der Sozialarbeit/Sozialpädagogik lauten kurz formuliert: relativ große Gruppen (bis zu 70 Teilnehmern), mäßiger Bekanntheitsgrad der Gruppenmitglieder untereinander, deutliche Fluktuation der Teilnehmer.

Die Logopädiestudenten stellen die kleinste und am festesten gefügte Lerngruppe (ca. 15 Teilnehmer) dar. Kinder- und Jugendpsychiatrie ist dort Teil des engen Lehrplanes; die Teilnahme ist für alle Schüler verpflichtend, das Fach obligatorischer Teil der staatlichen Abschlußprüfung.

Entsprechendes wie für das grundständige Studium gilt grundsätzlich auch für den berufsbegleitenden Studiengang. Für den psychiatrischen Unterrichtsteil gilt formal, daß die Lerngruppen hier kleiner als im grundständigen Studium sind (knapp 20 Teilnehmer), die Veranstaltungen im Block durchgeführt werden, die Fluktuation der Teilnehmer relativ gering und der Bekanntheitsgrad der Teilnehmer untereinander hoch ist – was nicht im gleichen Maße für die gegenseitige Vertrautheit gilt! Nahezu alle Teilnehmer am berufsbegleitenden Studiengang haben – wie auch immer geartete – Vorerfahrungen mit Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen im weitesten Sinne.

Allen drei Lerngruppen gemeinsam ist angesichts des Göttinger Stufenmodells zunächst eine gewisse Irritation durch die unerwartete Vorgehensweise. Die Teilnehmer nehmen rasch wahr, daß hier eigene Betroffenheit hergestellt wird, was ihren Vorerwartungen nicht entspricht. Alle Lerngruppen sind jedoch gut motivierbar, sich auf diese Arbeit einzulassen. Rasch läßt sich in der Regel die nötige Bereitschaft zur Mitarbeit erzielen. In der Arbeit an den einzelnen Stufen werden dann jedoch bald unterschiedliche Einstellungen und Arbeitsstile der drei Lerngruppentypen deutlich.

### 2.2 Umgang mit der Stufe „Wahrnehmungen“

Alle Lerngruppen sind sehr rasch bei der Arbeit an den Wahrnehmungen. Diese Stufe erfährt meistens sehr viele Nennungen. Den Studenten im grundständigen Studium fällt es dabei allerdings oft schwer, zwischen den sinnlich wahrnehmbaren Inhalten und eigenen Vermutungen und Empfindungen zu unterscheiden. Für diese Gruppe ist deshalb ein besonders wichtiger Lerneffekt mit der Abgrenzung zu den beiden folgenden Stufen („Gefühle“ und „Einfälle“) verbunden.

Die Logopädie-Schüler haben mit nüchterner Datensammlung wohl die geringsten Schwierigkeiten. Dies mag mit ihrer medizinisch orientierten Ausbildung zusammenhängen, die „objektive“ Datensammlung trainiert. Die Schüler neigen im hohen Maße dazu, die Nennungen aller Stufen zu notieren. Vielleicht hängt dies mit der Verschulung ihrer Ausbildung zusammen; eventuell liegt auch eine Überschätzung des konservierbaren Wertes der erarbeiteten Informationen vor; letztlich mag es auch ein Versuch sein, Distanz zu gewinnen.

Die Teilnehmer des berufsbegleitenden Studienganges neigen dazu, bereits im Wahrnehmungsteil mit „Schlußbildungen“ zu beginnen. Insbesondere kommt es hier häufig zur Nennung von (psychiatrischen) Diagnosen. Die Studenten artikulieren, daß sie sich mit den bloßen Wahrnehmungen unterfordert fühlen; diese Stufe liege eigentlich schon hinter ihnen.

### 2.3 Umgang mit den Stufen „Gefühle“ und „Einfälle“

In allen drei Lerngruppen bedarf es intensiven Werbens, um „Gefühle“ und Assoziationen („Einfälle“) laut werden zu lassen. Insgesamt bleibt hier die Zahl der

Nennungen weit hinter der der „Wahrnehmungen“ zurück. Assoziationen zu nennen fällt dabei erwartungsgemäß noch schwerer als „Gefühle“ mitzuteilen.

Den Studenten des grundständigen Studiums gelingt es nach üblichen Anlaufschwierigkeiten meistens rasch, sich auf die Mitteilung von Gefühlen einzulassen – relativ unabhängig von der Gruppengröße. Oft entstehen dabei erhebliche emotionale Spannungen in der Gruppe; es brodeln regelrecht; nicht selten betreffen die genannten Gefühle nach einiger Zeit auch die Beziehung von einzelnen Gruppenteilnehmern (z. B. „Ärger über Deine Distanz“). Insgesamt scheinen diese Studenten rasch und gut an den Umgang mit Gefühlen gewöhnt zu sein. Die Angst hält sich in Grenzen.

Anders bei den Logopädie-Schülern: Die Irritation angesichts dieses Arbeitsteils bleibt oft über mehrere Durchgänge erhalten. Bisweilen hat man den Eindruck, daß sie sich zwar in die Bearbeitung dieser Stufe fügen, aber doch durch merklich blasse „Gefühle“ einen gewissen Widerstand signalisieren. Es wiederholen sich immer wieder Nennungen wie „Mitleid mit X“, „Mitgefühl mit Y“, „Verständnis für Z“. Kontroversen werden lange Zeit gemieden.

Auch bei den Teilnehmern des berufsbegleitenden Studiengangs bleiben die Nennungen auf diesen beiden Stufen merklich blaß. Deutlich persönlich gefärbten Äußerungen (z. B. „erinnert mich an meine Mutter“) folgt bisweilen betretenes Schweigen. Die Neigung, über die „Richtigkeit“ von Gefühlen zu diskutieren und andere Umwege um diese Stufe zu suchen ist deutlich. Dennoch gewinnt man den Eindruck, daß die Betroffenheit (möglicherweise durch eigene unausgesprochene Emotionen) auf diesen beiden Stufen höher ist als in den anderen Lerngruppen. Diese berufstätige Studentengruppe ist allerdings auch am stärksten über die aktuelle Lernsituation hinaus von den Erfahrungen auf dieser Stufe betroffen: sich damit konfrontiert zu sehen, daß auch Klienten, mit denen man gestern noch glaubte durchaus distanziert umgehen zu können und zu müssen, etwas mit eigenen Vorerlebnissen, ja unmittelbaren eigenen Gefühlsregungen zu tun haben könnten, wird leicht als bedrohlich erlebt. Vielleicht gehört es aber auch nicht zum Selbstverständnis dieser Lerngruppe, sich untereinander über allzu Persönliches auszutauschen.

#### 2.4 Umgang mit der Stufe „Schlußbildung“

Mit einem Ausdruck der Erleichterung gehen die Studenten des grundständigen Studiums und die Logopädie-Schüler auf die Schlußbildungen über. Die Schlußbildungen der Sozialarbeiter-Studenten im grundständigen Studium wirken bisweilen recht kreativ (z. B. „Familienalbum zeigen lassen“). Sie beziehen sich meistens zunächst auf weitere Klärungswünsche (z. B. „Genauere Informationen von der Beratungsstelle einholen“). Es folgen dann Versuche, die geschilderten Prozesse zu verstehen, eigene Erklärungsmodelle zu entwickeln (z. B. „Aggressivität dient als Ventil bei Überforderungen“). Selten werden konkrete Überlegungen zu veränderndem Han-

deln angeboten (z. B. „Emotionale Überforderung der Mutter angehen“). Gerade bei den ersten Durchgängen sind allerdings noch unspezifische Suchbewegungen ohne klar erkennbares Ziel deutlich, die sich mit eingeschalteten Serien von ganz konkreten Zusatzfragen äußern und Unsicherheit signalisieren.

Von den Logopädie-Schülern werden die Schlußbildungen oft als Aufforderung verstanden, diagnostische Einschätzungen (z. B. „Frühkindlicher Hirnschaden“ u. ä.) abzugeben und therapeutische Handlungen (z. B. „Spieltherapie“) vorzuschlagen. Der Zusammenhang mit den vorhergehenden Stufen erscheint durchaus nicht immer zwingend. Wie groß der Verstehensgewinn durch die vorhergehenden Stufen ist, läßt sich deshalb schwer abschätzen.

Aufgrund der Vorbildung der Teilnehmer am berufsbegleitenden Studiengang hätten ähnliche Ergebnisse wie bei den Logopädie-Schülern im Schlußbildungs-Teil erwartet werden können (insbesondere das Nennen psychiatrischer Diagnosen). Statt dessen erinnern die Ergebnisse hier weit stärker an die Schlußbildungen der Studenten des grundständigen Studiums. Auffällig sind (wenigstens bei den ersten Durchgängen) die ausgeprägten Suchbewegungen, die wenig gezielt wirken (z. B. diffuse Rückfragen zur Vorgeschichte). Es werden hier zahlreiche Rückfragen zur Sache gestellt, die auf stark irritierte Unsicherheit schließen lassen. Es hat bisweilen den Anschein, als seien die Teilnehmer ihrer professionellen Vorerfahrung weitgehend verlustig gegangen. Diagnostische Einschätzungen, wie sie noch bei den „Wahrnehmungen“ eingeflochten wurden, unterbleiben nun. Sie scheinen fragwürdig geworden zu sein.

#### 2.5 Verstehensfortschritte in den drei Lerngruppen

Bei zugespitztem Vergleich der Verstehensfortschritte, wie sie in den drei Lerngruppen erreicht werden, lassen sich folgende Hypothesen formulieren. Die Studenten des grundständigen Studiums vermögen sich offenbar an eine, die eigenen Gefühlsanteile akzentuierende Verstehensmethode am raschesten anzupassen. Ihnen gibt die Methode, die mit Erfahrungen aus anderen Lehrveranstaltungen korrespondiert, möglicherweise ein Maß an Sicherheit, das es ihnen erleichtert, zu eigenen Vorkenntnissen und Vorerfahrungen zu stehen. Wichtig erscheint es jedoch für sie, zu lernen, zwischen eigenen Anteilen und denen der Klienten auch wieder zu unterscheiden.

Die Logopädie-Schüler sind am wenigsten von der Methode berührt. Das heißt nicht, daß ihnen diese Methode keinen Verstehensgewinn beinhalten würde; die stabilisierende Wirkung des medizinisch-naturwissenschaftlich geprägten Schulausbildungsganges wird jedoch erst in einem recht allmählichen Entwicklungsprozeß über zwei Semester hin teilweise aufgebbar.

Die Studenten des berufsbegleitenden Studiengangs erleben durch die Methode womöglich am schmerzlichsten, wie ihnen alte, liebgewordene Verstehensmodelle brüchig werden. Hier aber liegt gerade der mögliche Lernfortschritt: Über die Erfahrung, wie stark eigene Er-

lebensanteile an der Beurteilung von Situationen und Menschen beteiligt sind, relativiert sich distanzierteres Diagnostizieren, werden eigene private Ressourcen zur Unterstützung der Klienten freigelegt und mögliche Einstellungsänderungen angestoßen – oder doch wenigstens einer Bereitschaft hierfür der Grundstein gelegt. Der Umgang mit dem Göttinger Stufenmodell ist demnach für die Teilnehmer am berufs begleitenden Studiengang vermutlich am mühevollsten. Die Chance für Erkenntnis- und Verstehensfortschritte aber vielleicht die größte unter allen drei betrachteten Lerngruppen.

### 3 Schluß

Über die Nützlichkeit des Göttinger Stufenmodells für den psychiatrischen Unterricht läßt sich zusammenfassend folgendes sagen: Es handelt sich hierbei um eine leicht erlernbare, den gemeinsamen Verstehensprozeß auch in größeren Lerngruppen erleichternde Methode. Es beläßt dem Lernenden seine eigene Kompetenz gegenüber anderen Fachleuten und erweitert diese dadurch, daß ihm die Möglichkeit geboten wird, abweichendes Verhalten nicht als ein als fremd zu beurteilendes Phänomen auszugrenzen, sondern abweichendes Verhalten als etwas zu verstehen, das auch mit ihm selbst zu tun hat. Damit ermöglicht es „gesunde“ Solidarität mit dem Andersartigen und heilsame Unsicherheit gegenüber Ordnungssystemen, die Menschen nach ihren kranken Anteilen katalogisieren und damit im Zustand der Krankheit festzuhalten drohen.

### Summary

#### *Understanding instead of Judging*

This article shows how techniques based on depth psychology that facilitate understanding in groups (the

Göttingen graded model) can be implemented in training in psychiatry, social welfare and social pedagogics. The advantages of the method are discussed on the basis of a comparison of their effectiveness in three different groups of learners.

### Literatur

- Dörner, K.* (1975): Diagnosen der Psychiatrie. Frankfurt: Campus. – *Dörner, K.; Plog, U.* (1984): Irren ist menschlich. Rehbürg-Loccum: Psychiatrie-Verlag. – *Heigl-Evers, A.* (1975): Die Stufentechnik der Supervision – Eine Methode zum Erlernen der psychoanalytischen Beobachtungs- und Schlußbildungsmethode im Rahmen der angewandten Psychoanalyse. Gruppentherapie, Gruppendynamik 9, 43–54. – *Kendell, R. E.* (1978): Die Diagnose in der Psychiatrie. Stuttgart: Enke. – *Kühl, J.; Wehkamp, K.-H.* (1980): Die Rolle der Medizin in der Ausbildung von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen. Neue Praxis 10, 407–415. – *Lindner, W.-V.* (1974): Kreative Gruppenarbeit nach dem Göttinger Stufenmodell. Werkstatt predigt 10, 2–14. – *Schmidt, M.H. u.a.* (1983): Bedeutung zerebraler Dysfunktion bei Achtjährigen. Z. Kinder- Jugendpsychiat. 10, 365–377. – *Specht, F.* (1977): pers. Mittlg. – *Specht, F.* (1982): Erfahrungen mit der Förderkonferenz an einer Integrierten Gesamtschule (IGS). In: *Gerlicher, K.* (Hrsg.): Schule – Elternhaus – Beratungsdienste. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – *Student, J.-C.* (1984): Was nützt ein kinder- und jugendpsychiatrisches Lehrangebot angehenden Sozialarbeitern/Sozialpädagogen? In: *Remschmidt, H.* (Hrsg.): Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Stuttgart: Enke. – *Viehshues, H.* (1975): Der Sozialarbeiter im Gesundheitswesen. Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Frankfurt: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege. – *Waller, H.* (Hrsg.) (1982): Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Weinheim: Beltz.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. med. J.-C. Student, Ev. Fachhochschule Hannover, Blumhardtstr. 2, 3000 Hannover 61.