

■ INGE LIEBEL-FRYSZER | HANAU

Systemische Aktionen in der Einzelpsychotherapie

Kleine Interventionen für den Praxisalltag

Übersicht: Systemische Interventionen lassen sich hervorragend in Handlungen übersetzen. Aktionsmethoden aus verschiedenen psychotherapeutischen Schulen geben dazu Anregungen. Elemente aus dem Psychodrama, der Verhaltenstherapie, der Gestalt- und Körperpsychotherapie verstärken und erweitern die Kommunikation mit Klienten, indem zusätzliche Wahrnehmungskanäle gezielt angesprochen werden. Den therapeutischen Raum als Bühne zu betrachten fördert die Beobachterperspektive und erlaubt eine Fülle an kreativen Methoden, die einfach und zeitlich begrenzt in der Psychotherapie einsetzbar sind. Reframings, Skalenarbeit, Orts- und Zeitenwechsel, zirkuläre Fragen sind in Handlungsangebote umsetzbar. Muster können in Aktion beobachtet, untersucht und durchgespielt werden. Rollenspiele zum Modellieren neuer Verhaltensweisen und mannigfaltige Kontextualisierungen durch kleine Inszenierungen bereichern die Kommunikation an. Kleine Veränderungen im Raum sorgen für Perspektivwechsel. Aktionsmethoden beziehen nichtsprachlich repräsentierte und damit bewusstseinsfernere Erfahrungsbereiche in die Dialoge ein und fördern damit die neuronale Vernetzung. Therapien gemeinsam mit den Klienten als ästhetisch kreative Prozesse zu gestalten unterstützt die Selbstfürsorge des Therapeuten.

Schlüsselwörter: Systemische Einzelpsychotherapie, Handlungsangebote, Bühnenraum, Konkretisierung durch Inszenierung, Psychodrama

Vorbemerkung: Zum Kontext der beschriebenen Interventionen

In der vorliegenden Arbeit geht es darum, Aktionsverfahren im einzeltherapeutischen Setting zu verwenden. Dabei konzentriere ich mich auf eher kleine, recht einfache Enactments. Diese sind auch mit im Spiel unerfahrenen Klienten in zeitlich sehr begrenzten Terminen realisierbar. Nach meiner Erfahrung sind es oft genau diese kleinen Inszenierungen, die Klienten einen guten Zugang zu Aktionsverfahren erlauben. Die Wirkung ist trotzdem oft groß.

Aktionsverfahren sind Methoden, die je nach Kontext und entsprechend dem jeweiligen theoretischen Bezugsrahmen des Intervenierenden Sinn und Bedeutung bekommen. Um das *Warum* der eingesetzten Methode und die Ausgestaltung des *Wie* zu verstehen, sollen vorab einige Informationen zum Rahmen meiner Arbeit und meinen Grundannahmen gegeben werden. Ich arbeite u. a. in eigener Praxis als Psychologische Psychotherapeutin in der kassenärztlichen Versorgung. Einzeltherapien, bei denen ich die Partner der Klienten und, wenn nötig, auch vereinzelt die

ganze Familie hinzuziehe, sind mein Arbeitsschwerpunkt. Ich arbeite an den Aufträgen und Veränderungszielen der KlientInnen. Der Blick auf die Veränderungsdynamik im sozialen Gesamtsystem der Klienten und die Überzeugung, dass ihre bisherigen Lösungen für sie sinnvoll und bestmögliche Kreationen waren, sind für mich grundlegend. Daher fokussiere ich immer wieder auf ihre Ressourcen, denn erst das Bewusstsein, dass es Ressourcen gibt, ermöglicht es, sie auch zu nutzen. Darüber hinaus ist die Entwicklung neuer Ressourcen kontinuierlich Gegenstand der Psychotherapie.

Der therapeutische Raum soll ein Lernraum sein, der Sicherheit gibt, aber auch Verstörung beinhalten kann und damit neue Erfahrungen ermöglicht. Er regt die Klienten an, zwischen den Sitzungen Neues auszuprobieren. Durch strukturierte Handlungsanregungen und Aufgaben für die Zeit zwischen den Therapiesitzungen wird dies betont.

Therapie verstehe ich als Unterstützungsprozess in Übergängen von Altem zu Neuem, bei dem neben dem Finden neuer Lösungen auch Abschiede (und damit Trauerprozesse) von

Sichtweisen, Erklärungsmodellen, vertrauten Handlungen, Symptomen und manchmal auch Menschen gehören. Selbstverständlich ist mir bewusst, dass ich mit Hypothesen arbeite und nicht mit Wahrheiten.

Aktionsmethoden und Neurobiologie

Aktionsmethoden definiere ich als Handlungsangebote an den Klienten. Äußere Handlungen sind verbunden mit Gedanken, Gefühlen, Selbstwahrnehmungen, Empfindungen und anderen Verhaltensimpulsen. Diese mentalen Prozesse bleiben größtenteils unsichtbar. Van der Hart, Nijenhuis & Steele (2008, S. 205 ff.) nennen diese inneren Prozesse »mentale Handlungen«. Denken, Imagination und Handlungsplanung finden in den höheren Hirnregionen statt (Cortex). Diese Fähigkeiten gründen auf basalen subcortikalen Strukturen, die sensumotorische, emotionale und reflexbedingte Handlungen steuern. Diese subcortikalen Gehirnstrukturen werden in frühen Inter-Aktionen mit der Bindungsperson geprägt. In einer rein sprachlich orientierten Psychotherapie werden diese vielfältigen inneren Vorgänge in Worte zusammengefasst und so in die therapeutische Interaktion gebracht. Dies stellt eine starke Reduzierung dar und verlangt komplexe mentale Integrationsprozesse.

Indem neben rein sprachlichen Interaktionen durch »Aktionsmethoden« andere Handlungssysteme bewusst in die therapeutische Interaktion aufgenommen werden, wird der Dialog mit bedeutsamen Informationen aus subcortikalen Systemen angereichert. Die Konkretisierung, Kontextualisierung und Akzentuierung rein sprachlicher Interaktion werden dadurch unterstützt. Sprachliche Interaktion wird

deutlicher und damit relevanter. Aktionsmethoden bieten Therapeut und Klientinnen bewusste Zugänge zu nicht sprachlichen Aspekten unserer Selbstorganisation. Der methodische Einbezug anderer Handlungsebenen in die therapeutische Kommunikation unterstützt neuronale Vernetzung und fördert damit die Integration verschiedener neuronaler Aktivitätszentren (Marlock & Weiss, 2006; Hanswille & Kissenbeck, 2009).

Aktionsmethoden und psychotherapeutische Schulen

Aktionsmethoden sind von jeher psychotherapeutisches Handwerkszeug, das in den verschiedensten psychotherapeutischen Schulen verwendet wird. Da ist die Kindertherapie – nicht auszudenken, mit jungen Menschen ohne »Aktion« zu arbeiten. Symbol, Sprache und Handlung erleben Kinder als Einheit und handeln auch entsprechend ganzheitlich im Spiel. Ein therapeutischer Dialog, der ohne Aktion vor sich geht, widerspräche dem Interaktions-



Aktionsmethoden bieten bewusste Zugänge zu nicht sprachlichen Aspekten unserer Selbstorganisation

verhalten von Kindern. Malen, Spielen, Gestalten, Bewegung gehören ins Handlungsrepertoire jedes Kindertherapeuten (Aichinger & Holl, 2002; Oaklander, 2009).

Psychodramatiker verfügen über eine Fülle von Handlungsmethoden. Der Begründer des Psychodramas, J. L. Moreno (»Handeln ist heilender als Reden«), erfand die psychodramatische Bühne als Inszenierungsraum für die Geschichten von Klienten, er schuf mit ihr zugleich Beobachtungsraum und Metaebene. Psychodramatiker verfügen über einen reichen Schatz gut erprobter Inszenierungstechniken und dramaturgischer Handlungstechniken

(Bosselmann et al., 2006; Bleckwedel, 2008). Die Verhaltenstherapeuten mit ihrer in-vivo-Arbeit öffneten den abstinerten Therapieraum in Richtung Alltag. Fokussiert handeln sie mit den Klienten in deren Alltagsrealität oder aber sie üben im therapeutischen Raum Verhalten neu ein (Margraf, 2000). Die verschiedenen körperpsychotherapeutischen Schulen und die Gestaltpsychotherapie nutzen eine Fülle von Aktionen in ihrer Methodik (Marlock & Weiss, 2006). Die Familientherapie hat mit Satirs Skulpturarbeit schon früh Anleihen beim Psychodrama vorgenommen. Jenseits verbaler Techniken ist eine Fülle von Handlungsmethoden im Repertoire moderner Systemiker enthalten (Schwing & Fryszer, 2006; Bleckwedel, 2008; Sparrer, 2009).

Das psychotherapeutische Einzelsetting als Raum zum Handeln

Nehmen Sie Platz: Joining

Frau H. sitzt in der Wartecke und lächelt mir freundlich zu. Ich begrüße sie und sage zu ihr: »Sie können sich schon mal einrichten.« Frau H. räumt die Sessel. »Ist es gut so?«, frage ich. Frau H. schaut sich um, rückt sich noch mal zu recht, schaut mich an, nickt: »Ja.«

Mein Therapieraum: drei Sessel, zwei unterschiedliche Stühle, lose aufgestellt. Bei jedem Klienten stehen sie ein wenig anders. Wenn Menschen erstmals kommen, frage ich, wo sie Platz nehmen möchten, frage, ob die Sitzrichtung stimmt, das Licht richtig ist, und bitte sie, ihren Platz zu gestalten. Darüber entsteht Interaktion, Handlung, Kooperation. Dieser Raum wird geschaffen: vom Klienten und mir. Dieser Raum hier ist eine Bühne, die wir gemeinsam einrichten. Was wir hier tun, ist keine Alltagsinteraktion. Was wir hier tun, ist eine Erfindung.

Manche Klienten reagieren verunsichert. Sie brauchen Zeit, den Raum aktiv zu gestalten, das Angebot anzunehmen, wahrzunehmen, was sie möchten, und dies in Aktion umzusetzen. Manche stellen eine immer gleiche sichere Einrichtung her. Andere variieren: »Ach, heute mal so«, »Was ist heute anders?«, »Ich möchte mal auf Ihrer Seite sitzen und Ihren Ausblick haben« oder: »Das Licht ist heute so schön, hier auf dem Sessel bin ich mehr darin.«

Schon ist ein erster Perspektivwechsel gemacht, Variation erzeugt, Bedeutung neu geschaffen. Dieses gemeinsame Einrichten schafft Kooperation zwischen Therapeut und Klient. Der Klient übernimmt Verantwortung für sich, der Therapeut unterstützt ihn dabei.

Variation und Anregung wird erzeugt, indem die Stühle und Sessel eben nicht immer gleich stehen. Der therapeutische Raum wird jedes Mal entlang der eigenen Bedürfnisse neu geschaffen. Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit werden damit im Joining geübt und realisiert. Die Einzigartigkeit jedes therapeutischen Prozesses bekommt so auch einen äußeren Ausdruck. So beginnen die meisten Stunden bei mir mit Sesselrücken, Kissens legen, Tischchen schieben.

Wenn Frau H. sich in ihrer Ecke unter der Palme eingerichtet hat, kann es losgehen. Durch die Gestaltung ihres Therapieraumes wird Frau H. Akteurin ihrer Geschichte. Die 50-Minuten-Sitzung nach EBM 35200 hat eine Bühne, auf der aktiv erzählt werden kann. Der therapeutische Raum ist deutlich Handlungsraum geworden.

»Tuwörter« finden, Symptome als Handlung beschreiben und dann: Aktion

Frau C. ist da. Sie sitzt und kann nur wenig beschreiben, dass es ihr schlecht geht. Auf Nachfragen sagt sie: »Nicht

gut.« – »Wie machen Sie das gerade, dass es Ihnen schlecht geht?« Ich stehe auf, nehme einen Stuhl und setze mich neben Frau C. und spiegele ihre Körperhaltung, ein wenig betonter, übertrieben. Frau C. schaut mich an, ist ein wenig erstaunt. Ich gehe zurück auf meinen Sessel. »Tun Sie das so, dass es Ihnen schlecht geht?« »Ja«, antwortet Frau C. und fängt an, sich zu bewegen, lächelt, dehnt und streckt sich ein wenig. Ich frage: »Was ist der Vorteil, es genau so ... zu tun?« Sie variiert wieder ihre Körperhaltung. Ich variiere ebenfalls meine Körperhaltung. Wir spielen so mit Variationen und sprechen über Unterschiede. »Wie ist es so? Was fühlen, was denken Sie, was tun Sie gerade, was hören, riechen, sehen, spüren Sie so?« Frau C. ist jetzt wacher, neugieriger und mehr bewusste Protagonistin ihrer selbst. Sie handelt. Sie findet Zugang zur genauen Qualität ihrer Traurigkeit in diesem Moment. Sie erlangt Bewusstheit, wie sie diese herstellt. Dadurch ist sie ihr nicht mehr hilflos ausgeliefert. Sie kann sich entscheiden, ob sie das weiter so tut.

» Wann werden Menschen sonst schon im Leben so genau wahrgenommen? «

Diese Intervention ist klein, eigentlich fast immer anzuwenden, sie braucht keine große Kontextualisierung. Den Klienten wird darüber deutlich, dass wir nicht alltäglich kommunizieren, dass ungewöhnliche Kommunikationsformen möglich sind. Die psychodramatischen Techniken des Doppeln mit dem Körper oder des Spiegeln (Bleckwedel, 2008, S. 158) schaffen Kontakt. Wann werden Menschen sonst schon im Leben so genau wahrgenommen? Dabei werden die Veränderungen auf den verschiedenen Ebenen der Person in jeder Variante immer wieder neu erfragt: »Wie denken und fühlen Sie in dieser Position? Wie

nehmen Sie in dieser Position wahr?« Dies sorgt für differenzierte Wahrnehmung von Unterschieden, leitet zur Selbstexploration an und sorgt für neuronale Vernetzung und Integration. Die Klienten lernen, gewinnen Variationsmöglichkeiten und werden damit auch handlungsfähiger.¹

Bestätigung von Erfolgen

Frau C. gebe ich regelmäßig die Hand. Ein Kompliment und eine Aktion. Frau C. berichtet einen Erfolg. Sie hat sich getraut, einen Anruf zu machen, ihre Interessen zu artikulieren. Sie wurde gehört. Sie lächelt, freut sich, zeigt sich stolz. Ich stehe auf und gebe ihr die Hand, ohne ein Wort. Ich lächle zurück, zeige Freude. Ist das eine Gratulation, ein Handschlag, ein Kontrakt? Ganz bestimmt ist es eine Bestätigung, Anerkennung einer erfolgreichen Handlung. Frau C. ist ambivalent. Freude ist da und Verlegenheit. Wie es eben ist, wenn man auf der Bühne steht und gewürdigt wird. Das sind meine Klienten aus ihren Herkunftskontexten und/oder in ihren aktuellen Lebensbezügen nicht gewohnt. Das ist neu.

Auch das ist eine kleine Handlung, mit der es mir zu Anfang selbst komisch ging. Steve de Shazer gab seinen Klienten in Erfolgsmomenten oft die Hand. Ich habe das fest in mein Handlungsrepertoire eingebaut. Die Klienten reagieren anfangs irritiert, dann nehmen sie meine Hand grinsend, verschmitzt. Sie sind für einen Moment im Zentrum positiver Aufmerksamkeit. Das halten sie aus, ohne sich beschämt zu fühlen. Das unterstützt und bestätigt ihre neu erworbenen Handlungen und fördert sie, diese zu wiederholen und zu festigen.

¹ Reddemann (2003, S. 150) hat dieses Berücksichtigen der verschiedenen Systemebenen im BASK-Modell beschrieben (Behaviour, Affect, Sensation, Knowledge).

Die Bühne der Vergangenheit: Kontextualisierung, Reframing – wofür war es gut?

Herr K. passt sich mal wieder an. Er nimmt mich sehr genau wahr. Fragt, wie es mir gehe. Wir plänkeln. Er tut allerhand, um mich zu unterhalten, mich emotional zu versorgen.

Ich stehe auf, gehe ans Regal, hole ein Seil, lege es auf den Boden vors Fenster. Herr K. und ich haben miteinander festgelegt, wo im Raum die Bühne der Vergangenheit ist. Dieser Teil des Raums wird dann durch ein Seil vom Rest des Raums abgegrenzt.

Wenn Herr K. sich an Szenen seiner Kindheit erinnert, überfluten ihn Angst, Ekel, Trauer. Zur Distanzierung hatte ich ihm vorgeschlagen, sich diese Szenen auf einer Bühne der Vergangenheit vorzustellen. Dabei blieben wir beide immer außerhalb der Bühne der Vergangenheit. Wir waren so im Hier und Jetzt, im Zuschauerraum, in einer Beobachterperspektive. In der dritten Person schildert Herr K. Szenen, die der kleine Junge erlebt hat. Wir stellten uns diese auf der Bühne vor. Das Stück wurde, wenn nötig, angehalten. Mit dem kleinen Jungen von damals aus der Beobachterperspektive mitzufühlen, ohne überwältigt zu werden, war möglich, ohne die Zeitperspektive zu verlieren.

Nachdem ich diese Bühne der Vergangenheit auch heute wieder aufgebaut habe, sage ich: »Das hat er wirklich gut gemacht, der kleine Junge, der Sie einmal waren, immer genau zu beobachten und sich seine Gegenüber wohlgesinnt zu halten.« Ich schaue ihn an: »Es ist Dienstagmorgen, 11.30 Uhr. Was möchten Sie heute mit mir hier tun?« Herr K. bleibt noch ein wenig mit seinen Blicken und seinem Körper auf die Bühne der Vergangenheit gerichtet. Augenscheinlich ist er mit Erinnerungen beschäftigt. Dann wendet er sich ab, lacht, schaut mich an: »Ja, das ist verdammt schwer, immer wieder die Menschen so

zu bedienen. Das kann ich wirklich gut.« – »Na ja, das war ja auch bitter nötig, das hat der Kleine damals wirklich gut gemacht, war nötig mit einer Mama, die trank und einem Vater ...« Herr K. blickt etwas traurig in den Teil des Raumes, der durch das Seil abgeteilt ist. Dann schaut er auf, blickt mich an: »Wissen Sie was? Es ist so verdammt schwer, das jetzt anders zu machen!« Er fokussiert sich in der Gegenwart und beginnt, an seinen Veränderungszielen zu arbeiten.

Das Seil ist die Markierung zwischen den Zeiten, trennt Gegenwart und Vergangenheit. Dort ist etwas anderes als hier im Jetzt. Hinter dem Seil ist der Raum, die Bühne (Bleckwedel, 2008) für die Vergangenheit. Diese dient als Bezugspunkt und Inszenierungsraum



Differenziertere Wahrnehmungen werden durch den therapeutischen Dialog im Zuschauerraum unterstützt

für Erinnerungen der Klienten. Die Vergangenheit von der Gegenwart abzugrenzen schafft Struktur und Unterschiede, in denen Therapeut und Klient sich zusammen bewegen und gestalten können. Es entsteht ein Beobachtungsraum. Therapeut und Klient sitzen im Hier und Jetzt und schauen aus einer anderen Perspektive, sie beobachten. Differenziertere Wahrnehmungen werden durch den therapeutischen Dialog im Zuschauerraum unterstützt. Die Präsenz im Hier und Jetzt wird gefördert. Die Bühne schafft einen zeitlichen Bezugspunkt, der hilft wahrzunehmen, in welchem zeitlichen Kontext der Klient sich gerade befindet. Sie erlaubt Verhaltensweisen, die im Hier und Jetzt nicht verständlich sind, zu externalisieren, zu kontextualisieren und damit auch neu zu rahmen. In der Arbeit mit überwältigenden negativen Erinnerungen unterstützt dies die Distanzierung und reduziert Stress.

Herr K. geht selten auf die Bühne der Vergangenheit. Die Figuren auf der Bühne skizziert er imaginativ. Herr K. bleibt auf Distanz. Was auf dieser Bühne gespielt wird, ist extrem. Es reicht Herrn K., im Zuschauerraum zu sitzen und diese vorgestellte Bühnenrealität wahrzunehmen, dialogisch auszugestalten und aus der Ferne zu erforschen. Dies bewegt ihn emotional, aktiviert alte belastende Erfahrungen und schafft durch die Zuschauerposition gleichzeitig neue Perspektiven. Bei Herrn K. liegt das Seil vor meinem Fenster. Vielleicht, weil da die Pflanzen stehen, vielleicht, weil Herr K. dann nicht über diese Bühne gehen muss, wenn er den Raum verlässt. Herr K. hat es so gewählt, so entschieden. Dort vor dem Fenster ist seine Bühne der Vergangenheit, wenn wir sie brauchen, markiert durch das Seil. Manchmal spiele ich in kleinen Gesten auf dieser Bühne den kleinen Jungen, der er einmal war – psychodramatisches Doppeln mit Abstand. Dann kommt es vor, dass er als Erwachsener von heute auf die Bühne der Vergangenheit geht und dort den kleinen Jungen unterstützt. Dann kommt es zu einer emotionalen Begegnung mit einem früheren Ich. Herr K. nutzt die Möglichkeit zu verstehen, in Kontakt mit sich zu kommen und sich zu ordnen. Herr K. wird oft von seiner Vergangenheit überflutet. Durch die Bühne der Vergangenheit kann er in Distanz zu dem Schrecklichen bleiben. Es wird dadurch deutlich, dass es vorbei ist, er heute im Hier und Jetzt ist. Die Überflutung findet nicht statt, weil er aktiv gestalten kann. Die Zukunftsbühne gestaltet Herr K. im therapeutischen Raum nicht. Zukunft kriecht er außerhalb des therapeutischen Settings erfolgreich und permanent. Das kann er alleine. Er nutzt in der Therapie ausschließlich die Bühne der Vergangenheit. Da will er verstehen, sich finden und zwar nicht alleine. Er möchte sich in der Gegenwart verändern und sich nicht mehr so verhalten, wie es früher nötig war.

Entscheidungen, in welchem zeitlichen Raum Klient und Therapeut sich bewe-

gen, werden so markiert und gut kommunizierbar: »In welchem Zeitenraum wollen Sie gerade sein?« Mit wie viel Abstand möchten Sie das jetzt betrachten?« oder: »Möchten Sie jetzt direkt rein in dieses Stück Vergangenheit, um es sich neu zu erschließen?« Distanzierung und Annäherung werden moduliert. Wie viel Distanz ist gut, um dieses Stück eigener Geschichte zu betrachten? Die Bühne schafft Raum für Entscheidung, Handeln, Rekonstruktion, Dekonstruktion. Je nach Energieniveau kann der Klient mit Unterstützung durch die Therapeutin die Intensität seiner Aktionen dosieren: distanziertes Schauen, handelndes Ordnen oder intensives Wiedererleben im Spielen. Durch die andauernden Perspektivwechsel werden kortikale Integrationsprozesse gefördert. Klient und Therapeut haben eine transparente Dialoggrundlage, um miteinander zu besprechen, was sie gerade tun.

Die Bühne der Zukunft: Ressourcen für die Gegenwart, Skalen und Gratulation

»Mehr als die Vergangenheit interessiert mich die Zukunft, denn in ihr gedenke ich zu leben.«
Albert Einstein

»Die Zukunft hat viele Namen.
Für die Schwachen ist sie das Unerreichbare. Für die Furchtsamen ist sie das Unbekannte.
Für die Tapferen ist sie die Chance.«
Victor Hugo

Frau B. nutzt drei Bühnen in ihrem therapeutischen Raum. Sie arbeitet intensiv in allen drei Zeiten: der Vergangenheit, der Gegenwart, der Zukunft. In der Vergangenheit wurde sie in ihrer Familie geschlagen, erniedrigt, misshandelt. In der Gegenwart vermeidet sie vieles, was diese alten Erfahrungen aktualisieren könnte. Die Zukunft ist voller Angst. Frau B. verhält sich oft hilflos. Frau B.'s

Energielevel ist niedrig. Ihre dominierenden Verhaltensmuster lassen sie in ihrem Alltagskontext kaum Erfolg erleben. Ich entscheide mich deshalb, vornehmlich ressourcenaktivierend zu arbeiten. Wir bauen die Zukunftsbühne auf, gestalten diese groß und betonen damit, wie wichtig sie ist, und beleben die Zukunft in unserer Zusammenarbeit positiv. Es soll eine Bühne positiver Möglichkeiten werden, ein Raum für die Wünsche und Ziele von Frau B. Ich frage sie: »Wo hier im Raum ist die Zukunft?« Auch sie wählt den Platz am Fenster: Hier ist ihre Bühne der Zukunft.

Hier wird das Stück gegeben, wer sie einmal sein möchte, wie sie ihr Leben gestalten möchte. Wir nennen es: »Frau B. in zehn Jahren, erfolgreich verändert. Sie hat ihre Ziele erreicht, ihre Wünsche realisiert.« Immer wieder beschreiben wir die Protagonistin dieses Stückes en detail. Kleine Aktionen auf der Bühne der Zukunft inszenieren wir.

Wie sagt sie in zehn Jahren jemandem gegenüber »Nein!«? Wie bewegt sie sich dabei, wie ist ihr Körpergefühl? Auch große Entwürfe sind auf der Bühne der Zukunft möglich: »Wer ist dann mit ihr? Wo lebt sie? Ah ja, da sind Kinder, da ist eine eigene Wohnung!« Und dann geht Frau B. zurück in die Gegenwart. Wir verlassen die Bühne der Zukunft.

Es wartet eine Skala mit Kreppband auf den Boden geklebt. Die Skala im Raum verläuft von 0 bis 10 (10 = sie hat ihr Ziel erreicht; 0 = sie ist dem Ziel maximal weit entfernt). Wo ist sie heute? Was hat sie schon erreicht? Frau B. bewegt sich nur schwer. Also unterstütze ich kleinste Schritte, betone das Erreichte. Sie bewegt sich zwischen der 3,2 und der 3,3. Was für Unterschiede nimmt sie wahr zwischen 3,2 und 3,3? Wie hat sie das geschafft? Was genau kann sie auf der 3,2? Frau B. fängt an zu lächeln. »Mmmh, das ist ja eigentlich schon eine ganze Menge. Wenn ich überlege, wo ich mal war! Vielleicht bin ich ja doch schon ein bisschen weiter?« Das könnte wirklich sein.

Für lösungsorientierte Therapeuten ist die Bühne in meinen Augen ein Muss. Sie ermöglicht es, den Lösungsraum zu untersuchen, auszugestalten und zu erweitern, und unterstützt Klienten, in die Lösungsphysiologie zu kommen. Mit Lösungsphysiologie meine ich hier die Körperempfindungen, das Lebensgefühl, wenn der Klient sein Ziel erreicht hat, wenn er auf der Bühne der Zukunft darstellt, was er jetzt in der Gegenwart nur wünscht (Bamberger, 2005). Arbeiten im Lösungsraum ist auch für den Therapeuten Energiereservoir und eröffnet die Möglichkeit, mit positiven Emotionen in Kontakt zu kommen. Durch die Inszenierung wird dies verstärkt. Die positive Bühne der Zukunft muss nicht klar abgegrenzt



Wie viel Distanz ist gut,
um dieses Stück eigener
Geschichte zu betrachten?

werden. Was auf ihr hypothetisch schon einmal realisiert und gelebt wird, soll sich ja im Hier und Jetzt positiv ausbreiten. Im Zuschauerraum braucht es deshalb keine unterstützenden Distanzierungsmöglichkeiten. Im Gegenteil sind Bewunderung, Freude und positives Erstaunen eine Möglichkeit, die Lösungsorientierung zu fördern und zu verankern.

Inszenierungen

Inszenierungen ermöglichen die handelnde Konkretion von bedeutsamen Szenen, Optionen und Wünschen, von Interaktionen. In der Einzeltherapie sind Inszenierungen eine gute Möglichkeit, Kontexte mit den Klienten zusammen zu explorieren. In einzeltherapeutischen Settings stehen für die Inszenierung auf unterschiedlichen Bühnen Gegenstände, Klient und Therapeut zur Verfügung. Andere Mitspieler, die Rollen übernehmen könnten, gibt es nicht. Das fordert die Kreativität

tät, die Spielfreude und das Vorstellungsvermögen des Therapeuten. Die Klienten verfügen darüber in mehr oder weniger starkem Maße. Diejenigen mit den »wunderbaren Kindheiten«, den starren, vielleicht noch somatischen Symptomen und einer großen Portion Hoffnungslosigkeit und Angst vor der Zukunft stellen höhere Anforderungen an die Inszenierungsfähigkeit des Therapeuten. Diese Klienten brauchen mehr Vorlagen, Drehbücher, Anregungen zur Produktion von Stücken.

Rollenflexibilität braucht die Therapeutin im einzeltherapeutischen Setting in jedem Fall. Viele Rollen müssen gespielt werden, und es gibt nur zwei Schauspieler. Häufige Platzhalter sind Stühle. Sie skizzieren Personen und Geschichten, die dann bunt gestaltet werden wie das Skizzenbuch des Malers. Ich möchte im Folgenden einige Beispiele für solche Inszenierungen geben.

Die therapeutische Beziehung inszenieren

»Frau R., was ist denn Ihre Idee, wie ich jetzt innerlich reagiere?« Mit dieser Frage stehe ich auf und bitte sie, den Platz mit mir zu tauschen. Ich nehme ihre Körperhaltung ein, übernehme ihre Rolle. Frau R. in der Rolle der Therapeutin: »Ich finde das gar nicht gut, dass es der schon wieder so schlecht geht, dass sie nichts lernt.« Frau R. geht wieder auf ihren Platz. Ich gehe in die Hocke neben sie und frage: »Frau R., und was ist dann Ihr Impuls, wenn Ihre Therapeutin da drüben so reagiert?« Frau R. beschreibt, dass sie das ja auch denke und dass »die da drüben« schon recht habe. Frau R. tauscht ein paar Mal die Rollen hin und her, wechselt die Stühle. Ich unterstütze sie, fordere sie ein wenig, das zu tun. Ein Interaktionsmuster, das sie kennt, wird deutlich. »Was wünschen Sie sich denn, wie Ihre Therapeutin da drüben reagieren sollte?« Auch diesen Interaktionskreislauf spielt Frau R. ein paar Mal

durch. Ich übernehme jetzt teilweise auch Rollen.

Verfestigte Interaktionsprozesse, starre Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Beziehungsmuster der Klientin werden über diese Rollenwechsel erlebbar gemacht. Es entsteht Bewusstheit und damit auch Distanz. Die Variation der Kommunikation wird gefördert. Die therapeutische Beziehung wird handelnd untersucht. Internalisierte Kommunikations- und Beziehungserfahrungen werden auf der Bühne der Gegenwart inszeniert, zerlegt und neu zusammengesetzt.

Inszenierung innerer Zustände: Wer bin ich heute und wenn ja, wie viele?

Frau M. hat Ängste, starke Vermeidungstendenzen vor jeder Stunde. Ich begrüße sie. Frau M.: »Oh, das war heute wieder schwer zu kommen.« Ich: »Und jetzt sind Sie da, schön. Da haben Sie ja schon auf dem Weg hierher gearbeitet!« – »Ja, das stimmt wirklich.« – »Verstehen Sie das denn, was Sie da schon geleistet haben?« »Nee, ich komm doch gerne. Es hilft mir ja.« »Frau M., Sie kennen das ja schon, könnten Sie sich mal künstlich teilen?« Frau M. nickt: »In wie viele Teile denn?« Ich stelle Stühle vor sie. »Liebe Teamchefin«, ich spreche sie direkt an. »Wer ist denn heute alles dabei? Mir scheint, manche Mitglieder Ihres inneren Teams wollten kommen, andere nicht. Könnten Sie mir mal die Teammitglieder vorstellen, die an der Entscheidung beteiligt waren? Wie haben die sich eigentlich geeinigt?« Frau M. stellt sich hinter die Stühle und fängt an, verschiedene Rollen zu spielen: Ein Anteil, der endlich seine Ruhe haben möchte und Angst hat, wieder in Kontakt mit Unangenehmem zu kommen, wird deutlich. Ein anderes Teammitglied, welches Zimperlichkeiten hasst, konturiert sich im Dialog mit der Therapeutin. Wir spielen die beiden Rollen im

Rollentausch, ich hole mir immer wieder Rollenanweisungen von Frau M. Die Bedürfnisse und Ziele dieser beiden Anteile werden im Rollenspiel herausgearbeitet. Frau M.'s Leistung als Teamchefin, die diesen Konflikt ja gemanagt hat, wird ausdrücklich gewürdigt. In einem nächsten Schritt spreche ich mit Frau M. als Teamchefin über ihre Anliegen in der Therapiestunde für heute.

Durch diese Form, unterschiedliche Strebungen einer Klientin sichtbar zu machen und einzubeziehen, werden diese verhandelbar, Vorbehalte und Ängste in Zusammenhang mit der Therapie werden externalisiert. Die widersprüchliche innere Realität der Klienten wird konkretisiert und fassbar. Die Inszenierung und Personalisierung der unterschiedlichen inneren Anteile ermöglicht einen konkreten Dialog über Bedürfnisse und Lösungsmöglichkeiten. Kontrakte werden so sicherer.

Johanna, 24 Jahre, ist Tochter einer Familie, mit der ich gearbeitet habe. Sie hat lange gezögert und kommt nach Abschluss der Familientherapie erst in



Durch Inszenierung wird die widersprüchliche innere Realität konkretisiert und fassbar

größter innerer Not in eine Einzeltherapie. Bevor wir anfangen, spreche ich mit Johanna: »Das, was wir hier tun, hat mit Alltagskommunikation wenig zu tun. Ich werde dir manchmal auf den ersten Blick merkwürdige Vorschläge machen. Eigentlich alle Menschen, die in Therapie gehen, kommen nicht nur gerne. Meine Bitte an dich: Könntest du dich mal künstlich teilen, in mehrere Johannas. Ich würde dann gerne mit dem Teil

sprechen, der eigentlich nicht hier sein möchte.« Wir stellen Stühle auf, und Johanna beschreibt eine Person, die stark ist, die keine Hilfe braucht, alleine zu-rechtkommt. Wir nennen sie die »starke Johanna«. Ich bitte sie, mal in die Rolle zu gehen, und führe einen Dialog mit ihr. »Klar warst du oft auf dich gestellt und hast auch immer Lösungen gefunden, und das ginge sicherlich auch diesmal so. Warum bist du denn trotzdem hier?« »Starke Johanna«: »Na ja, das war jetzt schon verdammt beschissen. Ich konnte ja gar nicht mehr schlafen.« »Ah, es gibt also einen anderen Teil, der ist der Meinung, dass es jetzt mal genug ist mit der Durchhalteparole und dem Stolz.« Die »starke Johanna«: »Ja, die hat ganz schönen Stress gemacht. Da bin ich halt mitgekommen.« »O.K., Du bist mitgekommen, ganz schön über deinen Schatten gesprungen. Mein Vorschlag: Schau dir die Veranstaltung heute mal ganz misstrauisch an und prüf' ganz genau, ob du weiter hierher mitkommen und vielleicht auch mitarbeiten möchtest. Wo soll dein Stuhl sein?« Wir kontraktieren, dass ich die »starke Johanna« immer wieder ansprechen darf, dass sie aber nicht mitarbeiten muss.

Diese Externalisierung und Personifizierung von Ängsten und Vorbehalten erlaubt positive Umdeutung und Würdigung. Ein Interaktionsraum und Lösungsraum wird damit eröffnet. Die Verantwortung wird damit auch sehr klar beim Klienten gehalten. Die interne Kommunikation wird gefördert und angeregt. Bedeutung wird neu geschaffen.²

Externalisierung von Symptomen

Marie M., 28 Jahre, hat Alpträume. Sie wacht jede Nacht mit Panik auf, kann sich aber an nichts erinnern. Ich frage sie, ob es denn sie sei, die wohl schlech-

² Für Ego State Therapeuten ist dies ein wirklicher Fundus (Watkins & Watkins, 2008).

te Träume träume. »Na klar, wer denn sonst?«, antwortet sie. Ich bitte sie, sich die Träumerin in sich vorzustellen und diese künstlich aus sich heraus zu tun. Ich stelle einen Stuhl hin. Frau M. braucht viel Unterstützung, sich die Träumerin vorzustellen. Ich frage sie, wie denn ihre Beziehung zu der Träumerin sei. Sie sagt, diese solle endlich verschwinden. Ich frage sie, wie denn die Träumerin das finde. »Net gut«, sagt Frau M.

Ich unterstütze sie, in einen Dialog mit der Träumerin zu gehen. Frau M. übernimmt kurzzeitig die Rolle der Träumerin. Wir inszenieren den Konflikt zwischen der Alltagsmarie und der Träumerin in einem intensiven Dialog. Es etabliert sich vorsichtige Kooperation.

Solche Externalisierungen »störender« emotionaler Persönlichkeitsanteile (Van der Haart et al., 2008) bringe ich in Aktion und in Interaktion mit den anderen Persönlichkeitsanteilen bei somatischen Beschwerden, Schmerz und anderen, dem Bewusstsein wenig zugänglichen Verhaltensweisen, die die Menschen wie fremde Gebilde, starre Ereignisse erleben, als hätten sie nichts mit ihnen gemein.

Durch den wiederholten Rollentausch geraten die fremden inneren Gebilde in Bewegung und werden verflüssigt. Die Selbstorganisation wird angeregt. In obigem Beispiel arbeite ich mit Konzepten aus der Traumatherapie (Hanswille & Kissenbeck, 2008). Die Methodik ist auch auf Symptome anzuwenden.

Frau H. trinkt zu viel Alkohol. Sie ist nicht an dem Punkt aufzuhören. Ich schlage ihr vor, dass sie den Alkohol verkörpere. Ich übernehme ihre Rolle. Wir inszenieren einen Dialog zwischen Frau H. und ihrem Alkohol. Frau H. als Alkohol: »Ich Sorge dafür, dass du dich entspannen kannst, bringe dir süßes Vergessen. Ohne mich schläfst du nicht. Die Welt ist beschissen, du hast nur mich ...« Dies ist eine gute Möglichkeit, ein Symptom zu kontextualisieren und zu »verflüssigen«.

Verhaltenstraining

»The real question is not whether machines think but whether men do.«

B. F. Skinner

Klienten zeigen häufig redundante Interaktionssequenzen, in denen keine neuen Informationen entstehen. Das immer gleiche Muster wird deutlich. Der therapeutische Raum ist als Lernort auch Übungsort. Etwas zu tun, was Klienten sonst nicht tun, leitet Veränderungsprozesse ein, kreiert neue Information. Psychoedukation (Grawe, 2000; Reddemann, 2003) ist ein Teil moderner Psychotherapie. Trainingsmanuale wurden in den letzten Jahren zuhauf entwickelt und markieren potenzielle Lerninhalte (z. B. Linehan, 1996). Eine gute Didaktik nutzt alle Sinneskanäle und impliziert Handlung: »Was du einmal getan hast, kannst du wieder tun!« Durch Wiederholung entstehen neue Muster, alte Verhaltensmuster werden überlagert. Die Lernprozesse unserer Klienten werden unterstützt, indem wir neue Handlungen ermöglichen, trainieren und den Transfer in den Alltag begleiten.

Frau J. kann sich nicht abgrenzen. Sie hat einige Pflegefälle in ihrem nahen Familienumkreis. Sie kümmert sich und überlastet sich immer mehr. Es geht ihr schlecht. Vorwärtsgewandtes dominantes Verhalten fällt ihr in unterschiedlichsten Kontexten schwer. Sie wiederholt stetig ein Interaktionsmuster der Anpassung an ihr Gegenüber. Sie hat Gewalt- und Bedrohungserfahrungen und eine Mutter, die nahezu permanent hilflos und unterwürfig kommunizierte.

Ich bitte Frau J. aufzustehen. Ich erkläre ihr, dass ich ihr jetzt ein wenig »Biologie« zeigen möchte, dass ich das am liebsten ganz praktisch tun möchte. Frau J. ist einverstanden. Ich stelle mich vor sie und bitte sie, die Arme hochzuheben und auf mich zuzugehen (Aktivierung eines offensiven Handlungsmusters). Sie möge bitte auf ihre

körperlichen Impulse achten und bei jedem Zögern innehalten und in Worte fassen, was geschieht. Als Frau J. meinen »persönlichen Raum« betritt, reagiert sie mit starken Gegenimpulsen, fängt an zu lachen – »Ach, nein«. Ich bitte sie weiterzugehen. Sie hat deutliche Stresssymptome. Wir führen die Aktion noch mehrfach in unterschiedlichen Rollen und unterschiedlicher Geschwindigkeit durch und sammeln Erfahrungen und Beobachtungen. Wie ist der Blick, wann, wie die Körperspannung? Wir werten die Interaktion zusammen aus. Was hat sie erlebt, wie war ihre Wahrnehmung etc. Was hilft ihr? Ich erkläre ihr die Kampf-Flucht-Erstarrungsreaktion und die groben neurobiologischen Zusammenhänge (Schrauth, 2006). Wir besprechen, wie sie diese an sich und anderen Menschen erkennen kann. Wir vereinbaren, dass sie in ihrem Alltag sich und andere unter diesem Aspekt beobachtet und registriert, was in ihr geschieht. Wir vereinbaren, dass sie nichts an ihrem gewohnten Verhaltensmuster ändert, sondern nur beobachtet.

Therapie als didaktisch aufbereiteter Lernort ermöglicht, Neues in einem geschützten Raum zu trainieren. Die Verwendung von inszenierten Szenen dehnt dieses Lernen auf leibliche Erfahrungen aus. Sind Muster sehr eingefahren und ist die Flexibilität sehr gering, so ist dies eine gute Möglichkeit. Ressourcenaufbau ist ein weiteres Ziel. Bedeutsame Veränderungen im Alltagskontext, Prüfungen, Bewerbungsgespräche etc., die eine optimale Nutzung vorhandener Ressourcen zum gegenwärtigen Zeitpunkt erfordern, können in der Therapie fokussiert trainiert und vorbereitet werden.

Frau D. hat nach vierjähriger Arbeitslosigkeit aufgrund psychischer Instabilität endlich ein wichtiges Bewerbungsgespräch. Sie hat große Angst davor. Wir trainieren im Rollenspiel dieses Bewerbungsgespräch. Sie variiert Körperhal-

tung, Blickkontakt, Tonlage, Wortwahl und anderes. Ich gebe ihr immer wieder Rückmeldung. Ein kritischer Punkt wird schnell deutlich. Sie wirkt extrem unsicher, als ich sie in der Rolle der Chefin frage, warum sie denn vier Jahre arbeitslos war. Wir erarbeiten eine ehrliche Antwort, die Frau D. überzeugend geben kann. Dann gehen wir wieder ins Rollenspiel. Dies wiederholen wir an anderen kritischen Stellen. Die Verbindung zu ihren mit Symptomen verbundenen Interaktionsmustern ist Frau D. deutlich. Heute geht es darum, effektive Verhaltensalternativen ganz konkret zu erarbeiten. Welche Ressourcen kann sie nutzen und wie diese für sich unterstützend einsetzen?

Frau D. nutzt die Szene zum Probedenken und zur Reflexion ihrer Muster. Sie erhält die Stelle und arbeitet erfolgreich und gerne.

→ Summary

Forms of Systemic Action in Individual Psychotherapy – Small-scale interventions for everyday therapy

Systemic interventions are supremely well suited for translation into action. Action methods from various psychotherapeutic schools indicate how this can be done. Elements of psychodrama, behavioural therapy, gestalt and body psychotherapy strengthen and broaden communication with clients by systematically addressing additional perception channels. Regarding the therapeutic location as a stage encourages an observer perspective and gives access to an abundance of creative methods that are simple to use in the limited time available in a therapy session. Reframings, scaling, changes of time and place and circular questioning can

WERKZEUGKASTEN

Ich hoffe, einige der vielen Möglichkeiten, Aktionsmethoden in der Einzelpsychotherapie einzusetzen, gezeigt zu haben. Hier noch einige Anregungen, sollten Sie stärker mit Ihren Klienten »in Aktion« gehen wollen:

- Trauen Sie sich!
- Seien Sie Vorbild, handeln Sie, spielen Sie, und eröffnen Sie den Bühnenraum!
- Schaffen Sie einen Improvisationsraum! Kontraktieren Sie mit Ihren Klienten Ihre eigene Handlungsfreiheit und fordern Sie Ihre Klienten auf, damit umzugehen.
- Schaffen Sie einen Kooperationsrahmen mit ihren Klienten!
- Erklären Sie, sorgen Sie so für Transparenz! Klienten sollen wissen, was Sie tun und dass Sie wissen, was Sie tun. Dazu gehört nach jeder Aktion auch eine Feedbackschleife mit Ihren Klienten.
- Zeigen Sie Ihre Gefühle, lachen Sie mit Ihren Klienten! Auch Weinen kann hilfreich sein. »Zumindest« im Zuschauerraum darf man ganz sicher auch als Therapeut weinen.
- Achten Sie auf sich, indem Sie Therapie als kreativen Prozess gestalten! Dann fließt Energie zurück. Achten Sie auf die Ästhetik der Aufführung und eine gute Dramaturgie! Das Beste, was Klientensysteme haben, sind ihre Symptome. Das verdient eine entsprechende Form. Und eine gute Form macht auch Schweres leichter verdaulich. Das gilt für Therapeutin und Klientin (Diegelmann, 2007).
- Und last but not least: Lernen Sie einfach weiter, auch mit und von Ihren Klientinnen!

all be translated into action offerings. Patterns in action can be observed, examined and played through. Communication is enriched by role playing for the modelling of new modes of behaviour and by a wide range of contextualisations achieved via small-scale enactments. Minor modifications to the location bring about changes of perspective. Non-linguistic spheres of experience are more remote from consciousness than their language-related counterparts; action methods make it possible to include them in dialogue and thus stimulate neuronal connectivity. Joining with clients in structuring therapies as aesthetic, creative processes supports the therapist's self-care.

Keywords: Systemic individual psychotherapy, action offerings, stage, concretisation via enactment, psychodrama

→ Bibliografie

- Aichinger, A., & Holl, W. (2002). *Kinder-Psychodrama in der Familien- und Einzeltherapie, im Kindergarten und in der Schule*. Mainz: Matthias Grünewald.
- Bamberger, G. (2005). *Lösungsorientierte Beratung: Praxishandbuch*. Weinheim: Beltz.
- Bleckwedel, J. (2008). *Systemische Therapie in Aktion*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bosselmann, R., Lüffe-Leonhardt, E., & Gellert, M. (2006). *Variationen des Psychodrama*. Meezen: Limmer.
- Diegelmann, Ch. (2007). *Trauma und Krise bewältigen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hanswille, R., & Kissenbeck, A. (2008). *Systemische Traumatherapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Linehan, M. (1996). *Trainingsmanual zur dialektisch-behaviouralen Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Margraf, J. (2000). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Heidelberg: Springer.
- Marlock, G., & Weiss, H. (Hrsg.) (2006). *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Oaklander, V. (2009). *Verborgene Schätze heben. Wege in die innere Welt von Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2003). *Imagination als heilsame Kraft*. München: Pfeiffer.
- Schrauth, N. (2006). Körperpsychotherapie und vegetatives Nervensystem. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 658–666) Stuttgart: Schattauer.
- Schwing, R. (2009). Spuren des Erfolgs: Was lernt die systemische Praxis von der Neurobiologie? In R. Hanswille (Hrsg.), *Systemische Hirngespinnste* (S. 63–119) Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schwing, R., & Fryszer, A. (2006). *Systemisches Handwerk*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sparrer, I. (2009). *Wunder, Lösung, System – Lösungsfokussierte systemische Strukturauflösungen*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2008). *Das verfolgte Selbst*. Paderborn: Junfermann.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (2008). *Ego-States – Theorie und Therapie. Ein Handbuch*. Heidelberg: Carl-Auer.



Anschrift der Verfasserin

Inge Liebel-Fryszer

praxis Institut für systemische Beratung
Ulanenplatz 6
63452 Hanau
ingeliebelfryszer@online.de

Jg. 1958, ist Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin (BDP), Systemische Beraterin (DGSF), Lehrende für Systemische Beratung (DGSF). Seit vielen Jahren klinisch tätig in der Kassenversorgung und als Lehrtrainerin in der systemischen Ausbildung mit Fokus auf In-house-Weiterbildungen in der Jugendhilfe für das praxis Institut Hanau. Interessensschwerpunkte: Traumatische Erfahrungen und Bindungsverhalten, systemisches Arbeiten mit Kindern und Gruppen, Systemik und Handlungsorientierung in Lehre, Psychotherapie und Supervision.