

JOHANNES KRUTZLER

WER BIN ICH IN DEINEN AUGEN?

Gedanken zur therapeutischen Beziehung und zur Methodik übertragungsfokussierter therapeutischer Arbeit



„Die therapeutische Beziehung als solche kann selbst eine therapeutische Intervention darstellen“

(Bachelor, Horvath, 2001, S. 174).

THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

Klienten nehmen Einschätzungen der Beziehung während des gesamten therapeutischen Austausches vor. So fragen sie sich: „Versteht der Therapeut mich?“, „Mag er mich überhaupt? Oder ist er mir nur zugewandt, weil das sein Job ist?“ „Findet er mich sympathisch?“ „Was denkt er über mich?“ „Sieht er, wie sehr ich mich anstrengende?“ Derartige Fragen sind für Klienten wichtig und unvermeidbar.

Das Bedürfnis nach Definition zwischenmenschlicher Beziehungen kann als grundlegend angesehen werden. Es ist uns allen wichtig zu wissen, mit wem wir es zu tun haben und wie der andere uns gegenüber eingestellt ist, also welche Beziehung er zu uns hat. Beziehungsdefinitionen unterliegen meist nicht bewusster Kommunikation, sondern verlaufen implizit und manifestieren sich in affektiven inneren Bildern.

Untersuchungen von Klienten-Erfahrungen mit Missverständnissen in der Therapie (vgl. Bachelor, Horvath), die letztlich zum Abbruch der Behandlung führten, zeigen unter anderem, dass Klienten ihren Therapeuten nicht von ihrer Verärgerung erzählen. In jenen Ausnahmefällen, in denen sie das doch tun, bleiben die Therapeuten meist hartnäckig bei ihrer ursprünglichen Meinung. Gelingt es den Therapeuten jedoch, die Missverständnisse zu klären, werden sie als anpassungsfähig wahrgenommen.

So erweist es sich als förderlich, wenn Therapeuten einerseits eigene Gefühle beobachten und sie als wertvolle Orientierungshilfe für Hinweise einer Störung nutzen und andererseits Klienten ermutigen, ihre negativen Gefühle dem Therapeuten gegenüber zu ergründen. Beziehungsklärendes Verhalten und konkretes Ansprechen seitens des Therapeuten wirken sich förderlich auf das Arbeitsbündnis aus.

Die systemische Grundannahme, dass es keine objektiven Beobachter gibt, die auf das Klientensystem blicken, ohne dieses selbst zu beeinflussen, bedeutet, dass

das therapeutische Vorgehen wesentlich auch von der eigenen Persönlichkeit des Therapeuten geprägt wird. Im Zusammentreffen bringen beide Seiten, Klient und Therapeut, ihre jeweils persönlichen „Hintergründe“ in die therapeutischen Gespräche ein. Dies geschieht in subtiler Weise. Sowohl der Therapeut als auch der Klient achten mit Hilfe von intrapsychischen und interpersonellen Organisations- und Regulationsvorgängen¹ darauf, dass ihr persönliches Wohlbefinden und ihre Selbstachtung möglichst wenig verunsichert werden. Auf diesem zirkulären Prozess basierend entwickeln Therapeuten rasch und von selbst eine emotional gefärbte positive oder negative Einstellung gegenüber den Klienten und einen stabilen gemeinsamen Interaktionsmodus².

Implizite Kommunikationsregeln oder „Übertragungs-Gegenübertragungs-Muster“³ können in diesem Kontext als eine unbewusste, affektive Kommunikationsschleife begriffen werden, die sowohl die Inszenierung des Klienten als auch jene des Therapeuten beinhaltet und die therapeutische Beziehung beeinflussen. Durch diese impliziten Regeln entsteht ein stabiles übergeordnetes System mit einem selbsterhaltenden Kreislauf, in dem Interaktionen unbewusste Diskursregeln erschaffen, die wiederum auf die Interaktionen wirken.

Zum Beginn einer Behandlung sind Klienten darauf angewiesen, Komplexität zu reduzieren, weil die therapeu-

¹ Vgl.: Grossmann (2009): Er benennt „Coping“ als generalisierte Bewältigungsmechanismen „nach innen [Konzept der Abwehrmechanismen] wie nach außen [Konzept des Widerstands] gerichtete Anstrengungen, um mit internen und externen Anforderungen umzugehen. Coping ist Umgang mit den Gegebenheiten unseres Lebens, ist Umgang mit eigenen Wahrnehmungen, Gefühlen und Kognitionen; und Coping ist die Vielfalt all jener Operationen, mithilfe derer wir unser Bedürfnis nach Bindung, nach Selbstwert und Selbstwirksamkeit sowie nach Ordnung und Orientierung verwirklichen“ (Grossmann, 2009, S.62). Die Beschreibungen ähneln dem psychoanalytischen Konzept der Abwehr und des Widerstands.

² Ergebnisse aus der Psychotherapieforschung belegen, dass Therapeuten und KlientInnen bereits nach den ersten Sitzungen zu besonderen Interaktionsmustern übergehen, die für den Rest der Therapie relativ konstant beibehalten werden.

³ Die psychoanalytische Theorie beschreibt den Vorgang des „Hineinlebens“ früher Beziehungserfahrungen und -personen in den Therapeuten als Übertragung. Als Gegenübertragung des Therapeuten werden dessen Gefühle und Vorstellungen definiert, die er wiederum als Reaktion auf das Verhalten des Patienten bekommt.

tischen Dialoge sich von denen im Alltag unterscheiden und die üblichen Diskursregeln außer Kraft sind. Zudem testen sie, inwiefern der Therapeut entsprechend der erwarteten dominanten Potenziale der Wirklichkeitsverarbeitung handelt oder alternative Reaktionen folgen lässt.

Inneren Mustern liegen internalisierte Interaktionserfahrungen zugrunde. Sie umfassen ein in dieser Erfahrung erlebtes Gefühl und ein kognitives Bild, vorrangig geprägt durch frühe Bezugspersonen. Klienten beurteilen die therapeutische Beziehung stets über die individuelle Landkarte ihrer Landschaft mit den vorwiegend unbewussten Potenzialen der Wirklichkeitsverarbeitung und -bewältigung.

In Therapien werden im „Hier und Jetzt“⁴ des Therapiegesprächs dominante Potenziale der Wirklichkeitsverarbeitung aktiviert. Die Problemaktualisierung kann sich auf der Ebene der Kognitionen, des Verhaltens und der Emotionen zeigen, wobei die Gefühlslage wahrscheinlich der entscheidendste Marker hierfür ist (vgl. Grossmann, 2009, S. 149).

„Emotionale Zustände, Gefühle und Stimmungen des Patienten teilen sich mit und ‚stecken‘ ihn [den Therapeuten] geradezu an. Häufig verläuft diese Gefühls- und Stimmungsinduktion über nonverbale und paraverbale Signalsysteme, deren existentiell notwendige biologisch-evolutionäre Funktion darin besteht, den eigenen emotionalen Zustand den Mitmenschen mitzuteilen und bei diesen die jeweils entsprechenden Funktionen, Motivationen und die dazu gehörigen komplementären Reaktionsweisen hervorzurufen. Insofern dienen sie der Strukturierung und Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen und somit letztlich auch dem Überlebenspotential vieler Arten. So ist z.B. das Weinen eine biologisch im Bindungssystem verankerte Reaktion, die dazu dient, bei den Anderen ein Bindungsverhalten wie Trost und Zuwendung zu bewirken“ (Bettighofer, 2010, S. 144, 145).

⁴ „Im Kontext bio-psycho-sozialer Probleme bzw. Störungen sind Landschaften der Wirklichkeitsverarbeitung und -bewältigung durch einige wenige Täler dominiert – durch dominante Potentiale, die sich im Konkurrenzkampf der Potentiale gegenüber alternativen Potentialen durchgesetzt haben. Es sind Täler, die mit Einschränkung, mit erlebter Dysfunktionalität und/oder Leid assoziiert sind ...“ (Grossmann, 2009, S. 26).

Beide, der Klient und der Therapeut haben eine Übertragung auf den jeweils anderen.

Es entsteht in jeder therapeutischen Beziehung immer ein spezifischer Dialog, der seitens des Therapeuten solange beherrscht werden kann, solange er selbst innerlich gut damit zurechtkommt und äußerlich darauf adäquat reagieren kann. Wirken allerdings die Eindrücke und Emotionen des Klienten auf den Therapeuten allzu intensiv, „agiert“ der Therapeut diese negativen Eindrücke aus. Mit „Agieren“ ist gemeint, dass der Therapeut durch die Rollenübernahme ein vom Klienten ausgehendes „Drängen“ wahrnimmt, auf eine typische Weise zu reagieren.

Dieses „Drängen“ kann unterschiedlich stark und intensiv oder auch subtil, vertraut und wenig spürbar sein, und es lässt sich kaum vermeiden, dass der Therapeut zumindest partiell handlungsdialogisch einsteigt und „mitagiert“. Einerseits stellt das „Mitagieren“ der Gegenübertragung ein Stück weit eine Voraussetzung dar, konstitutiv auf den therapeutischen Prozess zu wirken, andererseits verursacht ein zu starkes „Mitagieren“ eine Reinszenierung einer gefürchteten (traumatisierenden) Erfahrung und somit eine Bestätigung der dominanten Wirklichkeitsverarbeitung und -bewältigung.

Um sich zu schützen, aktivieren der Therapeut ebenso wie der Klient interaktionelles Coping (er leistet „Widerstand“). Er selbst muss verhindern, dass eigene Schemata aktualisiert werden, um gefährliche Wünsche und Gefühle fernhalten zu können. In der analytischen Therapie spricht man vom „Gegenübertragungswiderstand“, der meist sehr subtil ist und sich beispielsweise darin äußert, dass der Therapeut z.B. lustlos oder überengagiert ist, zu spät kommt, die Zeit überzieht oder Dinge vergisst.

WIDERSTÄNDE (COPING) DES THERAPEUTEN

Ermann (1987, S. 106) unterscheidet folgende Widerstände (Coping) des Therapeuten (vgl. auch Grossmann, 2009, S. 66, 67):

1. Die Vermeidung einer Rollenübernahme, Coping des „Sozialen Rückzugs/der sozialen Vermeidung“: „Wir können uns den Übertragungsprojektionen des Patienten verschließen und einen Widerstand dage-

gen aufrichten, uns als Objekte für die Inszenierung von Übertragungen zur Verfügung zu stellen, weil die damit verbundenen Ängste in uns selbst Abwehr hervorrufen.“ (Ermann, S. 106)

Beispiele: Mit der Aussage „Da stinkt’s!“, gepaart mit einem abschätzigen Blick und anschließendem Schweigen, eröffnet ein 14-jähriger Jugendlicher die zweite Einheit einer Therapieanbahnung. Der Therapeut ist innerlich irritiert, er bringt gedanklich automatisch den angeblichen Geruch in seinem Zimmer in Verbindung mit seiner Person, ohne davor diesen aber selbst wahrgenommen zu haben. Er ignoriert die Äußerung aus Angst, der Klient

könnte eine Verbindung zu ihm als Person benennen und versucht ein alternatives Thema einzuleiten. Das Gespräch stockt.

Ein Klient verliebt sich in seine Therapeutin und gesteht ihr seine Zuneigung. Diese fühlt sich bedrängt und eingeengt und begegnet ihrer Angst, indem sie aufgrund der entstandenen Nähe die Therapie beendet. Die Übertragungen des Klienten bleiben unbearbeitet.

2. Der Therapeut entspricht der Erwartung des Klienten (Coping der „Sozialen Entsprechung“): „Wir können uns mit dem Widerstand des Patienten verbünden und eine Gegenübertragung entwickeln, die den Widerstand legitimiert.“ (Ermann, S. 106)
Beispiel: Häufig passiert in Einzeltherapien mit Kindern, dass Therapeuten mit den Kindern spielen und das Spielen oder Inszenieren einer traumatisch erlebten Szene für sich schon als die Therapie betrachten. Damit verbünden sie sich unter Umständen mit dem Kind, indem sie die tatsächlich relevanten Elemente aus der Therapie fernhalten.
3. Der Therapeut reagiert in der Beziehung zum Klienten entweder in der Rolle des „Täters“ oder des „Opfers“ (Coping der „Reinszenierung“ oder „Rollenumkehr“): „Ausagieren der Gegenübertragung. In die-

sen Fällen bleibt die Identifikation mit den Übertragungsprojektionen des Patienten uns unbewusst und wir verhalten uns tatsächlich so, wie die Übertragung des Patienten es uns vorschreibt. Diese Art des Widerstandes enthält die Gefahr, mit Krisen in der Behandlungsbeziehung manipulatorisch umzugehen.“ (Ermann, S. 106)

Beispiel: Als eine Patientin von dem Drogenkonsum ihres älteren Freundes berichtet und erklärt, dass dieser derzeit sicherlich „clean“ sei, lächelt der Therapeut und fragt die Klientin: „Glaubst du das wirklich?“ Die Klientin reagiert plötzlich enorm wütend

ZIEL DER THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNGSARBEIT IST, KLIENTINNEN EINE EMOTIONAL KORRIGIERENDE ERFAHRUNG IN VIVO ZU ERMÖGLICHEN. IM HIER UND JETZT DER MENSCHLICHEN BEGEGNUNG SOLL EINE UNTERSCHIEDSBILDUNG ERFOLGEN, UM ALTERNATIVE WEGE DER WIRKLICHKEITSVERARBEITUNG UND -BEWÄLTIGUNG ZU GENERIEREN. DER THERAPEUT GEHT, ALS REALES BEZUGSOBJEKT, MIT DEM KLIENTEN TATSÄCHLICH ANDERS UM, ALS ES DIESER BISHER GEWOHNT WAR.

und die Stimmung ändert sich binnen weniger Augenblicke. Im weiteren Verlauf gelingt es zu klären, dass die Klientin sich vom Therapeuten abgewertet fühlt, ähnlich wie sie ihre Beziehung zu ihrer älteren Schwester wahrgenommen hat. Unbewusst hat der Therapeut die Rolle einer „sadistischen“ Person angenommen, in der er die Klientin für naiv deklariert.

In der szenischen Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung kann es zur realen Wiederholung des Traumas in der therapeutischen Beziehung kommen. Es ist niemand davor gefeit, sich destruktiv verwickeln zu lassen. Dieser Prozess der Klärung der therapeutischen Bezie-

hung nach Missverständnissen und Brüchen kann als ein zentraler Aspekt von Therapien gesehen werden.

Aus der Säuglingsforschung ist bekannt, dass es in Mutter-Kind-Interaktionen zu einer Vielzahl an Fehl Abstimmungen und Missverständnissen kommt. Allerdings werden derartigen Situationen, solange sie nicht überhandnehmen, auch eine entwicklungsfördernde Funktion zugeschrieben. Fehlritte stellen wertvolle Lernsituationen dar, wie man mit der unvollkommenen menschlichen Welt zurechtkommen kann. Entscheidend ist nicht der Fehler an sich, sondern wie damit umgegangen wird (vgl. Stern 2004, S. 164).

THERAPEUTISCHER VERÄNDERUNGSPROZESS IM FOKUS DER ÜBERTRAGUNG

Die Methodik übertragungsfokussierter therapeutischer Arbeit (vgl. Clarkin, Kernberg, Yeomans, 2008) besteht darin, Externalisierungen von inneren Ambivalenzspaltungen des Klienten zu erkennen und zu reflektieren. Somit kann der Therapeut wieder aus der Inszenierung mit dem Klienten heraustreten und eine neutrale Position einnehmen. Dazu ist unter anderem die Reflexion der eigenen therapeutischen Haltung, des eigenen Handelns sowie eigener „blinder Flecken“, die in die Behandlung hineinreichen, nötig.

Ziel der therapeutischen Beziehungsarbeit ist, KlientInnen eine emotional korrigierende Erfahrung in vivo zu ermöglichen. Im Hier und Jetzt der menschlichen Begegnung soll eine Unterschiedsbildung erfolgen, um alternative Wege der Wirklichkeitsverarbeitung und -bewältigung zu generieren. Der Therapeut geht, als reales Bezugsobjekt, mit dem Klienten tatsächlich anders um, als es dieser bisher gewohnt war.

Der Therapeut soll prüfen, ob er in eine Gegenübertragung mit den Klienten verwickelt ist und auch eine potenzielle Eigenübertragung oder eine eigene ambivalente Haltung in Erwägung ziehen. Letzteres meint, dass der Therapeut einerseits darauf hinarbeitet, sich die negative Übertragung bewusst zu machen. Andererseits kann er selbst unbewusst Angst vor der Wut des Klienten haben, die er subtil dem Klienten gegenüber kommuniziert.

Im wechselseitigen therapeutischen Interaktionsgeschehen empfiehlt es sich sowohl bewusst Informationen

über den bisherigen Kooperationsprozess mitzuteilen als auch diese von Klienten einzuholen. Dieser Schritt ist spätestens dann indiziert, wenn der Therapeut Probleme oder Dilemmata wahrnimmt.

Der nächste Schritt in schwierigen Therapiesituationen besteht darin, dass die wahrgenommenen Probleme transparent gemacht werden, um damit eine Metakommunikation über den Beratungsprozess zu ermöglichen. Laut Mücke (1998, 2009, S. 92) gelten hierbei zwei Regeln:

1. „Alles was auch immer vom Kunden/von der Kundin im Gespräch geäußert wird, wird wertschätzend begrüßt und als Information für den weiteren Gesprächsverlauf genutzt.“
2. Alles, was auch immer vorgeht hinsichtlich der Einschätzung des Gesprächsverlaufs im Berater/in der Beraterin, wird veröffentlicht und somit für den weiteren Beratungsprozess metakommunikativ genutzt.“

Weiters empfiehlt es sich, den Wahrnehmungen der KlientInnen gegenüber dem Therapeuten Raum zu geben und nicht unmittelbar eine (Um-)Deutung folgen zu lassen oder die Metaebene einzunehmen.

Im Hier und Jetzt der Übertragung besteht die Möglichkeit, vorerst von einer neutralen Haltung abzusehen und bewusst und gezielt ein „Mitagieren“ in der Gegenübertragung zuzulassen, um den Behandlungsfokus mehr und länger in der aktuellen Therapeuten-Klienten-Beziehung zu halten.

Methodisch unterscheidet Bettighofer (2010, S. 134) folgende Möglichkeiten:

1. Probeweise Übernahme der Übertragung des Klienten

Dabei bleibt der Therapeut in einer neutralen Haltung, greift die Übertragung des Klienten verbal auf und lässt sie in ihrer geäußerten Form stehen, um sie noch näher explorieren zu können.

Beispiel: Klientin: „Sie benutzen mich jetzt wie Butangas.“ Therapeut: „Du erlebst mich so, als würde ich dich benutzen ...“

Mit dieser Antwort versucht der Therapeut, die Übertragung zu explorieren und nutzt die Äußerung „Du erlebst mich“. Damit lädt er die Klientin ein, Alternativen der Wahrnehmung des Therapeuten in Betracht zu ziehen und die bisherige Konnotation zu verwerfen. Die Formulierung schafft gleichzeitig (eine sichere) Distanz in

der Klienten-Therapeuten-Beziehung, indem der Therapeut sich der Übertragung nicht ganz anschließt.

Eine weitere Variante, sich von der direkten Ich-Du-Beziehung noch mehr zu entfernen, kann durch die Einführung von etwas Drittem erreicht werden: „Mit mir ist es jetzt so, wie mit deinem Freund. In dieser Beziehung fühlst du dich oft ausgenutzt ...“

Hierbei schlüpft der Therapeut in eine Rolle und entledigt sich ihrer gleichzeitig. Der Therapeut nimmt Bezug auf den ursprünglichen Beziehungskontext („wie mit deinem Freund.“). Dadurch schafft er eine Distanz, durch die dem Klienten der Raum gewährt wird, seine Gefühle dem Therapeuten gegenüber nicht direkt diskutieren zu müssen. Das kann dem Klienten ein Stück mehr Sicherheit verleihen.

Mehr Nähe in der Beziehung zum Therapeuten würde hingegen die Intervention „Wirklich? Jetzt benutze ich dich wie Butangas?“ bezwecken. In dieser Form übernimmt der Therapeut spielerisch die ihm zugeordnete Rolle und untersucht sie so, als wäre sie Realität. Möglicherweise empfindet er im Moment tatsächlich (in seiner Gegenübertragung) ein Stück dieses sadistischen Gefühls, das ihm unterstellt wird. Eine derartige Intervention erzeugt mehr Spannung in der therapeutischen Beziehung, da dem Klienten vorerst bestätigt wird, dass seine Annahme zutreffend ist.

2. Rollenübernahme – Arbeit in der Übertragung

Diese Interventionsform geht nochmals einen Schritt weiter als die bisher beschriebenen. Der Therapeut schlüpft temporär noch ganzheitlicher in die vom Klienten übertragene Rolle. Sie setzt voraus, dass bereits eine positive, tragfähige Beziehung mit dem Klienten erarbeitet wurde. Ein Mitagieren in der zugewiesenen Rolle benennt ein sich Erfassen lassen von der vom Klienten erwarteten Rolle und ein partielles Handeln danach.

Beispiel:

Klient: „Schon während des Weges zu Ihnen habe ich überlegt, was ich Ihnen heute erzählen kann oder soll ...“

Therapeut: „Dann kann es ja sein, dass ich mich heute wieder langweile ...“

SPEZIELL DIE ÜBERTRAGUNGSFOKUSIERTE PSYCHOTHERAPIE ERWEIST SICH DABEI ALS REICHHALTIGER FUNDUS, WIE PLANVOLL DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG HILFREICH GENUTZT WERDEN KANN, UM BRÜCHE ZU KLÄREN ODER GAR VERHINDERN ZU KÖNNEN.

Klient: „Genau, es geht ja immer um dasselbe, und es wäre mir schon wichtig, dass Sie mit mir zufrieden sind.“

Therapeut: „Sie haben recht. Wenn das so weitergeht, könnte ich mit Ihnen unzufrieden werden!“

Klient: „Ja sehen Sie, dann komme ich mir ziemlich blöde vor, wenn Sie mit mir schimpfen, ...“

Aufgrund der mangelnden Distanz ist diese Interventionsform eher für „neurotische“ Klienten mit einer relativ stabilen Persönlichkeitsstruktur indiziert. Bei Patienten mit „Borderline-Strukturturniveau“⁵ ist die Maßnahme weniger geeignet, weil die Affektregulation ohnehin schon defizitär ist und die therapeutische Beziehung destabilisieren würde.

Aufgrund der geschaffenen Nähe ist es auch für den Therapeuten riskanter, verletzt und gekränkt zu werden.

ABSCHLIESSEND

In meiner Arbeit als systemisch ausgebildeter Therapeut hat sich die vorgestellte Methodik der Beziehungsarbeit mit Klienten vor allem im Einzelsetting als lohnend und bereichernd dargestellt. Speziell die übertragungsfokussierte Psychotherapie erweist sich dabei als reichhaltiger Fundus, wie planvoll die therapeutische Beziehung hilfreich genutzt werden kann, um Brüche zu klären oder gar verhindern zu können. Aufseiten des Therapeuten

⁵ „Die auf Kernberg zurückgehende Erfassung der Strukturturniveaus einer Persönlichkeit kennzeichnet unterschiedliche Entwicklungs- bzw. Reifegrade der psychischen Funktionen. „Neurotisch“ und „Borderline“ bezeichnet in diesem Zusammenhang nicht eine Diagnose nach einem Diagnoseklassifikationssystem, sondern die Definition des Integrationsniveaus (Neurotisches, Borderline, Psychotisches Integrationsniveau) eines Persönlichkeitsstruktur-Klassifikationssystems.“

erfordert dieser Umgang Mut und Engagement, sich mit dem Klienten und vor allem mit sich selbst auseinanderzusetzen. Auf der Ebene der systemischen Theoriebildung und -vermittlung plädiere ich im Gegensatz zu einer abgegrenzten (und einst sicher auch identitätsstiftenden) für eine offene und integrative Haltung gegenüber psychoanalytischen Konzepten.

JOHANNES KRUTZLER

ist Psychotherapeut (SF) in freier Praxis; Tätigkeit an der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie Hinterbrühl.

BIBLIOGRAFIE

- Bachelor, A.; Horvath, A. (2001): Die therapeutische Beziehung. In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (Hrsg.) So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Modernes Lernen, Dortmund
- Bettighofer, S. (1998/2010): Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess. W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
- Clarkin, JF; Kernberg, OF; Yeomans FE (2008): Psychotherapie bei Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Schattauer, Stuttgart
- Ermann, M. (1987): Behandlungskrisen und die Widerstände des Psychoanalytikers. Bemerkungen zum Gegenübertragungs-Widerstand. Forum Psychoanal. 3: 100-111
- Grossmann, K. (2009): Ein Tagebuch langsamer Therapie. Gedanken zu Psychotherapie und Evolution. Krammer, Wien
- Mücke, K. (1998/2009): Probleme sind Lösungen. Systemische Beratung und Psychotherapie – ein pragmatischer Ansatz. Systeme Verlag, Potsdam
- Simon, F. (1995): Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Carl-Auer, Heidelberg
- Stern, DN. (2004): Der Gegenwartsmoment. Brandes & Apsel, Frankfurt a.M.

Anzeige

STAF

VERANSTALTUNGEN

21. September 2012 in Salzburg

WORKSHOP: „HYPNOSYSTEMISCHE INTERVENTIONEN: RESSOURCEN, KRAFT UND DEN WEG ZUM ZIEL VON INNEN ERLEBEN“

Mag^a **Uli Russinger** (Wien)

Teilnahmegebühr: € 160,-, bei Überweisung bis zum 21. 7. 2012 Frühbucherbonus € 120,-

Anmeldeschluss: 21. 8. 2012

7. Dezember 2012 in Salzburg

SEMINAR: „PAARTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN“

Univ.Do. Dr. **Konrad Peter Grossmann** (Linz–Wien)

Teilnahmegebühr: € 160,-, bei Überweisung bis zum 7. 10. 2012 Frühbucherbonus € 120,-

Anmeldeschluss: 7. 11. 2012

Vorschau 2013

3-teiliges Curriculum „EMDR UND TRAUMATHERAPIE MIT KINDERN UND JUGENDLICHEN“

mit Dipl.Psych. **Dagmar Eckers** (Berlin) in Salzburg
Seminar I

1. 2. 2013 14–19.45 Uhr, und 2. 2. 2013 9–17.30 Uhr

Anmeldeschluss: 1. Dezember 2012

Seminar II

19. 4. 2013, 14–19.45 Uhr, und 20. 4. 2013, 9–17.30 Uhr

Anmeldeschluss: 19. Februar 2013

Seminar III

15. 11. 2013, 14–19.45 Uhr, und 16. 11. 2013, 9–17.30 Uhr

Anmeldeschluss: 15. September 2013

Teilnahmegebühr für jedes einzelne Seminar jeweils € 360,-. Bei Buchung aller 3 Seminare und Überweisung der Gebühr vor Anmeldeschluss des 1. Seminars für alle 3 Seminare € 1000,-.

STAF

Institut für Systemische Therapie,
Supervision, Ausbildung und Forschung

5020 Salzburg, Girlingstraße 47

Weitere Informationen unter www.staf.or.at

Anmeldung bei office@staf.or.at