

Grundlagen systemischer Therapie

Markus Hänsel 2003

Theoretische Konzepte systemischer Therapie

Systemische Therapie bezeichnet kein klar definiertes, einheitliches Therapiemodell, sondern eher eine therapeutische Grundrichtung, die eine Vielfalt theoretischer und praktischer Ansätze und Konzepte umfasst. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass in ihrer Entstehungsgeschichte sehr unterschiedliche Konzepte aus der Kybernetik, Soziologie, Biologie und Erkenntnistheorie eine Rolle spielten. Im Folgenden sollen einige der zentralen Einflüsse und deren Verdichtung zu Kernkonzepten der heutigen systemischen Therapierichtung beschrieben werden (vgl. Abb.1), die auch für den 'Arbeitskreis für hypnosystemische Ansätze in der Musiktherapie' grundlegend sind (Bossinger et al. 1999).

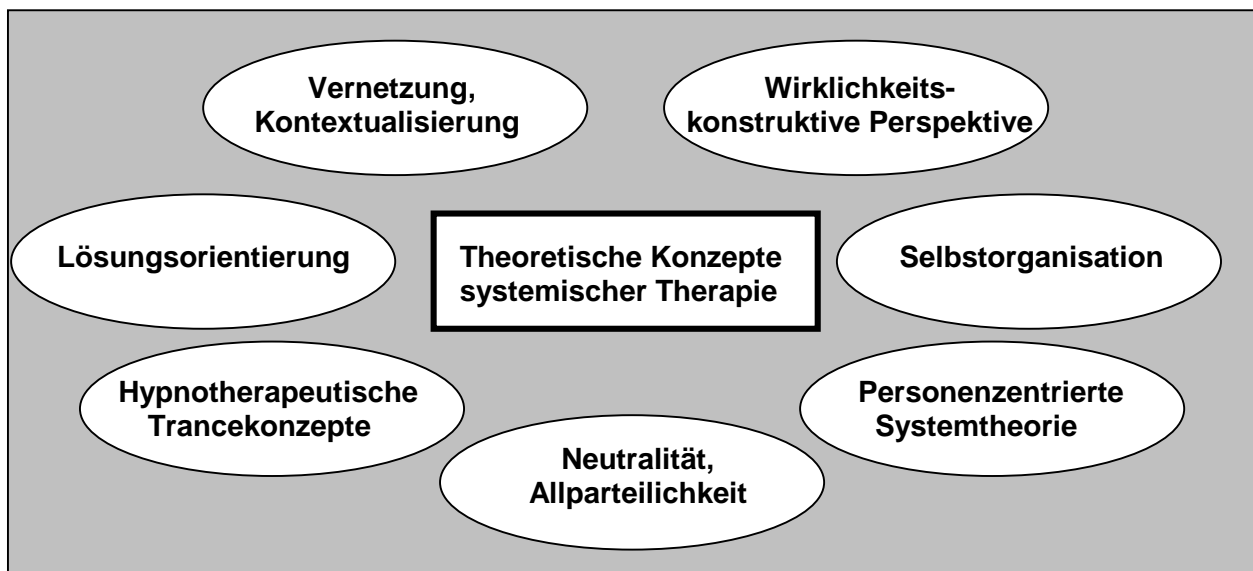


Abbildung 1: Theoretische Konzepte systemischer Therapie

Vernetzung und Kontextualisierung

In den 50er Jahren fingen Therapeuten, vor allem in Amerika, an zu erkennen, dass viele psychische Symptome nicht nur als Ausdruck der individuellen Psychodynamik des Patienten zu verstehen sind (Schlippe u. Schweitzer 1996). Sieht man Menschen zentral im Netz ihrer relevanten Beziehungen, werden Verhalten oder auch Symptome im relevanten Kontext eines Menschen begriffen. Sie stellen damit keine festen Eigenschaften mehr dar, sondern gewinnen ihre Bedeutung in der Funktion, die sie in der Kommunikation des jeweiligen Kontextes, etwa der Familie bekommen. Dies hatte zur Folge, dass zunächst die Familien der Patienten in die Therapie miteinbezogen wurden. Wichtige Vertreter der

familientherapeutischen Entwicklung sind etwa Salvador Minuchin, Helm Stierlin, Virginia Satir oder Mara Selvini Palazzoli, um nur einige zu nennen (ders.).

Statt einer monokausalen Sichtweisen der Symptomentstehung, die hauptsächlich nach einem Auslöser sucht, der ursächlich für eine Symptombildung verantwortlich gemacht wird, wird damit eine zirkuläre Sichtweise bevorzugt. Diese führt dann zu Fragen wie und durch welche Faktoren eine Symptomatik aufrechterhalten wird und welche Interaktions- und Kommunikationsmuster dabei eine Rolle spielen.

Die wirklichkeitskonstruktive Perspektive

Eine entscheidende Entwicklung erfuhr die systemische Therapie durch erkenntnistheoretische Ansätze des radikalen Konstruktivismus (Maturana u. Varela 1987). Sie führten zu einer Sichtweise nach der jeder Mensch aufgrund seiner einzigartigen biologischen Struktur und Biographie eine ebenso einzigartige Weltsicht hat, die nicht an einem äußeren objektiven Normativ gemessen werden kann. Da es demnach keine objektive Position gibt, lag es nahe die Trennung von Beobachter (Therapeut) und System aufzuheben und zunehmend den Beobachter in seiner erkenntnis- (und system-) generierenden Funktion zu betrachten (Glaserfeld 1996).

Damit änderte sich damit vor allem der Status von Therapeuten: Statt vermeintlich objektive Beobachter eines Systems, werden sie als Teil des Therapiesystems betrachtet, deren Sichtweise nicht wahrer oder gültiger ist, als die der Patienten. Die Therapie wird damit zu einem gemeinsam von Therapeut und Patient in einer symmetrischen Beziehung gestalteten Prozess. Beide müssen in ausreichendem Maß 'aneinander angekoppelt' sein. Dies erfordert einen ausführlichen Informationsaustausch und die Konzentration auf ein für beide gemeinsam wichtiges Ziel. Auch die Frage, worin das Problem besteht, wird von beiden Parteien 'ausgehandelt' (und nicht von einer therapeutischen Expertendiagnose bestimmt). Lösungen und Veränderungsprozesse werden damit nicht nach einem objektiven Standard bewertet, sondern inwieweit sie in bezug auf gewählte (Therapie-) Ziele hilfreich und nützlich sind.

Selbstorganisation

Ein weiterer Einfluss naturwissenschaftlicher Ansätze besteht in jüngerer Zeit durch die Selbstorganisationstheorie. In verschiedenen Wissenschaftsbereichen machte man die Beobachtung, dass in Systemen jeglicher Art ständige Wechselprozesse zwischen Ordnung und Chaos stattfinden. Deren stabil scheinende Zustände stellen lediglich Ruhepunkte, auch Attraktoren genannt, im Sinne eines dynamischen Fließgleichgewichts dar (Cramer 1989). Die Art dieser sich bildenden Ordnungsmuster ist jedoch stark von der inneren Struktur des Systems abhängig, bildet sich damit selbstorganisiert aus und lässt sich nicht durch einen äußeren Einfluss determinieren.

In dieser Metaphorik können nun `Symptome` als ein komplexes Ordnungsmuster von Verhaltensweisen, Kognitionen und Emotionen betrachtet werden, das durch eine Therapie zunächst entsprechend gestört und destabilisiert werden soll, um sich dann selbstständig zu einem anderen Muster organisieren zu können (Schlippe u. Schweitzer 1996). Dies relativiert insbesondere den Expertenstatus, der Therapeuten im klinischen Alltag zugeschrieben wird. Der Therapeut versucht nicht mehr Veränderung durch raffinierte Interventionen zu manipulieren, sondern einen Kontext zu schaffen, in dem die Selbstorganisation des Patienten neue stimmigere Muster schaffen kann.

Personenzentrierte Systemtheorie

Durch eine Verknüpfung der Selbstorganisationstheorie mit neueren neuropsychologischen Forschungsergebnissen rücken individuelle psychische Verarbeitungsprozesse wieder stärker in das Blickfeld systemischer Therapie (Ciompi 1997). Dazu wird der Kommunikationsbegriff nun nicht nur auf zwischenmenschliche Interaktionen bezogen, sondern auch auf innerpsychische Prozesse angewandt (Kriz 1997). Die sogenannte selbstreferente Kommunikation bezeichnet sämtliche neuronalen und körperlichen Prozesse durch die eine Person im Rahmen von Kognitionen, Emotionen und den Gedächtnisfunktionen quasi `mit sich selbst` kommuniziert. Der Mensch hat nun die Möglichkeit durch sein selbstreflexives Bewusstsein die Interaktion dieser systeminternen Kommunikation und der systemexternen Kommunikation (zum Beispiel Handlungen...) zu steuern. Therapeutische Interventionen sollen also letztlich die Art und Weise verändern, wie der Patient über sich denkt, fühlt und mit sich kommuniziert. Damit plädiert die personenzentrierte Systemtheorie dafür, körperliche, emotionale und unbewusste Prozesse in der systemischen Therapie wieder stärker zu beachten (ders.).

Neutralität und Allparteilichkeit

In der klassischen Familientherapie sollte die neutrale Haltung der Therapeutin gewährleisten, dass sie alle Familienmitglieder gleichwertig behandelt, sich nicht parteiisch verhält und eine konstruktive Distanz gegenüber den Einzelnen, ihren Interessen und Zielen beibehält (Schlippe u. Schweitzer 1996). In der Entwicklung der systemischen Therapie, gerade in der Einzeltherapie, wurde die neutrale Haltung auch gegenüber Symptomen und Problemen eingenommen. Aus der systemischen Perspektive können Symptome, neben ihren leidvollen Auswirkungen, eine wichtige Funktion für den Klienten und seinen Beziehungskontext haben. Der Therapeut ist daher nicht mehr nur ein Protagonist für eine Veränderung des Symptomzustandes, sondern gleichermaßen für die Beibehaltung des Status quo. Er berücksichtigt damit auch den inneren Anteil des Patienten, der sich einer Veränderung widersetzt und für die Beharrlichkeit vom Symptomen sorgt, und bemüht sich um eine veränderungsneutrale Haltung.

Da die Forderung nach Neutralität häufig in der Praxis in Konflikt mit dem offiziellen Veränderungsauftrag von Therapeuten steht, schlug Boszormenyi-Nagy (1981) als Ergänzung den Begriff der Allparteilichkeit vor. Der Therapeut soll dabei nicht einfach neutral im Sinne von `unparteiisch, gleichgültig´ sein, sondern er soll möglichst alle verschiedenen Anteile, Intentionen und Aspekte des Patienten nacheinander wahrnehmen und vertreten können.

Das hypnotherapeutische Trancekonzept

Schon sehr früh in ihrer Entwicklung wurde die systemische Therapie von hypnotherapeutischen Konzepten beeinflusst. Vor allem Milton Erickson, einer der zentralen Figuren moderner Hypnotherapie, trug durch seine kreative Arbeit mit Trance maßgeblich zum Verständnis von Symptomprozessen als auch zur Entwicklung therapeutischer Interventionen bei. Der Begriff der Trance ist ein Sammelbegriff für verschiedene veränderte Wachbewusstseinszustände, die durch Parameter, wie etwa veränderte Wahrnehmungsfoki, verändertes Zeiterleben, unwillkürliche Prozesse oder starke Innenorientierung, gekennzeichnet sind (Gilligan 1998).

Die „therapeutische Trance“ umfasst jegliche Vorgehensweisen, die spezifische Trancephänomene induzieren und als Weg zu effektiver therapeutischer Veränderung nutzen. Im Trancezustand sind die Muster und gewohnheitsmäßigen Bezüge des Wachbewusstseins, die ja Teil vom Problemverhalten sind, tendenziell außer Kraft gesetzt. Durch therapeutische Anleitungen können leicht neue unbewusste Lösungssuch-Prozesse und Ressourcen aktiviert werden. Damit ist das Trancekonzept ebenfalls sehr gut geeignet auf die intrapsychische Ebene in der systemischen Therapie einzugehen.

Lösungs- und Ressourcenorientierung

Einer ihrer radikalen Vertreter, Steve de Shazer (1989) postuliert oft provozierend, dass das Finden einer Lösung nichts mit dem Verstehen eines Problems zu tun habe. Man geht davon aus, dass Patienten grundsätzlich bereits über alle Ressourcen verfügen, um die entscheidenden Veränderungsschritte unternehmen zu können, sie nur noch nicht im Kontext des Problemerlebens aktivieren und nutzen können. Der Begriff Ressource steht dabei allgemein für menschliche Fähigkeiten, Kompetenzen und Potentiale.

Therapeutische Lösungen erfolgen nicht aus einem besonders detaillierten Verständnis des Symptoms, seiner Geschichte und pathologischen Struktur heraus, sondern vielmehr durch eine grundlegende Umorientierung und Perspektivenveränderung. Eine Pathologisierung des Lebenslaufes, wie sie in vielen klinischen Kontexten üblich ist, wird möglichst vermieden. Durch das Herausarbeiten und Vertiefen von antizipierten Lösungsbildern, werden kann die Patientin übersehene, nicht genutzte Ressourcen aktivieren und im Problemkontext verfügbar machen.

Interventionskonzepte systemischer Therapie

Neben ihren theoretischen Grundlagen zeichnet sich die hypnosystemische Therapierichtung dadurch aus, dass sie den Therapeuten eine Vielzahl von Interventionsmodellen an die Hand gibt. Bei der folgenden Zusammenfassung verschiedener Interventionskonzepte (vergleiche Abb.2) sei nun noch mal darauf hingewiesen, dass methodisches Vorgehen in der systemischen Therapie immer sehr eng mit den entsprechenden Theoriekonzepten und therapeutischen Grundhaltungen verbunden ist.

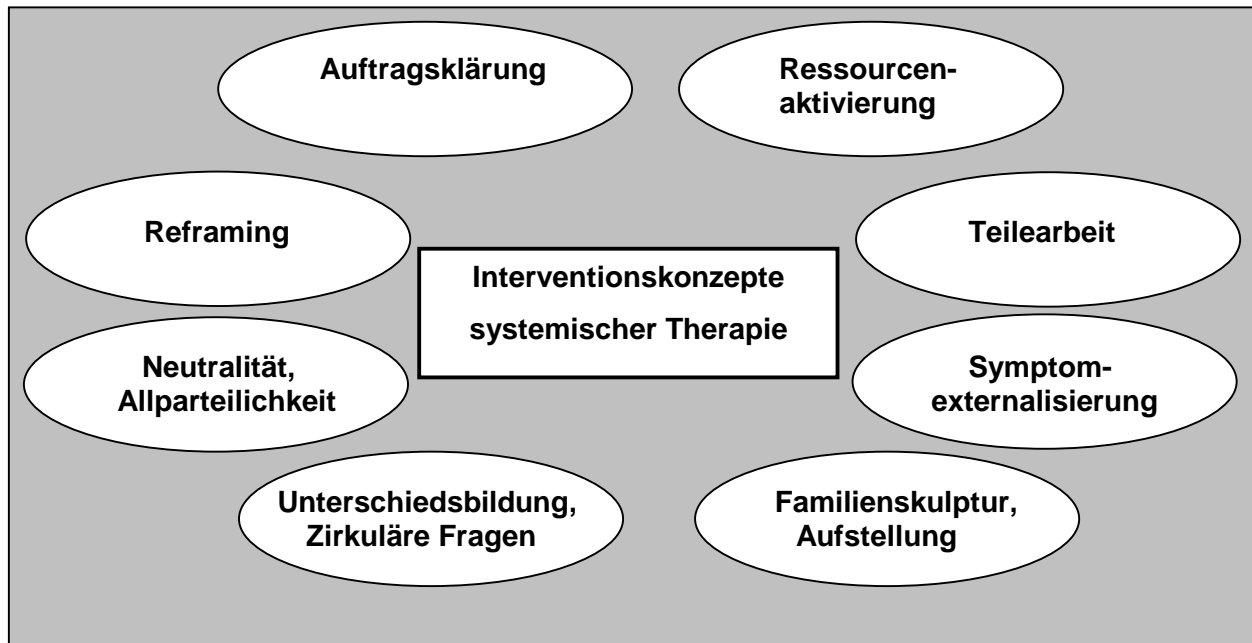


Abbildung 2: Interventionskonzepte systemischer Therapie

Auftragsklärung

Die Auftragsklärung ist der erste Schritt in der Therapie, um zu einer patientenorientierten Arbeitsbeziehung zu gelangen. Sowohl Therapieziele als auch die Veränderungswege dahin werden gemeinsam mit dem Klienten gesucht. Wesentlich dabei sind eine Zielformulierung, die einen therapeutischen Prozess erlauben der nicht durch eine Bewegung „Weg-vom-Symptom“, sondern „Hin-zum-Ziel“ charakterisiert ist. Bei der Verhandlung über einen für beide akzeptablen Auftrag kann insbesondere der Umgang mit heiklen Themen angesprochen werden, wenn sich etwa der Patient unfreiwillig in Therapie sieht. Der Auftrag fokussiert dabei, was dazu im Therapiekontext passieren muss und soll den Patienten einladen möglichst mit eigenen Vorstellungen und Eigenmotivation die Therapie zu starten. Damit werden auch quasi „Erfolgskriterien“ festgelegt, an dem sich der Therapieprozess orientieren kann. Im Auftragsgespräch erfragt die Therapeutin wichtige Informationen zum Sozial- und Arbeitskontext des Patienten, wie der Patient zur Therapie gekommen ist (Überweisungskontext) und welche Lösungsversuche bereits unternommen wurden. Darüber

hinaus wird in dieser Phase eine tragfähige therapeutische Beziehung gebildet, die selbstverständlich auch in der systemischen Therapie eine grundlegende Rolle spielt.

Ressourcenaktivierung

Die ressourcenorientierte Annahme der systemischen Therapie besagt, dass jeder Mensch die Ressourcen, die er für die Lösung seiner Probleme benötigt, bereits innehat. Er kann sie nur noch nicht im Kontext des Problemerlebens aktivieren und nutzen. Aufgabe der Therapie wird es damit, diese Ressourcen zu finden und jeweils diejenigen systemischen Kontextfaktoren zu betrachten, die ihre Entfaltung der Ressourcen verhindern. Daraus folgt ebenfalls, dass eine einseitige Problemfokussierung möglichst vermieden wird, und stattdessen vorhandene Fähigkeiten angeregt und Potentiale zur Problemlösung aktiviert werden.

Teilearbeit

Die Grundannahme bei diesem Vorgehen besteht darin, dass die psychische Struktur eines Menschen metaphorisch als verschiedene, voneinander sinnvoll abgrenzbare Persönlichkeitsanteile verstanden werden kann die wechselseitig miteinander in Beziehung stehen. Damit ist jedoch keineswegs als psychotische Segmentierung gemeint, sondern stellt ein therapeutisches Konstrukt dar, um Problemerleben verstehen und verändern zu können (Bandler u. Grinder 1997).

Symptomzustände werden vom Patienten meist entweder einseitig Ich-zugehörig (*Ich habe Angst, aber ich weiß nicht wieso*) oder als ich-fremd und unwillkürlich (*Die Angst überfällt mich einfach*) wahrgenommen. Das Teilemodell bietet nun die Möglichkeit verschiedene wesentliche Aspekte des Symptomerlebens als Teil der eigenen Persönlichkeit zu differenzieren. Das Erleben von Prüfungsangst kann dann in folgendem Muster ausgedrückt werden: "Ein Teil von mir weiß, dass ich keine Angst vor Prüfungen haben muss, aber ein anderer Teil von mir fürchtet sich schrecklich davor".

Damit werden die meist unwillkürlichen Aspekte von Symptomerleben wieder etwas stärker in den willkürlichen Gestaltungsraum geholt und zum anderen eine Möglichkeit innerer Kommunikation angeboten, die einen konflikthafter und stabilisierenden Umgang mit der Symptomatik verändern soll. Die therapeutische Lösung entsteht meist dann, wenn für den „systemstabilisierenden Anteil“ eine positive Absicht für die Gesamtpersönlichkeit gefunden wird und sich die Bedeutung des Symptoms damit wandelt (als Reframing, siehe unten). Die Versöhnung der Persönlichkeitsanteile befriedet so den inneren Konflikt, der vielen Problemen zugrunde liegt.

Symptomexternalisierung

Ähnlich wie bei der Teilearbeit werden auch hier innerpsychische Prozesse metaphorisch behandelt. Um die Dynamik und Struktur von Symptomen klarer erlebbar und veränderbar zu machen, können sie in Form von Metaphern, Bildern oder auch Musik dargestellt und somit

externalisiert' werden. Mit der Externalisierung wird etwa das Symptom nicht mehr als ein diffuser und bedrohlicher Zustand erlebt, sondern quasi nach außen mit einem sicheren Abstand verlagert. Dadurch kann der Patient die Wahrnehmung des Eigenerlebens differenzieren, neue Qualitäten entdecken und eine neue Beziehung zu den eigenen unbewussten Prozessen aufbauen. Das Einnehmen einer Außenperspektive, einer „Meta-Position“, ermöglicht das Erkennen von bisher nicht wahrgenommenen Möglichkeiten und Zusammenhängen. Daraus können schließlich Ressourcen abgeleitet werden, die zu handlungsrelevanten Lösungsschritten für den Patienten führen.

Skulptur und Aufstellung

Parallel und etwa gleichzeitig zueinander entwickelten sich die systemische Konzepte der Familienskulpturen (maßgeblich durch Virginia Satir) und Familienaufstellungen (maßgeblich Bert Hellinger). Obwohl beide Interventionsansätze in der Praxis durchaus unterschiedlich sein können, werden sie hier gemeinsam dargestellt, da sich bei in ihrer Entstehung häufig beeinflusst haben und beide auf ähnlichen Grundprinzipien (Familientherapie, Psychodrama) beruhen. Die Arbeit mit Skulpturen und Aufstellungen lässt sich als räumliche Externalisierung innerer Anteile verstehen. Dabei wird das innerpsychische Bild des Patienten nach außen verlagert und mit Hilfe von Personen, die stellvertretend für die inneren Anteile des Patienten stehen, im Raum symbolisiert.

Bei der Familienskulptur wird die innere Repräsentation der Familienstruktur mit Hilfe von stellvertretenden Personen als äußeres Bild dargestellt. Dadurch ist zunächst eine Außenperspektive auf die vom Patienten erlebten Beziehungen im Familiensystem möglich. Die therapeutische Arbeit geschieht nun, indem die Positionen und Haltungen der Stellvertreter verändert werden, dysfunktionale Beziehungsdynamik in Rollenspielen bewusst gemacht und Änderungsimpulse angeregt werden. Durch diese Inszenierung innerer Prozesse soll der Patient schließlich neue Beziehungs- und Verhaltensmuster entwickeln und probierend ausprobieren können.

In der systemischen Aufstellungsarbeit wird im Vergleich zur Skulptur weniger mit der psychodynamischen Elementen gearbeitet, sondern noch stärker mit Veränderungen in der räumlichen Positionierung sowie rituellen Sätzen und Handlungen. Aus klassischen Familienaufstellungen haben sich mittlerweile ein Vielzahl von Inhalten und Anwendungsfelder auf unterschiedliche Systeme weiterentwickelt. Als Systemelemente werden nun auch innere Anteile, Körperteile, Organisationseinheiten oder abstrakte logische Strukturen, etwa für eine Entscheidungsfindung oder Visionsentwicklung, aufgestellt (Varga 2000).

Zu Beginn der Aufstellung wählt der Patient, unterstützt vom Therapeut, eine Aufstellungsstruktur, die zu seinem Anliegen passt. Wenn es um die Beziehungsdynamik in der Familie geht, werden die Systemelemente die relevanten Familienmitglieder sein. Wird eine allgemeine Problemstellung lösungsorientiert behandelt, wären dies etwa die

Systemelemente Fokus, Ressourcen, Hindernisse, Aufgaben und Ziel (ders.). Der Patient wählt dann Gruppenteilnehmer als Repräsentanten für die Systemelemente aus und positioniert sie nach seinem aktuellen inneren Bild im Raum. Die Repräsentanten werden nun nach ihrer Befindlichkeit, nach spontanen Einfällen und Veränderungen während der Improvisation befragt. Aufgrund der geschilderten Wahrnehmungen schlägt der Therapeut nun Veränderungen in räumlichen Positionierung der Repräsentanten zueinander vor. Ziel ist es das Bild so zu verändern, dass alle Repräsentanten einen passenden und guten Platz in der Aufstellung finden. Als ergänzende Intervention kann der Therapeut den Repräsentanten nun verschiedene ritualisierte Sätze vorschlagen, um eine lösungsorientierte Beziehungsdynamik anzuregen. Die erarbeitete neue Aufstellung wird durch die Wahrnehmungen der Repräsentanten überprüft. Erst wenn alle Beteiligten einen guten Platz haben, ist ein passendes Lösungsbild gefunden. Fühlen sich einzelne Repräsentanten unwohl, erfolgt weitere Stellungs- und Prozessarbeit.

Unterschiedsbildende und zirkuläre Fragen

Ein zentrales therapeutisches Agens systemischer Ansätze ist es, problematische Verhaltensmuster des Patienten auf ihre kommunikativen Aspekt im Beziehungsraum hin zu prüfen und durch die Bildung relevanter Unterschiede neue Lösungsmöglichkeiten zu eröffnen.

Sogenannte `zirkuläre Fragen` (Simon u. Rech-Simon 1999) zeigen, welche Rolle ein Symptom in der Beziehungsstruktur des Patienten spielt ("Was denkst du, was die wütende Reaktion deines Vaters auf deine Verhalten, bei deiner Mutter auslöst?"). Dadurch wird deutlich, welche Bedeutung das symptomatische Verhalten für verschiedene Personen hat und wo durch meist übersehene Auswirkungen im Kontext dieses Verhalten stabilisiert wird.

`Kontextorientierte Fragen` zielen darauf ab, problemstabilisierende Verdinglichungen von Symptombeschreibungen wieder als lebendige Prozesse zu verstehen. So könnte bei einer Angstsymptomatik gefragt werden, wann, wo, auf welche Weise, unter Anwesenheit von wem der Patient Angst verspürt und wie er dies als erstes bemerkt. Unter dieser Perspektive lässt sich auch eine Dekonstruktion von problemstabilisierenden Sprachmustern, wie sie im Metamodell des NLP (Bandler u. Grinder 1995) üblich ist, als eine Verflüssigung scheinbar verfestigter Symptombeschreibungen verstehen. Beschreibt eine Patientin sich als „depressiv“ würde man hinterfragen: Fühlen Sie sich immer so? Gibt Unterschiede oder Ausnahmen im Erleben? Was tun Sie um dieses Gefühl zu verhindern oder zu verstärken?

Durch `zukunftsorientierte Fragen` und die Fokussierung einer Lösungsvision sollen vorhandene Fähigkeiten und Kompetenzen angeregt und für Problemzustände nutzbar gemacht werden („Stell dir einen Zeitpunkt in der Zukunft vor, an dem du dein Problem gelöst haben wirst. Wenn du nun zurückblickst, wie wirst du es geschafft haben dorthin zu kommen“). Diese Lösungsvision dient dann als Kristallisationspunkt, um vom Patienten

übersehene aktive Gestaltungsmöglichkeiten im Problemkontext zu entdecken und auszubauen. Bei zukunftsorientierten Fragen hat sich insbesondere das Nutzen von Tranceprozessen zur Vertiefung des Erlebens als sehr hilfreich erwiesen (etwa in der Wunderfrage nach de Shazer (1989)).

Reframing – Veränderung der Bedeutungsgebung

Das sogenannte `Reframing´ ist ein therapeutisches Angebot, das bisher als defizitär erlebtes Verhalten von Patienten durch einen neuen Bezugsrahmen (engl. frame) umdeutet und positiv konnotiert (Bandler u. Grinder 1995). Durch die veränderte Bedeutungsgebung werden eingefahrene Sinnmuster gestört und eine förderlichere Haltung zum Symptomerleben ermöglicht. So stellt die ressourcenorientierte Perspektive, in der Symptome nicht mehr nur dysfunktional sondern nach ihrer Funktion im Gesamtkontext von Patienten betrachtet werden, ein Reframing der gängigen defizitorientierten Sichtweise dar.

In der Therapie können vom Patienten als problematisch erlebte Emotionen umgedeutet werden („Ich raste sofort aus“ – „Welche andere *Möglichkeit* ihren *Ärger auszudrücken* wünschen sie sich?). Symptome können in einen neuen Zusammenhang gestellt werden (Eine psychosomatische Herzsymptomatik wird etwa zum *Signal* für mehr Ruhe und Ausgleich zu sorgen). In der klassischen Familientherapie wurde die Symptomatik des „Indexpatienten“ als Zusammenspiel des ganzen Familiensystem gedeutet (Psychotisches Verhalten des Patienten wird damit beispielsweise zum *Ausdruck* einer dysfunktionalen Art der *Konfliktbewältigung in der Familie*). Ein Problem kann vom Therapeuten in einen Kontext gestellt werden, wo es sinnvoll ist (Starke Ambivalenzen werden als legitimer *Ausdruck* betrachtet, wenn man annimmt, dass wichtige eventuell unbewusste *Ziele und Werte* noch nicht ausreichend berücksichtigt sind).

Auch Therapeuten kann sich durch ein Reframing gängiger therapeutischer Konstrukte ein neuer Handlungsrahmen erschließen: Widerstand kann, statt als ein möglichst zu vermeidendes Problem im Therapiesystem, als Hinweis und Angebot des Patienten auf einen relevanten Aspekt, der vom Therapeuten übersehen wurde, betrachtet werden.

Symptomverschreibung

Die therapeutische Aufforderung an den Patienten bewusst und willentlich symptomatisches und problematisches Verhalten zu zeigen, ist eine der ältesten Interventionsarten. Sie lässt sich zum einen aus der systemischen Grundhaltung der Allparteilichkeit ableiten und ist zum anderen eine provokative Art eingefahrene Problemmuster zu unterbrechen. Der Therapeut ist auch für Nicht-Veränderung partiell und fordert den Patient auf seine Symptome und Probleme bewusst beizubehalten oder sogar bewusst zu verstärken. Was nun auf den ersten Blick wie unethisches Verhalten des Therapeuten wirkt, hat auf die Symptomatik meist bezeichnende Effekte. Es macht die unwillkürlichen Prozesse willkürlich, unterbricht unbewusste Automatismen und macht den Eigenanteil des Patienten am Problemverhalten

deutlich und somit der bewussten Steuerung zugänglich. Ansätze der Symptomverschreibung lassen sich auch in hypothetische Fragen integrieren: So kann man den Patienten fragen, was er tun müsste, um sein Problem schlimmer zu machen oder wie er sich verhalten müsste, um nach der erfolgreichen Therapie einen Rückfall zu erleiden.

Literatur

- Bandler, R.; Grinder, J. (1995): Reframing. Ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie (NLP): Paderborn
- Bandler, R.; Grinder, J. (1997): Neue Wege der Kurzzeittherapie. Neurolinguistische Programme. Paderborn
- Bossinger, W.; Hänsel, M.; Raskopf, J.; Zeuch, A. (1999) : Musiktherapeutische Lösungsvisionen – ein Vorstellungsgespräch. Musiktherapeutische Umschau, 20(1): 24-29
- Boszomenyi-Nagy I.; Spark G (1981): Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Stuttgart
- Ciompi, L. (1997): Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Göttingen
- Cramer, F. (1989): Chaos und Ordnung. Die komplexe Struktur des Lebendigen. Stuttgart
- De Shazer, S. (1989): Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Heidelberg
- Gilligan, S. G. (1998): Therapeutische Trance: das Prinzip der Kooperation in der Ericksonschen Hypnotherapie. Heidelberg
- Glasersfeld, Ernst v. (1996): Radikaler Konstruktivismus. Ideen, Ergebnisse, Probleme. Frankfurt a.M.
- Kriz, J. (1997): Systemtheorie. Wien
- Maturana, H., Varela, F. (1987): Der Baum der Erkenntnis. München
- Schlippe, A. von; Schweitzer, J. (1997/ 1996): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen
- Simon, F. B.; Rech-Simon, C. (1999b): Zirkuläres Fragen: Systemische Therapie in Fallbeispielen: ein Lehrbuch. Heidelberg
- Varga v. Kibéd, M. (2000): Ganz im Gegenteil. Heidelberg