

In diesem Heft wollen wir die Beiträge in der internationalen Diskussion der letzten Jahre vorstellen, die uns am wesentlichsten für diese Entwicklung erscheinen. Sie lassen erkennen, daß die Integration Ericksonscher Hypnosetechniken auch in sehr unterschiedliche familientherapeutische Vorgehensweisen möglich ist und ihre Effektivität wesentlich erhöhen kann. Viele der ursprünglichen Auffassungen in den betreffenden Konzepten über die Wirkungsdynamik therapeutisch effektiver Interventionen werden durch die indirekten hypnotherapeutischen Konzepte hinterfragt, vieles bisher Ungeklärte erhellt sich durch sie.

Wie unterschiedlich aber die einzelnen Ausgangspunkte der Hypnotherapieintegration sind, allen gemeinsam ist, daß sie Ericksonsches Wissen nutzen, um dem Anspruch Ericksons gerecht zu werden, daß jedes Individuum und jedes Familiensystem einzigartig ist und deshalb auch ganz spezifische, auf diese Einzigartigkeit zugeschnittene Interventionen erfordert.

Gunther Schmidt/Bernhard Trenkle

Heidelberg, Februar 1985

LITERATUR:

Fisch, R.: Erickson's impact on brief psychotherapy. In: Zeig, J.: *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1982, 155-162.

Weakland, J.H.: Erickson's Contribution to the Double Bind. In: Zeig, J.: *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1982, 163-169.

pfeiffer

Neuerscheinung

Burkhard Peter (Hrsg.)

Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson

Grundlagen und Anwendungsfelder

296 Seiten, Paperback,
DM 45,-
Leben lernen 58
ISBN 3-7904-0424-1

Verlangen Sie unseren
Gesamtprospekt

Verlag J. Pfeiffer GmbH & Co
Herzogspitalstraße 5
8000 München 2
Tel. 089/2603036

Die Beiträge in diesem Band geben Einblick in den vielfältigen Bereich der Forschung und Praxis der Hypnose. Sie gehen zurück auf Vorträge, die beim ersten deutschsprachigen Kongreß für Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson 1984 in München gehalten wurden.

Neben Beiträgen, welche hypnotische Phänomene in einem theoretischen Konzept verständlich machen, ist vor allem der Anwendung hypnotischer Techniken in der medizinischen und psychotherapeutischen Praxis viel Raum gewidmet.

Besondere Aufmerksamkeit gilt dem therapeutischen Wirken Milton H. Ericksons, der durch seine beeindruckende Persönlichkeit und die souveräne Beherrschung hypnotischer Techniken einen wichtigen Beitrag für die Hypnose leistete.

Ericksonsche Psychotherapie und Familientherapie: Möglichkeiten der Integration¹

Bernhard Trenkle und Gunther Schmidt

Zusammenfassung: Die Autoren diskutieren Integrationsmöglichkeiten Ericksonscher Therapieansätze mit verschiedenen familientherapeutischen Konzepten. Familiendiagnostische Modelle und Erickson-orientierte Diagnosekriterien werden beschrieben sowie deren Nutzung, um spezifisch auf die einzelnen Systeme zugeschnittene Interventionsstrategien zu entwickeln und anzubieten. Im Anschluß daran wird gezeigt, welche indirekten Suggestionselemente schon im ursprünglichen Mailänder systemischen Ansatz enthalten sind, und wie diverse indirekte Suggestionstechniken nach Erickson in den Therapieprozeß im systemischen Ansatz gezielter eingebaut werden können, z.B. Einstreutechniken, Metaphern, Anker und indirekte Suggestionen. Es wird beschrieben, wie sich der ursprüngliche Charakter von Interviewführung und Intervention dadurch erheblich verändert, so daß das zirkuläre Fragen zu einer intensiven und sehr effektiven Interventionsform im Sinne indirekt-suggestiver Trancearbeit wird.

Einleitung

In den 70er Jahren stießen familientherapeutische Konzepte auf zunehmendes Interesse in Deutschland. Stierlin, Boszormenyi-Nagy, Wynne & Singer, Bateson, Lidz, Minuchin, Norman Paul und Selvini Palazzoli sind Namen, die mit neuen Sichtweisen von Patienten, Problemen und Symptomen verbunden sind. Wir stimmen mit Stierlin et al. (1980, S. 13) überein: „Die Familientherapie ist ein neues Paradigma – ein Bezugssystem, das auf signifikante Weise Daten enthüllt und neu ordnet, neue Bedeutungen schafft und neue wesentliche Perspektiven eröffnet.“ Ebenso stimmen wir Haley & Hoffmann (1967, S. V) zu: „Die Behandlungseinheit ist nicht mehr länger die Person, sogar wenn nur mit einer einzelnen Person gesprochen wird; es ist das Netz von Beziehungen, in welches die Person eingebettet ist.“

Mit dem Erscheinen von Haleys „Die Psychotherapie Milton H. Ericksons“ (1978) tat sich eine weitere Dimension auf. Ericksons Ideen und Methoden inspirierten uns, beispielsweise mit folgenden Techniken zu experimentieren: Geschichten und Metaphern erzählen, den Widerstand und zu Rückfällen ermutigen und Ressourcen benutzen. Je mehr wir Ericksons Ideen aufgriffen, desto klarer wurde für uns: Ähnlich wie das Systemdenken ein neues Paradigma für die Theorie darstellt, sind die Behandlungsstrategien und -techniken von Erickson ein Durchbruch für die therapeutische Praxis.

Lange Zeit waren Familientherapie und Ericksonsche Therapie zwei Welten mit wenig Verbindungspunkten. Wenn wir zum Beispiel von einem neuen familiendynamischen Konzept hörten oder lasen, brachte dies oft unmittelbare überraschende Einsichten und Möglichkeiten, Begegnungen mit Familien neu zu ordnen und zu strukturieren.

1) Erweiterte deutsche Version eines Vortrages, den die Autoren auf dem „Second International Congress on Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy“, 30. Nov. – 4. Dez. 1983 in Phoenix, USA, gehalten haben. Das englische Original erscheint in: Zeig, J.K. (Ed.): *Ericksonian Psychotherapy, Vol II: Clinical Applications*. New York: Brunner/Mazel, 1985.

turieren. Eine Falldarstellung oder ein Videoband von Erickson zu studieren, war eine andersartige Erfahrung, ähnlich der, ein Bild von Picasso zu sehen oder ein Musikstück eines modernen Komponisten zu hören. Ein mehrfaches Wiederholen der Erfahrung ist notwendig, um von einer spontanen Faszination zu einem tieferen Verständnis zu kommen.

In familientherapeutischen Seminaren von Therapeuten wie Stierlin, Boszormenyi-Nagy oder Norman Paul wurde die Familiendynamik im Detail diskutiert, und wir wurden darin ausgebildet, in komplexen Mehrgenerationszusammenhängen zu denken. In diesen Jahren hatte die Erörterung von therapeutischen Interventionen wenig Gewicht. Obwohl wir oft gekonnte familientherapeutische Demonstrationen sahen, stand das Verhalten des Therapeuten nicht im Mittelpunkt des Interesses. Es wurde in eher allgemeinen Begriffen erfaßt wie: „Empathie“, „Kognitive Stabilität“ oder „Allparteilichkeit“ (vgl. Stierlin et al., 1980).

In Ericksonschen Trainingsworkshops hingegen lag der Schwerpunkt auf effektiver therapeutischer Kommunikation. Der Fokus war auf die Interaktion zwischen Klient und Therapeut gerichtet. Psychodynamik und Familiendynamik der Klienten waren sekundär; die Betonung lag auf vielfältigen kommunikativen Möglichkeiten und dem Maßschneidern von therapeutischen Strategien auf die besondere Einzigartigkeit der Klienten.¹ Dies kann auch anhand Ericksonscher Falldarstellungen weiter illustriert werden (siehe z.B. Erickson & Rossi, 1981). Dort nehmen die Beschreibung des Klienten oder seines Problems nur wenig Platz ein im Verhältnis zu den Erörterungen von Ericksons therapeutischer Kommunikation und der Reaktionen des Klienten. Ein anderes Beispiel ist Ericksons Bericht über die Induktion einer experimentellen Neurose (Erickson, 1944, in 1980, Vol. III, S. 320ff.). Er schrieb dort beispielsweise mehrere Zeilen „erklärende Bemerkungen“, um die Bedeutung gerade eines einzigen Wortes in der Therapie zu erklären.

Betrachten wir im Vergleich dazu Therapieberichte in „Unsichtbare Bindungen“ (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1981) so finden wir dort mehrere z.T. seitenlange Transkripte allein der Gespräche der Familienangehörigen untereinander. Auch in den jeweils folgenden brillanten Analysen der Familiendynamik fehlt nahezu jeder Hinweis auf die Kommunikation und die Interventionen des Therapeuten.

Wir wollen damit ausdrücken, daß wir beide Vorgehensweisen schätzen. Von beiden Ansätzen läßt sich viel lernen, und in den folgenden beiden Teilen beschreiben wir den Versuch einer Synthese. Der erste Teil schildert die Verbindung verschiedener familientherapeutischer Konzepte mit Ericksonschen Behandlungsprinzipien und -techniken. Dabei werden u.a. Möglichkeiten aufgezeigt, wie für jede spezielle Familie individuelle „maßgeschneiderte“ Behandlungsstrategien entwickelt werden können. Der zweite Teil beschreibt verschiedene Wege, Ericksonsche Techniken mit dem systemischen Ansatz des Mailänder Teams (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata) zu integrieren.

1) Ein Dankeschön hierfür an Jeff Zeig, Steve und Carol Lankton und Paul Carter.

Teil 1:

Ericksonsche Therapie und Familientherapie: Versuch einer Synthese (Bernhard Trenkle)

Um das Denken über den therapeutischen Prozeß zu strukturieren, benutzen wir die Formel $FD \times X = G$. Dabei repräsentiert „FD“ die Beschreibung der Familie oder Familiendynamik. „X“ ist das Repertoire von therapeutischen Interventionen und „G“ umfaßt die therapeutischen Ziele. Oder anders ausgedrückt: „FD“ ist eine Beschreibung der Familie vor der Therapie, „G“ beschreibt die Lage nach erfolgreichen Interventionen und „X“ ist die Serie von therapeutischer Interaktion, Kommunikation und Intervention, die zum angestrebten Zustand „G“ führt.

Diese Formel stellt natürlich eine erhebliche Reduktion oder Abstraktion des komplexen zirkulären und vielfältig verflochtenen familientherapeutischen Prozesses dar.

Wir benutzen diese Formel als Grundmodell, um die enorme Menge der im therapeutischen Prozeß zu verarbeitenden Daten zu strukturieren – vor allem für die Behandlungsplanung und Supervision.

„FD“: Diagnose und Familiendynamik

Der „FD“-Operant enthält eine Beschreibung des familiären Beziehungsnetzes, so kurz gefaßt und genau, wie sich dies sowohl mittels unserer Alltagssprache als auch mit Hilfe der familientherapeutischen Terminologie darstellen läßt.

Im Prozeß der Informationsgewinnung und -darstellung sind folgende epistemologische Gesichtspunkte von Bedeutung:

- Ebenso wie das Kennen bestimmter familiendynamischer Konzepte die Wahrnehmung des familiären Geschehens formt (siehe sog. Whorf & Sapir-Hypothese), kann durch die Beobachtung einer Familie die Verwendung eines bestimmten familiendynamischen Konzepts stimuliert werden.
- Konzepte lassen sich den „Grundeinstellungen“ eines Teleskops vergleichen, die sich zwar überschneiden, jedoch jeweils andere Aspekte der zwischenmenschlichen Realität erfassen“ (Stierlin et al., 1980, S. 22).
- „Die Landkarte ist nicht die Landschaft“ (Korzybski, 1933). Damit meinen wir: Die in Worte gefaßte Familiendiagnose ist nicht die Familie, genauso wie ein auch noch so gutes Porträtfoto nicht gleich der Person ist.
- Ein gutes Porträtfoto zeigt manchmal Aspekte, die leicht übersehen werden.
- „In der Psychotherapie hörst du zu, was die Patienten sagen; du gebrauchst ihre Worte und du kannst diese Worte verstehen. Du kannst deine eigenen Bedeutungen in diesen Worten unterbringen, aber es ist wirklich die Frage, welche Bedeutung hat der Patient in diesen Worten untergebracht. Das kannst du nicht wissen, weil du den Standpunkt (frame of reference) des Patienten nicht kennst (Erickson & Rossi, 1981, S. 255, übers. B.T.).
- Eines der Ericksonschen Grundprinzipien ist, daß jede Person ein einzigartiges Individuum darstellt. Es ist wichtig, ein Bild von der Einzigartigkeit jeder Familie und jedes Familienangehörigen zu gewinnen.

Bevor verschiedene Ebenen des „FD“-Operanten dargestellt werden, soll auf ein weiteres Behandlungsprinzip von Erickson hingewiesen werden, nämlich das Identifizie-

ren und Stärken von persönlichen Ressourcen. Erickson hatte eine brillante Fähigkeit, anscheinend überwältigende Handicaps in Ressourcen umzuwandeln, die das Leben der Klienten veränderten. Diese Strategie haben auch Stierlin et al. (1980, S. 46) hervorgehoben: „Allgemein gilt: Positive Kräfte, Ressourcen und Wachstumspotentiale in der Familie sind besonders dort zu suchen, wo sie anscheinend fehlen, also bei dem ‚kranken‘, ‚schwachen‘ oder ‚verrückten‘ Inexpatienten, in destruktiven Verhaltensweisen, bei einem kleinen, schweigsamen, aber aufmerksam beobachtenden Kind, in der symbiotischen ‚Einigkeit‘ der Familie oder bei einem abwesenden Familienmitglied.“

Im Erstinterview wie im weiteren Verlauf der Behandlung sind folgende diagnostische Ebenen im Blickfeld der Aufmerksamkeit. Es gibt viele andere Faktoren, die im Einzelfall zu berücksichtigen sind. Die folgenden fünf Ebenen halten wir als therapeutische Ausgangspunkte für besonders wertvoll und für Familientherapeuten sinnvoll.

Ebenen des „FD“-Operanten

- 1) Die 5 Perspektiven des Heidelberger familiendynamischen Konzeptes (Stierlin et al., 1980): bezogene Individuation, Interaktionsmodi von Bindung und Ausstoßung, Delegation, Mehrgenerationenperspektive von Vermächtnis und Verdienst, Status der Gegenseitigkeit;
- 2) das „Circumplex Model“ von Olson et al. (1979): Kohäsion, Adaptabilität;
- 3) Stadium des familiären Lebenszyklus;
- 4) Ressourcen, Potentiale;
- 5) Symptome, Probleme.

„G“: Die Ziele

„G“ steht für die therapeutischen Ziele. Die Ziele werden von der Familie ebenso definiert wie vom Therapeuten. Ziele können sich teilweise von den diagnostischen Konzepten und von den bei einer Familie wahrgenommenen Ressourcen herleiten. Bezeichnet man „FD“ als Istzustand, könnte man „G“ auch als Sollzustand definieren.

Die folgenden sechs Ebenen von Zielen wollen wir hervorheben:

Ebenen des „G“-Operanten

- 1) Ziele, die von Familienmitgliedern definiert werden;
- 2) Ziele, die sich aus den fünf Perspektiven des Heidelberger familiendynamischen Konzeptes herleiten;
- 3) Ziele, die sich aus dem „Circumplex Model“ herleiten;
- 4) Ziele, die sich daran ausrichten, das nächste Stadium des familiären Lebenszyklus zu erreichen;
- 5) Ziele, die sich aufgrund des Vorhandenseins einer Ressource anbieten;
- 6) Ziele, die Problemlösungen oder Symptomveränderungen betreffen.

„X“: Kommunikation, Interventionen, Techniken

Mit „FD“ und „G“ ausgerüstet, bleibt die Aufgabe, die Operationen zu finden, die es möglich machen, von „FD“ ausgehend zu „G“ zu gelangen. Bleiben wir in der mathematischen Metapher, so gilt: Wenn ein Operant und das Resultat feststehen, so

muß der Multiplikator gefunden werden, der die Gleichung erfüllt. Auf dieser Ebene der therapeutischen Interaktion ist Ericksons Einfluß von eminenter Bedeutung. Ericksonsche Interventionsstrategien beinhalten beispielsweise: Geschichten erzählen, Metaphern, Paradoxa, Symptomverschreibungen, indirekte Suggestionen, die Nutzung hypnotischer Phänomene als Ressource, Aufgaben, die Benutzung von Symbolen, Mehrebenenkommunikation und Umdeuten (Reframing).

Ebenen des „X“-Operanten

Familientherapeutische Techniken:

- den Dialog initiieren;
- aktives Umstrukturieren;
- Einsicht und Versöhnung anstreben;
- überfällige Trauerarbeit initiieren;
- Familienskulpturen;
- paradoxe Verschreibungen, Rituale;
- Aufgaben;
- zirkuläres Fragen.

Ericksonsche Techniken:

- Geschichten erzählen, Metaphern, Anekdoten, Symbole, mehrfach-eingebettete Metaphern (multiple-embedded metaphors);
- Paradoxa, Binds, Symptomverschreibungen;
- Umdeuten und Umdefinieren (Reframing);
- Verhaltensgewohnheiten abschwächen (depotentiating habitual framework), Humor, Schock, Überraschung, Konfusion;
- Ja-Folgen (yes-set);
- Aufgaben;
- „Bestrafung und Prüfungen“ (ordeal);
- Ressourcen finden und ausbauen.

Familientherapeutische Techniken sind oft vage formuliert. Erfahrene Familientherapeuten benutzen nach unserer Beobachtung unbewußt „Ericksonsche“ Techniken, ohne dies explizit zu machen.

Allerdings, nicht Ericksons brillantes Interventionsrepertoire stellt den Kern seines therapeutischen Genies dar: brillant war vielmehr sein besonderer Stil, die Bedürfnisse des jeweiligen Individuums einzigartig zu treffen. Therapeuten steht es gut an, eher das Maßschneidern der Behandlungen auf die jeweiligen Klienten zu betonen, als danach zu streben, bestimmte Techniken zu benutzen. Zeig (1980) diskutiert diagnostische Parameter dafür und beschreibt vier wichtige Faktoren: Absorption, Antwortbereitschaft oder Empfänglichkeit (responsiveness), Aufmerksamkeit (attentiveness) und Kontrolle. Er stellt fest, daß die hypnotischen und psychotherapeutischen Techniken für eine subdominante (one-down), nach außen orientierte Person, die stark auf direkte Suggestionen reagiert, anders sein sollten als die therapeutischen Techniken für eine dominante (one-up), nach innen gerichtete Person, die mehr auf indirekte Suggestionen reagiert. Wir versuchen ähnliche diagnostische Kategorien zu verwenden, um unsere Interventionen und die therapeutische Kommunikation maßzuschneidern und um die individuellen Bedürfnisse jeder Familie zu treffen.¹

1) Siehe Diagnostische Kriterien von J.K. Zeig, Arbeitsblatt, Fuschl, 1983.

Betrachten wir wieder die Metapher mit der mathematischen Gleichung, so halten wir es für sinnvoll, diese diagnostischen Aspekte nicht von vorneherein in diesem Rahmen darzustellen. Wir benutzen diese vielmehr wie elegante Rechenoperationen, wie z.B. das Kürzen beim Bruchrechnen, das beträchtlich an Zeit und Rechenarbeit spart, sofern man seine Kenntnisse der Primzahlen und des großen und kleinen Einmaleins hierfür benutzt. Die eigentliche Arbeit konzentriert sich dadurch auf das Wesentliche.

Bevor wir „Ericksonsche Primzahlen“ auflisten, diskutieren wir die gesamte Gleichung im Kontext des Circumplex Models (Olson, 1979). Wir benutzen dazu ein hypothetisches Beispiel, das wir aus der Ebene „Kohäsion“ ableiten. Wir gehen von einer „enmeshed family“ (symbiotisch verschmolzene Familie) aus und arbeiten in Richtung einer „connected family“ (gebundene Familie). Für dieses Beispiel beschränken wir unsere Analyse auf die Unterebenen „Raum“ und „Zeit“ der Kohäsionsdimension.

In unserer Formel lautet die Gleichung:

$$\begin{array}{ccc} \text{„FD“} & \times & \text{„X“} & = & \text{„G“} \\ \text{symbiotisch} & & \text{Techniken} & & \text{mehr Privatheit} \\ \text{verschmolzene Familie} & & \text{(diagnostizierte „Primfaktoren“)} & & \text{in Raum und Zeit} \end{array}$$

„FD“ in Verbindung mit den Techniken, die in Abhängigkeit von diagnostizierten Besonderheiten der Familie stehen, ergeben schließlich das Ziel „G“.

Der Versuch, für ein individuelles Familienmitglied mehr „Raum“ zu schaffen, kann davon abhängen, wie die Familie „Raum“ definiert. In Abhängigkeit vom *Repräsentationssystem* (vgl. Bandler & Grinder, 1976), das primär benutzt wird, kann dies heißen: „Niemand kann mich sehen“ oder „Niemand kann mich hören“. Manche brauchen nur eine geschlossene Tür für eine Privatsphäre, andere 1000 km Abstand, um dieses Gefühl aufrechterhalten zu können. Familien unterscheiden sich auch bezüglich ihres *Tempos*. Einige bevorzugen schnelle und dramatische Veränderungen; andere langsame, sanfte Veränderungsprozesse. Einige Familien sind der Meinung, daß der Therapeut sich mehrere Stunden mit ihnen beschäftigen muß, bevor er sie wirklich verstehen kann. Andere dagegen erwarten Diagnose nebst Lösungsvorschlag nach 20 Minuten.

Symbiotisch verschmolzene Familien können ihren Widerstand entweder durch übertriebene Kooperation oder durch Verweigerung der Kooperation äußern. Bei kooperativen Familien arbeiten wir stärker mit direkten Suggestionen und Aufgaben. Unkooperative Familien ziehen größeren Gewinn aus paradoxen (vgl. Papp, 1980) oder aus indirekten Methoden (z.B. Geschichten, indirekte Suggestionen usw.).

Das Circumplex Model unterscheidet in der Dimension Anpassungsfähigkeit zwischen „chaotischen“ und „rigiden“ Familien. Im letzteren Fall benutzen wir oft Konfusionstechniken, um festgefahrene rigide Denkmuster zu überladen und zu unterbrechen, um dann anschließend die Idee „Privatraum“ einzustreuen. In „chaotischen“ Familien versuchen wir zuerst einmal die Aufmerksamkeit zu fokussieren, um dann präzise und wiederholt über die Entwicklung von Privatraum zu sprechen.

Einige Familien sind gut im Analysieren oder *Denken*; andere haben einen ausgezeichneten Zugang zu ihren *Gefühlen*; andere wiederum sind gut im *Tun*, im praktischen Anpacken von Dingen. Wir können diese Fähigkeiten als Ressourcen nutzen, um ei-

nen weniger entwickelten Aspekt im Hinblick auf das Ziel „Privatraum“ bzw. „private Zeit“ auszubauen. Aber wir können einen überentwickelten Aspekt auch verschreiben oder strikt verbieten, einen unterentwickelten auszubauen. Bei einer Familie, die ihre Probleme endlos analysiert, jedoch nichts praktisch anpackt, verschreiben wir ein noch intensiveres gemeinsames Nachdenken und untersagen strikt jegliche praktische Veränderung. In einem anderen Fall verschreiben wir ein Ritual mit mehr oder minder sinnlosen hektischen Aktivitäten und verbieten strikt jegliches Denken über Sinn und Zweck familiärer Aktivitäten.

Für eine Mutter, die in ihrem *Aufmerksamkeitsstil* nach außen gerichtet ist, kann es akzeptabler sein zu vertreten, daß ein Kind mehr Raum und Zeit für sich braucht, um seine Sinne zu entwickeln. Während ein Vater, der eher nach innen gerichtet ist, leichter die Idee aufgreifen würde, sein Kind benötigte Zeit und Platz zum Tagträumen und zur Entwicklung seiner Phantasiewelt.

Familien unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Muster des *Gebens* und *Nehmens*. Wenn Eltern sich z.B. schuldig fühlen, nicht genügend für ihre Kinder getan zu haben, halten sie diese oft eng an sich gebunden, um wiedergutmachen zu können. Ein eigenes Zimmer für ein solches Kind als immenses – z.B. finanzielles – Opfer zu definieren, kann für solche Eltern Grund sein, diesem Zimmer zuzustimmen. Der Therapeut kann auch die *Lebensphilosophie* oder religiöse Einstellung für dieses Ziel nutzen. Einer Familie, die an östlichen Philosophien oder an Meditation interessiert ist, kann man vorschlagen, über den Text „Von der Ehe“ (Gibran, 1979) zu meditieren:

„... Singet und tanzt zusammen und seid fröhlich, doch laßt jeden von euch alleine sein.

Gleich wie die Saiten einer Laute alleine sind, erbeben sie auch von derselben Musik . . .

Und stehet beieinander, . . . doch nicht zu nahe beieinander:

Denn die Säulen des Tempels stehen einzeln, und Eichbaum und Zypresse wachsen nicht im gegenseitigen Schatten.“

Für Familien mit betont christlicher Orientierung bewährte sich die Aufgabe, über beide Teile des Satzes „Liebe deinen Nächsten, wie dich selbst“ nachzudenken. Der Spruch „Jeder denkt an sich, so ist an jeden gedacht“ zeigt nicht nur für Familien mit humorvoller Einstellung in die therapeutisch gewünschte Richtung.

Bei *dominanten* Personen ziehen wir es vor, indirekte Techniken zu benutzen; mit *subdominanten* können wir direkter arbeiten.

Ausgehend von den diagnostischen Kategorien Zeigs betrachten wir folgende „Primfaktoren“ für ein „Maßschneidern“ der Behandlung als besonders wesentlich:

1. kooperativ/unkooperativ
2. Repräsentationssysteme
3. Umgang mit dem Faktor Zeit und Raum
4. chaotisch/rigide
5. denken/fühlen/handeln
6. externe vs. interne Aufmerksamkeit
7. geben/nehmen
8. Lebensphilosophie/Religion
9. dominant/subdominant

Bei der Erörterung dieser „Primfaktoren“ haben wir Aspekte Ericksonischer Therapie berührt, die an anderer Stelle unter folgenden Überschriften abgehandelt werden: „Triff die Klienten auf der Ebene ihres Weltbildes“ (Lankton & Lankton, 1983, S. 18). „Pacing and Leading“ (Bandler & Grinder, 1975) und „Utilisation“ (Erickson, 1980, Vol. IV, S. 147).

Wir benutzen die Gleichung als ein Hilfsmittel, um den therapeutischen Kommunikationsprozeß und die Interventionen zu analysieren, zu planen und zu strukturieren. Wie Gilligan (1982, S. 93) sind auch wir der Meinung: „Ein effizienter Ericksonischer Hypnotherapeut denkt vor und nach klinischen Sitzungen jeweils lang und intensiv nach; während er jedoch tatsächlich mit einem Klienten arbeitet, läßt er sein Unbewußtes die Früchte dieses Nachsinnens ernten.“ (übers. B.T.)

Fallbeispiel:

Ein 33 Jahre alter Mann kam wegen seines schweren Stotterns in Begleitung seiner Eltern in Therapie. Die Beziehung zwischen Mutter und Sohn kann mit den Begriffen „hohe Kohäsion“ und „niedriges Niveau an bezogener Individuation“ beschrieben werden. Der Sohn war dazu delegiert, die Verantwortung für das Restaurant zu übernehmen, das seit Generationen im Besitz der Familie ist. Im Mehrgenerationsvermächtnis der Familie war es dem Sohn nicht erlaubt, seine eigenen Wege zu gehen, ähnlich wie die Mutter ihren Eltern gegenüber gehorsam war und ist. Der Sohn hatte noch nie eine Beziehung zu einer Frau. Er verbrachte seine Zeit ausschließlich damit, zusammen mit seiner Mutter und den Großeltern im Restaurant zu arbeiten.

Nach wenigen Sitzungen wurde es offensichtlich, wie schwierig es für die Mutter war, ihren Sohn für sich alleine sprechen zu lassen. Wann immer der Sohn selbst auf eine Frage antwortete oder mit einem eigenen Gedanken kam, hörte sie auf, ihn anzuschauen und ging für einen Moment mit ihrer Aufmerksamkeit nach „innen“. Sie hörte anscheinend nicht mehr zu, sie hatte ihn ausgeblendet. Dann sprang oder glitt sie auf andere Themen, verließ den zuvor geteilten Aufmerksamkeits- und Themenfokus, wie es Wynne & Singer (1966) und Singer (1978) beschrieben haben. Der Sohn – und nicht selten die Therapeuten – schauten verwirrt. Das therapeutische Ziel war, eine strukturiertere Kommunikation zu erreichen, ein höheres Maß an bezogener Individuation und eine schwächere Kohäsion. Wir beendeten die Sitzung mit einer Geschichte und einer darauf bezogenen Aufgabe:

„Kürzlich hatte ich einen Mann in Therapie, der so etwa Mitte 30 war. Er sah gut aus und war beruflich sehr erfolgreich. Allerdings wollte er Selbstmord begehen. Dies, weil er seine Stimme nach einer Tumoroperation am Gehirn verloren hatte. Als ich ihn kennenlernte, hatte er bereits gelernt, auch ohne seine normale Stimme zu sprechen. Die Logopädin verstand jedes Wort. Ich verstand nur die ersten vier oder fünf Worte, dann verlor ich jeweils den Faden. Es war schwer herauszufinden, warum. Schließlich erkannte ich, daß ich *auf eine neue Art zuhören lernen* mußte. Ich verstand, daß ich, wenn ich sehr engagiert war oder jemanden ganz besonders mochte, in Gefahr war, über Möglichkeiten zu helfen nachzudenken. Nach innen zu gehen und nachzudenken, was ich dazu sagen könnte . . .“

Ich diskutierte dann ausführlich, wie man gleichzeitig hören und denken kann und wie diese Prozesse unbewußt und automatisch gesteuert werden. Wiederholt streute ich dabei *„auf eine neue Art zuhören lernen“* ein.

„ . . . ich hatte wohl gelernt, gleichzeitig zu hören und zu denken, aber nicht, gleichzeitig zu sehen und denken. So sagte ich zu mir: *„Du hast anderen auf eine neue Art zuhören zu lernen. Und ich sage das zu Ihnen, da ich weiß, wie sehr Sie sich für Ihren Sohn einbringen und wie sehr Sie ihn lieben. Und weil dies so ist, ist meine Vermutung, daß Sie ebenfalls recht schnell nach „innen“ gehen, um ihm zu helfen. Und dann verpassen Sie, was er sagt.*

Und deshalb bekommen Sie die Hausaufgabe, herauszufinden und darüber in der nächsten Stunde zu berichten, wieviele Worte er sagt, an die Sie sich erinnern können. Bevor Sie beginnen, darüber nachzudenken, wie Sie ihm helfen können, weil Sie ihn so sehr lieben.“

Zur nächsten Sitzung kam die Mutter offensichtlich geschockt und berichtete, daß sie meistens nicht in der Lage gewesen sei, sich auch nur an ein einziges Wort zu erinnern, das ihr Sohn ge-

sagt habe. Dies war ein wichtiger Schritt. Wir, die Therapeuten, führten aus, wie wichtig ihre, der Eltern, Hilfe sei, weil es für Stotterer darauf ankomme, daß andere während des Sprechens wirklich zuhören.

Immer seltener war es von therapeutischer Seite notwendig, die Kommunikation zu strukturieren, indem wir auf diese Geschichte nebst Aufgabe Bezug nahmen.

Unter den verschiedenen Ericksonischen Techniken, die wir in dieser Therapie verwendeten, waren:

- Geschichten erzählen und Metapher benutzen,
- Einstreutechnik, um neues Verhalten zu „säen“ und zu suggerieren,
- über das bewußte und das unbewußte Denken kommunizieren,
- eindringendes Kommunikationsverhalten in Liebe und Sorge umdeuten und dies als Ressource nutzen,
- ein unbewußtes Verhaltensmuster mit Hilfe einer Aufgabe durchbrechen,
- eine Verhaltenssequenz, die in einem Zustand nach innen gerichteter Aufmerksamkeit endet, so verändern, daß die Verhaltenssequenz in nach außen gerichtete Aufmerksamkeit endet.

Teil 2:

Der Ericksonische Ansatz in der systemischen Familientherapie (*Gunther Schmidt*)

Unter den verschiedenen familientherapeutischen Konzepten hat in den letzten zehn Jahren der Ansatz der Mailänder Gruppe (Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata) großen Einfluß gewonnen. Dieser auch als „systemisch“ bezeichnete Ansatz baut konsequent auf Theorien von Bateson und der allgemeinen Systemtheorie auf. Diese Theorien werden mehr und mehr als die epistemologischen Grundlagen der Familientherapie akzeptiert. Neben den Publikationen der Mailänder Gruppe selbst (z.B. Selvini et al., 1977, 1981) lassen sich als weitere wichtige Beiträge, die unterschiedliche Aspekte dieses Ansatzes herausarbeiten, Arbeiten von Penn (1982), Hoffmann (1982) sowie von Tomm (1984) nennen. Hier werden auch die Möglichkeiten des „zirkulären Fragens“ herausgearbeitet. Das sogenannte „zirkuläre Fragen“ ist das wichtigste Instrument der Mailänder Gruppe für die Durchführung des therapeutischen Familieninterviews.

Das Konzept der systemischen Familientherapie basiert, wie erwähnt, auf Batesons Theorien, besonders auf den Prinzipien der Zirkularität, der Ko-Evolution und der doppelten Beschreibung (Penn, 1982). Ebenfalls sehr wichtig ist das darin enthaltene Verständnis des Begriffes Information. Orientiert an Bateson wird darunter verstanden, daß jedes Wissen über äußere Ereignisse von deren Beziehung zueinander abhängt. Menschen denken in Begriffen von Beziehungen; Informationen sind Botchaften über Unterscheidungen, über Unterschiede, und ein Unterschied ist eine Information (Selvini et al., 1981).

Ein Hauptinstrument des Interviewprozesses ist es deshalb, ständig Fragen zu stellen nach Unterschieden in den Beziehungen und deren Veränderungen über die Zeit hinweg. Meist wird bei diesem Frageprozeß ein Familienmitglied über die Beziehungen von zwei oder mehreren anderen Mitgliedern gefragt (dies geschieht fast immer in

deren Anwesenheit). Möglich ist es auch, strategisch wichtige Fragen über nichtanwesende signifikante dritte Personen im Interview zu stellen; diese Aspekte sollen hier aber nicht diskutiert werden. Ein solcher Frageprozeß wird mit jedem Familienmitglied durchgeführt. Die so gewonnenen Informationen werden dann dazu benutzt, eine sorgfältig gestaltete Intervention am Schluß der Sitzung zu entwickeln (Selvini et al., 1981).

Eine solche Intervention enthält üblicherweise die positive Konnotation aller Verhaltensweisen aller Familienmitglieder; manchmal werden Rituale verschrieben und „paradoxe“ Umdefinitionen (Reframing) vorgenommen; weiter sind die langen Intervalle zwischen den Sitzungen sehr wichtig (üblicherweise ca. vier Wochen, siehe Selvini & Prata, 1983).

Orientiert an diesem Konzept arbeiten wir seit einigen Jahren mit gutem Erfolg. In der ersten Zeit gingen wir (wie das Mailänder Team auch) von der Annahme aus, daß der Hauptzweck des Interviews darin besteht, das Wissen der Therapeuten über das System zu vermehren. „Der Therapeut wird auf diesem Wissen seine therapeutischen Interventionen, Kommentare und verschiedenen Verschreibungen am Ende der Sitzung aufbauen“ (Selvini et al., 1981). Hoffmann (1982) weist darauf hin, daß das Mailänder Team und ebenfalls sie selbst davon ausgehen, daß dieser Prozeß des zirkulären Fragens keine Instruktionen, Antworten und Interpretationen gibt, er bestehe ja nur aus Fragen. Auch sie erwähnt aber, daß das zirkuläre Fragen selbst offensichtlich schon einen verändernden Effekt zu haben scheint. In der Arbeit mit dem Mailänder Ansatz sahen wir im Laufe der Zeit mehr und mehr, daß diese Auffassungen zu verkürzt sind. Wir bemerkten, daß der Prozeß des zirkulären Fragens selbst ein außerordentlich nützliches therapeutisches Instrument sein kann, in vieler Hinsicht sogar effektiver als Verschreibungen und positive Konnotationen am Ende der Sitzung. Aus unserer Sicht werden die therapeutischen Möglichkeiten in unnötiger Weise eingeengt durch die Vorstellung, daß der Interviewprozeß in erster Linie dazu dienen soll, das Wissen auf Seiten der Therapeuten zu vermehren. Seit ca. drei Jahren haben wir diese Auffassung aufgegeben. Heute sehen wir die Hauptaufgabe des Interviews darin, und zwar von Beginn an, der Familie relevante Informationen zu geben; so wollen wir Assoziationsmuster, Verhaltenspotentiale und Einstellungen hervorruhen, die von den Familienmitgliedern für die Lösung der eingebrachten Probleme genutzt werden können. Natürlich wollen wir nicht sagen, daß es unwichtig ist, Informationen zu bekommen. Jede Information, die das Bild der Organisationsmuster des Systems klärt, kann den Therapeuten helfen, ihre Hypothesen zu überprüfen und ihre Strategien im Interesse besserer Effekte zu modifizieren. Aber wir sehen das Gewinnen und das Geben von Informationen als einen synchronen Prozeß an, und in vielen Fällen scheint uns das Geben von Informationen durch Fragen eine viel bedeutendere Wirkung zu haben als das Gewinnen von Informationen.

Fragen nach Informationen nutzen wir hauptsächlich als ein Vehikel für das Feedback von Informationen und für ein intensives „Säen von neuen Ideen“. Interessanterweise scheint ein Teil des früheren Mailänder Teams (Selvini & Prata) das ursprüngliche Konzept nun zu modifizieren. In der Diskussion einer Standardverschreibung, die sie Eltern von psychotischen Indexpatienten geben, bemerken sie: „Die Verschreibung scheint das laufende Spiel zu unterbrechen, ohne daß es notwendig für

die Therapeuten wäre, vorher zu verstehen, um welches Spiel es gegangen ist (. . .) früher sagten wir, daß das Schlüsselement bei der Durchführung kompetenter Sitzungen mit unserem Ansatz das Sammeln signifikanter Informationen ist (. . .) aber trotz aller Anstrengungen, die wir unternehmen, ist es nur die Verschreibung, die die schizophrenen Familien dazu veranlaßt, uns Informationen zu geben. Dies ist ein weiterer Beweis dafür, falls dieser Beweis noch notwendig gewesen sein sollte, daß es effektiv ist, die Familie zum Handeln zu bringen, anstatt sie zum Reden zu bringen.“ (Selvini & Prata, 1983) Wir finden diese Auffassung sehr nützlich; sie scheint auch unsere Annahme zu bestätigen, daß das Entscheidende der Prozeß ist, neue Informationen in das System einzugeben. Sie beschränkt sich jedoch auf den Effekt der Verschreibung, sie schließt nicht den gesamten Interviewprozeß ein (wenigstens nicht explizit, denn wir denken, daß eine Menge wichtiger Interaktionsprozesse während des Interviews notwendig sind, um eine Familie dazu zu bringen, die vorgeschriebene Aufgabe wirklich durchzuführen. Über diese Prozesse wird leider in der zitierten Arbeit nichts gesagt).

Wir fassen nun das gesamte Interview als einen Rahmen für ständige indirekte hypnotherapeutische Strategien auf. Hierfür können Milton H. Ericksons Verständnis des therapeutischen Prozesses und des therapeutischen Wandels und seine meisterhaften Techniken sehr gut kombiniert werden mit den Vorteilen eines systemischen Konzepts und der geradezu genialen Methode des zirkulären Fragens, durch die alle Elemente eines relevanten Systems einbezogen werden können. Jede Sitzung entwickelt sich so zu einer indirekten Hypnotherapie, ohne daß dies jemals erwähnt werden müßte.

Zur Erläuterung für die folgenden Ausführungen wollen wir kurz an eine grobe Schematisierung einer Trance-Induktion im Ericksonschen Stil erinnern:

- Erfassung und Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit der Klienten;
- Fokussieren der Aufmerksamkeit auf einige wichtige innere Wirklichkeiten (Gefühle, Fähigkeiten, Erinnerungen usw.);
- Außerkräftsetzen der gewohnten Denk- und Erfahrungsmuster, z.B. durch Ablenkung, Konfusion, Zweifel usw.;
- Aktivieren unbewußter Prozesse durch das Hervorrufen persönlicher Assoziationen, Gedankensequenzen, Suchprozessen usw.;
- Hypnotische Reaktionen als Ergebnisse dieser hervorgerufenen Erfahrungsmuster, die die Klienten als autonom auftretend erleben (Erickson & Rossi, 1981).

Nach unserer Meinung enthält schon der ursprüngliche Mailänder Ansatz eine Menge indirekter hypnotherapeutischer Elemente, obgleich diese nicht das Ziel des Konzepts waren. In mehreren persönlichen Diskussionen mit Boscolo und Cecchin bestätigen diese auch, daß sie nicht darauf abgezielt hatten. Auch in der Literatur werden diese Aspekte nicht erwähnt.

Hier einige Beispiele für typische Elemente indirekter Hypnotherapie im Mailänder Ansatz:

1. Die Therapeuten strukturieren den Verlauf der Sitzung sehr aktiv; die Familie wird in eine *Komplementärposition* (siehe Haley, 1978) durch ständiges zirkuläres Fragen gebracht. Dieser Prozeß findet statt, ohne daß dies verbal kommentiert

werden müßte. Die Therapeuten übernehmen die Führung im Ablauf der Sitzung (oder tun das wenigstens üblicherweise, wenn sie konsequent zirkulär fragen und so reagieren, daß sie die angebotenen Kommunikationen nutzen). Ihr Verhalten drückt diese Führung als *Vorannahme* aus und ist deshalb nicht diskutierbar; es ist eine Vorannahme durch Verhalten.

2. Der ständige Fragefluß resultiert in einer starken *Fixierung der Aufmerksamkeit*; dies ist auch ein Effekt der Tatsache, daß niemand in der Familie je sicher sein kann, wann und wie Fragen an ihn gerichtet werden könnten. Man braucht keine offene Aufforderung, die Aufmerksamkeit zu fokussieren, diese Situation enthält in sich selbst dieses gewisse Maß an Unsicherheit, das dazu verhilft, daß die Position und die Äußerung der Therapeuten für die Familienmitglieder sehr wichtig werden.
3. Häufig werden „Schlüsselworte“ der Familie aufgegriffen. Sie werden aufgefaßt als wichtige Hinweise auf das „Familienparadigma“ und werden eingespannt in den Kontext der ganzen Familie durch Fragen nach Unterschieden. Dieses Aufgreifen und Umdefinieren in den familiären Kontext ist eine wirksame *Utilisationsstrategie* (siehe z.B. Erickson & Rossi, 1981) mit Pacing (Aufgreifen der Schlüsselworte) und Leading (Schlüsselworte überleiten in den Familienkontext). (Zum Konzept von Pacing und Leading siehe z.B. Gilligan, 1982.) So kann der Rapport verstärkt werden und gleichzeitig können neue Ideen eingegeben werden, ohne daß ein dyadischer Empathieaustausch notwendig wäre, welcher als einseitige Koalition mit einem Familienmitglied aufgefaßt werden könnte. (Wenn z.B. der Therapeut ausdrücklich seine Empathie mit einer weinenden Mutter ausdrücken würde, die sich über ihren Mann beklagt.) Rapport und Neutralität sind so gut miteinander vereinbar.
4. Beinahe alle Fragen werden in zirkulärer Weise gestellt. (Selvini et al., 1981; Penn, 1982, Hoffmann, 1982). Die Struktur der Fragen zeigt eine hohe Isomorphie mit den Feedbackschleifen in der Familie. Jede dieser Fragen ist im Grunde eine *indirekte Suggestion*, eine *Vorannahme*, die suggeriert, daß es überhaupt zirkuläre Beziehungsmuster in den Interaktionen zwischen den Beteiligten gibt und daß sie offensichtlich eine wichtige Rolle in dieser Familie spielen. Die meisten Familien, die zur Therapie kommen, orientieren sich an einer linearen Epistemologie als Organisationselement ihrer Wahrnehmung und ihrer Erklärungen über die Welt. Man kann davon ausgehen, daß üblicherweise diese lineare Weltansicht das familiäre Problem stabilisiert (siehe z.B. Watzlawick et al., 1967, 1974). Nun bekommt in der Sitzung durch das zirkuläre Fragen die Familie beinahe ohne Pause indirekte Suggestionen dafür, Beziehungen in zirkulärer Weise zu sehen. Dies erfolgt aber ohne manifeste In-Frage-Stellung der linearen Epistemologie. Die Erfahrung zeigt, daß Familienmitglieder nach einiger Zeit wie von selbst die angebotene neue Sichtweise übernehmen und sie in die autopoietische Organisation der Familie einbauen (zum Begriff der Autopoiese siehe Maturana & Varela, 1980). Dies bedeutet auch, daß sie oft neue und funktionalere Problemlösungen in selbsttätiger Weise entwickeln, ohne daß der spezifische *Probleminhalt* im Fokus einer therapeutischen Sitzung gewesen ist. Dieser Prozeß weist eine interessante Kommunikation auf mehreren Ebenen auf. Die Fragen mit ihren komplizierten Aspekten und oft auch neuen Perspektiven

absorbieren die bewußte Aufmerksamkeit in intensiver Weise. Gleichzeitig können die impliziten Botschaften, die Interaktionen in zirkulärer Weise zu sehen, das bewußte Denken umgehen und direkt in die unbewußte Organisation der Wahrnehmung aufgenommen werden.

5. Die Fragen sind oft überraschend und komplex. Häufig führen sie ziemlich schnell zu einer *Überladung des bewußten Denkens* der Familienmitglieder. Das aktive Strukturieren der Therapeuten führt an sich schon oft zu einer wirksamen Unterbrechung der redundanten, problemstabilisierenden Verhaltenssequenzen der Familie. Die Überladung des bewußten Denkens verstärkt diesen Prozeß noch. Die Klienten verlieren gewissermaßen ihre üblichen bewußten Muster aus den Augen (z.B. durch Fragen wie: „Was denken Sie, was Ihre Mutter denkt, wenn der Vater sich in Beziehung zu ihrer Schwester in dieser oder jener Weise verhält?“). Daraus entwickelt sich oft eine wirklich elegant intuitive *Konfusionstechnik* (Erickson & Rossi, 1981). So überrascht es auch nicht, daß man häufig viele verschiedene Trancephänomene beobachten kann; praktisch immer werden „Alltagstrance“-Phänomene entwickelt, manchmal auch intensive Katalepsie, Dissoziationsphänomene, Zeitverzerrung, Altersregression, auch positive und negative Halluzinationen. Dies ist üblicherweise, wie Erickson oft gezeigt hat, ein sehr guter Moment, um nützliche problemlösende Suggestionen anzubieten, die im normalen Wachbewußtsein zurückgewiesen würden. Leider bleiben diese Gelegenheiten in einer üblichen Durchführung eines zirkulären Interviews oft ungenutzt, da diese Kommunikationsprozesse nicht berücksichtigt werden.
6. Das Mailänder Konzept geht mit „Widerstand“ in ähnlicher Weise um, wie es Erickson zu tun pflegte. Die positive Konnotation *allen* Verhaltens besonders im Hinblick auf den Problemkontext, ist, wie erwähnt, ein übliches Vorgehen. Dieses beruht auf der Prämisse, daß alle beobachteten Verhaltensweisen auf den gemeinsamen Zweck gerichtet sind, die Kohäsion und Einheit der Familiengruppe zu erhalten (Selvini et al., 1977). Auch solche positiven Konnotationen enthalten eine indirekte Suggestion, denn alle Familienmitglieder werden auf dieselbe (Wert-) Ebene gehoben; daneben ist dies oft ein gutes Pacing, denn selten wird sich jemand gegen eine solche Stellungnahme wenden, wenn er sich dadurch selbst kritisieren würde. Tut er dies trotzdem, was manchmal vorkommt, ist dies genau der erste Schritt zur Veränderung, aber er kommt von einem Familienmitglied selbst. Wenn das Verhalten positiv konnotiert wird und auch eine Symptomverschreibung gegeben wird, richtet sich der Fokus der Aufmerksamkeit natürlich indirekt auch auf Veränderung, aber in einer nicht bedrohlichen Weise. Außerdem dient die positive Konnotation als ein neuer „Kontextmarker“ (Wilks, 1982).
7. Auch die Art, wie im Mailänder Ansatz mit Familiengeheimnissen umgegangen wird, kann als eine *Utilisationsstrategie* aufgefaßt werden. Der Therapeut geht von der Prämisse aus, daß der Inhalt des Geheimnisses nicht annähernd so wichtig ist wie die Beziehungsstruktur, die sich durch die Aufrechterhaltung des Geheimnisses bildet. Dementsprechend wird der Therapeut darum bitten, das Geheimnis zu wahren, während er ständig Fragen stellt wie z.B.: „Wer weiß etwas darüber, wer nicht, wer würde gern etwas darüber wissen, wer nicht, was empfinden die Personen, die nichts über das Geheimnis wissen angesichts dieser Tatsache usw.“ So löst

sich die Funktion des Geheimnisses in vielen Fällen von selbst auf, ohne daß es notwendig gewesen wäre, jemand dazu zu nötigen, darüber zu reden. Dieses Vorgehen ist ebenfalls ein starker Kontextmarker (Wilks, 1982); ein Verhalten, das „spontan“ auftrat, wird unterbrochen; es ist auch ähnlich der Aufforderung, „Denken Sie nicht an die Farbe blau!“, welche ja gerade dazu führt, daß man an blau denkt.

Der Mailänder Ansatz enthält noch verschiedene andere interessante indirekte hypnotherapeutische Kommunikationsformen wie z.B. Verschreibungen und Rituale, Fragen, die neue Ideen einführen, Provokationen durch Fragen, welche das Wertesystem der Familie herausfordern, hypothetische Fragen. Aus Platzgründen kann hierauf nicht ausreichend eingegangen werden (siehe hierzu z.B. Schmidt, 1985).

Alle diese hypnotherapeutischen Prozesse führen ohne Verschreibung oder Aufgabe dazu, daß Muster von Assoziationen, Wahrnehmungen, Verhalten und Erfahrungen hervorgerufen werden, die konstruktive und relevante Problemlösungen enthalten. Aber häufig geschieht dies eher intuitiv, unsystematisch. So läßt sich dann auch beobachten, daß schon hervorgerufene Prozesse wieder gestört werden durch Interventionen, die in entgegengesetzte Richtungen führen. Hypothetische Fragen z.B. wirken oft „spontan“ als Einstreusuggestion (z.B. wenn der Therapeut fragt: „Nehmen wir an, X wird wieder aktiv und stellt befriedigende Kontakte her . . .“). Ein Therapeut, der diesen Effekt nicht bemerkt, gerät leicht in die Gefahr, den so erzielten Erfolg zurückzunehmen, indem er Fragen stellt, die gegensätzliche Tendenzen einstreuen. Oft können wir solche Abläufe in der Supervision von Familientherapeuten beobachten, die mit dem Mailänder Ansatz arbeiten.

In unserer Arbeit gehen wir davon aus, orientiert an Erickson, daß eine formelle Trance nicht notwendig ist, um effektiv Suggestionen zu vermitteln. Erickson wies darauf hin, daß eine „Reaktionsaufmerksamkeit“ oder „Alltagstrance“ ausreichend sei. Wir orientieren uns auch an dem Hinweis, daß schon Braid hypnotische Phänomene durch gezieltes Fragen bei Personen hervorrufen konnte, die scheinbar wach waren (Erickson & Rossi, 1981). Weiter lassen wir uns leiten von Sternbergs Erkenntnissen. Er beschreibt, daß das menschliche Gehirn auf unbewußter Ebene das ganze Gedächtnissystem durchforscht, wenn Fragen gestellt werden, sogar noch dann, wenn scheinbar zufriedenstellende Antworten auf bewußter Ebene gefunden worden sind (zit. nach Erickson & Rossi, 1978). So können weitergehende Prozesse in Richtung auf neue konstruktive Problemlösungen induziert werden. Auf der Grundlage dieses Verständnisses wenden wir Fragen und andere indirekte Erickson-Techniken in den verschiedenen Phasen des Therapieprozesses systematisch an. Aus Platzgründen müssen wir uns hier auf einige der Möglichkeiten beschränken. Am Ende der Arbeit werden wir einige Hinweise auf die zahlreichen anderen Möglichkeiten geben.

Aufbau von Rapport und Definieren des Kontextes

Natürlich ist es ein primäres Ziel für uns, mit der ganzen Familie Rapport herzustellen und sie auf einen therapeutischen Kontext hin zu orientieren. Häufig arbeiten wir als Team mit Einwegscheibe und Videogerät. Schon die Erklärung dieses Settings bietet viele Möglichkeiten für indirekte Suggestionen, z.B.: „Bevor wir zusammen klären, welche Probleme und Lösungsmöglichkeiten es in der Familie gibt, wollen

wir die Einrichtung des Raumes erklären“. Oder: „Bevor wir in einen offenen Austausch über die relevanten Themen eintreten, wollen wir Ihnen den Raum erklären . . .“

Einige Klienten lassen sich am Anfang von der Einwegscheibe irritieren. Wir versuchen antizipatorisch hierfür schon ein Pacing und Leading, z.B. so: „Dies ist eine Einwegscheibe. Dahinter beobachten uns einige andere erfahrene Mitglieder unseres Teams. Unsere Erfahrung ist es, daß hier Leute einfach mehr relevante Informationen wahrnehmen und mehr Ideen haben, die der Familie helfen können. Die Scheibe irritiert manchmal einige Leute am Anfang für einige Momente, bevor sie sie vergessen und sich auf die wichtigen Fragen konzentrieren.“

Die Intervalle zwischen den Sitzungen betragen auch bei uns üblicherweise ca. vier Wochen. Wir nutzen die Erklärung dieser Struktur zum Beispiel so: „In diesen Sitzungen werden viele für die Familie wichtige Themen besprochen und bewußt oder unbewußt neue Erkenntnisse gewonnen, die bewußt oder unbewußt neue Perspektiven und Lösungsmöglichkeiten auslösen können.“ (Manchmal fügen wir hier eine längere Erklärung der Begriffe bewußt/unbewußt hinzu, ähnlich, wie Erickson dies tat. Diese Erklärungen selbst sind natürlich wieder mit zahlreichen indirekten Suggestionen versehen. Deren Inhalt hängt davon ab, welche Zielvorstellung wir für diese Familie für sinnvoll halten.) Dann fahren wir fort: „Die Familien, dies ist unsere Erfahrung, brauchen einfach diese Zeit, um diese Prozesse in organischer Weise zu verarbeiten und um sie in konstruktiver Weise zu nutzen.“

Eine übliche Situation in der Familientherapie ist es, daß einige Familienmitglieder eher skeptisch gegenüber der Familientherapie sind, während ein anderer Teil der Familie oder eine überweisende Person (z.B. aus dem Gesundheitssystem) sie nützlich findet. Deshalb stellen wir am Anfang viele Fragen zu den Vorstellungen und Absichten der Personen, die die Überweisungsinitiative hatten. Wir zeigen uns dabei oft eher überrascht oder zweifelnd oder skeptisch. Oft hat dies den Effekt, daß wir die Zweifel widerspiegeln (Pacing) und gleichzeitig die Familie dazu bringen, weitere Argumente für die Therapie zu entwickeln. Die Positionen haben sich umgekehrt, wir müssen überzeugt werden, nicht die Familie. Da die Erwartungen in der Familie üblicherweise eher umgekehrt sind, entsteht dadurch oft Konfusion, die wieder genutzt werden kann.

Möglichkeiten der Co-Therapie

Co-Therapie (zwei Therapeuten, die das Interview führen) bietet viele Möglichkeiten indirekter Utilisierungen. Zum Beispiel kann der Therapeut, der die Fragen stellt, auf verschiedenen Ebenen auch auf die Person eingehen (Pacing), die gefragt wird. Gleichzeitig kann der Co-Therapeut auf die übrigen Familienmitglieder eingehen. Nach unserer Erfahrung bewirkt dies eine Verstärkung des unbewußten Rapports.

In einigen Fällen halten wir es für nützlich, daß die Therapeuten Meinungsverschiedenheiten während der Sitzung oder im Kommentar/in der Verschreibung am Ende der Sitzung offen zeigen (Splitting). So können wir mit Ambivalenz in isomorpher Weise umgehen. Dies ist sehr hilfreich in Familien mit starken Spaltungstendenzen, z.B. in schizopräsenten Familien (Stierlin, 1983). Ein Therapeut vertritt die Position

eines Teils der Familienepistemologie, der andere den anderen Teil. Wenn ein Therapeut auch noch den „häßlichen“ Anteil übernimmt, d.h. die unpopuläre und ungeliebte Position, absorbiert er so üblicherweise die ganze familiäre Zurückweisung mit seiner Stellungnahme, und es wird für den anderen Therapeuten viel leichter, wichtige Botschaften einzuführen. Dies nutzen wir auch am Ende der Sitzung, wenn wir der Familie eine Aufgabe oder eine Interpretation geben. Der „böse“ Therapeut schlägt die schlechtere Alternative vor, der „gute“ bietet die Alternative an, von der wir uns tatsächlich wünschen, daß sie akzeptiert wird. Wenn z.B. das Verhalten eines Familienmitglieds von einigen anderen in der Familie als Zeichen von Krankheit angesehen wird, während ein anderer Teil der Familie es als Zeichen von Faulheit ansieht, übernimmt der „böse“ Therapeut die Definition der Krankheit, während der „gute“ die Definition der Faulheit übernimmt.

Wir nutzen diese Vorgehensweisen auch in der Phase, in der wir den Überweisungskontext abklären. Der eine Therapeut vertritt die zweifelnde Position, während der andere sich neutral zeigt oder Empathie für die motivierte Fraktion in der Familie vertritt. So können wir beide Polaritäten in der Familie widerspiegeln (Pacing). Durch dieses Vorgehen erhalten wir viele wichtige Informationen über das Überweisungssystem und darüber, welche Bedeutung Familientherapie für die Familie hat. Therapie zu empfehlen, dies dürfte bekannt sein, wird häufig so erlebt, als ob die Therapeuten eine Koalition mit einer Seite in der Familie eingehen wollen mit der Folge, daß sie dadurch ihre Neutralität verlieren und sich Widerstand entwickeln kann. Das beschriebene Vorgehen ruft in den meisten Fällen auch mehr Motivation für die Therapie hervor.

Es gibt noch viele andere Möglichkeiten, die Co-Therapie-Situation zu nutzen. Zum Beispiel kann man indirekt kommunizieren, indem der Therapeut in einer Art Seitengespräch in Anwesenheit der Familienmitglieder mit dem Co-Therapeuten spricht und so Botschaften an die Klienten übermittelt.

Der Gebrauch von Anker und Einstreusuggestionen

Der Gebrauch von Anker und Einstreusuggestionen erweist sich immer mehr als eines der effektivsten therapeutischen Elemente in unserer Arbeit.

So bauen wir z.B. zunächst systematisch eine Ja-Haltung und eine Nein-Haltung auf. (Zur Ja-Haltung siehe z.B. Erickson & Rossi, 1981.) Hierfür lassen sich in jeder Sitzung viele Möglichkeiten finden. Wenn wir in der Anfangsphase nach allen möglichen Dingen fragen, verbinden wir die jeweiligen Antworten mit bestimmten Körperhaltungen, Stimmlagen usw. Oft wiederholen wir dabei die Antworten der Familienmitglieder. Als besonders nützlich erweisen sich dabei Antworten, die mit hoher emotionaler Intensität gegeben werden. So können wir z.B. die Ja-Antworten verknüpfen mit einer leichten Körperneigung nach rechts und einer spezifischen subtil weichen und dunkleren Stimmlage oder einer leichten, einem zustimmenden Kopfnicken entsprechenden Bewegung mit der rechten Hand. Die Nein-Antworten können wir verknüpfen mit einer leichten Körperneigung nach links, einer anderen Stimmlage und/oder einer leichten, einem Kopfschütteln analogen Handbewegung. Das zirkuläre Fragen ist nun eine schöne Gelegenheit, Einstreusuggestionen in Form von Fragen einzubringen, wobei wir die Suggestionen in nonverbaler Weise markieren. Wir

stellen hierzu z.B. hypothetische Fragen wie im ursprünglichen Mailänder Ansatz, aber wir formulieren sie nicht im Konjunktiv, sondern im Indikativ. Zum Beispiel: „Nehmen wir an, X wird sich so und so verhalten, wie wird der Vater reagieren?“ Dies verbinden wir mit dem Anker der Ja-Haltung, wenn wir es suggerieren wollen. Wir erwarten eine höhere Wahrscheinlichkeit dafür, daß die so nonverbal mit der Ja-Haltung verbundene Suggestion eher akzeptiert wird. Üblicherweise beschränken wir uns nicht auf diese einfache und unspezifische Form, sondern integrieren so viele kommunikative Elemente als möglich (welche wir in Teil 1 als „Primfaktoren“ bezeichnet haben). Das heißt, wir beziehen in die Fragen verschiedene kommunikative Signale mit ein, die wir in der gegebenen Situation wahrnehmen. Dazu gehören auch die spezifischen Zugangskanäle (accessing cues). Für eine Person mit einer nach innen orientierten, diffusen, mosaikartigen Wahrnehmungsstruktur mit einem starken visuellen Zugangskanal könnte dies z.B. so lauten: „Nehmen wir an, X wird irgendwann in den nächsten Tagen oder Wochen irgendwo sitzen, und wann das sein wird, wird er vielleicht nicht einmal bewußt wissen im Moment, und er wird z.B. in einem Stuhl sitzen (wir wählen diese Formulierung so aus, daß sie die Sitzposition der betreffenden Person im Moment widerspiegelt), und er läßt seine Gedanken so dahintreiben, all die unterschiedlichen Gedanken, die in ihm aufsteigen, und langsam beginnt er dies oder das zu sehen, das ihn erinnert an seine Fähigkeit, dieses Problem auf seine Art konstruktiv zu lösen, und es kann sein, daß er auch sieht, daß es nun Zeit ist für ihn, und er macht dann z.B. das und das (das gewünschte Verhalten) oder etwas anderes, das sogar noch passender ist für ihn, wie wird er sich dann fühlen? (Falls es angezeigt erscheint, ein anderes Repräsentationssystem miteinzuschalten.) Und wie wird der Vater dann die Situation sehen? Was wird er dabei empfinden? Und wird er diese Entwicklung am Anfang überhaupt bemerken? Was werden die Zeichen sein für ihn, die ihm eine Veränderung anzeigen? Und was wird er dann tun? Wird es akzeptabel sein für ihn? Was wird er brauchen, um es akzeptieren zu können?“

Wir versuchen, so viele Aspekte der Erfahrung als möglich einzubeziehen und dies dabei auch subtil genug anzubieten, damit die Suggestionen nicht zu direkt sind. Eine gute Hilfe dafür, nicht zu direkt zu sein, ist es, daß die Fragen nicht explizit an die Person gerichtet sind, für die sie besonders gedacht sind, sondern an andere Mitglieder der Familie. Ein weiterer Vorteil bei diesem Vorgehen ist es, daß dabei auch das ganze System mit all seinen alten Anker für das pathologische Verhalten einbezogen werden kann. Üblicherweise können wir bei diesem Prozeß schnell Alltagsrance-Phänomene beobachten, und zwar bei der ganzen Familie. Der Ablauf ähnelt der Methode der geleiteten Phantasie auf indirekte Weise.

Wir formulieren diese Fragen entweder mit verschiedenen indirekten und offenen Suggestionen für Suchprozesse und für das Auffinden neuer Lösungen, oder so, daß wir versuchen, Ressourcen zu aktivieren, die schon in der Vergangenheit von den Betroffenen genutzt wurden. Da wir wissen, wie stark üblicherweise als Anker dienende Kommunikationssignale anderer Familienmitglieder als Auslöser des alten dysfunktionalen Spiels dienen können, versuchen wir auch, sie in die Fragen miteinzubeziehen. Ritterman (1980) hat aufgezeigt, wie in Familien der Indexpatient in hypnotischer Weise zu einem symptomatischen Verhalten durch andere Familienmitglie-

der geleitet werden kann. Wir wollen hier allerdings hinzufügen, daß dies natürlich auch ein zirkulärer Prozeß ist, in welchem der Indexpatient die anderen Familienmitglieder in hypnotischer Weise ebenso zu deren dysfunktionalem Verhalten veranlaßt.¹ Mit unseren Fragen versuchen wir, Erfahrungsmuster zu modellieren, in denen die anderen Familienmitglieder sich auch funktional verhalten könnten. Wir formulieren dann diese Fragen in spezifischer Weise so, daß Auslöser, die bisher zu dysfunktionalem Verhalten geführt haben, als Auslöser für funktionales Verhalten umgepolt werden können. Wenn wir Anker aufbauen können, die als eine Art von posthypnotischen Symbolen dienen können, halten wir die Wahrscheinlichkeit für viel höher, daß das gewünschte Verhalten auftreten und aufrechterhalten werden kann. Dann verlieren die alten Kontextmarker ihre Wirkung, und sie können entweder durch neue ersetzt werden oder bekommen selbst sogar eine funktionalere Bedeutung.

Wenn möglich versuchen wir Metaphern einzuführen oder aufzugreifen, um die homöostatischen Abläufe zu illustrieren. Der Gebrauch und die Effektivität von Metaphern werden unter Erickson-Therapeuten so ausführlich diskutiert (z.B. Erickson, 1980, Gordon, 1978, Lankton & Lankton, 1983; Trenkle, 1985; Zeig, 1980), daß wir dieses Thema nicht ausführlich diskutieren müssen. Wir wollen hier nur darauf hinweisen, daß wir Metaphern häufig benutzen, um alle Familienmitglieder in analoger Weise auf dieselbe Wertebene zu bringen. Die Gestaltung der Metapher zeigt die gleichwertige Teilnahme und Verantwortlichkeit aller Elemente des Systems auf; sie wirkt ebenfalls als starker Kontextmarker, der in alte Schritte der pathologischen Sequenz eingebaut wird. Die Bedeutung eines Ereignisses kann dann einfach nicht die gleiche bleiben.

Interessanterweise reagieren die Familien manchmal zunächst metaphorisch, bevor sie die neue entwickelte Lösung bewußt erfassen. Mit einem Fallbeispiel wollen wir einige dieser Aspekte illustrieren.

Fallbeispiel:

Die betreffende Familie bestand aus Vater, 50 Jahre, Mutter, 46 Jahre, Tochter, 24 Jahre, und Sohn, 17 Jahre. Der Sohn war der identifizierte Patient. Die Tochter war verheiratet mit einem 25 Jahre alten Mann, der ebenfalls an der Sitzung teilnahm. Der Indexpatient (IP) war der zweite Sohn der Familie, der erste Sohn starb im Alter von 10 Monaten an einer Lungenentzündung. Die Eltern drückten noch immer starke Schuldgefühle über dieses Ereignis aus. Wir hörten, daß sie in den 50er Jahren aus der DDR geflohen waren. Zum Zeitpunkt des Todes des ersten Sohnes befanden sie sich in einer sehr schlechten finanziellen Situation und glaubten nun, daß das Baby damals keine ausreichende Ernährung bekommen habe. Der IP selbst wäre im Alter von

- 1) Zu der sonst sehr verdienstvollen Arbeit von Ritterman muß hier doch kritisch angemerkt werden, daß ihr Ansatz implizit einige linear-kausale Prämissen enthält, die problematische Konsequenzen haben können. In ihren Darstellungen erscheinen die Indexpatienten manchmal so, als seien sie eher Opfer der anderen Familienmitglieder und nicht in der Lage, sich gegen deren Induktionsschritte abzugrenzen. Schuldzuweisungen liegen dann nahe; diese aber könnten maligne Clinchsituationen anheizen. Weiter stellt sich die Frage, ob Hypnoseinduktionen für einzelne Familienmitglieder im Beisein der anderen wünschenswert sind. Auch wenn die anderen auf diese Weise indirekt eine Induktion angeboten bekommen, bedeutet dieses Vorgehen doch auch eine heikle Beziehungsdefinition. Es kann so aufgefaßt werden, daß eben einer in der Familie doch mehr das Problem ist als die anderen, daß er als Individuum defizitär und gestört ist (nämlich der, mit dem die offizielle Trancearbeit gemacht wird). Dies kann als Botschaft für Pathologiedefinitionen wirken, die dem Ziel familientherapeutischer Arbeit eher entgegenwirkt.

einem Jahr in seinem Bett zufällig fast erstickt. Seit dieser Zeit verhielten sich beide Eltern ihm gegenüber in sehr überprotektiver Weise, zum Zeitpunkt der Therapie behandelten sie ihn fast wie einen vielleicht 9 oder 10 Jahre alten Knaben. Er selbst verhielt sich in ganz dementsprechender Weise oft wie ein kleiner Junge. Die Familie kam zur Therapie, da der IP verschiedene Dinge gestohlen hatte, wie z.B. Hupen und Nebelscheinwerfer von Autos. Diese Dinge hatten für ihn keinen materiellen Nutzen. Er war bei diesen Taten von der Polizei aufgegriffen worden. Die Eltern beschrieben ihn als scheu und depressiv, auch habe er keine gleichaltrigen Freunde. Sein einziger länger bestehender Kontakt außerhalb der Familie war die Bekanntschaft mit einem 13jährigen Jungen. Wir diagnostizierten die Familie als außerordentlich zentripetal und verfilzt (Enmeshment im Sinne Minuchins). Diese Diagnose wurde bestätigt durch die Tatsache, daß die Tochter mit ihrem Mann in einer Mietwohnung im gleichen Haus wie die Ursprungsfamilie lebte und praktisch keinen eigenen Haushalt führte.

In der dritten Sitzung stellten wir dem IP einige Fragen. Er zögerte kurz mit einer Antwort, und sofort sprang die Mutter ein und gab die Antworten für ihn. Auch die Schwester und der Vater verhielten sich ähnlich. Alle in der Familie nahmen den Sohn offensichtlich als sehr schwach wahr. Wir faßten dies als eine typische redundante Sequenz auf, die eine wichtige Regelstruktur der Familie aufzeigte. Wir griffen dies folgendermaßen auf:

Therapeut A (zu Therapeut B, der gerade Fragen stellte, die sich auf ein ganz anderes Problemfeld bezogen): „Hast Du das gesehen? Das ist phantastisch. Ich bin wirklich sehr beeindruckt. Ich hätte wirklich nicht gedacht, daß er so geschickt ist (zeigt dabei auf den IP). Ich denke, ich werde ihn als Modell für mich selbst in einigen Situationen nehmen.“ (Therapeut A deckt dabei nicht auf, worüber er spricht, und spricht in einer ziemlich dramatischen Art. Die Familienmitglieder schauen überrascht, neugierig und verwirrt. Die Fixierung der Aufmerksamkeit ist intensiv. Dann stellt Therapeut A dem Vater, der Mutter, der Schwester und ihrem Mann die gleichen Fragen, die er auch an Therapeut B gerichtet hatte, wobei er immer noch nicht erklärt, worüber er spricht. Sie werden noch unsicherer und wirken ziemlich hilflos.)

Therapeut A (zur ganzen Familie): „Haben sie wirklich nicht bemerkt, wie erfolgreich er ist darin, andere Leute in der Familie dazu zu bewegen, für ihn einzuspringen und Arbeit für ihn zu übernehmen?“ (Therapeut A gibt einen kurzen Hinweis auf die gemeinte Interaktionssequenz.) „Er konkurriert wirklich sehr gut mit dem Arbeitsamt. Er ist ein ausgezeichnete Arbeitsvermittler für hilfsbereite Pressesprecher.“ Dann (zum Mann der Tochter): „Wie macht er das so gut? Wen in der Familie bringt er denn üblicherweise am schnellsten dazu, diesen Job als seinen Sprecher anzunehmen?“ Der Schwiegersohn (nach einigem Nachdenken): „Die Mutter.“ Therapeut A: „Wen dann?“ Schwiegersohn: „Seine Schwester.“ Therapeut A: „Wen dann?“ Schwiegersohn: „Den Vater.“ (In dieser Sequenz zeigen die anderen Familienmitglieder Anzeichen von Alltags-trance.) Therapeut A (zu Schwiegersohn): „Wie bringt er die Mutter dazu? Wie telegraphiert er seine Botschaften, seine Arbeitsangebote?“ Schwiegersohn: „Tja . . .“ (schaut hilflos). Dann stellt Therapeut A die gleiche Frage der Schwester. Die Schwester: „Nun, er schaut irgendwie hilflos oder schaut unsicher zur Mutter hin.“ Therapeut A: „Aha, das ist also seine Art, wie er Arbeitsangebote aussendet. Er hat wirklich ein erfolgreiches Arbeitsamt für Pressesprecher und für Sozialarbeiter. Er ist sehr erfolgreich auf diesem Gebiet.“

Wir arbeiten dann diese Metapher in verschiedene Richtungen aus, wobei wir z.B. fragen, was die Leute, die diese Arbeit annehmen, bezahlt bekommen vom IP, ob sie Rechnungen an ihn schicken oder nicht; wenn nicht, warum sie das nicht tun. Was würde passieren, wenn niemand den Job übernehmen würde? Was könnte die Mutter tun, um das Arbeitsangebot zurückzuweisen? Was wird sie dann aber anstelle dessen tun? Wie werden die anderen reagieren, wenn sie den Job nicht übernimmt? Würde ein anderer dann einspringen? Wenn ja, wer wäre das als erster? Gibt es eine Konkurrenz um die betreffende Arbeit oder nicht? Wer wird der Nächste sein, der nach der Mutter den Job auch nicht übernehmen wird? Wie wird der Betreffende das tun? Und so weiter. Im Sinne einer doppelten Beschreibung (Penn, 1982) fragen wir dann weiter, wie es wäre, wenn der IP entscheidet, sein Arbeitsamt zu schließen, wann er das tun wird, was ihn zu dieser Entscheidung bringen wird, wie die anderen denn damit umgehen werden, plötzlich arbeitslos zu sein, wie wird er diese Entscheidung aufrechterhalten und möglichen Nachfragen nach Arbeit widerstehen, was könnte ihn eventuell dazu bringen, diese Entscheidung wieder rückgängig zu machen, und so weiter. Wir fügen dann allgemeine indirekte Suggestionen hinzu wie z.B.: „Manchmal beginnen Menschen, alte Gewohnheiten zu verändern, nachdem in einer bestimmten Weise

darüber gesprochen worden ist“, und „man kann etwas auf die altgewohnte Art tun (wobei wir den Nein-Anker benutzen) oder neue und interessante Umgangsmöglichkeiten entwickeln“ (mit dem Ja-Anker versehen).

In Fällen, in denen Widerstand auftreten könnte, wenn die Interventionen bewußt erinnert werden, versuchen wir, eine strukturierte Amnesie zu induzieren. In diesem Fall gingen wir dabei so vor, daß Therapeut B ohne jeden Übergang wieder das alte Thema aufgriff, zu dem er vor der Unterbrechung durch Therapeut A gerade Fragen stellte; er verhält sich dabei so, als ob nichts geschehen wäre und keine Unterbrechung stattgefunden hätte. Zusätzlich geben wir üblicherweise einige allgemeine indirekte Suggestionen für Amnesie. Nach unserer Erfahrung entwickeln die Klienten in vielen Fällen dann eine Amnesie und das gewünschte Verhalten tritt auf. Auch mit dieser Familie war dies der Fall.

In der nächsten Sitzung (vier Wochen später) berichtete die Mutter, daß sie den Vater überredet hatte, mit ihr für ein Wochenende ans Meer zu fahren, und zwar ohne die Kinder. Seit der Geburt der Kinder war dies das erste Mal, daß die Eltern in dieser Weise etwas allein für sich unternahmen. Der Sohn erschien viel selbstsicherer und hatte begonnen, mit einer Gruppe von Gleichaltrigen seine Freizeit zu verbringen. Die Tochter brachte plötzlich die Idee ein, mit ihrem Mann in einen anderen Teil der Stadt umzuziehen. Sie tat dies auch acht Wochen später. Nach dem Umzug der Tochter griffen wir die Metapher wieder auf und baten den Sohn, sein Arbeitsamt in einer Zeit solch intensiver Veränderung zumindest vorübergehend wieder zu öffnen. Empört wies er diese unsinnige Idee zurück, wobei ihn die Eltern heftig unterstützten.

Andere Integrationsmöglichkeiten

Wir gehen davon aus, daß wir gerade eine Aufklärungsreise in ein Land begonnen haben, in dem noch viele lohnende Schätze zu finden sind. Hier einige der Möglichkeiten, mit denen wir Erfahrung sammeln:

- „Gruppen-Trance-Induktionen“ für die Familie, indem Fragen gestellt werden, die ihre Aufmerksamkeit und Phantasie auf wichtige ungelöste Problemfelder oder auf notwendige Ressourcen lenken, wobei sie aufgefordert werden, die von uns gestellten Fragen jetzt nicht zu beantworten (eine Form von geleiteter Phantasie).
- Der Gebrauch von „Rührei-Techniken“ („Scramble-techniques“, Lankton & Lankton, 1983). Hierbei lassen wir die Familie die verschiedenen Schritte eines pathologischen Kreislaufs beschreiben. Daraufhin werden hypothetische Fragen gestellt, und diese beziehen sich in willkürlicher Reihenfolge auf jeweils verschiedene Teilaspekte der Sequenz des Problemverhaltens, bis eine hinreichend große Konfusion über die „tatsächliche“ Sequenz entstanden ist, um das alte Muster zu unterbrechen.
- Die Konstruktion symbolischer Symptomverschreibungen, die alle relevanten Systemmitglieder einschließt (jeweils für jede Familie individuell passend). Zum Beispiel geben wir in Familien mit depressiven Mitgliedern manchmal die Aufgabe, daß sie eine Tragetasche mit Kohlebriketts füllen sollen (die Zahl der Briketts entspricht dabei oft der Zahl der Familienmitglieder). Dann soll jedes Familienmitglied eine Woche lang diese Tragetasche mit den Briketts mit sich herumtragen. Der IP soll damit beginnen, dann z.B. in der zweiten Woche der Ehemann des IP usw. (Solche symbolischen Symptomverschreibungen sind zirkuläre Weiterentwicklung symbolischer Verschreibungsmöglichkeiten, deren Anregung wir Zeig (persönliche Mitteilung) verdanken.)
- Die systematische Konstruktion von Interventionen und Kommentaren am Schluß der Sitzung in Form von Trance-Induktionen.

- Die systematische Induktion und Nutzung von Trance-Phänomenen, z. B. Amnesie, Dissoziation usw., zur Lösung von Problemen.
- Der Gebrauch von Provokation oder strategisch genutzter Übertreibungen (zur Kontextmarkierung), entweder in der Sitzung oder in Hausaufgaben.

Zusammenfassung

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß ein Therapeut das zirkuläre Fragen sehr gut nutzen kann, um Informationen zu gewinnen und zu geben oder die Aufmerksamkeit zu fokussieren, selbst wenn er nicht primär mit dem systemischen Ansatz arbeitet. Selbst wenn sie nicht beantwortet werden kann, hat eine komplizierte Frage einige der oben beschriebenen Effekte: Überladung des bewußten Denkens, Fixierung der Aufmerksamkeit etc. Ein an Erickson orientierter Familientherapeut kann solche Techniken auf verschiedene Art nutzen, z.B. als Eröffnungsschritt für eine therapeutische Metapher oder als eine Vertiefungstechnik.

Wenn Therapeuten primär mit dem systemischen Ansatz arbeiten, werden sie ihr Wissen über Familiendynamik nutzen, um passende Hypothesen aufzustellen und den Inhalt der Fragen zu bestimmen. Der Prozeß des Information-Gebens durch zirkuläre Fragen oder durch Interventionen am Schluß einer Sitzung („paradoxe“ Verschreibungen, Rituale, Hausaufgaben usw.) wird bestimmt durch die von den Therapeuten als sinnvoll angesehenen Ziele. Werden Interventionen auf die individuelle Familie spezifisch zugeschnitten, können sie dadurch noch wesentlich effektiver sein; hierzu erweist es sich sehr nützlich, die von uns als „Primfaktoren“ bezeichneten Kriterien zu berücksichtigen.

LITERATUR:

- Bandler, R. & Grinder, J.: *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson, Vol. 1.* Cupertino: Meta Publications, 1975.
- Bandler, R. & Grinder, J.: *The Structure of Magic, Vol. 2.* Cupertino: Meta Publications, 1976.
- Böszörményi-Nagy, I. & Spark, G.: *Unsichtbare Bindungen: Die Dynamik familiärer Systeme.* Stuttgart: Klett-Cotta, 1981.
- Erickson, M.H.: *The Collected Papers of Milton H. Erickson. Vol. I-IV, ed. by E.L. Rossi.* New York: Irvington, 1980.
- Erickson, M.H. & Rossi, E.L.: *Hypnotherapie.* München: Pfeiffer, 1981.
- Erickson, M.H. & Rossi, E.L.: *Experiencing Hypnosis.* New York: Irvington, 1981.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L. & Rossi, S.L.: *Hypnose.* München: Pfeiffer, 1978.
- Gibran, K.: *Der Prophet.* Freiburg: Walter, 1979.
- Gilligan, S.: Ericksonian Approaches to Clinical Hypnosis. In: Zeig, J.K. (Ed.): *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel, 1982.
- Gordon, D.: *Therapeutic Metaphors.* Cupertino: Meta Publications, 1978.
- Haley, J.: *Die Psychotherapie Milton H. Ericksons.* München: Pfeiffer, 1978.
- Haley, J.: *Gemeinsamer Nenner Interaktion.* München: Pfeiffer, 1978.
- Haley, J. & Hoffmann, L.: *Techniques of Family Therapy.* New York: Basic Books, 1967.
- Hoffmann, L.: A Coevolutionary Framework for Systemic Family Therapy. *Australian Journal of Family Therapy*, 1982, 4, 9-21.
- Korzybski, A.: *Science and Sanity.* Lancaster: The Science Press Printing Co., 1933.
- Lankton, S. & Lankton, C.: *The Answer Within.* New York: Brunner/Mazel, 1983.
- Maturana, H. & Varela, F.: *Autopoiesis and Cognition.* Boston: Reidel, 1980.

- Olson, D., Sprenkle, D. & Russell, E.: Circumplex Model of marital and family systems, I. Cohesion and adaptability dimensions. *Family Process*, 1979, 18, 3-28.
- Papp, P.: The Greek chorus and other techniques of paradoxical therapy. *Family Process*, 1980, 19, 45-57.
- Penn, P.: Circular questioning. *Family Process*, 1982, 21, 267-280.
- Ritterman, M.: Hypno-structural family therapy. In: Wolberg, A. & Aronson, M. (Eds.): *Group and family therapy: An Overview*. New York: Brunner/Mazel, 1980 (dt. in diesem Heft).
- Schmidt, G.: *Systemische Familientherapie als zirkuläre Hypnotherapie* (in Vorber.). Stuttgart: Klett-Cotta, 1977.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G.: Hypothesisieren – Zirkularität – Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik*, 1981, 6, 123-139.
- Selvini Palazzoli, M. & Prata, G.: Eine neue Methode zur Erforschung und Behandlung schizophrener Familien. In: Stierlin, H., Wynne, L.C. & Wirsching, M.: *Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie*. Berlin: Springer, 1985.
- Singer, M.: Attentional processes in verbal behavior. In: Wynne, L., Cromwell, R. & Matthysse, S. (Eds.): *The nature of schizophrenia*. New York: John Wiley, 1978.
- Stierlin, H., Rücker-Embsen, I., Wetzell, N. & Wirsching, M.: *Das erste Familiengespräch*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1980.
- Stierlin, H.: Reflections on the family therapy of schizo-present families. In: Stierlin, H. et al. (Hrsg.): *Psychosocial intervention in schizophrenia*. Berlin: Springer, 1983.
- Tomm, K.: One perspective on the Milan systemic approach, Part I. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1984, 10, 113-126.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D.: *Pragmatics of human communication*. New York: Norton, 1967.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R.: *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton, 1974.
- Wilks, J.: Context and know-how: A model of Ericksonian psychotherapy. *J. Strateg. System. Therapies*, 1982, 1, 2-20.
- Wynne, L. & Singer, M.: *Schizophrenic impairment in sharing foci of attention*. New Haven: Yale University Press, 1966.
- Zeig, J.K.: Symptom prescription techniques: Clinical applications using elements of communication. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1980, 23, 23-33.
- Zeig, J.K.: *A teaching seminar with Milton H. Erickson*. New York: Brunner/Mazel, 1980.

Keywords: family therapy, hypnotherapy, circular questioning

Summary: *The authors discuss possibilities of an integration of Ericksonian approaches with various concepts of family therapy. Models of family diagnosis and Ericksonian diagnostic criteria are described, and also their utilisation for the development of intervention strategies which are specifically designed for the particular system. Then it is shown which elements of indirect suggestion are already implicit in the original Milan system approach. It is described how indirect Ericksonian techniques of suggestion can be built in the therapy process in a systemic approach more effectively and systematically, e.g. interspersal technique, metaphors, anchors and various indirect suggestions. Thereby the original character of the interview and intervention process is changed very strongly, so that circular questioning becomes an intensive and very effective form of intervention in the sense of indirect suggestive trance-work.*

Anschrift der Autoren:

Bernhard Trenkle, Dipl.-Psych.
Abt. f. Stimm- und Sprachstörungen
HNO Uni-Klinik (Prof. G. Wirth)
Luisenstr. 5
6900 Heidelberg

Gunther Schmidt, Dr.med.
Abt. f. psychoanalyt. Grundlagenforschung
u. Familientherapie (Prof. Stierlin)
Mönchhofstr. 15a
6900 Heidelberg

Hypno-strukturelle Familientherapie^{1,2}

Michele K. Ritterman

Zusammenfassung: *Die Autorin nimmt an, daß Familienmitglieder an der interpersonellen Einführung begrenzter Mind-sets (geistiger und seelischer Einstellungen) beim Symptomträgern beteiligt sein könnten. Zunächst beschreibt sie eine familienbedingte Induktion von Schuld und Denkstörungen und stellt dann drei Fälle vor, in denen hypnotherapeutische Techniken nach Erickson bei einer oder mehreren in Beziehung stehenden Personen angewendet wurden, um 1) die notwendige Reorganisation einer Familie zu ermöglichen und um 2) Bedingungen zu schaffen, unter denen der Indexpatient starre bewußte oder unbewußte Mind-sets oder Verhaltensmuster aufgeben kann.*

Als Teil einer Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Familienorganisation und persönlicher Entwicklung und individuellem Verhalten³ bringt dieser Bericht einige Vorstellungen über Familien und Symptome zur Sprache. Wir behaupten, daß

1. das eingeschränkte Selbstgefühl, welches charakteristisch ist für das Auftreten psychosomatischer Störungen, oftmals durch die Familienbeziehungen induziert ist;
2. eine pathologische Familienorganisation ein geeignetes Umfeld für die Entstehung starrer geistiger und seelischer Einstellungen (Mind-sets) darstellt;
3. eine optimale psychotherapeutische Intervention eine Auflockerung starrer Mind-sets und der sie aufrechterhaltenden, festgefühten interpersonellen Strukturen bewirken kann.

Dieser Bericht stützt sich sowohl auf Minuchins Ansichten über Familienstrukturen und die Techniken zur direkten Beeinflussung interpersoneller Fehlorganisation als auch auf Ericksons Gedanken zu unbewußten Geisteshaltungen und den Techniken zur direkten Beeinflussung starrer und hinderlicher innerpsychischer Organisation. Wir sind der Meinung, daß die Anwendung hypnotherapeutischer Techniken nach Erickson bei einem oder mehreren Familienmitgliedern strukturelle Veränderungen innerhalb der Familie ermöglichen kann und daß diese hypno-strukturelle Familientherapie das parallele Arbeiten auf innerpsychischer und auf Interaktionsebene ermöglicht, so daß unbewußt seelische Vorgänge, die durch die Behandlung angeregt werden, nicht auf übergeordnete interpersonelle Widerstände, und interpersonelle Strukturveränderungen nicht auf übergeordneten unbewußten Widerstand stoßen.

Direkte und indirekte Induktion durch Familienmitglieder

Bevor wir nun drei Fälle hypno-struktureller Familientherapie vorstellen, müssen wir uns zunächst klarmachen, auf welche Art und Weise eine Problemfamilie bei ei-

- 1) Aus Wolberg, A. & Aronson, M.: *Group and family therapy – An overview*. New York: Brunner/Mazel, 1980; übersetzt von Inge Bonsert.
- 2) Ich danke Braulio Montalvo für die Überarbeitung und Erläuterung der Gedanken in diesem Kapitel.
- 3) Der Begriff „Verhalten“ wird durchgehend in der umfassenden Bedeutung seiner vier Hauptaspekte Kognition, Affekt, Motorik und Physiologie gebraucht.