

Sprachspiele

Gespräche und Dialoge im psychiatrischen Kontext

Von Klaus G. Deissler

Wirklichkeit wird durch Sprache hergestellt, aufrecht erhalten und aufgelöst. Auch die Feststellung «psychischer Probleme» beruht auf Gesprächen zwischen Arzt, Patient und dessen Angehörigen. Aus diesen «Sprachspielen» leitet der Psychiater eine «objektive Diagnose» her, die dann der weiteren «Behandlung» des Patienten dient.

Die sozialkonstruktionistische Auffassung geht davon aus, dass psychiatrische Praxis — ebenso wie jede andere soziale Tätigkeit — vor allem in Sprache stattfindet. Eine Auflösung psychiatrischer «Probleme» kann deshalb ebenfalls durch Sprache versucht werden. Solche alternative Formen von Kooperationen und Verhandlungen zwischen den am «Problem» beteiligten Partnern können die bisherigen Formen psychiatrischer Praxis ergänzen oder gar ersetzen.

«Das wichtigste psychiatrisch- diagnostische Mittel ist die Sprache»

Die wichtigste Aufgabe eines Psychiaters besteht darin, als Experte für seelische Erkrankungen eine möglichst genaue Diagnose zu stellen, die Hintergründe für die der Diagnose zugrunde liegenden Krankheit aufzudecken, diese in einen objektivierten Befund umzuwandeln und auf der Basis dieses Befundes eine psychiatrische Behandlung vorzunehmen oder anzuordnen. Diese Behandlung besteht meist in Eingriffen in den Stoffwechselhaushalt des Patienten oder zeitweisen Eingriff in die Verhaltensfreiheit des Patienten. Mit anderen Worten: Auch psychiatrische Interventionen grenzen die Wahlmöglichkeiten ihrer Klientel ein - wenn auch mit der Absicht, langfristig Symptome zu beseitigen und damit neue Wahlmöglichkeiten zu eröffnen.

Das diagnostische Mittel für die Befunde sind neben medizinischen Untersuchungen vor allem Fragen an den Patienten: «Seit wann hören Sie diese Stimmen?» «Fühlen Sie sich durch andere Personen verfolgt?» Das diagnostische Mittel ist also das psychiatrische Gespräch. Man kann somit sagen, dass das wichtigste psychiatrisch-diagnostische Mittel in der Sprache besteht: Arzt und Patient befinden sich zur Erhebung des diagnostischen Befundes miteinander in Sprache.

Psychiatrische Diagnosen kann man als das Produkt dieses Miteinander-in-Sprache-Sein auf- fassen, und sie können ohne mindestens eine sprachliche Äußerung eines Arztes faktisch nicht hergestellt werden. So gesehen handelt es sich also um ein »«Sprachspiel», bei dem ein «Patient» und ein «Arzt» miteinander sprechen. Das heißt: Die Bedeutungen des Verhaltens der Klienten werden im Sprachspiel zwischen Arzt und Patient konstruiert. Doch auch der Patient nimmt eine «Untersuchung» des Arztes vor, indem er Gegenfragen

stellt: «Glauben Sie, ich hätte das alles erfunden?», «Werden alle Menschen so bei Ihnen verhört?»

Die Ergebnisse dieser wechselseitigen Exploration zwischen Patient und Arzt spielen bei der psychiatrischen Diagnose jedoch kaum eine Rolle - es sei denn zur Bestätigung der Diagnose. Obwohl also der Diagnoseprozess des Psychiaters ein Sprachspiel mit dem Patienten ist, wird die Diagnose vom gemeinsamen Gesprächsprozess losgelöst und als «objektiver Befund» (her-) gestellt. Dieser Prozess erzeugt sprachlich etwas, das aus dem konnotativen Gesprächsprozess herausgelöst und damit als psychische Krankheit des Patienten benannt wird. Ihr wird damit Dingcharakter verliehen - erst dadurch wird sie behandelbar gemacht. Psychiatrische Sprachspiele zeichnen sich also dadurch aus, dass sie in Sprache - also intersubjektiv - Bedeutung erzeugen, diese Bedeutungen seitens eines Psychiaters in «psychiatrische Diagnosen» umwandeln und damit objektivieren. Diese objektivierte Diagnose wird dann als Grundlage der psychiatrischen Behandlung genutzt.

Was bei diesem Prozess verloren geht oder missachtet wird, ist der Gesprächscharakter - das, was zwischen Arzt und Patient passiert, nämlich die gemeinsame Bedeutungserzeugung und damit das soziale Moment zwischen beiden. Das Gespräch mit den am «Problem» Beteiligten und die Verhandlung darüber, wie ein «Problem» - eine Krankheit, ein Ereignis - zu verstehen sei und in welchen Zusammenhängen es gesehen werden kann, wird zugunsten einer Diagnose als Grundlage der Behandlung aufgegeben.

Gespräche rücken also in den Mittelpunkt der Betrachtung. Wirklichkeitskonstruktionen werden in erster Linie in Gesprächen zwischen Personen erschaffen und weniger in den Köpfen von Individuen. So gesehen sind sie weniger Produkte isolierter Individuen; vielmehr entspringen sie gemeinsamen kreativen Diskursen, Diskussionen und Auseinandersetzungen. Individuen sind zwar notwendig, um Konstruktionen zu entwickeln. Sie werden jedoch nicht von Individuen gemacht: Konstruktionen werden erst möglich durch gemeinsames Sprechen und Handeln.

Welche Möglichkeiten stehen uns im psychiatrischen Kontext zur Verfügung, wenn die klassischen Methoden gescheitert sind? Zwei Alternativen bedienen sich postmoderner Methoden, die auf den Erkenntnissen der Bedeutung von Sprache beruhen. Sie betrachten «Problemsysteme» als Gesprächssysteme, die sich im wesentlichen dadurch auszeichnen, dass sie objektivierende Sprachspiele vermeiden oder auflösen. Dies tun sie, indem sie die klassische Unterscheidung zwischen intervenierendem Team einerseits und pathologischem System (Familie usw.) andererseits sprachlich-faktisch aufheben und versuchen, die am »Problem« beteiligten Personen in einem Gespräch miteinander zu engagieren, das heißt anregen, miteinander zu verhandeln.

Erste Alternative:

«Der offene Dialog» - die Vermeidung psychiatrischer Zwangskontexte

Der finnische Psychotherapeut Jakko Seikkula hat seinen Ansatz des offenen Dialogs in Westlapland entwickelt. Sein zentrales Konzept nennt er «treatment meeting» (Behandlungstreffen) oder auch «discussion treatment», (Diskussionsbehandlung).

Bei diesen Zusammenkünften treffen sich beispielsweise Mitglieder eines Kriseninterventionsteams, einer Krankenhausstation und einer Familie anlässlich einer «psychotischen Krise» eines Familienmitglieds. Es wird beraten, ob eine stationäre Einweisung vorgenommen werden soll oder nicht und wie ein Behandlungsverlauf aussehen könnte. Dabei ist es wichtig, dass alle beteiligten Personen im Gespräch miteinander sind und dass die «Psychose als eine Stimme im Dialog» gehört wird. Entscheidungen werden gemeinsam unter Beteiligung von Familie und Professionellen getroffen.

Wie Seikkula berichtet, sind die Erfolge dieses Vorgehens dramatisch: Die Anzahl der Krankenhausaufenthalte hat sich verringert, die Behandlungszeit hat sich verkürzt und die Zahl der «chronischen Patienten» ist zurückgegangen. Man kann mit Sicherheit folgern, dass auch die Kosten dieses Vorgehens geringer sind, als die des klassisch-psychiatrischen. Kritisch würdigend kann man sagen, Seikkulas Vorgehen knüpft an Behandlungskonzeptionen klassischer Art an, er benutzt dabei aber Verhandlungs- und Kooperationskonzepte - insbesondere die Unterscheidung von «monologischem und dialogischem Vorgehen». Dies erlaubt eher eine Vermeidung psychiatrischer Sprachspiele, indem sie stationäre Aufenthalte und mit Hilfe dialogischen Vorgehens medikamentöse und kontrollierende Einwirkungen minimieren.

Zweite Alternative: «Die kooperative Gesprächsmoderation» - die Auflösung chronischer Zwangskontexte

Die «kooperative Gesprächsmoderation» ein Verfahren, das eine trialogische oder polylogische Form hat. Dabei ist diese Form keine Notwendigkeit, kann aber bei der Organisation kooperationsorientierter Gespräche hilfreich sein: Es gibt ein kleines Beraterteam mit einem «identifizierten Gesprächsmoderator», der von diesem Team unterstützt wird, indem es den gesamten Gesprächsprozess in Gegenwart aller Anwesenden reflektiert. Des weiteren kann beispielsweise ein beauftragendes Stationsteam mit einer Ärztin, einem Psychologen und einer Stationschwester sowie möglicherweise einem behandelnden Arzt, der nicht aus der Klinik kommt, anwesend sein. Schließlich - und am wichtigsten - gibt es den «identifizierten Patienten» mit seinen Familienangehörigen, die an dem Gespräch teilnehmen möchten.

Man kann mit jeder dieser drei Gruppen Gespräche organisieren, deren Inhalte, Formen und Reihenfolge nicht vorweg bestimmt sein muss. Es kann jedoch hilfreich sein, als Moderator oder Moderatorin bestimmte Formen und Abläufe vorzuschlagen, mit denen er oder sie am besten zurechtkommt und am ehesten eine Sequenz von Dialogen, ein miteinander und übereinander Sprechen ermöglichen, wobei die betroffenen Personen anwesend sind oder sein können. Darüber hinaus sollte gewährleistet sein, dass alle Personen zu Wort kommen,

gehört werden und Möglichkeit gegeben ist, über das Gesagte und anderes nachzudenken und laut zu reflektieren.

Mit anderen Worten: Es geht darum, gemeinsam Gespräche so zu organisieren, dass sich psychiatrische Zwangskontexte (also «Sprachspiele») auflösen können und die beteiligten Problempartner miteinander ins Gespräch kommen. Dabei werden dem Gesprächsprozess und der Kooperationsorientierung höhere ethische und pragmatische Relevanz zugesprochen als beispielsweise behrenden Monologen und operativen Interventionen aus einer Expertenposition.

Erste Erfahrungen zeigen, dass dieses Vorgehen geeignet ist, stationäre Aufenthalte zu verkürzen oder zu beenden. Diese Verhandlungsorientierung ist im stationären Alltag zwar praktikabel, sie muss sich aber bei der systematischen Auflösung psychiatrischer Zwangskontexte noch bewähren, denn dazu müssen erst noch die Bedingungen für eine breiter gefächerte Anwendung geschaffen werden. ■

Thesen über Sprache und Psychiatrie

1. Psychiatrische Einrichtungen sind menschengemacht und damit sozial konstruiert.
2. Psychiatrische Diagnosen sind dialogische Konventionen und sprachliche Erfindungen, die in psychiatrischen Sprachspielen erzeugt werden. Dadurch, dass sie im Prozess des Gesprächs «objektiviert» werden, werden sie behandelbar gemacht. Somit haben sie ihre lokale Relevanz nur auf dem Hintergrund psychiatrischer Kontexte und Praktiken.
3. Psychiatrische Diagnosen sind damit in erster Linie Hinweise auf Geschichten über Beziehungen zwischen einer Berufsgruppe und ihre Klienten und damit ihrer gemeinsamen Sprachspiele.
4. Sinn und Nutzen (die Bedeutungen) psychiatrischer Kooperationskulturen sind hinterfragbar und verhandelbar, das heißt Dialogen zugänglich. Das wiederum heißt, Diagnosen sind sprachlich auflösbar.
5. Schwerpunkt psychiatrischer Tätigkeit darf demzufolge nicht sein, Patienten oder ihre Krankheiten als Objekte zu behandeln, sondern sie sollte in sprachlichem Verhandeln und praktischer Kooperation zwischen Klienten und Therapeuten also in partnerschaftlichen Dialogen und Zusammenarbeit liegen.

In: Treffpunkte - Frankfurter Zeitschrift für Gemeindepsychiatrie, 2009 (3): 12 ff.



Dr. Klaus G. Deissler (Dipl.-Psych.) arbeitet als Psychotherapeut und Publizist in Marburg. Er ist Mitbegründer und geschäftsführender Gesellschafter der «dialog_mx gGmbH».

Internet <http://www.deissler.org>