

Geschichte, Diskurs und Position: Ein konzeptueller Rahmen für eine narrativ orientierte Supervision

Zusammenfassung

Dieser Artikel spiegelt mein Interesse an und meine Auseinandersetzung mit poststrukturalistischen Konzepten und insbesondere der narrativen Metapher in meiner therapeutischen und supervisorischen Arbeit wieder. Er versucht die meines Erachtens zentralen theoretischen Begriffe im Feld der narrativen und diskursiven Ansätze (Law & Madigan, 1998) zu erörtern, daraus Anregungen für die Entwicklung von Fragen für Supervision abzuleiten und soll einen Beitrag zur Konzeptualisierung narrativer Supervision leisten.

Schlüsselwörter: Narrative Therapie, Geschichte, Diskurs, Position

Narrative Therapie

Ich beziehe mich in dieser Arbeit auf die ursprünglich von Michael White und David Epston entwickelten therapeutischen Haltungen und Praktiken auf der Grundlage eines poststrukturalistischen Paradigmas (White & Epston, 1990, White, 1999, Freedman & Combs, 1996).

Narrative Therapie geht davon aus, dass wir unsere Erfahrungen mittels der für unsere Identität maßgeblichen Geschichten interpretieren. Diese Matrix der Erzählungen (der dominanten Geschichten) formt und gestaltet wiederum unsere Erfahrungen und unser Erleben und konstituiert über einen Prozess der Selektion auch das, was aus dem Bereich des Erlebens zum Ausdruck gebracht wird und was nicht. Welche Erfahrungen und welche Aspekte unseres Erlebens in welchem Kontext artikuliert werden können und damit eine „Stimme“ haben und welche nicht, ist Ausdruck von diskursiven Bedingungen der lokalen und weiteren Kultur. Narrative Therapie befasst sich mit dem Neu- oder Wiederverfassen, dem Re-Authoring (White, 1995) von alternativen Geschichten, die im Gegensatz zu den dominanten, einschränkenden Geschichten, die zu problemgesättigten Selbsterzählungen geworden sind, stehen. Dies geschieht durch die Öffnung eines Erfahrungsraumes mit Hilfe von externalisierenden Konversationen¹ (White, 1993), der Beachtung des "Fehlenden aber Impliziten" in den Ausdrucksformen des Lebens (White, 2001) der Personen die uns als TherapeutInnen konsultieren und der Erkundung, sowie dem Wieder-Zugänglich-Machen der Grundlagen und Spuren von bisher marginalisierten aber bevorzugten Aspekten in ihren Lebensgeschichten.

Theoretische Grundkonzepte

Supervision stellt innerhalb der Ausbildungskultur von Psychotherapie (dies gilt aber in zunehmendem Ausmaß auch für die Entwicklung von „Professionalität“ in anderen beruflichen Feldern) die vielleicht wichtigste Möglichkeit zur Überprüfung und Reflexion der eigenen therapeutischen Arbeit dar. Damit leistet sie einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung und Veränderung von professionellen Identitätsgeschichten von TherapeutInnen (Parry & Doan 1994, S 187).

Für eine Konzeptualisierung von narrativer Supervision schlage ich die Begriffe Geschichte, Diskurs und Position vor. Sie sollen dazu dienen, das Feld der für die Supervision möglichen Beschreibungen abzustecken und die Fragen und Probleme der supervidierten TherapeutInnen im Kontext dieser Begriffe zu „situieren“.

Geschichte

Der Begriff der Geschichte soll jenes Arrangement der Erfahrung von Ereignissen in Sequenzen in der Zeit umfassen, das so angeordnet ist, dass daraus eine kohärente Erzählung entsteht (White & Epston, 1990, S 10).

¹ Externalisierende Konversationen werden ermöglicht durch Fragen zur linguistischen Trennung von Person und Problem, die eine Grundlage für das Neuverfassen von Geschichten (re-authoring) schaffen.

Geschichten sind so organisiert, dass sie einen selektiven Rahmen für den "Stoff" aus denen sie bestehen (nämlich der Verbindung von Personen, Handlungen, Orten, Zeiten und Intentionen), bereitstellen.

Als Identitätsgeschichten konstituieren sie unsere Erfahrungen, unser Verständnis von uns selbst und unsere Beziehungen.

Sie beeinflussen das, was wir bemerken und wie wir das, was wir bemerken interpretieren und zum Ausdruck bringen.

Wenn wir beginnen, den eigenen Handlungen und denen von anderen Bedeutungen zuzuschreiben, dann betreten wir einen narrativen Kontext.

Nicht alle Ereignisse werden in Geschichten eingebettet. Wenn ich vor meinem Schreibtisch sitze, mit all den Papieren, Zetteln, Stiften und Büchern darauf und meine Brille, die ich zum Lesen und Schreiben meist ablege, wieder aufsetze, dann wird diese Handlung nicht selbstverständlicherweise für mich besondere Bedeutung erlangen. Dies wird nur dann der Fall sein, wenn sie, wie bei mir, Teil einer Geschichte des Verlegens, hastigen Suchens und erleichterten Findens meiner Brille geworden ist².

Ob also das Ereignis des Brillenaufsetzens eine Bedeutung in meinen Selbstgeschichten hat oder nicht, hängt vom weiteren Erfahrungskontext ab, in den es eingebettet ist (Swan, 1998, S 67). Dazu gehören auch die Reaktionen der anderen Personen, zum Beispiel der Familienmitglieder ("er sucht schon wieder seinen Brille").

Eine bestimmte Erfahrung wird für uns dann bedeutungsvoll, wenn sie in den thematischen Rahmen unserer Selbstgeschichten passt. Die Verständnisrahmen und Bedeutungen, die Geschichten für Ereignisse zur Verfügung stellen operieren, während diese stattfinden. Das "Vertexten" von Erfahrung als ein Prozess des Einfügens bzw. Einbettens in seine persönliche Geschichte geschieht in der Rückschau, Vorausschau und von Moment zu Moment.

Der fortlaufende Prozess des "narrativen Vertextens" (storying) von Erfahrung mit seiner relativen Offenheit, Unvollständigkeit, Lückenhaftigkeit und potentiellen Widersprüchlichkeit, sowie der Möglichkeit, dass verschiedene narrative Verlaufsschablonen gleichzeitig verfügbar sind, eröffnet einer therapeutischen Konversation Raum für ein "narratives Neu-Vertexten" (re-storying).³

Die Bedeutungen, die wir Ereignissen und Erfahrungen zuweisen, sind in ihren Auswirkungen auf unser Leben und unsere Beziehungen nicht neutral. Sie haben reale Effekte auf unser Handeln und auf unsere Schritte im Leben (M. White 1991).

Das Gewebe aus dem wir unsere Selbstgeschichten gestalten, stammt aus dem Bereich der kulturell verfügbaren Diskurse, aus dem Bereich der „Masterstories“ (Polkinghorne), in die wir hineingeboren sind und die uns die verschiedenen möglichen Handlungsverläufe unserer Selbst-Geschichten nahe legen. Es sind die vorherrschenden Vorstellungen über „mögliche Leben“, das Repertoire an erzählbaren Geschichten, die J. Bruner (siehe Randall, 1995, S. 151) als Teil einer jeweiligen Kultur sieht.

Im Laufe des Eintritts in die professionelle Kultur der Psychotherapie bilden sich unsere Identitätsgeschichten als PsychotherapeutInnen heraus (Identität soll hier im Einklang mit sozial-konstruktionistischen Theorien (Gergen, 1999) nicht als Singularität sondern als Multiplizität verstanden werden⁴).

Mit zunehmender Berufserfahrung erweitert sich auch die Palette an Geschichten von und über unsere therapeutische Arbeit.

Die Befähigungspotentiale (Kraus, 1996, S. 168), die narrativen Hilfsmittel, also gewissermaßen die Konstruktionsbestandteile und die Verknüpfungsregeln für diese Geschichten werden sowohl aus dem

² Schon diese kleine Szene erfüllt alle Kriterien einer Geschichte: Anfang, Mitte, Ende, zeitliche Abfolge, Protagonist(en), Erzähler und Standpunkt (Randall, 1995).

³ Walter und Peller (2000, S. 40) weisen darauf hin, dass ein Fokus auf **die** Geschichte(n) den Therapeuten darauf hin orientiert, von umgrenzten Problem/Lösungs - Entitäten auszugehen, die transformiert oder dekonstruiert werden müssen, während ein Fokus auf das "storying" mehr den fortlaufenden Prozess des Erzählens und Wiedererzählens mit seinen erweiterten Möglichkeiten für Konversation aufgrund von Unvollständigkeit, flüssiger Bedeutung, Vielfältigkeit von alternativen Verläufen betont und einen weiteren Raum für Fragen offen lässt.

⁴ Michael White (2001a), Ian Law und Stephen Madigan (1998) sprechen in diesem Zusammenhang von single storied versus multi storied identities (was ich in Ermangelung von anderen Begriffen als "einfach narrativ vertextete Identitäten" versus "vielfältig narrativ vertextete Identitäten" übersetzen möchte)

diskursiven Feld der professionellen Kultur, als auch aus dem weiteren soziokulturellen Diskursraum bereitgestellt.

Vorherrschende Plausibilitätskriterien für Geschichten der jeweiligen Kultur werden daher Teil unserer Interpretationsgewohnheiten. Für die Selbsterzählungen als Psychotherapeut bedeutet das, dass jene Kriterien und Kategorien der jeweiligen psychotherapeutischen Kultur, die für den Verlauf von „guten“ beruflichen Geschichten als wichtig gelten, auf unsere persönlichen und beruflichen Selbstgeschichten einwirken und sie entscheidend mitbestimmen.

Vorstellungen von berufliche Identität sind geprägt von den Identitätskategorien, die im Zuge der Entwicklung von Vorstellungen über "Person-Sein" in der westlichen postindustriellen Gesellschaft entstanden sind. Das sind vor allem Vorstellungen von Motiven, Bedürfnissen, Eigenschaften, Wesenszügen etc.

Diese Kategorien lassen sich sowohl in allen Versionen von beruflichen Erfolgsgeschichten mit ihren Episoden von Kompetenz, Anerkennung und Erfüllung wiederfinden, aber auch in Geschichten von beruflichem Scheitern und Versagen oder innerer Kündigung.

Viele professionelle Identitätsgeschichten und ihre jeweiligen Handlungslogiken beinhalten Einschränkungen, die der Reichhaltigkeit der gelebten Erfahrung im beruflichen Alltagsleben nicht gerecht werden können. Ein bestimmter Teil beruflichen Erlebens lässt sich nur schwer und manchmal gar nicht in diese dominanten Erzählungen einordnen.

Nachdem jedes Leben und damit auch berufliches Leben niemals frei von Widersprüchen, Ambiguitäten und Mehrdeutigem ist, stellen die dominanten Geschichten aus dem Fundus professioneller Identitätsverläufe einen unzureichenden Interpretationsrahmen dar. Erfahrungen, die dominante Spezifikationen für erwünschte berufliche Identitäten von sich selbst in Frage stellen bzw. nicht dazu passen, sind dann schwierig in sein eigenes Selbst-Verständnis als Professioneller einzuordnen. Im Rahmen der kulturell vorgeformten erwünschten Geschichten werden Erfahrungen, die nicht in ihre Rahmenbedingungen passen, eher marginalisiert oder aber im Rahmen einer anderen dominanten aber problemorientierten Geschichte interpretiert. Je enger die Grenzen der kulturell vorgegebenen Geschichten beruflicher Identität gesteckt sind, desto weniger Raum besteht dafür, die Fülle des beruflichen Alltagserlebens innerhalb dieser Rahmenbedingungen stimmig einzuordnen.

Wenn das entsprechende Verständnissystem zur Interpretation von Erfahrungen im Rahmen von therapeutischer Arbeit die vom jeweiligen soziokulturellen Diskurs geformten Geschichten sind, dann verweisen Beschreibungen von Erfahrungen des "nicht mehr weiter Wissens", von Unsicherheit etc., wie sie im Rahmen von Supervision geäußert werden, auf das Wirken von möglichen (kulturell informierten) problemorientierten Geschichten mit der ihnen inhärenten Gleichsetzung von Person und Problem.

Solche Erfahrungen können dann dazu einladen, im Rahmen einer „problemgesättigten Geschichte“ verstanden zu werden.

Der Interpretationsrahmen dieser Arten von Geschichten enthält eine Fülle von Beschreibungsmöglichkeiten zur negativen Bewertung von beruflichen Alltagserfahrungen. Defizitorientierte Geschichten von Inkompetenz, Schwäche, Hilflosigkeit, Burnout, Überengagement, mangelnder "Abgrenzung" etc. greifen auf das gesamte kulturelle Repertoire an Möglichkeiten zu negativer Einschätzung von Erfahrung zurück, einschließlich der im Laufe von Ausbildung erworbenen Feinunterscheidungen zur Pathologisierung von Personen und Beziehungen.

Implikationen für Supervision:

Die Berücksichtigung des Konzepts Geschichte orientiert die Supervision hin auf den aktiven Prozess der Interpretation der Erfahrungen der TherapeutInnen und die Schlussfolgerungen, die sie für ihre therapeutische Arbeit daraus gezogen haben⁵.

Interpretationsgewohnheiten, die TherapeutInnen im Laufe ihrer Arbeit entwickelt haben, stehen in Verbindung mit Selbstgeschichten und den erworbenen/übernommenen dominanten Therapieerzählungen ihrer jeweiligen therapeutischen Subkultur (dem oder den für sie maßgeblichen

⁵ Im realen Supervisionsgeschehen werden die einzelnen Dimensionen (Geschichte, Diskurs, Position) immer nur in ihrer Verbindung zueinander berücksichtigt. Das Herausgreifen einer einzelnen Dimension in ihrer Bedeutung für die Supervision geschieht hier aus Gründen der Systematik und Klarheit der Darstellung.

Therapiemodell(en)). Dazu kommen noch die vorherrschenden Interpretationsgewohnheiten und -vorschriften der institutionellen Kultur in der die TherapeutInnen tätig ist.

Fragen, Problemstellungen, Schwierigkeiten oder Erfahrungsberichte aus der therapeutischen Arbeit die in eine Supervision eingebracht werden, sind Ausdruck von narrativen Prozessen, die unerwünschte Verläufe nehmen (das Erleben von Stillstand in der Therapie ist eine Möglichkeit davon).

Die Supervision wird sich in diesem Bereich entlang folgender Überlegungen orientieren:

- Welche Art von Geschichte wird hier erzählt? (eine Geschichte von Unsicherheit, Überforderung, Neugier, Angst vor Inkompetenz, Hilflosigkeit, Optimismus, Pessimismus, Langeweile, etc.)
 - Welchen Standpunkt nimmt der erzählende Therapeut in dieser Geschichte ein?
 - In welcher Art von Geschichte müssen die ZuhörerInnen "sein" (der Supervisor, die anderen SupervisionsteilnehmerInnen), um die Logik der Geschichte zu übernehmen?
 - (z.B.: Das "System" versucht den Therapeuten "hineinzuziehen", also muss er ständig davor auf der Hut sein)
 - Zu welchen Interpretationen lädt diese Geschichte ein?
 - Welche "selbstverständlichen" Implikationen beinhaltet der "interpretative Appell" der Geschichte?
- Daraus lassen sich eine Reihe von Fragen entwickeln, die weiter unten Beispielhaft angeführt werden.

Narrativ orientierte Supervision soll das Feld an möglichen Geschichten erweitern und Zugang zu solchen Geschichten ermöglichen, die narrative Ressourcen für die Bereicherung seiner therapeutischen Arbeit bereitstellen.

Eine Reflexion der Effekte der Interpretation von Erfahrungen, die PsychotherapeutInnen im Rahmen ihrer therapeutischen Tätigkeit fortlaufend machen, eröffnet den Zugang zum Bereich der professionellen Identitätsgeschichten und erlaubt es, einen Zusammenhang zwischen unerwünschten Effekten und möglichen einschränkenden Interpretationsrahmen als deren Quelle herzustellen.

Folgende Fragen sollen Anregungen für Supervisionsdialoge im Bereich Geschichte darstellen:

- Was heißt das für Sie, wenn Sie sagen, dass Sie in diesem Fall nicht weiterwissen?
- Sehen Sie das als eine konstruktive oder eine destruktive Form der Selbstkritik?
- Welche Auswirkungen hat diese Art der Selbstkritik auf Ihr Bild von sich in der therapeutischen Arbeit mit dieser Klientin?
- Ist die Stimme der Selbstkritik in dieser Situation genauso streng, weniger streng oder strenger als in anderen Lebenssituationen?
- Was ist es, was die Selbstkritik von Ihnen als Psychotherapeut verlangt?
- Wie müssten sie als Person und Psychotherapeut sein, um diesen Beschreibungen genau zu entsprechen?
- Wie sehr entsprechen solche Arten des Seins dem, was Sie ursprünglich an dieser Art von Arbeit angezogen hat?
- Welche Relevanz haben diese Arten des Seins für Ihre jetzige Identität als PsychotherapeutIn?
- Was ist die für Sie beste Art und Weise, diese Arten des Seins (z.B.: Gerechtigkeitsempfinden) in Ihrer Arbeit zum Ausdruck zu bringen?
- Wie gut sind Sie in der Arbeit mit dieser Klientin damit in Kontakt?
- Was ist es, was dieser Klient in Ihnen sieht? Wer sind Sie für ihn?
- Welche Erwartungen könnte Ihre Klientin an Sie haben, wenn Sie ein solches Bild von Ihnen hat?
- Welchen Effekt haben diese Beschreibungen und Erwartungen auf Ihre Vorstellungen von sich als Psychotherapeut?
- Wer oder was hat solche Vorstellungen besonders nachhaltig geformt?
- Wie denken Sie über diese Vorstellungen? Gefallen sie Ihnen?
- Wie beeinflussen diese Vorstellungen Ihre Art des Umgangs mit KlientInnen etc. und mit Ihnen selbst?
- Wie stehen Sie zu diesen Praktiken?
- Finden Sie manchmal Widersprüche zwischen diesen Praktiken und Ihren eigenen Ideen/Vorstellungen von sich selbst als Psychotherapeut?
- Wie erklären Sie sich das? Wie lösen Sie diese Widersprüche?

Diskurs

Stephen Madigan (1999) versteht darunter das, „was gesagt und gedacht werden kann, wer es sagen kann, mit welcher Autorität und warum“. Gemeint damit ist jenes Feld der Beschreibungen/Unterscheidungen, deren Produktion, mögliche Verknüpfungen und der Prozess ihrer Verbreitung, das eine bestimmte Kultur in einer bestimmten Zeit ihren Mitgliedern zur Verfügung stellt, um sozialen und persönlichen Ereignissen Sinn und Bedeutung zu geben. Es sind die Bedeutungskontexte innerhalb der jemand sein/ihr Leben erzählt (Weingarten 1995, S 10 ff). Diskurse lassen sich als eine Art narrativer grammatikalischer Struktur verstehen, die das Feld möglicher Bedeutungen auf die im jeweiligen Diskurs vorherrschenden Regeln für Bedeutungszuschreibungen beschränken.

Diskurse stellen ein Repertoire an möglichen Verläufen und Ressourcen für die Art der Ausgestaltung von Geschichten bereit, die das Leben und die Beziehungen von Personen konstituieren (z.B.: die Einbettung einer Lebensgemeinschaft auf einem Spektrum zwischen romantischer Liebe und Zweckverbindung).

W.L. Randall spricht von der lebenslangen Diät an Geschichten, von denen wir uns aus der Welt um uns herum ernähren (Randall, 1995, S 197)

Diskurse und ihre „Archive“ stecken den Bereich möglichen Wissens über etwas ab, den dazugehörigen Gültigkeitsbereich dieses Wissen und den Inhalt dessen, was über etwas gewusst werden kann.

Diskurse werden durch diskursive Praktiken⁶ aufrechterhalten und unterstützt. Diskursive Praktiken unterstützen nicht nur die jeweiligen Diskurse sondern dienen auch dazu, andere konkurrierende Diskurse zu marginalisieren.

Wenn Personen zu Wortführern für bestimmte vorherrschende Diskurse werden und zu ihrer Hegemonie beitragen, werden andere Diskurse marginalisiert. Wenn die eigene Stimme zur Stimme dominierender Diskurse wird, so hat das den Effekt, dass andere Erfahrungsbereiche, Kenntnisse, Lebensfähigkeiten der Person nicht zum Ausdruck gebracht bzw. nicht Teil der Geschichte der Person werden können.

Eine poststrukturalistische Perspektive sieht die Kultur der Psychotherapie in das Machtfeld⁷ westlicher Kultur eingebettet. Sie nimmt keinen privilegierten Platz außerhalb dieses Feldes von Wissen/Macht ein und ist damit auch nicht abgetrennt von den vorherrschenden Ideologien und Strukturen und unterliegt denselben Einfluss- bzw. Machtfaktoren, die die vorherrschenden Geschlechtsspezifischen, Rassen-, Klassen-, Alters- und Heterosexismusdiskurse kennzeichnen (White 1999a).

Wenn Diskurs das ist, was gesagt und gedacht werden kann, wer es sagen kann und mit welcher Autorität, dann spiegelt Diskurs auch immer eine bestimmte Konstellation von sozialen Beziehungen und Machtbeziehungen wider, die die Möglichkeiten und Grenzen von Selbsterzählungen festlegen.

Die beruflichen Identitätskategorien für PsychotherapeutInnen und ihre spezifischen Ausformungen, die Aspekte der am "Markt" befindlichen kulturellen Geschichten beinhalten, verweisen sowohl auf die jeweilige psychotherapeutische Subkultur, als auch auf umfassendere Vorstellungen von erwünschten beruflichen Identitäten.

In unserer professionellen Kultur vorherrschende Vorstellungen von Expertentum haben einen Kontext bereitgestellt, der die Entwicklung von Identitätsgeschichten mit Tendenzen zu abwertender Selbstkritik und Unsicherheit auch und gerade unter PsychotherapeutInnen begünstigt hat. Damit die von diesen Geschichten geförderten "inneren Stimmen" der Selbstkritik, der Selbstzweifel und des "Sich-In-Frage-Stellens" eine hohe Überzeugungskraft besitzen, benötigen sie ein Unterstützungssystem aus der jeweiligen beruflichen Kultur. Ein bestimmtes Expertentum mit seinem Anspruch auf nicht zu hinterfragende Autorität und objektives Wissen stellt ein solches Unterstützungssystem bereit. Die Wahrheitsansprüche eines solchen Expertentums führen leicht dazu, das lokale, an den jeweiligen situativen Kontext gebundene Wissen abzuwerten oder überhaupt zu disqualifizieren.

Diese Art von Expertentum macht seine Motive und Absichten undeutlich, löscht jeden Bezug zu den persönlichen Erfahrungen, mittels denen die Wissensbehauptungen erzeugt wurden, schließt

⁶ Alles was wir sagen, fühlen, denken, tun und nicht tun, wie wir interagieren, das einen bestimmten Diskurs unterstützt (Law & Madigan, 1998)

⁷ Macht wird hier gemäß Foucault im Sinne ihrer konstitutiven Aspekte verstanden, die dazu führen, dass Personen sich anhand von bestimmten Spezifizierungen messen und sich bei dem Versuch, diesen zu entsprechen, selbst überwachen und kontrollieren.

Informationen über die persönlichen und interpersonellen Widersprüche, die mit der Konstruktion dieses Wissens verbunden waren, aus und lenkt die Aufmerksamkeit weg von allen persönlichen Interessen in Verbindung mit seinem jeweiligen Platz in der sozialen Welt von Klasse, Rasse, Geschlecht, Kultur, hierarchischer Position in einer Institution und tilgt jeden Bezug zur Geschichte der kontroversen und davon abweichenden Meinungen, die alle globalen Wissensbehauptungen begleiten (White 1997, S 119 ff).

Die Effekte eines solchen Verständnisses von Expertentum auf die Ausgestaltung der eigenen professionellen Identitätsgeschichte schränken den Zugang zur Fülle der eigenen lokalen Interpretations- und Handlungsressourcen erheblich ein. Im Rahmen einer Rekontextualisierung der Sprechakte von Expertentum kann seine problemerhaltende Wirkung jedoch erfolgreich unterminiert werden.

Implikationen für Supervision:

Eine Berücksichtigung der Dimension Diskurs im Rahmen von Supervision ermöglicht es, einschränkende therapeutische Sichtweisen zu dekonstruieren, indem sie mit den ihnen zugrundeliegenden Theorien, Perspektiven und dominanten gesellschaftlichen Vorstellungen wieder in Verbindung gebracht werden. Das erscheint vor allem dort nützlich, wo der psychotherapeutische Diskurs bestimmte Ideen als selbstverständliche Wahrheiten „naturalisieren“ konnte:

Zum Beispiel:

- dass „Vergangenheit aufgearbeitet“ werden muss
- dass Gefühle ausgedrückt werden „müssen“
- dass man Erleben in Verhalten, Denken und Fühlen trennen "muss"
- dass bestimmte Gefühle (wie Ärger, etc.) sich "aufstauen"
- dass Probleme Funktionen haben
- dass Menschen ein „eigentliches“, essentielles Selbst haben, etc.⁸

Die Autoritätsquellen für diese Annahmen können dann ins Blickfeld gerückt und einer kritischen Prüfung unterzogen werden.

Das Situieren des Erlebens und der Interpretationen der SupervisionsteilnehmerInnen in den Bereich von Diskurs erlaubt es, die diskursiven Praktiken aufzuzeigen, die dazu geführt haben, dass bestimmte Ideen über Klienten, Probleme, Erklärungszusammenhänge und Veränderungsprozesse für selbstverständlich erachtet werden, also jene Mechanismen sichtbar zu machen, die die therapeutische Arbeit konstituieren. Gerade in der Kultur der Psychotherapie zeigt sich, wie sehr das vorherrschende Verständnis davon, was Psychotherapie ausmacht, einschließlich der Spezifikationen für Professionalität von Psychotherapeuten durch den Gebrauch dieses Verständnisses durch eine Gemeinschaft von Sprechern, Zuhörern, Schreibenden und Lesern konstituiert wird.

Eine stärkere Beachtung des Einflusses diskursiver Praktiken im Rahmen von Supervision ermöglicht eine Reflexion darüber, ob TherapeutInnen ihre Stimme beim Erzählen der Geschichte der Therapie in den Dienst bestimmter (in der Kultur der Psychotherapie) akzeptierter einschränkender Arten des Sprechens und Denkens gestellt haben und damit einen Beitrag zur Erzeugung "dünner" Erzählungen⁹

⁸ Michael White listet in einer neueren Arbeit eine Reihe von für selbstverständlich gehaltenen Annahmen aus der Kultur der Psychotherapie auf, die zu "dünnen Schlussfolgerungen" führen können (White 1997, S 53):

- a) Arten des Denkens, die Probleme verschiedenen Seiten der Identität von Personen zuschreiben, sowie die Einordnung von Personen in die klassischen Entwicklungskontinua (z.B.: zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit)
- b) Ökonomische und kommerzielle Beschreibungen des Lebens von Personen (wieviel Verdienst und Anerkennung oder Schuld wem gebührt)
- c) Gegenwärtig gebrauchte Identitätskategorien: Stärken, Ressourcen, Qualitäten
- d) Das Selbst als einheitlicher und essentieller Kern des Seins
- e) Oberfläche und Tiefe

⁹ Die Unterscheidung von dünnen und dichten Beschreibungen stammt von Clifford Geertz (siehe M. White, 1997, S 15), der damit das Ausmaß darlegt, in dem in den Beschreibungen von Beobachtern die eigenen Interpretationen der jeweiligen Mitglieder einer Kultur enthalten sind. Eine dünne Beschreibung im Rahmen einer Supervision wäre dann etwa eine Darstellung von Familienbeziehungen durch den Therapeuten, von der die Eigenbeschreibungen und Interpretationen der Familienmitglieder selbst vollständig getilgt worden sind.

White schlägt diese Begriffe als poststrukturalistische Alternative zur üblichen Unterscheidung von Oberfläche und Tiefe im strukturalistischen Diskurs (als Ausdruck für ein, nur dem Experten zugängliches Aufspüren von Tiefenstrukturen (z.B.: einer bestimmten gestörten Ordnung), die dem Oberflächenphänomen zugrunde liegen ist) vor.

(Beschreibungen) von sich selbst, der therapeutischen Arbeit und vor allem von den Klienten geleistet haben.

Dünne Beschreibungen sind häufig Ergebnis von diskursiven Prozessen, die der Aufrechterhaltung pathologisierender Sprech- und Denkweisen dienen, in deren Folge der Bereich des Erlebens der KlientInnen marginalisiert wird.

Narrative Supervision dekonstruiert die Art und Weise, wie TherapeutInnen mit solchen diskursiven Praktiken aus der dominanten psychotherapeutischen Kultur kooperieren und zeigt Möglichkeiten auf, die Autorität dieser Diskurse in Frage zu stellen und zu überprüfen, ob diese Art des Redens/Denkens über Therapie die für sie erwünschte ist, oder ob sie mit ihrer Stimme bevorzugtere Arten des Denkens/Sprechens unterstützen möchten.

In der Supervision kann dann überprüft werden,

- ob TherapeutInnen solche Sichtweisen unterstützen möchten, die die Produktion von Wissen und von abweichenden Meinungen und Unterschieden einschränken, oder ob sie Sichtweisen unterstützen möchten, die neue Kenntnisse und Unterschiede ermöglichen (Pinkus, 1996),
- wie bestimmte Ideen über Therapie, KlientInnen und TherapeutInnen ihre Autorität erlangt und aufrechterhalten haben und
- inwiefern diese Ideen den besten Intentionen der TherapeutInnen für ihre Arbeit entsprechen.

Fragen:

- In welchem Zusammenhang steht das, was Sie sich für Ihre Klientin wünschen, mit Ihren Erwartungen die Sie als Therapeut an sich selbst haben?
 - Welche kulturellen Vorstellungen nähren und fördern diese Erwartungen, die Sie als Therapeut an sich haben?
 - Welche dieser Beschreibungen und Erwartungen werden innerhalb der psychotherapeutischen Kultur, die für Sie maßgeblich ist, kreiert bzw. reproduziert?
 - In welchen anderen Bereichen der Kultur finden diese Vorstellungen am stärksten Unterstützung?
 - Welche Praktiken sind am deutlichsten Ausdruck für diese Ideen/Vorstellungen?
 - Auf welche Art und Weise haben diese Praktiken Eingang in die therapeutische Arbeit mit Herrn A gefunden?
 - Welche Auswirkungen haben diese Praktiken (z.B.: der Konfrontation) auf Ihre Beziehung mit Herrn A?
 - Welchen Ansprüchen, die aus den vorherrschenden Ideen über Psychotherapie resultieren, sehen Sie sich bei dieser Arbeit ausgesetzt?
 - Welche dieser Anforderungen und welche Arten des damit verbundenen Seins versuchen Sie am ehesten in Ihrer therapeutischen Arbeit zu realisieren?
 - Welche anderen Arten des Seins, die für Sie wichtig sind, treten dadurch in den Hintergrund?
 - Was hält sie davon ab, diese Seinsweise in die Arbeit mit dieser Familie stärker einzubringen?
 - Zu welchen vorherrschenden Vorstellungen von Professionalität würden Sie in Widerspruch geraten, wenn Sie zu diesem Aspekt von sich in Ihrer Arbeit stärker Verbindung aufnehmen?
 - Glauben Sie, dass diese Beschreibung Ihres Klienten als Borderliner, eine endgültige und umfassende Darstellung von ihm ist, oder denken Sie, dass es Aspekte von ihm gibt die außerhalb dieser Beschreibung stehen?
 - Wie werden diese Phänomene im vorherrschenden Fachdiskurs in der Institution in der Sie tätig sind beschrieben, erklärt und bewertet?
 - Wie sehr entsprechen diese Beschreibungen, Erklärungen und Bewertungen dem, wie sich die Familie selbst sieht?
 - Wie sehr entsprechen diese Beschreibungen, Erklärungen und Bewertungen Ihrem Erleben von den Begegnungen mit dieser Familie?
-

Position

Die "Aufführung" bzw. Inszenierung unserer Selbstgeschichten, die im Vollzug der Interpretationen unserer Erfahrung geschieht und durch kulturelle Diskurse konstituierte Formen des Lebens darstellt, geht einher mit bestimmten konversationalen Positionen, in der Begegnung mit anderen und in der mit sich selbst. In jedem Gespräch, in jeder Konversation (einschließlich der nichtverbalen Aspekte von Begegnung) positionieren wir uns selbst bzw. werden wir von anderen positioniert und zwar in Relation zu den Ideen, Beziehungsvorstellungen, die im Rahmen dieser Begegnung zum Ausdruck gebracht werden.

Davies und Harré (1990) sehen das Konzept der Positionen als Alternative zu dem der Rolle, weil es die Aufmerksamkeit stärker auf dynamische Aspekte von Begegnung richtet. Personen werden im Rahmen der Teilnahme an unterschiedlichen Diskursen auch als unterschiedlich sprechende Subjekte positioniert. Bestimmte Arten von Diskursen machen bestimmte Subjektpositionen verfügbar und schließen andere eher aus. Ein Beispiel dafür wäre der Diskurs der „romantischen Liebe“ mit den dazugehörigen komplementären Positionen von Held/Prinz vs. Geretteter/Prinzessin (Davies & Harré, 1990).

Dieses Konzept erlaubt es, Personen als auswählende Subjekte zu denken, deren Interaktionen Ausdruck bestimmter Aspekte der gelebten Geschichte im Rahmen bestimmter kulturell vorgegebener Diskurse sind.

Davies und Harré (1990): "Wir sind also Agent/Produzent/Regisseur ebenso wie Autor, Schauspieler und die anderen Teilnehmer sind Co-Autor und Koproduzenten des Dramas."

Aber wir sind auch das ständig wechselnde Publikum, das jedes Stück sieht und bringen die multiplen und oft widersprüchlichen Interpretationen, basierend auf unseren eigenen Emotionen, unserem eigenen „Lesen“ der Situation und unseren eigenen imaginativen Positionieren von uns selbst in dieser Situation (Davies & Harré, 1990). Position ist immer auch ein Platz in einem Netz von Machtrelationen und ist verbunden mit einem unterschiedlichen Ausmaß an erlebter Berechtigung für das zum Ausdruck bringen der eigenen „Stimme“¹⁰.

Machtpositionen bestimmen, ob eine Person sprechen darf, was sie sagen kann, wie sie wahrscheinlich gehört wird oder nicht, mit wem sie sprechen darf usf. (Drewery & Winslade, 1997, S 39).

TherapeutInnen und KlientInnen sind in multiplen Diskursen positioniert, die reale Effekte auf die therapeutische Beziehung, die Art des Problems und wie es gelöst werden wird, haben (McKenzie & Monk 1997, S 94).

Auch in der Begegnung mit uns selbst positionieren wir uns in bestimmter Weise, je nachdem, welche diskursiven Praktiken im Rahmen welcher Diskurse diese Begegnung als Ausdruck unserer Selbstgeschichte „informieren“. Eine dominante Geschichte von Selbstkritik, „informiert“ durch soziale Praktiken der Abwertung im Rahmen eines in unserer Kultur vorherrschenden Erfolgsgedankens, bringt uns in eine Position der Selbstbeschuldigung, des Zweifels und des „Nicht-Gut-Genug-Seins“.

Selbstgeschichten, die berufliche Identitäten strukturieren, lassen sich als bestehend aus einer Handlungslandschaft (die Abfolge der Ereignisse entsprechend dem Plot) und einer damit

korrespondierende Bedeutungslandschaft beschreiben, die unsere Absichten, Zwecke, Werte und Motive repräsentieren (Bruner, 1986, S. 14).

Die im Rahmen von Supervision erzählten problembehafteten Geschichten über KlientInnen bzw über die therapeutische Arbeit mit ihnen, entsprechen einer Reihe von Positionen in diesen Landschaften, die PsychotherapeutInnen dabei einschränken können, ihre Erfahrungen anders zu beschreiben und die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten die therapeutische Begegnung zu gestalten, die außerhalb ihrer Konturen liegen, zu nutzen. Solche Positionen entsprechen immer auch einem bestimmten Standpunkt in Relation zu den, für die jeweilige Erfahrung maßgeblichen Diskursen. Problemgesättigte berufliche Selbstgeschichten stehen häufig in Verbindung mit Subjektpositionen der unreflektierten Übernahme der vom vorherrschenden professionellen Diskurs propagierten Spezifikationen.

Wir können uns jedoch fragen ob die Positionen die wir in unserem beruflichen Bedeutungsfeld eingenommen haben, der bevorzugten Ausrichtung der therapeutischen Gespräche, den Anliegen der KlientInnen und den eigenen Intentionen als PsychotherapeutIn gerecht werden. Unsicherheit, starke

¹⁰ Die unterschiedlichen Positionen von Mann und Frau im patriarchalischem Geschlechterdiskurs privilegieren die Stimme des Mannes und weisen der Stimme von Frauen eine untergeordnete Position zu

Selbstkritik, Gefühle von Unzulänglichkeit, Hilflosigkeit etc erweisen sich im Lichte dieser Überlegungen nicht als individuelle, sondern als diskursiv produzierte Phänomene, die dann auftreten, wenn wir bestimmte Subjektpositionen betreten haben. --

Emotionale Haltung:

Mit einer bestimmten konversationalen Position verbunden ist auch eine bestimmte emotionelle Haltung (Griffith & Griffith 1994, S 65 ff).

Das Konzept der emotionalen Haltung (emotional posture) nimmt Bezug zur Vorstellung von Emotion als körperliche Disposition für Handlung. Eine emotionale Haltung bereitet dem Körper darauf vor, sich auf bestimmte Kategorien von Handlungsoptionen einzustellen (z.B.: zu fliehen, sich zu verstecken etc.). Sie wirkt als Verbindungsglied zwischen dem körperlichen/physiologischen Phänomenbereich und der Welt der Sprache (Griffith & Griffith 1994, S 65 ff).

Emotionale Haltungen operieren wie Türen, die den Zugang zu bestimmten Geschichten, den dazugehörigen Diskursen (den von ihnen verbreiteten Beschreibungen der Welt als Wissen) und dem Bereich der damit korrespondierenden Positionen öffnen und den zu anderen verschließen. Umgekehrt präselektiert die "Inszenierung" bestimmter Geschichten und das Einnehmen der diesen Geschichten innewohnenden Subjekt-Positionen einen Bereich dazu passender emotionaler Positionen und schließt andere aus (Griffith & Griffith 1994 S 65 ff).

Die Verbindung zwischen konversationaler Position und emotionaler Haltung lässt sich mit dem Konzept der strukturellen Selektion beschreiben. Eine bestimmte emotionale Haltung schränkt die Einnahme bestimmter konversationaler Positionen ein und selektiert sie vor u.U. (Griffith & Griffith 1994, S 198).

Ein Therapeut wird sich in seinen Fragen eher von Vorsicht leiten lassen, wenn er sich einer Situation gegenüber sieht, die ihn in eine Position der Unruhe und Besorgnis um den Klienten gebracht hat.

Eine emotionale Position von Angst und Unruhe verbunden mit einer körperlichen Disposition von Wachsamkeit und Vorsicht selektiert dann strukturell die Auswahlmöglichkeiten der Konversationsbeiträge und schränkt sie auf bestimmte diskursive Bereiche ein.

Die mit der Einnahme einer bestimmten Position verbundene emotionale Haltung kann die Möglichkeiten für therapeutische Dialoge erweitern oder einschränken. Sie ermöglicht oder verhindert den Zugang zu bestimmten Fähigkeiten und Kenntnissen und ihren Quellen, den dazugehörigen Identitätsgeschichten¹¹.

Viele tradierte Überlegungen aus der Kultur der Psychotherapie positionieren TherapeutInnen so, dass damit eher einer zunehmenden Pathologisierung der KlientInnen Vorschub geleistet wird, was die Machtposition der TherapeutInnen ausbaut und Tendenzen für eine stärkere Dezentrierung der Person der TherapeutInnen untergräbt.

Implikationen für Supervision:

Im folgenden soll das Konzept der Position und seine Bedeutung für einen narrativ orientierte Supervision ausführlicher dargestellt werden.

Es erscheint mir in der praktischen Arbeit als Ausgangs- und Referenzpunkt für den Supervisionsdialog und den Zugang zu den Bereichen Geschichte und Diskurs besonders geeignet

Die Orientierung der supervisorischen Arbeit am Positionskonzept führt zu einer Fokussierung folgender Aspekte:

- a) Er ermöglicht eine "Verortung" der Person in den sie konstituierenden Geschichten. Die Position markiert den Standort im Fluss der Zeit in der dynamischen Handlungs- und Bedeutungslandschaft der Person (J. Bruner, 1986).

Angewandt auf die Person des Therapeuten lässt sich damit näher beschreiben, welche Aspekte seiner professionellen Selbstgeschichte in einem bestimmten Fall "aktiviert" werden.

Eine vorherrschende Geschichte von Selbstkritik seiner therapeutischen Arbeit in Verbindung mit

¹¹ Der Standpunkt in einer Geschichte kommt dem Begriff der Position nahe, ein Wechseln des Standpunktes, der Position führt zu einer anderen Geschichte, bzw. verändert die bisherige (Randall, 1995, S 115).

einer hohen Verantwortungsbereitschaft kann Therapeuten zum Beispiel in Positionen der Hilflosigkeit und Resignation gegenüber bestimmten Verläufen von Therapien führen oder aber in Positionen des autoritären Ratgebens und Intervenierens. Damit einher geht oft ein Aufgeben der Haltung des "one step behind" (de Jong, Berg, 1998).

- b) Position bezieht sich auch auf den Standort (zentral oder marginal) im Feld der eine Person beeinflussenden Diskurse bzw. auf die Art der Beziehung zu bestimmten diskursiven Praktiken (Arten des Denkens, Fühlens und Handelns, die einen bestimmten Diskurs aufrechterhalten). PsychotherapeutInnen sehen sich einer Vielzahl diskursiver Einflüsse ausgesetzt. Professionelle Diskurse legen fest, wie TherapeutInnen Probleme, KlientInnen und die therapeutische Beziehung sehen sollen. Die Kultur der Psychotherapie stellt Klienten und Therapeuten bestimmte komplementäre Positionen zur Verfügung, die potentiell in therapeutische Sackgassen und einem Gefühl von Inkompetenz münden können. Diese Positionen sind mit bestimmten, oft unausgesprochenen Erwartungshaltungen verbunden. Narrative Supervision stellt einen Rahmen bereit, der Therapeuten in die Lage versetzen soll, eine reflektierende Position in Relation zu ihrer derzeitigen Position in der therapeutischen Begegnung einzunehmen.
- In der supervisorischen Arbeit mit AusbildungskandidatInnen finden sich z.B. häufig Hinweise auf das Wirken eines (von mir metaphorisch so genannten) systemischen Über-Ichs, das TherapeutInnen in untergeordnete, fügsame Positionen bringt, ihre Kreativität einschränkt und sie dazu auffordert, die "richtige" systemische Vorgangsweise zu wählen. Das systemische Über-Ich bedient sich auch gerne der Problemerkklärungskonzepte aus dem Bereich der (von strukturalistischen Ideen beeinflussten) "klassischen" Schulen der Familientherapie.
- Dazu gesellen sich gerne noch andere, auf essentialistischen Annahmen beruhende Überlegungen aus dem Feld der Psychotherapie. Im Rahmen einer narrativ orientierten Supervision kann dann Raum für eine Positionsbestimmung in Bezug auf bestimmte, die Arbeit beeinflussende vorherrschende Ideen geschaffen und eine mögliche Re-Vision der Position vorgenommen werden (und damit auch eine mögliche Revision der professionellen Identitätsgeschichten).
- Die Re-Vision der eigenen Position des Therapeuten beinhaltet immer auch eine Überprüfung der Art der Verbindung mit dem Feld von Wissen/Macht, in dem therapeutisches Arbeiten stattfindet.
- c) Der Begriff der Position ermöglicht auch eine differenzierte Beschreibung der therapeutischen Beziehung und der sich entwickelnden therapeutischen Konversation. Wenn Supervisanden über ihre therapeutische Arbeit erzählen, erzählen sie diese Geschichte aus einer bestimmten Subjektposition heraus.
- Ihre Beschreibungen der Personen sind niemals neutral, sondern stehen in Verbindung mit einer bestimmten Perspektive.
- Die dichte Beschreibung der Position aus der heraus TherapeutInnen ihre Arbeit mit KlientInnen schildern, schafft linguistischen Raum für die Exploration der Effekte, die eine bestimmte Beschreibung auf TherapeutInnen, KlientInnen und die Gestaltung der therapeutischen Arbeit hat bzw. haben könnte.

Das Konzept der Position ermöglicht es, einen schnellen und unmittelbar erlebbaren Zugang zu den diskursiven Praktiken zu erlangen, die mit der Position verbunden sind, und eröffnet damit Raum für die Rekonstruktion der für die Therapie vorherrschenden psychotherapeutischen Diskurse. Eingangsfragen nach einem erwünschten Ergebnis der Supervision liefern oft nur dünne Beschreibungen bzw. Lösungsvorstellungen i.S. des Wunsches nach neuen Ideen für die weitere therapeutische Arbeit. Die in der Therapie vorherrschende diskursive Position und die damit verbundene emotionale Haltung verstellt den Therapeuten den Blick auf alternative Optionen bzw. auf Ausnahmen, die Ausdruck einer bevorzugten Geschichte der therapeutischen Arbeit wären und erschwert den Zugang zum kreativen Potential des Therapeuten.

Als konzeptuelles Hilfsmittel für die supervisorische Arbeit, hat sich für mich die Unterscheidung zwischen einer bevorzugten, erwünschten bzw. alternativen Therapeutinnen-Position und der einer derzeit vorherrschenden, für die derzeitige therapeutische Arbeit charakteristischen TherapeutInnen-Position bewährt.

Als **derzeit vorherrschende TherapeutInnen-Position**¹² verstehe ich jenen Ort im diskursiven Raum, der einen bestimmten Ausschnitt emotionaler Haltungen verfügbar macht und mit solchen Geschichten und Ideen über Behandlung verbunden ist, die den Bereich narrativer Ressourcen zur dichten Beschreibung des Lebens der KlientInnen (und der Th.) einschränken.

Die Beschreibung der momentanen therapeutischen Position ermöglicht eine Dekonstruktion von "für selbstverständlich gehaltenen" Annahmen und Überlegungen aus der Kultur der Psychotherapie und öffnet Raum für eine aktive Überprüfung der realen Effekte dieser kulturell und historisch verorteten Arten des Denkens und Seins mit Klienten (White, 1997, S 55).

Die Unterscheidung dieser Position des Therapeuten/ der TherapeutIn führt zu einer Überprüfung und kritischen Reflexion jener Annahmen, Überlegungen und Haltungen, mit denen der Therapeut bisher gearbeitet hat. TherapeutInnen erhalten dadurch mehr Wahlmöglichkeiten bezüglich ihre Art des Denkens und der damit verbundenen diskursiven Praktiken.

Als **alternative TherapeutInnen-Position**¹³ möchte ich all jene Orte im diskursiven Raum verstehen, die den Zugang zum vollen Potential der sozialen und therapeutischen Kenntnisse und Fähigkeiten, den damit korrespondierenden dezentrierten emotionalen Haltungen des Reflektierens (Griffith & Griffith, 1994, S 160) und den damit verbundenen Identitätsgeschichten erlauben.

Der Zugang zu diesen Positionen kann andere Arten des Denkens und Seins mit Klienten aufzeigen und nahe bringen.

Die Einführung der Unterscheidung einer bevorzugten, alternativen TherapeutInnen-Position erlaubt auch eine neue "Verortung" ihres Erlebens im kulturellen und historischen Kontext, führt so zu einer dichteren Beschreibung der Identität der TherapeutInnen und öffnet Raum für reiche, vielfältig narrativ vertextete alternative Beschreibungen der Personen die TherapeutInnen konsultieren, die im Gegensatz zu den flachen monographischen (White, 1999c) Darstellungen der Problemgeschichte stehen.

Beide Positionen strukturieren bestimmte Art von Machtbeziehungen und bringen bestimmte Wissensaspekte in den Vordergrund (bestimmte Klassen von Wissen). Sie konstituieren auch das Ausmaß an Bescheidenheit, was die Gültigkeitsansprüche dieses Wissens anbelangt (White 1997, S. 17).

Damit beeinflussen sie unter anderem auch das Ausmaß an Nähe oder Distanz zum Erleben der KlientInnen, die die Fragen und Statements der TherapeutInnen kreieren.

Die jeweilige Position verbindet die Ideen der TherapeutInnen mit bestimmten dominanten Diskursen aus der Kultur der Psychotherapie, bestimmten Vorannahmen, Hypothesen, Erklärungen und Beschreibungen, die aus der Literatur, aus Ausbildungen etc. (den Archiven des psychotherapeutischen, psychologischen, psychiatrischen Diskurses) stammen und finden so Eingang in die Konversationen mit den KlientInnen.

Der dominierende Einfluss struktureller Theorien in der Psychotherapie führt dazu, dass TherapeutInnen eher dazu neigen, ihre KlientInnen (bzw. deren Motivation und Bereitschaft für eine Veränderung) oder sich selbst (im Sinne der Kritik an ihren Fähigkeiten) in Frage zu stellen als ihre Position im Feld möglicher diskursiver Praktiken.

Mit einer näheren Beschreibung der Position lassen sich auch leichter die realen Effekte auf die verfügbaren Optionen für therapeutisches Handeln abbilden.

Das Erkennen der eigenen Positionierung im therapeutischen Prozess eröffnet auch Freiräume für das Erkennen und die Übernahme der ethischen Verantwortung für die realen Effekte der therapeutischen Arbeit (White 1997, S 122).

Eine Dekonstruktion der DTP und die Eröffnung von Raum für den Zugang zu alternativen Positionen vergrößert die Interpretationsressourcen von TherapeutInnen.

¹² Die Unterscheidung einer derzeit vorherrschenden und einer alternativen, bevorzugten TherapeutInnen-Position erscheint nur im Zusammenhang mit einem in die Supervision eingebrachten Problem oder einer Fragestellung sinnvoll. Im therapeutischen Alltag werden diese beiden Positionen (hoffentlich) meist ident sein.

¹³ Es erscheint mir wichtig klarzustellen, dass die Metapher Position kein statisch zu verstehendes Konstrukt ist, sondern statt dessen einen ganzen Bereich, ein Möglichkeitsspektrum, kennzeichnen soll. Eine erwünschte TherapeutInnen-Position steht in Verbindung mit erwünschten Geschichten von sich selbst als Person. Je nach therapeutischer Situation, werden andere Haltungen, Kenntnisse und Fähigkeiten erwünscht sein. Die für die jeweilige therapeutische Begegnung bevorzugten TherapeutInnen-Positionen lassen sich jedoch oft nur erarbeiten, wenn zuvor die einschränkenden diskursiven Mechanismen der vorherrschenden Position und deren Implikationen deutlich geworden sind.

Aus einer bevorzugten therapeutischen Position heraus wird es für die TherapeutInnen auch möglich die Lösungskennnisse mitzuteilen, die sie mit anderen Personen in anderen Kontexten entwickelt haben ("ohne sie ihnen aufzuerlegen oder diesen Kenntnissen einen normativen Status zu verleihen") (White 1997, S 137)

Ein von den Konzepten Geschichte, Diskurs und Position informierter Supervisionsdialog wird sich mit folgenden Fragestellungen befassen:

A) Fragen zum Bereich der derzeit vorherrschenden TherapeutInnen-Position:

Eine mögliche Sequenz von Fragen zur näheren Bestimmung der momentanen Position des Therapeuten in einem bestimmten Fall könnte so aussehen:

- Wie sehen/bzw. denken Sie über Klient X?
- Was bringt Sie dazu, ihn so zu sehen?
- Welchen Effekt könnte diese Beschreibung auf ihn haben?
- Welchen Effekt hat diese Beschreibung auf Sie als Therapeut?
- Welche Auswirkungen haben diese Überlegungen (Beschreibungen) darauf, wie Sie glauben, weiter therapeutisch vorgehen zu müssen?
- Könnte man sagen, dass Sie in eine Position geraten sind, in der Sie mit Ihrer Arbeit unzufrieden sind und den Klienten zunehmend in negativen Begriffen sehen?
- Welche Position nehmen Sie derzeit ein?
- Wie würden Sie Ihre derzeitige Position beschreiben?
- Wie füllen Sie sie aus (methodisch, konzeptuell)?
- Wie beeinflusst diese Position Ihre Zufriedenheit mit Ihrer bisherigen Arbeit mit der Klientin?
- Mit welchen vorherrschenden Gefühlen ist diese Position verbunden?
- Welche Gedanken und Ideen über Sie, den Klienten und Ihre Arbeit sind am meisten mit dieser Position verbunden?
- Wie gut sind Sie in Kontakt mit Ihren therapeutischen Fähigkeiten in dieser Position?
- Was hält Sie in dieser Position fest?
- Welchen Effekt haben diese Gefühle und Gedanken auf Ihre therapeutische Arbeit?
- Welchen Effekt haben sie auf Ihr Bild von sich als Therapeut?
- Wie beeinflusst diese Position Ihre Hoffnungen/Befürchtungen für diese Arbeit?
- Welchen Einfluss hat das Einnehmen dieser Position auf Ihr Bild von sich als Therapeut?
- Wie beschreiben Sie das Problem aus Ihrer derzeitigen Position heraus?
- In welcher Art von Beziehung zum Problem sehen Sie aus dieser Perspektive heraus die Klientin?
- Welche Beziehung nehmen Sie in dieser Position gegenüber dem Problem ein?
- Welche Ideen aus dem dominanten psychotherapeutischen Diskurs stehen mit Ihren Annahmen, die Sie in dieser Position haben in Verbindung?
- Sind das Ideen die den Klienten ebenso beeinflussen?
- In wessen Interesse stehen diese Ideen?
- Welche Konversationssequenz aus einem der therapeutischen Gespräche könnte diese Art der Positionierung am besten illustrieren?
- Welche Frage an die Supervision stellen Sie aus dieser Position heraus?
- Was ist aus dieser Position heraus schwierig?
- Was macht es aus dieser Position heraus schwierig, in der gewünschten Weise zu handeln?
- Aus welchen Situationen in Ihrem Leben kennen Sie eine solche Konstellation von Positionen und die damit verbundenen Gedanken und Gefühle?
- Wie sehen Sie die Klientin aus Ihrer Position heraus?
- Welchen Effekt hat diese Beschreibung auf die Art und Weise wie Sie mit ihr arbeiten?
- Welchen Effekt hat Ihre Sichtweise der Klientin darauf, was Sie denken, was sie „braucht“?
- Wie erleben Sie aus Ihrer Position heraus die Erwartung des Klienten?
- In welche Position laden Sie den Klienten aus Ihrer Position heraus ein?

B) Fragen zum Bereich der alternativen TherapeutInnen-Position

- Wie möchten Sie gerne mit dieser Klientin arbeiten?
- Woran erkennen Sie, dass Sie Ihre Erfahrungen, Kenntnisse und Fähigkeiten gut zur Verfügung haben?
- Wie würden Sie die Position charakterisieren, in der Sie am stärksten mit dem im Kontakt sind, was Sie am meisten an dieser Arbeit schätzen?
- Mit welchen Ihrer Fähigkeiten, Erfahrungen und Kenntnissen sind Sie in dieser Position gut in Kontakt?
- Woran würden Sie merken, dass Sie sich in Richtung auf Ihre erwünschte Position bewegen?
- Was steht dem am meisten im Weg?
- Was wäre der nächste kleine Schritt, um sich auf den Weg zu machen?
- Wie groß erleben Sie den Abstand zwischen der Position in der sie im Moment sind und ihrer erwünschten Position?
- Was kommt durch diese Distanz zwischen den beiden Positionen zum Ausdruck?
- Was steht Ihnen in der erwünschten Position zur Verfügung, was Ihnen in der anderen nicht zur Verfügung steht?
- Von welchen Annahmen/Erklärungen müssten Sie sich lösen, damit Sie einen Schritt in Richtung auf die erwünschte Position machen könnten?
- Welches andere Bild von Ihnen tritt in den Vordergrund, wenn Sie in dieser bevorzugten Position sind?
- Mit welchen Erfahrungen aus Ihrem Leben und Ihrer Entwicklung als Therapeut sind Sie in dieser Position am stärksten in Verbindung?
- Welche Personen aus Ihrem Leben kennen Sie so, wie Sie in dieser Position sind?
- Was würden mir diese Personen darüber erzählen, wo sie Sie am ehesten schon so erlebt haben?
- Welches alternative Selbstverständnis als Therapeut ist Ihnen in dieser Position verfügbar?
- Welche anderen, erwünschteren Arten des Therapeutenseins, kommen in dieser Position besser zum Ausdruck?
- Wenn ich Sie in einer Situation, in der Sie dieser Position nahe sind beobachten könnte, was könnte mir die Art und Weise Ihres Umgangs mit KlientInnen über die Werte sagen, die für Sie in Ihrer therapeutischen Arbeit wichtig sind?
- Inwiefern sind sie in dieser Position auch damit in Berührung, was Ihre bevorzugte Art der Lebensgestaltung ist, Ihre bevorzugten Absichten für Ihr Leben, die Dinge an die Sie glauben, die in Ihrer Beziehung zu anderen wichtig sind?
- Gab es bestimmte Personen in Ihrem Leben, die bei der Herausbildung dieser Vorstellungen, Absichten, Standpunkte eine maßgebliche Rolle gespielt haben? Was war deren Beitrag?
- Haben sie Ihnen Beispiele für diese Einstellungen vorgelebt?
- Wie haben Sie das Know-how dafür entwickelt, das erforderlich ist, um diese Lebensvorstellungen umzusetzen?
- Wessen Rückmeldungen waren für Sie dabei am wichtigsten?
- Stellen Sie sich vor, dass diejenigen Personen, die diese wichtige Rolle gespielt haben, jetzt anwesend wären und unserem Gespräch folgen würden. Was würden Sie ihnen darüber sagen, was sie zu Ihrem Leben beigetragen haben?
- Was würden sie darüber sagen, was Sie zu ihrem Leben beigetragen haben?
- Wenn diese neue Position stärker mit dem verbunden ist, was Ihre besten Eigenschaften, Ihre bevorzugten Kenntnisse und Fähigkeiten repräsentiert, was hält Sie dann davon ab, sie häufiger aufzusuchen?
- Welche eventuell andere Frage für die Supervision ergibt sich jetzt aus der Perspektive dieser alternativen Position?
- Welche Werte, denen Sie sich verpflichtet fühlen, befürchten Sie untreu zu werden, wenn Sie Ihre derzeitige Position verlassen?

Zum Abschluss möchte ich einzelne Ausschnitte aus einer Supervision als Beispiel für einen sich um den Begriff der Position rankenden Supervisionsdialog bringen:

Supervisor (Sr): Was beschäftigt dich im Zusammenhang mit der Arbeit mit dieser Familie am meisten?

Supervisand (Sd): Beim letzten Familiengespräch begann mir die Mutter nach einiger Zeit Vorwürfe darüber zu machen, dass ihr Sohn weiterhin keine Einsicht zeigt und seinen Marihuanakonsum fortsetzt. Ich habe dann gemerkt, dass ich so richtig defensiv geworden bin.

Einführung der Idee von einer derzeit vorherrschenden Position:

Sr: Du scheinst in eine Position gekommen zu sein, wo du dich dazu eingeladen gefühlt hast, dich zu verteidigen und zu rechtfertigen?

Sd: Vor allem habe ich begonnen, mich über die Mutter zu ärgern.

Sr: Wenn du dich in dieser Position befindest, welches Erleben ist dafür charakteristisch?

Sd: Ich war wirklich ärgerlich. Die Mutter sagte, dass das Gespräch nichts Neues gebracht habe. Sie habe das alles schon vorher gewusst. Sie hat das Gespräch abqualifiziert und ich habe mich völlig missverstanden gefühlt.

Sr: Im Vordergrund deines Erlebens stand eher Ärger und ein Gefühl des Missverständenseins? Oder wie würdest du das beschreiben, was du in dieser Position erlebst?

Sd: Vor allem Ärger, Unzufriedenheit mit mir und die Vorstellung, dass ich schlecht gearbeitet habe.

Sr: Wenn du mit Ärger und Unzufriedenheit in Berührung kommst, welchen Effekt hat das dann darauf, was du über deine Arbeit denkst?

Sd: Ich fange an, meine Arbeit schlecht zu machen und andererseits auch die Familie negativ zu bewerten. In dieser Situation habe ich mir überlegt, was in der Familie los ist. Die Mutter hatte sich ja schon früher sehr stark über den Vater beklagt. Sie sucht keinen Konsens mit dem Mann über eine gemeinsame Vorgangsweise gegenüber Sohn, sondern will nur von außen Unterstützung. Dies ist Ausdruck der Spaltung zw. Eltern.

Erkundung der Wirksamkeit diskursiver Praktiken:

Sr: Du beginnst in dieser Position also bestimmte Annahmen und Erklärungen über die Familie zu entwickeln. Wie würdest du diese Art von Hypothesen beschreiben?

Sd: Wie meinst du das?

Sr: Du hast ja begonnen, bestimmte Erklärungszusammenhänge zu entwickeln. In diesem Fall einen Zusammenhang zwischen dem Verhalten der Mutter bzw. des Sohnes und der Beziehung der Eltern. Solche Hypothesen haben Auswirkungen darauf, wie du dich den einzelnen Familienmitgliedern gegenüber positionierst. Sind solche Überlegungen üblicherweise hilfreich für deine Arbeit?

Sd: Nein.

Sr: Warum nicht?

Sd: Wenn ich sie weiterverfolge, würde ich schließlich die Mutter bzw die Eltern konfrontieren. Wobei ich schon auch Lust hätte aufzuzeigen, was die Frau hier eigentlich tut.

Sr: Angenommen du gibst dieser Vorstellung nach, was hätte das für Auswirkungen auf die Eltern?

Sd: Ich würde wahrscheinlich das „Abseilen“ des Vaters unterstützen und die Mutter in die Defensive bringen.

Sr: Mit welchen Vorstellungen aus der Welt psychotherapeutischer Theorien stehen solche Ideen am ehesten in Verbindung?

Sd: Mit Vorstellungen von Konfliktumleitung. Die Uneinigkeit zwischen den Eltern wird verdeckt und statt dessen wird der Therapeut kritisiert.

Sr: Angenommen du würdest mit diesen Ideen weiterarbeiten - würdest dich in den nächsten Gesprächen mit dieser Familie weiter von diesen Ideen leiten lassen, wohin würde dich das bringen?

Später:

Sr: Diese Position ist mit einer ganzen Reihe von Auswirkungen auf dich verbunden. Sie bedeutet eher Kontakt mit Ärger, Unzufriedenheit, Inkompetenz.

Du kommst eher in einen Bereich von Erklärungen und Vorstellungen, die du eher nicht als hilfreich für deine Arbeit erlebst. Die dich in eine antagonistische, konfrontierende Haltung gegenüber den Familienmitgliedern bringt.

Erkundung der Dimension Geschichte:

Sr: Welche Geschichte hat diese Position? Welche deiner bisherigen Erfahrungen als Therapeut, als Person haben eine Rolle dabei gespielt, dass du in diese Position gekommen bist?

Sd: Mir scheint, dass ich mit Kritik an meiner Arbeit nicht gut umgehen kann. Ich reagiere dann leicht gekränkt und fühle mich abgewertet.

Später:

Sr: Eine Auswirkung dieser Position scheint zu sein, dass du mit Kränkung in Berührung kommst. Was ist es, was dich aus deiner persönlichen oder beruflichen Geschichte heraus für Kränkung verwundbar macht?

Sd: Es hat sicher etwas mit meiner Selbsteinschätzung als Th. zu tun. Es passiert immer wieder mal, dass ich mich nicht kompetent genug fühle. Aufgrund der Situation an meiner Arbeitsstelle erhalte ich auch wenig Anerkennung für meine Arbeit. Manchmal kommt mir vor, als ob ich nicht genug an Ausbildung gemacht habe und dann vergleiche ich mich mit anderen Kollegen und gehe in eine Art Konkurrenz zu ihnen.

Sr: Wie würdest du diese Art von Selbsteinschätzung nennen, die dich dazu bringt Inkompetenzvorstellungen, ein Gefühl des Nicht- Anerkanntwerdens zu entwickeln und deine Beziehung zu Kollegen unter dem Aspekt von Konkurrenz zu sehen?

Sd: Selbstabwertung. Mich kleiner machen.

Sr: Könnte man dann sagen, dass in deiner derzeitigen Position Gedanken von Selbstabwertung laut werden?

Sd: Ja.

Sr: Wenn du diesen Gedanken eine Stimme verleihen würdest, was würde die über dich sagen, welches Bild von dir als Person und Therapeut würde diese Stimme entwerfen.

Sd: Die würde sagen, dass ich nicht gut genug bin, dass ich zu wenig weiß und anderen nicht das Wasser reichen kann.

Sr: Wie würdest du jemanden charakterisieren, der deine Arbeit abwertet, sagt, dass du nicht gut bist und nicht genug weisst?

Sd: Das möchte ich jetzt nicht laut sagen.

Sr: Dann sag es halt leise. Wie würdest du solche Arten des Redens über dich und deine Arbeit nennen?

Sd: Fies und ungerecht.

Sr: Wie akzeptabel ist es für dich, wenn diese Stimme von Selbstabwertung fiese und abwertende Kommentare machen?

Sd: Das ist völlig inakzeptabel!

Sr: Weshalb ist das für dich inakzeptabel?

Später:

Einführung der Idee von alternativen Positionen:

Sr: Von welchem Bereich deines Erlebens fühlst du dich am stärksten getrennt, wenn du in dieser Position bist? Womit kommst du nicht in Berührung, was für dein Verständnis von dir als Person und Therapeut wichtig ist?

Sd: Mit dem Wissen, dass ich eine gute therapeutische Arbeit leisten kann. Dass sich eine kooperative Beziehung entwickelt und ich Freude an der Arbeit habe.

Später:

Sr: Du sagst, dass du schon häufig die Erfahrung gemacht hast, dass du eine gute Arbeit mit deinen Klienten leisten kannst. Wo du den Eindruck hast „im Fluss“ zu sein, Intensität schaffen kannst, Erfahrungsnahe herstellen kannst. Eine Position in der du im Einklang mit den Dingen bist, die deine besten Absichten als Therapeut repräsentieren und in der du in guter Verbindung mit deinen Kenntnissen, Fähigkeiten und deinen Erfahrungen stehst. Kannst du einen Zugang zu solchen Erfahrungen herstellen? Wenn du in Berührung mit dieser Position kommst, woran merkst du das?

Sd: Ich fühle mich entspannter, gelöster. Ich atme ruhiger und fühle mich gut.

Sr: Was ist der Hauptunterschied zur anderen, zur unerwünschten Position?

Sd: Der Ärger und das Gefühl inkompetent zu sein ist jetzt nicht mehr da.

Im weiteren Verlauf des Supervisionsgesprächs wurden noch folgende Fragen erörtert:

Mit welchen Erfahrungen aus deiner therapeutischen Arbeit und aus deiner Entwicklung als Therapeut bist du in dieser Position eher in Berührung?

Angenommen, deine Klienten würden dir jetzt gegenüber sitzen und du würdest ein Gespräch mit ihnen führen, wo es dir gut gelingt mit dieser Position in Kontakt zu sein, was würden sie an Unterschieden bemerken?

Wer von den Personen, die dich gut kennen, sei es aus Beruf oder Privatleben, kennt dich am ehesten so, wie du dich in dieser Position zeigen kannst?

Wer traut dir am ehesten zu, dass es dir gelingt aus der unerwünschten Position herauszukommen und dich von den Einschränkungen freizumachen, die mit dieser Position verbunden sind?

Wie wirst du dich bei deinem nächsten Gespräch mit diesen Klienten anders verhalten, wenn es dir gelingt in diese Position zu kommen? Von welchen alternativen Überlegungen wirst du dich leiten lassen?

Schlussbemerkungen:

Im Rahmen von narrativer Supervision werden jene diskursiven Einflüsse identifiziert, die die Beschreibungen der TherapeutInnen aus der derzeit vorherrschende Position heraus informieren und Möglichkeiten für den Zugang zu erwünschteren, alternativen Positionen entwickelt, die im Zusammenhang mit erwünschteren Vorstellungen und Erfahrungen von sich als Therapeut stehen.

Jene Faktoren, die den Zugang zu erwünschten, für die KlientInnen hilfreichen Positionen von TherapeutInnen behindern oder blockieren führen in der Regel dazu, dass

- "die Mikrowelt der Therapie privilegiert wird, jene Machtbeziehungen reproduziert werden, die im Leben der KlientInnen am Werk sind
- das Wissen und das Bewusstsein des Therapeuten einen größeren Raum in der Konversation einnimmt
- weniger Gelegenheiten auftreten, außerhalb von dem zu denken, was der Therapeut sonst gedacht hätte
- Kenntnisse und Fähigkeiten des Therapeuten dünn beschrieben werden und eine wachsende Erfahrung von Monotonie auftritt und
- Praktiken benutzt werden, die den Therapeuten zentrieren¹⁴" (White, 1997, S 201).

Eine Einladung zur Thematisierung der Positionierung des Th. empfiehlt sich vor allem

- wenn keine klare Fragestellung vorliegt
- Unzufriedenheit mit der therapeutischen Arbeit geäußert wird
- Unsicherheit über die weitere Richtung der therapeutischen Gespräche zu Sprache kommt
- rasches "Eintauchen" in pathologisierende Beschreibungen des Klienten bzw. der Familie erfolgt
- wenn die Art der Fragestellung den Therapeuten zu stark zentriert (vom Typ: wie kann ich den Klienten dazu bringen, dass...)
- wenn die Fragestellung sich ausschließlich mit dem Klienten befasst (wie er ist, was so schwierig an ihm ist, etc.) und
- wenn der Therapeut irgendeine Form von Dilemma präsentiert, vor dem er in Relation zu einem speziellen Fall steht.

Der Zugang zur erwünschten TherapeutInnen-Position macht es möglich, sich von solchen Beschreibungen, die einschränkende, dominante Annahmen über Person-sein widerspiegeln, freizumachen und schafft Kontakt mit der Neugier auf alternative Bedeutungen bzw. Interpretationen von sich selbst als Therapeut und von dem was KlientInnen über sich und ihr Leben zum Ausdruck bringen.

Aus dieser Position heraus entwickelt sich ein besserer Zugang zu alternativen narrativen Ressourcen. Die jeweils bevorzugte therapeutische Position gibt uns zwar keine Möglichkeit, außerhalb kultureller Diskurse zu stehen, sie erlaubt uns aber, eine Auswahl darüber zu treffen, inwiefern die Beschreibungen die wir aus dieser Position heraus entwickeln unseren Intentionen, Werten und Absichten entsprechen oder nicht.

¹⁴ Je weniger die Einzelheiten von dem, was im Alltagsleben der KlientInnen und in ihren Beziehungen geschieht, für die therapeutischen Gespräche relevant wird und je mehr die Mikro-Welt der therapeutischen Begegnung Bedeutung erlangt, desto stärker besteht die Tendenz, dass der Therapeut in eine Position gerät, in der sein Wissen/seine Kenntnisse und sein Erleben eine zunehmend wichtige Rolle einnimmt.

Michael White spricht davon, dass ein Privilegieren der Mikro-Welt der Therapie den Effekt einer Therapeuten-Zentrierung hat (M. White, 1997, S 201)

Demgegenüber soll eine narrative Orientierung dezentrierten Praktiken fördern, die die Lebenskenntnisse und -fähigkeiten der KlientInnen ins Zentrum der Therapie rücken.

Literatur

- Bruner J (1986) *Actual Minds/Possible Worlds*. Harvard University Press, Cambridge
- Davies B, Harré R (1990) Positioning: The Discursive Production of Selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 20: 43-63
- De Jong P, Berg IK (1998) *Lösungen erfinden*. Modernes Lernen, Dortmund
- Drewery W, Winslade J (1997) The Theoretical Story of Narrative Therapy. In: Monk G, Winslade J, Crocket K, Epston D (Ed) *Narrative Therapy in Practice*. Jossey-Bass, San Francisco. S. 32-52
- Freedman J, Combs G (1996) *Narrative Therapy. The Social Construction of Preferred Realities*. Norton, New York
- Gergen K (1999) *An Invitation to Social Construction*. Sage Publications, London
- Griffith ME, Griffith JL (1994) *The Body Speaks*. Basic Books, New York
- Kraus W (1996) *Das erzählte Selbst*. Pfaffenweiler
- Law I, Madigan S (1998) Identity, Problems and the "Self": A Discursive Approach to Therapy. Workshop im Rahmen des Kongresses: *Therapeutic Conversations* 4, 14.-16.5.1998, Toronto
- Madigan S (1999) persönliche Mitteilung
- McKenzie W, Monk G (1997) Learning and Teaching Narrative Ideas. In: Drewery W, Winslade J, Crocket K, Epston D (Ed) *Narrative Therapy in Practice*. Jossey-Bass, San Francisco, S 82-117
- Parry A, Doan R (1994) *Story Re-Visions*. Guilford, New York
- Pinkus J (1996) Foucault <www.massey.ac.nz>
- Randall WL (1995) *The Stories We Are*. Toronto University Press, Toronto
- Swan V (1998) Narrative and Foucault. In: Madigan S, Law I (Ed) *Praxis. Yaletown Family Therapy*, Vancouver, S. 64-79
- Walter J, Peller J (2000) *Recreating Brief Therapy*. Norton, New York
- Weingarten K (1995) Radical Listeners: Challenging Cultural Beliefs for and About Mothers. In: Weingarten K (Ed) *Cultural Resistance*. Harrington Park Press, New York
- White M (1991) persönliche Mitteilung
- White M (1993) Deconstruction and Therapy. In: Gilligan S, Price R (Ed.) *Therapeutic Conversations*. Guilford, New York, S. 22-61
- White M (1995) *Re-Authoring Lives: Interviews & Essays*. Dulwich Centre Publications, Adelaide
- White M (1997) *Narratives of Therapists Lives*. Dulwich Centre Publications, Adelaide
- White M (1999a) *Power and the Culture of Therapy*, Unpublished manuscript
- White M (1999b) Reflecting-team work as definitional ceremony revisited. *Gecko* 2: 55-82
- White M (1999c) *Level Two Intensive Training*, Adelaide
- White M (2001a) persönliche Mitteilung
- White M (2001b) Unpublished manuscript
- White M, Epston D (1990) *Literate Means to Therapeutic Ends*. Dulwich Centre Publications, Adelaide

Rudolf Kronbichler
Berstrasse 22/5/41
A - 5020 Salzburg