

Kern, Horst J.

Paradoxe Interventionen: Erklärungsversuche und Kategorisierungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 43 (1994) 1, S. 9-16

urn:nbn:de:bsz-psydok-36953

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- HUNDSALZ, A.: Erziehungsberatung zwischen Beratung und behördlicher Mitwirkung (Educational Guidance between Counseling and Official Participation) 157
- JAEDE, W./WOLF, J./ZELLER, B.: Das Freiburger Gruppeninterventionsprogramm für Kinder aus Trennungs- und Scheidungsfamilien (The Freiburg Group Intervention Program for Children from Separated and Divorced Families) 359
- KNOKE, H.: Rollenkonfusion in der Nachscheidungsphase (Role Confusion in the Phase after a Divorce) 366

Familientherapie

- CZECH, R./WERNITZIG, H.: Therapeutische Briefe als Intervention in der Familientherapie – dokumentiert am Fallbeispiel einer Schulphobie (Therapeutical Letters as an Effective Ressource in Family Therapy – Documented by a Case of School Phobia) 304
- REITER, L./REITER-THEIL, S./EICH, H.: Der ethische Status des Kindes in der Familientherapie und systemischen Therapie. Antwort auf Kritik (The Ethical Status of the Child in Family Therapy and Systemic Therapy) 379

Forschungsergebnisse

- BOEGER, A./SEIFFGE-KRENKE, I.: Body Image im Jugendalter: Eine vergleichende Untersuchung an gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Body Image in Adolescents: A Comparative Investigation of Healthy and Chronically Ill Adolescents) 119
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Auswirkungen eines Intensivtherapie-Programms für verhaltensgestörte Geistigbehinderte auf ihre Bezugspersonen im Heim (Effects of an Intensive Therapy Program Designed for Mentally Handicapped Persons with Severe Behavioral Problems on Their Staff Personal in a Residential Institution) 90
- HOKSBERGEN, R./JUFFER, F./TEXTOR, M.R.: Attachment und Identität von Adoptivkindern (Attachment and Identity of Adopted Children) 339
- KLICPERA, C./GASTEIGER-KLICPERA, B.: Sind die Lese- und Rechtschreibleistungen der Buben stärker von der Unterrichtsqualität abhängig als jene der Mädchen (Does the Reading and Spelling Achievement of Boys Depend More Strongly on the Quality of Classroom Teaching than the Achievement of Girls?) 2
- KUSCH, M./LABOUIE, H./BODE, U.: Unterschiede im aktuellen Befinden zu Beginn der Krebstherapie und mögliche Folgen: Eine Pilotstudie in der pädiatrischen Onkologie (Differences in Actual State in the Beginning of Cancer Treatment and Its Implications: A Pilot Study in Pediatric Oncology) 98
- LUGT-TAPPESE, H./WIESE, B.: Prospektive Untersuchung zum mütterlichen Verhalten in der Neugeborenenzeit: eine Erkundungsstudie (A Prospective Study on Mater-

- nal Behavior During the Period of New-born Child: A Pilot Study) 322
- LUGT-TAPPESE, H.: Können Kinder ihre Ängste schildern? Eine Interviewstudie zum Vergleich der Einschätzung kindlicher Ängste durch Verhaltensbeobachtung, die Kinder selbst, deren Erzieherinnen und Mütter (Are Children able to describe their Anxieties? An Interview Study) 194
- NEUMÄRKER, K.J./STEINHAUSEN, H.C./DUDECK, U./NEUMÄRKER, U./SEIDEL, R./REITZLE, M.: Eßstörungen bei Jugendlichen in Ost- und West-Berlin in den 80er Jahren (Eating Disorders in East- and West-Berlin in the Eighties) 60
- ROGNER, J./WESSELS, E.T.: Bewältigungsstrategien bei Müttern und Vätern mit einem erst- oder zweitgeborenen geistig behinderten Kind (Coping of Mothers and Fathers with a First- or Second-born Mentally Handicapped Child) 125
- SCHNURNBERGER, M.: Zur Situation von Bewegungs- und Körpertherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Movement- and Body Therapy in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry) 208
- SOHR, S.: Ist es schon ‚fünf nach zwölf‘? Entwicklung einer Skala zu ‚Ökologischer Hoffnungslosigkeit‘ (Is it “Five past Twelve” Already? Development of a New Instrument to measure ‘Ecological Hopelessness’) 203
- WAGNER, H.: Auditive Wahrnehmungsprobleme und verbale und nonverbale Intelligenzleistungen (Auditory Perception Problems and Verbal and Non-verbal Intelligence Achievements) 106
- WOLKE, D./MEYER, R./ORTH, B./RIEGEL, K.: Häufigkeit und Persistenz von Ein- und Durchschlafstörungen im Vorschulalter: Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe in Bayern (Prevalence and Persistence of Sleeping Problems during the Preschool Years: A prospective Investigation in a Representative Sample of South German Children) 331

Praxisberichte

- HEINEMANN, C.: Neuentscheidungstherapie bei Pflege-, Adoptiv- und Heimkindern mit Scheiterer-Verläufen (New Decision-Making Therapy in Foster Children, Adopted Children and Children Living in Children's Homes with Courses of Failure) 130
- JARCZYK, B./ROSENTHAL, G.: „Gewalt“ und Erziehungsberatung (“Violence” and Child Guidance) 163
- KUNTZAG, L.: Diagnostische Probleme bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch an behinderten Vorschulkindern (Diagnostic Problems in Developmentally Retarded Children Suspected of Having been Sexually Abused) 21
- SONNENBURG, M.: Zur Konzeption von Elterngruppen in der stationären Psychotherapie von Kindern (On the Conception of Group Psychotherapy with Parents during Inpatient Psychotherapy of their Children) 175
- SONNENBURG, M.: Die Kränkung der Eltern durch die Krankheit des Kindes – Zur inneren Situation der Eltern

in der stationären Psychotherapie von Kindern (Parents' Wounds through a Child's Illness - On the Psychological Situation of Parents during Inpatient Psychotherapy of their Children)	138	lichkeit in der jungen Generation ("I came here a Stranger, as a Stranger I will go." - From Alienation to Ant-Foreign Sentiment in the Younger Generation)	247
TATZER, E./KRISCH, K./HANICH, R.: Arbeit mit psychisch gestörten Eltern in einer kinderpsychiatrischen Einrichtung (Working with Mentally Disturbed Parents in a Psychiatric Institution for Children)	170	REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F.: Kinder psychotischer Eltern - eine vernachlässigte Risikogruppe (Children of Psychotic Parents - A Neglected Risk Group)	295
Psychotherapie		RESCH, F.: Magisches Denken und Selbstentwicklung (Magic Thinking and Self Development)	152
CRAMER, B.: Mutter-Kleinkind-Beziehung: Beginn der psychischen Struktur (Mother-Infant-Relationship: the Beginning of the Psychic Structure)	345	SCHUEUERER-ENGLISCH, H./SUESS, G.J./SCHWABE-HÖLLEIN, M.: Das psychologische Sachverständigengutachten als Intervention bei Sorgerechtskonflikten während der Scheidung (The Psychological Expert Opinion as a Form of Intervention in Custody Conflicts during Divorce)	372
DIEZ GRIESER, M.T.: Zur Rolle der Eltern beim Abbruch von Kinderpsychotherapien (On the Role of Parents in Premature Termination of Child Psychotherapy)	300	SOHNI, H.: Geschwisterbeziehungen - Die Einführung der horizontalen Beziehungsdynamik in ein psychoanalytisches Konzept 'Familie' (The Psychoanalytic Starting Position Concerning the Sibling Relationship as attributed to S. Freud)	284
KERN, H.J.: Paradoxe Interventionen: Erklärungsversuche und Kategorisierungen (Paradoxical Interventions: Explanations and Categorizations)	9	STRECK-FISCHER, A.: Männliche Adoleszenz, Fremdenhaß und seine selbstreparative Funktion am Beispiel jugendlicher rechtsextremer Skinheads (Male Adolescence, Xenophobia and its Self-repairing Function using the Example of Adolescent Right-wing Extremist Skin Heads)	259
Übersichten		WALTER, R./REMSCHMIDT, H.: Zum Bedarf an Psychotherapie im Schulalter (On the Need of Psychotherapy for School Children)	223
BAUERS, W.: Das Übertragungsgeschehen in der psychoanalytischen Kindertherapie (Transference in Psychoanalytic Child Therapy)	84	Werkstattberichte	
DERICHS, G./KROHN-JASTER, G.: Integrativer Ansatz zum Umgang mit Teilleistungsschwächen bei 5-8-jährigen (An Integrative Concept to cope with Developmental Retardations of 5 to 8 Years old Children)	215	NETZER, J.: Akzeptanz einer kommunalen Erziehungsberatungsstelle im ländlichen Bereich	27
ERDHEIM, M.: Das fremde Böse (The Strange Evil)	242	Tagungsberichte	
FRIEBEL, V.: Entspannungstraining für Kinder - eine Literaturübersicht (Relaxation Training for Children. A Review of Literature)	16	Bericht über den XIII. Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP)	350
HESS, T.: Systemdenken in Schulpsychologie und Schule (Systemic Perspectives in Guidance and Educational Counseling in Public Schools)	45	Buchbesprechungen	
HIRSCHBERG, W.: Kognitive Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens - eine Übersicht (Cognitive Characteristics of Children and Adolescents with Conduct Disorders - a Review) . .	36	ADLER, M.: Ethnopschoanalyse. Das Unbewußte in Wissenschaft und Kultur	352
HÖGER, C.: Systemische Ansätze in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie (Systemic Aspects in Outpatient Child Psychiatry)	78	BARRON, J./BARRON, S.: Hört mich denn niemand? Eine Mutter und ihr Sohn erzählen, wie sie gemeinsam den Autismus besiegten	182
KAHL-POPP, J.: „Ich bin Dr. Deutschland.“ - Rechtsradikale Phantasien als verschlüsselte Kommunikation in der analytischen Psychotherapie eines Jugendlichen ("I am Dr. Deutschland." - Right-wing Extremist Phantasies as Enciphered Communication in the Analytic Psychotherapy of an Adolescent)	266	BIERMANN, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. V	272
KOHLTE-MEYER, I.: „Ich bin fremd, so wie ich bin.“ - Migrationserleben, Ich-Identität und Neurose ("I am a Stranger for Everybody." - Experience of Migration, Ego-Identity and Neurosis)	253	BOSELTMANN, R./LÜFFE-LEONHARDT, E./GELLERT, M.: Variationen des Psychodramas - ein Praxisbuch, nicht nur für Psychodramatiker	183
MÄRTENS, M.: Bettnäsen als individuelles Symptom und systemisches Ereignis - Überlegungen zur Verwendung hypnotherapeutischer Methoden unter familiendynamischen Aspekten (Enuresis as Individual Symptom and Systemic Event - Considerations Concerning the Application of Hypnotherapy Methods under Aspects of Familydynamics)	54	BOTT SPILIUS, E. (Hrsg.): Melanie Klein heute - Entwicklungen in Theorie und Praxis Bd. 1 u. 2	27
PETRI, H.: „Fremd bin ich eingezogen, fremd zieh ich wieder aus.“ - Von der Entfremdung zur Fremdenfeind-		BRACK, U. (Hrsg.): Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern	273
		BRÜNDEL, H.: Suizidgefährdete Jugendliche. Theoretische und empirische Grundlagen für Früherkennung, Diagnostik und Prävention	275
		BUCHHOLZ, M.B.: Dreiecksgeschichten. Eine klinische Theorie psychoanalytischer Familientherapie	235
		BÜRGIN, D.: Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter .	183

COOKE, J./WILLIAMS, D.: Therapie mit sprachentwicklungsverzögerten Kindern	73	NEUBAUER, G./SÜNKER, H. (Hrsg.): Kindheitspolitik international. Problemfelder und Strategien	71
DEGENER, G./DIETEL, B./KASSEL, H./MATTHAEI, R./NÖDL, H.: Neuropsychologische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen	232	PASSOLT, M. (Hrsg.): Hyperaktive Kinder. Psychomotorische Therapie	184
DEITMERING, P.: Die Adoptionsphantasie – Adoption als Fiktion und Realität	352	PETERMANN, F. (Hrsg.): Verhaltenstherapie mit Kindern	147
DEITMERING, P.: Die Adoptionsphantasie – Adoption als Fiktion und Realität	352	PETRI, U.: Umweltzerstörung und die seelische Entwicklung unserer Kinder	27
Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Beratung von Stieffamilien – Von der Selbsthilfe bis zur sozialen Arbeit	110	PETRI, H.: Verlassen und verlassen werden. Angst, Wut, Trauer und Neubeginn bei gescheiterten Beziehungen	30
DITTLER, U.: Software statt Teddybär. Computerspiele und die pädagogische Auseinandersetzung	278	RENNEN-ALLHOFF, B./ALLHOFF, P./BOWI, U./LAASER, U.: Elternbeteiligung bei Entwicklungsdiagnostik und Vorsorge	112
EGGERT, D.: Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung	315	RÖHRLE, B.: Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung	187
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 30, 31, 32	312	RÖTTGEN, G.: Spielerlebnisse zum handelnden Spracherwerb	111
ELLEBRACHT, H./VIETEN, B. (Hrsg.): Systemische Ansätze im psychiatrischen Alltag. Perspektiven und Meinungen aus Theorie und Praxis	72	SCHIFFER, E.: Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde. Anstiftung gegen Sucht und Selbstzerstörung bei Kindern und Jugendlichen	313
FAHRENFORT, J.: Attachment und Early Hospitalization	279	SCHMIDT, M. H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	280
FALLER, H./FROMMER, J. (Hrsg.): Qualitative Psychotherapieforschung	318	SCHUBARTH, W./MELZER, W. (Hrsg.): Schule, Gewalt und Rechtsextremismus	186
FRANSEN, S.: Ganz normal – und doch ver-rückt. Freiwillig in die Jugendpsychiatrie	111	SCHUBBE, O. (Hrsg.): Therapeutische Hilfen gegen sexuellen Mißbrauch an Kindern	313
GAULD, J.W.: Character first – the Hyde School Difference	386	SCHUBERT, B.: Erziehung als Lebenshilfe. Individualpsychologie und Schule – ein Modell	72
GIL, E.: Die heilende Kraft des Spiels: Spieltherapie mit mißbrauchten Kindern	315	SCHUMACHER, K.: Musiktherapie mit autistischen Kindern	316
GRAWE, K./DONATI, R./BERNAUER, F.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession	316	SEIDLER, G. (Hrsg.): Magersucht – öffentliches Geheimnis	288
GROSSKURTH, P.: Melanie Klein – ihre Welt und ihr Werk	232	SOLNIT, J. (Ed.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 47	70
HEINL, P.: Maikäfer flieg, dein Vater ist im Krieg	235	STEINHAUSEN, H.C./VON ASTER, M. (Hrsg.): Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen	147
HENNICKE, K./ROTHAUS, W. (Hrsg.): Psychotherapie und geistige Behinderung	147	STORK, J. (Hrsg.): Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters	32
HESSE, S.: Suchtprävention in der Schule – Evaluation der Tabak- und Alkoholprävention	185	TENT, L./STELZ, I.: Pädagogisch-psychologische Diagnostik	109
HURRELMANN, K.: Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung	317	Testzentrale des Berufsverbandes deutscher Psychologen: Testkatalog 1994/95	318
KASTEN, H.: Die Geschwisterbeziehung, Bd. II: Spezielle Geschwisterbeziehungen	72	TIETZE-FRITZ, P.: Elternarbeit in der Frühförderung. Begegnungen mit Müttern in einer besonderen Lebenssituation	274
KLAUSS, T.: Trennung auf Zeit	274	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung (Hrsg.): Früherkennung von Entwicklungsrisiken	274
KLEES, K.: Partnerschaftliche Familien: Arbeitsteilung, Macht und Sexualität in Paarbeziehungen	277	VOLLBRECHT, R.: Ost-west-deutsche Widersprüche. Ostdeutsche Jugendliche nach der Wende und im Westen	31
KNÖLKER, U./SCHULTE-MARKTWORT, M. (Hrsg.): Subjektivität in der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik, Therapie und Forschung	183	WEBER-KELLERMANN, I.: Die helle und die dunkle Schwelle. Wie Kinder Geburt und Tod erleben	186
KROWATSCHKE, D.: Marburger Konzentrationstraining	386		
KUSCH, M.: Entwicklungspsychopathologie und Therapieplanung in der Kinderverhaltenstherapie	185	Editorial 240, 358	
LANFRANCHI, A.: Immigranten und Schule	385	Autoren und Autorinnen dieses Heftes 27, 68, 109, 138, 175, 229, 266, 310, 345, 382	
LAUTH, G.W./SCHLOTTKE, P.F.: Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern	112	Diskussion 179	
LICKONA, T.: Educating for Character – How our Schools can teach Respect and Responsibility	276	Zeitschriftenübersichten 68, 143, 230, 310, 383	
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hrsg.): Verhaltenstherapie	146	Tagungskalender 34, 74, 114, 148, 188, 236, 280, 319, 354, 387	
LÜCK, H.E./MÜLLER, R. (Hrsg.): Illustrierte Geschichte der Psychologie	353	Mitteilungen 34, 74, 114, 149, 188, 237, 320, 354	
MÖNKES, F.J./YPENBERG, I.H.: Unser Kind ist hochbegabt. Ein Leitfaden für Eltern und Lehrer	235		
MYSCHKE, N.: Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen, Ursachen, hilfreiche Maßnahmen	145		

Paradoxe Interventionen: Erklärungsversuche und Kategorisierungen

Horst J. Kern

Zusammenfassung

Paradoxe Interventionen nehmen eine zentrale Stellung in der systemischen Familientherapie ein. Da sie weit verbreitet sind und bei über 40 Symptomen angewendet werden, sind Erklärungen und Kategorisierungen der unterschiedlichen paradoxen Interventionen hilfreich. Die Doppelbindungs-Hypothese und die Auswahl paradoxer Interventionen in Abhängigkeit von den Klientenmerkmalen Reaktanz und Kontrollierbarkeit könnten zu differenziellen Therapieeffekten und verbesserter Wirksamkeit führen. Eine theorieübergreifende Erklärung durch De-Kontextualisierung könnte die Integration paradoxer Interventionen in die Psychotherapie erleichtern. Inwieweit einzelne paradoxe Interventionen in Therapiekonzepte integriert werden können, bedarf noch eingehender Überlegungen.

1 Einleitung

In der „systemischen Familientherapie“ um MILTON ERICKSON, in der sogenannten „Palo Alto Gruppe“ um GREGORY BATESON und in der „Mailänder Schule“ um SELVINI-PALAZZOLI nehmen paradoxe Interventionen eine zentrale Stellung ein, ähnlich wie etwa in den 60er Jahren die Systematische Desensibilisierung in der Verhaltenstherapie. DELL (1981) definiert systemische Therapie als Behandlungsverfahren, die paradoxe Interventionen nutzen. SELTZER (1986) zählt inzwischen 40 Symptome auf, die durch paradoxe Interventionen behandelt werden.

Der Ausdruck Paradox bedeutet, daß etwas Unerwartetes oder Konträres zur üblichen Ansicht gemeint ist. Paradoxa sind seit Menschengedenken bekannt und aus der Antike stammt das logische Paradoxon „Alle Kreter sind Lügner“ (Epimenides von Kreta). Diese selbstreflexiven Äußerungen, die Regeln über ein Verhalten im Allgemeinen mit Regeln über ein bestimmtes Verhalten des Mitglieds der Klasse vermischen, sind kennzeichnend für Doppelbindungen.

ALFRED ADLER war in der westlichen Zivilisation wohl der erste, der paradoxe Interventionen beschrieb und sie therapeutisch nutzte (MOSDZIERZ et al. 1976). Auch DUNLAP (1932) wendete ein ähnliches Verfahren an, indem er seine Klienten zu symptomatischem Verhalten ermutigte, negative Bedingungen mit der Wiederholung des Verhaltens koppelte und dieses Verfahren als „negative Praxis“ bezeichnete. VICTOR FRANKLS paradoxe Intension (1939) stellt ein ähnliches Verfahren dar.

Verfahren, die paradoxen Interventionen sehr ähnlich sind, werden in unterschiedlichen Therapieschulen angewendet, so von der Psychoanalyse (J. N. ROSEN 1953), der Individualtherapie (MOSAK u. DREIKURS 1973), der Gestalttherapie (SELTZER 1984), der Reaktanztheorie (TEN-NEN et al. 1981), der Hypnotherapie (S. ROSEN 1982) und der Verhaltenstherapie (ASCHER 1980).

Paradoxe Interventionen könnten unter dem Gesichtspunkt integrativer bzw. eklektischer Vorgehensweise, die anscheinend von Forschern und Praktikern besonders geschätzt werden, eine bedeutende Rolle spielen. Nach einer jüngsten Befragung bezeichnen sich 30 bis 70 Prozent amerikanischer Psychotherapeuten als eklektisch (NORCROSS 1986; CRAIGHEAD 1990) und anscheinend plädieren immer mehr Forscher für eklektisches Vorgehen (JENSEN et al. 1990; ARKOWITZ 1992), obgleich noch viele Fragen ungeklärt und kritische Stimmen zu hören sind (PLAUM 1991). Voraussetzung für eklektisches Vorgehen ist differenziertes Wissen um paradoxe Interventionsverfahren, das im folgenden durch verschiedene Erklärungsansätze und Kategorisierungen vermittelt werden soll.

2 Erklärungsversuch: Doppelbindung

Im systemischen Ansatz um die Arbeitsgruppe GREGORY BATESON wurde die Doppelbindungs-Hypothese (double-bind) zunächst zur Erklärung schizophrener Erkrankungen entwickelt und später auf die Entstehung anderer psychischer Störungen angewendet. Nach systemischer Sichtweise bestehen Probleme, wenn sie falsch gehandhabt werden oder wenn das Festhalten an den ursprünglichen Lösungsversuchen inzwischen selbst zum (Haupt-)Problem geworden ist. Der Versuch ein Symptom zu verändern, z. B. möglichst sofort einzuschlafen, nicht depressiv zu sein oder nicht zu stottern, führt dann in der Regel zu einer Verschlimmerung der Symptomatik. Aufgrund der Verschlimmerung werden meist die Anstrengungen (Veränderung erster Ordnung) erhöht, wodurch oftmals ein Teufelskreis entsteht, der zu weiteren Verschlimmerungen führt. Nötig wäre eine Metaveränderung (change of change), d. h. eine Veränderung zweiter Ordnung. Wesentlich für Veränderungen zweiter Ordnung ist das Konzept der Doppelbindung, das einen wichtigen Erklärungsversuch für die vermutete Wirksamkeit paradoxer Interventionen darstellt.

Eine Veränderung *erster Ordnung* kann z. B. durch eine verhaltenstherapeutische Maßnahme erreicht werden, die zu einer Unterbrechung eines Teufelskreises führt. Verän-

derungen erster Ordnung finden innerhalb des Systems statt und verändern nicht das System, da die Veränderungen durch Verhaltensweisen erfolgen, die die geltenden Regeln des Systems unterstützen. Die Veränderungen sind linear, erfolgen schrittweise oder quantitativ bei wiederholter Anwendung der alten Strategie. Strukturelle Änderungen (Veränderungen zweiter Ordnung) können nach systemischer Sichtweise dadurch jedoch nicht erreicht werden. Eine Veränderung zweiter Ordnung ist jedoch nicht notwendigerweise einer Veränderung erster Ordnung überlegen und normalerweise sind Veränderungen erster Ordnung zur Problemlösung ausreichend.

Veränderungen *zweiter Ordnung* führen zu fundamentalen Veränderungen des Systems, da die Regeln des Systems außer Kraft gesetzt werden. Zentral für die Veränderung zweiter Ordnung ist das Konzept der Doppelbindung. Doppelbindungen bewirken eine strukturelle Transformation mit plötzlichen, radikalen und qualitativen Sprüngen auf ein anderes Niveau.

Eine Doppelbindung ist z.B. die Aufforderung „sei spontan“. „Sei spontan“ ist deswegen eine Doppelbindung, weil sie mißachtet werden muß, damit sie befolgt werden kann. Jedes Verhalten, das Ergebnis einer Aufforderung ist, ist laut Definition nicht spontan. Daher führt jeder Versuch dieser Aufforderung nachzukommen, selbst zu seiner Nichtbefolgung. Doppelbindungen lassen dem Individuum keine tatsächliche Wahl, sondern nur die „Illusion einer Wahl“. Eine pathologische Doppelbindung bringt das Individuum in eine „nicht Gewinn“ (no win)-Situation, wohingegen eine therapeutische Doppelbindung das Individuum in eine „nicht Verlier“ (no lose)-Situation versetzt.

BATESON et al. (1956) bezeichnen pathologische Kommunikation als Doppelbindung. Sie unterscheiden pathologische und therapeutische Doppelbindungen. Pathologische Doppelbindungen können durch paradoxe Interventionen in therapeutische Doppelbindungen überführt werden, wozu besonders Symptomverschreibungen benutzt werden.

Pathologische Doppelbindungen entstehen in intensiven Beziehungen, wobei es unmöglich ist, über die Kommunikation zu kommunizieren oder die Situation zu verlassen. Ein Beispiel wäre ein Vater, der sein Kind auffordert näher zu ihm zu kommen, der aber gleichzeitig non-verbal das Kind ablehnt. Solche pathologische Doppelbindungen werden verstärkt, wenn ein Fähigkeitsmangel an Meta-Kommunikation besteht. Ein anderes Beispiel für eine pathologische Doppelbindung wäre eine Mutter, die ihrem Sohn zwei neue Hemden schenkt und traurig bemerkt, gleichgültig welches Hemd er zunächst anzieht, ob ihm das andere nicht gefalle.

Therapeutische Doppelbindungen sind der Gegenpart der pathologischen Doppelbindungen. Eine therapeutische Doppelbindung ist eine *Hypothese*, die genutzt wird um zu erklären, wie und warum bestimmte paradoxe Techniken, z.B. Symptomverschreibungen, in der Lage sind, rigide Systeme zu ändern.

Paradoxe Interventionen bzw. paradoxe Direktiven sind nach HALEY (1976) Beispiele therapeutischer Doppelbin-

dungen. Voraussetzung für die therapeutische Doppelbindung ist eine intensive Beziehung zum Klienten, und daß der Klient nicht den therapeutischen Rahmen verläßt. In der therapeutischen Doppelbindung verbessert sich das Befinden des Klienten sowohl wenn er der Direktive des Therapeuten folgt, als auch wenn er sich gegen die therapeutische Direktive wendet.

Befolgt der Klient die Direktive, kann er nicht länger so tun, als ob er hilflos sei. Außerdem geschieht dieses willentliche Tun in Kooperation mit dem Therapeuten. Der Therapeut kann dann langsam fortschreitend die Symptome des Klienten modifizieren, bis sie verschwinden.

Wendet der Klient sich gegen die therapeutische Direktive, d.h. opponiert er, kann er sich nicht mehr symptomatisch verhalten und das eigentliche Therapieziel ist erreicht. Verschreibt ein Therapeut einer Familie, z.B. sich zu streiten, ist sie in einem Dilemma: Entweder befolgt sie den Vorschlag des Therapeuten und streitet, womit sie dem Therapeutenvorschlag folgt (compliance), oder sie opponiert gegen den Vorschlag, indem sie nicht streitet und verbessert damit ihr Verhalten in positiver Richtung. Dann ist der ursprüngliche Widerstand gegen die Veränderung zum Vehikel der Veränderung geworden. Die Überlegung wie die Familie am besten Veränderungen vermeiden kann führt paradoxerweise zu Veränderungen.

ERICKSON und ROSSI (1975) unterscheiden drei Arten von therapeutischen Doppelbindungen: Bei der *zeitlichen Doppelbindung* fragt der Therapeut z.B.: „Möchten Sie diese Gewohnheit diese Woche überwinden oder erst nächste Woche? Da dies zu früh sein könnte, sollten Sie vielleicht noch weitere drei oder vier Wochen warten.“ Benutzt der Therapeut eine *Umkehrung der Doppelbindung*, fordert er den Klienten auf, der ihm wichtige Informationen vorenthält, noch mehr Informationen zurückzuhalten, indem er zu dem Klienten z.B. sagt: „Bitte überlegen Sie sich gut, ob Sie über diese sehr persönlichen Dinge sprechen wollen.“ Auch bei einer *unlogischen Doppelbindung* hat der Klient die Illusion der Auswahl. Eine unlogische Doppelbindung wäre bei einem Kind, das nicht zu Bett gehen möchte z.B.: „Willst du duschen ehe du ins Bett gehst, oder willst du deinen Schlafanzug im Bad anziehen?“

Neben der Doppelbindungshypothese wurden in jüngster Zeit weitere Versuche unternommen die Wirkungsweise paradoxer Interventionen zu erklären bzw. sie im therapeutischen Sinn gezielter einsetzen zu können.

3 Positive und negative Verordnungen

Nach TENNEN et al. (1981) sind es vor allem zwei Faktoren, die über die Angemessenheit paradoxer Interventionen in einer spezifischen therapeutischen Situation entscheiden: (a) die hohe oder niedrige *Reaktanz* des Individuums und (b) die hohe oder niedrige *Kontrollierbarkeit* des symptomatischen Verhaltens.

Psychologische *Reaktanz* ist die Tendenz des Individuums dem Ratschlag oder der Direktive eines anderen zu widerstehen, um tatsächliche oder bedroht erscheinende Freiheit zu erhalten. Eine Person mit hoher Reaktanz

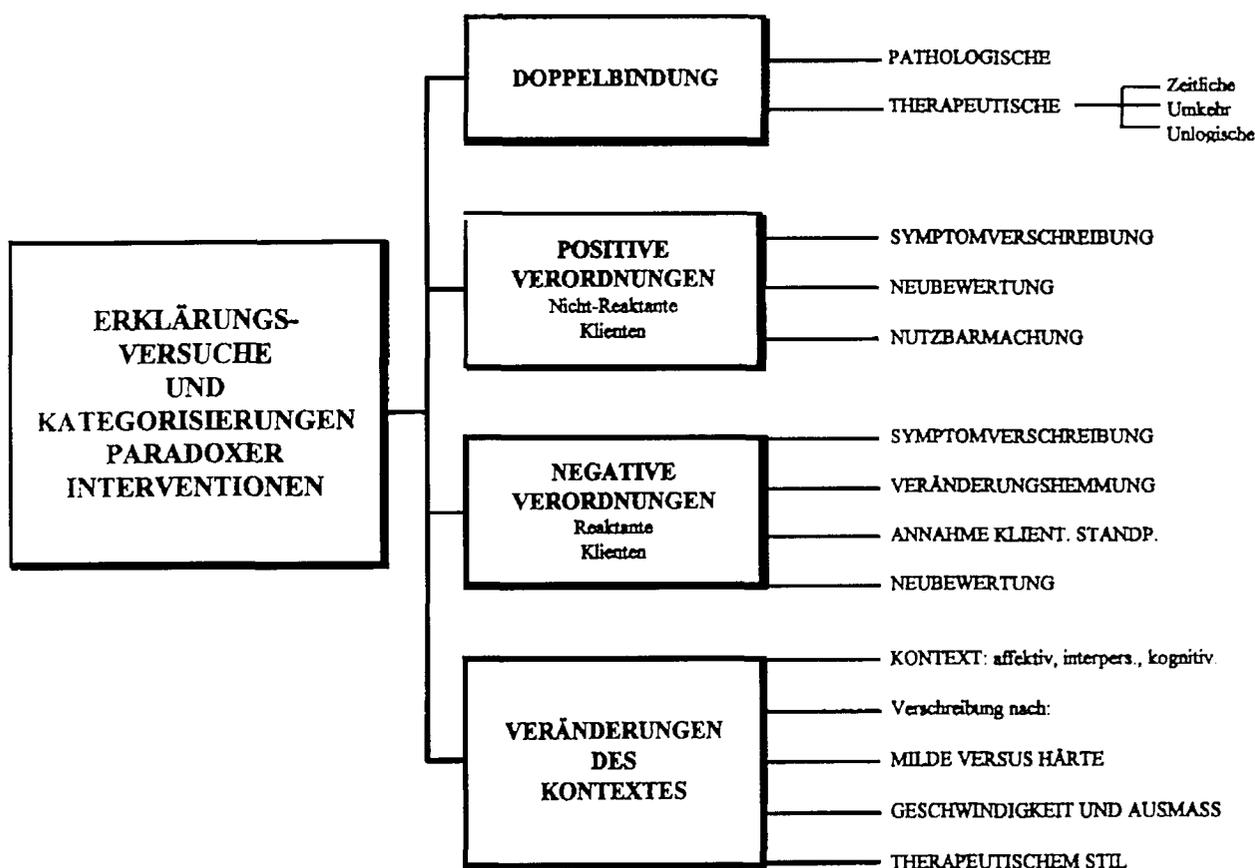


Abb. 1: Kategorisieren paradoxer Interventionen

wird einem Therapeuten widerstehen und seine Versuche nach Kontrolle unterminieren. Hohe Reaktanz könnte z.B. dazu führen, daß Klienten ihre Hausaufgaben nicht machen oder verspätet zur Therapie erscheinen, dafür jedoch stets plausibel klingende Gründe anführen. Psychologische Reaktanz ist daher für alle Therapien von Bedeutung.

Die hohe oder niedrige *Kontrollierbarkeit* des symptomatischen Verhaltens bezieht sich darauf, ob der Klient glaubt, willentlich etwas gegen das Symptom unternehmen zu können. Ein als unkontrollierbar wahrgenommenes Symptom wird als plötzlich auftretendes, spontanes Ereignis wahrgenommen, das für den Klienten nicht beeinflussbar erscheint (z. B. Panikattacken).

Unter Berücksichtigung der Reaktanz eines Klienten können zwei Typen von paradoxen Interventionen unterschieden werden: Das auf Befolgung (*compliance*) basierende Paradoxon, die sogenannte *positive Verordnung*, ist angezeigt, wenn der Therapeut annimmt, der Klient würde die paradoxe Verschreibung ausführen bzw. befolgen. Das auf Nichtbefolgung (*defiance*) basierende Paradoxon, die sogenannte *negative Verordnung*, ist angezeigt, wenn der Therapeut annimmt, der Klient könnte sich der Verschreibung widersetzen.

3.1 Positive Verordnungen

Eine positive Verordnung ermutigt das Produzieren des Symptoms. Positive Verordnungen bestehen darin, daß die

Klienten instruiert werden, absichtlich das Symptom zu erzeugen oder sich den gefürchteten Konsequenzen aussetzen. Auf positiven Verordnungen basierende paradoxe Interventionen betreffen in der Regel Verhaltensweisen, die zuvor vermieden wurden.

Eine positive Verordnung für eine ängstliche Klientin wäre z.B.: „Ich möchte, daß Sie versuchen, montags, mittwochs und freitags zwischen acht und zehn Uhr morgens einen schweren Angstanfall zu bekommen.“ Eine nicht-reaktante Klientin versucht folgsam Angst zu erzeugen. Wenn dies gelingt, ist die Angst unter ihrer Kontrolle und deshalb nicht mehr so bedrohlich. Gelingt es ihr nicht Angst zu erzeugen, kann die Angst ja nicht so bedrohlich sein.

Typischerweise werden Symptome benutzt, die gemeinhin als unkontrollierbar dargestellt werden. Positive Verordnungen sind immer dann angezeigt, wenn Klienten ein Symptom (vergeblich) zu kontrollieren versuchen (Veränderungen erster Ordnung) und dabei das Symptom eskaliert, d.h. wenn die Lösungsversuche des Klienten das Problem aufrechterhalten oder gar verschlimmern. Wenn ein Klient z.B. bei Schlafstörungen mit aller Gewalt einzuschlafen versucht, resultieren diese Bemühungen in kognitiver oder physiologischer Erregung, einem Zustand, der inkompatibel mit einer entspannten Atmosphäre ist, die für Einschlafen notwendig wäre. Bei positiven Verordnungen kann man die *Symptomverschreibung*, die *Neubewertung* und die *Nutzbarmachung* unterscheiden.

3.1.1 Symptomverschreibung

Symptomverschreibung ist die meistgenutzte Behandlungsmethode. Bei der Symptomverschreibung wird der Klient gebeten, das Problemverhalten absichtlich auszuführen, d. h. ein ängstlicher Klient versucht noch ängstlicher zu werden oder ein Klient mit Schlafstörungen versucht so lange wie möglich wach zu bleiben.

Symptomverschreibung bedeutet für den Klienten eine „therapeutische Doppelbindung“, da das Symptom, wenn es absichtlich herbeigeführt werden kann, per Definition unter der Kontrolle des Klienten steht und somit aus einer unkontrollierbaren Handlung bzw. einer Schlafstörung ein absichtlich herbeigeführtes Ereignis wird. Gerade durch das willentliche Produzieren des Symptoms verändert der Klient seine kognitive Sichtweise: Es geschieht nicht mehr etwas mit ihm, sondern er macht es selbst (OMER 1987). Kann der Klient das Symptom nicht absichtlich herbeiführen (wachbleiben), ist das Symptom ja nicht so dominant wie er dachte. Symptomverschreibung ist eine der wenigen paradoxen Interventionen, die sowohl mit nicht-reaktanten als auch mit reaktanten Klienten angewendet werden können. Ein Spezialfall der Symptomverschreibung ist die Symptomplanung. Dabei soll der Klient das Symptom willentlich produzieren kurz bevor es normalerweise auftritt (DOWD u. MILNE 1986).

Symptomverschreibungen sind auch angezeigt, wenn physiologische Prozesse vorliegen, die nach und nach den inneren Druck des Betroffenen erhöhen, das erwünschte Verhalten zu erbringen. Bei Schlaflosigkeit zum Beispiel erfolgt ein allmählicher Aufbau von Müdigkeit bzw. Schlafverlangen. Der zum Schlaf führende physiologische Bedarf wächst, wenn der Klient durch die paradoxe Instruktion am Einschlafen gehindert wird. Auch in der Sexualtherapie können physiologische und psychologische Prozesse genutzt werden. Wenn Klienten verboten wird Geschlechtsverkehr zu haben, während sie gleichzeitig zu sinnlichem Körperkontakt ermutigt werden, nimmt das sexuelle Bedürfnis allmählich zu.

3.1.2 Neubewertung

Eine weitere Variante positiver Verordnungen ist die positive Neubewertung (reframing). WATZLAWICK et al. (1974) verwendeten Neubewertungen, indem sie den Rahmen, d. h. die Bedeutung, den Standpunkt, die Perspektive veränderten, ohne daß die Fakten tatsächlich verändert wurden. Die Wirkung der positiven Neubewertung hängt damit zusammen, daß der Klient kaum noch zu seinem alten Bezugsrahmen bzw. zur ehemaligen negativen Sicht zurückkehren kann, sobald eine alternative Sichtweise präsentiert wurde. Neubewertung bedeutet eine Transformation von Bedeutung, die MAHONEY (1982) als das Herz jedes Veränderungsprozesses bezeichnet.

Bei Schmerztherapien scheinen Neubewertungen zu günstigen Ergebnissen zu führen. Beim Neubewerten lenkt der Klient seine Aufmerksamkeit zwar auf die Schmerzen, aber er interpretiert die Schmerzen anders, z. B. als prickelndes Gefühl oder als Wärmegefühl. Dabei wird eine Trennung zwischen der Wahrnehmung der Schmerzen

und den affektiven Komponenten der Schmerzen versucht, da die Lenkung der Aufmerksamkeit auf die Wahrnehmung zu einer Schmerzintensivierung führen kann (AHLES et al. 1983).

Neubewertung ist eine Methode, die ähnlich wie Symptomverschreibung sowohl bei reaktanten als auch bei nicht-reaktanten Klienten angewandt und damit sowohl den positiven als auch den negativen Verordnungen zugeordnet werden kann.

3.1.3 Nutzbarmachung

Die Nutzbarmachung (utilisation) ist eine weitere positive Verordnung, eine Strategie, die bereits existierende Klientenverhaltensweisen zu einer Veränderung nutzt. Der Therapeut formuliert seine Maßnahmen in die Sprache des Klienten um. Jedes Klientenverhalten wird als therapeutischer Fortschritt gewertet und als das Beste, was der Klient zu diesem Zeitpunkt tun konnte. Wenn ein Klient von negativen Veränderungen berichtet, werden diese als therapeutischer Fortschritt definiert. Positive Veränderungen während der Therapie werden als logische Folge der Einstellung und der Wünsche des Klienten interpretiert. Veränderungen werden als vom Klient kommend beschrieben, um die interne Attribution zu verbessern und psychologische Reaktanz zu verhindern, da Individuen ihre Freiheit viel weniger bedroht sehen, wenn sie die Veränderungen ihren eigenen Bemühungen und Wünschen zuschreiben. Außerdem ist es sehr viel schwieriger einem Therapeuten zu widerstehen, der alle Einstellungen und Verhaltensweisen als therapeutischen Fortschritt akzeptiert.

3.2 Negative Verordnungen

Die auf Nichtbefolgen (defiance) basierenden Paradoxa, die sogenannten negativen Verordnungen sind angezeigt, wenn der Therapeut annimmt, der Klient könnte sich seiner Anordnungen widersetzen. Indem der Klient sich widersetzt, kreierte er eine Situation, in der positive Veränderungen notwendigerweise geschehen müssen, d. h. die Doppelbindung gestattet ihm symptomfrei zu werden. Die einzige Art, den Therapeuten zu besiegen, besteht darin, daß der Klient symptomfrei wird. Tritt das Symptom nicht auf, ist es unter der Kontrolle des Klienten. In jedem Fall ist das Symptom so definiert, daß es nicht mehr unkontrollierbar erscheint. Bei erfolgreicher Verhaltensänderung durch negative Verordnungen darf der Therapeut Erfolge nicht sich oder seiner Therapie zuschreiben.

Bei negativen Verordnungen unterscheidet man die *Symptomverschreibung*, die *Veränderungshemmung*, die *Annahme des Klientenstandpunktes* und die *Neubewertung*.

3.2.1 Symptomverschreibung

Symptomverschreibung kann bei reaktanten- und wie bereits erwähnt, auch bei nicht-reaktanten Klienten angewendet werden. Der nicht-reaktante Klient stellt fest, daß er das Symptom kontrollieren kann und der reaktante

Klient wird durch seinen Widerstand symptomfrei werden (DOWD u. SWOBODA 1984). Da die Verschreibung eine Doppelbindungssituation darstellt, wird ein ablehnender reaktanter Klient die Anweisung nicht befolgen, dabei aber feststellen, daß er z. B. weniger ängstlich wird. Somit ergeben sich günstige therapeutische Auswirkungen.

3.2.2 Veränderungshemmung

Veränderungshemmung (restraining) ist eine negative Verordnung, eine auf Nichtbefolgung (defiance) basierende Strategie, bei vermutlich reaktanten Klienten. Die unterschiedlichen Arten von Veränderungshemmung haben gemeinsam, daß der Therapeut stets darauf abzielt, Veränderungen des Klienten zu entmutigen oder gar zu verbieten. Diese „Bremsstrategie“ wird am günstigsten bei Verhaltensweisen angewendet, die als *kontrollierbar* wahrgenommen werden.

Ein Anwendungsbeispiel für Veränderungshemmung beim Zaudern geben HUGHES und DOWD (1985). Bei der Veränderungshemmung benutzt der Therapeut den Widerstand des Klienten indem er das akzeptiert, was der Klient sowieso tut. Der Therapeut entmutigt oder verbietet Veränderungen des Klienten, um aufgrund von Reaktanz die Veränderungsbereitschaft zu maximieren. Der Therapeut kann die negativen Konsequenzen von Veränderungen deutlich machen oder sich dafür aussprechen, daß der Klient Veränderungen nur ganz langsam durchführt. In extremen Fällen kann der Therapeut behaupten, daß Veränderungen unmöglich seien. Diese Bremsstrategie gilt als besonders nützlich bei Klienten, die zu extremem Widerstand neigen (WEEKS u. L'ABATE 1982), denn die einfachste Möglichkeit, dem Therapeuten zu widerstehen, besteht für den Klienten darin, das Symptom zu verändern.

So behandelten HSU und LIEBERMAN (1982) acht chronisch anorektische Patientinnen, denen sie sagten, daß es besser wäre, ihre Anorexie beizubehalten, da frühere Behandlungsversuche nur eine kurzfristige Veränderung ermöglicht hätten. Der Therapeut gab den reaktanten Klientinnen noch weitere Gründe an, warum es günstig wäre, die Anorexie nicht zu verändern. In Wirklichkeit erhoffte der Therapeut durch diese negative Verordnung positive Veränderungen zu bewirken. Negative Verordnungen wurden auch zur Behandlung von Schmerzen erfolgreich angewandt.

TURK et al. (1983) schlugen den beteiligten Therapeuten vor, ihren reaktanten Klienten im voraus zu sagen, daß sie wahrscheinlich die Behandlung nicht durchhalten könnten und der Abbruch der Therapie Vorteile hätte. Das erneute Durchleben der Schmerzen würde jedoch wertvolle Rückmeldungen über die Nützlichkeit bestimmter Bewältigungsstrategien geben.

Negative Verordnungen können auch zur Therapie von Medikamentenabhängigkeit eingesetzt werden. Bei Medikamentenabhängigen könnte der Therapeut darauf hinweisen, daß er es für sehr schwierig, wenn nicht völlig unmöglich hält, die Medikamentenabhängigkeit aufzugeben. Negative Verordnungen können als letzter Ausweg

bei sehr reaktanten Klienten zur vorsichtigen Überprüfung empfohlen werden.

3.2.3 Annahme des Klientenstandpunktes

Die „Annahme des Klientenstandpunktes“ (positioning) ist eine weitere, auf Nichtbefolgen basierende Verordnung für als kontrollierbar eingestufte Symptome. Üblicherweise rufen negative Aussagen der Klienten positive Aussagen von Therapeuten hervor. Bei der „Annahme des Klientenstandpunktes“ stimmt der Therapeut dagegen mit der negativen Sichtweise des Klienten überein oder übertreibt sogar noch dessen negative Sichtweise. Dadurch sabotiert der Therapeut die Strategie des Klienten. Ein Beispiel für die „Annahme des Klientenstandpunktes“ wäre ein Therapeut, der dem negativen Selbstbild (Feigling) des Klienten zustimmt bzw. nur noch zur Diskussion stellt, was für ein Feigling er sei (DOWD u. SWOBODA 1984). Wenn solche Negativaussagen Machttaktiken des Klienten darstellen, um den Therapeuten zu positiven Äußerungen zu bewegen, kann der Therapeut durch die „Annahme des Klientenstandpunktes“ die Taktik des Klienten durchkreuzen.

Die „Annahme des Klientenstandpunktes“ sollte nur genutzt werden, wenn der Klient durch oppositionelles Verhalten mit dem Therapeuten „spielt“. Bei depressiven Individuen oder bei Individuen mit geringem Selbstwertgefühl ist diese Vorgehensweise nicht angebracht.

3.2.4 Neubewertung

Neubewertung ist ähnlich wie die Symptomverschreibung eine Methode, die sowohl bei reaktanten als auch bei nicht-reaktanten Klienten angewandt werden kann. Diese Methode wird bei ersteren benutzt, um die Kooperationsbereitschaft im Hinblick auf paradoxe Interventionen zu vergrößern. Der Referenzrahmen wird so verändert, daß eine positive Bewertung für ein Verhalten möglich wird, das ursprünglich als negativ angesehen wurde. Im Grunde genommen wird das Verhalten neu kategorisiert, wodurch es für den Klienten unmöglich wird, das Verhalten weiterhin als negativ zu sehen. So kann „Kontaktarmut“ umbewertet werden als „das eigene Bewußtsein erforschen“, und „gefühllos sein“ kann umbewertet werden als „sich vor Verletzungen schützen“.

4 Veränderung des Kontextes

Neben dem Erklärungsversuch durch die Doppelbindung und der Differenzierung hinsichtlich Reaktanz und Kontrollierbarkeit stellt OMERS Theorie der De-Kontextualisierung (1986) einen weiteren Erklärungsversuch dar. Er betrachtet dabei paradoxe Interventionen von einem logotherapeutischen-, verhaltenstherapeutischen- und kommunikationstheoretischen Standpunkt aus. Mit dieser theorieübergreifenden Erklärung will OMER dazu beitragen, daß paradoxe Interventionen in die Klinische Psychologie integriert werden können.

Wird ein Symptom von seinem Kontext durch De-Kontextualisierung entfernt, verliert es seine funktionelle Be-

deutung. Symptomverschreibung ist vor allem deswegen wirksam, weil das Symptom bei der Verschreibung in einem modifizierten Kontext auftritt, nicht aber aufgrund der Verschreibung an sich.

OMERS Theorie der Veränderung des Kontextes ist dem Konzept der Neubewertung (WATZLAWICK et al. 1974) sehr ähnlich. Eine Veränderung des Symptoms im Kontext und damit eine Veränderung der Bedeutung des Symptoms ist allen paradoxen Interventionen implizit. Die Beziehung zwischen Kontext und Symptom ähnelt der zwischen einem Puzzle und seinen Teilen. Die Teile vervollständigen das Puzzle und unterstützen es in seiner Gesamtheit. Das Puzzle andererseits unterstützt die Teile. Wird das Puzzle unvollständig, vermindert sich die umgebende Unterstützung der einzelnen Teile. Getrennt vom Ganzen verlieren die einzelnen Teile ihre Bedeutung. Im Hinblick auf Verhaltensmuster könnte der Verlust der umgebenden Unterstützung das Verschwinden des Symptoms zur Folge haben.

Die verschiedenen Arten von Symptom-Kontext-Beziehungen sind durch mehrere psychologische Theorien zu erklären. Die gegenseitige Unterstützung vom Symptom und Kontext läßt sich im Sinne positiver Veränderung lerntheoretisch, als Erhalt der Familienhomöostase systemtheoretisch oder als Erfüllung gegenseitiger unbewußter Phantasien psychodynamisch verstehen. Die paradoxe Intervention zielt darauf ab, das Symptom zu produzieren, bei gleichzeitiger Veränderung der gegenseitigen Unterstützung zwischen Symptom und Kontext. Durch „Veränderungen des Kontextes“ eines Symptoms glaubt OMER (1986) die Auswirkung aller paradoxer Interventionen hinreichend zu erklären.

4.1 Kontextarten

Der *affektive Kontext* eines Symptoms wird geändert, wenn z. B. bei einer paradoxen Intervention Humor gezielt eingesetzt wird und der Klient mit einer Herzneurose gebeten wird, Weltmeister in Herzattacken zu werden. Der *interpersonelle Kontext* eines Symptoms kann verändert werden, wenn z. B. ein Klient gebeten wird, sich nicht zu schnell zu verändern oder der Therapeut bezweifelt, daß der Klient die Fähigkeit zu einer Veränderung besitzt. Der *kognitive Kontext* eines Symptoms kann verändert werden, wenn z. B. ein Klient aufgefordert wird, sein Symptomverhalten beizubehalten und es willentlich zu verstärken. Dabei wird der kognitive Standpunkt verändert, da der Klient nicht Opfer des Symptoms ist, sondern es absichtlich produziert. Neben den drei oben genannten Unterscheidungen können paradoxe Interventionen sich noch unterscheiden in Abhängigkeit von der *Milde oder Härte* einer Verordnung, der *Geschwindigkeit* und dem *Ausmaß* einer Kontext-Veränderung und dem *therapeutischen Stil*.

4.2 Milde oder Härte

Auf der Dimension *Milde oder Härte* lassen sich befehlende, sanfte oder zulassende Verordnungen unterschei-

den. Eine *befehlende Verordnung* liegt vor, wenn ein Therapeut z. B. die Verstärkung des symptomatischen Verhaltens fordert oder eine Besserung des Symptom verbietet. Befehlende Verordnungen lassen sich am besten in direktive Therapien, sanfte und zulassende Verordnungen am besten in nichtdirektive Therapien integrieren.

Eine *sanfte Verordnung* liegt vor, wenn ein Therapeut z. B. auf die Vorteile des Symptoms hinweist. Bei einer *zulassenden Verordnung* äußert der Therapeut sein Verständnis dafür, daß der Klient nicht in der Lage ist, sein Symptom zu überwinden und er es immer dann wieder auftreten lassen sollte, wenn es notwendig erscheint. Er kann dem Klienten auch raten, keine zu rasche oder zu baldige Besserung eintreten zu lassen.

4.3 Geschwindigkeit und Ausmaß

Nach *Geschwindigkeit* und *Ausmaß* einer Symptom-Kontext-Veränderung lassen sich paradoxe Interventionen ebenfalls unterscheiden. Einige Interventionen erfolgen langsam und spezifisch, während andere plötzlich und weitreichend sind.

Wann sind langsame und plötzliche oder spezifische und weitreichende Symptom-Kontextinterventionen angezeigt? Die Flexibilität eines Menschen ist normalerweise im Hinblick auf sein Symptom am geringsten. Ein Klient mag in vielen Aktivitätsbereichen ein flexibles Verhalten zeigen, aber sobald es um seine Ängste geht, wird sein Verhalten besonders rigide. Der Grad an Flexibilität nimmt im symptomatischen Bereich ab. Dieser Umstand legt die folgende praktische Regel nahe: Wenn man versucht, ein Symptom zu verändern, ist es am besten, *langsame und spezifische Veränderungen* vorzunehmen, da nur sehr wenig Flexibilität vorhanden ist. Versucht man, den äußeren Kontext eines Symptoms zu verändern, können die Veränderungen *plötzlich und weitreichend* eingeleitet werden.

Bei einer Änderung des Symptoms kann die Intervention langsam bzw. spezifisch beginnen, indem man z. B. bei einem Waschzwang den Klienten ermutigt, sich mit der linken anstatt mit der rechten Hand zu waschen, eine andere Seifenmarke zu benutzen oder die Wassertemperatur ein wenig zu senken. Diese Veränderungen können allmählich ausgedehnt werden, bis der Klient zu weitreichenderen Modifikationen bereit ist. Bei der Behandlung einer Hypochondrie könnte ebenfalls eine langsame und spezifische Vorgehensweise gewählt werden, indem der Klient bei jedem Arztbesuch eine neue unerhebliche Beschwerde hinzufügt. Wenn der Klient Angst vor Krebs hat, sollte er zusätzlich über Schmerzen im unteren Rücken klagen; kommt er wegen eines Herzinfalles, sollte er den Arzt auch um ein Mittel gegen Verstopfung bitten.

Bei einer Änderung des *äußeren Kontextes* dagegen kann die Veränderung *plötzlich und weitreichend* erfolgen, z. B. indem man die Ehefrau eines Hypochonders bittet, Auskünfte über Grabstätten, Grabsteine und Lebensversicherungen einzuholen; fängt der Ehemann an, über seinen Gesundheitszustand zu klagen, könnte seine Frau ihn befragen, was für ein Grabstein ausgesucht und wieviel

Geld ausgegeben werden sollte. Diese Vorgehensweise ist eine Umkehrung des üblichen Verhaltens von Ehefrauen, die ihre hypochondrischen Männer entweder bedauern und damit möglicherweise das symptomatische Verhalten verstärken, oder wütend leugnen, daß er überhaupt krank sei.

4.4 Der therapeutische Stil

Der *therapeutische Stil* beeinflusst auch Geschwindigkeit und Ausmaß der Symptom-Kontextveränderung. Therapeuten, die eine relativ lange Therapie durchführen, ziehen möglicherweise spezifische und sanfte Veränderungen vor, während bei Kurzzeittherapien eher plötzliche und weitreichende Kontextveränderungen angestrebt werden. Das Tempo paradoxer Interventionen sollte den Merkmalen der übrigen Therapieprozesse angepaßt werden. Paradoxe Interventionen sollten stets mit dem Haupt-Therapieverfahren stimmig verknüpft und wie ein Experiment gestaltet werden, das Therapeut und Klient gemeinsam durchführen. Der Therapeut sollte unabhängig vom Resultat der paradoxen Intervention zu anderen therapeutischen Behandlungsverfahren überleiten können.

5 Schlußbetrachtung

Bei allen paradoxen Interventionen werden Klienten ermutigt sich symptomatisch zu verhalten, aber sie werden angehalten dies etwas anders als normalerweise zu tun. Sie werden gebeten, z. B. ihr Symptom zu übertreiben, es in einer humorvollen Haltung oder in einer ungewöhnlichen Umgebung absichtlich auszuführen. Eine paradoxe Intervention sollte eine therapeutische Doppelbindung enthalten, so daß die Klienten Fortschritte machen können (Dowd 1987). Der Versuch paradoxer Interventionen durch das Konzept der Doppelbindung zu erklären ist unzureichend und insofern unspezifisch, als er nicht zu differenzierten Anwendungen paradoxer Interventionen führt. Der Begriff paradoxe Intervention suggeriert ferner eine Einheitlichkeit, die keineswegs gegeben ist und die Unterschiede zwischen den einzelnen Interventionsverfahren verschleiert.

Die Unterscheidungen zwischen *positiven Verordnungen* für nicht-reaktante Klienten und *negativen Verordnungen* für reaktante Klienten ergeben Differenzierungsmöglichkeiten und die Chance individuelle Klientenmerkmale durch die Auswahl entsprechender Therapieverfahren zu berücksichtigen (s. Abb. 1). Ob Reaktanz ein relevantes Klientenmerkmal ist und ob die zugeordneten Therapieverfahren dann zu günstigeren Effekten führen, muß noch empirisch nachgewiesen werden.

OMER (1986) versucht durch De-Kontextualisierung eine Meta-Theorie zu schaffen, um differentielle Indikationen und eine bessere Überprüfbarkeit der Effekte paradoxer Interventionen zu ermöglichen. Durch die Differenzierung auf den von OMER vorgeschlagenen Dimensionen könnten je nach Klientenmerkmalen die dazu am besten passenden paradoxen Interventionen zugeordnet werden. Ob durch

diese theorieübergreifenden Erklärungen eine Integration paradoxer Therapieverfahren in die Psychotherapie erleichtert wird und empirische Überprüfungen das Konzept bestätigen, muß die Forschung zeigen. Die Orientierung eines Therapeuten nach einer Haupttherapierichtung kann Vorteile gegenüber einer nur technologischen Anwendung isolierter paradoxer Verfahren haben, wenn der Therapeut die gewählte paradoxe Intervention dem Grad der Direktivität, dem Tempo, dem Ausmaß und dem Stil seiner jeweiligen Haupt-Therapierichtung angleicht. Paradoxe Interventionen sind wie alle anderen Behandlungsverfahren Teil eines Therapieprozesses, von dem sie nicht losgelöst betrachtet werden können. Ein Therapeut führt keine paradoxe Therapie durch, sondern wendet paradoxe Interventionen im Rahmen einer Therapie an, wenn sie angemessen erscheinen (OMER 1987).

Auf die Dauer werden paradoxe Interventionen nur dann einen festen Platz als psychotherapeutisches Behandlungsverfahren erhalten können, wenn ihre Effektivität nachgewiesen wird. Eine Übersicht zur Effektivität paradoxer Interventionen hat KERN (1993) erstellt, in der kontrollierte Einzelfallstudien, Gruppenstudien und Meta-Analysen berücksichtigt werden. Neben der Effektivität (Wirksamkeit) sollten die Effizienz (Behandlungsdauer, Kosten etc.), die Klientenzufriedenheit, die öffentliche Akzeptanz und die ethische Angemessenheit berücksichtigt werden.

Summary

Paradoxical Interventions: Explanations and Categorizations

Paradoxical interventions are of major importance for the systemic family therapy. Because paradoxical interventions are widely used and more than 40 symptoms are treated by them explanations and categorizations of the different paradoxical interventions seem to be useful. The double bind hypothesis, but more the selection of specific paradoxical interventions dependent on certain client characteristics like reactance and perceived freedom of target behavior could lead to differential therapeutic effects and improved efficacy of paradoxical interventions. The explanation by decontextualization could facilitate the integration of paradoxical interventions into the mainstream of psychotherapy. To find out whether single paradoxical interventions can be integrated in broader theoretical frameworks or not, further discussions are necessary.

Literatur

- ARKOWITZ, H. (1992): Integrative theories of therapy. In: D. FREEDHEIM (Ed.): *The history of psychotherapy: A century of change*. Washington, DC: APA. - ASCHER, L. M. (1980): Paradoxical intention. In: A. GOLDSTEIN/E. FOA (Eds.): *Handbook of Behavioral Interventions*. New York: J. Wiley. - ATHLES, T.A./BLANCHARD, E./LEVENTHAL, H. (1983): Cognitive control of

- pain: Attention to the sensory aspects of the cold pressor stimulus. *Cog. Therapy and Research* 7, 149-177. – BATESON, G./JACKSON, D./HALEY, J./WEAKLAND, J. (1956): Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science* 1, 251-264. – CRAIGHEAD, W.E. (1990): There's a place for us: All of us. *Behavior Therapy* 21, 3-23. – DEHL, P.F. (1981): Some irrelevant thoughts on paradox. *Family Process* 20, 37-42. – DOWD, E.T./SWOBODA, J.S. (1984): Paradoxical interventions in behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 15 199-234. – DOWD, E.T./MILNE, C.R. (1986): Paradoxical Interventions in Counseling Psychology. *The Counseling Psychologist* 14, 237-282. – DOWD, E.T. (1987): Paradoxical Interventions: Contextualization and Decontextualization. *The Counseling Psychologist* 15, 159-163. – DUNLAP, K. (1932): Habits: Their making and unmaking. New York: Liveright. – ERICKSON, M.H./ROSSI, E.L. (1975): Varieties of double bind. *American Journal of Clinical Hypnosis* 17, 143-157. – FRANKL, V.E. (1939): Zur medikamentösen Unterstützung der Psychotherapie bei Neurosen. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 43, 23-61. – HALEY, J. (1976): Problem-Solving Therapy. New York: Harper & Row. – HSU, L.K./LIEBERMAN, S. (1982): Paradoxical intention in the treatment of chronic anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 139, 650-653. – HUGHES, S.L./DOWD, E.T. (1985): The effects of restraining and nonrestraining counselor interventions in the treatment of procrastination. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Los Angeles. – JENSEN, J.P./BERGIN, A.E./GREAVES, D.W. (1990): The meaning of eclectic: New survey and analysis of components. *Professional Psychology: Research and Practice* 21, 124-130. – KERN, H.J. (1993): Evaluation paradoxer Interventionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 41, 170-189. – MAHONEY, M.J. (1982): Psychotherapy and human change processes. In: J. H. HARVEY/M. M. PARKS (Eds.): *Psychotherapy Research and Behavior Change*. Washington, DC: American Psychological Association. – MOSAK, H./DREIKURS, R. (1973): Adlerian psychotherapy. In: R. CORSINI (Ed.): *Current Psychotherapies*. Itaca, Ill.: F. E. Peacock. – MOSDZIERZ, G./MACCHITELLI, L./LISIECKI, J. (1976): The paradox in psychotherapy: An Adlerian perspective. *Journal of Individual Psychology* 32, 169-184. – NORCROSS, J.C. (1986): Eclectic psychotherapy. In: J. C. NORCROSS (Ed.): *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 3-61). New York: Brunner/Mazel. – OMER, H. (1986): Integrating Paradoxical Interventions in the normal course of therapy: a nonspecific approach. *American Journal of Psychotherapy* XI, 572-581. – OMER, H. (1987): Therapeutic impact: A nonspecific major factor in directive Psychotherapies. *Psychotherapy* 24, 52-57. – PLAUT, E.F. (1991): Voraussetzungen eines therapiebezogenen Eklektizismus. *Psychologische Rundschau* 42, 76-86. – ROSEN, J.N. (1953): *Direct Analysis: selected papers*. New York: Grune & Stratton. – ROSEN, S. (Ed.) (1982): *My Voice will go with you: The Teaching Tales of Milton H. Erickson*. New York: W. W. Norton. – SELTZER, L.F. (1984): The role of paradox in Gestalt theory and technique. *Gestalt Journal* 7, 31-42. – SELTZER, L.F. (1986): *Paradoxical Strategies in Psychotherapy: A comprehensive overview and guidebook*. New York: Wiley. – TENNEN, H./ROHRBAUGH, M./PRESS, S./WHITE, L. (1981): Reactance theory and therapeutic paradox: A compliance-defiance model. *Psychotherapy* 18, 14-22. – TURK, D.C./MEICHENBAUM, D./GENEST, M. (1983): *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective*. New York: Guilford Press. – WATZLAWICK, P./WEAKLAND, J./FISCH, R. (1974): *Change: Principles of problem formulation and problem solution*. New York: W. W. Norton. – WELKS, G.R./L'ABATE, L. (1982): *Paradoxical psychotherapy: Theory, and practice with individuals, couples and families*. New York: Brunner/Mazel.
- Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. Horst J. Kern, Universität Oldenburg, Fachbereich 1, Erziehungswissenschaftliches Institut II, Birkenweg 3-5, 26127 Oldenburg.