

Psychiatrische Sprachspiele -

von Objekten-in-BeHandlungen zu Personen-in-VerHandlungen

Klaus G. Deissler

Zusammenfassung

Einleitung

Systemische Moderne und psychiatrische Sprachspiele

Die soziale Konstruktion psychiatrischer Möglichkeiten

Vorbeugung bzw. Vermeidung psychiatrischer Zwangskontexte

Auflösung psychiatrischer Zwangs- und BeHandlungskontexte

Referenzen und Selbstreferenzen

Psychiatrische Sprachspiele -

von Objekten-in-BeHandlungen zu Personen-in-VerHandlungen¹

Klaus G. Deissler

For it makes a difference, a real difference as to whether we treat each other as beings of a certain type: impersonal? mechanical? worthy? unworthy? artistic? organismic? dialectical? spiritual? commercial? ...and so on, but hardly ever as equal conversational partners on a par with ourselves.

John Shotter

Zusammenfassung

In diesem Aufsatz soll gezeigt werden, daß psychiatrische Wirklichkeiten *sozial-konstruierte Wirklichkeiten* sind. Das heißt, diese Wirklichkeiten werden *in Sprache* hergestellt, aufrecht-erhalten und auf-gelöst. Die sprachliche Herstellung psychiatrischer *KonTexte* und Diskurse bedient sich vor allem der Metaphern der *Sozialen Kontrolle* (Macht und Zwang), des *Helfens und Betreuens* und schließlich *biochemischer* oder *hirnorganischer Sinnbilder* zur *Herstellung von Diagnosen*. Diese psychiatrisch-sprachlichen Praktiken finden ihre Entsprechung in psychiatrischen Eingriffen und Anwendungen, die auf physische Prozesse abzielen: Sogenannte *medizinische Operationen bzw. psychiatrische BeHandlungen, die objektivierten Krankheitsbefunden folgen*.

Da die hier vertretene *sozial-konstruktionistische Auffassung* davon ausgeht, daß psychiatrische Praxis ebenso wie jede andere soziale Tätigkeit vor allem in Sprache stattfindet, wird vorgeschlagen, die AufLösung psychiatrischer «Probleme» ebenfalls in

¹ Die hier entwickelten Gedanken sind zum Teil in jahrelanger freundschaftlicher und kritischer Auseinandersetzung zwischen meinen engsten Freunden und Mitstreitern Thomas Keller, Roswitha Schug, Walter Zitterbarth, Getrud Katharina Pietsch, Jürgen Dittmar und Frauke Schmidt-Sibeth und mir entstanden. Ausdrücklich bedanken möchte ich mich auch bei den Mitgliedern des «Langenfelder Kooperationsstudienseminars» und dem «Meisterkurs reflexiv-systemischer Therapie 1994/95» für die kritischen und konstruktiven Kommentare.

Sprache vorzunehmen. Dabei legen die sozial konstruktivistischen Überlegungen einen Wandel nahe, der neue Formen der Praxis nach sich zieht: Alternative Formen von *Kooperationen und Verhandlungen zwischen den am «Problem» beteiligten Partnern* können die bisherigen Formen psychiatrischer Praxis ergänzen bzw. ersetzen.

Anhand zweier Modelle wird aufgezeigt, daß es solche Formen psychiatrischer Praxis bereits gibt und diese erfolgreich angewandt werden können.

Einleitung

Einer der fast vergessenen Texte, die sich mit «Psychiatrie, systemischem Denken und Kommunikation» beschäftigten und der dieser Tage in deutscher Erstauflage erscheint, ist Ruesch und Batesons «Communication - The social Matrix of Psychiatry» (1951, deutsch: 1995). Die wichtigsten Gedanken dieses Buches - so, wie ich es gelesen habe - bestand in der Auffassung, daß das, was *zwischen* Psychiatern und Patienten passiert bzw. kommuniziert wird, wichtiger ist, als Eigenschaften, die man Klienten zuschreibt bzw. daß die Zuschreibung solcher Eigenschaften selbst Akte der Kommunikation sind. «Kommunikation als soziale Matrix der Psychiatrie» im oben beschriebenen Sinne schien in den letzten Jahren fast verlorengegangen zu sein.

In der Diskussion um systemtherapeutische Konzeptionen hat die Erörterung «radikal-konstruktivistischer» Ideen zu diesem Phänomen beigetragen: Einerseits näherten sich die Ideen mehr und mehr «solipsistischen» Positionen, die sich in dem Standpunkt ausdrückten, alle Wahrnehmungen seien einzig *individuelle Konstruktionen* - selbst der *Gesprächspartner sei eine Konstruktion des Beobachters*. Andererseits wurden *systemverändernde interventionistische Praktiken*, die Gruppierungen von Menschen als *beobachterunabhängige «Objekte» be-handelten* und in der Metapher² gipfelten, eine Intervention sei die «Harpune im pathologischen Spiel der Familien» (vgl. Prata, 1991), herausgebildet.

Dieser krasse Widerspruch zwischen erkenntnistheoretischem bzw. radikal-konstruktivistischem Anspruch einerseits und einer verdinglichenden, Klienten als Objekte behandelnden systemtherapeutischen Praxis andererseits führte bei einigen Kollegen - mich selbst eingeschlossen - zu einem Unbehagen bezüglich

² Zur Bedeutung von Metaphern in der Gestaltung unseres Alltagslebens vgl. Lakoff & Johnson (1980).

der eigenen systemischen, psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Vorgehensweisen³. Dieses Unbehagen teilten wir mit Kolleginnen und Kollegen im Ausland: So hat Tom Andersen zusammen mit seinen KollegInnen in Tromsø, Nordnorwegen, eine therapeutische Gesprächsform entwickelt, die er «Reflektierendes Team» (1985) nannte und Harlene Anderson & Harold Goolishian entwickelten ihren «kollaborativen sprachsystemischen Ansatz» (1992).

Als diese Beschreibungen neuer praktischer therapeutischer Tätigkeit entwickelt wurden, war noch nicht eindeutig abzusehen, daß der «soziale Konstruktivismus» (Gergen, 1985 und 1994) wieder mehr das, was *zwischen den Konstrukteuren* - sprich: *beobachtenden Sprechern oder sprechenden Beobachtern* - abläuft, betont. Erst in den letzten Jahren wird zunehmend klar, daß der soziale Konstruktivismus einen Verständigungs- und Konstruktionszusammenhang für die am Prozeß der Weiterentwicklung psychotherapeutischer Praxis beteiligten Personen darstellt: Er schafft einen flexiblen Rahmen, *Gespräche als wirklichkeitserzeugende Aktivität zu beschreiben, zu verstehen und in ihren Möglichkeiten weiterzuentwickeln*. Gergen (1994, a.a.O.) hat dies in folgendem Satz prägnant zusammengefaßt: «Communicamus ergo sum».

Systemische Moderne und psychiatrische Sprachspiele

Wenn man Epochen der psychotherapeutischen Entwicklung unterscheiden will, so kann man sicher davon ausgehen, daß sich auch eine sogenannte

³ Hier beziehe ich mich besonders auf die KollegInnen der Langenfelder Arbeitsgruppe, die sich im «Kooperationsstudienseminar» an der Langenfelder Klinik, das inzwischen seit 10 Jahren besteht und von mir geleitet wird, engagieren.

*systemische Moderne*⁴ entwickelt hat und diese die aktuelle Therapieszene dominiert: Die systemische Moderne zeichnet sich dadurch aus, daß fast alles für machbar gehalten wird und man dazu technologisches Wissen und Können einsetzen kann. - Häufig im Gegensatz zu Bateson und seinen systemischen Ideen, werden oft sogenannte systemische Therapien oder Praxis dazu eingesetzt, «soziale Kontrolle» zu ermöglichen bzw. sie zu verbessern⁵. Der Wunsch als *systemischer Experte*, die Symptome der Klienten zu kontrollieren, sie zu kanalisieren und schließlich durch gezielte Interventionen zu beseitigen, ist vordringliches Interesse moderner systemischer Denk- und Handlungstraditionen im psychotherapeutischen Feld. Dabei ist der Anspruch, daß systemische Theoriengebilde metatheoretisch sein sollen, also übergeordnete Denk- und Handlungsschemata vorgebend, oft gepaart mit dem rhetorischen Interesse, gleichzeitig im Interesse der Klienten zu handeln und «kundenorientert» zu arbeiten. Wenn man so will, ist die modisch-versierte Verwendung der Sprache der «2. Kybernetik», des «radikalen Konstruktivismus» und «chaostheoretischer Termini» ein Hinweis auf den Versuch, alle möglichen neuen Entwicklungen in die systemische Moderne zu integrieren. Die Praxis aber zeigt, daß der systemische Anspruch in Form theoretischen Vokabulars und die therapeutische Wirklichkeit weit auseinanderklaffen: Die versierte Anwendung von Interventionen seitens systemischer Experten und die unreflektierte Nutzung von Einwegscheibe, Video- und anderen modernen Technologien zeigt häufig die Tendenz auf, *Klientensysteme zu objektivieren* und sie - höchstmodern - *systemisch zu be-handeln, in diese zu intervenieren und damit zu kontrollieren*.

⁴ Zum Begriff «Systemische Moderne» vgl. a. Hassard, 1994.

⁵ Bateson selbst hat sich in verschiedenen Gesprächen skeptisch über einige sogenannte «systemische Therapien» geäußert (Bateson, 1979).

Wie wir weiter unten sehen werden, ähneln systemische Vorgehensweisen damit vom Stil und Inhalt dem, was ich als «*psychiatrische Sprachspiele*» bezeichnen werde.

Zunächst möchte ich jedoch einen zusammenfassenden Überblick über die Kennzeichen der *systemischen Moderne* im psychotherapeutischen Bereich geben:

Kennzeichen der systemisch-modernen experten-ethischen Psychotherapiepraxis: Der 'Experte' weiß, was für den 'Kunden' gut ist.

1. Gesprächsorganisierende Metapher: «Regelgesteuertes System»

Klientensysteme werden als Systeme von Beziehungen, die durch Regeln organisiert, gesteuert und determiniert werden, aufgefaßt. Da angenommen wird, daß diese unabhängig vom Beobachter (z.B. einem *systemischen Experten*) existieren, kann man dieses System durch Eingriffe von außen (Interventionen) hinsichtlich bestimmter Merkmale quantitativ und bezüglich ihrer Strukturen qualitativ verändern.

2. Diagnostisches und interventionistisches Expertentum des Therapeuten

Therapeuten können erkennen, um welche Störung des Systems es sich handelt und entsprechend intervenieren. Dabei ist diagnostisches Wissen und interventionistisches Können notwendig.

3. Therapeutische Macht durch Informationskontrolle

Therapeuten stellen ihre Macht her und gewährleisten sie, indem sie den Klienten bestimmte Informationen vorenthalten, andere mitteilen bzw. sie strategisch aufbereiten und sie dann mitteilen, da der Therapeut weiß, was gut und was schlecht ist für die Klienten ist.

4. Metatheoretischer Anspruch systemischer Theorienbildung

Systemische Theorienbildung ist anderen Theorien *überlegen*, da sie übergeordnet und erklärend ist und letztlich die Wirklichkeit am besten *abbildet* bzw. am besten zu ihr *paßt*.

5. Einengung, Kanalisierung und Utilisierung des Verhaltensspielraums der Klienten zur Befreiung vom Symptom

Interventionen bzw. Verschreibungen sehen vor, daß Klienten dem Therapeuten *gehörchen* und damit sein Verhalten eingrenzen; dies geschieht, damit der Klient seine Symptome überwindet.

6. Kundenorientierung ohne Einbeziehen des Kunden

Im wohlverstandenen Sinne der Klienten - so die Sprechweise - werden diese als Kunden betrachtet: Sie sind zwar Auftraggeber der Therapie, die Beratung der Kundenziele, Interventionen und Deutungen findet aber in deren Abwesenheit statt.

7. Klienten als Objekte der *BeHandlung*

Damit in Klientensysteme interveniert werden kann, werden diese Systeme nach ihren Gesetzmäßigkeiten und Funktionen untersucht, die unabhängig vom Beobachter (Diagnostiker oder Therapeuten) sind.

8. Nutzung technischer Medien

z.B. der Einwegscheibe und Videoanalyse zur Realisierung der Punkte 1.-7..

Zusammenfassend kann man also sagen, daß die *systemische Moderne* zwar mit dem Anspruch angetreten ist, «systemisches Denken» im Sinne Batesons in die Praxis umzusetzen, daß dies aber nicht gelungen ist, sondern im *Geiste der Moderne*, insbesondere im Sinne der *technologischen Machbarkeit* und der *therapeutischen Kontrolle* oder *Macht*, umgewandelt wurde.

Es liegt nahe, daß die *systemische Moderne* ihre Entsprechung in der modernen psychiatrischen Praxis der Gegenwart hat. Dies soll im folgenden Abschnitt kurz erläutert werden:

Die wichtigste Aufgabe eines Psychiaters besteht darin, als *Experte für seelische Erkrankungen* eine möglichst genaue *Diagnose* zu stellen, die Hintergründe für die der Diagnose zugrundeliegenden Krankheit *aufzudecken* bzw. *zu finden*, diese in einen *objektivierten Befund* umzuwandeln und *auf der Basis* dieses Befundes eine *psychiatrische BeHandlung* vorzunehmen oder anzuordnen. Diese Behandlung besteht meist in *Eingriffen in den Stoffwechselhaushalt* des Patienten und/oder *zeitweisen Eingriff in die Verhaltensfreiheitsgrade* des Patienten. Mit anderen Worten: Auch psychiatrische Interventionen grenzen die Wahlmöglichkeiten ihres Klientel ein

- wenn auch mit der fernen Absicht langfristig Symptome zu beseitigen und damit neue Wahlmöglichkeiten (Freiheitsgrade) zu eröffnen.

Das diagnostische Mittel für die Befunde sind neben medizinischen Untersuchungen vor allem *Fragen an den Patienten*, z.B. «...seit wann hören Sie diese Stimmen?» oder «...fühlen Sie sich auch durch andere Personen verfolgt?». Das diagnostische Mittel ist also das *psychiatrische Interview* bzw. *Gespräch*. Man kann somit sagen, daß das wichtigste psychiatrisch-diagnostische Mittel in der Sprache besteht: Arzt und Patient befinden sich zur Erhebung des diagnostischen Befundes *miteinander in Sprache*. Psychiatrische Diagnosen kann man also als das Produkt dieses *miteinander-in-Sprache-Seins*⁶ auffassen, und sie können ohne mindestens eine sprachliche Äußerung eines Arztes faktisch nicht *hergestellt* werden.

Wenn man diesen Zusammenhang besser verstehen will, lohnt sich ein kleiner Exkurs in einige sprachphilosophische Überlegungen Ludwig Wittgensteins.

Wittgenstein hat «Sprachspiele» in seinen «philosophischen Untersuchungen» (1984, 7: S. 241) u.a. wie folgt definiert: «...Ich werde auch das Ganze: der Sprache und der Tätigkeiten, mit denen sie verwoben ist, das Sprachspiel nennen». Dazu paßt auch seine weitere Überlegung (a.a.O.: 43: S. 262): «Die Bedeutung eines Wortes ist sein Gebrauch in der Sprache».

Aus beiden Aussagen möchte ich folgern und für unseren Zusammenhang zusammenfassen:

Bedeutungen (der Wörter) werden im Sprachspiel, das sich aus wechselseitig verwobenem Sprechen und Handeln zusammensetzt, erzeugt. Die Bedeutungen unserer Begriffe, mit denen wir vermeintlich

⁶ Ich möchte hier hervorheben, daß «miteinander-in-Sprache-Sein» nicht automatisch bedeutet, *miteinander zu sprechen*, da letzteres eher Gleichrangigkeit impliziert, die in *psychiatrischen Sprachspielen* eher vermieden wird (s.u.).

Dinge bezeichnen, *sitzen* also nicht in den Dingen selbst, sondern sie werden in Gesprächen erzeugt.

Das heißt allgemein, Bedeutungen werden im Gesprächskontext erzeugt, und sie sind immer neu verhandelbar.

Folgt man den Überlegungen Wittgensteins weiter, so erwächst das, was er «Sprachspiele» nennt, wie oben gesagt aus der «Praxis», die wiederum in bestimmte «Lebensformen» eingebettet ist.

So gesehen handelt es sich also um ein «Sprachspiel», wenn «Patient und Arzt» miteinander sprechen. Das heißt die Bedeutungen des Verhaltens der Klienten werden im *Sprachspiel zwischen Arzt und Patient* konstruiert. Es ist dabei zu beachten, daß auch der Patient eine «Untersuchung» des Arztes vornimmt, indem er z.B. Gegenfragen stellt wie «...glauben Sie, ich hätte das alles erfunden?» oder «...werden alle Menschen bei Ihnen verhört?». Die Ergebnisse der wechselseitigen Exploration *zwischen* Patient und Arzt spielen bei der psychiatrischen Diagnose jedoch kaum eine Rolle - es sei denn zur Bestätigung der Diagnose. Obwohl also der Diagnoseprozeß des Psychiaters ein «Sprachspiel» mit dem Patienten ist, wird die *Diagnose vom gemeinsamen Gesprächsprozeß losgelöst und als «objektiver» Befund (h)er(ge)stellt*: Dieser Prozeß erzeugt sprachlich also etwas, das aus dem *konnotativen Gesprächsprozeß* herausgelöst und damit *als psychische Krankheit des Patienten denotiert* wird. Ihr wird damit *Dingcharakter* verliehen - erst dadurch wird sie *be-handelbar* gemacht.

Psychiatrische Sprachspiele zeichnen sich also dadurch aus, daß sie *in Sprache* - also *intersubjektiv* - *Bedeutung erzeugen* (z.B. «die Geschichte der psychiatrischen Einweisung eines Patienten» und/oder «das subjektive Befinden eines Patienten»), diese Bedeutungen seitens eines Psychiaters in «psychiatrische Diagnosen» umwandeln und damit *objektivieren*. Diese *objektivierte Diagnose* wird dann als *Grundlage der psychiatrischen BeHandlung* genutzt. Was bei diesem Prozeß verlorenggeht oder mißachtet

wird, ist der Gesprächscharakter - das, was *zwischen* Arzt und Patient passiert, nämlich die gemeinsame Bedeutungserzeugung und damit das *soziale Moment zwischen* den beiden. Der *konnotierende Gesprächsprozess zwischen den Gesprächspartnern wird also vernachlässigt*. Das *Gespräch mit* den am «Problem» Beteiligten und die *VerHandlung darüber*, wie ein «Problem», eine «Krankheit» ein «Ereignis» usw. zu verstehen sei und in welchen Zusammenhängen es gesehen werden kann, wird zugunsten einer *Diagnose als Ding/Grundlage der BeHandlung* aufgegeben.

Im folgenden soll gezeigt werden, wie man den Gesprächscharakter nutzen und zur *Auf-Lösung psychiatrischer Sprachspiele*, das heißt zur Überwindung des verdinglichenden Charakters psychiatrischer Diagnosen und BeHandlungen beitragen kann.

Die soziale Konstruktion psychiatrischer Möglichkeiten

Wie in der vorangegangenen Diskussion bereits deutlich geworden ist, vertrete ich also einen Standpunkt, der sich am ehesten in der Auffassung zeigt, daß wir uns in einem ständigen Prozeß *sozialen Konstruierens* befinden und daß dieses *Konstruieren in Sprache* stattfindet.

Vorläufer dieser Auffassung wurden durch Wittgenstein («Sprachspiele»), die Erzeugung von Bedeutungen im Gespräch («Symbolischer Interaktionismus» nach George Herbert Mead (vgl. Blumer, 1969)), der Idee «sozialer Konstruktionen» nach Berger & Luckmann (1969) sowie dem «Dekonstruktionismus» in der Literaturkritik (Derrida, z.B.1989) und der «Hermeneutik» nach Gadamer (vgl. z.B. 1986) formuliert. Insgesamt kann man sagen, daß diese Konzeptionen Vorläufer und Bestandteile postmoderner

Geistesströmungen darstellen bzw. ihren Weg bereitet haben (zum Begriff «postmodernen Wissens» siehe bes. Lyotard, 1994).

Ken Gergen, der derzeit prominenteste Vertreter des «sozialen Konstruktivismus» (vgl. Gergen (1994)) hat in einem Interview (Deissler et al. (1994)) auf wichtige Unterschiede zwischen den Ideen der *kulturellen Moderne* und *sozial-konstruktivistischen Auffassungen* hingewiesen: «Der soziale Konstruktivismus stimmt mit den Konstruktivisten darin überein, daß wir unsere Welt konstruieren, aber *die Konstruktionen sind grundsätzlich linguistischer Natur*⁷ und nicht psychologischer (biologischer oder kognitiver)» (a.a.O., S. 122).

Wir erschaffen unsere Welt also in Gesprächen, in denen das Individuum, wie Hassard es (1994) ausdrückt, «dezentriert» ist.

Gespräche rücken also in den Mittelpunkt der Betrachtung. Konstruktionen, die die Wirklichkeit erzeugen und beschreiben, werden in erster Linie in *Gesprächen zwischen Personen* erschaffen und weniger in den Köpfen von Individuen. So gesehen sind sie weniger Produkte isolierter Individuen oder deren Subsysteme - seien sie biologischer, psychologischer oder kognitiver Art. Vielmehr entspringen sie *gemeinsamen kreativen Diskursen*, Diskussionen und Auseinandersetzungen. In einer mehr klassischen Sprache könnte man sagen, Individuen sind notwendig, um Konstruktionen zu entwickeln. Sie werden jedoch nicht von einzelnen Individuen gemacht. Konstruktionen werden erst möglich durch *gemeinsames Sprechen* bzw. das *GeSpräch*. Auch Begriffe wie das oben genannte *isolierte Individuum, das Konstruktionen beispielsweise in seinem Kopf konstruiert*, sind dann Ideen, die erst im Gespräch hervorgebracht werden und dort in ihrer Bedeutung verhandelt werden.

Wenn man die zusammenfassende These von S. 6 dieses Aufsatzes bzw. Wittgensteins Aussage akzeptiert, daß die «Bedeutung eines Wortes in seinem

⁷ Hervorhebung kd.

(Sprach-) Gebrauch bestehe», kann man sich folgende Frage stellen: Welches sind nun weitere *sich im Sprachgebrauch vernetzenden Aussagen*, die einen Bedeutungszusammenhang des sozialen Konstruktivismus für die psychiatrische Praxis herstellen?

Die wichtigste Aussage scheint mir, daß Menschen sich auf sich selbst und andere beziehen, indem sie dies dialogisch tun, das heißt, Menschen tun dies, indem sie *miteinander sprechen*. Das, was in der Kommunikationstheorie als «Beziehungsaspekt» definiert wurde, wird damit im sozialen Konstruktivismus genauer gefaßt und als *dialogisch* bezeichnet. Aber erst wenn man noch einen Schritt weiter geht, kann man sagen, daß das, was *dialogisch erzeugt* wird, *soziale Gesprächsprozesse* sind, in denen Bedeutungen verhandelt und Möglichkeiten eröffnet werden.

Das, was in Dialogen, Gesprächen, Diskursen usw. erzeugt, verhandelt und hinterlassen wird, sind Geschichten und Erzählungen über das, *was und wie* vorher einmal *beredet oder verhandelt* und das, *was und wie gemeinsam getan oder gemeinsam gehandelt* wurde. Man kann so zwischen *Ich-Erzählungen über Gespräche* und *Ich-Erzählungen über Fakten und Tatsachen* usw. die in Zusammenarbeit geschaffen wurden, unterscheiden.

Das, was Dialoge, Gespräche, Diskurse erlauben oder eröffnen, sind Möglichkeiten, Entwürfe, Erfindungen und Konstruktionen für die Zukunft. Dabei können Versprechungen, Vereinbarungen, Verabredungen, Prophezeiungen für zukünftige Prozesse, Richtlinien dafür abgeben, was sein soll.

Da die Dialoge, Gespräche, Diskurse usw. nur an *bestimmten Orten* oder zu *bestimmten Zeiten* stattfinden können, sind sie *lokal und zeitlich gebunden, einmalig und nicht-wiederholbar*.

Die Regeln, nach denen die Geschichten und ihre Bedeutungen erzeugt werden, kann man als die *Grammatik des sozialen Konstruierens* auffassen.

Sozial konstruierte Zeiträume können daher als *gemeinsame sich-selbst-erzeugende dialogische Zeiträume* verstanden werden.

Schließlich kann man als Gesprächsinhalte weiterhin nach *direkten Dialogen*, welche ein sprechen mit bedeuten und ein *reflektierendes Miteinander-Sprechen*, welches eher ein sprechen über bedeutet. Wenn man diese Unterscheidung therapeutischem Vorgehen zuordnen will, so ist ersteres ein Verfahren, das Harlene Anderson bevorzugen würde, letzteres, ein solches, das man eher mit Tom Andersens Vorgehen verbinden könnte, wenn es in Gegenwart der Betroffenen stattfindet.

Es folgt ein zusammenfassender Überblick über eine mögliche Form sozial-konstruktionistischer oder postmoderner psychotherapeutischer Praxis.

Kennzeichen einer möglichen postmodernen kooperations-ethischen Form psychotherapeutischer Praxis: *Das, was für die am Gespräch beteiligten gut ist, wird gemeinsam verhandelt, ist niemals endgültig und offen für «nicht-anwesende/s».*

1. Gesprächsorganisierende Metapher: Sich-selbst kooperativ organisierende Gespräche

Es gibt weder eine Repräsentanz der dinglichen Welt im Sinne eines Abbildes, das durch Worte bezeichnet wird, noch gibt es individuelle Entwürfe außerhalb von Sprachspielen. Im gemeinsamen kooperativen Organisieren und Aushandeln von Gesprächsformen und -inhalten entwerfen und verhandeln wir unsere Welten mit ihren Bedeutungen und Möglichkeiten: *Wir erzeugen unsere Welt der Vielfalt im Gespräch miteinander.*

2. Alle Beteiligten am Gespräch sind Experten

Klienten - ob Klienten als Ratsuchende oder Kollegen - sind für sich selbst und ihr «Problem» Experten, Therapeuten und Berater sind Experten für die Gesprächsmoderation.

3. Transparenz therapeutischer Prozesse und Therapeutische Haltung des Nicht-Wissens

Aufgabe des Therapeuten besteht darin, das Gespräche durch kooperieren/kollaborieren mit den Klienten im Fluß zu halten: Entscheidungen über Form und Inhalte der Gespräche werden gemeinsam entwickelt.

4. Gleichberechtigte, vielfältige Beschreibungen alltäglicher Praxis

Es gibt keine übergeordneten Erzählungen: Auch Systemisches Denken und Handeln stehen zur *DisPosition*. Alle vorhandenen Alltagspraktiken - seien sie therapeutisch oder sonstwie - haben den Wert von *Kooperationskulturen*, die aus unterschiedlichen Lebensformen und Praktiken mit unterschiedlichen Zielrichtungen und Inhalten erwachsen. Die Angemessenheit einer Vorgehensweise entscheidet sich nicht nach theoretischen Vorannahmen, sondern in gemeinsamen Gesprächen, die mit der gemeinsamen Praxis verwoben sind.

5. Gemeinsames Erzeugen und Verhandeln von Bedeutungsvielfalt, Handlungsmöglichkeiten und Verhaltensvorschlägen.

Das gemeinsame Erzeugen von Bedeutungsvielfalt wird als eigentliches Produkt des Gesprächs aufgefaßt. Diese Vielfalt und Eröffnung von Möglichkeiten des Handelns und Vorschlägen des Verhaltens werden gemeinsam verhandelt und sind als *Prozeßziel des Gesprächs* definiert.

6. Kooperationsorientierung unter Einbeziehen der am «Problem» Beteiligten

Nach Möglichkeit werden Gespräche organisiert, an denen die «Problembeteiligten» teilhaben. Diese können Klienten im klassischen Sinne sein, aber auch Kollegen und andere Fachleute, die sich um das «Problem» herum organisieren, werden einbezogen.

7. Klienten und Therapeuten engagieren sich im Prozeß des VerHandelns

Da die «Probleme», ihre Bedeutungen und Möglichkeiten als jeweiliges Produkte eines Gesprächs angesehen werden, werden diese auch in den Gesprächen verhandelt und auf-gelöst. Dabei wird das «Selbst» dezentriert bzw. als «relationales Selbst» verstanden, das sich auf andere vor allem durch Kooperation und Gespräch bezieht.

8. Nutzung technischer Medien

Die Einwegscheibe z.B. ist nicht (mehr) notwendig: Man braucht sie nicht mehr, da keine Interventionen geplant und durchgeführt werden. Technische Medien werden gemeinsam mit den Klienten z.B. in der *Wissenschaft als gemeinsamer Diskurs* genutzt.

Wie läßt sich nun der *Widerspruch zwischen psychiatrischen Sprachspielen, systemisch-moderner Psychotherapiepraxis einerseits und postmodernen Psychotherapiepraktiken andererseits* auflösen? Vergegenwärtigen wir uns zunächst zusammenfassend *psychiatrische Konstruktionen bzw. DisPositionen*: Was sagen diese Vorüberlegungen für den besonderen Fall «Psychiatrie» aus, welche Folgerungen lassen sich entwickeln?

Folgende zentrale Thesen erscheinen mir wichtig:

1. *Psychiatrische Einrichtungen sind menschengemacht und damit sozial konstruiert.*

2. *Psychiatrische Diagnosen sind dialogische Konventionen bzw. sprachliche Erfindungen, die in psychiatrischen Sprachspielen erzeugt werden. Dadurch daß sie im Prozeß des Gesprächs objektiviert werden, werden sie behandelbar gemacht. Somit haben sie ihre lokale Relevanz nur auf dem Hintergrund psychiatrischer Kontexte bzw. Praktiken.*

3. *Psychiatrische Diagnosen sind damit in erster Linie Hinweise auf Geschichten über Beziehungen zwischen einer Berufsgruppe und ihre Klienten und damit ihrer gemeinsamen Sprachspiele.*

4. Sinn und Nutzen (die Bedeutungen) psychiatrischer Kooperationskulturen sind damit hinterfrag- und verhandelbar, das heißt Dialogen zugänglich. Das wiederum heißt, *Diagnosen sind sprachlich auflösbar.*

5. *Schwerpunkt psychiatrischer Tätigkeit darf demzufolge nicht sein, Patienten oder ihre Krankheiten als Objekte zu behandeln, sondern sie sollte in sprachlichem VerHandeln und praktischer Kooperation zwischen Klienten und Therapeuten also in partnerschaftlichen Dialogen und Zusammenarbeit liegen.*

Daraus kann man folgern, daß sich *psychiatrische Gesprächs- und Kooperationskulturen* - seien es Einrichtungen, sprachliche Konventionen oder Sprachspiele - *selbst den Erfordernissen sozialer Kooperation und der Förderung kreativer Dialoge anpassen müssen*, da sie wie gezeigt wurde, sozial konstruiert sind.

Sozial konstruierte also *sprachlich erzeugte Metaphern* wie

- «physikalische Macht», die sich z.B. in körperlicher Gewalt oder in Eingriffen in den biochemischen Haushalt äußern, um Symptome zu bekämpfen oder Patienten zu kontrollieren und
- «individuelle Eigenschaften» wie *katatone Schizophrenie* oder *manisch-depressive Psychose* oder
- «endogene psychische Krankheiten» als BeHandlungsobjekte

sind als Metaphern für zwischenmenschliche Zusammenarbeit und für Dialoge abwegig. Sie sind zwar selbst sprachlich erzeugt, stellen aber verdinglichende Prozesse dar, die in Gesprächssackgassen führen oder Gespräche blockieren, da sie dem *Wesen von Gesprächen*, nämlich dem gemeinsamen Erzeugen von Bedeutungen durch mehrere Gesprächspartner nicht *entsprechen*. *Solche verdinglichenden Metaphern sollten vielmehr in therapeutischen Gesprächen ent-dinglicht und damit verflüssigt, entpathologisiert bzw. auf-ge-löst werden.*

Erst eine psychiatrische Praxis, die *Gesprächsräume* i.S. *gemeinsamer Gestaltung dialogischer Zeiträume* schaffen, werden den Ansprüchen einer Ethik gerecht, die sozial-konstruiert und damit sozial verantwortlich ist. Erst sie kann Möglichkeiten bzw. Spielräume für gemeinsames Handeln und Sprechen eröffnen. An diesen fortgesetzten Gesprächen können alle im «Problem» engagierten Personen teilnehmen, die sich an einer *AufLösung des «Problems» in Sprache* beteiligen möchten.

Um Mißverständnissen vorzubeugen möchte ich betonen, daß ich es für unbestritten erachte, daß das, was in psychiatrischen Sprachspielen ver-handelt

wird, zu den schwierigsten Gesprächsproblemen gehört, die die Menschheitsgeschichte hervorgebracht hat. Mit anderen Worten, diese Verhandlungen lösen sich nicht durch einfache Willensakte auf. Ich möchte jedoch nochmals betonen, daß diese «Probleme» in Sprache hervorgebracht werden und sie sozusagen *Gesprächssackgassen* darstellen. ***Wenn solche «Probleme» also in Sprache hervorgebracht werden, besteht eine Möglichkeit darin, sie in Gesprächen auf-zu-lösen; gleichzeitig können in diesem Prozeß neue Bedeutungs- und Handlungsmöglichkeiten entworfen werden.***

Die hier vorgeschlagene Auffassung von Gesprächen entpricht der Definition von Anderson & Goolishian, das «therapeutische System» sei ein «problemorganisierendes, problem-auf-lösendes System» (a.a.O.) bzw. der Interpretation Wittgensteins durch John Shotter (1994). Shotter greift den Gedanken Wittgensteins auf, philosophische Fragen sollten «behandelt werden wie Krankheiten» und damit sei das Ziel, diese zum Verschwinden zu bringen: «...das Ziel ist nicht so sehr, Probleme zu lösen, sondern sie aufzulösen⁸...» (Shotter, a.a.O., S. 71).

Die *Auf-Lösung von «Problemen» im GeSpräch* kann jedoch nicht geschehen durch einseitige bzw. lineare sprachliche Willkürakte, wie Monologe, Absichtserklärungen, Verordnungen oder sogenannte Interventionen von Experten, die an Metaphern der Macht, Kontrolle, Zwang oder Behandlung *objektivierter Krankheiten* orientiert sind.

Wenn man sich die *systemische Moderne* ansieht und mit *psychiatrischen Sprachspielen* vergleicht kommt man - wie gezeigt wurde - zu dem Schluß, daß beide einander prinzipiell ähneln, da sie *objektivierende Prozesse* beschreiben, die *BeHandlungs-Gegenstände sprachlich hervorbringen*, um sie dann - medikamentös, systemisch intervenierend oder sonstwie - zu behandeln. Wenn man dies als den Kontext für das häufige *therapeutische Scheitern*

⁸ Hervorhebung kd.

psychiatrischer Sprachspiele ansieht, so heißt dies auch, daß die *systemische Moderne* mit ihrer Orientierung an machtvollen Interventionen gegen psychopathologische Symptomatik oder deren Kontrolle und Unterdrückung ebenso scheitern muß.

Vorbeugung bzw. Vermeidung psychiatrischer Zwangskontexte

Welche Alternativen stehen uns also im psychiatrischen Kontext zur Verfügung, wenn die klassischen Methoden gescheitert sind? Nach meinem Wissen gibt es derzeit mindestens 2 Alternativen, die sich postmoderner Methoden bedienen. Das heißt, sie betrachten *«Problemsysteme» als Gesprächssysteme*, die sich im wesentlichen dadurch auszeichnen, daß sie *objektivierende Sprachspiele vermeiden und/oder auflösen*. Dies tun sie, indem sie die klassische Unterscheidung zwischen *intervenierendem Team* einerseits und *pathologischem System* (Familie usw.) andererseits *sprachlich faktisch aufheben* und *versuchen, die am «Problem» beteiligten Personen in einem Gespräch miteinander zu engagieren, das heißt anregen, miteinander zu verhandeln*.

Seikkula (1995, 1996⁹) hat seinen Ansatz im finnischen Westlappland entwickelt. Sein zentrales Konzept nennt er *«treatment meeting»* (Behandlungstreffen) oder auch *«discussion treatment»* (Diskussionsbehandlung). Verkürzt dargestellt treffen sich bei diesen Zusammenkünften z.B. Mitglieder eines Kriseninterventionsteams, Mitglieder einer Krankenhausstation und Mitglieder einer Familie z.B. anlässlich einer *«psychotischen Krise»* eines Familienmitglieds. Es wird dabei beraten, ob eine stationäre Einweisung vorgenommen werden soll oder nicht und wie ein

⁹ vgl. dieses Buch S. XX ff.

BeHandlungsverlauf aussehen könnte. Dabei ist es wichtig, daß alle beteiligten Personen im Gespräch miteinander sind und daß die «Psychose als eine Stimme im Dialog» gehört wird. Entscheidungen werden gemeinsam unter Beteiligung von Familie und Professionellen getroffen.

Wie Seikkula berichtet, sind die Erfolge dieses Vorgehens dramatisch: Die Anzahl der Krankenhausaufenthalte hat sich verringert, die Behandlungszeit hat sich verkürzt und die Zahl der «chronischen Patienten» ist zurückgegangen. Man kann mit Sicherheit folgern, daß auch die Kosten dieses Vorgehens geringer sind, als die des klassisch-psychiatrischen.

Kritisch würdigend kann man sagen, Seikkulas Vorgehen knüpft an Behandlungskonzeptionen klassischer Art an, er benutzt dabei aber Verhandlungs- und Kooperationskonzepte - insbesondere die Unterscheidung von «monologischem und dialogischem Vorgehen». Dies erlaubt eher eine Vermeidung psychiatrischer Sprachspiele bzw. ermöglicht es, ihnen vorzubeugen, indem sie stationäre Aufenthalte und mit Hilfe dialogischen Vorgehens medikamentöse und kontrollierende Einwirkungen minimieren.

Auflösung psychiatrischer Zwangs- und BeHandlungskontexte

Ein zweiter Ansatz stellt ein Verfahren dar, das im *Langenfelder Kooperationsstudienseminar* (vgl. Fußnote 1 und 2) innerhalb eines psychiatrischen Krankenhauses entwickelt und anderenorts bereits als «kooperative Gesprächsmoderation» beschrieben wurde (Deissler, Keller & Schug, 1995). Dieser Ansatz geht davon aus, daß verschiedene Personengruppen an sogenannten Problemen beteiligt sind, sobald sie «*Probleme*» als «*Probleme*» diskutieren». Man gehört sozusagen einem «Problemsystem» an, sobald man sich *in-Sprache* in diesem «Problem» *engagiert* (vgl. a. Anderson & Goolishian, a.a.O.). Ich möchte vorschlagen, dabei verschiedene *Grade und Qualitäten der «Problem»-Beteiligung bzw. -Betroffenheit*¹⁰. zu unterscheiden. Ein Stationsarzt, der täglich bei einem Patienten die medikamentöse BeHandlung kontrolliert, ist anders in dem «Problem» engagiert, als die Mutter, die möglicherweise die Einweisung ihres Sohnes wegen seiner gewalttätigen Exzesse initiiert hat. Wieder anders ist die Stationsschwester engagiert, die die einzige Person ist, mit der der «Patient» bereit ist, zu sprechen usw..

Einfach dargestellt ist die «kooperative Gesprächsmoderation» ein Verfahren, das eine - wenn man so will - *trialogische bzw. polylogische Form* hat. Dabei ist diese Form keine Notwendigkeit, kann aber bei der Organisation *kooperationsorientierter Gespräche* hilfreich sein:

Es gibt *ein kleines Beraterteam mit einem «identifizierten Gesprächsmoderator»*, der von diesem Team unterstützt wird, indem es den gesamten Gesprächsprozeß in Gegenwart aller Anwesenden reflektiert. Des weiteren kann beispielsweise ein *beauftragendes Stationsteam* mit einer Ärztin,

¹⁰ Harlene Anderson spricht z.B. im Zusammenhang mit *simulatorischen Rollenspielen* auch von der «Rollenbesetzung» oder von «Haupt- und Nebendarstellern» (1995).

einem Psychologen und einer Stationsschwester sowie möglicherweise einem behandelnden Arzt, der nicht aus der Klinik kommt, anwesend sein. Schließlich - und am wichtigsten - gibt es den «*identifizierten Patienten*» mit *seinen Familienangehörigen*, die an dem Gespräch teilnehmen möchten.

Man kann mit jeder dieser 3 Gruppen ein Gespräch organisieren, deren Inhalte, Formen und Reihenfolge nicht vorwegbestimmt sein muß. Es kann jedoch hilfreich sein, als Moderator oder Moderatorin bestimmte Formen und Abläufe vorzuschlagen, mit denen er oder sie am besten zurechtkommt und am ehesten eine Sequenz von Dialogen, ein *miteinander und übereinander Sprechen* ermöglichen, wobei die betroffenen Personen anwesend sind oder sein können. Darüber hinaus sollte gewährleistet sein, daß alle Personen *zu Wort kommen, gehört werden* und Möglichkeit gegeben ist, *über das Gesagte und anderes nachzudenken bzw. laut zu reflektieren*.

Mit anderen Worten es geht darum, *gemeinsam Gespräche so zu organisieren, daß sich - kurz gesagt - psychiatrische Zwangskontexte bzw. Sprachspiele auflösen können und die beteiligten «Problem»partner miteinander ins Gespräch kommen*. Dabei werden dem *Gesprächsprozeß* und der *Kooperationsorientierung* höhere ethische und pragmatische Relevanz zugesprochen als z.B. belehrenden Monologen und operativen Interventionen aus einer Expertenposition.

Erste Erfahrungen zeigen, daß dieses Vorgehen geeignet ist, stationäre Aufenthalte zu verkürzen, aufzulösen bzw. zu beenden.

Kritisch würdigend kann man sagen, daß diese *Verhandlungsorientierung* im stationären Alltag praktikabel ist, sie sich aber bei der systematischen *Auflösung psychiatrischer Zwangskontexte* noch bewähren muß und die Bedingungen für eine breitergefächerte Anwendung noch geschaffen werden müssen. Qualitative Untersuchungen dazu stehen noch aus bzw. wurden initiiert.

Ob und wieweit dieser kooperationsorientierte Ansatz sich auch vorbeugend einsetzen läßt, wie etwa im Verfahren von Seikkula, soll in dem Projekt *Qualität durch Kooperation* untersucht werden.

Zur Illustration einer der möglichen Formen der genannten «kooperativen Gesprächsmoderation» möchte ich auf die Seiten x1-x2 verweisen.

Referenzen und Selbstreferenzen

Anderson, Harlene (1995): Persönlicher Ideenaustausch.

Anderson, Harlene & Goolishian, Harold (1992):
Der Klient ist Experte: Ein therapeutischer Ansatz des Nicht-Wissens.
Zeitschrift für Systemische Therapie, 10:176-209.

Berger, Peter L. & Thomas Luckmann (1969): Die gesellschaftliche
Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie.
Fischer, Frankfurt.

Blumer, Herbert (1969): Symbolic Interactionism. Perspective and Method.
University of California Press, New Jersey.

Deissler, Klaus G., Thomas Keller & Roswitha Schug (1995):
Kooperative Gesprächsmoderation. Selbstreflexive systemische Diskurse -
ein Bouquet von Ideen und Methoden für (Organisations-)Beratung als
Sozialer Konstruktionsprozeß»
Zeitschrift für Systemische Therapie, 13: 12-30.

Deissler, Klaus G., Grau, Uwe; Keller, Thomas & Schug, Roswitha (1994):
«Sozialer Konstruktivismus» - ein Interview mit Ken Gergen.
Zeitschrift für Systemische Therapie, 12:118-126.

Derrida, Jaques (1989): Wie nicht sprechen. Verneinungen.
Edition Passagen, Wien.

Gadamer, Hans-Georg (1986): Wahrheit und Methode. Bde. I. und II.
Mohr, Tübingen.

Gergen, Kenneth. J. (1985): The Social Constructionist Movement in Modern
Psychology.
American Psychologist, 40: 266-275.

Gergen, Kenneth (1994): Realities and Relationships. Soundings in Social
Construction.
Harvard University Press, Cambridge.

Hassard, John (1993): Postmodernism and Organizational Analysis: An
Overview.
In: Hassard, John & Parker, Martin (eds): Postmodernism and
Organizations.
Sage Publications, London.

- Lakoff, George & Mark Johnson (1980): *Metaphors we live by*.
The University of Chicago Press, Chicago.
- Lyotard, Jean-François (1994): *Das postmoderne Wissen. Ein Bericht*.
Edition Passagen, Wien.
- Prata, Guliana (1991): *A Systemic Harpoon into Family Games: Preventative Interventions in Therapy*. Brunner & Mazal, New York.
- Ruesch, Jürgen & Gregory Bateson (1951): *Communication - The Social Matrix of Psychiatry*.
Norton, New York.
Deutsch (1995): *Kommunikation - die Soziale Matrix der Psychiatrie*.
Auer Systeme Verlag, Heidelberg.
- Seikkula, Jakko (1995): *Psychose eine Stimme im Dialog*.
Zeitschrift für Systemische Therapie, in Vorbereitung.
- Seikkula, Jakko (1996): *Die Kopplung von Familie und Krankenhaus: Eine Untersuchung am Grenzsystem*.
In diesem Band.
- Shotter, John (1994): *Making Sense on the Boundaries: On Moving Between Philosophy and Psychotherapy*. In: Griffith, A. Phillips (ed): *Philosophy, Psychiatry and Psychology*.
Cambridge University Press, Cambridge.
- Wittgenstein, Ludwig (1984): *Tractatus logico-philosophicus. Tagebücher 1914-1916*.
Philosophische Untersuchungen.
Suhrkamp, Frankfurt.