

Erscheint in einem Buch mit dem Titel "Therapieziel Wohlbefinden" von Renate Frank bei Springer

Narrative Ansätze: Nützliche Geschichten als Quelle für Hoffnung und Kraft

Peter Kaimer 2006

Wir müssen die Kraft des Neubeschreibens erkennen. Durch Sprache werden neue und unterschiedliche Dinge möglich und wichtig. Dies können wir jedoch erst wertschätzen, wenn unser Ziel nicht mehr darin liegt, die Eine Wahre Beschreibung zu finden, sondern darin, unser Repertoire an alternativen Beschreibungen zu erweitern.
Richard Rorty: Kontingenz, Ironie und Solidarität

Zusammenfassung:

Die Struktur des Artikels nimmt ihren Ausgangspunkt bei einer Therapie, welche in weiten Teilen die Arbeit mit und die Konstruktion von nützlichen Geschichten zum Inhalt hat. Dieser therapeutische Text wird kursiv gesetzt, um ihn von den damit verzahnten Reflexionen zur eigenen Arbeit abzusetzen. So entsteht ein Muster sich abwechselnder Therapieverlaufsschilderung und theoretischer Erörterung aus verschiedenen Perspektiven, welche für narrative Ansätze bedeutungsvoll sind. Zur Übersicht stelle ich hier die Überschriften der einzelnen Kapitel in ihrer Verzahnung einander gegenüber:

- | | |
|--|---|
| 1. Eine Therapie – der Beginn | 2. Die erkenntnistheoretische Basis |
| 3. Eine Therapie – der Anfang geht weiter | 4. Psychotherapietheoretische Basis |
| 5. Folgende Therapiesitzungen I | 6. Die gemeindepsychologische Perspektive |
| 7. Folgende Therapiesitzungen II | 8. Die psychotherapietechnische Basis |
| 9. Die Zeit zwischen den Therapiesitzungen | 10. Gesellschafts- und geschichtenkritische Anmerkungen |
| 11. Auf dem Weg sein ... | |

1. Eine Therapie – der Beginn

Ich halte die Unterlagen von Herrn Gruber¹ in Händen. Morgen wird er zum ersten Therapiegespräch in die Praxis kommen. Bis jetzt hat ein Informationsgespräch statt gefunden. In diesem hatte er Gelegenheit gehabt, grob den Anlass und das Anliegen für eine Psychotherapie zu schildern, seine Erwartungen auf der Basis früherer Erfahrungen mit psychosozialer Hilfe zu formulieren. Ich konnte ihm meine Rahmenbedingungen, die Grundzüge meiner Arbeitsweise und vielleicht wohl auch Hoffnung und Zuversicht bezüglich seines Anliegens vermitteln. Für ihn war es wohl das, was im angloamerikanischen Bereich „window-shopping“ genannt wird: erstes Sondieren des Angebots und zeitlich befristete Möglichkeit sich zu überlegen, ob man sich darauf einlassen will. Ich hatte die Gelegenheit zu prüfen, inwieweit Herr Gruber mir sympathisch ist, mich sein Anliegen und die erste ansatzweise Schilderung seiner Geschichte interessiert – vielleicht sogar herausfordert – und wie ich denke, ihm bei der Lösung seiner Probleme helfen zu können (Blaser 1993). Am Ende des Termins hatte ich ihm ein Blatt zu seinem Recht auf Information bezüglich der Psychotherapie (informed consent, Handelsmann / Galvin 1988) sowie einige erste Fragebögen² gegeben und ihn mit den Worten

¹ Herrn Gruber gibt es als physikalische Person nicht. Die Geschichte von Herrn Gruber beruht vielmehr auf Erfahrungen und Geschichten aus der Begegnung mit mehreren Klienten der letzten Jahre meiner Tätigkeit als Psychotherapeut.

² Dabei handelt es sich um zwei Teile eines Lebensgeschichtlichen Fragebogens, um einen Lebenszufriedenheitsbogen (FLZ von Henrich / Herschbach 1998) und um den SCL 90 R von Franke (2002)

Erscheint in einem Buch mit dem Titel "Therapieziel Wohlbefinden" von Renate Frank bei Springer

verabschiedet, dass ich mich im Falle der Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen innerhalb einer Woche umgehend bei ihm melden würde, um den Therapiebeginn zu vereinbaren. Zwei Tage später waren die Unterlagen angekommen.

Was war bei diesem ersten Treffen passiert? Was hätte ein naiver Beobachter feststellen können? Nun, wir hatten miteinander gesprochen, hatten uns dabei angeschaut und gestisch und mimisch unsere Worte untermalt. Wir hatten auch offensichtlich bestimmten selbstverständlichen Ritualen entsprochen, indem wir uns zu Beginn die Hände geschüttelt hatten – obwohl ... da war rückblickend etwas ungewöhnlich gewesen dabei.

Ich hatte ihn in das Praxiszimmer gebeten, ihm einen Stuhl angeboten und er war freundlich dieser Einladung gefolgt. Nach ein paar einleitenden Floskeln hatte ich eine Struktur für dieses Treffen vorgeschlagen und ihm zwei Optionen eröffnet: er beginnt seine Geschichte, die ihn hierher führt, oder ich beginne meine Geschichte psychotherapeutischer Arbeit. Wie so viele Klienten entschied sich auch Herr Gruber dafür, mit seiner Geschichte zu beginnen und mir zu erzählen, was für ihn aktuell wichtig, bedeutsam, beklagenswert und unverständlich sei.

2. Die erkenntnistheoretische Basis

Jede Therapie fußt auf den impliziten oder expliziten Entscheidungen des Therapeuten / der Therapeutin, was sie oder er als „wirklich“ nimmt. Dies erscheint nur für Menschen trivial, die sich nie mit erkenntnistheoretischen Fragestellungen befasst haben und meist auf der Basis eines naiven Realismus *die Wirklichkeit* für schlicht gegeben nehmen.

Narrative Ansätze und darunter speziell die von mir favorisierten Spielarten systemischer Therapie und kognitiver Verhaltenstherapie suchen ihre erkenntnistheoretische Basis meist in einer Spielart des Konstruktivismus. Da es sehr viele, zum Teil selbst für Eingeweihte schwer im Detail auseinanderzuhaltende Konzeptionen des Konstruktivismus gibt, will ich mich in diesem Beitrag auf drei Versionen holzschnittartig beschränken. Es sind dies der *Sozialkonstruktivismus* auf der einen Seite, der *kognitive Konstruktivismus* auf der anderen und vermittelnd dazwischen, wenn auch mit einer leichten Assymetrie zugunsten des sozialer Prozesse, der *Soziale Konstruktivismus*.

Der kognitive Konstruktivismus interessiert sich schwerpunktmäßig für die Art und Weise, wie Wirklichkeit als Leistung des je individuellen Geistes erzeugt wird. Prominente Vertreter dieses Ansatzes sind Piaget und Kelly.

Der Sozialkonstruktivismus, als dessen prominenter Vertreter Kenneth Gergen angesehen werden kann, legt den Schwerpunkt seiner Interessen „auf Diskurse als Vehikel für die Artikulation des Selbst und der Welt sowie auf die Art und Weise, in der diese Diskurse innerhalb sozialer Beziehungen wirken“ (Gergen 2002, S. 82). Er interessiert sich also ausschließlich für das, was zwischen Individuen als Art der Welterzeugung geschieht.

Im Sozialen Konstruktivismus hingegen wird diese Sicht umfassender gedacht, indem zusätzlich die Konstruktionsprozesse des menschlichen Geistes, der die Wirklichkeit in seinen Beziehungen mit der Welt erzeugt, mit aufgenommen werden. Die Ideenlinie, welche hinter diesem Verständnis von Konstruktivismus steht, kann mit den Namen prominenter Denker aus Philosophie und Soziologie verbunden werden, wenngleich diese nicht unmittelbar aufeinander aufbauen. Da wäre z.B. Durkheim mit seinem Begriff der *kollektiven Repräsentation*, Ludwik Fleck mit seinem *Denkstil* oder *Denkkollektiv*, Ludwig Wittgenstein mit seinen *Sprachspielen* und *Lebensformen*, Michail Bachtin mit seinen *dialogischen Konzepten* zur Wirklichkeitserzeugung, Berger und Luckmann mit ihrer *sozialen Konstruktion von Realität* sowie Garfinkel mit seinen *ethnomethodologischen Konzepten* (vgl. Frindte 1998, Deissler / McNamee 2000, und besonders aufschlussreich und genau von Tiling 2004).

Besonders bedeutsam erscheint mir die Brücke, welche der soziale Konstruktivismus zwischen Ideen über die Welterzeugung im Individuum und solchen im sozialen Raum (das zentrale Thema des Sozialkonstruktivismus) schlägt. Hier werden häufig die Arbeiten von Wy-

Erscheint in einem Buch mit dem Titel "Therapieziel Wohlbefinden" von Renate Frank bei Springer

gotski (1964) mit seinem „Aneignungskonzept“ aufgegriffen: Das Ich des Sozialen Konstruktivismus wird in einen sozialen Raum hineingeboren, der ihm ein Set an Sprachfiguren zur Verfügung stellt. Diese Sprachfiguren sind Bestandteile einer Kultur, Bestandteile von Lebensformen - und das sich entwickelnde Ich eignet sich diese Sprachfiguren an, um in diesem Raum kommunizieren und damit (über)leben zu können. Diese Verbindung zwischen individueller und sozialer Wirklichkeitserzeugung signalisiert eine deutliche Asymmetrie zu Gunsten sozialer Konstruktionsprozesse im Sinne des Sozialkonstruktivismus. Am Anfang steht hier ganz eindeutig der soziale Raum, der überhaupt erst *Sprache, Sprachformen, Metaphern, Diskursformen, Mythen und Metaerzählungen* zur Verfügung stellt aber auch vorgibt. Oder wie es Albertine Devilder (2001, S. 16) von der Bochumer Arbeitsgruppe für Sozialen Konstruktivismus und Wirklichkeitsprüfung so provokant formuliert:

„Alles was wir erleben können, liegt sprachlich zubereitet schon fertig vor, alles, was über unser Ich gesagt werden kann, ebenfalls. Denn nicht ich fühle etwas, sondern man fühlt. Wie viele Leute benutzen das Wort „man“ wenn sie etwas über sich selbst sagen sollen! Und unser kommunales System stellt uns nicht nur das Wissen über diese Sprachfiguren zur Verfügung, sondern dazu auch noch die Regeln, wie, wann und wo diese Sprachfiguren angemessen gebraucht werden dürfen, können und müssen.“

Unter sozialkonstruktivistischer Perspektive interessiere ich mich als Therapeut dafür, wie wir Menschen uns in unterschiedlichen kommunalen Systemen und Umwelten mittels unserer Sprache gewissermaßen selbst herstellen. Ich interessiere mich für die Erzählungen und Geschichten, die wir uns selbst und anderen als Folge bereits stattgefundenen Diskurse und auch vorgefundener Sprachschablonen erzählen. Ich interessiere mich für die Regeln „guter“ Geschichten, für die Spielräume, die verschiedene Geschichtentypen uns lassen bzw. die Folgen, welche unterschiedliche Geschichten hinsichtlich Öffnung oder Schließung von Möglichkeiten bereitstellen. Frau Devilder formuliert das wiederum sehr pointiert so:

„Soziale Konstruktivistinnen sagen also, dass wir die Wirklichkeit unserer Alltagswelt und damit uns selbst als Person im sozialen Diskurs fabrizieren. In diesem Prozess stellt die Sprache die soziale Welt auf die Füße und damit auch uns. Und deswegen achten soziale Konstruktivistinnen auf die Macht der Texte und die Magie von Metaphern! Warum Macht der Texte? Nun, wenn wir als Person ein Element in einem vernetzten System sozialer Beziehungen, ein sozial konstruiertes Diskursprodukt sind, dann dürften die Texte, die in unserem Sozialsystem aufgesagt werden eine erhebliche Macht auf uns ausüben und über uns haben, ja vielleicht können wir sogar soweit gehen, Personen als Texte zu sehen!“ (S. 26).

Die Folgen einer solchen Sichtweise für Therapie sind erheblich: die Erzählungen einer Person, welche diese scheinbar charakterlich festschreiben, werden als Ergebnis der Erzählpraxis einer bestimmten kommunalen Gemeinschaft gesehen und insofern weitet sich ein Möglichkeitsraum, die Geschichten auch völlig anders zu erzählen; das Psychische wird nicht so sehr strukturell (Oberflächenstruktur vs. Tiefenstruktur, die das Eigentliche beherbergt und die es zu ergründen oder zu deuten gilt) sondern poststrukturell als Diskursprodukt gesehen und kann durch Dekonstruktion verflüssigt werden – wir praktizieren Sprachkritik; Texte über uns können uns krank machen oder auch gesund.

3. Eine Therapie – der Anfang geht weiter

Herr Gruber beginnt mit dem Hinweis, dass es ihm jetzt ja schon besser gehe, seitdem er Tabletten nehme. Aber er wolle nicht ständig darauf angewiesen sein. Außerdem hoffe er, durch die Therapie noch weitere Schritte zu schaffen. Ob mir denn nichts aufgefallen sei bei der Begrüßung. Nun, die Art wie er mir die Hand gegeben hätte - lediglich die Fingerspitzen – sei schon ungewöhnlich gewesen, aber es sei für mich nicht eindeutig zu entscheiden gewesen, ob es sich lediglich um eine zufällige Fehlkoordination unserer Hände gehandelt habe, oder ob System dahinter stecke. Es habe System, erklärt Herr Gruber mit einem verschmitzten Lächeln. Er habe Angst, die Hand zu geben, aus Angst sich anzustecken. Diese Angst habe sich

Erscheint in einem Buch mit dem Titel "Therapieziel Wohlbefinden" von Renate Frank bei Springer

im Gefolge der größten Enttäuschung seines Lebens entwickelt, als ihn sein Freund und Kompagnon um eine größere Summe Geldes betrogen und er sich beschmutzt gefühlt habe. Kurz darauf habe er aufgrund größter Ekelgefühle nichts mehr anfassen können, wovon er annehmen musste, dass es von diesem vorher berührt worden sei. Im Laufe der Zeit habe sich dieses Unwohlgefühl auf alle möglichen Bereiche ausgedehnt und er habe eine Art von Sicherungs-System entwickelt, um möglichen Verschmutzungen und Ansteckungen zu entgehen. Dies habe ihn zunehmend eingeengt, sein Leben zu einem komplizierten Regelsystem gemacht, welches er irgendwann einmal nicht mehr bewältigen können. Am Rande eines Nervenzusammenbruchs sei er zu einem Psychiater gegangen, der ihn medikamentös versorgt habe. Die Medikamente hätten geholfen, weil er gegenüber den Angst- und Ekelgefühlen etwas gleichgültiger geworden wäre und demzufolge seine Regeln und Praktiken hätte lockern können. Sein soziales Umfeld leide jedoch nach wie vor unter seiner mangelnden Spontaneität, diversen umständlichen Ritualen und entsprechender Gereiztheit, wenn er bei der Ausführung dieser Abläufe gestört oder unterbrochen werde. Er selbst schwanke hinsichtlich der Notwendigkeit, etwas zu verändern, aber er wolle natürlich, dass seine Umwelt sich wohl mit ihm fühle, und auch er selbst könne sich schon ein etwas unbeschwerteres Leben vorstellen. Nun wolle er aber etwas von mir wissen.

Ich erzähle ihm von meiner therapeutischen Basis, die ich als lösungs- und zielfokussiert charakterisiere. Dabei würden seine erstrebenswerten Entwicklungsvorstellungen von sich selbst und seinem Leben sowie seine Änderungsideen als Klient eine gewichtige Rolle spielen. Die Therapie, welche ich ihm anbieten könne, sei sehr handlungsorientiert. D.h. es gebe so gut wie immer etwas für ihn zu tun zwischen den Sitzungen, was schon eine Herausforderung bedeuten werde. Therapie sei harte Arbeit, die jedoch so gut wie immer lohne, wenn jemand in Richtung seiner Ziele aktiv werde. Eine wichtige Rolle werde auch eine Analyse der Problembedingungen, die ihn auf seinem Weg zum Ziel blockieren, spielen. Bedingungen, welche das Problem auslösen oder aktivieren genauso, wie Bedingungen, welche zu seinem Weiterbestehen beitragen. Und letztlich ginge es natürlich auch um geeignete Schritte und Mittel bei diesem Voranschreiten – diese könnten von ihm selbst gefunden oder vorgeschlagen werden, sie könnten aber auch aus dem gesammelten Wissen gut geprüfter psychotherapeutischer Verfahren stammen, das ich ihm gerne zur Verfügung stellen wolle.

Nachdem Herr Gruber durch Rücksendung der Fragebögen sein Interesse an einer Aufnahme der Therapie bekundet hatte, hatte ich mich mit ihm in Verbindung gesetzt und den ersten Therapietermin vereinbart. Dieser Termin sollte dazu genutzt werden, um Unklarheiten bezüglich seiner Angaben im lebensgeschichtlichen Fragebogen zu klären. Dann wollte ich unmittelbar zur Zielklärung überleiten, um möglichst schnell mit Herrn Gruber eine motivierende Vision einer möglichen Zukunft zu entwerfen. Doch es kam anders. Sehr schnell signalisierte mir Herr Gruber, dass er ein großes Bedürfnis habe, seine Leidensgeschichte zum ersten Mal jemandem umfassend darzulegen. Und es wurde auch deutlich, dass er dies als Voraussetzung dafür ansah, wirklich verstanden zu werden.

*Folglich kreisten meine Fragen um das Thema, was ich alles wissen müsse, um gut verstehen zu können, worum es bei seiner Problematik und seinem Anliegen hier in der Therapie gehe. Da wir die Sitzungen - mit Ausnahme einiger Abstecher zu sichtbar gewordenen Stärken und Ressourcen - **problemorientiert** zugebracht hatten, bat ich ihn am Ende der Sitzung, um den Fokus wieder auf eine **lösungsorientierte** Perspektive zu verlagern, bis zum nächsten Mal all das zu beobachten und zu notieren, was in seinem Leben trotz seiner Problematik aktuell OK sei, womit er zufrieden sei, was so bleiben könne und solle und sich auch durch eine Therapie keinesfalls ändern solle.*

4. Psychotherapietheoretische Basis

Bei der Schilderung der Beschwerden von Herrn Gruber wird sicher verhaltenstherapeutischen Kolleg/inn/en sofort das Modell der Behandlung von Zwängen, wie es z.B. Lakatos und

Erscheint in einem Buch mit dem Titel "Therapieziel Wohlbefinden" von Renate Frank bei Springer

Reinecker (1999) vorgelegt haben, in den Sinn gekommen sein. Und Vertreter/inne/n anderer Schulen werden entsprechende Störungs- und Behandlungsmodelle assoziieren. Ich will an dieser Stelle jedoch das Augenmerk auf den narrativen Aspekt der Therapie lenken. Und dazu brauche ich Argumente, welche die oben skizzierte erkenntnistheoretische Basis mit einigen mir vertrauten Spielarten von Therapie verbindet, welche Narrationen ein besonderes Augenmerk schenken.

Kenneth Gergen (2002) nennt vier zentrale Merkmale, welche charakteristisch für ein Therapieverständnis unter dem Aspekt der sozialen Konstruktion seien:

- *Schwerpunkt auf Bedeutungen* – im Gegensatz zu traditionellen Therapien, in denen es oft um das Herausfinden von Ursachen für psychische Störungen geht, welches nach einem medizinischen Modell angestrebt wird (Was steckt hinter dem Gesagten?), geht es nun um konstruierte Bedeutungen, die sich in den Erzählungen und Geschichten der Klient/inn/en finden lassen (Was wird unmittelbar in dem Gesagten sichtbar?);
- *Therapie als Co-Konstruktion* – der Klient erhält in der Entfaltung seiner Erzählungen und Geschichten zunächst einen Freiraum; die Art der Reaktion, der Nachfragen, der Reformulierungsangebote, subtiler Betonungen etc. durch den Therapeuten lässt dann gemeinsam mit dem Erzählenden neue Optionen im Verständnis, in der Erzählweise, in der Schwerpunktbildung und in den daraus resultierenden Folgen (z.B. auf der Handlungsebene) entstehen; letztlich entsteht eine neue Geschichte *zwischen* den Beteiligten; d.h. zwischen Therapeut/in und Klient/in
- *Schwerpunkt auf Beziehungen* – die strenge Fokussierung auf das „Innenleben des Geistes“ wird zugunsten eines starken Interesses für das Netzwerk sozialer Beziehungen und dort kommunal erzeugter Bedeutungen und ihrer Folgen im Handeln (mit sich selbst oder signifikanten Anderen) verschoben;
- *Wertesensibilität* – aufgrund der bisher genannten Merkmale wird die Bedeutung der Werte der Therapeut/inn/en im Prozess der Therapie deutlich und Wertneutralität zur Illusion; daher wird eine Offenlegung der Werte des/der Therapeuten/in obligatorisch, wenn kritische Situationen im Therapieverlauf dies erforderlich erscheinen lassen.

Es gibt mittlerweile neben den explizit so genannten ‚narrativen Ansätzen‘ in sehr vielen traditionellen Therapierichtungen auch Versuche, diese narrativ zu interpretieren. Wolf-Ulrich Scholz (2002) berichtet von Versuchen, eine narrative Wende in der Psychotherapie auszurufen und verweist auf Machado und Goncalves (1999), welche eine Vielfalt von dementsprechenden Ansätzen in psychodynamischen, systemischen, kognitiven und konstruktivistischen Therapien konstatieren. Als deren gemeinsame Auffassung wird beschrieben, dass es Aufgabe von Therapie sei, „Klienten dabei zu helfen, ihre alten Geschichten zu revidieren und neue zu konstruieren, die von größerer Relevanz und Sinn für ihr gegenwärtiges und zukünftiges Leben seien.“ (Scholz 2002, S.232).

Die beiden Spielarten, die hier zuerst skizziert werden sollen, sind gewissermaßen komplementär zueinander. Es handelt sich um kognitiv-konstruktivistische einerseits und sozial-konstruktionistische Auffassungen von Narrationen andererseits. McNamee (1997, Übersetzung von Scholz 2002, S. 239) formuliert diese Komplementarität - aber auch ein gewisses Spannungsverhältnis - so:

„Konstruktivistische Verständnisweisen menschlichen Austausches gestehen den sozialen Prozessen, in welchen wir unsere Welten kreieren, Bedeutsamkeit zu. Jedoch gibt es einen residualen Individualismus noch fest intakt im Konstruktivismus. Die gemeinsamen Aktivitäten, in welchen sich Personen engagieren, sind bedeutsam, insofern sie die Quelle für kognitive Veränderungen und/oder Stabilität liefern. (...) Im Kontrast dazu gibt Sozial-Konstruktion insgesamt den Begriff eines originären Individuums auf. Anstatt Individuen und ihre kognitiven Strukturen als Startplatz für irgendein Verständnis menschlichen Austauschs anzusetzen, schlägt Sozial-

Erscheint in einem Buch mit dem Titel "Therapieziel Wohlbefinden" von Renate Frank bei Springer

Konstruktion vor, dass wir Bezogenheit (relatedness) – das heißt, was Leute zusammen in einem interaktiven Moment tun – untersuchen und jeglichen Sinn von Individualität, internalen Konstrukten oder Überzeugungen als aus diesen Formen von Bezogenheit auftauchend verstehen.“

Diese Komplementarität, welche auch eine entsprechende Komplementarität in den Sichtweisen dessen, was als Problem angesehen werden soll, befördert, erlebe ich als Therapeut als weitende Option. Sie eröffnet mir die Möglichkeit, Geschichten und Erzählungen meiner Klient/inn/en wahlweise aus einer Perspektive individueller Konstruktion vs. einer Perspektive dominanter Narration eines sozialen Netzwerks zu verstehen und dementsprechend verflüssigend anzugehen. Gergens vier zentrale Merkmale, welche er für Therapie unter der Perspektive eines sozialen Konstruktivismus formuliert hat, lassen sich auch für eine kognitive Perspektive diskutieren. Dies insbesondere deshalb, weil er selbst die Möglichkeiten von Verbindungen dieser Ansätze wertschätzend hervorhebt (2002, S.294).

Schwerpunkt auf Bedeutungen kann bei einem kognitiven Verhaltenstherapeuten wie Donald Meichenbaum z.B. heißen, dass er die je individuellen Geschichten der Klienten nicht nur sorgfältig entfalten lässt, sondern dabei hilft, sich bewusst zu werden, wie Klienten die mit diesen Geschichten verbundenen Wirklichkeiten erschaffen. Dabei hilft zu erkennen, welche Konsequenzen das für ihr Leben hat und dass es nicht die eine wirkliche Wirklichkeit gibt, sondern viele mögliche Erzählungen, die mehr oder weniger ermutigende und hoffnungsvolle Begleitgefühle erzeugen (Meichenbaum 1996). Bei einem sozialkonstruktivistischen Therapeuten wie z.B. Neimeyer wird hingegen die sich entfaltende Geschichte vor dem Hintergrund der Kultur oder Subkultur des oder der Betroffenen gehört und hinsichtlich ihrer Inkohärenz erzeugenden oder unterdrückenden Wirkung geprüft (Neimeyer / Raskin 2000). Es werden gängige Skripte und Diskurse hinsichtlich ihrer den Möglichkeitsraum einengenden Funktion betrachtet und den Klient/inn/en angeboten, hoffnungsvollere Lebensgeschichten zu entwerfen.

In beiden Ansätzen wird so auch schon deutlich, was es bedeutet *Therapie als Co-Konstruktion* zu verwirklichen. Beide Vertreter begreifen sich nicht mehr als Experten für zielsichere Lösungen von Problemen, sondern vielmehr als Experten für nützliche und hilfreiche Sprachangebote, welche zu ermächtigenden und ermutigenden Geschichten und Erzählungen führen sollen. Sie begreifen sich gewissermaßen als *story-dealer* (vgl. Kaimer 2003). Und es liegt auf der Hand, dass sie das nur in enger Kooperation mit ihren Klient/inn/en tun können.

Es liegt aber auch auf der Hand, dass unter diesen Vorgaben Therapie folgerichtig unter dem *Schwerpunkt auf Beziehungen* gesehen wird. Die sich entwickelnden Geschichten und Erzählungen formen sich ja einerseits Stück für Stück im Rahmen der therapeutischen Beziehung und sie müssen sich andererseits im kommunalen Diskurs des sozialen Netzwerks bewähren, müssen dort überleben können, anschlussfähig werden.

Als vierten Punkt nannte Gergen die *Wertesensibilität* einer Therapie unter der Perspektive sozialer Konstruktion. Beide Perspektiven, individuelle Konstruktion ebenso wie dominante Narrationen eines sozialen Netzwerks, werfen ethische Fragen auf, die eine möglichst große Transparenz im Rahmen der Therapie hinsichtlich der implizit und explizit vertretenen Werte wünschenswert erscheinen lassen.

Eine dritte Spielart halte ich deswegen für äußerst reizvoll, weil sich beide Komplementaritäten gewissermaßen in ihren theoretischen Grundlagen vorfinden lassen und dort ein akzeptiertes Nebeneinander eingegangen sind. Es handelt sich um die klinische Hypnosetherapie. Zu ihren theoretischen Erklärungsansätzen gehört einerseits die Neodissoziationstheorie von Hilgard (Revenstorff / Peter 2001), welche eine kognitive Theorie ist und dementsprechend auf die individuelle Verarbeitung von Konstruktionen dieser Welt fokussiert. Es gehört andererseits aber auch die Theorie der sozialen Rolleninvolviertheit sensu Barber, Sarbin oder Spanos (siehe Peter / Kraiker / Revenstorff 1991, Revenstorff / Peter 2001) dazu, welche die Bedeutung des sozialen Kontextes der jeweiligen Therapie in den Vordergrund des hypnothera-

Erscheint in einem Buch mit dem Titel "Therapieziel Wohlbefinden" von Renate Frank bei Springer

peutischen Geschehens und der Arbeit mit Trance rückt. Nimmt man hier die gängige Annahme dazu, dass Trance und Suggestion Alltagsphänomene sind und dass Menschen, welche Therapie aufsuchen, sich bereits in einer Art „Problemtrance“ befinden, dann ist der Schritt zu einem sozialkonstruktivistischen Verständnis der Wirklichkeitserzeugung nicht mehr weit. Denn der Kontext, in dem die Problemtrance induziert wurde, entspricht dem sozialen, kommunalen Diskurs, der mit seinem Bedeutungssog manchmal geradezu „verhext“ (wie es Wittgenstein generell als Potentialität von Sprache konstatierte, Wittgenstein 1971). Der soziale Kontext, in dem dann Lösungstrance entwickelt werden soll, kann wiederum nur auf der Basis kommunal und damit kulturell vermittelter Muster des „hypnotisch“ Sich-in-Beziehung-Setzens zwischen Klient/in und Therapeut/in wirken. Und das gilt auch dann, wenn dies nur unter der Voraussetzung individueller Suggestibilität bzw. Hypnotisierbarkeit von Individuen bewirkt werden kann - die andere - kognitiv-konstruktivistische - Seite der Medaille.

5. Folgende Therapiesitzungen I

Herr Gruber kommt in die nächste Therapiesitzung und schildert eine ganze Menge von Dingen, die ihm in Bearbeitung der Therapie-Empfehlungen zufriedenstellend aufgefallen sind. Und er schildert sie im Kontrast zu früheren Einschränkungen - was auch immer wieder zu Klagen über Probleme der Gegenwart führt. Die Erzählungen folgen eine zeitlang vergangenen Erfolgen, spüren seinen Ideen über aktuelle Lösungsschritte nach. Wir versuchen ein gemeinsames Experiment, indem wir eine Art Utopie entwerfen: das Leben von Herrn Gruber nachdem ein Wunder passiert sei, welches das Problem, das ihn in Therapie gebracht habe, gelöst habe. Für eine gewisse Zeit ist es möglich, Herrn Gruber bei dieser positiven Vision zu halten. Sie sich entfalten zu lassen in unterschiedlichsten Lebensbereichen. Diese Bereiche zu konkretisieren und sogar aus dem Blickwinkel anderer Personen schildern zu lassen.

Nach einer Weile tritt dann bei Herrn Gruber wieder das aktuelle Leid in den Vordergrund. Das Unverständnis, was da mit ihm geschehe, was der Grund für diese Problematik sei. Gemeinsam versuchen wir, diesem „Grund“, der ihm ein großes Anliegen und auch Teil seiner persönlichen Lösung ist, auf die Spur zu kommen. Ich biete ihm das funktionale Modell von Kanfer et al. (2004) als eine Ordnungsstruktur für unsere Suche an. Die Einbettung seiner Problematik in auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen ist für ihn plausibel und entspricht wohl auch seiner Art zu denken. Er nutzt jedoch das angebotene Modell auf eine sehr idiosynkratische Art und Weise. Die funktionale Analyse, die ich als Grundlage für die Finanzierung durch die Krankenkasse der Therapie erstelle, und seine neu sich entwickelnde Geschichte von auslösenden Bedingungen, die teils mit seiner Kindheit, teils mit Erfahrungen in seinem sozialen Umfeld, teils mit persönlichen Gewohnheiten zu tun haben, unterscheiden sich dabei erheblich. Und doch ist jede dieser beiden Geschichten nützlich für den je bestimmten kommunalen Diskurs. Herr Gruber jedenfalls gewinnt auf diese Art und Weise zunehmend das Gefühl sich selbst besser einordnen und verstehen zu können, was ihm wiederum Ansatzpunkte für Lösungsschritte liefert. Diese erwartet er sich teils von mir und den psychotherapeutischen Ansätzen, die ich vertrete, er wandelt sie jedoch interessiert nach seinen eigenen Bedürfnissen und gemäß seiner persönlichen Änderungstheorie ab. Dasselbe gilt auch für andere Anregungen, die er sich wünscht – z.B. Bücher. Er liest die empfohlene Literatur gerne und relativ zügig. Und er wählt aus, was ihm stimmig und passend scheint für seine aktuelle Situation.

Die sich entwickelnden und entfaltenden Geschichten finden offensichtlich auch Eingang in seinen Alltag. Er berichtet immer wieder von Gesprächen mit seiner Frau, mit Arbeitskollegen, mit befreundeten Personen, wobei Teilstücke der in der Sitzung entstandenen Geschichten sichtbar werden. Und er berichtet von Veränderungen, die sich in seiner alltäglichen Lebenspraxis ergeben. Natürlich – die Geschichten haben Folgen im Handeln. Und das Erzählen und Handeln erfährt Rückmeldung in seinem kommunalen Feld und es entscheidet sich so, was lebbar ist und was nicht. Daraus entwickelt sich auch ein ganz individuelles Muster von

Erscheint in einem Buch mit dem Titel "Therapieziel Wohlbefinden" von Renate Frank bei Springer

Beschleunigung und Verlangsamung von Veränderungen bezogen auf die therapeutischen Ziele. Und dazu gehören ebenfalls wieder Geschichten und Erzählungen, welche diese Prozesse begründen, von ihnen ablenken, in ihnen ermutigen und herausfordern. Auch die Änderung der therapeutischen Ziele findet in diesem Rahmen des Neuerzählens und Umerzählens immer wieder statt – manchmal ganz subtil, manchmal dramatisch.

6. Die gemeindepsychologische Perspektive

Schon lange bevor das Narrative im Rahmen der therapeutischen Gemeinde zum (post)modernen Begriff wurde, beschäftigten sich gemeindepsychologische Theoretiker/innen und Praktiker/innen mit der gestaltenden Kraft von Geschichten im Rahmen von Empowermentprozessen (Stark 1992, 1996).

Mit Empowerment ist damit die aus der Kritik expertendominierter Präventionsprogramme erwachsene Stärkung der salutogenen Ressourcen von Menschen gemeint. Konkret sollen Menschen dabei unterstützt werden, Möglichkeiten zu finden oder auszubauen, die ihnen ein Optimum an Kontrolle über das eigene Leben (zurück)geben (Rappaport 1985, Keupp 1998, Stark 1996). Dabei soll besonders sensibel ein Gleichgewicht zwischen Anerkennung vorhandener Stärken und Bereitstellung von Hilfestellungen durch psychosoziale Helfer/innen gefunden werden.

Die Grundlagen für solche anzustrebenden Prozesse liegen:

- In einem Wechsel des Schwerpunkts von einer Defizit- oder Pathologieperspektive hin zu einer Ressourcen- oder Kompetenzperspektive;
- In einer Änderung der Sicht der Expert/inn/en – statt Expert/inn/en-Lösungen geht es um eine Unterstützung selbstbestimmter und selbstverantworteter Lösungen;
- In einer Überwindung von „Demoralisation“ und Ermöglichung der Erfahrung von Selbstwirksamkeit;
- Im Anstoßen von Eingebundenheit in soziale Netzwerke und die Nutzung der damit verknüpften Ressourcen (Netzwerkförderung).

Solche Empowermentprozesse können sowohl auf der individuellen Ebene, der Ebene der unmittelbaren sozialen Netzwerke, wie auch auf struktureller, sozialpolitischer Ebene angestoßen werden und wirken.

In diesem Zusammenhang sind folgende Zitate aufschlussreich und programmatisch für ein psychosoziales Handeln unter einer gemeindepsychologischen Perspektive:

„Zentrales Medium für die Gestaltbarkeit des eigenen Lebens, die Entdeckung sozialer Ressourcen und die Förderung von Selbstorganisation sind Erzählungen und Geschichten ...“ (Stark 1996, S.47) und „Die in den Geschichten angelegten *Prozesse der Selbstthematizierung* und auch Selbstmythologisierung sind wesentliche Schubkräfte für Empowermentprozesse. Sie machen das Veränderungspotential dieser Prozesse aus, schaffen Einheit, Identität und Kraft. Es sind die Geschichten, und nicht die Ergebnisse, die den Aufforderungscharakter besitzen selbst aktiv zu werden, die eigene Geschichte zu beginnen und weiterzuerzählen.“ (S. 49)

Das Besondere einer Geschichtenperspektive, wie sie aus gemeindepsychologischem Denken kommt, ist ihre eminent politische Dimension. Diese zeigt sich im analytischen Herangehen an die jeweiligen Geschichten und die dort gefundene und hergestellte Verbindung zwischen persönlichen Schicksalen und gesellschaftlichen Prozessen ebenso, wie in den erfrischend anregenden, Mut machenden und unmittelbar aktivierenden Anteilen von individuellen Geschichten. Gleich Reaktionen in chemischen Prozessen neigen diese Anteile dazu, Verbindungen mit den Erzählungen und Geschichten anderer beteiligter Zuhörender einzugehen (Stark 1992).

Diese Mut machenden, selbstbemächtigenden Aspekte in gemeindepsychologischen Geschichten stammen unter anderem auch aus den auf eine wünschenswerte Zukunft gerichteten Erzählanstößen (hier sehr ähnlich lösungsfokussierten Ansätzen – siehe weiter unten). Denn

Erscheint in einem Buch mit dem Titel "Therapieziel Wohlbefinden" von Renate Frank bei Springer

Empowermentgeschichten gehen über die Beschreibung der Vergangenheit – ihre Erfolge und Niederlagen – hinaus und richten sich regelmäßig auf „*Handlungs- und Phantasieanregungen für eine (mit) zu gestaltende Zukunft*“ (Stark 1992, S.41). Am beeindruckendsten scheint mir dieser ressourcenorientierte Ansatz bzw. die Ressourcen-Schöpfung in den Erzählwerkstätten beobachtbar zu sein, in denen individuelle Empowermentprozesse parallel zu kommunal bezogenen erfahrbar werden (vgl. Stark 1992, 1996). Mehrere Veranstaltungen der letzten Jahre mit Studierenden im Fachbereich Klinische Psychologie an der Universität Bamberg, sowie eine Diplomarbeit über eine Erzählwerkstatt mit einer Selbsthilfegruppe „Verwaiste Eltern“ (Berger / Bornschlegel 1996) konnten dies eindrucksvoll demonstrieren.

7. Folgende Therapiesitzungen II

Immer wieder findet eine Rückbesinnung auf das von Herrn Gruber geschilderte „Wunder“ statt. D.h. immer wieder versuche ich, gemeinsam mit ihm herauszufinden, inwieweit er eine persönliche Vision für sein zukünftiges Leben hat, wie diese aussieht, welches die Aspekte dieser Geschichte sind, die ihm besonders erstrebenswert scheinen. Immer wieder bitte ich ihn, einzuschätzen, wie viel er bereit ist, für einzelne Aspekte dieser Vision zu tun. Wie zuverlässig er ist, dies mit den gemeinsam (er)/gefundenen Mitteln erreichen zu können. Und immer wieder beschäftigen wir uns mit Zeiten vor der Therapie oder zwischen den Sitzungen: wo ein kleines Stückchen des Wunders bereits stattgefunden hat. Und wir versuchen herauszufinden, inwieweit er dies als unter seiner Kontrolle stehend erlebte oder als Zufall. Dies ist sowohl für Herrn Gruber wie mich manchmal eine äußerst anstrengende Konkretisierungsarbeit, wenn es darum geht das Wann? Wo? Wie? Von wem beobachtet? in der Sitzung gesprächsweise sichtbar und über die Kraft der Vorstellung auch erlebbar zu machen.

All dies versuchen wir als Prozess anschaulich zu machen – mit Skalen, mit der Metapher eines Prozesses, einer persönlichen Entwicklung, in welcher er sich befindet. Wir nutzen therapeutische Konzepte, mit denen er sich bibliothераpeutisch bereits auseinandergesetzt hat, und setzen diese in Beziehung zu seiner Änderungstheorie. Auch greifen wir immer wieder das auf, was er in kritischen Situationen zu sich selbst sagt, überprüfen gemeinsam wie zielführend, nützlich und - aufgrund seiner Wahrnehmung - zutreffend das Gesagte ist. Und von Zeit zu Zeit fordert er auch mein Wissen, meine Erfahrung, meine Sichtweise ein.

Herr Gruber erhält am Ende einer jeden Sitzung eine kompakte Rückmeldung, welche anerkennende, wertschätzende, manchmal für ihn anregende und überraschende Elemente enthält. Die Rückmeldung soll seine Sichtweise öffnen hinsichtlich möglicher anderer Geschichten, wenn er sich allzu festgelegt auf eine mögliche Geschichte sieht. Sie soll ihm Distanz ermöglichen, wenn die von ihm erzählten Geschichten eher einengenden, pathologisierenden Charakter haben. Sie soll ihn bestätigen hinsichtlich seiner Ressourcen und Stärken mittels respektvoller Komplimente. Dies soll unter anderem seine Geschichten schlüssig und in sich stimmig machen. Und sie soll ihm plausible Schritte für den weiteren Entwicklungsprozess empfehlen, die meist bereits in der Sitzung gemeinsam geplant wurden.

Zwischen den Sitzungen schicke ich ihm gelegentlich einen Brief, wenn ich ihm eine hilfreiche Idee anbieten möchte. Und auch er schickt mir Nachrichten, um von Entwicklungserfahrungen – Fortschritten und Misserfolgen – zu berichten.

*Besondere Bedeutung haben auch Beschreibungen, die Herr Gruber mir hinsichtlich der Reaktionen seiner Umwelt erzählt. Dabei können das genauso gut erwartete oder phantasierte zukünftige Reaktionen und Beobachtungen signifikanter Mitglieder seines sozialen Netzwerks sein wie tatsächlich beobachtete in der Gegenwart. Die persönliche Entwicklung durch die Brille der wichtigsten Sozialpartner ressourcenfokussiert zu sehen, eröffnet ihm immer wieder neue Perspektiven. Aber immer wieder lehnt er auch Angebote, **anders oder neu zu sehen** ab. Immer wieder einmal signalisiert er mir, dass er an einem bestimmten Punkt, hinsichtlich einer bestimmten Perspektivrichtung nicht folgen mag, diese vorgeschlagene Sichtweise nicht*

Erscheint in einem Buch mit dem Titel "Therapieziel Wohlbefinden" von Renate Frank bei Springer

einnehmen mag. Je nach Einschätzung folge ich ihm oder hole mir die Erlaubnis, ihn respektvoll mit „meiner“ Sichtweise zu konfrontieren.

8. Die psychotherapeutische Basis

Der Ausgangspunkt narrativ-sozialkonstruktivistischer Ansätze ist Sprache. Sprache als Aktivität, die eingebettet ist in einen gestisch-mimischen Kontext. Und vor allem eingebettet in einen sozialen Kontext, in dem jemand zu jemandem unter bestimmten Bedingungen etwas sagt. In diesem Kontext entsteht dann die Bedeutung des Gesagten durch einen bestimmten Gebrauch.

Narrativ-sozialkonstruktivistische Ansätze haben aus der Erfahrung im Umgang mit Sprache und – allerdings etwas später – aus theoretischen Überlegungen Werkzeuge beschrieben, die helfen sollen, der speziellen Funktionalität einengender, pathologisierender, stigmatisierender, dominierender und demoralisierender Geschichten zu begegnen.

Eine Fülle solcher Werkzeuge für narrative Spielarten einer kognitiven (Verhaltens)Therapie beschreibt Scholz 2002 – z.B. den Ansatz von Donald Meichenbaum, der viele Ähnlichkeiten mit den weiter unten skizzierten Prinzipien narrativer Therapie von White & Epston hat, den Ansatz von Neimeyer, der kognitive und sozialkonstruktivistische Perspektiven zu integrieren sucht, den Ansatz von Goncalves als vielleicht radikalster sozialkonstruktivistischer Interpretation kognitiver Therapie und seine eigenen Weiterentwicklungen Rational Emotiver Therapie (Machado / Goncalves 1999).

Ich will die Beschreibung narrativer Werkzeuge auf ein paar Beispiele beschränken, die ich selbst alltäglich in meinen Therapien zu nutzen suche. Weitere konkrete Beispiele sind in der angegebenen Literatur zu finden.

Wenn ich diese Werkzeuge nun zuerst einmal ganz grob charakterisiere, dann wäre es wohl am stimmigsten, die Vorgehensweisen unter die Überschriften eines erkundenden, befragenden Interviewstils einerseits und eines respektvoll anbietenden, zur Verfügung stellenden Erzähl- oder Interventionsstils andererseits zu versammeln.

Zu dem erkundenden, befragenden Interviewstil gehören Einladungsfragen, Wunder- bzw. Zielklärungsfragen, Fragen nach Fluktuationen, Skalenfragen und Bewältigungsfragen, wie sie in den Publikationen des lösungsfokussierten Ansatzes beschrieben worden sind (vgl. de Jong/Berg 1998, de Shazer 1992, de Shazer 1996). Ich habe diese Werkzeuge an anderer Stelle etwas ausführlicher beschrieben (Kaimer 2005) und will mich deshalb beschränken:

- *Einladungsfragen* kreisen darum, die Klient/inn/en dabei zu unterstützen Anlass, Anliegen, Auftrag und Kontrakt Stück für Stück sorgfältig herauszuarbeiten und dabei vorschnelles Festlegen aufgrund eines wie auch immer gearteten „klinischen Blicks“ von Helferseite zu vermeiden (eine vorzügliche Darstellung dieser Arbeit bietet Loth 1998, 2005).
- *Wunder- bzw. Zielklärungsfragen* regen an, den Suchraum für eine wünschenswerte Zukunft zu öffnen, indem dem eigenen Sehnen mittels anregender Visionen Platz gegeben wird. Die sich entfaltende Vision wird in einem nächsten Schritt so konkretisiert, dass kleine, realisierbare, wünschenswerte, körperlich aktivierende Zielschritte entstehen (Bamberger 2005).
- *Fragen nach Fluktuationen* versuchen, Problemstabilität zu dekonstruieren und die Aufmerksamkeit auf das Auftreten sowie die Rahmenbedingungen von minimalen Zielzuständen zu fokussieren. Sie unterstellen, dass es sowohl vor Beginn der Therapie als auch zwischen den Therapiesitzungen signifikante Erfahrungen gibt, welche mögliche Schritte in Richtung der akribisch beschriebenen Vision bahnen können.
- *Skalenfragen* eröffnen die Möglichkeit, sich selbst prozessual hin auf eine wünschenswerte Zukunft zu erzählen. Sie geben diesem vielleicht manchmal vagen Prozess Orientierung und Struktur, so dass die erzählte Geschichte kohärenter und stimmiger wird.

Erscheint in einem Buch mit dem Titel "Therapieziel Wohlbefinden" von Renate Frank bei Springer

- *Bewältigungsfragen* helfen, in Zeiten der Stagnation und drohender Demoralisation einerseits glaubwürdig hinsichtlich der aktuellen Stimmungslage der Klient/inn/en zu bleiben (joining), andererseits dennoch vorhandene Aktivität und Bewältigung zu würdigen, so dass dies (gerade noch) annehmbar und sehbar ist.

Zu dem respektvoll anbietenden, Ressourcen zur Verfügung stellenden Erzähl- oder Interventionsstil gehören z.B. Werkzeuge, wie von White und Epston 1990 (vgl. auch Sluzki 1996) beschrieben. Die Grundideen, welche die Begründer der narrativen Therapie verfolgen, sind dreigeteilt. Dominante Erzählungen sollen dekonstruiert, inkohärente Erzählungen vervollständigt und geschlossene Erzählungen geöffnet werden.

Um nun „eigene“ Erzählungen zu entwickeln, Stimmigkeiten und gute Gestalten im Erzählen zu erzeugen und Möglichkeiten im Erzählen zu eröffnen, wird erst einmal das Problem „externalisiert“. Dies wird als spielerisches Angebot formuliert, um pathologisierenden Geschichten im Sinne eines medizinischen Krankheitsmodells eine Alternativoption entgegen zu stellen. *Externalisieren* heißt, dass über das präsentierte Problem in einer vergegenständlichten und gleichzeitig außerhalb des Klienten / der Klientin lokalisierten Form gesprochen wird. Dies geht oft natürlich nur schrittweise, da sich Klienten im Laufe eines Prozesses der Selbst- und Fremddiagnose individuell pathologisiert haben oder von Professionellen dahingehend festgeschrieben wurden. Schrittweise kann also erst einmal z.B. von einem zwanghaften Teil, dem andere ganz anders gestimmte Teile gegenüberstehen, gesprochen werden. Wenn sich eine solche Art, die Geschichte zu erzählen als anschlussfähig erwiesen hat und eine Weile im Gebrauch war, kann ein weiter gehendes Angebot gemacht werden. Der zwanghafte Teil wird vielleicht als Chor einer griechischen Tragödie beschrieben (Papp 1989), der versucht, den Klienten zu bestimmten Handlungen zu bringen.

Das Vervollständigen inkohärenter Erzählungen und Öffnen geschlossener Erzählungen kann mit Hilfe zweier Angebote realisiert werden.

Da ist zum einen die Rückmeldung von wertschätzenden, reflektierenden Sichtweisen von weiteren beobachtenden Personen während oder am Schluss einer jeden Therapiesitzung. Eine solche Rückmeldung während der Sitzung wurde durch die Arbeiten des norwegischen Psychiaters Tom Andersen und sein Konzept des „Reflecting Team“ entwickelt (Andersen 1990, siehe auch Hargens / Schlippe 2002). Ziel ist es, angemessen ungewöhnliche Ideen oder Sichtweisen über wertschätzend geäußerte Perspektiven, Gedanken oder Fragen der helfenden Personen (im Idealfall ein Team von mehreren Personen) anzubieten, welche dem oder den Betroffenen einen Anstoß zur erneuten Selbstkonstruktion geben. Von Therapeutenseite ist gefordert, in diesem Prozess zusätzlich zu seinen Beiträgen im „äußeren Dialog“ mit den Klient/inn/en auch nützliche und fruchtbare Teile des parallel ablaufenden „inneren“ Dialogs zu veröffentlichen. Damit wird angestrebt erstens Kooperation im Sinne emanzipatorischer Bestrebungen zu befördern und zweitens wegzukommen von den Erwartungen einer konvergenten hin zu divergenten Lösungsmöglichkeiten (etwas überspitzt formuliert: Multiversa statt Universa).

Rückmeldungen am Ende der Sitzung wurden z.B. von dem Team des Brief Family Therapy Center in den USA (De Jong/Berg 1998, De Shazer 1992, De Shazer 1996, vgl. auch Bamberger 2005, Kaimer 2005) entwickelt. Hier geht es darum, die Kohärenz von Geschichten einerseits durch angemessene Bestätigung des geschilderten Leids andererseits durch wertschätzendes Herausheben bestehender Stärken oder Qualitäten aber auch anregender Sichtweisen des Teams zu fördern. Ergänzend werden bei entsprechendem Auftrag auch die Empfehlung von Lösungsschritten, welche meist in der Sitzung selbst entwickelt wurden oder sich logisch aus den entstandenen Geschichten ableiten lassen, angeboten.

Eine zweite Möglichkeit besteht in der Vermittlung von Ideen, Reflexionen oder weiteren Perspektiven mittels Briefen, E-Mails oder SMS. Für Briefe haben das White und Epston 1990 gut nachvollziehbar beschrieben. Der Vorteil dieses Vorgehens besteht in der besseren

Erscheint in einem Buch mit dem Titel "Therapieziel Wohlbefinden" von Renate Frank bei Springer

Unterstützung des Klienten, die innerhalb der Sitzung entwickelten Geschichten in seinen Alltag zu übertragen und gleichzeitig umgekehrt Informationen darüber zu erhalten, welche Geschichten und Erzählungen alltagstauglich sind.

Zu dem respektvoll anbietenden, Ressourcen zur Verfügung stellenden Erzähl- oder Interventionsstil gehört für mich aber auch, mein Wissen und meine Erfahrung mit dem Pool an Möglichkeiten bewältigungsorientierter Verfahren sowie klärungsorientierter Vorgehensweisen zur Verfügung zu stellen – sofern das gewünscht wird und die Voraussetzungen stimmen. Zu den Voraussetzungen gehört für mich, dass die lösungsfokussierten Optionen ausgeschöpft sind und meine Lösungsangebote die eigenen Ressourcen der Klienten nicht untergraben oder behindern. In diesem ganzen Prozess muss die jeweilige Expertenschaft gesichert bleiben: der Klient ist Experte für sein Leben und letztlich für die Lösung seiner Probleme; ich als Therapeut bin Experte für die Begleitung eines solchen Prozesses, für das Angebot von Fragen, die Co-Konstruktion befreiender, Mut machender, Handlungs-Optionen eröffnender oder zumindest Bewältigung sichernder Geschichten. An dieser Stelle sei auf Jürgen Hargens und sein beharrliches Plädoyer für eine Sichtweise der „Kundigkeit“ von Klient/inn/en verwiesen (z.B. „Die Betonung liegt darauf, die unterschiedlichen Bereiche der Kundigkeit – hier die Fachlichkeit der TherapeutIn, dort die Kompetenz für das eigene Leben – ausdrücklich zu würdigen, zu respektieren, anzuerkennen und zu nutzen“ Hargens 2005, S.15).

Auch bei der psychotherapeutischen Basis möchte ich die Möglichkeiten einer ressourcenorientierten Hypnosetherapie (vgl. Bongartz/Bongartz 2000, O’Hanlon/Martin 1992) nicht unerwähnt lassen. Dies auch umso mehr, weil in der Einschätzung der Durchschnittsbevölkerung und auch bei so manchen Professionellen das Bild der Hypnosetherapie nach wie vor von Vorstellungen der machtvollen Beeinflussung durch einen externen Therapeuten charakterisiert ist. Grundsätzlich beginnt auch hier das Zur-Verfügung-Stellen nach Erreichen der oben geschilderten Voraussetzungen. Eine ressourcenorientierte Hypnosetherapie scheint mir (wenigstens) zwei Vorteile zu bieten. Zum einen fällt Klient/inn/en, welche mit diesem Ansatz gut arbeiten können, in Trance der Zugang zu emotionalen Anteilen geschilderter Geschichten und der Ausdruck derselben leicht (erlebte Kohärenz der Geschichten). Zum anderen eröffnet das Spiel mit Möglichkeiten unter den Rahmenbedingungen des hypnotischen Rituals einen beachtlichen Variationsraum eröffnet (z. B. Anstoßen innerer Suchprozesse mit Hilfe von Metaphern oder Bildern – vgl. Bongartz / Bongartz 2000, Revenstorf / Peter 2001, diverse Jahrgänge der Zeitschrift Hypnose & Kognition). Entscheidend für eine Bewertung dieses Ansatzes als sozialkonstruktivistische Arbeitsweise ist auch hier wieder die Art der Vermittlung (Trance als natürliche Fähigkeit von Menschen, Nutzung der eigenen Vorstellungskraft durch den Klienten selbst ...). Entscheidend ist aber auch die Art der angebotenen Beziehung (als Begleiter bei eigenen Entwicklungsprozessen, der Anstöße gibt (säen) und das, was sich als anschlussfähig und nützlich erweist (Aufgehen der Saat), weiter gemeinsam mit den Klient/inn/en verfolgt) sowie die Art, wie mögliche Nutzungswege vorgeschlagen und verfolgt werden.

9. Die Zeit zwischen den Therapiesitzungen

Die Erwartungen von Klient/inn/en hinsichtlich ihrer Psychotherapie werden meist durch die in den Medien praktizierte Fokussierung auf das, was in der Therapiesitzung geschieht und was die Therapeut/inn/en tun, geprägt (Duncan/Miller 2000). Und sie wird meist auch dahingehend geprägt, dass sich die Gespräche um das im Alltag vorzufindende Leid zu drehen hätten und die Therapeut/inn/en daraufhin eine Intervention vorschlagen – eine deutliche Anlehnung an das den meisten Menschen nur allzu vertraute medizinische Modell der Krankheit. Herr Gruber hatte ja genau das bereits im Rahmen seiner ersten Behandlung mit Medikamenten erlebt. Irgendwie war ihm schon klar, dass dies bei einer psychologischen Therapie anders sein müsste, aber er war unsicher und neugierig gleichzeitig. Diese Offenheit machte es möglich, die geschilderten Erwartungen, die auch Herrn Gruber zumindest vage leiteten, ei-

Erscheint in einem Buch mit dem Titel "Therapieziel Wohlbefinden" von Renate Frank bei Springer

ner Überprüfung zu unterziehen. Und nach ein paar Sitzungen konnte das Geschehen zwischen den Sitzungen, das, was er als Klient in und außerhalb der Sitzungen tat, was es an Leid ebenso wie an Stärken und (zumindest teilweisen) Erfolgen in seinem Alltag gab, genauso in den Fokus unserer Gespräche gerückt werden. Es konnten natürliche Fluktuationen, das alltägliche Auf und Ab herausgearbeitet werden. Und wir konnten uns gemeinsam dafür entscheiden, ob wir den immer wieder kehrenden „Aufs“ und ihren Bedingungen mehr Aufmerksamkeit schenken wollten oder den „Abs“.

Am Ende einer jeden Sitzung erhielt Herr Gruber regelmäßig eine Rückmeldung, welche die zentralen Punkte der jeweiligen Stunde betraf (Anerkennung von Leid, Komplimente bezüglich erreichter Schritte oder Einsichten, aber auch bezüglich zutage getretener Stärken und Besonderheiten, sowie wertschätzende Reflexionen des Teams im Sinne Tom Andersens), und er erhielt eine oder mehrere Empfehlungen für die Zeit bis zur nächsten Sitzung. Relativ bald wurde klar, dass es günstig sein könnte, auch zwischen den Sitzungen Möglichkeiten für gegenseitige Mitteilungen zu eröffnen. Wir einigten uns auf gelegentliche E-Mails. Diese wurden im Sinne der sich im Rahmen der Therapiesitzungen entwickelnden Geschichten von Bewältigung, Zuversicht, Hoffnung und Erweiterung von Perspektiven genutzt.

Am Beginn jeder Sitzung stand die Frage danach, was er in der Zwischenzeit nutzbringend für sich verfolgen konnte. D.h. was er aus der jeweils letzten Sitzung für sich nutzen konnte ebenso, wie die Frage danach, was er allein gefunden und ausprobiert hatte. Und welchen Unterschied das für ihn persönlich mache. Wir konkretisierten diese Erfahrungen hinsichtlich seines sozialen Feldes (gewissermaßen aus einer potentiellen Beobachterperspektive: Wer konnte wann was genau wahrnehmen und hat wie darauf reagiert?). Hatte sich nichts oder wenig geändert, versuchten wir sorgfältig Fluktuationen herauszuarbeiten, wobei der Fokus der Aufmerksamkeit wiederum auf die Aufschwünge gerichtet wurde, und wir versuchten herauszuarbeiten, welche Erfahrung mit dieser Phase verbunden war.

Und anschließend bemühten wir uns darum, diese Fundstücke in die bereits erzählten Geschichten hineinzuwoben, einzubauen, auf Stimmigkeit zu überprüfen, zu erweitern ... und nächste Schritte zu besprechen.

10. Gesellschafts- und geschichtenkritische Anmerkungen – Grenzen des narrativen Möglichkeitsraums

Vertreter narrativer Ansätze geraten in ihrer Begeisterung für das Erzählen und Neu-Erzählen von Geschichten als Quelle für Hoffnung und Kraft leicht in einen mentalen Bann, den Heiner Keupp *Gesellschaftsvergessenheit* genannt hat (Keupp 2002). Diese Gesellschaftsvergessenheit verstellt den Blick darauf und verhindert die Reflexion bezüglich der Tatsache, dass der diagnostizierte Verlust der großen Metaerzählungen nicht Leere hinterließ, sondern eine Fülle von Ersatznarrationen hervorgebracht hat. Auch für Psychotherapie sind solche Ersatznarrationen im Sinne von „Identitätserzählungen, die den Subjekten Plätze und Optionsräume für ihre Selbstverortung anbieten“ (S. 561), benennbar. Und Therapeut/inn/en könnten gewissermaßen als *story dealer* gesehen werden, wenn sie denn eine Bewusstheit für diese Perspektive hätten.

Keupp benennt fünf Typen von Identitätserzählungen, wie sie für psychotherapeutisch-psychosoziale Konzeptionen gegenwärtig auffindbar sind (Zitat):

- Der „*proteische Typus*“ sieht in der Erosion moderner Lebensgehäuse die große Chance für den Einzelnen, sich flexibel, kreativ, geschmeidig und mobil in immer neuen Gestalten verwirklichen zu können. Er vertritt einen neoliberalen Freiheitsmythos.
- Der „*fundamentalistische Typus*“ lehnt all das ab, was vom ersten Typus als „Freiheitsgewinn“ des Subjekts verbucht wird und verspricht die unverrückbaren Behausungen, in denen man sein gesichertes Identitätsfundament finden könne. Hier wird in Gestalt des Angebots von „unverrückbaren Ordnungen“ ein Skript geboten, das sich jeder historisch-kulturellen Reflexion entzieht.

Erscheint in einem Buch mit dem Titel "Therapieziel Wohlbefinden" von Renate Frank bei Springer

- Der „*reflexiv-kommunitäre Typus*“, für den der gegenwärtig wirksame Individualisierungsschub und Entwurzelungs-Prozess Anlass für die Suche und Förderung von posttraditionalen Ligaturen darstellt, in denen Menschen sich selbstbestimmt vernetzen und darüber kollektive Handlungs- und Gestaltungsressourcen schaffen.
- Der „*Typus Selbstsorge*“, der sich den heimlichen Fesseln der allgegenwärtigen „Pastoralmächte“ entzieht und in Empowerment-Prozessen Eigensinn und Selbstbemächtigung zu entwickeln versucht.
- Der „*Typus ‚beschädigtes Leben‘*“, der im Gegensatz zu den anderen vier auf positive Veränderungsmöglichkeiten setzenden Typen auf der provokativen Gegenposition beharrt: „Es gibt kein richtiges Leben im falschen“. (S. 569)

Dieser Blick auf vorzufindende Lebensskripte, in die wir unsere persönlichen Erzählungen zumindest teilweise immer einschreiben, eröffnet uns zumindest zwei wichtige Optionen: *Erstens* sollte uns damit möglich sein, uns selbst kritisch zu hinterfragen, welcher Lieblingsnarration wir als Therapeut/inn/en anhängen. Zu reflektieren, bei welchen Skriptangeboten wir uns selbst in unserer Aus- und Weiterbildung bedient und sie in unseren Identitätsbaustein als psychosoziale/r Helfer/in eingebaut haben. Und es sollte uns möglich sein, uns in kritischer Distanz bei unserer Arbeit als *story dealer* zu beobachten und diese Tatsache im Sinne der oben benannten Wertesensibilität zu veröffentlichen.

Zweitens könnte uns gerade die fünfte Identitätserzählung den Blick für etwas offen halten, was sich im Diskurs des Sozialen Konstruktivismus, der Dekonstruktion von Texten, der Wirklichkeitserzeugung via Sprache leicht zu vernebeln scheint: die Verhältnisse. In vielen therapeutischen Konzeptionen gab es Strömungen, die sich zumindest eine zeitlang den Blick für gesellschaftliche Verhältnisse offen hielten. Kritische Psychoanalytiker befassten sich mit Herrschaftsstrukturen und vielfältigen Formen von Unterdrückung. Gemeindepsychologische Verhaltenstherapeuten unterschieden sorgfältig hinsichtlich der Zielrichtungen von psychosozialen Aktivitäten zwischen „Änderung des Verhaltens“ vs. „Änderung der Verhältnisse“. Und auch lösungsorientierte Praktiker empfahlen, genau hinsichtlich *facts* und *meaning* zu unterscheiden. Nur Letzteres sei therapeutisch „verhandelbar“, wohingegen es bei den *facts* um konkrete Aktionen zur Änderung der Verhältnisse gehe. Unter gegebenen sozialen, finanziellen, juristischen, politischen Rahmenbedingungen finden „Nützliche Geschichten als Quelle von Kraft und Hoffnung“ auch Grenzen. Bewältigungsoptimismus muss in allen Ehren gehalten werden, doch nicht grenzenlos und zu Lasten der Betroffenen. Wir Psychotherapeuten, die wir gerade erst unsere staatliche Anerkennung erhalten haben und aus vielfältigen Gründen natürlich daran interessiert sind, uns als hocheffektive Praktiker darzustellen, könnten die Chance unseres entstandenen Prestiges auch im Sinne der fünften Erzählung nutzen. Wir könnten z.B. über unsere Standesvertretungen auch immer wieder verlautbaren lassen, dass „Nützliche Geschichten als Quelle von Kraft und Hoffnung“ einer gewissen gesellschaftlichen Basis bedürfen und dass wir uns keineswegs dazu missbrauchen lassen wollen, gesellschaftliche Widersprüche mittels narrativem Palliativ abzupuffern.

Und da ist noch etwas: bei all meiner Faszination für Sozialen Konstruktivismus und die damit einhergehende Perspektive der Wirklichkeit als diskurserschaffenes sprachliches Phänomen, gibt es doch noch ein weiteres nachhaltig korrigierendes, persönliches Unbehagen. Und wenn ich diesem Unbehagen nachgehe, fällt mir die Unterscheidung von Daniel Stern zwischen Wortwissen und Weltwissen in der Entwicklung des Menschen ein (Stern 2003). Ich erinnere mich an meine Resonanz auf seine Darstellung der Zweischnidigkeit des Spracherwerbs, welche eine Spaltung im Erleben des Selbst erzwingt und damit die Gefahr der Entfremdung in sich birgt. Ich erinnere auch die unmittelbare, fast schon körperliche Zustimmung zu seiner Darstellung, dass manche Erlebensweisen - insbesondere des Kern-Selbst - unverbalsiert bleiben und seiner Meinung nach eine namenlose, aber nichtsdestoweniger sehr wirksame Existenz führen.

Mir fällt aber auch meine Lektüre von Barbara Duden (2002) ein, welche mich sensibilisiert hat für die Janusgesichtigkeit von Fortschrittlichkeit, wenn nämlich sprachlich vermittelte

Erscheint in einem Buch mit dem Titel "Therapieziel Wohlbefinden" von Renate Frank bei Springer

Wahrnehmungsmuster zu einer Auflösung der selbstbestimmt gefühlten Körperlichkeit im postmodernen Diskurs führen. Duden kann die Argumentation bezüglich des Wandels weiblicher Erfahrung in Schwangerschaft, Geburt, Krankheit überzeugend mit Hilfe ihrer Methode „disziplinierter Entfremdung“ führen. Sie vergleicht die barocken Patientinnengeschichten hinsichtlich der genannten Phänomenbereiche mit heutigen Erfahrungen und Praktiken und gewinnt daraus eine sowohl fortschritts- wie auch geschichtenkritische Perspektive. Ähnliches wünschte ich mir für Psychotherapie und damit verbunden die Option, die eigene Begeisterung für eine bestimmte Praxis narrativer Psychotherapie (oder vielleicht Psychotherapie insgesamt) immer wieder auch distanziert und kritisch hinterfragen zu können.

11. Auf dem Weg sein

Die Therapie mit Herrn Gruber dauert noch an. Die Sitzungen sind nun etwas seltener geworden, weil er nach ersten kleinen Erfolgen etwas mehr Zeit zwischen den Sitzungen haben wollte, um neue Schritte auszuprobieren. Offensichtlich ist er sich noch nicht so ganz sicher, wie weit er tatsächlich gehen will und kann. Er persönlich ist ganz zufrieden mit dem Erreichten. Seine Umwelt, wichtige Personen seines sozialen Netzwerkes sehen weiteren Änderungsbedarf und das „drückt“ nun wiederum ihn. Diese Personen sehen sehr wohl Fortschritte, wünschen sich jedoch eine weitere Normalisierung. Er scheint abzuwägen: Aufwand und erwartbaren Effekt. Die gemeinsam ausgeloteten Geschichten kreisen nun nicht mehr nur um sein augenblickliches Kontroll- und Sicherungsverhalten, sondern tasten suchend hin zu seiner Gefühlswelt, zu Verbindungen bestimmter Gefühle mit Biografischem. Da spürt er vage, dass ihm mulmig wird, dass Geschichten zur Sprache kommen könnten, die er gut verpackt und weggesteckt hat. Ich frage einfach, gebe ihm Zeit für innere Suchprozesse – und widerstehe der Versuchung, allzu konkrete eigene Ideen oder Modelle, die mir gelegentlich durch den Kopf gehen, ohne Auftrag anzubieten. Ich bemühe mich, das Hypothetische eigener Ideen, wenn ich sie denn einmal formuliert habe, herauszustreichen. Herr Gruber soll damit „spielen“, soll sie sorgfältig für sich prüfen und dann entscheiden, wie weiter damit zu verfahren sei. Ob sie für den Such- und Lösungsprozess nützlich wären, oder ob sie besser verworfen werden sollten. Nach den ersten, relativ schnellen Verbesserungen ist dies nun ein langsamerer Prozess, und der Ausgang ist ungewiss. Im Vordergrund steht: die erreichten Verbesserungen zu halten. Und so werden diese auch immer wieder Bestandteil des Gesprächs, behalten ihren Platz in den erzählten Geschichten.

Vielleicht wird dieses Ausloten noch eine Weile dauern, vielleicht wird es Herrn Gruber möglich sein, seine Geschichten um emotionale Elemente anzureichern und sein Erleben hier zu intensivieren – auch wenn dies schmerzhaft sein könnte. Vielleicht gelingt es ihm, alte Bewältigungsmuster durch neue „erwachsene“ Lösungen zumindest teilweise zu ersetzen.

*Vielleicht beendet er aber die Therapie in ein paar Sitzungen und beschließt, dass es vorerst einmal genug ist. Dann gibt es ja noch das Follow Up in einem halben Jahr, und die Gelegenheit, sich neu zu entscheiden. Grundlegend scheint mir, dass Herr Gruber das Wissen und Gefühl behält, dass er - wie auch immer - auf **seinem** Weg ist.*

Literatur:

- Andersen, T. (1990⁴, Hg.) Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über Dialoge. Dortmund: verlag modernes leben
- Bamberger, Günter G. (2005³) Lösungsorientierte Beratung. Weinheim: PVU
- Berger, M. / M. Bornschlegel (1996) Durchführung und Dokumentation einer Erzählwerkstatt. Eine Studie über ressourcenorientiertes Erzählen von Lebensereignissen im Rahmen eines zweitägigen Gruppenworkshops. unveröffentl. Diplomarbeit im Stu-

Erscheint in einem Buch mit dem Titel "Therapieziel Wohlbefinden" von Renate Frank bei Springer

- diengang Psychologie in der Fakultät Pädagogik, Philosophie, Psychologie an der Universität Bamberg
- Blaser, A. (1993) Der Urteilsprozess bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie. Göttingen: Huber
- Bongartz, W. / B. Bongartz (2000²) Hypnosetherapie. Göttingen: Hogrefe
- Deissler, K.G. / S. McNamee (2000, Hg.) Phil und Sophie auf der Couch. Die soziale Poesie therapeutischer Gespräche. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag
- de Jong, P. / I.K. Berg (1998) Lösungen (er)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie. Dortmund: verlag modernes lernen
- Devilder, A. (2001) Skizzen einer sozial-konstruktivistischen Psychologie. Bochumer Berichte Heft Nr. 5 abrufbar unter: <http://www.boag.de>, Zugriff: 22.02.2006
- de Shazer, St. (1992) Das Spiel mit Unterschieden. Wie therapeutische Lösungen lösen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme
- de Shazer, St. (1996). ... *Worte waren ursprünglich Zauber*. Lösungsorientierte Therapie in Theorie und Praxis. Dortmund: verlag modernes leben
- Duden, B. (2002) Die Gene im Kopf - der Fötus im Bauch. Historisches zum Frauenkörper. Hannover: Offizin
- Duncan, B.L. / S.D. Miller (2000). The Heroic Client. Doing Client-Directed, Outcome-Informed Therapy. San Francisco: Jossey-Bass
- Franke, G. H. (2002²) SCL-90-R. Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis. Göttingen: Beltz Test
- Frindte, W. (1998) Soziale Konstruktionen. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Gergen, K. (2002) Konstruierte Wirklichkeiten. Eine Hinführung zum sozialen Konstruktivismus. Stuttgart: Kohlhammer
- Handelsmann, M.M. / M.D. Galvin (1988) Informed Consent. Prof. Psych. Res. & Pract. 19, 2, 223-225
- Hargens, J. / A. von Schlippe (2002²) Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und systemische Praxis. Dortmund: verlag modernes leben
- Hargens, J. (2005) Psychotherapie... und welche Bedeutung haben die Beteiligten? In: Hargens, J (Hg.) 2005. „...und mir hat geholfen ...“ Psychotherapeutische Arbeit – was wirkt? Perspektiven und Geschichten der Beteiligten. Dortmund: Borgmann, S.13-26)
- Henrich, G. / P. Herschbach (1998) FLZ^M. Fragen zur Lebenszufriedenheit. Kurzbeschreibung / Normdaten. München: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Kaimer, P. (2003) Story Dealer – ein Vorschlag zur Selbstbeschreibung von Psychotherapeut/inn/en. In: Schemmel, H. / J. Schaller (Hg.) Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen: dgvt
- Kaimer, P. (2005) Lösungsfokussierung: Gedanken zu einem gemeindepsychologischen Handlungsprinzip innerhalb einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Systema 19(1): 27-46
- Kanfer, F. / H. Reinecker / D. Schmelzer (2004⁴, Hg.) Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer
- Keupp, H. (1998) Von der fürsorglichen Belagerung zum Empowerment: Perspektiven einer demokratischen Wohlfahrts-gesellschaft. Gemeinde Psychologie Rundbrief 1, 4, 20-37
- Keupp, H. (2002) Braucht eine Gesellschaft der Ichlingen Psychotherapie? Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 34, 3, 561-579
- Lakatos, A. / H. Reinecker (1999) Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe
- Loth, W. (1998) Auf den Spuren hilfreicher Veränderungen. Das Entwickeln Klinischer Kontrakte. Ein Handbuch. Dortmund: Borgmann Media (S.25-54)

Erscheint in einem Buch mit dem Titel "Therapieziel Wohlbefinden" von Renate Frank bei Springer

- Loth, W. (2005) „Einiges könnte ganz schön anders sein“ – Systemische Grundlagen für das Klären von Aufträgen. In: H. Schindler / A. von Schlippe (Hg.) Anwendungsfelder systemischer Praxis. Dortmund: verlag modernes leben
- Machado, P.P.P. / O. Goncalves (1999) Introduction: Narrative in psychotherapy: the emerging metaphor. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1175-1177
- McNamee, S. (1997) Marrying postmodernism with cognitive psychotherapy: A response to Lyddon & Weill. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 11 (2): 99-104
- Meichenbaum, D. (1996) Posttraumatisches Stresssyndrom und narrativ-konstruktive Therapie. Ein Gespräch mit Donald Meichenbaum. *Systema* 10 (2), 6-19
- Neimeyer, R.A. / J.D. Raskin (2000) On practicing postmodern Therapy in modern times. In: dies. (Eds.) *Constructions of disorder*. (S. 3-14) Washington D.C.: APA
- O'Hanlon, W.H. / M. Martin (1992) *Solution Oriented Hypnosis*. New York: Norton
- Papp, P. (1980) The Greek Chorus and Other Techniques of Paradoxical Therapy. In: *Family Process* 19(1): 45-58, revidierte Version in: (1989) *Die Veränderung des Familiensystems*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Peter, B. / Ch. Kraiker / D. Revenstorf (1991, Hg.) *Hypnose und Verhaltenstherapie*. Bern: Hans Huber
- Rappaport, J. (1985) Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 17 (2), 257-278
- Revenstorf, D. / B. Peter (2001, Hg.) *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis*. Berlin: Springer
- Scholz, W.-U. (2002) *Neuere Strömungen und Ansätze in der Kognitiven Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Sluzki, C. Die Herausbildung von Erzählungen als Fokus therapeutischer Gespräche. In: T. Keller / N. Greve (Hg.) *Systemische Praxis in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrieverlag
- Stark, W. (1992) Gemeinpsychologische Geschichte(n): Zur Bedeutung von Geschichten für eine gemeinpsychologische Perspektive. Fünf Annäherungen. In: I. Böhm / T. Faltermaier / U. Flick / M. Krause Jacob (Hg.) *gemeinpsychologisches Handeln: ein Werkstattbuch*. Freiburg i. B.: Lambertus, 28-44
- Stark, W. (1996) *Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis*. Freiburg i. B.: Lambertus
- Stern, D. (2003⁸) *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett
- Tiling, J. von (2004) Einführung in den Sozialkonstruktivismus. http://www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/allg/lehre/Tiling_2004_SozKon.pdf, Zugriff: 22.02.2006
- White, M. / D. Epston (1990) *Die Zähmung der Monster. Der narrative Ansatz in der Familientherapie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme
- Wittgenstein, L. (1971) *Philosophische Untersuchungen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Wygotski, L.S. (1964) *Denken und Sprechen*. Berlin: Akademie-Verlag