

Konrad Peter Grossmann

Ambulante Systemische Therapie: ein besonderer Therapie-, Lern- und Lehrkontext

Linz, an einem noch dunklen Oktobermorgen: Mein Fahrrad und ich sind per Bahn unterwegs von Linz nach Klagenfurt, wo am Nachmittag meine Lehrveranstaltung zu systemischer Familientherapie beginnt. Ich mag das Reisen mit dem Zug. Ich mag die Stille des Regionalzugs, der jetzt, mit wenigen Pendlern besetzt, auf der eingleisigen Bahnstrecke entlang der Krems Richtung Süden dahinzieht. Sie ist wie die Stille im abendlichen Schnellzug von Wien Meidling nach Linz nach einem AST-Tag in Wien.

In dieser Ausgabe der Systemischen Notizen lesen Sie unsere AST-Studie, die wir schon vor einem Jahr hier veröffentlichen wollten. Die Publikation wurde verschoben, weil die Zeitschrift „Familiendynamik“, bei der wir die Studie ebenfalls eingereicht hatten, sie veröffentlichte (danke an die Herausgeber Ulrike Borst, Arist von Schlippe und Hans-Rudi Fischer), die uns aber zugleich auferlegte, sie erst ein Jahr später in unserer eigenen Zeitschrift zu publizieren (danke an Iris Seidler und Brigitte Lassnig, die vor einem Jahr statt des geplanten Heftes so rasch ein anderes zauberten).

Gut, dass die Studie jetzt erscheinen wird. Das Forschungsprojekt war ein Meisterwerk der Kooperation zwischen allen Beteiligten – von allen mitwirkenden Studierenden, von Siegfried Molan-Grinner und Ina Manfredini als Projektleitern, von Klaus Kubinger als unserem wissenschaftlichen Berater. Für die geplante Ausgabe soll ich als Begleittext die Ambulante Systemische

Therapie für alle LeserInnen, die sie nicht kennen, kurz skizzieren. Die kommenden Stunden im Zug sind dank meines Laptops und einer Thermoskanne Kaffee eine gute Gelegenheit zum Schreiben.¹

Was ist AST? AST umfasst die beiden in Wien und in Linz an die Lehranstalt für systemische Familientherapie angeschlossenen therapeutischen Beratungsstellen. AST steht einzelnen KlientInnen, Paaren und Familien offen, die vor dem Hintergrund gegebener individueller Leidenszustände, belasteter partnerschaftlicher oder familiären Beziehungen therapeutische Hilfe suchen. Gegenwärtig werden die in AST stattfindenden Therapien von fünf LehrtherapeutInnen – von Christina Lenz, Sigrid Binnenstein, Brigitte Lassnig, Gerald Binter und mir – durchgeführt.

Darüber hinaus bieten wir in diesem Rahmen Studierenden, die an der la:sf ihre fachspezifische Ausbildung und in AST ihr psychosoziales Praktikum absolvieren, ab dem dritten oder vierten Ausbildungsemester die Führung kostenloser psychosozialer Begleitgespräche an, die in der Regel mit der Absolvierung ihres zweiten Kolloquiums verbunden sind. Dieses zweite Kolloquium ist eine der Voraussetzungen dafür, den Status als PsychotherapeutIn in Ausbildung

¹ Gewidmet ist dieser Text Helga Tuchacek, die über viele Jahre hinweg bis vorletzten Sommer in AST mitarbeitete: Ohne sie wäre AST nicht, was es ist. Für textliche Anregungen danke ich meinen KollegInnen.

unter Supervision zu erlangen, der Studierende dazu berechtigt, in den Jahren bis zu ihrem Ausbildungsabschluss unter supervisorischer Begleitung selbstständig therapeutisch zu arbeiten.

AST ist ein kostenloses Angebot. Dadurch stehen Therapie und psychosoziale Begleitung auch KlientInnen offen, die über ein geringes Einkommen verfügen und so zumeist auch jenseits ihrer Problemstellungen ein schwereres Leben haben bzw. die sich Therapie im Kontext einer freien Praxis nicht leisten können.

AST Wien findet in den Räumlichkeiten der la:sf an vier Nachmittagen in der Woche statt, AST Linz in den Praxisräumen von Brigitte Lassnig vierzehntägig an einem Nachmittag. An jedem Nachmittag gibt es insgesamt drei Therapiegespräche.

Die in AST tätigen Studierenden werden durch die AST-TherapeutInnen angeleitet und durch jene LehrtherapeutInnen, bei welchen sie ihre Ausbildung absolvieren, supervidiert.

An allen von uns AST-TherapeutInnen durchgeführten Therapien nimmt eine für die Dauer eines Jahres festgelegte, die einzelnen Ausbildungslehrgänge übergreifende Gruppe von Studierenden per Videoübertragung oder per Einwegspiegel an den Therapiegesprächen als ZuhörerInnen teil – sie bilden gemeinsam mit den AST-TherapeutInnen das therapeutische Team (in eingeschränkter Weise gilt dies auch für die begleitenden psychosozialen Gespräche von Studierenden). Wie wir AST-TherapeutInnen unterliegen die ZuhörerInnen der Verschwiegenheit. Zum Rahmen von AST gehört, dass Therapiegespräche vor Beginn im therapeutischen Team durchgesprochen und nach dem Ende gemeinsam reflektiert werden, sodass Ideen und Anregungen von Studierenden in den Therapieprozess mit einfließen.

Die Therapiegespräche werden digital aufgezeichnet. Die Aufzeichnungen unterstützen die Reflexion der stattgefundenen Therapiegespräche und werden zuweilen im Rahmen der Ausbildung in Theorieseminaren oder bei Supervisionen für Lehrzwecke genutzt. Ein weiterer Verwendungszusammenhang ist jener der Therapieforschung.

KlientInnen werden im Kontext ihrer telefonischen oder per E-mail erfolgten Anmeldung zu AST über diese Rahmenbedingungen in Kenntnis gesetzt. In Erstgesprächen werden diese in der Anfangsphase noch einmal erläutert, und die KlientInnen werden ersucht, ihr Einverständnis mit diesen Gegebenheiten durch ihre Unterschrift auf einem entsprechenden Formular zu bestätigen.

AST steht als psychosoziale Praktikumsstelle ausschließlich Studierenden der la:sf

offen. In den letzten vier Jahren absolvierten etwa 80 Prozent der Studierenden der Ausbildungslehrgänge in Wien und alle Studierenden in Linz zumindest einen Teil ihres psychosozialen Praktikums in AST.

AST wird von der Direktorin der la:sf, Ina Manfredini, geleitet; organisatorisch wird AST Wien von Gabi Redl, AST Linz wird von Brigitte Lassnig betreut, die hier auch als einzige Lehrtherapeutin fungiert.

Wartberg an der Krems: Langsam taucht die Landschaft aus der Dunkelheit auf.

Wie meine Reise Oberösterreich, die Steiermark und Kärnten vereint, so vereint AST so verschiedene gedankliche Orte wie Adelaide, Milwaukee, Hamburg, Heidelberg, Mailand, Palo Alto, Phönix u. a. In den in AST durchgeführten Therapien kommen narrative, lösungsfokussierte, hypnosystemische, ökosystemische, strategische und sonstige systemische Therapiekonzepte zum Tragen.

AST ist ein weites Dach, unter dem jeder von uns eigene Schwerpunkte setzt: So betreut Gerald Binter kleine therapeutische Teams von Studierenden, die einen Begleitungsprozess, den ein Studierender/eine Studierende mit KlientInnen durchführt, durchgängig von dessen Anfang bis zu dessen Ende mitplanen und mitreflektieren. Ein Schwerpunkt von Sigrid Binnenstein ist jener Kind-orientierter Familientherapie. Dieser Ansatz verbindet spiel- und familientherapeutische Elemente. Dabei werden gemeinsame Spielsequenzen von Eltern und ihrem Kind oder auch von Therapeutin und Kind per Video aufgenommen; dieses Video wird in einem nachfolgenden elterntherapeutischen Gespräch ressourcenbezogen analysiert. AST beinhaltet auch die Möglichkeit, dass AST-TherapeutInnen mit Studierenden ko-therapeutisch arbeiten, dass Studierende als Protagonisten einer Skulpturarbeit während einer Therapiestunde in den Therapieraum gebeten werden u. a..



UNIV. DOZ. DR. KONRAD P. GROSSMANN ist Psychologe und Psychotherapeut (SF); Mitarbeiter der AST/Wien: Lehrtherapeut (la:sf); Lehrtätigkeit an der Universität Klagenfurt und der FH für Soziale Arbeit/Linz

Kremsmünster: Vom Waggonfenster aus sieht man in der Morgendämmerung das Stift mit der Sternwarte, dem ersten, um 1750 gebauten Hochhaus Europas. Adalbert Stifter ist hier, von Heimweh nach dem fernen Oberplan im Moldautal geplagt, von 1818 bis 1826 zur Schule gegangen. Hätte er die AST-Studie gekannt, hätte er sie wahrscheinlich als Bestätigung des von ihm formulierten „Sanften Gesetzes“ betrachtet, das er in der Vorrede zu seinem Erzählband „Bunte Steine“ beschrieb.

Nicht nur Kremsmünster hat eine Geschichte, auch AST: Ein Vorläuferprojekt wurde von Margit Scholze, Elfi Waas und Gerald Binter initiiert. Von 1996 bis 1998 führten

Reinhard Eher, Margit Scholze sowie Gerald Binter Therapien mit KlientInnen, deren Partnern und/oder Familien durch, die von einer Panikstörung/Agoraphobie betroffen waren. (Eher et al., 1997)

Seit der Wiederaufnahme von AST im Jahr 2000 wurde das Therapieangebot fortlaufend erweitert. Parallel nahm die Zahl von Studierenden, die hier einen Teil ihres psychosozialen Praktikums absolvierten, wie auch die Zahl der KlientInnen kontinuierlich zu. Bedingt durch die hohe Zahl von Therapieanmeldungen fungiert AST heute auch als Vermittlungsstelle, in der KlientInnen an Studierende der la:sf, die bereits über den Status als PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision verfügen, sowie an AbsolventInnen der la:sf weiterverwiesen werden. AST Linz wurde vor sechs Jahren – mit Beginn des ersten oberösterreichischen Ausbildungslehrgangs – durch Brigitte Lassnig installiert.

Kirchdorf an der Krems: Rechter Hand ragen die Wände der Kremsmauer gegen einen rosa Himmel auf. Wenig später taucht der Zug in den Tunnel, der das Krems- mit dem Steyrtal

Die gegenwärtig von AST-TherapeutInnen verwendete Methodik ist vielfältiger als früher: Neben dia- bzw. multilogischen (Frage-)Methoden werden das Systembrett, skulpturierende Verfahren, visualisierende Techniken, Tranceübungen, Metaphern, das Erzählen von Geschichten, das Arbeiten mit der Timeline, Stuhlarbeit, therapeutische Hausaufgaben und andere Vorgehensweisen genützt.

Selzthal: Wie so oft ist der aus München kommende Anschlusszug nach Graz verspätet, sodass ich in den Regionalzug nach St. Michael umsteige. Kurz vor dem Bahnhof überquert die Bahn die Enns, die weiter ins Gesäuse strömt, wo mein Großvater einst als junger Mann erst als Flößer, dann bei der Eisenbahn als Streckengeher gearbeitet hat. Die Bahnstrecke verläuft nun in südöstlicher Richtung, durch das Palten- und das Liesingtal. Der Wald ist schon herbstlich gefärbt. (Die beste Zeit des Reisens durch diese beiden Täler ist das Frühjahr. Dann sind die Südhänge der Eisenerzer Alpen schon grün, während die Nordhänge der Triebener Tauern noch schneebedeckt sind). Kurz nach Rottenmann passiert der Zug das kleine Wächterhaus, in dem mein Vater aufgewachsen ist; im Garten blühen Sonnenhut und rote Herbstastern.

Öfter als früher werden heute in AST schon beendete Therapien wieder aufgenommen – entweder, weil eine ursprüngliche Problemthematik für KlientInnen wieder bedeutsam wird oder weil es ein neues Therapiethema gibt. Insgesamt bewegen sich die Therapien weg von einem ausschließlichen Paradigma der Lösungsfokussierung hin zu einem langsameren und auch stärker emotions- und problemfokussiertem Therapievorgehen (Wagner u. Russinger, 2016; Grossmann, 2009; 2012; 2014), in welchem der therapeutischen Beziehungserfahrung ein größerer Stellenwert zukommt.

St. Michael: Hier endet mein Zug. Am Nebengleis wartet die Regionalbahn, die auf der Südbahnstrecke von Wien nach Triest durch das obere Murtal führt.

In einer Vorstudie unserer AST-Studie untersuchten wir, welche diagnostischen Kategorisierungen von Leidenszuständen bei KlientInnen, die Einzeltherapie im Rahmen von AST während der letzten fünf Jahre in Anspruch nahmen, dokumentiert wurden. (Viele KlientInnen, die zu AST kommen, kommen bereits mit der Zuschreibung einer Diagnose für ihre Problemstellung,

Die Methodik ist vielfältiger als früher: Neben dia- bzw. multilogischen (Frage-)Methoden werden das Systembrett, skulpturierende Verfahren, visualisierende Techniken, Tranceübungen, Metaphern, das Erzählen von Geschichten, das Arbeiten mit der Timeline, Stuhlarbeit, therapeutische Hausaufgaben und andere Vorgehensweisen genützt.

verbindet. Die Morgensonne beleuchtet die Gipfel des Ostabhanges des Toten Gebirges – die Spitzmauer, den Großen Priel, später das Warscheneck –, während die unteren Felswände noch im Schatten liegen.

Im Lauf der Jahre hat sich die in AST realisierte Arbeitsweise verändert. Die durchschnittliche Therapiedauer ist länger geworden. Zugleich hat sich die Therapiefrequenz erhöht: Waren früher längere Abstände zwischen Therapiegesprächen durchaus üblich, so findet heute die Mehrzahl der Therapien zumeist alle zwei Wochen statt. Ein Settingwechsel im Kontext laufender Therapien ist selten. Das Eingangsetting einer Therapie wird in aller Regel bis zum Therapieende beibehalten.

die von uns TherapeutInnen zumeist übernommen wird.) Bei den Anträgen zu einer Refundierung der Therapiekosten bzw. bei der diagnostischen Kategorisierung von Leidenszuständen im Rahmen der digitalisierten Therapiedokumentation zeigten sich in den letzten Jahren folgende Merkmale: Es gibt keine KlientInnen, deren Leidenszustand einer sog. organischen bzw. symptomatischen psychischen Störung entspricht. Bei KlientInnen, deren Problemstellung als psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen diagnostiziert ist, überwiegt, insbesondere bei Alkoholabhängigkeit und Drogenkonsum, der Anteil der männlichen Klienten deutlich. KlientInnen, deren Problemstellungen als Schizophrenie bzw. als schizotype und wahnhaftige Störung charakterisiert sind, nehmen AST selten in Anspruch. Häufig hingegen findet sich für Leidenszustände von KlientInnen die Diagnose einer affektiven Störung, bei sehr vielen jene einer depressiven Episode oder einer rezidivierenden depressiven Störung. Von diesen Leidenszuständen sind vor allem Klientinnen betroffen. Die im Kontext von AST am häufigsten gestellte (und/oder übernommene) Diagnose ist jene einer neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störung. Besonders häufig werden in Therapiedokumentationen Phobien, Panikstörungen, Angststörungen bzw. Angst und Depression gemischt, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, Zwangsstörungen und somatoforme Störungen angegeben. Auch hier bilden sich im Klientel von AST übliche Genderunterschiede ab (Möller-Leimkühler, 2005): So findet sich die Diagnose einer Angst- sowie Panikstörung bei Klientinnen etwa doppelt so häufig wie bei Klienten. Ähnliches gilt für die Diagnose einer Sozialphobie. Die Diagnose einer Zwangsstörung wird bei männlichen und weiblichen AST-KlientInnen mit etwa gleicher Häufigkeit angegeben. Etwas seltener werden Leidenszustände von KlientInnen als „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ eingeordnet. In diesem Rahmen werden insbesondere Ess- sowie Konversionsstörungen genannt (bei beiden überwiegt der Anteil von Klientinnen). Sehr selten findet sich die Diagnosestellung einer (psychogenen) sexuellen Funktionsstörung – wahrscheinlich erschwert das spezifische Setting von AST Betroffenen den Zugang. Bei Leidenszuständen, die als Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen kategorisiert werden, ist die am häufigsten angegebene Diagnose jene einer Borderline-Störung.

Knittelfeld: Während des ersten Weltkriegs wurde die Stadt durch ihr großes Lager für russische Kriegsgefangene berühmt, das gleichsam eine Stadt innerhalb der Stadt bildete. Nach dem Kriegseintritt Italiens diente das Knittelfelder Lager zudem als Militärspital für Verwundete der Isonzofront.

Im Rahmen unserer Vorstudie erkundeten wir zudem, wie KlientInnen im Kontext von Einzeltherapie ihren Weg zu AST finden: Der überwiegende Teil wird von Mitarbeiterinnen von Beratungsstellen oder von PsychotherapeutInnen, die in freier Praxis arbeiten und für KlientInnen nach einer kostengünstigen Therapiemöglichkeit suchen, sowie von PsychiaterInnen und anderen ÄrztInnen zugewiesen. In vielen Fällen sind Zuweisende ehemalige oder aktuelle Studierende der la:sf.

Bei der Anmeldung zu AST haben KlientInnen die Möglichkeit, ihrer Präferenz für einen bestimmten Therapeuten/eine bestimmte Therapeutin oder auch nur für das Geschlecht von TherapeutInnen bzw. deren Ausbildungsstatus anzugeben. In der Analyse der Anmeldungen zeigt sich, dass sowohl die eigene Wahl wie auch Zuweisungen zu einer Einzeltherapie vielfach rollenstereotypen Annahmen folgen. Sie sind überwiegend durch ein Schema der Gleichgeschlechtlichkeit geprägt – Klienten wählen vorzugsweise Therapeuten, Klientinnen vorzugsweise Therapeutinnen; Klienten werden vorzugsweise zu Therapeuten, Klientinnen zu Therapeutinnen überwiesen. Wahrscheinlich spielen in diesem Zusammenhang Gender-Attributionen, wie etwa jene der „weiblichen Geduld“ und des „weiblichen Einfühlungsvermögens“ bzw. jene der „männlichen Struktur“, eine zentrale Rolle. (Schigl, 2012, S. 107)

Die *motivational states* von KlientInnen, die Einzeltherapie im Rahmen von AST in Anspruch nehmen, entsprechen jenen von KlientInnen im Kontext anderer Beratungsstellen: Manche KlientInnen lassen sich als „BesucherInnen“, manche als „Klagende“, manche als „KundInnen“ einstufen. (deShazer, 1992) Auch hier bestehen Genderunterschiede. Zumeist stehen Klienten Therapie kritischer oder ambivalenter gegenüber als Klientinnen (Brooks, 1998) – häufiger als Klientinnen vermuten Klienten, dass Therapie nicht oder nur wenig zur Lösung eines Problems beitragen kann. (Brooks, 2010)

„Nächster Halt Unzmarkt“ verkündet die Tonbandstimme von Chris Lohner kurz nach Judenburg (hätte Hitler den Krieg gewonnen, würde Judenburg heute wahrscheinlich „Zirbenstadt heißen). Chris Lohner will mich zum Umsteigen auf die Murtalbahn, eine Schmalspurbahn, die über Murau bis Tamsweg verläuft, verleiten.

Ihre sanfte Stimme aus dem Off erinnert mich an ein weiteres Charakteristikum von AST: die zumeist durchgängige Einbeziehung eines Reflektierenden Teams in Therapiesprache. Zwei Studierende aus dem Kreis der ZuhörerInnen nehmen gegen Ende eines Therapiesprächs im Therapieraum Platz und tauschen sich in Anwesenheit von KlientIn, Paar oder Familie und Therapeut/Therapeutin über ihre Eindrücke und Ideen aus.

Der von Andersen (1990) entwickelten Methode wurde vor allem seitens des Mailänder Teams um Selvini-Palazzoli sowie des Heidelberger Teams um Stierlin und Retzer eine zentrale Stellung zuerkannt – sie stellte hier die als zentral gedachte Intervention eines Therapiegesprächs dar. (Binter, 1998) Im US-amerikanischen Kontext wurde das Reflektierende Team unter anderem durch deShazer und Berg im Rahmen des BFTC in Milwaukee aufgegriffen und zu einem fixen Bestandteil lösungsfokussierter Therapiepraxis. Hier war der Anspruch an das Reflektierende Team bescheidener – das Reflektierende Team sollte helfen, in Therapiegesprächen einen *polyocular view* zu realisieren. (deShazer, 1985) In Australien und Neuseeland interpretierten White und Epston Therapien als begleitete Übergangsprozesse – dem Reflektierenden Team kam in diesem Zusammenhang vor allem die Funktion sozialer Zeugenschaft bzw. einer *definitional ceremony* zu. (White, 2007)

Im Rahmen von AST dient die Einbeziehung des Reflektierenden Teams mehreren Absichten: Die Einbeziehung einer „Außenperspektive“ wirkt möglichen Verengungen von Therapiegesprächen, möglichen „Problemtrancen“ oder auch Neutralitätsverletzungen von TherapeutInnen entgegen; sie schafft die Möglichkeit, lösungsbezogene Erzählungen von KlientInnen, die in Therapiegesprächen emergieren, zu verstärken und zu bezeugen; sie markiert das bevorstehende Ende eines Therapiegesprächs; und sie ermöglicht Studierenden einen langsamen Einstieg in die therapeutische Rolle.

Die im Rahmen von AST üblichen Regeln für Reflektierende Teams orientieren sich an den von Andersen (1990), Hargens und Schlippe (1998) bzw. White (2007) empfohlenen Richtlinien: Während einer Reflexion tauscht das Reflektierende Team seine Gedanken ausschließlich untereinander aus. Dabei geht es um eine Vielfalt möglicher Sichtweisen, nicht um die „beste“ Idee. Die Kommunikationsbeiträge sind tendenziell kurz, schließen aneinander an (etwa indem ein Teammitglied an ein anderes eine Frage stellt), sie folgen einer Logik des Sowohl-als-auch anstelle eines Entweder-oder. Die Beiträge sind wertschätzend, ressourcenorientiert und im Mehrpersonensetting allparteilich. Sie sind keine Verkündigungen von „Wahrheiten“ über KlientInnen, sondern als subjektive Eindrücke markiert. Sie sollten für KlientInnen nachvollziehbar und anschlussfähig sein. Sie fokussieren das, was im Rahmen des Therapedialogs besprochen wurde und bergen keine Ratschläge.

Scheifling: Vor kurzem wurde der Ort in einem Artikel der „Zeit“ über die Landflucht in vielen ländlichen Regionen Europas erwähnt. Früher waren es vor allem die jungen Männer,

die in die Stadt gingen. Heute sind es vor allem die jungen Frauen.

Wer sind die KlientInnen, die zu AST kommen? Gegenwärtig finden im Rahmen von AST etwa 60 Prozent der Gespräche im Einzelsetting statt, etwa 40 Prozent sind Paar-, Eltern- oder Familiengespräche.

Etwa zwei Drittel der KlientInnen, die im Rahmen von AST Einzeltherapie in Anspruch nehmen, sind Frauen, ein Drittel sind Männer. Insgesamt zeigt sich über das letzte Jahrzehnt analog zur Entwicklung in privaten Praxen und Beratungsstellen (Grossmann, 2016), dass zunehmend mehr Männer Therapie in Anspruch nehmen. KlientInnen, die im Rahmen von AST Einzeltherapie in Anspruch nehmen, sind im Durchschnitt 40 Jahre alt. In ihren sozioökonomischen Merkmalen sind sie heterogen: Zu AST kommen KlientInnen, die über einen Pflichtschulabschluss verfügen, ebenso wie KlientInnen mit Universitätsabschluss. Es kommen KlientInnen, die arbeitslos oder frühpensioniert sind, ebenso wie KlientInnen, die in gesicherten finanziellen Verhältnissen leben. Bio-psycho-soziale Leidenszustände betreffen zwar vor allem ärmere Menschen, aber letztlich sind sie nicht wählerisch; und das Leiden von Betroffenen hängt nicht davon ab, ob sie arm oder reich sind.

Für die Mehrzahl der KlientInnen ist AST nicht ihre erste Therapieerfahrung: Viele haben bereits ein, zwei oder mehrere Psychotherapien in Anspruch genommen. Viele verfügen über die Erfahrung wiederholter stationärer psychiatrischer Aufenthalte, haben einen oder mehrere psychosoziale Rehabilitationsaufenthalte hinter sich, werden gleichzeitig psychiatrisch betreut und nehmen psychiatrische Medikation in Anspruch.

Bei den im Rahmen von AST stattfindenden Familien- und Elterntherapien bilden Leidenszustände von Kindern oder Jugendlichen und damit verbundene Erfahrungen parentaler Hilflosigkeit (Pleyer, 2003), elterlicher Überforderung und/oder Unsicherheit den zentralen Therapieanlass. Zu den kind- oder jugendbezogenen Therapiethemen zählen vor allem Verhaltens- und emotionale Störungen von Kindern, Störungen des Sozialverhaltens, oppositionelles Verhalten von Kindern und Jugendlichen, kindliche Trennungsängste und Phobien, ausgeprägte Geschwisterrivalität, Schulverweigerung und -vermeidung und/oder psychosomatische Leidenszustände. Häufig sind diese Leidenszustände in krisenhafte Übergänge im familiären Lebenszyklus eingebettet.

Zu den Themenstellungen, die Paare zu einer Therapie im Rahmen von AST bewegen, zählen schmerzhaft Erfahrungen der Distanz und Kälte in der Partnerschaft; häufiger Streit und hohe Spannung; erlebte und ausgeübte physische Gewalt; Erfahrungen der Un-

treue und damit verbundene Kränkung; andere Loyalitätsbrüche; Problemstellungen der Sexualität und Intimität; die unterschiedliche Bewältigung kritischer oder traumatischer Lebensereignisse, die einen oder beide Partner betreffen; ungelöste Fragen der Gerechtigkeitsbalance und Fairness im gemeinsamen Alltag; ungelöste Entscheidungsfragen rund um gemeinsame Zukunft u. a. Zuweilen fungiert auch eine individuelle Symptomatik eines Partners als Ausgangspunkt einer Paartherapie, weil diese die Partnerschaft in hohem Maß beeinflusst oder beeinträchtigt.

Neumarkt: Die Bahnstrecke windet sich in einer großen Schleife durch ein Quertal der Mur hinauf zum Neumarkter Sattel. Für Goethe begann der Süden während seiner Reise nach Italien mit der Überquerung des Arlbergs. Seitdem ich regelmäßig nach Kärnten fahre, beginnt für mich der Süden mit der Überquerung des Neumarkter Sattels am äußeren Ende der Steiermark. Die Sonne scheint hier wärmer, die Luft schmeckt anders, das Tempo des Lebens verlangsamt sich.

Der Neumarkter Sattel erinnert mich an das Konzept der Potenziallandschaft (Schiepek et al., 2013), das für meine therapeutische Arbeit große Bedeutung hat: Mit seiner Hilfe lassen sich Therapiesprache Wanderungen durch sog. Problem- und Lösungstäler – durch problem- wie lösungsassoziierte FDV-Muster – von Individuen, von Partnern oder Familienmitgliedern gleichsetzen (Grossmann, 2016). Jede Wanderung beginnt in einem problemassoziierten Potenzialtal und führt im guten Fall über einen sog. Problem-Lösungs-Übergang – einen Hügelkamm, eine Passhöhe – in ein lösungsassoziiertes Potenzialtal.

Die Metaphorik des Wanderns scheint mir auch ein passendes Konzept für das Erlernen der therapeutischen Profession. AST ermöglicht Studierenden ein im wörtlichen Sinn „nahes“ Erlernen von Therapie – zeitnahe, räumlich nahe, erlebnisnahe. Sie nehmen Anteil an von Eltern erlebter Ohnmacht, an Wut und Ärger von Partnern im Rahmen eskalierender partnerschaftlicher Interaktion, an dem Stolz und der Freude einer Klientin über seit dem letzten Therapiesprache Gelungenes, an der Verzweiflung eines Klienten über all das Schwere, das sein/ihr Leben und ihre Beziehungen überschattet. Sie nehmen Anteil an den Erfahrungen von TherapeutInnen – an ihrer Sicherheit wie Unsicherheit, an ihrer Verwirrung, an ihrem Handhaben von Beziehungstestungen und Kooperationsproblemen. Sie nehmen Anteil an Therapieprozessen (im Großen und im Kleinen) – sie beobachten das Gelingen oder Scheitern von Problem-Lösungs-Übergängen; sie erleben mit, wie eine Skalierungsfrage

ge Raum für die Suche nach Unterschieden schafft, wie KlientInnen einer Wunderfrage ausweichen, wie eine Zeitlinienarbeit aus den Fugen gerät, wie eine Familienbrettdarstellung in ein Lösungsbild mündet, wie eine Tranceübung ein positives Befinden von KlientInnen anregt, wie eine Therapiestunde in ein „happy“ oder „bad end“ mündet.

Und AST birgt die Möglichkeit der dosierten Einübung in die TherapeutInnen-Rolle – in der Identifikation mit dem Therapeuten/der Therapeutin während des Therapiesprachs, in der Teilnahme in einem Reflektierenden Team, in der Planung eines Therapiesprachs oder des weiteren Therapievorgehens im Rahmen der Vor- und Nachbesprechungen.

Ab Neumarkt folgt die Südbahn dem Olsatal. Die Landesgrenze zwischen der Steiermark und Kärnten überquere ich etwas weiter südlich bei Dürnstein, wo die Olsa sich ihren Weg durch eine enge Klamm bahnt und dann in die Metnitz einmündet. In Friesach endet die Fahrt meiner Garnitur, ich muss in den schon wartenden Zug nach Klagenfurt umsteigen. Vom Bahnhof aus sieht man die vielen Burgen, zu deren Füßen die mit einer Stadtmauer und einem Wassergraben umgürtete kleine Stadt liegt.

Die Tatsache, dass bei vielen der Therapiesprache im Rahmen von AST ZuhörerInnen präsent sind und ein Reflektierendes Team einbezogen wird, dass die meisten Therapiesprache aufgezeichnet und zuweilen

Jede Wanderung beginnt in einem problemassoziierten Potenzialtal und führt im guten Fall über einen sog. Problem-Lösungs-Übergang – einen Hügelkamm, eine Passhöhe – in ein lösungsassoziiertes Potenzialtal.

Ausschnitte davon im Kontext der Ausbildung gezeigt werden, birgt Implikationen für KlientInnen wie für uns als TherapeutInnen. Diese Präsenz ist beides: Hemmnis/Schwelle und Erweiterung.

Manche KlientInnen sind sich während eines Therapiesprachs der Anwesenheit der ZuhörerInnen im Nebenraum fast durchgängig bewusst; andere blenden sie während einer Therapiesitzung aus – sie vergessen sie, sie tauchen in die Begegnung mit ihrem Therapeuten/ihrer Therapeutin und in das Thema des Therapiedialogs ein.

Hemmnis/Schwelle ist diese Präsenz von ZuhörerInnen dort, wo KlientInnen, Paare, Familien eine hohe

Intimität und eine besondere Stabilitätsbedingung benötigen. Dies ist vor allem bei mit Scham und Kränkung verbundenen Therapiethemen der Fall – bei aktuellen oder biografischen Traumata, bei sexuellen Themenstellungen, bei schuldhaften Erfahrungen. Schwelle ist diese Präsenz, wenn KlientInnen sehr ängstlich oder misstrauisch sind. Das Setting AST gewährleistet hier nicht für alle KlientInnen jene Sicherheit und Vertrautheit, derer sie bedürfen. Im guten Fall und in aller Regel wird eine fehlende Passung von AST bereits bei der Therapieanmeldung sichtbar, sodass KlientInnen in einen geschützteren Therapierahmen weiterverwiesen werden können. Zuweilen offenbart sich eine eingeschränkte Passung erst im Erstgespräch oder im Rahmen erster Therapiegespräche. Erweiterung ist diese Präsenz von ZuhörerInnen dort, wo die von einem Reflektierenden Team geäußerten Ideen und Sichtweisen KlientInnen stärken und ermutigen. Und Erweiterung ist diese Präsenz in Form der Ideen und Überlegungen, die Studierende in der Vor- und Nachbesprechung von Therapiegesprächen in Therapien mit einbringen.

St. Veit: Das Bahnhofsgebäude in St. Veit ist eines der schönsten auf der gesamten Südbahnstrecke. Wie der alte Floridsdorfer Bahnhof, dem Willi Resetarits und seine Band Stubnblues ein musikalisches Denkmal gesetzt haben, würde er ein eigenes Lied verdienen.

Ein besonderer Lernkontext ist AST für jene Studierenden, die ihre Ausbildung bei einem von uns AST-TherapeutInnen absolvieren: Für sie bietet das Zuhören die Möglichkeit der Überprüfung, wieweit von uns als LehrtherapeutInnen über Therapie Erzähltes mit der Praxis unseres Tuns übereinstimmt oder davon abweicht. Für Studierende aus anderen Lehrgängen stellen sich im Rahmen von AST jene Herausforderungen, die sich allgemein im Kontext ihres psychosozialen wie auch klinischen Praktikums ergeben: Sie beobachten TherapeutInnen bei der Arbeit, die unter Umständen anders denken und handeln, als ihnen im Rahmen ihrer Ausbildung vermittelt wird. Das konfrontiert sie mit Unterschieden, die vor allem in den ersten beiden Jahren der Ausbildung herausfordernd sind.

AST ist ein lehrgangsübergreifender Ausbildungskontext. Das ermöglicht, dass in ihrer Ausbildung fortgeschrittene Studierende ihr Wissen und ihre Erfahrung den „Newcomern“ weitergeben. Das ermöglicht, dass sie diese in Bezug auf mit der Ausbildung einhergehende Herausforderungen ermutigen und stärken. Zudem bringen Studierende aus den unterschiedlichen Lehrgängen unterschiedliche Sichtweisen, Theoriebezüge und Praktiken in den gemeinsamen Diskurs ein. Entfällt eine Therapiestunde, schafft dies Raum dafür, dass Therapievideos betrachtet und detailliert analy-

siert werden; und es schafft Raum für Fragen, für die zuweilen im Rahmen von Theoriewochenenden und Supervisionen zu wenig Zeit bleibt. AST wird dann zu einem *open space*, in dem Querverbindungen von Therapie zu Philosophie, zu Literatur, zu Musik und anderem zum Thema werden.

Das Arbeiten im Kontext von AST birgt nicht nur Implikationen für KlientInnen, sondern auch für uns als TherapeutInnen. Im guten Fall wirkt die Präsenz der Studierenden beflügelnd – sie unterstützt uns dabei, genauer, achtsamer, kreativer zu arbeiten; die Freude über ein zumindest partielles Gelingen einer Therapie ist eine mit dem Team geteilte. In anderen Fällen (und vor allem dann, wenn Therapiegespräche sich nicht so hilfreich entwickeln, wie wir es wünschen; wenn wir den Faden verlieren, wenig einfallreich sind usw.) ist die Präsenz der Studierenden eher belastend und zuweilen schambesetzt (auch wenn Studierende dazu tendieren, Nichtgelingen eher an schwierigen/ungünstigen Therapieumständen als an uns als TherapeutInnen festzumachen und uns so zu entlasten suchen). Aber auch das Nichtgelingen von Therapien hat seine hellen Seiten: Gestalten sich Therapiestunden nicht so, wie wir es erhoffen, ist dies nicht nur eine Quelle unseres persönlichen Lernens, es ist auch eine wichtige Quelle des Lernens für Studierende, ein sich vertraut-Machen mit dem Alltag von Therapie.

Der Zug rollt durch die nördliche Vorstadt Klagenfurts. Die Anfangszeile eines Songs – „Unterwegs nach Süden“ – des deutschen Liedermachers Hannes Wader fällt mir ein: „Ich bin unterwegs nach Süden und will weiter bis ans Meer.“ Was für eine Verlockung, jetzt nach Laibach oder Triest weiterzufahren!

AST ist ein besonderer Therapiekontext, aber auch ein besonderer Lern- und Lehrkontext, in dessen Rahmen sich erzähltes, erlebtes und gelebtes therapeutisches Leben verschränkt – das macht AST zu einem wichtigen Teil der Ausbildungsreise von Studierenden.

BIBLIOGRAPHIE:

- Binter, G. (1998): Settings und ihre Bedeutung auf der TherapeutInnenebene. In: A. Brandl-Nebehay, B. Rauscher-Gföhler u. J. Kleibel-Arbeithuber (Hg.): Systemische Familientherapie. Grundlagen, Methoden und aktuelle Trends. Wien (Facultas), 241-253.
- Brooks, G.R. (2010): Beyond the crisis of masculinity: A transtheoretical model for male-friendly therapy. Washington, DC (American Psychological Association).
- deShazer, S. (1985): Keys to Solution in Brief Therapy. New York (Norton).
- Eher, R., Scholze, M. u. G. Binter (1997): (1997): Ein systemisch-dynamisches Bedingungsmodell der Panikstörung/ Agoraphobie. Zeitschrift für systemische Therapie, 15 (4): 224-252.
- Grossmann, K. P. (2009): Ein Tagebuch langsamer Therapie. Wien (Krammer).

- Grossmann, K. P. (2012) Langsame Paartherapie. Heidelberg (Carl-Auer).
- Grossmann, K. P. (2014): Systemische Einzeltherapie. Göttingen (Hogrefe).
- Grossmann, K. P. (2016): Therapie mit Männern. Heidelberg (Carl-Auer)
- Andersen, T. (1990): Das reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über Dialoge. Dortmund (Borgmann).
- Möller-Leimkühler, A. M. (2005): Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 6 (3): 29-35.
- Hargens, J. u. A. von Schlippe (1998): Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und systemische Praxis. Dortmund (Borgmann).
- Pleyer, H.H. (2003) „Parentale Hilfslosigkeit, ein systemisches Konstrukt für die therapeutische und pädagogische Arbeit mit Kindern. Familiendynamik, 28(4),S.467-491
- Schigl, B. (2012): Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Wiesbaden (VS Verlag).
- Schiepek, G., Eckert, H. u. B. Kravanja (2013): Grundlagen systemischer Therapie und Beratung. Psychotherapie als Förderung von Selbstorganisationsprozessen. Göttingen (Hogrefe).
- Wagner, E., Russinger, U. (2016): Emotionsbasierte systemische Therapie. Intrapsychische Prozesse verstehen und behandeln. Stuttgart (Klett-Cotta).
- White, M. (2007): Maps of narrative therapy. New York (Norton).

Lust auf ein Abo?



Unsere Fachzeitschrift enthält „**systemische Wirkstoffe, die zirkulieren, nachhaltig wirken**“ und über ein Abonnement regelmäßig zugeführt werden können.

Kosten für 4 Ausgaben pro Jahr:

€ 16,- (für AbsolventInnen € 12,-, für Studierende kostenlos)

Bei weiterem Interesse ersuchen wir freundlich um Abo-Anmeldung:

E-mail: administration@la-sf.at

Internet: www.la-sf.at

Post: Lehranstalt für systemische Familientherapie, 1130 Wien, Trauttmansdorffgasse 3a

Konto: Erste Bank IBAN AT55 2011 1000 0950 3234

Weiterbildungscurriculum

DAS GESUNDHEITSBILD nach Univ. Doz. Dr. Harry Merl

Intuition als Ressource wirksam nutzen

DAS GESUNDHEITSBILD (GB) ist eine von Univ. Doz. Dr. Harry Merl entwickelte ökosystemische Interventionsmethode.

Mit Hilfe des Instrumentariums GB können Fragestellungen und Problemstellungen in unterschiedlichen Beratungskontexten visualisiert und geklärt / gelöst werden. Durch das klar strukturierte Vorgehensmodell ist es leicht erlernbar und anwendbar. Die Intuition als Dialog mit dem Unbewussten lässt uns unmittelbar die Selbstwirksamkeit erleben. Das GB stellt eine seit 30 Jahren vielfach bewährte Interventionsmethode zur Lösungsaktualisierung dar.

Damit Sie sich in diesem Ansatz qualifizieren bzw. weiterbilden können, bietet die Gesundheitsbild-Akademie Wien in Zusammenarbeit mit solution works ein Weiterbildungscurriculum für DAS GESUNDHEITSBILD nach Dr. Harry Merl an.

Das Weiterbildungscurriculum mit Zertifikatsabschluss, durchgeführt vom Ausbildungszentrum Gesundheitsbild (Leitung: Harald Heugl, MSc., MBA) wurde von Dr. Harry Merl autorisiert und besteht aus drei aufeinander aufbauenden Modulen.

Seminarleitung: Univ. Doz. Dr. Harry Merl

Anfrage & Anmeldung:

+43(0)664 73678467
info@solutionworks.at



Modul 1: Grundkurs

- Theoretische Grundlagen
- Einführung in die Arbeit mit dem GESUNDHEITSBILD
- Übungen

Modul 2: Aufbaukurs

- Erfahrungsaustausch aus der bisherigen Arbeit mit dem GB
- Vertiefung des bereits Gelernten
- GB Varianten-Erweiterung zu Arbeit mit Träumen, dem eigenen Lebensweg, Intuitive Supervision, Selbst-Supervision und Coaching
- Kreatives Arbeiten an neuen Anwendungsmöglichkeiten des GB

Modul 3: Übungstag

- Voraussetzung: Absolvierung der Module 1 und 2
- GB-Arbeit in der Kleingruppe und Einzelarbeit
 - Reflexionsrunde, Supervision in der Großgruppe
 - Fallpräsentation

Seminarplatz rechtzeitig sichern!

Buchung nur bis 20.12.2016 möglich
First come, first serve!

Termine:

Modul 1: Grundkurs
Samstag, 28. 01. 2017 9:00 - 17:00 Uhr
Modul 2: Aufbaukurs
Samstag, 11. 03. 2017 9:00 - 17:00 Uhr
Modul 3: Übungstag
Samstag, 29. 04. 2017 9:00 - 17:00 Uhr