

Vom reflektierenden Team zum reflexiven Prozeß: Reflexive Kooperation in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie¹

Eugene K. Epstein
Margit Kellenbenz Epstein
Manfred Wiesner

Abstract

In unserer Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nutzen wir eine sozial-konstruktionistische Sichtweise sowohl für die Beziehungsgestaltungen innerhalb der Institution Krankenhaus als auch im Kontakt mit KlientInnen und Angehörigen. Im folgenden sind einige relevante theoretische Grundpositionen ausgeführt, die zum einen eine Abgrenzung zur traditionellen psychiatrischen Beziehungsgestaltung darstellen, zum anderen die reflexive Praxis (vgl. Tom Andersen 1990; Jaakko Seikkula 1995) in ihrer politischen Dimension betrachten. In der Erörterung konkreter Beispiele aus dem psychiatrischen Alltag werden die Möglichkeiten und Grenzen einer *kooperativen und reflexiven Praxis* reflektiert.

Kooperative Praxis in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie?

Der Kontext unsere Arbeit ist relativ traditionell geprägt. Das herkömmliche ExpertInnenmodell ist das Standardmodell des Städtischen Allgemeinkrankenhauses, an dem unsere Abteilung ihren Platz hat. Die im weiteren Ausbau befindliche Abteilung setzt sich aus einer Institutsambulanz und einer offenen Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammen, die eng miteinander verzahnt sind. Die Versorgungsregion hat kleinstädtischen und ländlichen Charakter und ist durch eine hohe Arbeitslosigkeit geprägt.

Die TeilnehmerInnen psychiatrischer Interaktion erleben, nach unserer Erfahrung, ihr Zusammenspiel meist weniger als Therapie im Sinne eines gemeinsamen Suchprozesses, denn als verengte und konflikthafte Begegnung ungleicher PartnerInnen. Im Austausch mit KollegInnen bekamen wir den Eindruck, daß wir mit unserer Einschätzung "psychiatrischer Behandlung" nicht alleine stehen. Wir fragten uns, wie dieses Muster psychiatrischer Beziehungsgestaltung unterbrochen werden könnte (vgl. dazu Thomas Bock 1997; Jaakko Seikkula 1996; Heinz Katschnig 1995; Matthias Krisor 1992;). Auf der Suche nach größerer

¹ Veröffentlicht in Hargens, Jürgen u. Von Schlippe, Arist (Hrsg.) 1998, Das Spiel der Ideen: Reflektierendes Team und systemische Praxis Dortmund: Borgmann S. 31-52.

Flexibilität in der Begegnung mit KlientInnensystemen gewann der Begriff der Kooperation für uns zentrale Bedeutung (Harlene Anderson 1996). Und zwar nicht im Sinne einer Therapietechnik, sondern als eine ethische Haltung, die die Gestaltung einer Beziehung auf verschiedenen Ebenen charakterisiert.

Um reflexive Prozesse innerhalb der Abteilung zu ermöglichen versuchen wir, Therapiegespräche ambulant und stationär möglichst oft zu zweit bzw. in Kleinteams unter Beteiligung aller Berufsgruppen durchzuführen. Einmal in der Woche gibt es ein sogenanntes „offenes Team“, das zusammen mit wechselnden GastkollegInnen arbeitet. Dies ist für KlientInnen und MitarbeiterInnen eine spezielle Gelegenheit, mit einem vielfarbigen reflektierenden Team zu arbeiten.

Darüberhinaus nehmen häufig interessierte oder befreundete auswärtige KollegInnen und BerufseinsteigerInnen unser Hospitationsangebot wahr und sind direkt in die tägliche Arbeit einbezogen - häufig auch als Mitglieder reflektierender Teams.

Innerhalb der stationären Arbeitseinheit wird mit der Umsetzung reflexiver Prozesse, wie sie die finnische Gruppe um Seikkula (1996) für den stationären Bereich postuliert, experimentiert.

Der reflexive Prozeß

Im reflexiven Prozeß übertragen wir die beziehungsgestaltenden Elemente des reflektierenden Teams auf die gesamte Bandbreite der psychiatrisch-psychotherapeutisch Praxis.

Der reflexive Prozeß kultiviert einen Auseinandersetzungsstil, der mit Begriffen wie geteilte Definitionsmacht, Toleranz, Solidarität, (konstruktives) Kritisieren, Widerspruch und Neugier im positiven Sinne charakterisiert werden kann und der, in unserem Sinne, zu einer "kooperativen Praxis" führt. Bevor wir nun in die Höhen psychopolitischer Überlegungen aufsteigen, aus denen die kooperative Praxis hergeleitet ist, wollen wir einige unspektakuläre Beispiele aus den "Niederungen" des klinischen Alltags voranstellen. Dies, so hoffen wir, wird den Höhenflug nicht allzu schwindelerregend gestalten, da ein Blick jederzeit zum Boden schweifen kann.

Kooperation am Beispiel des Erstkontaktes

Die erste telefonische Kontaktaufnahme ist kein einfacher administrativer Akt zur Terminabsprache, in dessen Rahmen die TherapeutInnen eine Konsultation gewähren, sondern der erste Schritt im "relational dance" (John Shotter 1993) der Therapie. Dieser erste Kontakt bietet den KlientInnen bereits Raum, ihre Erwartungen und Anliegen zu artikulieren.

Beispiel: Eine Frau rief an, mit der Frage nach einer neurologischen Untersuchung ihres Sohnes. Bereits während des ersten Telefonates fragte der Aufnahmetherapeut die Mutter nach dem Zustandekommen dieses Anliegens. Darauf erzählte sie, daß die Schulleitung eine solche Untersuchung auf Grund unberechenbarer Wutausbrüche des Sohnes in der Schule empfohlen hatte. Die Mutter erzählte auf Nachfrage weiter, daß dieses Verhalten zu Hause nicht aufträte. Diese zusätzliche Vermutung gab Anlaß, der Familie ein Gespräch zu einer tieferen Erörterung des Anliegens vorzuschlagen. Am Ende dieses dann stattgefundenen Gespräches zeigte sich die Mutter erstaunt über die Ausführungen ihres Sohnes, die sie bis dahin noch nie so vernommen hatte. Dieser hatte die Schwierigkeiten in der Schule als strategisches Spiel des "Weichkochens" von LehrerInnen beschrieben. Dies brachte die Mutter dazu, zunächst eine psychologische Beratung vor Ort einer neurologischen Untersuchung vorzuschalten. Bei rein administrativer Bearbeitung dieses Anliegens wäre der Verweis an eine Neurologin wahrscheinlich gewesen, mit dem Risiko, eine solche (unerwartete) Erweiterung des Anliegens zu verpassen.

Wir versuchen, diese kooperative Haltung auch auf anderen Ebenen umzusetzen. Bspw. werden die KlientInnen zur Mitbestimmung eingeladen, indem ihre Wünsche und Vorstellungen zur Zusammensetzung der Sitzungen, zur Zielsetzung, zur Terminfrequenz, zu Themen, zu Beendigungskriterien explizit erfragt werden. Hiermit ist kein exploratives Informationssammeln gemeint. Vielmehr wird damit bereits den KlientInnen unsere kooperative Haltung signalisiert.

Insofern gehen wir nicht von einer "Be-handlung", sondern der dialogischen Entwicklung von Beschreibungen oder Erzählungen aus.

Kooperation am Beispiel Diagnostik

Diagnostizieren, das traditioneller Weise nur seitens der TherapeutInnen praktiziert wird, wird hier zu einer gemeinsamen Suche nach Beschreibungen und Erzählungen.

Intervenieren verschiebt sich hin auf gemeinsames Experimentieren.

Beispiel: Eine Familie kam mit ihrem dreizehnjährigen Sohn auf Empfehlung der behandelnden Psychiaterin zur Therapie. Nach einer fast zweijährigen ambulanten analytischen Einzeltherapie des Jungen meinte die Psychiaterin, daß "die vorliegende Zwangssymptomatik" einer stationären Therapie bedürfe. Die Schwierigkeiten wurden zunächst auch familienseits vorrangig auf Symptomebene als Zwangsrituale und Ängste beschrieben. Der Junge selber spezifizierte am Anfang seine Ängste als Selbstverletzungsängste und Höhenangst. Diese Beschreibungen hatten zur Folge, daß sowohl die Eltern als auch der Junge fest davon überzeugt waren, keine eigenen Handlungsmöglichkeiten mehr zu haben und nur noch direkte Hilfeanweisung durch ExpertInnen helfen konnten. Im weiteren therapeutischen Dialog tauchten neue

Problembeschreibungen auf. Der an den stationären Therapiegesprächen teilnehmende ältere Bruder war der Auffassung, die Schwierigkeiten seien als Selbstständigkeitsprobleme beschreibbar. Die Mutter brachte die Schwierigkeiten mit eigenen persönlichen Gewissensproblemen in Zusammenhang. Der Junge selbst formulierte seine Ängste als eine Grundangst, seine Eltern zu verlieren, um. Aus den erweiterten Beschreibungen entwickelte die Familie gemeinsame Experimente zur Selbstständigkeit, zur Umdefinition des Gewissensbegriffes und zur Familienzusammengehörigkeit.

Diagnostik ist aus dieser Sicht nicht ein Verfahren, daß am Anfang von TherapeutInnen durchgeführt und abgeschlossen wird, sondern ein anhaltender und lebendiger co-evolutionärer Prozeß. Auch Diagnostik steht damit im Dienste der Kooperation statt, auf eine objektive Problemklassifikation und mit ihr gepaarte Interventionsstandards abzu zielen.

Kooperation als geteilte Definitionsmacht

Kooperation zeigt sich in der Aufgabe hegemonialer Definitionsmacht auf seiten des HelferInnensystems. Dem KlientInnensystem werden nicht nur inhaltliche sondern auch strukturell Definitionsmöglichkeiten zugeteilt.

Beispiel: Eine „HelferInnenkonferenz“ wurde mit einer Frau, ihrem achtjährigen Sohn, ihrem Bruder, einem Sozialarbeiter des Jugendamtes, einer Beratungslehrerin von der Grundschule des Sohnes und einer der AutorInnen einberufen. Der Bruder, der Sozialarbeiter und die Beratungslehrerin beschwerten sich, daß die Frau psychotisch und nicht in der Lage sei, ihren Sohn zu erziehen. Die Frau hielt das Kind häufig von der Schule fern, verbat ihm Kontakt zu Klassenkameraden und erledigte oft seine Hausaufgaben für ihn. Nach mehreren erfolglosen Versuchen, die Frau zur „Vernunft“ zu bringen, kamen die „BeschwerdeführerInnen“ voller Frust zu diesem Gespräch. Ein „normales“ Gespräch war insofern nicht möglich, als daß die Frau ständig unterbrach, um sich zu rechtfertigen. Der Therapeut fragte die Frau, ob sie eine Idee hätte, wie das Gespräch fortgesetzt werden könnte. Die Frau antwortete mit dem Vorschlag, daß wir unter uns reden könnten, ohne sie direkt anzusprechen. Die Sorgen der Beteiligten konnten danach offen besprochen werden und die Frau zeigte Bereitschaft zur Mitarbeit.

"communicamus ergo sum": Zur Bedeutung sprachlicher Folien

Nachdem wir nun drei Beispiele einer kooperativen Praxis vorgestellt haben, möchten wir in Anlehnung an Kenneth Gergens obiges Diktum (1994, viii) die theoretischen Hintergründe hervorkehren.

In unserer Arbeit betrachten wir Gespräche, die als Therapie oder Supervision markiert sind, mit einem sozial-konstruktionistischen Blick. Nach dieser Auffassung (Kenneth Gergen

1982, Gergen et al. 1996) sind Beschreibungen der Welt stets Ergebnis sozialer Praxis und an kulturelle Gewohnheiten gebunden. In Beziehungen mit anderen, in Konversation werden diese Beschreibungen/Erzählungen perpetuiert und moduliert. Worte gewinnen ihre Bedeutung durch Ihren Gebrauch im sozialen und kulturellen Kontext. Gleichsinnig ist das Vokabular, das uns zur Beschreibung "psychosozialer Probleme" zur Verfügung steht, an unsere jeweiligen sozialen und kulturellen Diskurse und deren Wandel gebunden. So entwickelte sich bspw. laut American Psychiatric Association (APA) die Anzahl psychischer Störungen gemäß DSM I - IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) von 1952 bis 1994 von ungefähr 50 - 60 auf 180 - 200 Kategorien (APA 1952; 1994).

Ebenso wie unsere KlientInnen greifen auch wir zur Beschreibung unseres Erlebens auf diese gesellschaftlich vorgegebenen Folien zurück und sind an sie gebunden. Kenneth Gergen entwirft ein sehr eindrückliches Bild über die Verwobenheit von diagnostischen Folien und Identitätskonstruktion:

„Terms such as depression, paranoia, attention deficit disorder, sociopathic, and schizophrenia have become essential entries in the vocabulary of the educated person. And, when the terms are applied in daily life they have substantial effects - in narrowing the explanation to the level of the individual, stigmatizing and obscuring the contribution of other factors (including the demands of economic life, media images, and traditions of individual evaluation) to the actions in question. Further, when these terms are used to construct the self, they suggest that one should seek professional treatment. In this sense, the development and dissemination of the terminology by the profession acts to create a population of people who will seek professional help.“ (Kenneth Gergen et al. 1996, 86)

Sowohl über verschiedene Kulturen hinweg als auch innerhalb einer Kultur existieren verschiedene Beschreibungen psychischen (Miß-)Befindens. Sie bestehen in unterschiedlicher Dominanz und damit Zugänglichkeit nebeneinander. Schon allein der Begriff des Psychischen wird aus diesem Blickwinkel als kulturabhängig gesehen. Der sozial-konstruktionistische Ansatz fordert uns heraus, unser kulturelles bzw. hier fachspezifisches Vokabular zu reflektieren und auch marginalen Diskursen Raum zu geben. Für den therapeutischen Kontext ist in dieser Hinsicht von Belang, daß das, was wir für unser Selbst, unsere Identität halten, nicht konstante Gegenstände des privaten Besitzes, sondern wandelbare soziale Konstruktionen sind, die auch den Begrenzungen der vorherrschenden politischen und kulturellen Diskurse unterliegen (Celia Kitzinger 1989).

Therapie als politische Praxis

In Anlehnung an Ulrich Beck (1997a; 1997b), sind politische Konstrukte wie bspw. Demokratie und Freiheit immer auch im Mikrobereich der Gesellschaft zu analysieren. Politische Einstellungen werden im sozialen Nahbereich aus- und eingeübt. Auch der

therapeutische Kontext kann in dieser Hinsicht als politischer Lebensraum begriffen werden, in dem u.a. in der therapeutischen Beziehung bestimmte politische Verhältnisse kultiviert werden. Sprache sieht er dabei als Ort und Medium der Herstellung und Pflege des Sozialen. "Wir wohnen in der Sprache" (Beck 1997a: 30). So ließe sich auch das Lebendigwerden gesellschaftspolitischer Konstrukte wie Demokratie und Freiheit im therapeutischen Raum untersuchen. Anders gesagt, auch in der therapeutischen Beziehung werden übergeordnete politische Diskurse (absichtlich oder unabsichtlich) auf die Mikroebene übertragen. Gesellschaftliche Konstrukte wie Kleinfamilie, Elternschaft, Ehe oder Partnerschaft, Alleinerziehung, Frauenarbeit etc. sind weitere Beispiele aus dem sozialpolitischen Diskurs, die mit ihren aktuellen gesellschaftlichen und kulturellen Akzentsetzungen in unserem therapeutischen Kontext besprochen, befragt oder zementiert werden. In Verbindung mit dem sozialen Konstruktivismus sind wir herausgefordert, solche Konstrukte zu hinterfragen und auf ihre Konsequenzen für die soziale Praxis hin zu untersuchen. Dies geht einher mit Offenheit für Neues und Toleranz für Differenz.

Expertismus, Macht und "Patientismus"

Welchen Typ des homo politicus kultiviert unser Gesundheits- und Behandlungssystem? Sprache und Diskurs, so die Auffassung, der hier gefolgt wird, bezeichnen nicht, sondern formen die Objekte, über die sie sprechen (Hubert Dreyfus & Paul Rabinow 1983, Michel Foucault 1973, Sheila McNamee 1992, John Shotter 1993). Entsprechend ist es legitim, sprachliche und kommunikative Praxis - den Gebrauch der Wörter - auch politisch zu betrachten. Kommunikative Praxis ist somit auch politische Praxis.

Mit Michel Foucault ließe sich sagen, daß das diskursiv über Generationen herausgebildete ExpertInnenwissen im Gesundheitsbereich - hier der Psychiatrie - zur Macht des ärztlichen und anderer psychosozialer Berufe geführt hat. Ähnlich wie Familienmitglieder oder Beziehungspartner können sich psychosoziale ExpertInnen herausnehmen, mit ihren Fragen, Kommentaren und Aufforderungen in "Psyche" und "Körper" der PatientInnen einzudringen und Veränderungen/Korrekturen vorzunehmen. Die Entwicklung von krankhaften Krisen im Erleben der PatientInnen changiert hierbei mit den Verschiebungen im Diskurs der ExpertInnen. Beispiele hierfür sind das Steigen oder Abflachen der Inzidenzraten bei Hysterie, Bulimie oder Praemenstruellem Syndrom. Daß wir hier Zuschreibungen benutzen, die zur Ausstattung der Kategorie "Frau" herangezogen werden ist nicht zufällig. Im psychiatrischen Diskurs ist "Mann" als Kategorie nicht vorhanden. Kategorien für sozial unerwünschtes, mehrheitlich "männliches", Verhalten, wie Vergewaltigung, körperlicher und sexueller Mißbrauch, finden im psychiatrischen Diskurs meist keine Entsprechung und werden im juristischen Diskurs verhandelt.

Für den psychiatrischen Denkstil liefert Descartes Menschenbild, mit der Konstruktion eines Subjekts, das einer Welt von Objekten gegenübersteht, die es zergliedern und zurichten kann, einen wesentlichen Rahmen. Dieser Rahmen erlaubte auch die Schematisierung des sogenannten Psychischen - nicht zuletzt per Klassifikation des Abnormen. Daß diese Klassifikation (und das darauf beruhende Handeln) durch und durch vergeschlechtlich ist, sowohl in ihrem Entwurf des Normalen, als auch in ihrem Entwurf des Abnormalen, erfordert weiteres Nachdenken über die politische Praxis der Psychiatrie und Psychotherapie, ist aber nicht Gegenstand dieses Kapitels (vgl. Ehrenreich & English, 1978).

Kursus für Kursus werden die heutigen TherapeutInnen vorbereitet, jene Personen zu werden, denen von vielen der unbestechliche, psychiatrische Röntgenblick zugeschrieben wird. Der Erwerb dieses Wissens und damit der Macht der Klassifikation mit ihren weitreichenden auch ökonomischen Folgen (betr. Chronizität, Schuldfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit etc.) wird einer Elite vorbehalten.

In tagtäglicher privater wie massenmedialer Kommunikation wird die soziale Konstruktion "medizinisch-psychologischen ExpertInnentums" reproduziert. PatientInnen definieren sich auf dieser Grundlage oftmals noch als abhängige "BefehlsempfängerInnen" medizinisch-psychotherapeutischer Rezeptierung und Anweisung. Zwar haben die modernen Kommunikationsmittel schon zu einem veränderten PatientInnenbewußtsein geführt und der Wandel zur informierten PatientIn ist im Gange. Das Wissen in der Bevölkerung um Behandlungsskandale einerseits und Krankheiten, an denen man potentiell erkranken kann andererseits, hat zugenommen. Dies hat allerdings auch die Verunsicherung über adäquate Behandlungsmaßnahmen anwachsen lassen. Die Frage, die *geeigneten* ExpertInnen zu finden, hat an Prominenz gewonnen, ohne allerdings die Päpstlichkeit unserer TherapeutInnen-PatientInnen-Kommunikation schon grundlegend verändert zu haben. Stets sind Attribute wie Unsicherheit, Ohnmacht, Hilfebedürftigkeit nur auf die PatientInnen bezogen. Aber wie ist es mit den BehandlerInnen? Auch auf dieser Seite werden bestimmte Unsicherheiten wie subjektive Vermutungen über das Problem der KlientInnen oder Ratlosigkeit angesichts der Einschätzung der Situation immer wieder mal zur Sprache gebracht. Würden diese Unsicherheiten transparenter gemacht, beträfe dies auch die Kommunikationshierarchie.

Zur Herstellung autoritärer Beziehungsstruktur

Medizin und zunehmend auch die Psychologie zählen weiterhin zu wichtigen wissenschaftlichen Disziplinen gesellschaftlicher Problemlösung. Sie weisen ihren mit Fachsprachen ausgerüsteten VertreterInnen eine oligarchische gesellschaftliche Rolle zu. Handlungsstrategien, die auf die gestalterischen Potentiale des Individuums oder dessen soziales Subsystem setzen, werden erst neueren Datums und vereinzelt hoffähig. Die gestalterischen Potentiale des Individuums "TherapeutIn" werden aber ungefragt

vorausgesetzt und diesem nicht nur zugebilligt, sondern nahezu automatisch als Kompetenz zugeschrieben.

Die "PatientInnen" gelangen gewöhnlicherweise dadurch, daß sie sich dem Verordnen, Empfehlen und Beraten der wissenschaftlich legitimierten "HelferInnen" aussetzen, in eine expertisebestimmte Autoritätsstruktur (Tom Andersen 1995; Kenneth Gergen & John Kaye 1992). Diese wird im Behandlungszimmer sowie im massenmedialen, fachlichen und nachbarschaftlichen (etc.) Sprechen perpetuiert. Ein wesentlicher Aspekt dieses Verhältnisses besteht in dem „Recht“, die Erzählungen der KlientInnen durch die der TherapeutInnen nach und nach zu ersetzen (Kenneth Gergen & John Kaye 1992, S. 169). Untermauert wird diese Autoritätsstruktur gerade im psychiatrischen Bereich durch die Integration quasi exekutiver Aufgaben wie die der sozialen Kontrolle in den Regieanweisungen dortiger psychosozialer HelferInnen.

Wir ExpertInnen bedienen uns der gesellschaftlich anerkannten Sprachformeln psychologischer Deskription und Deutung sowie psychiatrischer Klassifikation und erwarten von "guten PatientInnen", daß sie sich den dominanten Beschreibungen und Denkstilen und ihrem Wandel anpassen. Zusätzlich können wir im psychiatrischen Kontext unter Umständen auf die Insignien der Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung zurückgreifen. Mitunter gilt es, durch entsprechendes Informieren, Insistieren und Prophezeien die Freiwilligkeit zu einer Therapie erst herzustellen. Jon Amundson und Kenneth Stewart (1993) sprechen in diesem Zusammenhang von einem kolonialen Diskurs bzw. der Kolonialisierung der PatientInnen. Durch Exploration und Aufstellung eines Behandlungsplanes liegt die Initiativfunktion vornehmlich beim Profi. Die PatientInnen geben Ihre Probleme in die Hände der ExpertInnen.

Dieser durch den herrschenden gesellschaftlichen Diskurs präjudizierte Ablauf der Beziehungsgestaltung wird durchaus auch von ExpertInnen als leidvoll empfunden, z.B. unter dem Gesichtspunkt eigener Verantwortungsüberfrachtung.

Therapie als gesellschaftspolitische Praxis

Die psychiatrische Diagnostik weist mitunter eine lange Halbwertszeit auf. Künftige biographische Weichenstellungen zu Ausbildung, Beruf, Partnerschaft etc. folgen nicht selten einstmals getroffenen diagnostischen Zuschreibungen. Im schlechtesten Fall werden Segregationserfahrungen fortgeschrieben. Widerstand gegen psychopathologische Attribute kann zudem noch als Bestätigung derselben interpretiert werden. Kurzum, die Expertise psychosozialer HelferInnen kann eine Langzeitwirkung aufweisen, die die Ehrfurcht der PatientInnen vergrößert und die Kooperationsstruktur beeinflusst.

Foucault würde wohl sagen, daß Diagnostik und Therapie im herkömmlichen Stil in diesem Ausschnitt gesellschaftlichen Lebens (in diesem Funktionsbereich sensu Luhmann, 1996) als

Transmissionsriemen gesellschaftlicher Disziplinierung fungieren. Kritisches Denken, Protest und Verhandlungsgebaren haben im Wartezimmer zu bleiben.

Auch die Bezahlung medizinisch-psychosozialer Leistungen an der PatientIn vorbei - durch direkte Abwicklung zwischen ÄrztIn etc. und Kasse - unterstützt die ExpertInnenrolle durch die Monopolisierung finanzieller Überlegungen. Sie entkleidet die PatientInnen eines wesentlichen Kundencharakteristikums und macht sie zur Ware, zum Objekt auf dem Gesundheitsmarkt - statt zu AkteurInnen (vgl. auch Jochen Schweitzer 1995). Damit soll nicht einem weiteren Abbau des Sozialstaates das Wort geredet werden. Vielmehr soll dazu ermutigt werden, die begonnen Schritte hin auf eine größere Transparenz und repräsentative Partizipation von VerbraucherInnen fortzusetzen. (vgl. hierzu auch die Situation in den Niederlanden, Harry Manders & Ton-Peter Widdershoven 1997).

Welchen Typ des homo politicus also kultiviert dieses Gesundheitssystem? Die idealen BürgerpatientInnen, und das sind letztlich wir alle, zählen Unterordnung, bescheidenes Engagement, Vertrauen auf Wissende, Folgsamkeit und das Übereignen eigener Erzählungen zu ihren Tugenden. Kenneth Gergen und John Kaye (1992: 171, Übersetzung d. Verf.) nennen die therapeutische Prozedur „eine Lektion in Unterordnung“. Möglicherweise ist es genau diese Folie der Unterordnung, die es für Frauen soviel wahrscheinlicher macht, Psychotherapie aufzusuchen oder zu ertragen. Frau, als soziale Kategorie, ist hergestellt als untergeordnete, abweichende, passive und aufnehmende Identität (Simone de Beauvoir 1968; Ute Frevert 1995).

Unter dem eingenommenen politischen Betrachtungswinkel erscheint uns nun fraglich, ob die so im Behandlungssystem gelebten Beziehungen mit dem im Grundgesetz der BRD entworfenen politischen Menschen in Deckung zu bringen sind - ob z.B. das in Artikel 20 GG proklamierte und damit politisch gewollte ‚Widerstandsrecht‘ durch ein entsprechendes Sprech- und Gestenrepertoire im Falle des Falles (er-)lebbar sein würde. Dies mag zwar etwas „hoch gegriffen“ erscheinen, pointiert aber die Kritik am Beziehungsgefüge des herkömmlichen ExpertInnenmodells.

Therapie als reflexiver Prozeß

Unseres Erachtens dekonstruiert die Methode des reflexiven Prozesses traditionelle Stilformen psychiatrischer und psychotherapeutischer Beziehung, speziell das zuvor beschriebene herkömmliche ExpertInnenmodell (vgl. auch Tom Andersen 1997). Wir glauben, daß diese Herangehensweise und das damit verbundene kommunikative Repertoire nicht nur die oben diskutierten und kritisierten „Nebenwirkungen“ des herkömmlichen Modells vermeiden, sondern aus unserer Sicht sogar wünschenswerte Konsequenzen für die Selbstdefinition und Identitätsbildung haben. Im Sinne John Shotters (1993) ist das

kooperative Sprechen nicht nur eine Arbeitsform, vielmehr formt es die beteiligten Personen in ihrem Sein.

Geht man davon aus, daß relevante politische Strukturen und Haltungen ihre Bedeutung nicht zuletzt auch im Mikrobereich gesellschaftlichen Lebens erfahren, ist auch die Ausformung des PatientInnen-PsychotherapeutInnen-Verhältnisses politisch befragbar, wie oben im Anriß geschehen. Veränderungen dieses Verhältnisses lassen sich somit wiederum auch politisch interpretieren.

In Bezug auf die therapeutische Beziehungskonstruktion scheint uns von entscheidender Bedeutung, daß ein reflexiver Prozeß besondere Kooperations- und Auseinandersetzungsformen fördert. Das herkömmliche Hilfeangebot therapeutischer Settings wird erweitert und TherapeutInnen und KlientInnen zu neuen Wegen der Zusammenarbeit eingeladen. Auf Seiten der TherapeutInnen verlagert sich das ExpertInnentum auf Beziehungs-, nämlich auf Kooperationsebene (Harry Goolishian 1991).

Zur Definitionsmacht der KlientIn

So achten die TeilnehmerInnen eines reflexiven Prozesses beim Formulieren ihrer Wortbeiträge auf deren *Anschlußfähigkeit* an die Sprache der KlientInnen. Eine Übersetzung, Zusammenfassung oder Abstrahierung der KlientInnenaussagen in Fachtermini ist weder gefragt noch erforderlich. Die darin potentiell enthaltenen Momente von 'Verbesserung durch Übereignung' und 'Verantwortungsübergabe an die sprachfähigeren TherapeutInnen' werden vermieden. Statt dessen versichert das Bemühen um Anschlußfähigkeit die KlientInnen der Zulässigkeit ihrer Ausdrucksweise. Das eigene Sprechen und der darin aufgehende Suchprozeß wird ermutigt und die KlientInnen werden im Einsatz ihrer persönlichen Definitionsmacht und ihrer Kompetenzen bestärkt.

Durch den Kommunikationsstil des Teams wird darüber hinaus ein toleriertes Nebeneinander verschiedener Auffassungen und Lösungswege praktiziert. Die in der Reflexion beabsichtigte *wertungsarme Divergenz und Widersprüchlichkeit* von Beschreibungen und Fragerichtungen bietet den KlientInnen eine multiverselle Sicht der Welt. Kriterien wie 'richtig' und 'falsch' werden ihres universellen Anspruchs entkleidet und zu subsystembezogenen und subjektiven Kategorien. Die Verschiedenartigkeit von Auffassungen ist sagbar, ohne automatisch unter Einigungszwang zu stehen und Konflikte fürchten zu müssen.

Die *bewußte Bereitschaft, die Beschreibungen der KlientInnen zu verstehen* (Hans-Georg Gadamer 1960) und gleichzeitig *nicht zu schnell zu verstehen* (Harry Goolishian & Harlene Anderson 1990) produziert einen kommunikativen Resonanzraum, in dem auch Kritisches gesagt *und* gehört werden kann.

Das Sprechen in Gemeinschaft oder besser die *gemeinschaftliche Erarbeitung des Gesprochenen* stellt in manchen Situationen eine Praxis der Solidarität dar, die eine einsame oder "monologische" Struktur von Problembeschreibung aufbricht.

In der postreflexiven *Einladung* der Interviewerin an die KlientInnen, das Gehörte und Gesehene *zu kommentieren und gegebenenfalls richtigzustellen*, sehen wir ein weiteres bedeutsames Charakteristikum der politischen Implikationen des reflexiven Prozesses. Zum einen wird den KlientInnen die Idee der Wählbarkeit von Beschreibungen angeboten und zum anderen der offene Widerspruch als diskursfähig eingeführt. Die TherapeutInnen sind somit keine unantastbaren Beschreibungs- und EntscheidungslieferantInnen.

Nachdem wir nun zuerst die unspektakulären Beispiele vorgestellt haben, dann einige Grundlinien der psychopolitischen Betrachtungsweise psychiatrischer Praxis aufgezeigt haben, sind wir ihnen, in einem letzten Schritt, spektakuläre Anwendungen der kooperativen Praxis schuldig. Sie gehörten in das Skript eines jeden vorgestellten Ansatzes und soll daher auch von uns erbracht werden. Wir bleiben dabei ganz nahe am Wortsinn von "spectare" und berichten von neuen (Diskurs-)Räumen, die unsere KlientInnen und wir zusammen erschauen und ausstatten.

Kooperation: Einbezug Jugendlicher in reflexive Prozesse - die Erste

In letzter Zeit gehen wir dazu über, auch Jugendliche, die stationär aufgenommen sind, in reflexive Prozesse vermehrt einzubeziehen (vgl. auch Matthew Selekman 1995). Wir glauben, daß Jugendliche in dieser Rolle Erfahrungen machen können, die einen Kontrapunkt setzen zu einem psychiatrischen Therapieprozeß, in dem oft die Eltern, die Schule oder andere Institutionen die treibende Kraft sind. „Zu Therapierende“ können durch den Einbezug in die Therapie anderer stationär aufgenommener Jugendlicher zu aktiven UnterstützerInnen werden. Die passiv konnotierte PatientInnenrolle wird durch ein alternatives Rollenverständnis überwunden. Jugendliche können sich bzw. ihre Altersgruppe im Kontext Therapie als gefragte und geachtete „BeraterInnen“ erfahren - trotz eigener Therapie. Insgesamt erfahren hierdurch die Beschreibungs- und Erfahrungswelten der Kinder und Jugendlichen eine Aufwertung.

So nahmen beispielsweise zwei sechzehnjährige Mädchen, die wegen bulimischer Schwierigkeiten aufgenommen worden waren, als Mitglieder eines Reflektierenden Teams (insgesamt vier Personen) an einem Therapiegespräch eines dreizehnjährigen Mädchens teil, deren Aufnahmeanlaß ähnlich gewesen war. Die Mutter wollte gerne am Gespräch teilnehmen, war aber verhindert. Eine Videoaufnahme wurde angefertigt - (bei allseits gegebenem Einverständnis zum Vorgehen). Die Dreizehnjährige beschäftigte sich mit ihrer

bevorstehenden Entlassung und ihrem künftigen Vorgehen zu Hause. Nach längerem Bedrängen der Mutter durch die Tochter hatte erstere schließlich einer Entlassung bzw. ambulanten Weiterbehandlung zugestimmt. Die Mutter fühlte sich allerdings noch recht unsicher, wie sie mit ihrer Tochter zu Hause umgehen sollte und worauf zu achten sei; vormals unter ambulanter Behandlung aufgetretene Erfolge hatten sich später nämlich als großes Verheimlichungsgeschick der Tochter entpuppt.

Die beiden älteren Mädchen wünschten der jüngeren Mitpatientin in der Reflexion alles Gute für zu Hause und stellten dann noch einige kritische Überlegungen an. Zum Teil an ihren eigenen Personen illustrierten sie sowohl mögliche Risiken als auch Vorbeugestrategien. Dabei stellten sie auch Bezüge zum Erzählen und Verhalten ihrer Mitpatientin her, die einen ganz eigenen Beobachtungswinkel offenbarten. Eine ganze Reihe ihrer Ideen und (Selbst-)Beobachtungen waren in der bisherigen therapeutischen Konversation mit der Dreizehnjährigen noch nicht aufgetaucht. Die Dreizehnjährige wünschte sich nach Ende der Sitzung eine Kopie der Cassette, um die Überlegungen der Mitpatientinnen mit nach Hause nehmen zu können. Es wurde in ihre Verantwortung übergeben, das (ausgeliehene) Videoband ihrer Mutter zu zeigen. Die beiden älteren Mädchen fühlten sich ermutigt, auch künftig an Reflexionen teilzunehmen bzw. MitpatientInnen zu ihren Gesprächen einzuladen. Sicherlich lassen sich hier Parallelen zu gruppentherapeutischen Vorgehensweisen (z.B. Manfred Zielke 1994) ziehen. Ein wesentlicher Unterschied scheint uns aber auf der Beziehungsebene, im Verhältnis zu den TherapeutInnen, konstruierbar. Statt sich weiterhin als Mitglied einer PatientInnengruppe definieren zu müssen, die z.B. zu gruppentherapeutischem Problemlöseverhalten angeleitet wird, agieren die Jugendlichen in der Reflexion als gleichwertige Teammitglieder.

Kooperation: Einbezug Jugendlicher in reflexive Prozesse - die Zweite

Mitunter dient die Einladung zur Reflexionsteilnahme an Therapien anderer Jugendlicher quasi billiardartig der Modulierung des eigenen Denkrahmens. Die vierzehnjährige C. verglich, als sie mit drei anderen Mädchen an einer Familientherapiesitzung einer Mitpatientin teilnahm, die Eltern-Kind-Konflikte mit der eigenen familiären Situation. Anders als in ihren eigenen Gesprächen gelangte sie unter diesen Umständen, als Beraterin, zu einer ausführlicheren Reflexion des (in Aspekten gemeinsamen) Konfliktthemas und damit auch ihrer eigenen Lage. Im Gespräch mit den Eltern ihrer Mitpatientin legte C. ein ganz anderes Gesprächsverhalten an den Tag, als im Umgang mit ihren Eltern, was ihr vielleicht half, ihren „Möglichkeitssinn“ (Musil 1978: 16) zu schärfen.

Kooperation: Einbezug Jugendlicher in reflexive Prozesse - die Dritte

Ein weiterer von uns gerade neu beschrittener Weg, den Stimmen Jugendlicher mehr Gehör zu verschaffen, besteht darin, am Ende von Therapien - mit Einverständnis und zum Teil Beteiligung der Eltern - ein Abschlußinterview auf Video aufzunehmen, um diese Erzählungen in andere Therapien wieder eingehen zu lassen. Schon häufig hatten wir es erlebt, daß Jugendliche ausdrücklich danach fragten, welche Erfahrungen andere Kinder vor Ihnen gemacht hatten - sei es in Bezug auf das therapeutische Setting oder bestimmte Probleme. Bislang zeigten die Jugendlichen großes Interesse, bei der Erstellung solcher Videos mitzuwirken. Es kam uns so vor, als stelle das Videointerview für die Jugendlichen eine Art Vermächtnis dar und würdige damit nochmals ihre Anstrengungen. Für die künftigen BetrachterInnen dieser Bänder kann der Zugang zu diesen Erzählungen eine Erweiterung Ihres diskursiven Rahmens bedeuten. R. (13 J.) vermochte seine Vorstellungen über Therapiefortschritte und -erfolge zu relativieren, nachdem er A.s (14 J.) Band gesehen hatte. A. hatte darin über die Zeitaspekte ihrer Therapie, die Bedeutsamkeit kleiner Schritte und von Wiederholung sowie die Diskontinuität von Veränderungen gesprochen.

Kooperation: Einbezug Jugendlicher in reflexive Prozesse - die Vierte

Oft werden die Freundinnen und Freunde oder SchulkameradInnen von Jugendlichen, die sich in Therapie befinden, wenig beachtet (vgl. Matthew Selekman 1995). Geschwister, Großeltern, LehrerInnen und Amtspersonen werden schon häufiger eingeladen. Diese Mißachtung scheint ungerechtfertigt, da die Meinungen von Peer-group-Mitgliedern für Jugendliche oft eine hohe Bedeutung haben und keine minder interessanten Blickwinkel darstellen als die von Erwachsenen. Mitunter sind sie sogar zu sehr direkten Unterstützungsleistungen bereit. Die Erwirkung des Einverständnisses ihrer Eltern scheint uns kein „wirkliches“ Hindernis. G. (15 J.), der starke Minderwertigkeitsgefühle zum Anliegen gemacht hatte, benannte zu Beginn der Therapie auf Nachfrage drei Freunde, die ihm bislang eine Stütze gewesen waren. Bei einem (K.) konnte er sich einen Einbezug in Therapiegespräche als hilfreich vorstellen. K. war gerne bereit mitzuwirken und machte einzelne, zwar konfrontative, aber für G. akzeptable Experimentiervorschläge zum Auftreten in der gemeinsamen Peer-group. Die in einer Gleichaltrigengruppe mitunter erlebte Solidarität kann somit in den therapeutischen Kontext hinein verlängert oder aber dort entwickelt werden.

Kooperation: Team-KlientInnenbesprechungen als gemeinsamer reflexiver Prozeß

Ähnlich wie bei Seikkula (1996) beschrieben, tagt das Stationsteam gelegentlich außerhalb seiner heiligen Hallen und läßt die Kinder und Jugendlichen an seinen Überlegungen mit

Kommentierungsmöglichkeit teilhaben. Die Kinder sind an diesem Vorgehen sehr interessiert. Wiederholt wurde dem Team Erstaunen über die Reichhaltigkeit seiner Reflexionen bekundet.

Manchmal werden auch Eltern zur Teilnahme an einer Teamsitzung eingeladen. Frau U. erlebte eine Reflexion zum Für und Wider der Entlassung Ihres Sohnes, die eine Entscheidung offenließ. In einem Elterngespräch wenige Tage später zeigte sich Frau U. von der Reflexion sehr beeindruckt. Sie hatte die Schlußfolgerung gezogen, daß etwas passieren müßte, und daß dies nur von ihr ausgehen könne. Von daher hatte sie sich entschlossen, vor der Rücknahme ihres Sohnes nach Hause die Versorgung ihrer verwirrten Mutter zu regeln, die bis dato Frau U. sehr weitgehend absorbiert hatte. Gerade die Teilhabe am ansonsten als „intern“ geltenden Teamdiskurs hatte Frau U. als sehr hilfreich empfunden.

Kooperation am Beispiel von Supervision- eine Methode

im folgenden möchten wir eine Vorgehensweise aufzeigen, die Supervision von einer sozial-konstruktionistischen Perspektive praktiziert. Wie schon oben aufgeführt, arbeiten wir in interdisziplinären Teams, die sich für jede KlientIn anders formieren. Gerade im Hinblick auf die Beziehungsgestaltung der MitarbeiterInnen im Kontext von Psychiatrie erscheint uns diese Methode geeignet, in der Moderne verwurzelte Setzungen (vgl. oben) aufzuweichen.

In der Supervision, im Sprechen über die Arbeit, die wir mit einer KlientIn, ihren Angehörigen und den relevanten Institutionen entwickeln, versuchen wir einen vielschichtigen Horizont von Bedeutungen und Beschreibungen nicht nur innerhalb „KlientInsystems“ zu ermöglichen, sondern auch innerhalb unseres Arbeitsteams. Dieser vielschichtige Horizont von Bedeutungen hat allerdings, und hier liegt ein wesentlicher Unterschied zu systemischen Ansätzen wie sie z.B. Johannes Herwig-Lempp (1997) beschreibt, nicht nur strategische Bedeutung für eine Lösungsvielfalt, die in der Zukunft des „Problemfalles“ angesiedelt ist. Wir sehen darin auch eine lokale beziehungsethische Praxis für das gegenwärtige Supervisionsgespräch.

Ein kurzer Abriß der Vorgehensweise zeigt deutlich, wie traditionelle Skripte von Expertise und Lösung unterbrochen sind.

Bei dieser Methode wird die SupervisandIn gebeten, das, was sie beschäftigt, dem Team mit ein oder zwei Fragen in Ich-Form mitzuteilen. Sie kann, falls sie es für wichtig erachtet, eine kurze Beschreibung der Situation einbringen, die mit ihrer Frage zu tun hat. Anschließend wird das Team gebeten, zu der vorgestellten Frage eigene Fragen zu entwickeln. Dies kann entweder in kleinen Gruppen oder individuell geschehen. Die Fragen sollen sich auf die Frage der SupervisandIn beziehen und weniger auf Details der beschriebenen Situation. Die SupervisandIn hört sich die gestellten Fragen ohne

Kommentar an. Anschließend wird sie gefragt, ob sich eine neue Frage aufgetan hat oder die Frage gleich geblieben ist. Dann wird der Prozeß wiederholt. Im anschließenden Gespräch kann die SupervisandIn über die Fragen oder ihren gedanklichen Prozeß sprechen.

Diese nüchterne Beschreibung skizziert eine Vorgehensweise, die sich für uns gerade bei „schwierigen“ Situationen als nützlich erwiesen hat. Schwierig zum Beispiel dann, wenn eine Fülle von Vorgeschichte und Interventionen durch uns, die Eltern, Institutionen etc. wenig Veränderung gezeigt hat. Durch diese Methode war der Scheinwerfer nicht länger auf weitere Beschreibungen der KlientIn gerichtet oder auf „das Problem“. Der Prozeß des Produzierens oder auch des spielerischen Konstruierens „neuer“ fallbezogener Wahrheiten wird in diesem Vorgehen nicht fortgesetzt. Es werden keine weiteren diskursiven Realitäten darüber entwickelt, wie das Problem oder die Situation beschrieben oder gedeutet werden kann. Dies soll nicht heißen, daß Beschreibungen des „Falles“ unnützlich sind. Es dient sicherlich einer Methode des Verstehens, die Beschreibungen einer schwierigen Situation nicht diskursiv einzufrieren.

Bei dem oben beschriebenen Vorgehen steht dies jedoch gerade nicht im Mittelpunkt. Bei dieser Methode fokussiert sich das Sprechen auf die SupervisandIn-KlientIn-Relation. In der Aufforderung, eine Frage in Ich-Form für das Supervisionsgeschehen zu entwickeln, ist die SupervisandIn eingeladen über ihr Anliegen zu reflektieren, beziehungsweise eines zu erfinden. Damit muß sie sich innerhalb der „Fallsituation“ positionieren. Die anschließenden Fragen des Teams berühren und verwirren diese Positionierung, ohne sie durch eine andere „Bessere“ oder „Richtige“ auszutauschen. Eine Beziehung nach dem traditionellen Modell der ExpertIn, die Wissens(-macht) zuteilt, wird in diesem Vorgehen verweigert. Wissensmacht oder Definitionsmacht wird von der jeweilig Sprechenden hergestellt. Sie mutiert zur sequentiellen Definitionsmacht. Die hegemoniale Sprachmacht der Supervisorin wird somit verwässert, im Kontext von Supervision jedoch sicherlich nicht aufgelöst. Dieses Vorgehen erbringt nicht nur eine Vielzahl von Beschreibungen, die an sich eine Lockerung einer monologischen Struktur erbringen können, sondern stellt jede TeilnehmerIn als ExpertIn her. Die Vielzahl der Beschreibungen kann nicht nur, wie üblich, als Generieren von Lösungen gesehen werden, sondern umgekehrt entlastet die Erfahrung multipler Sichtweisen von der traditionellen Bürde, die richtige oder passende Lösung suchen zu müssen. Im Prozeß des Reflektierens um die Frage oder Positionierung der SupervisandIn verschiebt sich das Gespräch weg von einem problem- oder lösungszentrierten Suchen hin zu einer Reflexion bezüglich der formulierten Position der SupervisandIn. Was an dieser Frage interessiert mich, wie verstehe ich, daß die SupervisandIn zu dieser Frage kommt, wieso stellt sie nicht eine andere, was ist meine Position zu dieser Frage etc., sind mögliche

Leitgedanken, die eine Frage auf Seiten der SupervisionsteilnehmerInnen entstehen lassen.

Dieses Vorgehen pflegt nicht nur einen reflexiven Umgang innerhalb des Teams, sondern ist vielleicht auch Übungsmöglichkeit und alternatives Muster für die Gespräche mit KlientInnen. Das Muster enthält eine sequentielle Definitionsmacht, multiple Beschreibungen, und ein offenes Ende.

Wir benutzen dieses Vorgehen auch häufig in unserer Arbeit als SupervisorInnen von Gruppen. In diesem Kontext schätzen wir daran, daß „extravagante“ oder marginalisierte Sichtweisen aufgenommen werden können, da keine therapeutische Schule alleinig das Gespräch dominiert. Es wird nicht innerhalb eines verhaltenstherapeutischen oder systemischen Ansatzes supervidiert. So können auch andere Diskurse, wie feministische oder ökonomische, die in therapeutischen Diskursen keinen Platz haben, von den TeilnehmerInnen aufgenommen werden.

Für uns ermöglicht diese Vorgehensweise daher in manchen Supervisionsgesprächen eine alternative Praxis, die den abgesteckten Rahmen anregend erweitert.

Grenzen eines reflexiven Prozesses

Wir sind durchaus geneigt, den genannten reflexiven Prozessen den Status einer „kommunikativen Kulturtechnik“ zu wünschen, was auf eine weitergehende gesellschaftliche Verfügbarmachung dieses dialogischen Stils abzielt.

Trotz allem sehen wir auch einige kritische Aspekte, die hier angesprochen werden sollen. So haben die TherapeutInnen bei der Zusammensetzung der Teams und somit beim Arrangement der Beschreibungs- und Fragerichtungen eine entscheidende Funktion. Sie entscheiden maßgeblich darüber, *welche* diskursiven Räume ins Spiel gebracht werden. Vom Einsatz stets derselben Teamzusammensetzung bis hin zur Favorisierung bestimmter Beschreibungsschemata, repräsentiert durch bestimmte Teammitglieder, lassen sich hier trotz polyphonem Anspruchs auch wieder Verengungen denken. Mit dem „Aufrufen“ einer bestimmten Auswahl von Beschreibungen/Wahrnehmungsvorlieben entsteht unseres Erachtens eine andere Art von Definitionsmacht. Es ist weniger eine wissenschaftsbasierte Wissensmacht als eine Selektionsmacht.

Ganz offensichtlich verbleibt ferner eine reflexive Praxis (wie auch viele andere Therapiestile) innerhalb der Kultur des Logoentrismus. Damit sind KlientInnen und ‚Professionelle‘ in den Rahmen der Sprache eingespannt. Wer Stimme haben und gehört sein möchte, muß Worte suchen und benutzen. In dieser Tätigkeit gibt es bei den TeilnehmerInnen unterschiedliche Vorerfahrung, Kompetenz und Leidenschaft. Es ist leicht vorstellbar, daß TherapeutInnen und BeraterInnen damit geübter sind als viele der KlientInnen. So bleibt die Frage, wie die Hegemonie der Sprache aufgebrochen werden kann.

Referenzen

- Amundson, Jon & Stewart, Kenneth. (1993). Temptations of power and certainty. *Journal of Marital and Family Therapy* 19(2), 111-123.
- Andersen, Tom (1990). *Das Reflektierende Team*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Andersen, Tom (1995). Reflecting Processes: Acts of Informing and Forming. In Steven Friedman (Ed.), *The Reflecting Team in Action*. NY: Guilford Press, 11-37.
- Andersen, Tom. (1997). Steigerung der Sensitivität des Therapeuten durch einen gemeinsamen Forschungsprozeß von Klienten und Therapeuten. *Zeitschrift für systemische Therapie* 15(3), 160-167.
- Anderson, Harlene. (1996). Therapie als Kooperation sprachlicher Systeme. In Thomas Keller und Nils Greve (Eds.). *Systemische Praxis in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag, 93-117.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders*. (First ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders*. (Fourth ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Beauvoir, Simone de (1968). *Das andere Geschlecht: Sitte und Sexus der Frau*. Hamburg: Rowohlt.
- Beck, Ulrich (1997a). Kinder der Freiheit: Wider das Lamento über den Werteverfall. In Ulrich Beck (Ed.), *Kinder der Freiheit*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 9 - 33.
- Beck, Ulrich (1997b). Demokratisierung der Familie. In Ulrich Beck (Ed.), *Kinder der Freiheit*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 195 - 216.
- Bock, Thomas (1997). *Lichtjahre. Psychose ohne Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dreyfus, Hubert und Rabinow, Paul (1983). *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*. (2nd Edition). Chicago: University of Chicago Press.
- Ehrenreich, Barbara, & English, Deirdre. (1978). *For her own good: 150 years of the experts' advice to women*. New York: Doubleday.
- Frevert, Ute (1995). „Mann und Weib, Weib und Mann“: Geschlechter-Differenzen in der Moderne. München: Beck.
- Foucault, Michel. (1973). *The Birth of the Clinic: An archeology of medical perception*. London: Tavistock.
- Gadamer, Hans-Georg (1960). *Wahrheit und Methode*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Gergen, Kenneth (1982). *Towards transformation in social knowledge*. New York: Springer-Verlag.
- Gergen, Kenneth (1994). *Realities and relationships*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gergen, Kenneth, Hoffman, Lynn, & Anderson, Harlene. (1996). Is diagnosis a disaster?: A constructionist dialogue. In Florence Kaslow (Ed.), *Relational Diagnosis*. New York: Wiley.
- Gergen, Kenneth & Kaye, John (1992). Beyond Narrative in the Negotiation of Therapeutic Meaning. In Sheila McNamee & Kenneth Gergen (Eds.), *Therapy as Social Construction*. London: Sage, 166-185.
- Goolishian, Harry (1991). Ein Ausgangspunkt für Konversation. In Ludwig Reiter, & Corinna Ahlers (Eds.), *Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß*, Berlin-Heidelberg: Springer 11-22.

- Goolishian, H., & Anderson, H. (1990). Understanding the therapeutic system: From individuals and families to systems in language. In F. Kaslow (Ed.), *Voices in family psychology* Newbury Park: Sage Publications.
- Herwig-Lempp, Johannes (1997). Die Ressourcen der Teilnehmer nutzen. *Familiendynamik*, 22 (3), 264-287.
- Katschnig, Heinz (1995). Vom Leben in der Gemeinde zur Lebensqualität in der Gemeinde: Neue Formen der Hilfe für psychisch Kranke. *gemeindenaher psychiatrie*, 16 (3), 137-153.
- Kitzinger, Celia (1989). The regulation of lesbian identities: Liberal humanism as an ideology of social control. In John Shotter, & Kenneth Gergen (Eds.), *Texts of identity*. Newbury Park, CA: Sage, 82-98.
- Krisor, Matthias (1992). Auf dem Weg zur gewaltfreien Psychiatrie: das Herner Modell im Gespräch. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Luhmann, Niklas (1996). *Die Realität der Massenmedien*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Manders, Harry & Widdershoven, Ton-Peter (1997). Patientenvertrauensarbeit in der Psychiatrie: der niederländische Weg. Mauskript eines Vortrags anlässlich der Fachtagung „Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa“ der Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 29.-30.05.1997 in Hamburg.
- McNamee, Sheila, & Gergen, Kenneth (Eds.). (1992). *Therapy as social construction*. London: Sage
- McNamee, Sheila (1992). Reconstructing Identity: The Communal Construction of Crisis. In Sheila McNamee, & Kenneth Gergen (Eds.), *Therapy as social construction*. NY: Sage, 186 - 199.
- Musil, Robert (1930-33/1978). *Der Mann ohne Eigenschaften*. Reinbek: Rowohlt.
- Schweitzer, Jochen (1995). Kundenorientierung als systemische Dienstleistungsphilosophie. *Familiendynamik*, 20(3), 292-313.
- Seikkula, Jaakko (1995). Psychose - Eine Stimme über den gegenwärtigen Dialog. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 13(3), 183-192.
- Seikkula, Jaakko (1996). Die Koppelung von Familie und Krankenhaus. In Thomas Keller & Nils Greve (Eds.), *Systemische Praxis in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 303 - 321.
- Selekman, Matthew D. (1995). Rap Music with Wisdom. Peer Reflecting Teams with tough Adolescents. In Steven Friedman (Ed.), *The Reflecting Team in Action*. NY: Guilford Press, 205-219.
- Shotter, John (1993). *Cultural politics of everyday life: Social constructionism, rhetoric, and knowing of the third kind*. Toronto: University of Toronto Press.
- Zielke, Manfred (1994). Zielsetzungen und Funktionen der Gruppentherapie in der stationären Behandlung. In Manfred Zielke & Jochen Sturm (Eds.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie*. Weinheim: Beltz PVU, 333-343.

Vom reflektierenden Team zum reflexiven Prozeß:
Reflexive Kooperation in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dr. phil Eugene K. Epstein
Margit Kellenbenz Epstein, Dipl. Psych.
Manfred Wiesner, Dipl. Psych.

Anschrift:

Kinder- und Jugendpsychiatrie der Reinhard-Nieter-Krankenhaus
Friedrich Paffrath Straße 110
26389 Wilhelmshaven

Die drei AutorInnen sind tätig als PsychologInnen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Wilhelmshaven. Eugene Epstein (geb. 1955) war Lehrtherapeut am Galveston Family Institute mit Harry Goolishian und Harlene Anderson (1986-1990). Margit K. Epstein (geb. 1960) absolvierte ein Fellowship am Galveston Family Institute. Sie promoviert derzeit an der Universität Oldenburg und beschäftigt sich mit „Text als sozialer Praxis“. Manfred Wiesner (geb. 1964) hat seine konstruktivistischen Wurzeln in der Bochumer Arbeitsgruppe für sozialen Konstruktivismus und Wirklichkeitsprüfung sowie im Institut für systemische Studien, Hamburg.