

IRIS SEIDLER „DIE MÜHEN DER EBENEN“ oder: BEZIEHUNG ALS INTERVENTION?



*„Die Mühen der Gebirge
liegen hinter uns,
vor uns liegen die Mühen
der Ebenen.“*

Auszug aus dem Gedicht
„Wahrnehmung“
Bertolt Brecht (1949)

WANDERUNG ALS METAPHER

Aufstieg, Ziel, Herausforderung ... endlich: Gipfel, Bergsicht, Stolz, Erschöpfung ... ein Foto zur Erinnerung ... Jausenbrot, dünne Luft ... Abstieg, notwendig, Ebene, noch ein weiter Weg ... wo ist er, der lange Atem ... wo ist sie, die Bergführerin ... es dämmt schon, wie komme ich wieder nach Hause ... es wird dunkel ... wo ist sie, die Bergführerin, wohin ist sie verschwunden ...

Therapie als gemeinsame Wanderung?

Um eine Entwicklung oder eine Veränderung zu symbolisieren wird im literarischen Kontext gerne die Metapher einer Wegstrecke, einer Straße oder einer Wanderung, einer Bergtour verwendet. Seien es bekannte Märchen wie „Von einem, der auszog das Fürchten zu lernen“, wo das bereits im Titel enthalten ist, oder das klassische Roadmovie im Kino: Die Heldin einer Geschichte muss sich auf einen langen und beschwerlichen Weg machen, um etwas Neues zu erfahren, um sich selbst neu zu erfahren. Dieser Weg ist nicht das Ziel, aber im Laufe der Geschichte wird oft klar, dass sich durch das Gehen des Weges, durch das Bestehen von Abenteuern, die auf diesem Weg lauern, möglicherweise die Sichtweise der Heldin auf das ursprüngliche Ziel verändert und damit das Ziel selbst ein anderes wird. Die Heldin hat in jedem Fall auch Begleiterinnen, die ihr beratend zur Seite stehen, die ihr über Schwierigkeiten hinweghelfen, die ihre Wunden verbinden und ihre Genesung abwarten, wenn sie ernsthafte Schäden davonträgt, und die zwischendurch ihre Freuden und am Ende die wohlverdienten Erfolge mit ihr feiern.

Psychotherapie als ein Prozess der Weiterentwicklung kann ebenfalls als ein solcher Weg verstanden werden:

Im vorliegenden Artikel wird ausschließlich die weibliche Form verwendet.

als ein Weg, der verschlungenen Pfaden folgt, eine lange Tour in unbekanntes und steiles Gelände, die hinauf- und wieder hinabführt und wieder hinauf, und die einiges an Vorbereitung braucht, um erfolgreich zu sein: gute Ausrüstung, Proviant, Kondition und eine kundige und erfahrene Bergführerin.

Wie kann diese Wanderung vonseiten der Bergführerin geplant und gestaltet werden und vor allem: Was bedeutet das für Wegstrecken, die möglicherweise wenig verlockend sind? Wie kann sie sich und die ihr Anvertrauten darauf vorbereiten, und wie kann sie sich darauf vorbereiten, dass sie eben nicht alles planen und sich nicht auf alles vorbereiten kann?

Wenn der Aufstieg geschafft ist hat man damit ein erstes Ziel erreicht und ist dennoch erst den halben Weg gegangen. Der Abstieg muss noch getan werden, und der kann sich als viel langwieriger erweisen als der steile Weg hinauf. Außerdem ist man meist schon müde, „Wie weit noch?“, „Mir tun die Knie weh!“, „Ich kann nicht mehr ...“. Jetzt wird es wirklich anstrengend, jetzt heißt es durchhalten, man kann nicht einfach stehen bleiben. Und man muss auch wieder zurück nach Hause finden, von einer anderen Richtung her.

Psychotherapie als Wanderung, die Therapeutin als Berg- und Talführerin, die die Mühen der Gebirge und auch die der Ebenen kennt?

Wie kann dann, wenn die gemeinsame Wanderung möglicherweise anstrengend und sogar langweilig wird, dennoch wieder Motivation zum Weitergehen gewonnen werden? Wie kann die Therapeutin die Mühen der Ebenen für sich erkennen, welche Hypothesen kann sie dazu bilden und wie kann sie wieder Sicherheit gewinnen, um sich selbst und ihre Klientin gut begleiten zu können?

Ich möchte im Folgenden zunächst einige gängige Begriffe hinsichtlich ihrer Definition und unserer oft allzu selbstverständlichen Verwendung näher betrachten.

PSYCHOTHERAPIE

„Der nach einer gesetzlich geregelten und besonderen Ausbildung erlernte psychotherapeutische Beruf dient der umfassenden, bewussten und geplanten Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltens-

störungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten. Ziel dieser Behandlung ist es, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundung des Behandelten zu fördern.“ (Berufskodex für Psychotherapeutinnen, 2011).

Psychotherapie kann für die weiteren Überlegungen, verkürzt gesagt, also als ein bewusstes und geplantes Handeln in einer Interaktion verstanden werden.

INTERVENTION

Intervention leitet sich vom lateinischen „intervenire“ ab und bedeutet wörtlich dazwischentreten, unterbrechen, einschreiten.

In der Psychotherapie meint Intervention das therapeutisch relevante Handeln der Therapeutin, all das, was sie (siehe oben) bewusst und geplant und gezielt zur Behandlung von Leidenszuständen tut, also um Veränderung zu ermöglichen. Um es etwas allgemeiner, dafür aber „systemischer“ auszudrücken: Intervenieren bedeutet, einen Unterschied zu provozieren, der einen Unterschied ausmacht.

Die folgende Hypothese scheint kein allzu großes Wagnis zu sein: Die Systemische Therapeutin liebt die Intervention.

Eine Zeit lang war diese Liebe geprägt von der Suche oder dem Wunsch nach der einen großen Abschlussintervention, die die Familie mit offenem Mund, stauend, stöhnend, verstört, verändert, zurücklässt bzw. sie mit diesem Staunen, Stöhnen, Verstörtsein, Verändertsein nach Hause schickt und damit zumindest fürs Erste ihren Dienst getan hat, dicht gefolgt allerdings von der nächsten großen Intervention in der nächsten Einheit, Wochen später, die auf einem neuen Level Ähnliches versprechen und gefälligst auch halten soll.

Vielleicht hat sich hier etwas verändert, und der ersehnte geniale Wurf, wie er eben in den 1980er Jahren propagiert wurde, ist in den Hintergrund getreten, aber die Systemische Therapeutin liebt ihre Interventionen nach wie vor. Da kann sie zupacken, da kann sie handeln, da

kann sie Überlegungen nachgehen, was denn jetzt wohl gerade das Geeignetste wäre, da hat sie ein klares Ziel vor Augen, einen Auftrag, einen Unterschied, den sie evozieren will. Sie weiß zwar vielleicht noch nicht genau, wie dieser ausschauen wird, soviel hat sie von Struktur determiniertheit und Autopoiese schon verstanden, aber zumindest ein Unterschied soll es sein, der einen Unterschied macht, also: munter darauf los, Wunderfrage, Timeline, Aufstellen, was auch immer, verstören auf jeden Fall, all das und noch viel mehr, wohin soll's gehen, was ist der erste Schritt, und gleich der nächste, einer geht noch, schaffe, schaffe, Häusle baue ... Eine gute Intervention bewirkt Verstörung und Veränderung bei der Klientin.

„So habe ich das noch nie gesehen ... Das hört sich gut an!“ sagt Frau X sichtlich erleichtert nach meinem ersten Reframing, bei dem ich ihre sozialen Rückzugstendenzen als Schutz umgedeutet und ihr ehrlich wertschätzend gesagt habe, dass sie damit gut für sich selbst und ihre Bedürfnisse sorgen kann. Meinen Nebensatz, dass das wohl auch Nebenwirkungen habe, über die wir im weiteren Verlauf der Therapie noch reden würden, nimmt sie wohlwollend aber eher gedankenverloren zur Kenntnis, sie ist noch zu sehr mit meiner vorigen Intervention beschäftigt: „Ja, ja da haben Sie schon recht, aber dass ich gut für mich sorgen kann, das ist neu, das verändert einiges ...“. „Danke, diese Erkenntnis nehme ich mit!“ bedankt sich Herr Y sichtlich gerührt nach einer intensiven Sesselaufstellung, in der er sich in die Position seines eigenen ängstlichen Anteils begeben hat, der ihm bisher feindlich und sofort verbannenswert erschienen ist, und in der er erstmals auch gesehen hat, dass diese Angst ihn auch vor antizipierten unangenehmen Erfahrungen, vor Zurückweisungen des anderen Geschlechts bewahren will. In den Stunden danach können wir viel entspannter erarbeiten, woher er diese Zurückweisungen kennt und welche Mechanismen er heute, als Erwachsener, erlernen könnte, um im Ernstfall damit umgehen zu können, anstatt mithilfe der Angst neue Erfahrungen prinzipiell zu vermeiden.

Intervenieren, dazwischen gehen, verstören, Veränderung ...

Ziel, Auftrag, Aufstieg, Anstrengung ...

Das ist aufregend, das ist herausfordernd, und das ist

auch immer wieder lohnend, die obigen Beispiele sind lediglich kurze Blitzlichter aus schönen und berührenden Therapiesituationen. Das sind Erfolgserlebnisse, mit denen wir für unsere Arbeit auch belohnt werden, durch die Schönheit des Augenblicks, durch Momente, die wir mitgestalten und denen wir in der Therapie auch beiwohnen dürfen. Das ist ein Geschenk und ein Gipfelsieg, natürlich auch ein Movers der Wanderung. Hierhin will man, und die lohnende Aussicht ist wiederum ein Unterschied, der einen Unterschied ausmacht. Aber was tun wir, wenn die Veränderung nicht in dem Ausmaß eintritt, indem wir uns das wünschen? Wenn Stagnation sich breitzumachen droht? Wenn Rückfälle Einzug halten?

Wenn die nächste geplante und bewusste und gezielte Intervention nur noch „mehr desselben“ ist, weil sich ohnehin nichts mehr tut? Oder noch schlimmer, wenn die nächste geplante und bewusste und gezielte Intervention bei der Klientin nur noch mehr Stagnation hervorruft? Was denken wir dann? Ist die Klientin vielleicht noch nicht soweit, wirklich in die Veränderung zu gehen? Habe ich mich von ihr täuschen lassen und sie war gar nur eine Klägerin und keine Kundin? Ist sie im Widerstand? Oder bin ich eine schlechte Therapeutin und sollte mich gleich für noch mindestens eine zweijährige Weiterbildung anmelden?

Und vielleicht noch wichtiger, als wir denken: Was fühlen wir dann? Freuen wir uns, wenn die Klientin die nächste Stunde absagt? Fürchten wir uns vor der nächsten Stunde?

Und vor allem: Was tun wir dann? Vergessen wir den nächsten Termin? Schlagen wir ab jetzt Therapiestunden in größeren Abständen vor, um uns Luft zu verschaffen? Sagen wir der Klientin gar, dass wir der Ansicht sind, sie möchte gar nichts verändern? Verweisen wir sie an eine andere Kollegin? Oder bemühen wir uns einfach nur ein bisschen weniger, die Klientin tut ja auch nichts ...?

„Die Mühen der Gebirge haben wir hinter uns, vor uns liegen die Mühen der Ebenen.“

Aus meiner Sicht könnte es sich an dieser Stelle lohnen, kurz innezuhalten und Überlegungen anzustellen, auch über diese Teile der gemeinsamen Wanderung, über die Mühen der Ebenen, in denen keine Gipfelsiege locken,

entweder, weil sie schon hinter uns liegen und die Bergführerin die Wandernden nur noch gut nach Hause bringen muss oder, weil Gipfel in dieser Wanderung vielleicht gar nicht vorkommen werden, Touren also, in denen es, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr oder gar nie darum geht, Höhen zu erklimmen, sondern sich sicher und mit festen Schritten in der Ebene zurechtzufinden. Hier werden möglicherweise nicht so sehr die guten Bergschuhe, die fundierten Kletterkenntnisse und das umsichtige Packen des Rucksacks gefragt sein, sondern viel mehr der lange Atem der Begleiterin, das geduldige und gleichzeitig sichere Hindurchführen bis zum Ende der Ebene und schließlich die überlegte und respektvolle Ermutigung dazu, ab einem bestimmten Punkt alleine, aber gut gestärkt und gerüstet, den Weg fortzusetzen. Dieses sichere Führen auch in der Ebene wird möglicherweise zum größeren Prüfstein für beide Beteiligten als der Gipfelsturm, wo sich die Wandernde lediglich vorher vergewissern wird, ob die Bergführerin ausreichend kompetent ist. Während des Aufstieges vertraut sie darauf, für ein Überprüfen ist hier keine Zeit und kein Raum, man könnte vereinfacht sagen, Inkompetenz zeigt sich hier im Absturz. Anders ist es hingegen bei der gemeinsamen Wanderung durch die Weiten der Ebenen, hier wird die Beziehung zwischen Begleiterin und ihr Anvertrauten im langen nebeneinander Gehen möglicherweise mehr infrage gestellt als beim steilen Aufstieg.

„BEZIEHUNG“

Einen kleinen Dämpfer in dem oben beschriebenen Interventions-Enthusiasmus muss jede Psychotherapeutin ohnehin im Sinne der Psychotherapieforschung einstecken, die nach wie vor gültig beschreibt (zumindest sind mir keine grundsätzlich widersprüchlichen Publikationen bekannt), dass 40%, und damit der größte Teil, des Therapieerfolges durch die sogenannten Klientinnenfaktoren determiniert wird, auf die die Therapeutin keinen Einfluss hat (Hubble 2001).

30% des Therapieerfolges sind dann der therapeutischen Beziehung zu verdanken, und lediglich bescheidene 15% werden durch spezifische therapeutische Methoden und Techniken, also Interventionen, erklärt.

Die therapeutische Beziehung stellt also jenseits von „geplantem und bewusstem und gezieltem Handeln“ einen wesentlichen Wirkfaktor in der Psychotherapie dar. Wie kann diese Beziehung in der Systemischen Therapie verstanden werden, und wie kann ich als Therapeutin meinen Beitrag gerade auch zum Gelingen der Wanderung in der Ebene beitragen?

Ein Auszug aus einer Definition (PTK Hessen, 2011):

„*Therapeutische Beziehung:*

Grundvoraussetzung systemischer Therapie ist – wie in anderen Therapieverfahren auch – die Gestaltung einer tragfähigen und entwicklungsförderlichen Therapeut-Klient-Beziehung. Dazu gehört eine empathisch einfühlende Haltung aufseiten des Therapeuten, d. h. ein ernst gemeintes Interesse an Ressourcen, Veränderung und Entwicklung des Patienten und seiner Lebenswelt. In der systemischen Therapie wird eine partnerschaftliche Grundhaltung realisiert. Die Funktion des Therapeuten besteht in der Moderation von Veränderungsprozessen, d. h. im Schaffen von günstigen Bedingungen für die Veränderung biopsychosozialer

DIE FOLGENDE HYPOTHESE SCHEINT KEIN ALLZU GROSSES WAGNIS ZU SEIN: DIE SYSTEMISCHE THERAPEUTIN LIEBT DIE INTERVENTION. EINE GUTE INTERVENTION BEWIRKT VERSTÖRUNG UND VERÄNDERUNG BEI DER KLIENTIN.

Muster. Das Expertentum des Therapeuten für die Gestaltung des Therapieprozesses bezieht sich dabei auf den kompetenten Umgang mit der Autonomie und der Eigendynamik der beteiligten Person(en). Die Klienten werden ihrerseits als Experten für ihre Lebensführung betrachtet. (nach Schiepek et al., Systemische Therapie – Materialien zu Theorie, Praxis und Evaluation eines wissenschaftlichen Psychotherapieverfahrens)“.

Eine „empathisch einfühlende Haltung auf Seiten des Therapeuten, d. h. ein ernst gemeintes Interesse an Ressourcen, Veränderung und Entwicklung des Patienten und seiner Lebenswelt ...“ scheint mir zweifelsfrei ein wesentlicher Teil zu sein. Allerdings darf hier bemerkt werden, dass der Empathiebegriff z. B. bei Rogers vorwiegend den Versuch der Therapeutin be-

schreibt, mittels einer aktiv einfühlenden Haltung Emotionen der Klientin und deren Bedeutung nachvollziehen und verstehen zu können (Kabelka, 2011). Es lohnt sich aus meiner Sicht, hier noch etwas genauer hinzusehen, was therapeutische Beziehung aus systemischem Blickwinkel bedeuten könnte, vor allem dann, wenn Therapie schwierig wird, ins Stocken gerät oder gar scheitert.

KYBERNETIK II: „ALLES, WAS WIR TUN, IST BEREITS EINE INTERVENTION ...!“

Seit der epistemologischen (oder konstruktivistischen) Wende, also seit den Erkenntnissen der sogenannten Kybernetik II, sprechen wir als Systemische Therapeutinnen auch über uns selber und darüber, wie wir uns als Beobachterinnen in ein System einbringen.

„Es gibt keine neutrale Beobachterin von außen mehr ...“, „Jede Beobachtung ist die Beobachtung einer Beobachterin ...“, „Wir stehen permanent miteinander in Beziehung ...“, „Wir sind strukturell gekoppelt ...“, „Direktive Instruktionen sind unmöglich, aber Verstörung ist unabdingbar ...“, all das sind schöne und bereichernde und erweiternde Gedanken. „Alles, was wir tun, ist bereits eine Intervention ...!“

Dieser Satz ist den bahnbrechenden und immer noch aktuellen Gedanken des Mailänder Teams entnommen, die den Übergang von Kybernetik I zu Kybernetik II markieren.

„In der Kybernetik zweiter Ordnung ist alles, was Du tust, bereits eine Intervention, allein Deine Anwesenheit, die Tatsache, dass Du das Interview führst, alles, was Du tust, wird Teil der Schleife. Daher gibt es keine Notwendigkeit, eine offizielle Schlussintervention zu machen. Das ist die Hauptkonsequenz für die Familientherapie. Was die Ausbildung in Familientherapie betrifft, gibt es ebenfalls einen sehr wichtigen Punkt: Wenn wir jetzt den Auszubildenden beobachten, geht es darum, dass er/sie lernt, wie er/sie ihre eigenen Ideen, Sichtweisen, Hypothesen, Empfindungen und Gefühle nutzen kann als ein Instrument der

Anteilnahme in der Familie. Therapie ist nicht mehr Intervention, Therapie ist Anteilnahme, wir treten in eine Konversation mit dem System ein.“ (Boscolo, 1990).

Aber was bedeutet das konkret? Möglicherweise unterschätzen wir, wie schwierig das Übersetzen dieser oben beschriebenen Eigenwahrnehmungen in das therapeutische Handeln ist, und der Begriff „Beziehung“ gerät in Gefahr, überstrapaziert und damit zu einem leeren Begriff mit einem nur vermeintlichen Verständnis der Bedeutung zu werden.

Ich schlage an dieser Stelle folgende Definition vor: „Beziehung“ zwischen Therapeutin und Klientin besteht darin, dass beide Beteiligten zustimmen, in ihrem Denken, Handeln oder Fühlen wechselseitig aufeinander einzuwirken und insofern aufeinander bezogen zu sein. Dieses Aufeinanderbezogenensein bedeutet für die Therapeutin auch ein ständiges Miteinbeziehen ihrer eigenen inneren Prozesse. Die Therapeutin ist dann in Beziehung, wenn sie fähig ist, wahrzunehmen und zu reflektieren, was an Gedanken, Gefühlen und Handlungsimpulsen das Verhalten der Klientin in ihr anregt, und wenn sie dies wiederum anzupassen vermag an die Bedürfnislage der therapeutischen Situation.

„DIE MÜHEN DER GEBIRGE HABEN WIR HINTER UNS, VOR UNS LIEGEN DIE MÜHEN DER EBENEN.“

Was nun tun, wenn die Mühen der Ebenen wirklich mühsam zu werden drohen, wenn scheinbar nichts mehr geht, wenn es langweilig wird, wenn es sich im Kreis dreht.

Möglicherweise bestehen die Mühen der Ebenen im Wesentlichen auch aus der narzisstischen Kränkung, dass unsere wunderschön konstruierten Interventionen nicht das allein wirksame Agens sind, sondern in vielen Fällen eben das Aushalten, Durchhalten, Begleiten: *„Du bist nicht verloren – ich bin da! Du bist mir wichtig!“* (Merl, 2006).

Wenn wir davon ausgehen, dass ich als Therapeutin ein nicht zu leugnender Teil des Therapiesystems bin, damit an der therapeutischen Beziehung und damit wiederum an 30% des Therapieerfolges wesentlich beteiligt bin und ich noch dazu die einzige der Beteiligten bin, auf die ich direkten Zugriff habe, dann lohnt es sich aus

meiner Sicht, hier Überlegungen anzustellen, die uns zwar beide, Therapeutin und Klientin, betreffen, die aber in erster Linie mit mir selbst als Person, mit mir als Therapeutin zu tun haben und erst in zweiter Linie mit meiner Klientin bzw. mit meinen Konzepten über sie. Folgende Fragen an mich selbst haben sich mir im Laufe der Zeit in schwierigen Wegabschnitten von Therapie als nützlich erwiesen.

1. WIE ERLEBE ICH ALS THERAPEUTIN DIE MÜHEN DER EBENEN?

In einem ersten Schritt könnte ich mich fragen: Woran beginne ich persönlich zu merken, dass ich in die „Mühen der Ebene“ eintrete? Was sind meine ersten Anzeichen dafür, dass ich die Arbeit eben mühsam, anstrengend oder gar beschwerlich finde? Je eher das nämlich registriert wird, desto eher kann versucht werden gegen-zusteuern.

Hierfür eignen sich auch die von Ulrich Clement, Hans Rudi Fischer und Arnold Retzer 2005 vorgeschlagenen Fragen zur Unterbrechung einer Problemtrance, z. B.: *„Zu welchen Gefühlen, Gedanken und körperlichen Zuständen neige ich in schwierigen Therapie-Situationen?“*

Weiters: Was bringt mich in Stress im Zusammenhang mit meinen Klientinnen, d. h., was sind für mich überhaupt schwierige Therapiesituationen? Sind es jene, in denen meine Interventionen nicht den gewünschten Erfolg zeigen? Wenn meine Klientinnen zu spät kommen? Wenn sie gar nicht mehr kommen? Was lässt mich persönlich unruhig laufen? Und wie kann ich lernen, das an mir zu erkennen, möglichst bevor ich gänzlich die Lust an der Weiterarbeit verliere? Kenne ich an mir wiederkehrende somatische und psychische Symptome wie Kopfschmerzen, Unruhe, Unkonzentriertheit, Langleweiligkeit, Müdigkeit, Gedankenentgleiten oder anderes?

2. WIE ERKLÄRE ICH MIR DIE MÜHEN DER EBENEN: WIDERSTAND UND KOOPERATIONSANGEBOTE

Steve de Shazer gibt bereits 1984 unter dem Titel „The death of resistance“ die Definition von Widerstand als ein Kooperationsangebot: *„When homeostasis is used as the organizing concept on this more complex level, the „re-*

sistence“ is seen as located in the family and is described as something the family is doing. It is not seen as a product of therapist-family interaction. This is an „entity-oriented“ description rather than pattern-oriented and turns the therapist and the family into opponents. [...] If these distinctions (family-as-a-system/family-therapy-as-a-system [...]) are to be useful clinically, then behavior that is commonly labeled as „resistence“ can be usefully redescribed. One way of doing so is to conceptualize or think in terms of „cooperating“.

Diese Beschreibung von Widerstand, der nun nicht

MÖGLICHERWEISE BESTEHEN DIE MÜHEN DER EBENEN IM WESENTLICHEN AUCH AUS DER NARZISSTISCHEN KRÄNKUNG, DASS UNSERE WUNDERSCHÖN KONSTRUIERTEN INTERVENTIONEN NICHT DAS ALLEIN WIRKSAME AGENS SIND, SONDERN IN VIELEN FÄLLEN EBEN DAS AUSHALTEN, DURCHHALTEN, BEGLEITEN.

mehr als etwas gesehen wird, das sich innerhalb der Klientin abspielt, sondern das im gemeinsamen Prozess zwischen Klientin und Therapeutin entsteht bzw. generiert wird, spiegelt die Haltung der Kybernetik II wieder: Die Therapeutin ist keine neutrale Beobachterin von außen mehr, die auf ein Homöostase anstrebendes System einwirkt, sondern sie ist Teil dieses Systems und somit auch Mitwirkende geworden. Widerstand ist somit Teil einer wechselseitigen Kommunikation und kann damit besser als Kooperationsangebot verstanden werden.

Im Deutschen trägt die Bezeichnung „Wider-Stand“ bereits den wechselseitigen Aspekt von Aktion und Reaktion und damit von Kooperation in sich, daher möchte ich im Folgenden diesen Ausdruck weiter verwenden, er ist allerdings immer als „Widerstand im Sinne eines Kooperationsangebotes“ zu verstehen.

a) Der Widerstand der Klientin

Wenn bei allen Anstrengungen der Therapieerfolg stagniert, die gewünschten Veränderungen ausbleiben oder

die Klientin immer wieder unerklärliche Rückfälle erleidet, investiert die Therapeutin mitunter noch mehr Energie und Anstrengung in den Versuch, die Klientin dabei zu unterstützen, das angestrebte Ziel endlich doch zu erreichen. Die gewünschten Veränderungen stellen sich allerdings immer noch nicht ein, die Anstrengung wird erhöht, Stagnation macht sich immer mehr breit. Mühsal, aber auch Resignation, Langeweile oder gar Ärger stellen sich bei der Therapeutin ein und können als eine angemessene Reaktion im Sinne des Erkennens des Widerstands der Klientin gesehen werden.

Dieses Signal, dieses Kooperationsangebot der Klientin kann nun je nach Therapiesituation passend verstanden werden:

„Liebe Therapeutin, mein Ziel ist ein anderes als das, das du dir für mich vorstellst. Es geht zwar in die selbe Richtung, aber du bist überambitioniert. Dein Ziel ist mir zu hoch gesteckt, und

ich möchte mir deine Sichtweise nicht einreden lassen. Für mich reicht es im Moment völlig aus, wenn ich in der Arbeit ab jetzt mehr Kaffeepausen einlege. Meinem Chef die Meinung sagen, das werde ich wohl nie tun ...“ bzw.: „Ich möchte nicht ganz hinauf bis zum Gipfel gehen ...“

„Liebe Therapeutin, ich mache nicht mehr mit, weil dein Ziel sogar in eine ganz andere Richtung geht, als das meine. Um meinen Alkoholkonsum geht es hier nicht, ich möchte über meine Depression sprechen ...“ bzw.: „Diese Route ist nichts für mich, sie ist mir (noch) viel zu steil ...“

„Liebe Therapeutin, unsere Zielvorstellungen sind zwar die gleichen, deine Herangehensweise ist jedoch eine andere als die, die ich bevorzugen würde: Ich brauche ein anderes Tempo oder ich muss mich von einer anderen Richtung her annähern. Deshalb bremsen ich. Ich werde die Konfrontation mit meiner Mutter frühestens in zehn Jahren suchen ...“ bzw.: „Lauf nicht so, ich komm nicht mit ...!“

„Liebe Therapeutin, ich habe einen Rückfall, weil du mich nicht ausreichend darauf vorbereitet hast, dass die

Ausführung deiner Hausaufgaben unangenehme Reaktionen bei meinem Umfeld auslösen wird.“ bzw.: „Wenn du mich gewarnt hättest, dass die neuen Bergschube drücken können, hätte ich mir Pflaster mitgenommen und andere Socken. Jetzt habe ich Blasen, und die tun weh ...“

„Liebe Therapeutin, ich habe einen Rückfall, weil du mich nicht ausreichend darauf vorbereitet hast, was das Erreichen der Lösung bei mir auslöst.“ bzw.: „Wenn ich gewusst hätte, wie schön es hier ist, wäre ich schon viel früher hergekommen. Jetzt bin ich ganz traurig, wenn ich daran denke, wie viele Wochenenden ich vergeudet habe ...“, „Es ist so schön und sonnig hier oben. Wenn ich daran denke, dass ich mit meinen Eltern kaum je so etwas Schönes erleben konnte, dann tut mir das im Herzen weh. Und wenn ich weiter daran denke, dass sie vielleicht auch selbst so etwas nie erleben konnten, dann will ich gleich wieder zurück zu ihnen und sie im dunklen Tal nicht alleine lassen ...“

Widerstand kann hier als Signal der Klientin im Sinne des Versuchs einer Routenkorrektur verstanden werden. Die Therapeutin hat hier übersehen, dass es gute Gründe für die Klientin gibt, eine bestimmte Lösung möglicherweise doch nicht oder zumindest nicht zu schnell zu erreichen. Sie hat die Veränderungsneutralität (Retzer, 2004) verloren und vergessen, Wirkungen und unerwünschte Nebenwirkungen bereits im Vorfeld mitzubedenken.

Die Klientin wird in einer Therapie auch dazu eingeladen, etwas Bekanntes gegen etwas noch Unbekanntes einzutauschen. Gerade dann jedoch, wenn der Leidensdruck sehr hoch war und Therapie erfolgreich verläuft, stellen die Veränderungen im Leben und Erleben für die Klientin möglicherweise einen enormen Unterschied zu bisherigen Erfahrungen dar. Durch das Erleben eben dieses Unterschiedes können neben der Erleichterung aber auch Trauer über das bisherige vergangene Leben, Schmerz angesichts all des Verlorenen, Schuldgefühle angesichts des weiter bestehenden Leids anderer, Erschütterung über die Erkenntnis von vertanen Chancen und Wut auf diejenigen, die das mitbedingt haben, ausgelöst werden. Die Emotionswucht des Wahrgenommenen kann beträchtlich sein und oft nur schrittweise zugelassen und integriert werden.

Es kann auch gute Gründe für die Klientin geben, wei-

ter den bisher eingeschlagenen leidvollen Weg zu gehen und nicht den der Veränderung, weil dieser neue Weg, vor allem wenn er abrupt eingeschlagen wird, möglicherweise einen noch höheren Tribut von ihr fordern und damit eine andere Art von Leidensdruck erzeugen würde. Das Leben spielt sich nicht im Therapieraum ab, sondern draußen im Alltag, eingebunden in viele soziale Systeme, und nicht alle Systeme heißen Veränderung willkommen. Das, was in der Therapie erfahren und gelernt wird, bekommt seinen Wert erst dann, wenn es in das Leben der Klientin eingebunden werden kann. Jede Veränderung ist auch von mehr oder weniger erwünschten Nebenwirkungen begleitet, und die Reaktionen von relevanten anderen auf eben diese Nebenwirkungen können beträchtlich sein: *„Mein Mann könnte mich verlassen. Er sagt, eine Frau, die sich selbstverwirklichen will, hat er nicht geheiratet ...“*

D. h., auch wenn die Therapeutin noch so gut arbeitet, oder möglicherweise gerade dann, sind solche Hindernisse im Therapieverlauf in kleinerem oder größerem Umfang erwartbar. Die erfahrene Therapeutin sollte um diese Aspekte wissen, um mit der Klientin entsprechend vorbereitet besser arbeiten zu können. Der Widerstand der Klientin kann in diesem Sinn als ein Signal verstanden werden, mit welchem sie der Therapeutin all das in Erinnerung rufen möchte, sollte diese es gerade übersehen.

b) Der Widerstand der Therapeutin

Auch wenn vom Widerstand als einem Kooperationsangebot ausgegangen wird, ist es dennoch etwas leichter, die Schwierigkeit auf der Seite der Klientin zu verorten, und das Nachdenken über das Gegenüber erweist sich meist bedeutend angenehmer als das Nachdenken über sich selbst.

Fragen im Sinne der Kybernetik I wären: Warum ist die Klientin im Widerstand?

Fragen im Sinne der Kybernetik II wären: Was in unserer Interaktion löst das Gegensteuern der Klientin aus? Was sind meine Hypothesen dazu? Worauf will mich die Klientin aus guten Gründen hinweisen? Was habe ich als Therapeutin übersehen?

Ich bringe mich ab nun als Beobachterin ein, die wiederum beobachtet wird, und überlege mir etwas über den

Widerstand der Klientin als ein Kooperationsangebot. Ich bin mir dessen bewusst, dass es Hypothesen sind, die ich auch wieder verwerfen kann, und dass das Verhalten der Klientin lediglich einen Ausschnitt aus dem System Therapeutin-Klientin darstellt. Aber als Systemische Therapeutin überlege ich selten konsequent, was es über mich aussagt, dass ich eben diese Hypothesen bilde, oder, noch radikaler, was es über mich aussagt, dass wir letztlich in eine Situation gekommen sind, in der der Therapieprozess ins Stocken geraten ist. Systemische Therapeutinnen berufen sich gerne auf das oben beschriebene Konzept von Steve de Shazer, allerdings mit einer Einschränkung: Mit Widerstand ist dennoch meist lediglich der Widerstand der Klientin

AUCH WENN VOM WIDERSTAND ALS EINEM KOOPERATIONSANGEBOT AUSGEGANGEN WIRD, IST ES DENNOCH ETWAS LEICHTER, DIE SCHWIERIGKEIT AUF DER SEITE DER KLIENTIN ZU VERORTEN, UND DAS NACHDENKEN ÜBER DAS GEGENÜBER ERWEIST SICH MEIST BEDEUTEND ANGENEHMER ALS DAS NACHDENKEN ÜBER SICH SELBST.

gemeint, also das, was die Klientin an dementsprechenden Kooperationsangeboten abgibt. Zu einer Beziehung gehören aber bekanntlich zwei, „Zuerst muss man zu zweit sein“ (Glasersfeld 1990). Somit ist die Frage, wieso die Klientin die Einzige ist, der derartige Kooperationsangebote zugeschrieben werden, berechtigt. Die Behauptung, dass möglicherweise auch die Therapeutin entsprechende Kooperationsangebote abgibt, d. h., dass auch sie Widerstand gegen die Klientin in sich aufkommen spürt und nicht nur umgekehrt, hat natürlich Nebenwirkungen. Hier tun sich viele, möglicherweise auch unangenehme, Fragen auf und noch viel unangenehmere Antworten, nämlich solche, die in der eigenen Selbsterfahrung im Laufe der Ausbildung nur zu gerne und erfolgreich weggedrängt wurden. Welche Ideen habe ich denn zur Frage, wieso gerade

Klientin X es immer wieder schafft, mich zum Gähnen zu bringen, obwohl ihre Geschichte doch eigentlich alles andere als langweilig ist? „Egal, mit meiner eigenen Mutter hat das hier nichts zu tun ...“

Wo in meinem Körper spüre ich denn das unangenehme Gefühl, das mich jedes Mal beschleicht, wenn Klient Y mich so komisch ansieht? „Nein, darüber denke ich nicht nach, das ist jetzt gerade nicht dran ...“

Was meine ich damit, wenn ich sage, er schaut mich so komisch an, woran erinnert mich das? „Wieso soll ich mich jetzt schon wieder damit beschäftigen, das ist doch alles schon lange bearbeitet ...“

Wie kommt es, dass ich meiner Kollegin, nur zum Spaß, aber mit deutlicher Erleichterung sage: „Glück gehabt,

noch mal davon gekommen!“, als Familie Z die Therapie bei mir abbricht? „Leistungsanspruch, klar, natürlich, ein Klassiker unter uns Therapeutinnen, aber Versagensangst, – nein, das gar nicht! Schämen, – wieso? Gekränkt, – aber geh, wie kommst du darauf ...?“

In der besten Selbsterfahrung kann es vorkommen, dass Themen nicht ausreichend bearbeitet werden. Wir können

hier allerdings darauf vertrauen, dass unsere Klientinnen uns im Laufe der Zeit mit traumwandlerischer Sicherheit an diese unsere eigenen Grenzen bringen werden. Begegnungen mit Klientinnen sind Prüfsteine, und wir werden in unserer Arbeit herausgefordert, uns selbst immer wieder kritisch zu hinterfragen. Wir sollten diese Chancen zur Weiterentwicklung dankbar und demütig annehmen und vor allem nützen.

Wenn ich nämlich weiß oder mich zumindest immer mehr zu ahnen traue, dass ich als ganze Person in der Therapie anwesend bin, nicht nur mit dem kognitiv erworbenen Wissen meiner Ausbildung, sondern auch mit all meinen Erfahrungen, mit meiner Geschichte, mit meinen Erinnerungen, mit meinen sicherlich kleineren und möglicherweise auch größeren Traumatisierungen, mit meinen Ängsten und Nöten, mit meinem schwankenden Selbstwert, mit allem, was mich eben

ausmacht, nur dann kann ich auch versuchen wahrzunehmen, was die Begegnung mit meiner Klientin in mir auslöst. Dann kann ich auch unangenehme Gefühle in Bezug auf sie in mir selbst zuallererst einmal neutral wahrnehmen, in einem nächsten Schritt vielleicht sogar wohlwollend betrachten und muss nicht in „Widerstand zu meinem Widerstand“ gehen.

In weiterer Folge könnte ich diese, meine eigenen, unangenehmen Gefühle als Warnblinkanlagen, als Barometer sehen, als hilfreiche Helferinnen, die mich auf mögliche Hindernisse hinweisen wollen und die ich doch eigentlich freundlich willkommen heißen sollte. Und das ist es doch, was ich auch von meinen Klientinnen fordere: Authentizität, zu sich stehen, keine Gefühle mehr wegdrängen, Ehrlichkeit, Integration von abgespaltenen Anteilen. Wenn Widerstand ein Kooperationsangebot ist, dann müsste das auch für den Widerstand der Therapeutin gelten, also für meinen eigenen. Und Kooperation mit mir selbst wäre an sich eine Basisanforderung.

3) WAS SOLLTE DIE THERAPEUTIN ALS BEGLEITERIN IN DEN EBENEN LEISTEN?

Die Therapeutin kann als erfahrene Begleiterin im geeigneten Moment sich und die Klientin auf mögliche Mühen der Ebenen vorbereiten oder diese im Augenblick ihres Auftretens besprechen. Sie wird Beschwerden antizipieren, um damit unangenehme Überraschungseffekte abzumildern.

„Manchmal braucht es sehr lange, bis eine Veränderung eintritt, manchmal geht es aber auch überraschend schnell, und man kann schlecht vorhersagen, welche Aspekte sich wie schnell verändern werden. Ich möchte Sie daher bereits im Vorfeld warnen: Manche Menschen sagen sich dann: „Wenn das so leicht war, warum hab ich dann bis jetzt so viel Zeit vertan ...?“, und sind dann möglicherweise enttäuscht und auch traurig über ihr Verhalten in der Vergangenheit. Aber ich gehe davon aus, dass Sie bisher gute

Gründe hatten, so zu tun, wie Sie bisher getan haben, und manche davon werden wir hier gemeinsam herausfinden, andere auch nicht. Jedenfalls scheint jetzt für Sie ein guter Zeitpunkt für Veränderung gekommen zu sein, deshalb wollen Sie jetzt auch Therapie in Anspruch nehmen, und davor wäre das noch gar nicht in dieser Form möglich gewesen ...“

„Sie leiden ja schon sehr lange an diesen Zuständen, und deshalb ist es nur zu verständlich, dass Sie sich wünschen, das wäre besser gestern als heute gelöst und dass Sie auch

DIE THERAPEUTIN KANN ALS ERFAHRENE BEGLEITERIN IM GEEIGNETEN MOMENT SICH UND DIE KLIENTIN AUF MÖGLICHE MÜHEN DER EBENEN VORBEREITEN ODER DIESE IM AUGENBLICK IHRES AUFTRETENS BESPRECHEN. SIE WIRD BESCHWERLICHKEITEN ANTIZIPIEREN, UM DAMIT UNANGENEHME ÜBERRASCHUNGSEFFEKTE ABZUMILDERN.

diese Erwartung an mich haben. Lassen Sie uns aber trotzdem oder gerade, weil es Ihnen so wichtig ist, hier kurz innehalten. Ich brauche nämlich noch einige Informationen von Ihnen, damit ich gut mit Ihnen arbeiten kann und Ihnen gerecht werde. Was denken Sie, wenn Sie Ihr Verhalten jetzt ändern würden, was wären die Auswirkungen ...? Nicht nur für Sie, sondern auch für Ihre Frau, Ihren Chef, Ihre Eltern ...? Wer könnte aus welchen Gründen auch etwas dagegen haben ...? Und wie würde sich das wiederum auf Sie auswirken ...? Aha, da gab es bisher also auch gute Gründe für Sie, das alles nicht zu tun ...? Das heißt, wir sollten vorher noch genauer hinhören, was diese innere Stimme in Ihnen zu sagen hat, die Ihnen immer wieder ein schlechtes Gewissen machen will, wenn es Ihnen gut geht ...“

Diese Haltung der Veränderungsneutralität bedeutet, dass die Therapeutin nicht von vornherein und zwangsläufig der Ansicht ist, dass die Klientin einen Berggipfel erreichen muss. Sie wird sie auf ihrem Weg begleiten und mit ihr gemeinsam abwägen, ob eine Hochgebirgstour in dieser Situation nützlich und zumutbar ist. Sie

wird sich mit ihr gemeinsam kundig machen, ob sie sich dadurch überfordern könnte, andererseits aber durch das Wählen eines bequemeren Weges sich möglicherweise auch unterfordern würde. In beiden Fällen würde das Ausschöpfen ihres Potenzials verhindert werden. Sie wird die Klientin weiters dazu einladen, Überlegungen anzustellen, welche Form der Annäherung für sie die geeignetste ist und wie viel und welche Vorbereitungen es angesichts der bereits erworbenen Kondition und der herrschenden Wetterbedingungen braucht, um gut gerüstet zu starten. Sie wird abklären, ob etwas - und wenn ja, was - auch dagegen sprechen könnte, eine Veränderung anzustreben, und sie wird auch diese Aspekte und damit auch vorige missglückte Lösungsversuche und Ambivalenzen in Bezug auf Veränderung respektvoll würdigen und damit verhärtete Ansichten aufweichen.

Durch dieses Angebot kann bereits Druck genommen und mögliche Angst vor nur allzu bekanntem Leistungsstress verringert werden. Die Erfahrung, dieses Angebot zu erhalten, kann unter Umständen einen deutlichen Unterschied zum bisherigen Erleben der Klientin darstellen.

Die Therapeutin sollte über ausreichend Erfahrung verfügen, um selbst nicht eingeschüchtert zu werden angesichts der Anforderungen der Gebirge, das heißt, sie braucht Entschlossenheit und Schwindelfreiheit, und sie muss wissen, wo man sich besser anseilen sollte. Klientinnen bemerken es, wenn die Therapeutin Gefahren einschätzen und Angst in ihrer Signalwirkung erkennen kann, ohne ihre Handlungsfähigkeit zu verlieren.

Die Therapeutin sollte weiters über ebenso ausreichend Erfahrung verfügen, um selbst nicht eingeschüchtert zu werden angesichts der Anforderungen der Ebenen, das heißt, sie braucht einen langen Atem, und sie muss wissen, wann eine Jausenpause eingelegt werden sollte. Klientinnen bemerken es, wenn die Therapeutin mit ihrer Kraft haushalten kann und sich und die Klientin nicht überfordert.

Die Therapeutin sollte sich dahin gehend schulen, die Signale der Klientin in Richtung einer Kurskorrektur wahrzunehmen. Sie sollte auch den Mut haben, sich immer wieder selbst kritisch zu hinterfragen und somit auch die eigenen Signale erkennen zu lernen, die es ihr

als Begleiterin schwer machen, mit dieser Klientin zu arbeiten.

Die Therapeutin sollte wissen, dass mit dem Gipfel erst die halbe Strecke gegangen ist, und sie sollte den Weg wieder zurückfinden, vor allem, wenn es schon dunkel wird.

Die Therapeutin sollte Wanderkarten lesen können, um abschätzen zu können, ob in dieser Tour Gipfel überhaupt vorkommen werden oder eher nicht, und zwar zunächst einmal, um ihre eigenen Erwartungen anzupassen und möglichen Enttäuschungen vorzubauen. Manchmal ist es nämlich schon zu Beginn absehbar, oder es zeigt sich während des Gehens, dass es eine Wanderung in den Niederungen der Ebene bleiben wird. Hier ist dann vor allem das geduldige Aushalten der Tatsache gefragt, dass es sich um eine schwere Geschichte handelt, die eine aufmerksame, respektvolle und von Ressourcen überzeugte Zeugenschaft einer Therapeutin braucht. *„Ja, das ist wirklich schwer, was Sie erlebt haben ... Bemerkenswert, wie Sie das alles überstanden haben und mir heute davon berichten können ... Wie haben Sie das wohl geschafft ...?“*. Hier sind keine großen Veränderungen zu erwarten, sondern möglicherweise nur kleine und schrittweise Erleichterung („Veränderung der Sichtweise“ wäre hier der methodische Begriff, und sogar das klingt schon viel zu technisch), hier locken zunächst keine Gipfelsiege, hier ist zuerst einmal nur die Begleitung durch die Ebenen gefragt. „Nur“ die Begleitung?

ABSCHLIESSEND

Brechts Zitat von den Mühen der Ebenen bezog sich ursprünglich auf die „Wahrnehmung“, dass das Aufgeben einer alten Sichtweise schneller vonstattengeht, als die Etablierung einer neuen (die Zerschlagung des Faschismus war eine Sache, die Etablierung eines neuen Gesellschaftssystems ist eine andere).

Das oben skizzierte Bezogensein der Therapeutin auf die Klientin, das gerade dann, wenn die Mühen der Ebenen anstehen, vielleicht noch mehr an Bedeutung gewinnt, stellt ein Angebot dar, das möglicherweise einen relevanten Unterschied zu den bisherigen Erfahrungen der Klientin macht: eine ausdauernde, geduldi-

ge, belastbare und nicht fordernde, sondern richtungs-offene und von den Fähigkeiten der Klientin überzeugte Begleiterin, die sie verlässlich durch Gebirge und Ebenen führen kann.

„Alles, was wir tun, ist bereits eine Intervention ...“

Einige der in diesem Artikel skizzierten Gedanken wurden von meinem geschätzten Kollegen Walter Kabelka eingebracht bzw. durch intensive Gespräche mit ihm angeregt, verdichtet und nachjustiert und können somit als kokreativ gewonnene Erkenntnisse verstanden werden. Ich danke ihm dafür.

MAG. DR. IRIS SEIDLER

ist Ärztin und Psychologin, Psychotherapeutin (SF) in freier Praxis; Lehrtherapeutin an der Ia:sf; Lehrbeauftragte der Universität Wien, der Universität Innsbruck und des Bundesinstituts für Sozialpädagogik; Fachautorin

LITERATUR:

- Berufskodex für Psychotherapeutinnen (2011), Internet 17.11.2011. www.psyonline.at/contents283/berufskodex-fuer-psychotherapeutinnen-und-psychotherapeuten
- Boscolo, L. (1990). Interview mit Luigi Boscolo. Internet 13.11.2011: http://www.systemmagazin.de/beitraege/interviews/cecchin_boscolo_1990.php
- Brecht, B. (1949). Wahrnehmung.
- Clement, U., Fischer, H.R., Retzer, A. (2005). Wie komme ich aus einer Problem-Trance heraus? *Familiendynamik* 4/2005, S. 413–417. Stuttgart: Klett-Cotta.
- von Glasersfeld, E. (1990). Zuerst muss man zu zweit sein. *Systeme – Zeitschrift der Österr. Arbeitsgemeinschaft für systemische Therapie* 46(2): 17–43. (Download: <http://www.univie.ac.at/constructivism/EvG/papers/129.pdf>).
- Hubble, MA, Duncan BL & Miller SD. (Hrsg.). 2001. *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Kabelka, W. (2011). Persönliche Mitteilung.
- Merl, H. (2006): *Über das Offensichtliche oder: Den Wald vor lauter Bäumen sehen*. Wien: Krammer Verlag.
- PTK Hessen (2011), Internet 17.11.2011: http://www.ptk-hessen.de/web/Deutsch/Homepage/Psychotherapie/Psychotherapieverfahren/Systemische_Therapie/
- Retzer, A. (2004). *Systemische Paartherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- de Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*. 1984, Mar; 23(1):11–21.

Anzeige

STAF

VORSCHAU 2012

3. Februar 2012 in Salzburg

SEMINAR: „SICH ETWAS GUTES TUN WÄHREND DER ARBEIT! KÖRPERLICHE AUSGLEICHSÜBUNGEN ZWISCHEN EINZELNEN THERAPIE- ODER SUPERVISIONSSTUNDEN“

Mag. **Claudia Ifkovits** (Wien, Sportwissenschaftlerin)

27.–28. April 2012, Wien

SEMINAR: „WAS TUN, WENN... LÖSUNGSFOKUSIERTE ANREGUNGEN IN DER ARBEIT MIT KINDERN UND JUGENDLICHEN“
Dr. **Theres Steiner** (Schweiz)

22. Juni 2012, Salzburg

SEMINAR: „RESSOURCENARBEIT IN DER TRAUMATHERAPIE MIT KINDERN, JUGENDLICHEN UND ERWACHSENEN“
Dagmar Eckers (Berlin)

23. Juni 2012, Salzburg

SUPERVISIONSTAG für EMDR- und TraumatherapeutInnen mit **Dagmar Eckers** (Berlin)

STAF

Institut für Systemische Therapie,
Supervision, Ausbildung und Forschung
5020 Salzburg, Girlingstraße 47

Anmeldung erbeten an office@staf.or.at.
Weitere Informationen unter www.staf.or.at