

KENNETH J. GERGEN, SWARTHMORE, UND EUGENE K. EPSTEIN,
WILHELMSHAVEN¹

Von der Behandlung zum Dialog

Reflexive Kooperation in Theorie und Praxis

Übersicht: Die Theorie des Sozialen Konstruktivismus diente den vielfältigen narrativen Ansätzen in der Psychotherapie als theoretische Leitfigur. Fragen zu (Definitions-)Macht, zu multiplen und widersprüchlichen Wirklichkeiten sowie zu Erweiterungen von Kooperationsmöglichkeiten sind dadurch in den Mittelpunkt therapeutischen Arbeitens gerückt. Mit dem Konzept der reflexiven Kooperation, vorgestellt als ethische wie auch als berufspraktische Haltung, wollen wir diese Überlegungen fortführen. An zwei klinischen Fallbeispielen zeigen wir das therapeutische Potenzial dieses Konzeptes und entwickeln einen ersten Entwurf für ein diskursives Vokabular der reflexiven Kooperation.

Schlüsselwörter: Sozialer Konstruktivismus, narrative Ansätze, reflexive Kooperation, diskursive Psychotherapie

Einführung

Das gemeinsame Erschaffen von Bedeutungen steht heute für viele PsychotherapeutInnen im Mittelpunkt bei der Behandlung von familiären und individuellen Problemen. So ergeben sich innerhalb der narrativen Therapien die »Probleme« aus den Erzählungen der KlientInnen. Der therapeutische Prozess besteht vorwiegend im Neuerzählen oder im Re-storying (Epston u. White 1992; McLeod 1999) des Erzählten. In der Kurzzeittherapie verlagert sich der Blick indessen von der »Realität der vorgestellten Probleme« auf die Erkundung zukünftiger Möglichkeiten, Visionen oder Szenarien (de Shazer 1996; O'Hanlon u. Rowan 1999). Harlene Anderson und Harry Goolishian (1992 a, b) erweitern den Systembegriff, indem sie von Bedeutungssystemen sprechen, die gemeinsam ein Problem definieren. Sie weisen auch darauf hin, dass die Art der Problembeschreibung bestimmt, welche Personen und Systeme an der Entstehung und Lösung beteiligt sind oder beteiligt werden können. Sicherlich waren schon die Ansätze der Mailänder Gruppe mit ihrem Fokus auf gemeinsame und reiterative Familienlogik

erste und inspirierende Schritte in diese Richtung (Boscolo et al. 1988). Wobei Gregory Bateson (Bateson u. Ruesch 1951) schon früh die Kommunikation als die Basis für psychiatrische Veränderung hervorhob und damit »die Saat war für die Blumen, die daraus erwachsen sind«, wie Lynn Hoffman (2002) kürzlich betonte.

Trotz der intensiven Beschäftigung mit der sozialen Konstruktion von Bedeutungen sind wesentliche Fragen für den therapeutischen Prozess noch offen. Zum einen sehen sich die beteiligten Familienmitglieder im therapeutischen Raum nicht generell als gleichberechtigt in der gemeinsamen Suche nach Bedeutungen und Lösungen menschlicher Dilemmata. Familienmitglieder beschreiben zeitweise die therapeutischen Interaktionen als recht schwierigen oder gar konflikthaften Austausch ungleicher Partner (Epstein 1992). Wie können also in der Therapie neue und hilfreiche Realitäten geschaffen werden, wenn bedeutsame Unterschiede in der Definitionsmacht unter den einzelnen Familien- und Systemmitgliedern bestehen (Pakman 2000; Hoffman 2002)? Ebenso herausfordernd sind in diesem Zusammenhang widersprüchliche Realitätsbeschreibungen. Wie arbeitet man erfolgreich mit KlientInnen, deren Mitglieder divergente, konkurrierende oder gar inkompatible Ziele verfolgen? Muss man sich als TherapeutIn für die eine oder andere Seite entscheiden? Wie reagieren Therapeuten, wenn sich zwischen ihren Vorstellungen und denen der KlientInnen Unterschiede oder Gegensätze auftun? Können wir den unterschiedlichen oder zum Teil widersprüchlichen Stimmen der KlientInnen jenseits von Neutralität oder Konsens Gehör bieten? Und was ist mit unserer eigenen Stimme, muss sie aus Gründen der Neutralität unterdrückt werden oder muss sie aus ethischen oder moralischen Gründen dominieren?²

Diese Fragen sind sowohl für die Theorie als auch für die Praxis der Psychotherapie von Belang. Die sozial-konstruktionistische Theorie betont die Bedeutung der Ko-Konstruktion von Realitäten, Rationalitäten und Wertvorstellungen. Eine ungleiche Verteilung von Definitionsmacht, das heißt, wenn bestimmte TeilnehmerInnen im Konstruktionsprozess nur wenig zu sagen haben oder wenig Gehör finden, bietet möglicherweise den Boden für Gegnerschaft und Konflikte. Auch

¹ Die Autoren danken Dr. Margit Epstein für wertvolle Ergänzungen und Übersetzungsarbeit.

² Zu potenziellen konstruktionistischen Pfaden durch diese Dilemmata siehe das *Public conversations project* von Becker et al. (1995), die *Witnessing Projects* von K. Weingarten (2003), die *Letter-writing projects* von P. Penn (2001; Penn u. Frankfurt 1994, 1999) und das *Unheard Voices Project* von S. Levin (1998) usw.

manche als »psychosomatische« oder »psychosoziale« gefassten Probleme können möglicherweise auf diese Weise beschrieben werden. Denn wer nur wenig sagen darf, fängt vielleicht an, sich gegen eine willkürliche und irrige Welt zu »wehren« und den dominanten Diskurs auf subtile Weise zu unterlaufen. Doch auf welche Weise können unterschiedliche Stimmen synchronisiert werden?

Damit ist die Frage der antagonistischen Realitäten angesprochen. Wer sich einer bestimmten Sicht der Welt verpflichtet fühlt, missachtet häufig andere, die ihm nicht beipflichten. Wenn Vorstellungen mit dem Attribut »gut« oder »richtig« versehen werden, werden Andersdenkende leicht abgewertet. Nur zu verstehen, was »die auf der anderen Seite« glauben, reicht nicht aus, um den Graben zu überwinden. Denn aus der Sicht der eigenen Welt sind solche Überzeugungen natürlich falsch oder bedenklich. Wie Konfliktparteien also aufeinander zugehen können, ist eine wichtige Frage für ein ausgereiftes Konzept einer sozialkonstruktionistischen Therapie (Gergen 2001).

Für die therapeutische Praxis sind diese Fragen der unterschiedlichen Realitäten besonders in der Behandlung von Jugendlichen wichtig. Denn ungleiche Machtverhältnisse sind in Familien meist (vor)gegeben, und ebenso ist hinlänglich diskutiert, dass im Jugendalter Autorität oft in Frage gestellt wird. Dabei entwickeln Jugendliche ihren »Widerstand« häufig im Kontext einer Peergruppe. Auch zwischen Eltern besteht nicht selten Uneinigkeit, und es ergeben sich Triangulationen eines Elternteils mit dem Kind gegen den anderen Elternteil.³ Dadurch kann sich in der Familie ein tiefer Graben auftun. Wie können nun beispielsweise Konflikte dieser Art wieder in funktionsfähige Beziehungen umgewandelt werden?

Antworten auf derartige Fragen werden vorwiegend in den Theorien zur Psychotherapie gesucht. Nicht selten werden sowohl die legitimen Fragen als auch die legitimen Antworten bezüglich effektiver Therapie von den Fachleuten selbst formuliert. Sicherlich sind hierbei die beruflichen Erfahrungen und Kenntnisse nützlich. Die Gefahr ist allerdings,

dass die Sichtweisen der KlientInnen nicht zur Sprache kommen und damit ihre aktive Teilnahme an der Formulierung von Problem und Lösung verloren geht. Aus der konstruktionistischen Perspektive ist eine Psychotherapie besonders wirksam, wenn die KlientInnen selbst an der Bestimmung und der Neudefinition ihres Lebens aktiv mitwirken, wenn sie ihre Ziele benennen, ihre eigenen Lösungen vorschlagen und sich während der Veränderung darüber mit den TherapeutInnen austauschen. Diese Ko-Konstruktion, d. h. die Einbindung der KlientInnen in unsere Verfahren, verspricht Erfolge. Die Zukunft unserer KlientInnen sollte nicht formuliert sein, noch bevor sie unsere Praxis betreten. Es sind gerade die noch nicht erdachten oder spontan entstehenden Ressourcen der KlientInnen selbst, welche Veränderungen ermöglichen.

Der Weg zu einer Theorie der reflexiven Kooperation

Wir haben begonnen, diese Überlegungen in einer Theorie der reflexiven Kooperation zu entwickeln und ihre Anwendung im therapeutischen Setting zu erforschen (Epstein et al. 1998). Da der Begriff »Kooperation« unterschiedlich verstanden wird, wollen wir einen kurzen Überblick und eine Standortbestimmung für unseren Gebrauch des Begriffes vornehmen. Zum einen kann darunter ein methodisches Zusammenwirken von ÄrztIn und PatientIn verstanden werden, wie es z. B. der Begriff »medical compliance« (etwa: Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit bei seiner Behandlung) nahe legt. Damit ist gemeint, dass der »gute« Patient sich dem Wissen des medizinischen Experten anvertraut, wie er oder sie ihre Gesundheit bzw. ihr Wohlbefinden verbessern kann. Die PatientIn verzichtet darauf, andersartige Vorstellungen zu erwägen und zu bewerten. Unter diesem Kooperationsmodell wird von ihr erwartet, dass sie die ExpertInnenempfehlungen beherzigt. Hier bleibt die Erkenntnis außer Acht, dass Vorstellungen von Gesundheit und Wohlbefinden sozial konstruiert sind und nicht universell gültige oder vor-soziale Gegebenheiten sind (Epstein 1992). Zum zweiten wird Kooperation häufig auch mit Konsens gleichgesetzt. Es sind in der Literatur viele Beispiele dokumentiert, in denen dominante und hegemoniale Meinungen und Diskurse andere und alternative Stimmen unterdrücken oder zum Schweigen bringen (vgl. Levin et al. 1998; Hoffman 2002; Weingarten 2003). Darin besteht auch die Gefahr, wenn man Kooperation als Konsens versteht.

Wir favorisieren eine Definition von Kooperation als einen Prozess, in

³ Aus konstruktionistischer Perspektive sind funktions- und strukturbezogene Erklärungen menschlicher Interaktionen genauso überzeugend und legitim wie andere Erklärungen. Obwohl Macht nur eine der möglichen Erklärungen für Beziehungsschwierigkeiten ist, empfinden wir es als eine besonders interessante Frage, wie und ob ein Diskurs ein Mehr an Mitbestimmung der Beteiligten tolerieren kann, und zwar unabhängig davon, ob die zugehörigen Sprachsysteme eher als problembestimmend, als gemeinschaftlich-diskursiv oder als lösungsorientiert bezeichnet werden. Möglicherweise zeichnet es ein für Veränderungen offenes System aus, unterschiedliche Ansichten zu tolerieren.

dem alle Parteien miteinander auf gemeinsame Ziele hinarbeiten. Dabei wird nicht ein einzelner oder dominanter Diskurs artikuliert oder eine endgültige Einigung über das zu Erreichende angestrebt. Es geht vielmehr darum, die Unterschiede zu würdigen und die Beteiligung aller sicherzustellen. Ein kooperativer Diskurs sollte daher kein definiertes Ende haben, d. h. keine Abgrenzung, jenseits derer weitere Stimmen oder Meinungen nicht mehr gehört werden. Damit wird Kooperation zu einer ethischen Haltung, die uns die Hauptverantwortung für die Art des Beziehungsprozesses zuschreibt (McNamee u. Gergen 1999). Dieses Verständnis von Kooperation haben wir mit dem Konzept der Reflexivität zusammengeführt. Dabei meint Reflexivität nicht einfach den Rückblick auf die eigene Position oder die eigenen Äußerungen. Denn wenn der Rückblick aus der gleichen Sichtweise erfolgt, von der aus die Äußerungen formuliert wurden, die eine bestimmte Welt des Realen, Rationalen und Guten konstruiert haben, dann bietet eine Reflexion, die innerhalb dieser Konstruktionen verbleibt, nichts wesentlich Neues. Durch eine Reflexion innerhalb derselben Prämissen oder desselben Vokabulars können Systemgrenzen nicht überwunden werden. Nach unserer Meinung ermöglicht eine so verstandene Reflexivität den Bedeutungs- und Sprachraum zur Beschreibung des Prozesses und damit ein Nachdenken aus unterschiedlichen Perspektiven. Damit wird reflexive Kooperation zu mehr als einer ethischen Haltung. Menschen, die ähnlich darüber sprechen, was wirklich, vernünftig und gut ist, teilen sich häufig auch Lebensformen. Dies bietet Sicherheit, Geborgenheit und Handlungsbegründungen. Wird nun ein bestimmter Diskurs zum Schweigen gebracht oder marginalisiert, dann wird dies möglicherweise als der Verlust von vertrauten und geschätzten Lebensformen erlebt. Dies kann zu Spaltungen und Konflikten führen, wie sie heute weltweit Tausende, wenn nicht Millionen von Menschenleben bedrohen. Wenn stattdessen Lebensformen erweitert und variiert werden können, ohne das Bestehende zu bedrohen, dann erwachsen neue Möglichkeiten, neue Sensibilitäten und neue Verbindungen. Durch solche Feinarbeit können unüberbrückbare Unterschiede zu gemeinsamen und kreativen Anliegen werden (Gergen 2002).

Wir schlagen vor, im therapeutischen Kontext ohne übergeordnete fachliche Diskurse zu arbeiten, die besonders präzise, objektiv oder scharfsichtig formulieren, was genau Gesundheit und Wohlbefinden bedeuten oder wie man diese erreichen kann. Gerade Diskurse aus verschiedenen Denktraditionen stellen jeweils ihre eigenen Möglichkeiten

und damit auch *Beziehungsmöglichkeiten* bereit, und sie verringern so die Gefahr, dass Vernichtung und Ausschluss stattfindet. Wie nützlich ein Diskurs für den therapeutischen Prozess ist, kann nur von den Beteiligten selbst lokal, vor Ort bestimmt werden, und hängt eng mit deren Zielen und Wertvorstellungen zusammen. In einer Praxis der reflexiven Kooperation müssen divergierende Meinungen auftreten dürfen, besonders solche, die bisher am Rande standen. Eine solche Praxis ist in der Psychiatrie besonders dringlich, da dort die Stimmen der KlientInnen besonders schnell zum Schweigen kommen können (Gergen 1994).

In der Praxis der reflexiven Kooperation sind die beziehungsschaffenden Elemente des Reflecting-Team-Ansatzes (Andersen 1990, 1997) auf die gesamten therapeutischen Beziehungen ausgeweitet. Reflexive Kooperation entsteht nicht nur zwischen TherapeutIn und Familie oder innerhalb der Familie, sondern bezieht sich auch auf den lebenswichtigen weiteren Kontext der Familie. Idealerweise kann sich eine Praxis der reflexiven Kooperation auch unter den Mitarbeitern in der psychiatrischen Versorgung verbreiten; es wäre für den Gesundheitsbereich insgesamt bereichernd, wenn gegenwärtige Spaltungen und Konflikte einer respektvollen Zusammenarbeit Platz machen würden. Hier verbindet sich die Praxis der reflexiven Kooperation mit bekannten Konzepten wie einer gemeinsamen Bedeutungsgebung, Toleranz für ungewöhnliche Ideen, Solidarität und Mehrparteilichkeit, konstruktive Rückmeldung und Neugier. Dies alles sehen wir als weitere Bausteine für zukünftige Prozesse.

Reflexive Kooperation in der Praxis

Die Praxis der reflexiven Kooperation, die wir bis hierher in der Theorie vorgestellt haben, lässt sich am besten anhand ihrer praktischen Umsetzung beurteilen. In der konkreten Praxis laden wir die KlientInnen und ihre Familien dazu ein, die Erwartungen an die Gespräche und die Ziele der Gespräche gemeinsam mit uns zu entwickeln und so auch gemeinsam über das Setting zu entscheiden: Wer soll wie oft an den Sitzungen teilnehmen, soll ambulant oder stationär miteinander gesprochen werden, welche Themen sind zu besprechen, worüber soll nicht gesprochen werden, unter welchen Bedingungen werden die Gespräche nicht fortgesetzt. In diesem Sinne verstehen wir Therapie nicht so sehr als eine »Behandlung«, sondern als einen dialogischen Prozess, in dem alte und neue Bedeutungen zusammen entwickelt werden. Wir

möchten an zwei Beispielen die Praxis einer reflexiven Kooperation aufzeigen:

Die Freiheit eines Jungen: Ein Konflikt zwischen Eltern und Schule

Die Lehrer eines achtjährigen Jungen machten sich Sorgen um ihren Schüler. Sie zweifelten an der Erziehungsfähigkeit seiner Mutter. Sie beriefen eine Helferkonferenz ein, an der Lehrer, die Vertreter des Jugendamtes, die Sozialarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Bruder der Mutter des Jungen, die Mutter selbst und einer der beiden Autoren (E. E.) teilnahmen. Die Mutter hatte vor einigen Jahren kurz vor ihrem Examen als Grundschullehrerin eine psychotische Episode durchgemacht und war nie berufstätig gewesen. Sie war teilweise körperbehindert und hinkte stark. Kurz nach der Geburt ihres einzigen Kindes hatte der Bruder sie besucht und festgestellt, dass der Vater des Kindes sie schon lange verlassen hatte. Sie lebte zu dieser Zeit mit dem Kind sehr isoliert in einer verwahrlosten Umgebung. Der Bruder sorgte dafür, dass seine Schwester mit ihrem Kind in seine direkte Nachbarschaft zog, damit er sich um die beiden kümmern konnte.

Am Anfang der Sitzung waren die Anwesenden unsicher, wie sie das Gespräch über die vielen Probleme der Mutter und ihre Erziehung beginnen sollten. Früher schon hatten die LehrerInnen der Mutter zugehört, ihrem Sohn mehr Freiheiten zu gewähren. Sie brachte den Jungen täglich zur Schule, begleitete ihn oft bis ins Klassenzimmer, obwohl die Lehrer sie gebeten hatten, dies zu unterlassen und die Schule nicht mehr zu betreten, und sie holte ihn auch ab. Der Junge hatte den LehrerInnen erzählt, dass er nach der Schule keine anderen Kinder besuchen und auch nicht allein auf den Spielplatz gehen dürfe. Die LehrerInnen mutmaßten, dass die Mutter oft die Hausaufgaben ihres Sohnes erledigte, und sie hatten erfahren, dass die Mutter ihm zudem einen zwei- bis dreistündigen Mittagsschlaf aufdrängte. Die Mutter sprach oft über die »angegriffene Gesundheit« ihres Sohnes, daher dürfe er sich nicht anstrengen. Auch der Onkel hatte seine Schwester erfolglos beredet, dem Jungen mehr Bewegungsfreiheit zu lassen. Zornig hatte die Mutter gedroht, mit ihrem Sohn wegzuziehen und einen Beschwerdebrief an die Schulleitung zu schreiben.

Als die Anwesenden begannen, über ihre Sorgen um den Jungen zu sprechen, fiel die Mutter ihnen ins Wort und verteidigte sich vehement. Nach einigen Minuten fragte der Therapeut alle Anwesenden, wie es möglich sei, angesichts der offensichtlichen Schwierigkeiten ein Ge-

spräch zu führen, damit jede/r zu Wort kommen und jede/r der/dem anderen zuhören könne. Wie könne man, so die Frage, das Gespräch so gestalten, dass alle die Chance hätten, sich zu äußern und gehört zu werden? Nach einer Pause ergriff die Mutter das Wort und empfahl, dass die anwesenden ExpertInnen sich untereinander verständigen und sie nicht direkt ansprechen sollten, damit sie zuhören könne und sich nicht dauernd verteidigen müsse.

Als die VertreterInnen der einzelnen Einrichtungen daraufhin über ihre Sorgen um den Jungen sprachen, machte sich die Mutter Notizen. Nach einer Weile schlug sie vor, dass alle Anwesenden einen Vertrag unterzeichnen sollten. In einer späteren Sitzung erklärte sie dann, dass sie ihrem Sohn mehr Freiheit gewähren könnte, wenn sie das Gefühl hätte, in diesem Vorhaben von den anderen Beteiligten unterstützt zu werden. Durch den Vertrag und den Vorschlag der Mutter, wie man miteinander reden sollte, entstand ein kreatives und kooperatives Gespräch. Alle Anwesenden waren mit einer Folgesitzung einige Monate später einverstanden, in der man die bis dahin eingetretenen Veränderungen beurteilen wollte.

In den kommenden Wochen knüpfte der Junge Kontakt zu anderen Kindern, die sich auf dem Spielplatz in der Nachbarschaft trafen, und seinen Onkel musste er auch nicht mehr heimlich besuchen. Die Lehrer waren erleichtert, dass die Mutter keine Beschwerdebriefe an die Schulleitung mehr schrieb, und sie freuten sich, dass der Junge nun allein zur Schule kam, wieder nach Hause ging und seine Hausaufgaben selbst erledigte. Die Mutter war entlastet, weil sie die Verantwortung für die Entwicklung ihres Sohnes nicht mehr allein tragen musste. Der Therapeut fühlte sich erleichtert, dass diese Mutter, die ursprünglich als inkompetent und gar als Risiko für die Entwicklung ihres Sohnes galt, nun günstiger eingeschätzt wurde. Eine Fremdunterbringung, auch gegen den Willen von Mutter und Kind, wie sie vom Jugendamt in Erwägung gezogen worden war, war vorerst aus der Welt.

Trotz dieser guten Entwicklung lohnt die Frage, ob in diesem Beispiel die Praxis der reflexiven Kooperation vollständig wirksam gewesen ist, denn sie eröffnet eine neue reflexive Ebene. Eine Verbesserung der reflexiven Praxis läge sicherlich darin, den Jungen direkt in Entscheidungen über seine Zukunft einzubinden. Doch dürfen dabei die Schwierigkeiten nicht unterschätzt werden, welche der Junge bei so vielen konkurrierenden Meinungen der Erwachsenen hätte. Welchem Druck würde er sich ausgesetzt fühlen, wenn er seiner Mutter, seinen Lehrern, seinem Onkel gegenüber loyal bleiben wollte? Könnte er sich noch un-

gezwungen äußern? Wie beurteilte der Junge die Bedingungen, die Beziehungen und die Möglichkeiten? Hilfreich wäre es zudem gewesen, den Prozess des gemeinsamen Nachdenkens weiter zu konsolidieren. Für die Gegenwart sind alle wesentlichen Vereinbarungen getroffen worden, doch die Wechselfälle des Alltags gehen weiter. Sicherlich war jedoch durch die Einladung auch an die »Indexpatientin« ein kreativer und wirksamer Prozess entstanden.

Ein Mädchen in Angst: Ein Eltern-Kind-Konflikt

Vor knapp einem Jahr kam die 14-jährige Julia mit ihrer Pflegemutter und deren Supervisor zu einem Gespräch mit einem der Autoren (E. E.). Julia hatte schon fast ein Jahr lang in der Pflegefamilie gelebt, da das Jugendamt entschieden hatte, das Mädchen von ihrer Mutter, ihrem Stiefvater und ihren Geschwistern zu trennen. Das Mädchen sollte vor ihrem Stiefvater geschützt werden, da ihm Misshandlungen des Mädchens unterstellt wurden. Über Julia wurde berichtet, dass sie einnässe und einkote und sich in Auseinandersetzungen gegenüber Gleichaltrigen und Erwachsenen, u. a. auch der Pflegemutter und den Lehrern aggressiv verhalte; auch ihre Schulleistungen waren gering. Im Alter von zehn Jahren, als sie noch in ihrer Herkunftsfamilie lebte, war sie wegen ähnlicher Probleme einige Monate in einer kinderpsychiatrischen Klinik behandelt worden.

Die Pflegemutter, der Supervisor und Julia selbst waren sich schon vor unserem Gespräch über eine erneute stationäre Behandlung einig geworden. Der Therapeut sprach daraufhin die einzelnen Ideen und Wünsche der Beteiligten sorgfältig durch. Er eröffnete die Reflexion über die Frage, weshalb sie alle glaubten, dass ein weiterer Klinikaufenthalt helfen könnte, wo doch der erste Klinikaufenthalt nicht viel Verbesserung gebracht zu haben schien. In diesem Gespräch erkundigte sich der Therapeut bei Julia, wie sie sich vorstellen könne, mit ihrer Mutter über einen möglichen Klinikaufenthalt zu sprechen, da diese als Sorgeberechtigte die Behandlung zu befürworten hätte.

Julia meinte zunächst, ihre Mutter habe weder mit der Behandlung noch mit ihrem Leben etwas zu tun und sollte daher auch mit der Entscheidung über einen Klinikaufenthalt nichts zu tun haben. Als der Therapeut sie um Rat fragte, wie sie mit Anfragen der Mutter umgehen könnten, die ihr von Rechts wegen zustünden, verließ Julia zornig den Raum. Nach einer Weile ging die Pflegemutter Julia nach und sprach mit ihr, und beide kehrten zum Gespräch zurück. Der Therapeut ent-

schuldigte sich bei Julia, sie in Aufregung versetzt zu haben, und er merkte an, dass sie offenbar nicht so gerne über ihre Mutter rede. Dies bestätigte Julia, und es wurde vereinbart, im nächsten Gespräch darüber nachzudenken, wie man über das »Problem Mutter« reden könne, so dass dies für alle akzeptabel ist.

In den folgenden Sitzungen begannen wir darüber zu reflektieren, wie wir miteinander über die Mutter sprechen können, so dass Julia nicht beunruhigt wird. Im Gespräch darüber kam der Gedanke auf, Julias Mutter zu den Gesprächen einzuladen. Doch dabei waren mögliche Risiken zu bedenken. Julia befürchtete, wir könnten statt ihrer Darstellung nun den Erzählungen ihrer Mutter Glauben schenken. Julia sah ihre Mutter als Lügnerin, der man nicht trauen konnte: Nachdem sie sich ihrer Mutter wegen der Gewalt ihres Stiefvaters anvertraut habe, habe ihr die Mutter zunächst bei einer Klage gegen ihn geholfen, diese aber ohne Julias Wissen später fallen gelassen. Julia warf der Mutter ihre Loyalität zugunsten des Stiefvaters vor, obwohl er sie und die Kinder geschlagen habe. Sie sorgte sich zudem um eine mögliche Gefährdung der jüngeren Geschwister.

In weiteren Gesprächen ergab sich, dass alle Beteiligten, auch Julia, über die Beteiligung von Julias Mutter reflektieren konnten. Zu diesem Zeitpunkt stellte Julia fest, dass ihre schwierige Beziehung zur Mutter ein wichtiges Thema für ihre Therapie war. Es wurde ausführlich darüber gesprochen, auf welche Weise die Mutter am besten eingeladen werden könnte und ob und wie die Mutter eine Einladung möglicherweise ablehnen könnte. Schließlich schlug Julia von sich aus vor, selbst ihre Mutter anzurufen und einzuladen.

Die Mutter freute sich über den Anruf, und einige gemeinsame Sitzungen fanden statt. Beim ersten gemeinsamen Gespräch konfrontierte Julia ihre Mutter mit vorwurfsvollen Fragen. In der nächsten Sitzung fehlte die Mutter, nachdem sie dem Therapeuten telefonisch mitgeteilt hatte, dass sie über das erste Gespräch nicht glücklich war. Sie habe das Gefühl gehabt, gegen sie sei »ermittelt« worden, und sie habe sich nicht erklären können. Schließlich war sie doch zur weiteren Teilnahme bereit, erwähnte aber, dass die Koordination wegen ihrer Arbeit und der Versorgung ihrer drei jüngeren Kinder schwierig sei. In weiteren Gesprächen versuchte Julia ihrer Mutter zu erklären, weshalb sie ihren Stiefvater »hasse«. Die Mutter räumte ein, dass ihr das, was Julia erzählte, schwer vorstellbar erschiene. Sie versicherte aber, dass sie wirklich versuchen wolle, ihre Tochter zu verstehen.

Als dieser Beitrag geschrieben wurde, dauerten die Gespräche noch an.

Inzwischen kamen Julia, die Pflegemutter und der Supervisor überein, dass Julia derzeit nicht stationär behandelt werden müsse, und sie wurde von der Warteliste gestrichen. Laut Pflegemutter kämen sie und Julia wesentlich besser miteinander aus, Julias Schulleistungen hätten sich ebenfalls verbessert, und sie nasse und kote so gut wie nicht mehr ein. Julia habe keine Angst mehr, dass ihr Stiefvater plötzlich auftauchen und sie bedrohen könnte. Sie überlegt derzeit, ihn ebenfalls zu den Gesprächen einzuladen. Julias Mutter fühlt sich bestärkt in einem neuen Umgang mit ihrer Tochter, sie fühlt sich nicht mehr von der Tochter abgeschnitten, und sie denkt positiver über deren Zukunft nach. Viele Themen sind noch ungeklärt und die weitere Zukunft ist noch offen, aber die Gespräche gehen weiter.

Der Weg zu einer Sprache der reflexiven Kooperation

Die beiden Fallbeispiele zeigen, dass Klienten elementare Beiträge zu ihrem zukünftigen Wohlergehen leisten. Im ersten Fall stößt die »Indexpatientin« selbst die Fortschritte für ihren Sohn, die LehrerInnen und Freunde ihres Sohnes und auch für sich selbst an. Auch im zweiten Fall entscheidet die »problematische« Jugendliche über den Verlauf der Gespräche. Sie geht schließlich aus eigener Initiative auf die Mutter zu, der sie lange und tief misstraute; dadurch durchbricht sie die Mauer einer dysfunktionalen Beziehung. Diese Beiträge der KlientInnen sind gleichwohl nicht spontaner Natur, sondern sie entstehen durch eine bestimmte Form der Konversation. Notwendig war dazu die Kooperation des Therapeuten und in diesen beiden Fällen die Kooperation zusätzlicher Beteiligter. Diese kooperativen Aktivitäten entfalten sich entlang bestimmter diskursiver Elemente, die Reflektionen entstehen lassen, die wiederum Veränderung ermöglichen.

Diese Elemente wollen wir unter dem Begriff der »discursive vocabularies« zusammentragen. Denn indem TherapeutInnen Sprache auf bestimmte Weisen nutzen, erschaffen sie eine Praxis der reflexiven Kooperation. Da natürlich der Verlauf eines Gespräches nicht von vornherein feststeht, ist es auch unmöglich zu bestimmen, welche Elemente zu welchem Zeitpunkt produktiv sein werden. Es ist daher sinnvoll, von einem Vokabular diskursiver Elemente auszugehen, das die TherapeutIn und andere Beteiligte je nach Situation nutzen können. In den angesprochenen Fallbeispielen sehen wir folgende Elemente eines solchen Vokabulars:

– *Die Konstruktionen der KlientIn anerkennen:* Die Anerkennung der

Vorstellungen der KlientIn über sich selbst und ihre Weltsicht geht vermutlich auf Carl Rogers (1951) zurück. Diese Ausrichtung ist jedoch heute bei allen bedeutungszentrierten Therapien prävalent.

- *Meinungen zu erfolgreichen Handlungsweisen einholen:* Alle Therapien, die ressourcenorientiert arbeiten (O’Hanlon u. Rowan 1999), arbeiten mit diesem diskursiven Element. Es ist ein wesentlicher Baustein für die Herstellung einer reflexiven Praxis.
- *Einseitige Autoritätsentscheidungen vermeiden:* In einer kooperativen Therapie wird aktiv erkundet, welche Vorstellungen die Beteiligten von einem erfolgreichen Verfahren haben, jedoch werden einseitige, autoritätsbasierte Entscheidungen gemieden. Reflexive Kooperation orientiert sich dabei an der Haltung des »Nichtwissens«, wie sie von Andersen und Goolishian (1992a, b) vertreten wird.
- *Den Kreis der Beteiligten vergrößern:* In den oben beschriebenen Fällen war es ein wesentliches Element, möglichst viele beteiligte Stimmen einzubeziehen, denn vielfältige Stimmen und Perspektiven erhöhen die Effektivität der Therapie. Damit wird der Vorschlag von Tom Andersen (1997) aufgegriffen, das Spektrum relevanter Vorstellungen zu vergrößern, so wie es auch in der Arbeit von Seikkula (1995, 1996) in dialogischen Teams durchgeführt wird.
- *Auf Beziehungen fokussieren:* Bei der reflexiven Kooperation spielt die Exploration der vielfältigen Beziehungsformen eine große Rolle. Dies steht im Gegensatz zu vielen Therapieformen, die sich vor allem mit dem Seelenleben eines individuellen Klienten befassen. Unserer Ansicht nach hat alles Persönliche seinen Ursprung in vergangenen und gegenwärtigen Beziehungsmustern. Deshalb muss die Aufmerksamkeit in erster Linie auf die Art der Beziehungen gerichtet sein.
- *Persönliche Schuldzuweisung vermeiden:* Reflexive Kooperation wirkt besser, wenn die TherapeutIn und andere Personen Gespräche vermeiden, die individuelle Schuldzuweisung oder -übernahme ermöglichen. Im ersten Fall wurde so gesprochen, dass die Mutter nicht die Schuld für eine angeblich schlechte Behandlung ihres Sohnes auf sich nehmen musste. Im zweiten Fall wurde es wichtig, dass Julias Wut auf die Mutter nicht zu einem Gesprächsabbruch führte.
- *Bestätigung geben und nicht zum Schweigen verleiten:* Während eines Gesprächs bringen die Beteiligten viele Vorschläge und Ansichten ein, und manchmal kann die TherapeutIn Sorge haben, dass solche Angebote nicht angebracht oder sogar abträglich sind. Hier ist es zum einen hilfreich, diese persönlichen Ansichten nicht zurückzu-

halten, um eine therapeutische Neutralität herzustellen, sondern die eigenen Ansichten als eine Möglichkeit mit einzubringen. Ebenso hilfreich ist es, alle Angebote als im Grunde vernünftige Möglichkeiten im Gespräch zu halten. Später entwickeln sich meist attraktivere Optionen, auf welche man sich dann engagierter einigen kann. In einer diskursiven Praxis, die Stimmen verstummen lässt, verabschieden sich die Beteiligten oft aus der Zusammenarbeit.

– *Über den partizipativen Prozess selbst nachdenken:* Es ist produktiv, immer wieder mit allen Beteiligten über die Art des Gespräches und dessen weitere Gestaltungsmöglichkeiten zu reflektieren. Damit sind alle eingeladen, durch Kritik, Vorschläge und Rückmeldungen den therapeutischen Prozess zu variieren oder zu verbessern.

Diese acht diskursiven Elemente sind wesentliche Leitlinien, eine reflexive Kooperation wirksam umzusetzen. Wir sehen eine therapeutische Praxis von reflexiver Kooperation nicht auf die genannten diskursiven Elemente begrenzt, sondern sie sind Teil eines Vokabulars, das sich – so hoffen wir – noch bedeutend erweitern wird. Tatsächlich vertrauen wir darauf, dass unsere KlientInnen weitere Elemente für wirksame kooperative Praxen beitragen werden.

(Anschrift der Verfasser: Kenneth J. Gergen, Department of Psychology, Swarthmore College, 500 College Avenue, Swarthmore, PA 19081, Tel. (610) 328-8434, FAX -7814, kgergen1@swarthmore.edu; Eugene K. Epstein, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Reinhard-Nieter-Krankenhaus Wilhelmshaven, Friedrich-Paffrath-Str. 110, 26389 Wilhelmshaven, Telefon (04421) 891372, Fax -1399, eugene.epstein@rnk-whv.de)

Summary

Social constructionism has served as a guiding theoretical perspective for many of the narrative therapies that have emerged over the last twenty years. As a result, such therapies have become highly sensitive to issues of power, multiple and conflicting realities, and expanding the arena of collaboration. To provide a more effective means of confronting these issues, we offer here a conception of reflexive cooperation as both an ethical and practical stance within psychotherapeutic exchanges. Two clinical case examples of reflexive cooperation illustrate its potentials, and offer a basis for a discursive vocabulary of reflexive cooperation.

Key Words: Social constructionism, narrative therapy, reflexive cooperation

BIBLIOGRAPHIE

- Anderson, H., H. A. Goolishian (1992a): Geschichten erzählen und Nicht-Wissen in Therapien. *Systeme* 6 (1): 15–21.
- Anderson, H., H. A. Goolishian (1992b): Der Klient ist Experte: Ein therapeutischer Ansatz des Nicht-Wissens. *Zeitschrift für systemische Therapie* 10 (3): 176–189.
- Andersen, T. (1997): Steigerung der Sensitivität des Therapeuten durch einen gemeinsamen Forschungsprozess von Klienten und Therapeuten. *Zeitschrift für systemische Therapie* 15 (3): 160–167.
- Andersen, T. (1990): *Das Reflektierende Team*. Dortmund (modernes lernen).
- Bateson, G., J. Ruesch (1951): *Communication: The Social Matrix of Psychiatry*. New York: W. W. Norton. [dt. (1995). *Kommunikation: Die soziale Matrix der Psychiatrie*. Heidelberg (Carl-Auer)].
- Becker, C., L. Chasin, R. Chasin, M. Herzig, S. Roth (1995): From stuck debate to new conversation on controversial issues: A report from the Public Conversations Project. *Journal of Feminist Family Therapy* 7 (1 & 2): 143–163.
- Boscolo, L., G. Cecchin, L. Hoffman, P. Penn (1988): *Familientherapie – Systemtherapie*. Das Mailänder Modell. Dortmund (modernes lernen).
- de Shazer, S. (1996): »... Worte waren ursprünglich Zauber«. Dortmund (modernes lernen).
- Epstein, E. K. (1992): Die Abkoppelung familientherapeutischer Theorien von gesellschaftlichen Lebensbedingungen. *PP-Aktuell*. 1+2: 28–41.
- Epstein, E. K., M. K. Epstein, K. M. Wiesner (1998): Vom reflektierenden Team zum reflexiven Prozess: Reflexive Kooperation in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: J. Hargens, A. von Schlippe (Hg.): *Das Spiel der Ideen*. Dortmund (modernes lernen).
- Epston, D., M. White (eds.) (1992): *Experience, contradiction, narrative and imagination*. Adelaide, South Australia (Dulwich Centre Publications).
- Gergen, K. J. (1994): *Realities and relationships*. Cambridge (Harvard University Press).
- Gergen, K. J. (2001): *Social construction in context*. London (Sage).
- Gergen, K. J. (2002): *Konstruierte Wirklichkeiten*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Hoffman, L. (2002): *Family Therapy: An Intimate History*. New York (Norton).
- Hustvedt, S. (2003): *What I Loved*. London (Hodder and Stoughton).
- Levin, S., S. London, M. Tarragona (eds.) (1998): *Hearing more voices: Beyond traditions in writing, research, and therapy*. *Journal of Systemic Therapies* 17 (4).
- McLeod, J. (1999): *Narrative and psychotherapy*. London (Sage).
- McNamee, S., K. J. Gergen (1999): *Relational responsibility*. Thousand Oaks, CA (Sage).
- O'Hanlon, B., T. Rowan (1999): *Solution-oriented therapy for chronic and severe mental illness*. New York (Norton).
- Pakman, M. (2000): *Disciplinary knowledge, postmodernism and globalization: A call for critical social practices in human services*. *Cybernetics and Human Knowing* 7 (2–3) 1: 105–126.
- Penn, P. (2001): *Chronic illness: Trauma, language and writing*. *Family Process*. 40 (1): 33–52.
- Penn, P., M. Frankfurt (1999): *A circle of voices*. In: S. McNamee, K. Gergen (eds.): *Relational responsibility*. London (Sage).
- Penn, P., M. Frankfurt (1994): *Creating a participant text: Writing, multiple voices, narrative multiplicity*. *Family Process*. 33: 217–231.
- Rogers, C. (1951): *Client-centered therapy: It's current practice, implications and theory*. London (Constable). [dt. (1994). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt a. M. (Fischer), 22.–23. Tsd.].

- Seikkula, J. (1995): Psychose – Eine Stimme über den gegenwärtigen Dialog. Zeitschrift für systemische Therapie 13 (3): 183–192.
- Seikkula, J. (1996): Die Koppelung von Familie und Krankenhaus. In: Th. Keller, N. Greve (Hg.): Systemische Praxis in der Psychiatrie. Bonn (Psychiatrie-Verlag).
- Weingarten, K. (2003): Common shock: Witnessing violence every day. New York (Dutton).

VORSCHAU

Heft 3 des 30. Jahrgangs befasst sich mit dem Thema »Coaching«.

Hinweise für Autorinnen und Autoren

Manuskripte für Beiträge bitte an die Redaktion auf Datenträger (Diskette, ZIP, CD-ROM) mit Ausdruck schicken. Es muss sich dabei um bisher noch nicht veröffentlichte Beiträge handeln. Ein Beitrag sollte in der Regel 15–20 Normseiten à 1800 Anschläge nicht überschreiten. Dem Beitrag sind eine deutsch abgefasste »Übersicht« und ein englisches »Summary« von max. 10–15 Zeilen beizufügen. (Hinweise für Autoren sind bei der Redaktion erhältlich.) – Über Annahme und Überarbeitungsvorschläge thematischer und stilistischer Art entscheidet der Herausgeber. Unverlangte Manuskripte werden nur zurückgesandt, wenn international gültige Antwortscheine der Post beiliegen.

Anschrift der Herausgeber:

PD Dr. med. Arnold Retzer, Prof. Dr. phil. Ulrich Clement, Dr. phil. Hans-Rudi Fischer, Redaktion Familiendynamik, Kussmaulstr. 10, 69120 Heidelberg. Tel. und Fax 06221/406415.
e-mail: familiendynamik@t-online.de
Redaktionsassistentin: Dipl.-Übers. Angelika Engberding.

Bezugsbedingungen:

Die FAMILIENDYNAMIK erscheint vierteljährlich. Die Zeitschrift kann durch jede Buchhandlung oder unmittelbar vom Verlag bezogen werden. Preis des Einzelheftes € 19,- (D)/sFr 34,-, im Abonnement jährlich € 62,- (D)/sFr 103,-, für Studentent und Teilnehmer einer fachbezogenen Weiterbildung gegen Vorlage einer Bescheinigung € 46,- (D)/sFr 77,-. Private Abonnenten, die direkt über den Verlag beziehen, erhalten einzelne Hefte zum anteiligen Abo- bzw. Abovorzugspreis. – Falls die Lieferadresse von der Rechnungsadresse abweicht, fallen zusätzliche Kosten von € 0,35 (D) je Heft und Lieferung an. Der Abonnementpreis ist jährlich im Voraus fällig, wir bitten aber, die Rechnung abzuwarten. Gerät der Kunde mit der Bezahlung einer Rechnung in Verzug, so werden damit alle unsere noch offen stehenden Rechnungen sofort fällig. Gerichtsstand ist Stuttgart. Alle genannten Preise enthalten die zum Zeitpunkt des Kaufs gültige Mehrwertsteuer. In Drittländern (außerhalb der EU) gelten die angegebenen Preise netto; alle Preise jeweils zuzüglich Versandkosten. Die Kün-

digung des Abonnements muss spätestens vier Wochen zum Ende des Bezugszeitraums in schriftlicher Form an den Verlag erfolgen. Ansonsten verlängert es sich automatisch um ein Jahr. Die Mindestbezugsdauer beträgt ein Jahr.

Urheber- und Verlagsrecht:

Alle veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck eines Beitrages während der gesetzlichen Schutzfrist nur mit Genehmigung des Verlags. Auch die Rechte der Wiedergabe gleich in welcher Form – durch Vortrag, Funk- oder Fernsehsendung, im Magnettonverfahren, auf elektronischem oder auf ähnlichem Wege – bleiben dem Verlag vorbehalten.

Zuschriften, die den Vertrieb und die Anzeigen betreffen, an den Verlag erbeten. J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Postfach 10 60 16, 70049 Stuttgart, Tel. 0711/6672-0

Anzeigenverwaltung: Friederike Kamann, Tel. 0711/6672-1225, Fax 0711/6672-2032. Zur Zeit ist die Anzeigen-Preisliste Nr. 18 vom 1.1.2004 gültig. Verantwortlich für den Anzeigenteil: Rainer Just.

Abonnementverwaltung (falls vorhanden, bitte Ihre Kundennummer angeben): Friederike Kamann, Tel. 0711/6672-1225; Thomas Kleffner, Klett-Cotta, Zeitschriften, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart, Tel. 0711/6672-1648, Fax (0711) 6672-2032, e-mail: th.kleffner@klett-cotta.de
Satz: Fotosatz Kaufmann, Stuttgart
Druck: Ludwig Auer GmbH, Donauwörth.
ISSN 0342-2747 NC N\$ NCA