

# Diagnose - ein Desaster?<sup>1</sup>

## Ein konstruktionistischer Dialog

Kenneth J. Gergen, Lynn Hoffmann und Harlene Anderson<sup>2</sup>

### Zusammenfassung

Für eine gewisse Zeit waren wir drei tief in der Erforschung der Implikationen einer sozialkonstruktionistischen Sichtweise von Erkenntnis für die therapeutische Praxis engagiert.

Von einem konstruktionistischen Standpunkt aus werden unsere sprachlichen Mittel mit denen wir die Welt (und uns selbst) beschreiben und erklären, nicht von irgendetwas heraus abgeleitet oder erklärt. Vielmehr werden unsere sprachlichen Mittel der Beschreibung und Erklärung innerhalb menschlicher Interaktionsprozesse produziert, aufrechterhalten und/oder aufgegeben. Ferner sind unsere Sprachen konstituierende Merkmale unserer kulturellen Muster. Sie sind in Beziehungen derart eingebettet, dass ein Wechsel der Sprache eine Änderung der Beziehung bedeuten würde. Die Konzeptionen für Romanze, Liebe, Heirat und wechselseitiger Verpflichtung zu verwerfen, würde beispielsweise heißen, die Formen kulturellen Lebens zu verändern; die Sprachen des Gewissens, der Wahlfreiheit oder der Gedankenfreiheit auszulöschen, würde unsere gegenwärtigen Muster von Anerkennung und Schuld - entsprechend unsere Gerichtsbarkeit - bedeutungslos machen.

In demselben Maße, wie wir neue Sprachen in unseren Berufen erzeugen und sie in der Kultur verbreiten, bringen wir uns ein in tägliche Beziehungen - zum Guten oder zum Schlechten. Vor diesem Hintergrund möchten wir drei Fragen der Diagnose im Allgemeinen und der Beziehungsdiagnose (relationale Diagnose) im Besonderen betrachten. Wir optieren für das dialogische Gespräch als eine Möglichkeit der Belebung der Praxis (ebenso des Inhalts) konstruktionistischer Betonung der Bedeutungserzeugung durch Beziehung.

---

<sup>1</sup> Quellennachweis: Is Diagnosis a Desaster? A Constructionist Dialogue. In: Kaslow, Florence W. (ed.,1996): Handbook of Relational Diagnosis & Dysfunctional Family Patterns. Wiley & Sons, Chichester.

Veröffentlicht in der *Zeitschrift für Systemische Therapie* 1997 (4): 224-241

<sup>2</sup> KJG = Ken Gergen; LH = Lynn Hoffman; HA = Harlene Anderson.

## Der Zyklus fortschreitenden Kränkelns<sup>3</sup>

KJG: Ich fühle mich immer stärker beunruhigt durch die Expansion und Intensivierung der Diagnose in diesem Jahrhundert. Zur Jahrhundertwende war unser System der Klassifizierung von Geistesstörungen bezüglich seiner Terminologie noch ziemlich rudimentär und nicht allgemein akzeptiert. In dem Maß, wie sich das Jahrhundert jedoch entfaltete, expandierte die Terminologie exponentiell und das öffentliche Bewusstsein der Terminologie geistiger Defizite nahm akut zu. In der Publikation von Israel Wechslers (1929) wurde eine Gruppe von annähernd einem Dutzend psychologischer Störungen identifiziert. Mit der Publikation des Manual of Psychiatry and Mental Hygiene (Rosanoff, 1938) wurden über 40 psychogene Störungen erkannt. (Es ist interessant anzumerken, dass viele der darin enthaltenen Begriffe, etwa solche wie paresthetische und autonome Hysterie, seitdem nicht mehr gebräuchlich sind und andere - z.B. moralisches Defizit, Vagabundieren, Misanthropie und Masturbation - nun bizarr oder offensichtlich vorurteilsbesetzt erscheinen). Im Jahre 1952, mit der Veröffentlichung des ersten Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM I) durch die amerikanische Gesellschaft für Psychiatrie (APA, 1952), wurden etwa 50 bis 60 verschiedene psychogene Störungen identifiziert. Im Jahre 1987, nur 20 Jahre später, war das Handbuch durch drei Revisionen gegangen. Mit der dritten revidierten Edition (DSM-III-R) (APA, 1987) hatte sich die Anzahl der anerkannten Krankhei-

---

<sup>3</sup> Zur Übersichtlichkeit dieses Artikels wurden redaktionelle Überschriften in den Aufsatz eingefügt, die im Englischen Original nicht vorhanden sind (kd).

ten mehr als verdreifacht (schwankend zwischen 180 und 200 - abhängig von der Wahl der definierten Grenzbereiche). Die vierte Ausgabe (DSM-IV) erweiterte die Liste sogar noch weiter (APA, 1994).

In der heutigen Zeit kann man durch eine Kokainvergiftung, den Gebrauch von Halluzinogenen, durch Voyeurismus, Transvestitentum, sexuelle Aversion, Orgasmusstörungen, Spielsucht, akademische Probleme, antisoziales Verhalten, durch Trauerfälle und die Ablehnung medizinischer Behandlung als geisteskrank klassifiziert werden. Zahlreiche Ergänzungen zu der Standardnomenklatur werden der Öffentlichkeit durch professionelle Publikationen zugänglich. Man betrachte beispielsweise periodische Affektstörung, Stress, Erschöpfungszustände, Erotomanie und den Harlekin-Komplex. Was, so können wir fragen, sind die oberen Grenzen, um Menschen über Definitionen von Defiziten zu klassifizieren?

Alle diese Terminologien sind in der Öffentlichkeit verbreitet - in Klassenräumen, populären Magazinen, Fernsehen und Spielfilmen werden sie verfügbar und erlangen Gültigkeit für die Menschen, um sich selbst und andere zu verstehen. Sie sind letzten Endes doch die 'Begriffe der Experten', und wenn man das Richtige tun möchte, dann avancieren sie zur Sprache der Wahl für das Verständnis oder Etikettieren von Menschen im Alltag (sich selbst inbegriffen). Begriffe wie Depression, Paranoia, Konzentrationsstörungen, Soziopathie und Schizophrenie wurden in das Vokabular gebildeter Menschen aufgenommen. Und indem diese Fachausdrücke im täglichen Leben angewandt werden, haben sie substantielle Auswirkungen: sie engen Erklärungen auf das Level der Individualität ein, stigmatisieren, und sie verschleiern den Beitrag anderer Faktoren bezüglich

der in Frage stehenden Handlungen (die Anforderungen des ökonomischen Lebens, Vorbilder durch die Medien und Traditionen individueller Evaluation inbegriffen).

Die Verwendung dieser Fachausdrücke, die dazu dient, das Selbst zu konstruieren, suggeriert darüber hinaus, dass man professionelle Behandlung suchen sollte. In diesem Sinne dient die Entwicklung und Verbreitung der Terminologie durch einen Berufsstand dazu, eine Gesamtheit von Menschen zu schaffen, die die Hilfe dieser Experten braucht.

Je mehr Spezialisten verlangt werden - wie sie zahlenmäßig bereits über das Jahrhundert anwachsen - steigt auch der Druck, das Vokabular immer weiter auszudehnen. An anderer Stelle (Gergen, 1994) habe ich dies einen «Zyklus fortschreitenden Kränkels» genannt.

### **Keine Etikettierungen oder Diagnosen**

LH: Ken's Gedanken haben mir sehr geholfen während meiner speziellen Bemühungen, einen Weg aus der Bindung an Namen zu finden. Dies bedeutet den Glauben daran, dass man in der Absicht einem Leiden abzuhelpen, es beschreiben und benennen können muss. Die Beschreibung und Benennung lässt es real werden. Praktische Ärzte waren so erfolgreich darin, eine Taxonomie der physischen Störungen auszubilden, dass Professionelle im Bereich der Psychologie versucht haben, ihnen nachzueifern.

Es besteht ein impliziter Widerspruch zwischen dem nicht-essentiellen Standpunkt der Theorie sozialen Konstruierens und

diesem Buch<sup>4</sup> über Beziehungsdiagnosen (relationale Diagnose). Wenn der soziale Konstruktivismus die psychobiologischen Bezeichnungssysteme in Frage stellt, zweifelt er ebenso den deskriptiven Wahrheitsgehalt des zugehörigen Silbensystems an. Keines dieser sich selbst verstärkenden Systeme der Namensgebung hält ein komfortables Refugium für den sozialen Konstruktionisten bereit. Gleichzeitig erhebt sich die Frage, was aus der Profession der Familientherapie werden soll, wenn sie sich nicht der gängigen Bezeichnungspraxis anschließt. Unsere Art zu leben wird von der Auslöschung bedroht.

Indem ich versuchte zu verstehen, warum ich mich vom sozialen Konstruktivismus angezogen fühlte, entdeckte ich, dass ich mich in meinem Leben durch einige «diagnostische Weltanschauungen» hindurchbewegt habe, eine überzeugender als die andere. Ich begann schließlich, dies als Beweis für die Existenz eines sehr relativistischen und spaßenden Gottes zu sehen. Sofern es die Psychologie betraf, bin ich in völliger Unschuld gealtert. Die Gemeinschaft von Künstlern aus dem linken Flügel, in der ich herangewachsen war, besaß ihren eigenen Warenzeichen qualifizierender Phrasen: Reaktionär, Faschist, 'Buisnessman', Republikaner, Spießler. Erst als ich das College besuchte, fand ich etwas über Neurosen und Psychosen und «Geisteskrankheit» heraus. Meine frühere Weltsicht bekam einen Bruch, ich fand, dass viele der neuen Termini auch mich selbst beschreiben konnten. Als ich die Familientherapiebewegung entdeckte, welche die Verantwortung von der Einzelperson

---

<sup>4</sup> Lynn Hoffman bezieht sich hier auf das englischsprachige Buch, für das dieser Aufsatz ursprünglich geschrieben wurde, vgl. Fußnote 1 (Anm. der Red.).

abzog und sie in ein 'System' einbrachte, empfand ich darum eine große Erleichterung.

Es gefiel mir sehr, als die Familiensystembewegung auf Touren kam. Dann wurde meine Haltung wieder ablehnend. Ich entdeckte einen Artikel von einem Gelehrten aus Ontario, Gerald Erickson (1988), der das systemische Denken von einem postmodernen Standpunkt aus attackierte. Als ich auf die Jagd nach Literatur über diese neuen Ideen ging, merkte ich, dass alle Modelle auf dem Gebiet der Familientherapie große Mängel besaßen. Sie waren alle modernistisch und in Irrtümern befangen.

Es gibt keine Systeme da draußen<sup>5</sup>, keine verbindenden Muster, keine Ebenen, keine Strukturen, welche darauf warten, beobachtet zu werden. Für mich setzte diese Art des Denkens den Schlusspunkt hinter jedwede Diagnostik.

Dies klingt etwas ironisch, aber ich versichere Ihnen, dass jedes epistemologische Erdbeben großen Schaden hinterlässt. Jedes Mal wenn man eine Welt der Ideen errichtet oder einer beitreten möchte, wirkt die wie ein Selektionsinstrument, das einen davor bewahrt, andere Welten wahrzunehmen. Außer Sichtweite befinden sich nun jene, die Du zurücklässt oder jene, von denen Du vermutest, sie könnten vor Dir liegen. Da gibt es auch eine wachsende Kohärenz, welche mit dem jeweiligen Territorium einherzugehen scheint. Mit der Zeit kann diese Kohärenz immer besser definiert werden und einen vollständigen Zusammenhang herausbilden. Aus diesem Grunde verhält es sich so, dass man nur ein Teilchen einer Welt zu beschädigen braucht, um viele vernetzte Strukturen zum Einsturz zu bringen.

---

<sup>5</sup> (...in der ...), Anm. kd.

Dennoch besitzen diese Welten enorme Elastizität. In meinem Leben wurde ich in dem Bereich, in dem ich mich bewege, verschiedentlich von Erdbeben geschüttelt. Ich habe danach gestrebt, mich auf neue Gemeinschaften zu bewegen, aber sehr viele Mitglieder der alten Gemeinschaften sind dort verhaftet geblieben und haben weitergemacht wie zuvor. Es braucht ein Erdbeben, das eine tiefe Strukturebene trifft, wie etwa die Finanzen, um einen bedeutenden Wandel hervorzurufen. Die Umwälzung in der Gesundheitsfürsorge, sei es zum Guten oder zum Schlechten, hat einem der Städte in meinem Berufsfeld das Mandat erteilt, die Hauptstadt zu sein. Vereinigt unter dem medizinischen Dach des DSM-IV finden wir einen Versuch vor, alle existierenden Verhaltensprobleme zu nummerieren und zu beschreiben: Lebensprobleme, Todesprobleme, geistig-seelische Probleme, Krankheitsprobleme, Armutsprobleme, Klassenprobleme, Gewaltprobleme, Sexualprobleme, Probleme am Arbeitsplatz, Liebesprobleme. Wir sehen die Vermehrung pathologischer Bezeichnungen, von denen Ken gesprochen hat und es scheint keine Obergrenze dafür zu geben, was in das System der Bezeichnungen noch absorbiert werden kann.

Gleichzeitig, so denke ich, könnte dies das große Glück der Familientherapeuten sein. Konditionen, welche relational sind, sind vom Einschluss durch das DSM-IV befreit, abgesehen von einem kurzen Hinweis auf eine beziehungsorientierte Achse, die nicht einmal vergütet zu werden braucht. So sind wir vielleicht von der «Ordnungswut» verschont geblieben. Harlene Anderson (1994) und Ken Hardy (1994) wurden kürzlich dazu aufgefordert, sich zu der Anklage zu äußern, dass Familientherapie künftig marginalisiert wird, falls sie nicht in größerem Maße mit den «Hauptdisziplinen» der seelischen

Gesundheitsfürsorge identifiziert würde (Shields, Wynne & Gawinski, 1994). Je mehr, desto besser, sagten sie. Nur indem Familientherapie eine Gesundheitsindustrie bleibt, die den Menschen keine Etikettierungen oder Diagnosebedingungen gibt, kann Familientherapie einen wichtigen Entwicklungsstrom im Feld repräsentieren. Das ist auch meine Position.

### **Kollaborative Partnerschaft zwischen Klienten und Therapeuten**

HA: Das leidenschaftliche Plädieren für den Einschluss der relationalen Diagnose in das DSM-IV lokalisiert Familientherapie im psychiatrischen Diskurs - mit seinem medizinischen Erbe, seinem Bestreben, die Naturwissenschaften nachzuahmen und seiner modernistischen, positivistischen Disposition. Das ist verständlich. Wie Ken bereits angedeutet hat, vermitteln diagnostische Systeme einen Anschein von Legitimation, von Vertrauenswürdigkeit und Vorhersagbarkeit und zwar beiden, dem Klienten wie dem Spezialisten. Sowohl im Verständnis der Psychotherapie als auch der weiteren Kultur impliziert eine Diagnose, dass das zu untersuchende Objekt ebenso wie die untersuchende Methode auf stabilen Annahmen basiert, wie jene in der biomedizinischen Sphäre. Sie operieren als ein professioneller Kode, der die Funktion des Sammelns, Analysierens und das Ordnen von Daten hat, die der «Entdeckung harren». Sobald Ähnlichkeiten und Muster gefunden werden, werden Probleme in ein auf Defizite gegründetes System von Kategorien eingepasst. In einem weiteren Sinne basiert dieses Gerüst auf der Annahme, dass Sprache repräsentativ ist und akkurat beschreiben kann. Wenn ich



an Diagnose denke, denke ich an die Bemerkung des Kybernetikers Heinz von Foerster «Glauben heißt sehen».

Das DSM-IV impliziert die Annahme, dass Psychotherapie eine Beziehung zwischen einem Experten, der Wissen besitzt, und einem Nichtexperten, der Hilfe benötigt, darstellt. Die Öffentlichkeit, der Berufsstand und der Staat haben den Therapeuten autorisiert, Information über den Klienten zu sammeln und sie auf einer vorherbestimmten therapeutischen Landkarte zu platzieren, von der aus die Diagnose dann hergeleitet und von der aus der Behandlungsplan entschieden wird. Dieser Prozess reduziert Unsicherheit, indem dem Therapeuten dadurch gesagt wird, was er oder sie zu tun hat und vorgeschlagen wird, wie der Klient sich ändern sollte, um seinen Zustand zu verbessern.

Von einer postmodernen Perspektive aus wird eine relationale oder «zwischen-Personen»-Diagnose nicht unterschieden von einer individuellen oder «innerhalb-der-Person»-Diagnose. Der Einschluss der Kriterien für «verhaltensmäßige Gesundheit» würde nur eine neue Schicht von Etikettierungen über die alten platzieren. Aus politischen, ökonomischen sowie aus Gründen der Legitimation heraus, würde dies für die Familientherapie einen großen Schritt nach vorne bedeuten, aber in den Termini des Erbes der Familientherapie als alternativ-erläuternde Sichtweise, bedeutet sie einen großen Rückschritt. Einfach anzunehmen, dass das Ganze nur eine Frage der individuellen versus der relationalen Klassifikation darstelle, bedeutet, einen Komplex ständig wechselnder menschlicher Dynamik übermäßig zu vereinfachen.

Wenn man sich diesen Fragen von einer postmodernen sozialkonstruktivistischen Perspektive aus nähert, besitzen sie keine

Relevanz mehr. Sozialer Konstruktionismus befreit einen davon, in Dichotomien von «Individuen-in-Beziehungen» und «Individuum-Beziehung» zu denken. Er lokalisiert auch psychologisches Wissen innerhalb eines soziohistorischen Kontextes und behandelt es als eine Form diskursiver Aktivität (Danzinger, 1990; Gergen, 1973, 1985; Luria, 1971). «Diskursive Aktivität» bezieht sich auf Wittgensteins (1953) Einwand gegen die Auffassung, Sprache als repräsentativ - als Ausdruck der Natur der Dinge - zu sehen, und auf seine alternative Idee, dass wir Beschreibungen und Erklärungen als Mittel entwickeln, um uns mit anderen zu koordinieren. Es ist die Sprache, welche das konstruiert, von dem wir annehmen, es sei die Person und die Beziehung. Diagnosen beispielsweise sind gesellschaftlich konstruierte Bedeutungen, die durch eine dominierende Kultur von Professionellen vorangetrieben werden. Eine Diagnose ist eine Übereinkunft in Sprache zum Zweck, auf bestimmte Weise irgendein Verhalten oder Ereignis sinnvoll zu machen. Aber eine sozialkonstruktionistische Sichtweise warnt uns davor, dass diese Art der Übereinstimmung uns dazu verleiten kann, die Diagnose für wahr zu halten. Ist es also die diagnostische Realität, die in der Therapie behandelt werden sollte?

Sozialer Konstruktionismus lädt zu alternativen Fragestellungen ein: Was ist die Intention der Diagnose? Welche Fragen, glaubt man, beantwortet die Diagnose? Welche Information denkt man dadurch zu gewinnen? Was soll eine Diagnose mitteilen und wem? Wenn es viele Wege gibt, über etwas zu denken oder es zu beschreiben, etwas, das als ein und dasselbe Ding gedacht werden kann (z.B. Verhaltensweisen, Gefühle), wie können wir dann alle Realitäten respektieren und in allen arbeiten? Sollten wir die Möglichkeit multipler

Diagnosen in Betracht ziehen? Wie können wir den Klienten in diesen Prozess einbeziehen? Wie kann, und ist das dabei überhaupt möglich, eine Diagnose sinnvoll für alle Involvierten sein? Wie kann sie kollaborativ, maßgeschneidert für das Individuum, nützlich sein? Welche anderen Wörter können wir einsetzen? Wenn wir diagnostische Termini ablehnen, sollten wir dann versuchen, das Helfersystem zu überreden, seine Nosologie zu ändern? Wie entwickeln wir einen Weg dahin, dass Multiversa koexistieren können?

Wenn man das Leben als dynamisch, instabil und unvorhersagbar ansieht, dann müssen Untersuchungen darüber ständig aktiv sein. Wenn man Wissen als gesellschaftlich erzeugt betrachtet und Wissen und Wissende als wechselseitig abhängig, dann macht es Sinn, den Klienten in den diagnostischen Prozess miteinzubeziehen. Das bewegt die Diagnose aus dem Bereich eines privaten Diskurses heraus und führt sie hin zu einer miteinander geteilten Untersuchungsform, innerhalb derer sie zu einem wechselseitigen Entdeckungsprozess gerät.

Wie durch unerwartete glückliche Umstände wurden nun die Klienten in die Kreation ihrer eigenen Diagnosen und Ideen über Behandlung involviert. Unsere kulturgebundene menschliche Natur zwingt uns dazu, wissen zu wollen, was falsch ist und nach einem Namen für das Problem zu verlangen. Mit Hilfe der Medien sind die diagnostische Sprache und die bevorzugten Behandlungsmethoden in den Bereich der Öffentlichkeit durchgesickert. Wir alle haben Klienten, die mit Selbstdiagnosen kommen wie etwa «kotabhängig» und «erwachsenes Kind eines Alkoholikers» und Klienten, die nach Prozac gegen Depression verlangen oder einer 12-Stufen-Gruppe um Suchtverhalten zu behandeln. Ich frage mich jedoch, ob diese

Selbstdiagnosen nicht oft kaum noch zu handhabende Probleme für beide, den Klienten wie den Experten, liefern. Diagnosen, offizielle wie die inoffizielle, konkretisieren Identitäten, die Menschen begrenzen; sie erschaffen black boxes mit wenigen, obskuren Ausgängen; und sie bilden Hindernisse für lebensfähigere und befreiende Selbstdefinitionen (Anderson, 1992).

Kürzlich habe ich mit einem Paar gesprochen, das in einer Fernsehtalkshow aufgetreten ist, die Geschlechterbeziehungen bei Paaren fokussiert. Der Gastexperte in der Show hat den Ehemann als «verantwortungslos» (eine individuelle Beschreibung), die Frau als eine «erwachsene Überlebende von Inzest in der Kindheit» (eine individuelle Beschreibung) und das Paar als «koabhängig» (eine relationale Beschreibung) diagnostiziert. Als ich sie sah, waren sie verwickelt in einen Kampf darum, ihn verantwortlich zu machen, ihr «Überleben» zu unterstützen, und sie beide unabhängig voneinander werden zu lassen. Sie waren Gefangene von durch Diagnosen erzeugten unauflösbaren Problemen. Oder, wie Ken Gergen es sieht, jeder Schritt, den sie machten, wurde dysfunktionalisiert. Das ist die *Tyrannie der Diagnose*.

Das Denken über Therapie und Diagnose von einer postmodernen sozialkonstruktionistischen Perspektive aus definiert die Therapeuten-Klienten-Beziehung neu und zweifelt Expertenwissen an. Es verändert das Therapieverständnis von einer Beziehung zwischen einem Wissenden und einem Unwissenden in das einer kollaborativen Partnerschaft, in welcher die Entscheidung über, das Erklären und das «Lösen» von Problemen einen Prozess von gemeinsamer Erforschung darstellt, in dem die Diagnose nicht fixiert wird und die Probleme sich über die Zeit hinweg verlagern und auflösen können.

Sie lädt die Stimme der Klienten und sein oder ihr Expertentum über erlebte Erfahrungen ein. Das Einbeziehen der Stimme der Klienten - die Worte und Begriffe, die für den Klienten signifikant sind - verleiht der Alltagssprache produktives Leben. Das Produkt ist ein in höherem Maße gemeinschaftlich Erzeugtes und besitzt dementsprechend eine kooperativere Sprache. Diese bringt mehr Möglichkeiten hervor, als professionelle Fachvokabulare, die auf Vorwissen basieren und leblose, sterile Verallgemeinerungen produzieren, und die die Einzigartigkeit der Erzählung eines individuellen Klienten unterdrücken (Anderson, 1992). Eine konstruktionistische Haltung favorisiert ein in höherem Maße wechselseitiges, personalisiertes Wissen. Diese Sicht von Therapie und Diagnose bringt Unsicherheit mit sich; und während einige diese Ethik der Unsicherheit in Frage stellen, hinterfrage ich die Ethik der Sicherheit.

Deshalb bin ich nicht dafür, eine «relationale Diagnose» zu derjenigen, die bereits in Gebrauch ist, hinzuzufügen. Kaslow (1993) zieht die «Formulierung einer Sprache und einer Typologie, die mit einem hohen Grad an Konsens über Definitionen und Kriterien und auf soliden Forschungsergebnissen basiert und von den Familientherapeuten über viele Disziplinen und theoretische Überzeugungen hinweg gebraucht werden kann» in Betracht. Diese würde in eine «gültige Nosologie der relationalen Störungen» einmünden. Es gibt viele Gründe - theoretische wie praktische - anzuzweifeln, dass dies möglich ist; und es gibt viele Gründe, gegen ein solches Ziel zu argumentieren. Wie Ken und Lynn möchte ich den Gedanken nahe legen, dass wir es eher nötig haben, neue und vielversprechende Richtungen für die Familientherapie und Psychologie in Betracht zu ziehen, als über ein relationales Diagnostiksystem zu sprechen.

Natürlich wird uns das aufrütteln. Viele Fragen bleiben offen: Was fangen Therapeuten mit ihrem professionellen Wissen und ihren vergangenen Erfahrungen an? Wie werden wir dann mit professionellen Kollegen, Klienten und Versicherungsgesellschaften kommunizieren? Die ethischen Fragen, die sich uns also in der neuen Ära gemanagter Gesundheitsvorsorge stellen, haben eine weit größere Bandbreite und sind entmutigender als beispielsweise die Frage, ob die Unterwerfung in die Rückerstattungsordnung der Versicherungen faktisch korrekt ist, nahe liegt.

### **Wem dienen professionelle Diagnosen?**

KJG: Als ich Eure Ausführungen erwogen habe, Lynn und Harlene, habe ich versucht, mich in die Rolle eines Essentialisten, eines Diagnostikers hineinzusetzen und mir zu überlegen, welche Fragen ich stellen würde. Eine davon ist eine Frage, mit der ich mich oft konfrontiert habe, und sie betrifft die Existenz von dem, was wir im Allgemeinen für die «reale Welt» halten. In schlichteren Worten ausgedrückt, man fragt sich, «ist da nicht etwas, worauf sich diese Ausdrücke beziehen und sind diese Arten des Verhaltens etwa nicht höchst problematisch sowohl für die Individuen (oder Familien) als auch für die Gesellschaft? Wir müssen Möglichkeiten haben, innerhalb unserer Profession über diese Muster zu sprechen, irgendeine Möglichkeit, unser Wissen über effektive Behandlung zu teilen. Benötigen wir also nicht gerade diese Formen der Terminologie?» Und, so könnte ein solcher Fragender hinzufügen, wir benötigen diese Begriffe auch dann, wenn wir mit dem konstruktivistischen Argument übereinstimmen, dass sie nicht die einzigen oder genauesten Formen der Beschreibungen dieser Handlungen sind.

Ich würde das als eine begründete Fragestellung ansehen und zugestehen, dass wir die meiste Zeit in kulturellen Traditionen verbringen, in denen die zählt. Wenn wir jedoch in diesem Sinne zubilligen, dass es da «irgendetwas gibt, worauf diese Begriffe verweisen», stellt sich die Frage, wie Du auch sagst, Harlene, ob und wofür wir diese professionellen Bezeichnungen benötigen. Zunächst einmal lässt sich das Argument, dass diese diagnostischen Begriffe beobachtbare Verhaltensweisen beschreiben, nicht halten. Keine unserer Begriffe, weder die aus dem DSM-IV, noch die des sich neu entwickelnden Vokabulars der relationalen Diagnosen, beziehen sich tatsächlich auf die spezifischen Bewegungen der menschlichen Körper bei ihrer Reise durch Zeit und Raum, auf die Klänge, die sie von sich geben, die Flüssigkeiten oder Gerüche, die sie ausscheiden, - oder irgendetwas anderes, das wir mit einem Satz mechanischer Instrumente bestimmen können. Eher verweisen all diese Begriffe auf hypothetische Prozesse, Mechanismen oder Absichten, die hinter dieser Reihe von beobachteten Verhaltensweisen stehen oder die damit bezweckt werden. Wenn ich sage, ein Individuum sei «depressiv» und dies mit einer Reihe von Items eines entsprechenden Inventars über Depression begründe, beziehe ich mich nicht auf die Markierungen auf dem Papier, sondern auf das, was diese Markierungen über die geistige Verfassung suggerieren. Ich habe jedoch keinen Zugang zu diesem Bewusstseinszustand; dies nehme ich a priori an (oder, man könnte sagen, aufgrund der verschiedenen Mythen über den Geist, welche ich von meiner kulturellen Geschichte geerbt habe). Ebenso wenig beobachte ich als Therapeut dysfunktionales Verhalten. Ich beobachte Verhalten, das ich als dysfunktional etikettiere, aus einer vorgegebenen Reihe von Bewertungen

heraus, die ich für funktional halte. Freilich sind dies akademische Argumente, die nur skizziert wurden, um das Vorurteil zu entkräften, dass professionelle Bezeichnungen unzweideutige Referenzen besitzen (siehe auch Sarbin & Mancuso, 1980; Wiener, 1991). Wie dem auch sei, ich werde die Idee entwickeln, dass die therapeutische Gemeinschaft sich aufgrund dieses Problems in großer Gefahr befindet.

Wenn also unsere Bezeichnungen derartig spärlich an das Beobachtbare gebunden ist, gewinnt die Frage «warum Etikettierungen» eine neue Dimension. Wir können nicht behaupten, dass wir die Etikettierungen benötigen, um professionell über die Fälle, mit denen wir konfrontiert sind, zu sprechen; denn es gibt keine Gründe dafür, anzunehmen, dass das, was eine Person (bezüglich eines spezifischen Verhaltens) mit «oppositionellem Trotzsyndrom» oder «Partnerbeziehungsproblem» meint, das gleiche sei, das irgendeine andere damit meint. Selbst wenn wir übereinstimmen sollten, dann gibt es keine Mittel, dieses Ergebnis außerhalb unserer lokalen Übereinkunft substantiell zu machen. Dementsprechend helfen uns die diagnostischen Termini zu glauben, wir würden alle die gleichen Phänomene bearbeiten, aber das schafft einen falschen Anschein von Sicherheit. Helfen denn die professionellen Diagnosen dem Klienten? Sicher ist das die wichtigste Frage, die wir uns stellen sollten. Es gibt Gründe, das hier zu debattieren, denn manche Klienten mögen in der Tat die Sicherheit einer professionellen Bezeichnung bevorzugen, um damit das zu ersetzen, was sie als ihre quälenden Versuche des Verstehens empfinden. Das Vorhandensein der Diagnose suggeriert, dass diese Fälle möglicherweise ganz gewöhnlich, allgemein bekannt, völlig verstehbar und ganz effektiv



behandelbar sind. Und während eine Diagnose unter solchen Umständen wider besseres Wissen entstünde, mag sich ein verbessernder Placeboeffekt einstellen.

An diesem Punkt fühle ich mich von der Weisheit von Harlenes Kommentaren bezüglich des ständig wechselnden Charakters täglicher Aktivität, der gemeinsamen Konstruktion von Bedeutungen und der Art und Weise, wie Sprachen im täglichen Leben funktionieren angezogen. Denn, so könnte man fragen, ist es nicht auf lange Sicht ein größerer Beitrag zum Leben unserer Klienten (und in der Tat zu unserem eigenen), wenn wir multiple Wege des Verständnisses unserer Aktivitäten haben, wenn wir wahrnehmen, wie unterschiedlich verschieden Gruppen das beschreiben können, was wir tun, wenn wir verstehen, wie diese verschiedenen Beschreibungen der Qualität des Lebens etwas hinzufügen oder etwas wegnehmen können? Die meisten von uns sind sich dessen voll bewusst, dass wir zu komplex sind um in Kategorien hineinzupassen, dass Beziehungen das Subjekt unendlicher Interpretation sind, dass die gleichen Aktionen und die gleichen Beschreibungen sich auf verschiedene Dinge zu verschiedenen Zeiten und mit verschiedenen Konsequenzen beziehen können. Würden wir es unseren Klienten nicht wünschen, einen Nutzen aus diesen Formen kultureller Weisheit zu ziehen? Wem ist es zu Nutzen, dass wir den «Rahmen eines Bildes einfrieren»?

Zuvor habe ich die Möglichkeit der Gefahr aufgezeigt. Beide, sowohl Lynn als auch Harlene, bekräftigen einen Bereich der Familientherapie, der in seiner Vermeidung einer professionellen Nosologie einzigartig ist, einen Bereich, der meiner Meinung nach darum an der vordersten kulturellen Front steht. Langfristig gesehen gibt es gu-

ten Grund, anzunehmen, dass die anderen helfenden Berufe dem Beispiel Folge leisten werden. Viele aus der Basis erwachsene Antipathien haben sich bezüglich jener Diagnoseformen entwickelt, der Patienten die Jahre über preisgegeben waren; Organisationen von «exmental patients», die empfinden, dass sie durch die Praktiken psychologisch-psychiatrischer Professionen verschlimmbessernd behandelt wurden, sind entstanden (Chamberlin, 1990). Ebenso sind feministische Gruppen entstanden, die Frauen als Opfer existierender Nosologien empfinden (siehe, z.B., Caplan, 1987, 1991.). Und es gibt weltweit Professionelle, die (wie wir) empfinden, dass Diagnosen mehr schädlich als hilfreich sind. Der Tag wird bald kommen (und in der Tat werde ich meine Bemühungen auf dieses Ergebnis richten), an dem jene, die nach Hilfe für ihre Probleme fragen, gerichtlich gegen diejenigen, die Diagnosen erstellen, vorgehen werden. Wenn diagnostische Kategorien protokolliert und zu den Akten eines Menschen gelegt werden und diese Akten für diverse Bewertungen herangezogen werden dürfen, werden Psychologen und Psychiater kein legitime Grundlagen mehr finden, ihre Diagnosepraxis zu rechtfertigen.

### **Psychiatrische Hasssprache**

LH: Ich stimme Euren Befürchtungen, Ken und Harlene, über die Schädlichkeit diagnostischer Bezeichnungen, oder dem, was ich als bezeichne, zu. Um festzustellen was tatsächlich als hasserfüllt empfunden wird, experimentiere ich mit Konsultationen in Workshops. Ich spreche mit einem Therapeuten über eine Situation in der Familie, während die Familie dabeisitzt und uns zuhört (ich habe den Begriff «Fall» aus meinem Vokabular gestrichen). Dann

bitte ich die Familie, unser Gespräch zu kommentieren. Danach bitte ich die ZuhörerInnen, in Kleingruppen einige Ideen für die Familie zu entwickeln, um sie gegenüber der Familie zu reflektieren. Die Gruppen erzählen mir dann ihre Ideen der Reihe nach, die ich aber erst auf einer flip-chart aufschreibe, nachdem sie durch die Reaktionen der Familienmitglieder gefiltert wurden. Dieses Verfahren ist sehr interessant, indem wir familiensensitive Beschreibungen zusammenstellen, die nicht von außenstehenden Professionellen aufgedrängt werden. Ich kann mich an ein temperamentvolles Paar erinnern, das weder zusammenbleiben noch eine Trennung aufrechterhalten konnte. Eine Gruppe von ZuschauerInnen meinte, dass das Paar den Eindruck mache, krisensüchtig zu sein. Eine andere Gruppe bezog sich auf einen Ort, der bekannt ist als das Zentrum des Bungee Jumping von Nord Amerika, und verglich ihre Beziehung mit einem verheirateten Paar von Bungee Springern. Das Paar lehnte die erste Idee ab, fand aber an der zweiten Gefallen. Verfahren wie diese ersetzen das gewöhnliche diagnostische Experten-Modell durch ein weniger abwertendes Modell.

Die Vorbereitung für diesen Artikel regte mich an, relationale diagnostische Verfahren genauer zu untersuchen. Ein solches, das in dem DSM-IV aufgenommen wurde (1994), mindestens in dem Anhang, ist die *Globale Messskala der Funktionalität der Familie*<sup>6</sup> des Familienpsychiaters Lyman Wynne. Diese entspricht der *Globalen Messskala der Funktionalität von Individuen*<sup>7</sup>, von der in Axis V berichtet wird. GARF spiegelt das frühe Denken der Familientherapie

---

<sup>6</sup> Global Assessment of Family Functioning Scale (GARF)

<sup>7</sup> Global Assessment of Functioning Scale (GAF) for individuals

wieder, in denen die Familie als «System» verstanden wurde, welches sich als Einheit aus Teilen zusammensetzt, die in wechselseitiger Abhängigkeit aufeinander wirken. Diese Analogie stammt offensichtlich von Talcott Parsons (1951), dessen normatives Modell der Familienfunktionalität einst unser Feld geprägt hat.

Ein weiterer Versuch relationale Rahmenbedingungen der Diagnostik zu erzeugen, wurde von Karl Tomm (1991), einem Psychiater aus Kanada, angeboten. Tomm glaubt, dass eine Familie, in der ein Patient lebt, von schädlichen Kommunikationsmustern beherrscht sei. Diese Muster werden nicht von dem Familiensystem selber produziert, sondern sind das Ergebnis von Teufelskreisen, wobei Bemühungen dieses Muster zu durchbrechen, nur deren Verfestigung bewirken. Tomm nennt diese Abläufe «pathologische zwischenmenschliche Muster»<sup>8</sup>; für ihn besteht die Therapie darin, diese Muster durch «heilende zwischenmenschliche Muster»<sup>9</sup> zu ersetzen. Als Konstruktionistin, ziehe ich die Formulierungen von Wynne und Tomm, den Kategorien des DSM-IV vor, weil ihre Wirkungen auf den Einzelnen nicht so destruktiv sind. Aber ich fühle mich unwohl mit ihrer Annahme einer ontologisch transparenten Pathologie.

Glücklicherweise hat der Umstieg auf die narrative Analogie in der letzten Zeit die Diagnose auf eine andere Bahn gebracht, die die Idee der objektiven Messung der Pathologie über Bord warf. Dieses Konzept bevorzugt die Formulierung als Erzählung oder Diskurs. Durch diesen zügigen Metaphernwechsel werden wir in das postmoderne Universum geschleudert, in der «Realität» in Anführungszei-

---

<sup>8</sup> Pathological Interpersonal Patterns (PIPs)

<sup>9</sup> Healing Interpersonal Patterns (HIPs)

chen gesetzt wird. White and Epston (1990), unter anderen, setzten das Boot ins Wasser, indem sie sich gegen «problemgesättigte» Erzählungen stellten und sich nach Kräften mit der Familie verbündeten, um neue hoffnungsvolle Erzählungen zu suchen. Eine ähnliche Auffassung hat Chris Kinman aus British Columbia. In seiner Arbeit mit indianischen Jugendlichen ist Kinman sehr bemüht, Alternativen zu dem bekannten stereotypen Bild schwer erziehbarer Jugendlicher zu schaffen. Bei der Ausarbeitung diagnostischer Werkzeuge auf einer narrativen Grundlage experimentiert er mit dem Begriff Diskurs, indem er ihn als Rahmen für die Situation seiner jungen Klienten herstellt. Er erscheint in Überschriften wie «Diskurs der Jugendlichen und Gleichaltrigen» oder «Diskurs der Jugendlichen und der Schule» (Kinman & Sanders, 1994). Die Beschreibungen entstehen in Gesprächen mit den Betroffenen und anderen aus der Familie oder näheren Gemeinschaft.

Ich erwähne diese Bemühungen deshalb, weil die Veröffentlichung des DSM-IV wie ein außerordentlicher Störenfried wirkte. Dies obwohl viele von uns die außerordentlichen Versuche psychiatrischer Berufe, das ganze Territorium für sich in Anspruch zu nehmen, missbilligen. Angesichts einer sich beschleunigenden Akzeptanz sozialkonstruktivistischer und narrativer Blickwinkel scheint sich das familientherapeutische Feld für diese Auseinandersetzung vorbereitet zu haben.

Ich möchte noch einen letzten Punkt ansprechen: Konstruktivistische Ansichten sind im Zusammenhang mit der Bewegung nutzerfreundlicher Familientherapie zu sehen (Reimers & Treacher, 1995). Ein neuerer Bericht über Klagen gegen Mediziner wegen Kunstfehlern deckte eine Korrelation zwischen der Anzahl der Kla-

gen und den schlechten Umgangsformen mit Kranken auf: Die Ärzte, die sich Zeit für ihre Patienten nehmen, die ihnen aufmerksam zuhören und sich freundlich und menschlich verhalten, werden seltener verklagt als ihre schroffen Kollegen. Im Zeitalter verwalteter Fürsorge wird den Erzählungen der Klienten aufmerksamer zugehört werden und es wird eine Bewegung geben, den Benutzer zunehmend an Gesprächen zu beteiligen, besonders am Gespräch über Diagnosen.

Gleichzeitig, auch wenn ich die Position ablehne, möchte ich mich dem, was bereits besteht, anschließen. In diesem Sinne finde ich, dass die Strukturierung von Diagnosen um Achsen herum, die unterschiedlich gefärbt sind, einen brauchbaren Anfang macht. Man kann sich gut vorstellen, wie dieses Format sich in eine roshomonartigen Anordnung verschiedener Perspektiven umwandelt. Kunden könnten eine Achse für sich selber oder einen separaten Platz für Kommentare über jede Achse erhalten. Weil dieser Definitionsprozess den Rahmen für jede Form der Therapie oder Beratung festlegt, darf er so viel Zeit einnehmen wie notwendig ist. Aufmerksamkeit für diesen Aspekt ist für mich entscheidend, nicht nur wenn es darum geht, der Natur der Therapie auf dem Grund zu gehen und aufzudecken, dass sie insbesondere einen politischen Charakter hat, der dem medizinischen entgegengesetzt ist, sondern auch allen Beteiligten zu ermöglichen, vor Gericht zu gehen.

## **Die Stimmen der Klienten**

HA: Ich bin von Kens und Lynns Interesse an der Stimme der Klienten besonders gefesselt - der Art, in der manche Klienten entweder gemeinsam in organisierten Verbänden oder einzeln vor Gericht

sich ein Nutzerforum für ihre Anliegen und ihre Beschwerden zu verschaffen. Ken spricht von den Tagen zukünftiger Gerichtsverfahren. Ich glaube, dass sie schon begonnen haben. Medienberichte über Patienten, die gegen ihre Therapeuten klagen und gewinnen, sind mittlerweile nicht mehr außergewöhnlich. Wir lesen Berichte über Patienten, die gegen ihre Therapeuten für das Erzeugen falscher Gedächtnissyndrome und multipler Persönlichkeiten klagen. Neulich klagten die Eltern gegen den Therapeuten ihrer 16-jährigen Tochter, weil dieser ihre Vorwürfe des sexuellen Missbrauchs nicht sorgfältig genug prüfte. Solche Verfahren erschüttern das vermeintliche Sicherheitsgefühl, das Diagnosen den Medizinerinnen vermitteln, und sie werfen ein besonderes Licht auf die Komplexität menschlichen Verhaltens und ihre Wechselwirkungen. Gleichzeitig beschreiben solche Handlungen geradezu die Wichtigkeit, die Stimmen der Kunden zu garantieren - seien es die von Klienten, einer Versicherungsfirma, einer Institution des Gesundheitswesens oder eines Therapeuten.

Wie Lynn fühle ich mich angezogen von der Hoffnung, dass eine narrative Perspektive eine Befreiung von der im seelischen Gesundheitswesen üblichen Defizit- und Krankheitssprache ermöglichen kann. Ein erzählerisches Verständnis berücksichtigt Glauben, Absichten sowie die erzählten Geschichten und Kontexte, die die Handlungen unterstützen, sie formen und ihnen Bedeutung verleihen. Als solches bietet ein narratives Verständnis die Möglichkeit des Verstehens, und was genau so wichtig ist, das Nichtverstehen des Handelns von Menschen an.

Ich möchte den Kommentar von Goolishian bei der Konferenz der Houston Galveston Institute, the «Dis-easing of Mental Health»,

vom Oktober 1991 wiederholen. Er sagte, «Wir müssen an die Möglichkeit der Menschen glauben, dass sie erzählend ihr Leben konstruieren. Und wir müssen Therapie neu definieren als die Fähigkeit, sich an diesem Prozess zu beteiligen...Das wird mehr als relationale Sprache verlangen...Wir müssen eine Sprache der Beschreibung entwickeln, die uns aus dem linguistischen schwarzen Loch befreit, das uns zur Zeit gefangen hält». Inspiriert durch Wittgensteins Worte in *Culture and Value* (1980) - Niemand kann ehrlich behaupten, er sei Dreck. Wenn ich so etwas doch sagen würde, mag es in einem gewissen Sinne wahr sein, so ist es aber keine Wahrheit, die mich wirklich treffen könnte; wenn es so wäre, würde ich den Verstand verlieren oder mich ändern müssen - Goolishian sagt weiter, «Unsere Sprachen der Beschreibung sind nicht nur normativ, sondern sie haben unseren Klienten über die Jahre Selbsterzählungen von Nutzlosigkeit und Dreck aufgezwungen. Kann es sein, dass sie sich daraus resultierend dafür entscheiden 'wahnsinnig zu werden'»??

### **Versicherungsleistung ohne Schuldzuweisung**

KJG: Eine Hoffnung, die wir drei in diesem Versuch teilten, war, dass der Dialog als Schreibform einige Vorteile der konstruktivistischen Orientierung gegenüber relationaler Diagnose aufzeigt. Was passiert, wenn wir vom Monolog<sup>10</sup> abweichen und uns einem Gespräch mit mehreren Stimmen annähern, welches von Konstruktionisten bevorzugt wird? Ich bin der Meinung, dass wir uns dieser Hoffnung einigermaßen angenähert haben, weil jeder von uns eine

---

<sup>10</sup> Ein Monolog simuliert die Einzelstimme im diagnostischen Etikettierungs-Verfahren.



einzigartige Stimme aus unterschiedlichen Erfahrungen, Beziehungen und Werken der Literatur beigetragen hat. Unser Vorgehen ist durch gemeinsame Beteiligung bereichert. Gleichzeitig verhindert die allgemeine Übereinstimmung unter uns das volle Aufblühen der dialogischen Form. Wir haben ihr katalytisches Potential noch nicht voll ausgeschöpft.

Um diese Möglichkeit zu erforschen, möchte ich die Aufmerksamkeit auf einen Punkt lenken, in dem wir nicht übereinstimmen. Wie können wir einen Konflikt innerhalb dieses Gesprächsrahmens in einer Art und Weise behandeln, der sich von der üblichen monologischen Orientierung unterscheidet (wobei der Sprechende normalerweise interne Konflikte zugunsten voller Kohärenz unterdrückt)? Tatsächlich mag ich Lynns Neigung, sich in Bezug auf Diagnostik «dem anzuschließen, was schon besteht», nicht teilen. Wie sie ausführt, «...weil dieser Definitionsprozess den Rahmen für jede Form der Therapie oder Beratung festlegt...», schlägt sie mittels unserer Kritiken vor, die Bandbreite der Definitionen zu vervielfältigen, sogar diejenigen der Klientinnen einzuschließen. Vielleicht bin ich kritischer gegenüber Diagnosen, aber ich stelle folgende Frage: Wenn sie für unsere «KlientInnen» schädlich sind, warum sollten wir uns dann an das Bestehende anschließen? Warum sollen wir den Definitionsprozess als wichtigsten Bestandteil von Therapie oder Beratung akzeptieren?

Nun erkenne ich, dass es vielleicht für mich einfacher ist, diese starke Position zu vertreten, weil ich kein Therapeut bin. Meine Existenz hängt nicht von der Aufrechterhaltung therapeutischer Traditionen ab. Ich brauche mich nicht um das Bestehende zu kümmern, weil ich mir weniger Sorgen um den Einfluss auf meine

Beziehungen innerhalb der Tradition (und meine Familie) machen muss, wenn ich davon stark abweichen sollte. Darüber hinaus macht sich Lynn, wie wir schon gesehen haben, Sorgen, dass sich ein Berufszweig in der realen Welt des Wettbewerbs gegen Fachleute für seelische Gesundheit behaupten kann, die eher Diagnosen zugeneigt sind. Daher muss ich als Konstruktionist Verständnis für Lynns Vorlieben aufbringen und sehen, dass sie innerhalb der relationalen Matrix, in der sie lebt, nachvollziehbar sind; das muss aber auch umgekehrt gelten. Aber wohin bringen uns diese Erkenntnisse? Und wenn wir die Beziehungen zu unseren KlientInnen im weiteren Sinn betrachten, was könnte daraus folgen, wenn beide Therapeuten und Klienten die einengenden Charakter diagnostischer Etikettierungen klar erkennen? Vielleicht erkennen sie auch, dass diese Konventionen nur eine Tradition unter vielen darstellen, wenn sie sich wechselseitig respektieren?

Es gibt nicht die eine Antwort auf diesen Fragen. Die allgemeinere Frage, wie man in einer Welt vieler widersprüchlicher Realitäten zurechtkommen soll, ist so tief greifend wie kompliziert. Ich möchte bezüglich des aktuellen Falls mindestens ein alternatives Verstehen vorschlagen, mit dem wir beide uns wohl fühlen können. Hier denke ich hauptsächlich an klinische Praktiken. Mir kommt es so vor, als ob wir uns möglicherweise darüber einig sind, dass das Etikettierungsverfahren manchmal wertvoll sein kann, es aber auch manchmal schädlich ist, nicht aber wesentlich für den therapeutischen Prozess ist. Das heißt, therapeutische Effektivität hängt nicht von der Zuordnung der KlientInnen in festgelegte öffentlich anerkannte Kategorien ab. Wenn wir uns darüber einig sind, können wir die Frage stellen, ob es nicht möglich wäre, ein Art Versiche-

rung für Therapien zu etablieren, die nicht an «Fehler» gebunden sind<sup>11</sup>. Solche Policen haben Ehescheidungsverfahren hervorragend gefördert, bei denen die Feststellung der ursprünglichen Quelle der Eheprobleme unmöglich war. Wenn wir im Fall von menschlichen Leiden diagnostizieren wollen, begeben wir uns in dasselbe Gestrüpp. Wenn Versicherungsfirmen nicht auf Diagnosen bestehen würden, um die Rechnungen für eine Therapie an Dritte auszustellen, bräuchten Diagnosen nur dann erstellt zu werden, wenn sie für die Behandlung sinnvoll aber nicht wesentlich wären. Wenn jeder versicherte Mensch nach bestimmten Versicherungsplänen das Recht auf eine begrenzte Anzahl von Beratungsstunden hätte, dann könnte die Tatsache, dass der einzelne (oder die Familie) sein/ihr eigenes Leiden als schwerwiegend genug einschätzt, ausreichen, um in den Genuss professioneller Aufmerksamkeit zu gelangen. Wie wäre es, die Möglichkeiten der Einführung solcher Policen in allen Bereichen der seelischen Gesundheitsberufe gemeinsam zu erforschen?

Reflektierend gesprochen kommt es mir so vor, dass unser Dialog es geschafft hat, unsere gemeinsamen Überlegungen über diese Themen vorwärts zu bringen - so dass wir alle drei uns im Laufe des Gesprächs verändert haben. Ich stehe nicht genau an demselben Punkt, wo ich am Anfang des Gesprächs gestanden habe. Wenn dem so ist, gibt es hier eine Lektion für die traditionelle Neigung zum Monolog in unseren Beruf? Das diagnostische Etikett kann «ein Gespräch ersticken». Der Experte erklärt, «Sie sind X» oder «Y», und es gibt kein offensichtliches Mittel, die Diagnose im anschlie-

---

<sup>11</sup> Ken Gergen spricht von «no-fault» *insurance coverage for therapy*.

ßenden Gespräch mit dem Klienten umzuwandeln. Der Monolog isoliert sich gegenüber Veränderung; Diagnostik beschneidet die Möglichkeiten der therapeutischen Transformation radikal.

### **Von der Überwindung der Behandlung von Diagnosen**

HA: Ken deutet an, dass unser Dialog das katalytische Potential nicht so geschaffen hat, wie er es sich vorgestellt hat. Für mich wurden weit mehr Gedanken produziert als meine geschriebenen Worte verraten. Ich habe nun mehr Dialog über Diagnose im Kopf und spreche das Thema in Gesprächen mit Kolleginnen und Studentinnen des Öfteren an. Ist katalytisches Potential wie in der Therapie überhaupt sichtbar? Können unsere Worte auf Papier den Dialog für andere fördern? Ich hoffe es.

Ich möchte die Geschichte von einem Fall erzählen, die die Komplexität menschlicher Probleme veranschaulicht und zeigt, wie Diagnosen und Behandlungen, die von Diagnosen angetrieben werden, die Lage übermäßig vereinfachen und sie noch verschlimmern: «Ich fragte meine Tochter, warum hast Du diese exotische Krankheit der weißen Frau?» Diese Worte wurden von dem aufgebracht Vater von Joan geäußert, einem 16-Jahre alten afroamerikanischen Mädchen, das sich bei ihrem Bemühen, ihr Gewicht unter Kontrolle zu bringen, zu Tode hungerte. Sie erfüllte die notwendigen Kriterien für Anorexia Nervosa. Joan wurde vor einem Jahr in eine private psychiatrische Klinik eingewiesen, wo ihre Behandlung sich aus Einzel-, Familien- und Gruppentherapie mit Jugendlichen zusammensetzte. Nach 30 Tagen wurde sie entlassen, nachdem ihr Anspruch auf klinische psychiatrische Behandlung auf Kosten der Versicherung aufgebraucht war. Danach wurde sie in eine private medizini-

sche Klinik aufgenommen, wo ihr Problem als psychische Störung diagnostiziert wurde. Nach einer Woche wurde sie entlassen, weil die Versicherungsfirma Widerspruch gegen der medizinische Diagnose mit dem Argument eingelegt hatte, es handele sich um eine bereits vorher bestehende psychiatrische Diagnose; daher weigerte sie sich, die Kosten zu übernehmen.

Der behandelnde Arzt der Klinik drängte die Familie, ihre Tochter in einer karitativen psychiatrischen Klinik des Kreises behandeln zu lassen, wo sie die Behandlung für weitere 30 Tagen kostenlos bekommen könne. Die Familie lehnte den Vorschlag ab. Der Arzt sagte, dass Joan die «schwierigste» und «abweichendste Anorektikerin» sei, die er bis jetzt behandelt hatte. Er fürchtete, dass sie «durch die Maschen fallen» würde, wenn sie sich nicht in kontinuierliche psychiatrisch-stationäre Behandlung begeben würde. Seine Ängste bestätigten sich durch ihr Verhalten und das ihrer Familie. Wenn er auf die Familie zu sprechen kam, sagte er frustriert, «wir sind nicht auf derselben Seite des Buches; nein, wir sind noch nicht einmal im selben Buch». Er glaubte, dass die Bemerkung ihres Vaters der lebensgefährlichen Krankheit seiner Tochter nicht entsprach. Seine Annahme wurde jedes Mal bestätigt, wenn der Vater, ein Geistlicher, auf Spiritualität zu sprechen kam und erklärte, er glaube daran, dass seine Tochter «ihren Weg finden» werde und wenn er «vom Glauben an den Prozess» sprach. Der Arzt wurde auch wegen der Unaufrichtigkeit der Familie frustriert und verwirrt. Es kam ihm komisch vor, dass der Vater sich mit der Essstörung seiner Tochter intensiver beschäftigte als die Mutter. Er beschrieb den Vater, als er seine fast leblose Tochter in die Notaufnahme trug: er meinte, dass die Ruhe des Vaters «bizarr» sei.

Zwei Wochen nach der Entlassung aus der Klinik, trank Joan eine Flasche Sirup, der Erbrechen auslöste, und sie konnte nicht mehr aufhören zu brechen. Ihre Eltern brachten sie in die karitative psychiatrische Klinik des Kreises, wo sie aufgenommen wurde, weil man sie für suizidgefährdet hielt. Joan betonte, dass sie sich nicht umbringen wollte. In der Kreis-Klinik bekam sie Einzeltherapie und wurde nach zwei Wochen unter der Bedingung entlassen, dass ihre Familie sich bereit erklärte, eine intensive Familientherapie zu machen. Sie wurde an eine private psychiatrische Klinik verwiesen, wo sie aussortiert wurde, weil ihr Versicherungsanspruch aufgebraucht war. Die Privatklinik wiederum verwies sie an ein ehrenamtliches Beratungszentrum. Sie wurde einer Therapeutin in Ausbildung, die persönliche Erfahrung mit einer Essstörung hatte, zugewiesen. Die Eltern von Joan nahmen sie mit zu der Therapeutin. Sie einigten sich darauf, dass die Therapeutin Joan weiter sehen würde und dass die Eltern mit ihr sprechen würden, wann immer die Therapeutin, Joan oder die Eltern es für nötig hielten.

Die Familie blieb in Kontakt mit ihrem Hausarzt, der meinte, dass Joans Problem seine Kompetenzen überschreiten würde. Er verwies Joan - gleichzeitig zur Überweisung an das ehrenamtliche Beratungszentrum - an einen Therapeuten in privater Praxis, der auf Essstörungen spezialisiert war. Die Familie brachte Joan zu diesem Spezialisten, der eine weitere Diagnose, nämlich «Schwere Depression – einmalige Episode» aufstellte; er verordnete Einzeltherapie für Joan und Familientherapie für sie und für ihre Eltern. Er sagte des Weiteren, die Familie sei «die merkwürdigste Familie, die ich je gesehen habe». Er meinte, Joan hätte «zu viel Macht über ihre Eltern» und sei «Opfer» der «Entfremdung und des Konflikts ihrer El-

tern». Als er erfuhr, dass die Eltern dem Schulunterricht in ihrem Haus zugestimmt hatten, warnte er die Therapeutin des Beratungszentrums «Joan muss in die Schule gehen...Wissen Sie nicht, dass Anorektiker manipulieren und isolieren»? Er sah die Entscheidung zum Hausunterricht als Beweis dafür an, dass Joan zu viel Macht über ihre Eltern und jetzt zusätzlich über den Psychologen und ihren Supervisor hatte.

Der private Therapeut sah Joan und ihre Familie weiter, und die Therapeutin des Beratungszentrum sah Joan manchmal zweimal die Woche und gelegentlich ihre Familienmitglieder in unterschiedlichen Kombinationen. Wer zur Beratungsstunde kam, hing von dem Thema ab, das vorgesehen war, und davon, wer daran Interesse hatte. Die Therapeutin des Beratungszentrums hielt die Eltern für kooperativ. Sie kamen immer zu den vereinbarten Terminen und baten oft um zusätzliche Gespräche. Der Vater brachte Joan meistens, weil die Mutter arbeitete und die Universität besuchte.

Joan sprach mit der Therapeutin des Beratungszentrums oft über Leute, die sie mit Hilfsbereitschaft «nervten». Sie nahm Bezug auf einen vorherigen Therapeuten und sagte, «er dachte, er wisse Alles über mich, nur weil ich anorektisch bin». Sie erzählte, wie er ihr Vorwürfe machte wegen ihres Verhaltens, das er als geheimnisvoll, isolierend und unehrlich bezeichnete. Sie wünschte sich, andere würden sie lassen, wie sie ist.

Die Therapeutin fragte neugierig, «wie behandle ich Sie»? Joan sagte, «Ich arbeite gerne mit Ihnen, weil Sie mich nicht wie eine Anorektikerin behandeln. Sie lassen mich so sein, wie ich bin». Joan sprach von ihrem Wunsch, eine Jugendliche zu sein, mit Problemen Jugendlicher, davon, wie sie sich Sorgen machte über ihren Umgang

mit Wut und wie sie sich unwohl fühlte mit dem, was ihre Bekannten machten. Sie sprach von Angst über ihr ungeschicktes Verhalten in Gruppen, über Jungen, Dunkelheit, Einsamkeit und die Erwartungen zu Hause, dass sie auf ihre jüngeren Brüder aufpassen und die Hausarbeit erledigen solle, die ihre Schwester nicht macht, und dass sie gerne ein Job suchen wolle, um ein bisschen Geld zu verdienen. Sie sagte, dass sie sich wie ein «hässliches Entlein» vorkäme und dass Leute ständig sagten, wie schön ihre Schwester sei. Sie sagte, «ich möchte so individuell sein, dass andere mich nicht nachmachen können». Joan sprach über ihre Sorgen um die Beziehung zwischen ihren Eltern, die «distanziert» sei und wie «Mama sich in ihrer Arbeit verliere», und sie beschrieb wie die Papierstapel ihrer Mutter «das ganze Haus in Anspruch nehmen». Sie erzählte von ihren Sorgen darüber, wie ihre Eltern «sich aufregten», wenn sie mit dem Therapeuten für Essstörungen sprachen.

Neugier über die Frage des Vaters, «warum hast Du diese exotische Krankheit der weißen Frau?» führte dazu, dass die Therapeutin erfuhr, dass die Familie in einer Nachbarschaft lebte, wo sonst nur Weiße wohnten und dass alle Freunde Joans weiß waren (Joan schätzte die Frage der Hautfarbe nicht so ein, wie ihr Vater und ihr Bruder). Sie lernte, dass ihr Vater ein bedeutender schwarzer Geistlicher und ihre Mutter eine gläubige Katholikin war. Die Tochter ging mit ihrer Mutter in die Kirche und der Sohn mit dem Vater. Aus seinem religiösen Glauben heraus war der Vater überzeugt, dass die Krankheit der Tochter «vom Teufel kam». «Alles, was passiert hat seinen Grund...Gott prüft ihre Stärke», sagte er, und er untermauerte seinen Glauben mit Zitaten aus der Bibel. Er war sehr überzeugt, dass «dies eine Sache ist, die sie bearbeitet... Ich habe



Vertrauen in sie und glaube, dass sie durch kommt...und vertraue ihr, die richtige Entscheidung zu treffen über das, was für Sie das Beste ist...und ihren Weg zu finden».

Die Mutter schien ernsthaft besorgt: «Joan soll fühlen, dass ich für sie da bin». (Natürlich meinte Joan, ihre Mutter sei «aufdringlich»).

Die Mutter hoffte, dass die Therapeutin «Joan bezüglich ihrer Gefühle und ihrer Familie helfen könne, mit ihr darüber zu sprechen, was sie eigentlich störe». Joans Schwester dachte wie ihre Mutter, es würde helfen, «wenn Joan einfach mit uns darüber reden würde».

Joans älterer Bruder meinte, die angespannte Beziehung zwischen Joan und ihrer jüngeren Schwester sei schuld an allem. Er glaubte ernsthaft, dass wenn sie eine Schule besuchten, in der die Mehrheit der Schüler schwarz sei, Joan und ihre Schwester keine Probleme und keinen Streit mehr miteinander hätten, weil «Du in einer schwarzen Schule zum eigenen Schutz zusammen halten musst». Er hatte weitere Gedanken über Joans Problem; alle bezogen sich auf kulturelle Fragen. Er war wie sein Vater überzeugt, dass «schwarze Mädchen keine Anorexie haben».

Während der Reflexion über ihre Arbeit mit Joan und ihrer Familie, sagte die Therapeutin aus der Beratungsstelle, «zuerst nahm ich die Diagnosen, die ich und die Familie erbten, ernst. Ich glaubte daran. Beeinflusst durch mein Bild von Anorektikerinnen als starre, kontrollierende und isolierende Perfektionistinnen, stellte ich die Meinungen und Empfehlungen der Psychiater und Spezialisten nicht in Frage. Ich versuchte, Joan und ihrer Familie zu helfen. Ich bemühte mich, mit ihnen über die Diagnose zu sprechen und sie von der Meinung der Experten über die Familiendynamik in Zusammenhang mit Anorexia Nervosa zu überzeugen. Je mehr ich mich an-

strengte, desto schlechter erging es Joan, und dann regte ich mich noch mehr auf und machte mir noch mehr Sorgen».

Je mehr die Therapeutin - wie die anderen vor ihr - versuchte, die Diagnose zu behandeln, desto mehr verhielten sich die Familienmitglieder ihrem Bild von Anorektikerinnen und ihren Familien entsprechend und rechtfertigten die Diagnose. Die Frustration wuchs, bis, wie die Therapeutin es ausdrückte, «ich Joan und ihre Familie näher kennen lernte; da wurde mir langsam klar, dass ich eine andere Joan, eine andere Mutter und einen anderen Vater kennen lernte. Mein Interesse an dem, was sie bewegte, führte zu Gesprächen, in denen Joan und ihre Familie Ursachen und Antworten fanden, die für sie bedeutungsvoll waren. Ich war sehr überrascht, dass ich anfang Joan zuzutrauen, ihre eigenen Antworten und ihren eigenen Weg zu finden. Es wurde mir klar, dass ich eine Person sah und hörte, nicht eine Anorektikerin und eine dysfunktionale Familie».

Durch die Neugier der Therapeutin bezüglich der Ideen jedes Einzelnen, lernte sie viel mehr über die Familie und ihre Mitglieder, als einfach das zu verfolgen, was die Diagnose zulässt. Der dysfunktionale Unsinn in ihren Handlungen und Ansichten machte auf einmal Sinn. Wie die Therapie mit Joan und ihrer Familie zeigt, gibt es so viele Definitionen für «ein Problem» und seine Ursachen, wie es Menschen gibt, die sich am Gespräch über das Problem beteiligen. Und diese Ideen können sich mit der Zeit verändern.

Wenn ich über Joan und ihre Familie nachdenke, komme ich immer wieder zurück auf die Begriffe Monolog und Dialog, die Ken erwähnte. Eingebettet in meine früheren Bemerkungen ist die Eingenommenheit für den Prozess oder für das Wesentliche - Therapie als Dialog. Diagnose ist ein Teil dieses Dialogs. Vorurteile können The-

rapeuten zu inneren Monologen führen und können duellierende Monologe zwischen Klienten und Therapeuten oder zwischen Experten hervorrufen. Die Fähigkeit der Therapeutin, Fragen zu stellen und ihre Vorurteile loszulassen, gab ihr die Freiheit, offen und neugierig bezüglich anderer zu sein. Joan, ihre Familie und die Therapeutin kamen für einen Dialog zusammen - einen Gesprächsprozess, der gemeinsames Befragen beinhaltet und zu einer Veränderung des «Problems» führte und neue Möglichkeiten für alle eröffnete.

Dies bringt mich zu Lynns Bemerkung über das «Anschließen».

Ich bin nicht sicher, ob Lynn mit «anschießen» *übereinstimmen* oder einen *Anfangspunkt für ein Gespräch finden* meint. In jedem Fall glaube ich nicht, dass Diagnosen oder Problemdefinieren notwendigerweise zu einer Therapie dazu gehören, obwohl KlientInnen normalerweise über ihre Probleme sprechen möchten. Deswegen kommen sie. Wie Probleme und Lösungen entstehen und sich im Dialog auflösen, sprengt jedoch den Rahmen dieses Dialogs (Siehe Anderson, 1995; Anderson & Goolishian, 1988.).

Diagnosen im Sinne von entweder oder zu denken wirkt als vereinfachend und vernebelnd - dem stimme ich zu. Einige Fragen wurden in dieser Diskussion über Diagnose aufgeworfen, die ich noch mal betonen möchte. Wenn es einen diagnostischen Prozess gibt, welches Ziel hat er und wer legt das Ziel fest? Welche Bedeutung hat Diagnose für jede beteiligte Person? Am wichtigsten - welche Bedeutung hat sie für den Klienten? Hat sie eine nützliche Bedeutung? Ist sie respektvoll? Ermöglicht sie Türen aufzumachen - neue Möglichkeiten zu schaffen - oder werden Türen geschlossen und Möglichkeiten eingeschränkt? Wir müssen uns mit diesen Fragen aus-

einandersetzen, bevor wir eine neue Spannbreite der Diagnostik entwickeln.

Lynn sprach von verwalteter Gesundheitsfürsorge. Ich glaube, dass diese Form von Fürsorge der weiteren Marginalisierung der Klientenstimme Vorschub leistet. Diese Industrie diktiert und überwacht Diagnosen schon. Es ist nicht außergewöhnlich für Organisationen verwalteter Gesundheitsfürsorge, alle Maßnahmen abzulehnen, außer die Behandlung der Diagnose, die von einem Manager<sup>12</sup>, dem ein Fall übertragen wurde, gestellt wurde. Therapie ist nicht nur ein politisches und medizinische Ereignis, sondern auch ein ökonomisches. Aber das führt uns zu einem anderen Thema.

### **Therapeutische Gesprächskunst**

LH: Es scheint, dass das Gespräch uns in neues Land führt. Meine Frage, ist, ob die Verlagerung passiert wäre, wenn ich nicht «in die Opposition» gegangen wäre oder wenn Ken sich nicht entschieden hätte, eine andere Meinung zu äußern? Hätten wir das Format der Debatte, wo jeder einen Standpunkt vertritt, von Anfang an verwendet, hätten wir diesen Punkt früher erreicht? Catherine Bateson sagte neulich bei einer Konferenz, dass jene Art von improvisiertem Gespräch, die sie als nützlich empfindet, die Festlegung eines gemeinsamen Codes durch den TeilnehmerInnen voraussetzt. So gesehen könnte es in mehreren Etappen zustande kommen. Was meint ihr beide dazu?

In Antwort auf Harlenes letzte Bemerkung scheint es mir, dass TherapeutInnen, die darum kämpfen, ihre Nische in der verwalteten Fürsorge zu finden, keinen Ausweg sehen, außer im Rahmen der

---

<sup>12</sup> «case manager».

Diagnostik zu bleiben. Obwohl ich mich gegen diesen Rahmen entschieden habe, meine ich, dass ich mich noch mal in diese TherapeutInnen hinein versetzen sollte, um ihren «Standpunkt» zu vertreten. Aber ich glaube, Harlene hat Recht, wenn sie sagt, dass die Verlagerung in Richtung medizinische Metapher uns nicht nur von unseren Kunden distanziert, sondern auch unsere Effektivität beeinträchtigt. Denn weil niemand sich zu dieser Metapher bekennt, mischen wir die Mystifikation noch mit hinein. Ich bin froh, Harlene, dass du an Hand einer lebensnahen Geschichte das Dilemma veranschaulicht hast.

Auch hat mir Kens Idee der Therapien, die nicht an «Fehler» gebunden sind<sup>13</sup>, gefallen. Mit diesem Vorschlag begibt er sich in die Kategorie der «Kausal-Agnostiker». Diesen Begriff habe ich von dem neuen Nobel-Preisträger, dem Wirtschaftswissenschaftler Ronald Coase (Passell, 1991). Er hat die Idee, dass es nicht notwendig sei, die Ursache festzustellen bei einem Konflikt zum Beispiel über Verantwortung für Umweltverschmutzung. Wenn diese Frage den Beteiligten selber überlassen wird, erfinden sie vielleicht ihre eigene Lösung, die eher brauchbar sein wird. Die Idee, Luftrechte auszutauschen, ist so ein Beispiel. Coases Denkart, wie Kens, gibt jedem seinen Platz zu atmen.

Es ist besonders interessant, dass das, was Ken hier befürwortet, schon vorkommt. Die neusten Entwicklungen in der Familientherapie bewegen sich weg von Problemen und ihren Ursachen. Sowohl die lösungsorientierten Ansätze, die inzwischen sehr angesehen sind als auch der narrative Ansatz von Michael White sind in erster Linie

---

<sup>13</sup> Vielleicht könnte man von «Non-Defizit-Therapien» sprechen?  
(kd)

zukunftsorientiert - abgesehen von dem voraussagenden Charakter der Vergangenheit, die White (1989) «einzigartige Ergebnisse» nennt.

Eine extremere Version dieser Position ist natürlich die Haltung des «Nicht-Wissens» des verstorbenen Harry Goolishian und von Harlene. Die Therapeutin, die diesen Standpunkt vertritt, beschäftigt sich nicht mit Ursachen außer bis zu dem Punkt, wo sie Teil der Geschichten verschiedener Menschen formen. Sie nimmt an, die Klage wäre ihr gar nicht aufgefallen, wenn sie in eine Sprache verpackt gewesen wäre, die hilfreich gewesen wäre. Daher wird die Veränderung des Gesprächsstils genau so betont wie dessen Inhalt.

Eine weitere Idee, von der ich glaube, sie könnte für Aufregung sorgen, ist es, den Korpus von Ideen aufzugeben, den man die moderne Psychologie oder das Studium der «Psyche» nennt. Die Idee der Psyche ist nützlich, weil «sie» dargestellt wird als Repräsentant eines Wesens, das sich innerhalb einer Person aufhält, wie ein Fötus. Diese führt dazu, dass «sie» als anfällig für Versagen, Zusammenbrüche oder Störungen angesehen wird. Entgegen der dominanten Stellung der Psychologie in diesem modernistischen Jahrhundert ist es ihr nicht gelungen, eine Klassifizierung von Störungen hervorzubringen, die den Ergebnissen der medizinischen Forschung gleichkam. Eine oberflächliche Betrachtung des DSM-IV zeigt, dass sie auf Sand gebaut wurde. Das ist so, weil die «unsichtbaren Krankheiten», wie ich sie bezeichne, nicht den physischen Störungen entsprechen und sich deswegen nicht messen und in Kategorien aufteilen lassen. Es ist Übung in Absurdität, zu behaupten, es sei möglich.

Es ist interessant, sich die Entsorgung der ganzen Großfamilie: «Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie» und Ähnlichem vorzustellen. Ken hat schon Brillantes geleistet, als er einige dieser Begriffe in Frage stellte, zusammen mit der Annahmen von der Realität des «Selbst» oder des «Ich». Er nimmt zum Beispiel an, dass die Psychologie, in ihrer Erklärung emotionaler Beschwerden, sich mit einem fragwürdigen Glauben an die so genannte Psyche, die verschiedene Etappen durchwandern muss, um als reif zu gelten, verheiratet hat. Psychiatrie, wenn sie sich nicht bemüht möglichst medizinisch aufzutreten, bekennt sich immer noch zu der Vorstellung einer intrapsychischen Einheit, obwohl sie so wenig überzeugt wie Descartes' kleiner Homunkulus. Genauso befindet sich Psychotherapie, das Wort und das, was es darstellt, in einem Prozess rapiden Wandels. Seit Mitte dieses Jahrhunderts beobachte ich die Entwicklung dessen, was ich als soziale Therapien (basierend auf Ideen über relationale Schwierigkeiten) bezeichne, im Gegensatz zu psychologischen Therapien (basierend auf Annahmen intrapsychischer Störungen). Es kann gut sein, dass Beratung, so weit sie nicht durch verwaltete Fürsorge aus der Welt geschafft wird, sich irgendwann im sozialen Camp wieder finden wird und Psychiatrie und Psychologie in der materiellen Welt der Gedächtnisse, chemischen Instabilität und Genetik belässt.

Beratung «soziale Therapie» zu nennen, vergrößert zumindest ihren Geltungsbereich. Dieser Erweiterungsprozess fing damals mit der antipsychiatrischen Bewegung in der Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts an. Dafür haben wir rebellische Philosophen wie Thomas Szasz (1974) und R.D. Laing (Laing & Esterson, 1971) zu danken. Familientherapie, dieser mutierte Bastard, der zur selben Zeit ge-

boren wurde, ist eine weitere Quelle der Veränderung. Es gab eine Reihe von Erweiterungen seit dem ursprünglichen Anstoß, den sozialen Kontext mehr zu berücksichtigen. Man könnte sagen, dass Familientherapie nur die 1. Stufe war. Die 2. Stufe betonte den professionellen Kontext. Als die Geschlechterrollen thematisiert wurden, erreichten wir die gesellschaftliche Ebene; die aktuelle Beschäftigung mit multikulturellen Fragen drängt uns zu zwischengesellschaftlichen Fragen in der ganzen Welt.

Es gibt noch einen konservativen Faktor im Bereich der Familie, der eine Version der Entwicklungstheorie aufrechterhält, um als Basis für Ideen über Störung und Heilung zu dienen. Ich meine die Lehre von den «Lebensphasen», auf der einige Versionen der «Familienverdrängungstheorie», wie ich sie nenne, ausgespielt wurden. Diese Theorie beinhaltet alle Erklärungen für emotionale Störungen, die angeblich von verdrängten oder unaufgearbeiteten Erinnerungen verursacht werden. In diese Kategorie fallen familientherapeutische Ansätze, die Gründe für Probleme in Verlusten, die nicht betrauert wurden, in verdrängter Wut oder unausgesprochenen Familiengeheimnissen lokalisieren. In dieser psychodynamischen Lehre wird der weit verbreitete Volksglauben über die Verwandtschaft zwischen Gefühlsausdruck und psychischer Gesundheit heilig gesprochen. Aber die freien Radikalen der Familientherapie waren immer diejenigen, die emotionale Verdrängungstheorien ablehnten, zu Gunsten einer Orientierung an Beziehungen, Kommunikation und Austausch.

Jedenfalls vertreten wir drei die Position einer wachsenden Anzahl relationaler TherapeutInnen und ForscherInnen, die bereit sind, die Verwendung von Etikettierungen für psychische Störungen und



auch den expansionistischen Druck, diesen ganzen Prozess zu medicalisieren, in Frage zu stellen. Auf unserer Hitliste stehen alle diagnostischen Systeme - biologische, psychologische oder relationale - die vorgeschlagen wurden. Wenn wir unsere Psychologisierung nur lassen könnten, würde vielleicht die Disziplin des therapeutischen Gesprächs von den Krallen der newtonschen Wissenschaft befreit und denen der Sprachkünste zugeordnet, wo sie, wie wir glauben, hingehört.

## Summary

For some time, the three of us have been deeply engaged in exploring the implications of a social constructionist view of knowledge for therapeutic practice. From a constructionist standpoint, our languages for describing and explaining the world (and ourselves) are not derived from or demanded by whatever is the case. Rather, our languages of description and explanation are produced, sustained, and/or abandoned within processes of human interaction. Further, our languages are constituent features of cultural patterns. They are embedded within relationships in such a way that to change the language would be to alter the relationship. To abandon the concepts of romance, love, marriage, and commitment, for example, would be to alter the forms of cultural life; to obliterate the languages of consciousness, choice, or deliberation would render meaningless our present patterns of praise and blame, along with our courts of law. By the same token, as we generate new languages in our professions and disseminate them within the culture, so do we insinuate ourselves into daily relations—for good or ill. It is against this backdrop that the three of us wish to consider the issue of diagnosis in general and relational diagnosis in particular. We opt for the trialogic conversation as a means of vivifying in practice (as well as in content) the constructionist emphasis on meaning through relationship.

Übersetzung: Kelly Herndon und Isabel Horstmann, Marburg

Redaktionelle Überarbeitung: Klaus G. Deissler, Marburg.

## Literatur

- American Psychiatric Association. (1952): Diagnostic and statistical manual for mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987): Diagnostic and statistical manual for mental disorders (3rd ed. revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994): Diagnostic and statistical manual for mental disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, Harlene (1992): C-therapy and the F-word. American Family Therapy Association Newsletter; 50, 19-22.
- Anderson, Harlene (1994): Rethinking family therapy: A delicate balance. Journal of Marital and Family Therapy, 20. 145-150.
- Anderson, Harlene (1995): Collaborative language systems: Toward a postmodern therapy. In: R. Mikesell, D. D. Lusterman, & S. McDaniel (Eds.): Integrating family therapy: Handbook of family psychology und systems therapy( pp. 27-41). Washington, DC: American Psychological Association.
- Anderson, Harlene, & Goolishian, Harold A. (1988): Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. Family Process, 27, 371-393.
- Anderson, Harlene, & Goolishian, Harold A. (1992): The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.), Therapy as Social construction. London, Sage. dtisch: Der Klient ist Experte. Zeitschrift für Systemische Therapie, 1992:
- Caplan, Paula J. (1987): The myth of women's masochism. New York, Signet.
- Caplan, Paula J. (1991): What's happening these days with the DSM? Feminism and Psychology, 1: 317-319.
- Chamberlin, J. (1990): The ex-patients' movement: Where we've been and where we're going. Journal of Mind and Behavior, 11: 323-336.
- Danziger, Kurt (1990): Constructing the subject: Historical originals of psychological research. New York: Cambridge University Press.
- Erickson, Gerald (1988): Against the grain: Decentering family therapy. American Journal of Marital and Family Therapy, 14: 225-236.
- Gergen, Kenneth J. (1973): Social psychology as history. Journal of Personality and Social Psychology, 26: 309-320.
- Gergen, Kenneth J. (1985): The social constructionist movement in modern psychology. American Psychologist. 40, 266-275.
- Gergen, Kenneth J. (1994): Realities and relationships. Soundings in social Construction. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Hardy, K. (1994): Marginalization or development? A response to Shields, Wynne, and Gawinski.  
Journal of Marital and Family Therapy, 20, 139-144.
- Kaslow, Florence W. (1993): Relational diagnosis: An idea whose time has come?  
Family Process, 32: 255-259.
- Kinman, C., & Sanders, C. (1994): Unraveling addiction mythologies.  
Sardis. BC: Valley Education and Therapy Services.
- Laing, Ronald D., & Esterson, A. (1971): Sanity, madness and the family.  
New York: Basic Books.
- Parsons, Talcot (1951): The social system.  
Glencoe, IL: Free Press.
- Passell, P. (1991, October 2): For a common-sense economist, a Nobel Prize—And an impact on the law.  
Profile of economist Ronald Coase,  
The Week in Review, New York Times p. 2.
- Reimers, Sigurd & Treacher, Andy (1995): Introducing user-friendly Family therapy.  
London: Routledge.
- Rosanoff, A. J. (1938): Manual of psychiatry and mental Hygiene.  
New York: Wiley.
- Sarbin, Theodore & Mancuso, J. (1980): Schizophrenia. Medical diagnosis or verdict?  
Elmsford, NY: Pergamon.
- Shields, C.; Wynne, L. & Gawinski, B. (1994): The marginalization of family therapy: A historical and continuing problem.  
Journal of Marital and Family Therapy, 20: 117-139.
- Szasz, Thomas (1974): The myth of mental illness.  
New York: Harper & Row.  
dtsh.: Der Mythos der Geisteskrankheit
- Tomm, Karl (1991): Beginning of a and approach to psychiatric assessment.  
The Calgary Participator. 1, 21-24.
- Weschler, Irving (1929): The neuroses  
Philadelphia: Saunders.
- White, Michael (1989): Selected Papers.  
Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, Michael & Epston. David (1990): Narrative means to therapeutic ends.  
New York: Norton.  
dtsh (1994): Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel für therapeutische Ziele.  
Carl Auer Systeme, Heidelberg
- Wiener, M. (1991): Schizophrenia: A defective, deficient, disrupted, disorganized concept.  
In: W. Flack, D. Miller, & M. Wiener (Eds.), What is schizophrenia?  
New York: Springer-Verlag.
- Wittgenstein, Ludwig (1953): Philosophical investigations.  
Oxford: Blackwell.  
dtsh.(1991): Philosophische Bemerkungen.

Suhrkamp, Frankfurt a.M.

Wittgenstein, Ludwig (1980): Culture and value.  
Oxford: Blackwell.

#### **Anschrift der Verfasserin**

Dr. Harlene Anderson  
1420 Milford Avenue  
Houston, Texas 77006

USA

#### **Kurzbiografie**

Harlene Andersen, Ph.D., ist Gründungsmitglied und Direktorin des Houston Galveston Institute. Sie lebt in Houston, Texas. Internationale Lehrtätigkeit, Beratungen und Vorträge. In ihrem Buch (erschienen Anfang 1997) hat sie ihre ihre postmodernen, sozialkonstruktivistischen und sprachphilosophischen Ideen der Psychotherapie, die sie insbesondere in der Zusammenarbeit mit Harry Goolishian entwickelte, ausformuliert und zusammengefaßt.

#### **Anschrift der Verfasserin**

Lynn Hoffmann, MSW  
31 Crabapple Lane  
Northampton, MA 01060

USA

#### **Kurzbiografie**

Lynn Hoffman, M.S.W., zählt zu den bekanntesten FamilientherapeutInnen der Welt. Sie hat alle systemischen Entwicklungsphasen der Familientherapie mitvollzogen und unterstützt. Dies zeigt sich an der KoAutorenenschaft mit Autoren wie Haley und Boscolo und Cecchin. Sie gilt als diejenige, die dem Mailänder Team die Anerkennung als im Sinne Bateson's verlieh. Wie aus ihren neueren Veröffentlichungen hervorgeht, rechnet sie sich heute den sozialkonstruktivistischen Autorinnen zu.

#### **Anschrift des Verfassers**

Prof. Dr. Kenneth J. Gergen  
Department of Psychology  
Swarthmore College  
500 College Road,  
Swarthmore, P A 19 081- 1397

USA

#### **Kurzbiografie**

Kenneth Gergen, Ph.D., Professor für Sozialpsychologie am Swarthmore College, USA ; er ist - neben anderen - der Begründer des Taos Institutes, das sich mit Beratungsanfragen verschiedener Herkunft beschäftigt. Er ist der z.Z. international bekannteste Exponent des «sozialen Konstruktivismus». Nach ungezählten Veröffentlichungen erschien zuletzt sein Werk (1994). Neuere Veröffentlichungen beziehen auch den Bereich der Entwicklung größerer Systeme, z.B. Organisationen, ein.