

Bettina Hemmelmayr

Systemische Psychosomatik

Hilfreiche theoretische und praktische Konzepte für die systemische Therapie mit psychosomatischen Klienten

EINLEITUNG

Da uns in der psychotherapeutischen Praxis immer wieder Menschen begegnen, die mit psychosomatischen Symptomen oder der Diagnose einer somatoformen Störung Hilfe suchen, erscheint mir die nähere Auseinandersetzung mit theoretischen und praktischen Konzepten für die systemische Therapie mit psychosomatischen Klienten sinnvoll.

Meine persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema Psychosomatik im Rahmen meiner Abschlussarbeit habe ich mit folgenden zwei Fragen begonnen, die ich Menschen aus meinem näheren Umfeld gestellt habe:

1. Was verbindest du mit dem Begriff »Psychosomatik«?
2. Wie ist der Begriff »Psychosomatik« für dich besetzt: eher positiv oder eher negativ? Warum?

Die Antworten dazu waren recht vielfältig. Für beinahe alle befragten Personen ist Psychosomatik ein Thema, mit dem sie selber schon auf die eine oder andere Weise konfrontiert waren und von dem sie eine recht klare Vorstellung haben. Interessant finde ich, dass die emotionale Besetzung des Begriffes recht unterschiedlich war. Für einen Teil der Befragten beinhaltet der Begriff sowohl positive als auch negative Komponenten. In weiteren Antworten wurde er als eher positiv besetzt beschrieben, für andere Personen wiederum ist er wertfrei und mit keinem Gefühl verbunden. Keiner

der Befragten verband den Begriff Psychosomatik mit einer rein negativen Emotion.

Der erste Teil dieses Artikels beschäftigt sich mit systemtheoretischen Überlegungen und unterschiedlichen Ansätzen und Entwicklungen in der systemischen Therapie mit psychosomatischen Klienten¹.

Welche Besonderheiten die therapeutische Arbeit im Bereich Psychosomatik beinhalten kann wird im zweiten Abschnitt beschrieben. Dabei geht es unter anderem um die spezielle Art der Therapiebeziehung und um mögliche Probleme des Zugangs zu psychosomatischen Klienten. Außerdem widme ich mich spezifischen Problembeschreibungen, die eng mit Körper und körperlichem Sein verbunden sind.

Im dritten Teil wird noch eine kleine Auswahl von therapeutischen Methoden und Interventionen, die sich speziell für die Arbeit mit psychosomatischen Klienten eignen, vorgestellt.

SYSTEMISCHE ANSÄTZE FÜR DIE THERAPIE MIT PSYCHOSOMATISCHEN KLIENTEN

Einem traditionellen und heute eigentlich eher veralteten Verständnis zufolge wird der Begriff Psychosomatik auch verwendet, um auf eine „psychische Verur-

¹ Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in diesem Artikel auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung wie z. B. „KlientInnen“ oder „Klientinnen und Klienten“ verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter..

sachung“ körperlicher Symptomatiken hinzuweisen. Dazu möchte ich kurz auf das für viele Jahre die Psychosomatik dominierende **Konversionsmodell der Psychoanalyse** eingehen:

In diesem Modell führen unbewusste Konflikte zu somatischen Phänomenen, die als Zeichen oder Symbole für diese Konflikte verstanden werden. Da die Psyche diese Konflikte ja auch klar und ohne Verschlüsselung im Körper zum Ausdruck bringen könnte, bedarf es folgender psychischer Merkmale: Unbewusstheit des Konfliktes, fehlende Verbalisierungs- oder andere Symbolisierungsmöglichkeiten, fehlende Affektdifferenzierung, Affektabwehr hinsichtlich emotionaler Zustände.

Ein Problem, das mit diesem psychoanalytischen Konzept einhergeht, ist, dass der Patient die Sprache seines eigenen Körpers nicht versteht und deswegen eines (therapeutischen) Dolmetschers bedarf. Das impliziert ein Gefälle zwischen Therapeut und Patient. Mittlerweile wird dieses Konzept in etlichen Therapieschulen, vor allem in der Verhaltenstherapie und in der Systemtherapie, nicht mehr verwendet.

Die **Verhaltenstherapie** geht von einem „somatosensorischen Verstärkungsprozess“ zwischen Psyche und Körper aus: Aktivitäten der einen Seite führen zu verstärkter Aktivität auf der anderen Seite im Sinne einer Eskalation (im Körper das Körpersymptom, in der Psyche diesbezügliche ängstliche, ärgerliche oder ansonsten aversiv getönte Emotionen und Aufmerksamkeiten). Dieses Konzept ist mit dem systemtheoretischen Konzept der operationalen Geschlossenheit von Psyche und Soma kompatibel. (vgl. Lieb 2014, S. 3 f.)

SYSTEMTHEORIE: DIE PSYCHE ALS BEOBACHTER DES KÖRPERS

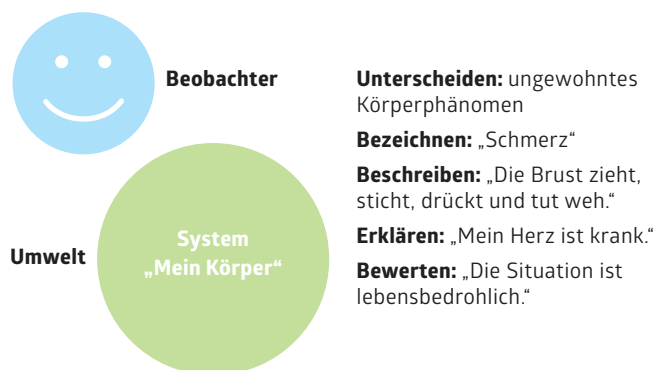
Es ist der Geist, der sich den Körper baut.
Friedrich Schiller, Wallenstein

Im systemtheoretischen Ansatz ist die Psyche Beobachterin des Körpers. Das bedeutet, dass der Körper für die Psyche ein Produkt ihrer eigenen beobachtenden und konstruierenden Operationen ist. „Alles, was sie im und am Körper wahrnimmt, muss sie in Operationen ihres eigenen Systems verwandeln. Erst dann „hat“ sie einen Körper.“ (Lieb 2014, S. 4)

Nach diesem Ansatz wohnt der Körper in der Psyche und nicht, wie traditionellen Vorstellungen entsprechend, die Psyche im Körper. Teile des Körpers sind der Psyche durch Wahrnehmung zugänglich, von anderen, z. B. vom Gehirn, weiß sie nur aus Er-

zählungen, dass es sie gibt. Da die Psyche den Körper nicht permanent bewusst beobachten kann, weil sonst ihre anderen Operationen blockiert wären, beobachtet sie den Körper vor allem dann, wenn sich dort Ungewohntes oder Schmerzhaftes ereignet. Wenn solch ungewohnte Körperphänomene nicht nur von kurzer Dauer sind und nicht von selbst wieder verschwinden, bedarf die Psyche – als ein mit Sinn operierendes System – einer Erklärung. (vgl. Lieb 2014, S. 4 f.)

Wie sich die Psyche den Körper konstruiert, lässt sich ich mit folgendem Beispiel aus dem Vortrag von Christian Zníva (2016) gut veranschaulichen:



PSYCHOSOMATISCHE SYSTEMTHERAPIE I: PSYCHE UND KÖRPER

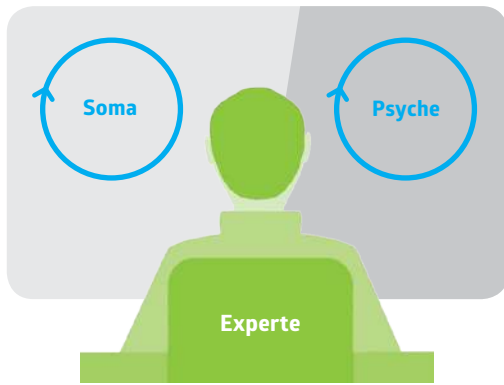
„Ich denke, also bin ich“ ist ein Satz eines Intellektuellen, der Zahnschmerzen unterschätzt.
Milan Kundera, Die Unsterblichkeit

Aus systemtheoretischer Sicht gibt es im Gegensatz zu anderen Therapiekonzepten für somatische Phänomene keine „richtigen“ Deutungen oder „psychogenen“ Erklärungen. Ob ein Phänomen somatisch oder psychisch „verursacht“ ist, ist aus systemtheoretischer Sicht nicht entscheidbar. Eine systemtherapeutische psychosomatische Theorie muss sich demnach zu allererst damit beschäftigen, wie die Psyche sich (!) ihren Körper konstruiert, bewertet und hinsichtlich überraschender oder schmerzhafter Ereignisse erklärt. Sie muss beleuchten, wie sich diese Erklärungsmuster durch Koppelung an Kommunikation mit anderen – z. B. Familienmitgliedern und später dann Ärzten und Psychotherapeuten – entwickeln, modifizieren und stabilisieren. Und sie muss beobachten, welche Auswirkungen die Art und Weise, wie der Körper hier beschrieben, bewertet und erklärt wird, wiederum auf die Psyche und auf den Körper haben. (Lieb 2014, S. 5–6)

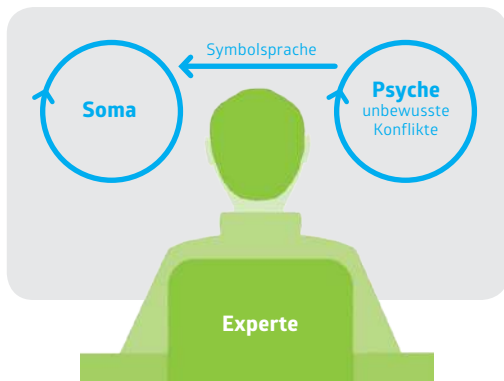
„Psychosomatische Krankheiten“ sind nach diesem Modell „Beziehungsstörungen“ zwischen Psyche und Soma.



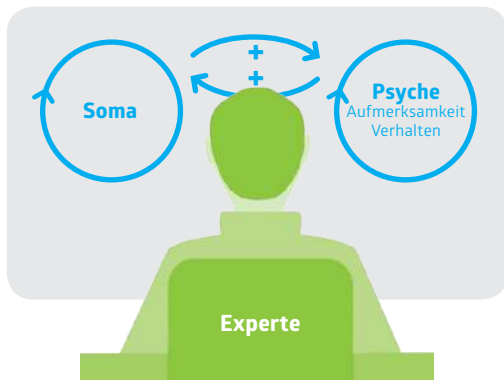
DIPL.-PÄD. BETTINA HEMMELMAYER ist Pädagogin und Psychotherapeutin (SF) in Ausbildung unter Supervision in freier Praxis in Linz. In der Familienberatungsstelle Zellkern arbeitet sie mit schwer und chronisch Kranken sowie deren Angehörigen, im Beratungszentrum Alleinerziehend mit Kindern und Jugendlichen.



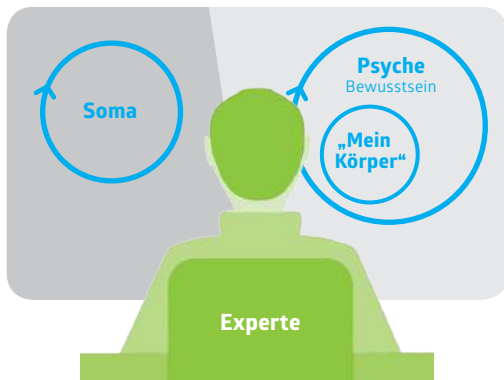
Die somatische Perspektive: Der Arzt beobachtet den Körper.



Die psychoanalytische Perspektive: Der Psychotherapeut beobachtet die Psyche und deren Abteilung „Unbewusstes“.



Verhaltenstherapeuten und Systemtherapeuten beobachten die Interaktion zwischen Soma und Psyche – z. B. gegenseitige eskalierende Verstärkungsprozesse



Der konstruktivistisch-systemische Therapeut beobachtet die Konstruktionen der Psyche von „ihrem“ Körper.

Nebenhende Abbildungen nach Lieb (2014, S. 6–8) sollen noch einmal verdeutlichen, wodurch sich die systemische therapeutische Perspektive bei psychosomatischen bzw. somatoformen Störungen von anderen Perspektiven unterscheidet.

Für den konstruktivistisch-systemischen Therapeuten ist der Körper nicht mehr und nicht weniger als das, worüber die Psyche des Patienten berichtet. (vgl. Lieb 2014, S. 7 f.)

VON DER PSYCHOSOMATIK ZUR SOZIO-PSYCHO-SOMATIK

Standard der meisten Therapieschulen ist es, bei psychosomatischen Störungen in das System der Psyche zu intervenieren. Seltener wird versucht, in soziale Systeme zu intervenieren.

Üblicherweise herrscht die Annahme, dass sich in einem „bio-sozio-psychosomatischen“ Modell diese Bereiche wie Teile zum Ganzen zueinander verhalten. (vgl. Lieb 2014, S. 8)

Anders stellt es sich im systemtheoretischen Konzept dar, das von der operationalen Geschlossenheit dieser drei Systeme ausgeht. Hier geht es vielmehr um die Frage, welches dieser Systeme in ihren Interaktionen miteinander jeweils Medium und welches Form ist. Mit Form ist das jeweils „härtere“ System gemeint, das den Möglichkeitsraum der Operationen des anderen Systems einengt. Folgendes Beispiel macht deutlich, was damit gemeint ist: „Der Körper ist eng an die Psyche gekoppelt. In bestimmten Situationen ist der Körper das Medium und die Psyche die Form: Bei psychischem Stress passt sich die Herzrate dem psychischen Stresslevel an, nicht der Stresslevel der Psyche einer niedrigen Herzrate.“ (Lieb 2014, S. 9)

Wenn in einer Familie (in einem sozialen System) soziale Regeln, Tabus, Ge- und Verbote „hart“ sind (Form), passt sich die Psyche dem an (Medium). (vgl. Lieb 2014, S. 9)

Welche Möglichkeiten der Ankoppelung die Psyche im Fall eines Konfliktes hat, wird im Folgenden noch näher beschrieben.

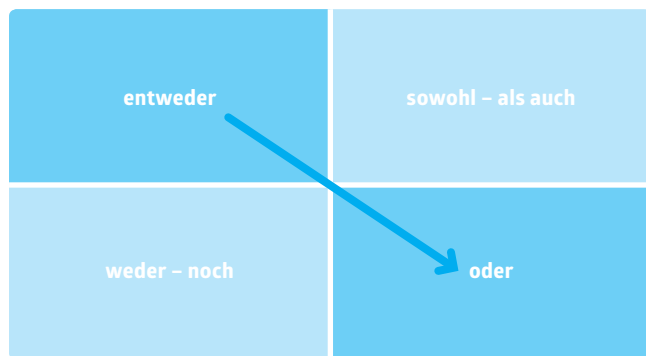
TRADITIONELLE SYSTEMISCHE HYPOTHESEN ZU GENESE UND VERÄNDERUNG PSYCHOSOMATISCHER STÖRUNGEN

In der Zeit der „Kybernetik I. Ordnung“ wurden Modelle der so genannten „**psychosomatischen Familie**“ erstellt. Salvador Minuchin, Bernice Rosman und Lester Baker veröffentlichten 1978 ihre Arbeit „Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in Context“ (1983 auf Deutsch erschienen als „Psychosomatische Krankheiten in der Familie“), die aus der Perspektive der struk-

turellen Familientherapie entwickelt wurde. Darin wurden vier Charakteristika für psychosomatische Familien herausgearbeitet:

- **Konfliktvermeidung:** Konflikte werden nicht oder wenig thematisiert.
- **Verstrickung:** Es besteht ein hohes Maß an Nähe in den Beziehungen. Die Grenzen untereinander sind unklar ausgebildet, „das Individuum [geht] gewissermaßen im System verloren“ (Minuchin et al. 1983, S. 43) und hat wenig privaten Raum.
- **Überfürsorglichkeit:** Die Systemmitglieder sind übermäßig hellhörig für die Befindlichkeiten der jeweils anderen in der Familie.
- **Starrheit:** Auf Phasenübergänge und Veränderungen, z.B. die zunehmende Autonomie eines adoleszenten Kindes, wird wenig flexibel reagiert. Die Familie versucht, altgewohnte Verhaltensweisen beizubehalten, statt sich den Veränderungen anzupassen. (vgl. Eder 2008b, S. 195)

Ein weiteres Beschreibungsmodell familiärer Beziehungsstile stammt von der Heidelberger systemischen Schule. Aus dem von Fritz Simon entwickelten **Tetralemma-Konfliktmodell** lässt sich eine therapeutische Meta-Strategie ableiten.

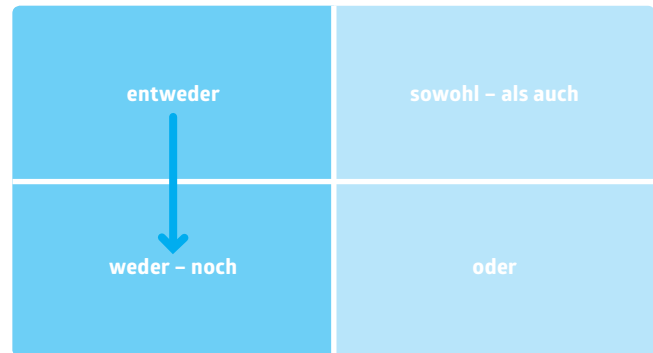


Konfliktlösung mit Symptom (nach Simon 2001)

In diesem Modell wird angenommen, dass Familien, die Konflikte in erster Linie mit einer zweiwertigen Logik zu lösen versuchen („wahr oder falsch“ – „alles oder nichts“ – „entweder-oder“), Probleme mit der Aufrechterhaltung ihrer Identität oder mit einzelnen Mitgliedern haben, wenn ein Mitglied auf die Seite geht oder zu gehen droht, die von der Familie abgelehnt wird. In dieser Phase können somatoforme Symptome auftreten, denen nach diesem Konzept eine Konfliktbewältigungsfunktion zugesprochen wird. (vgl. Lieb 2014, S. 9)

Als weiteres Konfliktlösungsmuster der Heidelberger Schule gilt, wenn neben der als vom System positiv bewerteten Seite, nur noch die Möglichkeit gesehen wird, auf die Weder-Noch-Seite zu gehen. Man hält

sich gewissermaßen aus dem kommunikativen Spiel heraus und „... macht aus seinem Herzen eine Mördergrube ...“. (Simon 2001, S. 167)



Idealtypisches psychosomatisches Muster (nach Simon 2001, S. 167)

Von Nutzen für die Therapie kann es sein, die Symptombildung und die Art der Konfliktlösung in einen hypothetischen Zusammenhang zu bringen.

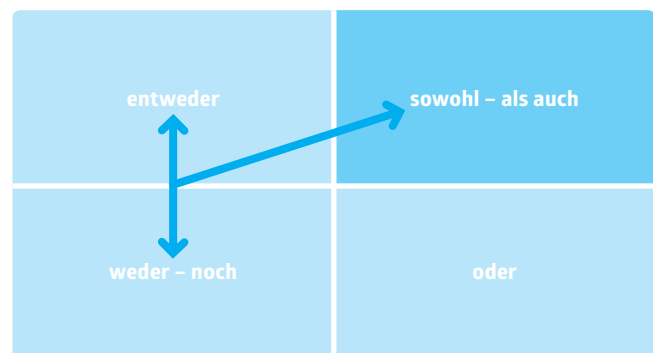
Von der Heidelberger Schule wird als zentraler Konflikt der zwischen

- Autonomie und Abhängigkeit,
- Abgrenzung und Bindung,
- Individuation und Bezogenheit

angenommen. Dieser Konflikt kann sowohl das Sozialsystem betreffen als auch intrapsychisch das einzelne Individuum. (vgl. Lieb 2014, S. 10)

Bei der therapeutischen Strategie kommt es im Wesentlichen darauf an, die harte Realität des Entweder-oder aufzuweichen. Dies geschieht dadurch, dass der Therapeut beide Seiten der Ambivalenz in das therapeutische Sprachspiel mit einbezieht, indem er z. B. das bisherige Muster auf seine Vorteile hin diskutiert und die andere Seite eher hypothetisch einführt. Der Therapeut operiert auf dem Quadranten Sowohl-als-auch. (vgl. Eder 2007, S. 81)

Therapeutische Operationen bei idealtypischen psychosomatischen Mustern: Einführen des Sowohl-als-auch (nach Simon 2001, S. 169)



PSYCHOSOMATISCHE SYSTEMTHEORIE II: KOPPELUNG VON KÖRPER, PSYCHE UND KOMMUNIKATION

Wenn es bei psychosomatischen Störungen um körperliche, psychische und soziale Komponenten geht, müssen nach Lieb (2014, S. 11) die spezifischen Koppelungen dieser drei Systeme beleuchtet werden:

- Körper mit Psyche
- Körper mit Kommunikation
- Einzelklient (zusammengesetzt aus Psyche und Körper) mit Kommunikation

Beispiel: Ein „hartes“ Kommunikationssystem einer Familie engt den Spielraum der Psyche ein. Aus diesem Grund werden eigene Autonomiewünsche zurückgestellt. Das wiederum kann innerhalb der Psyche zu stressrelevanten Konflikten führen. Der Körper mit seiner Autopoiese koppelt an diesen Stress der Psyche mit z. B. einer permanent hohen Herzfrequenz an.

In diesem Fall kann das Sozialsystem als Form für das Medium Psyche und die Psyche als Form für das Medium Körper angesehen werden.

Folgt man diesem Beispiel, wären Interventionen im Bereich des Familiensystems, die zu Veränderungen in der Kommunikation und den Spielregeln führen, Interventionen in die Umwelt der Psyche. Reduziert sich nun innerhalb der Psyche der Stress, so bedeutet diese Reaktion wiederum eine Veränderung in der Umwelt des Körpers. Darauf dürfte dieser ebenfalls aufgrund der Koppelung von Psyche und Soma mit einer Veränderung (z. B. mit einer niedrigeren Pulsfrequenz) reagieren.

Aus systemtheoretischer Sicht ist das die Begründung dafür, warum „Familientherapien“ Bedeutung für die Veränderung von Körpersymptomen haben können: Weil sich dadurch relevante Umwelten ändern. (vgl. Lieb 2014, S. 11)

„PSYCHOSOMATISCHE FAMILIENMUSTER“: PRODUKT THERAPEUTISCHER BEOBACHTUNGEN

Lieb (2014, S. 12) weist auch darauf hin, dass es sich bei der Beschreibung familiärer Muster rund um ein körperliches Symptom trotz der Nützlichkeit für die Therapie nicht um Merkmale der damit beschriebenen Familien handelt, sondern um **Beschreibungen von Beobachtern**.

Zu dieser Aussage kann man auch auf empirischem Wege gelangen, wenn man zur Kenntnis nimmt, wie unterschiedlich Familien sind, denen gemeinsam ist, dass sie ein Mitglied mit einer somatoformen Symptomatik haben. So gibt es zum Beispiel auf der einen Seite Beschreibungen von „psychosomatischen Familien“, die als übermäßig involviert in gegenseitiger Fürsorge

gelten, auf der anderen Seite aber auch solche, die die familiäre Bindung als sehr niedrig mit emotionaler Vernachlässigung und fehlender Geborgenheit einschätzen. Manche Studien stellen diese Familien als unflexibel gegenüber Veränderungen dar, andere beschreiben die erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber körperlichen Vorgängen als psychosomatisches Familienmuster. Es existieren auch Studien zum Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und Misshandlung in einer Familie und einer späteren somatoformen Schmerzstörung des Kindes.

„Auch hier gilt vermutlich, was für alle Schulen gilt: Wer ein bestimmtes Konzept hat, kann sein Klientel so interviewen und beobachten, dass es am Ende dazu passt.“ (Lieb 2014, S. 12)

BESONDERHEITEN IN DER THERAPEUTISCHEN ARBEIT MIT PSYCHOSOMATISCHEN KLIENTEN

DIE PSYCHOSOMATISCHE THERAPIE- BEZIEHUNG – ZWISCHEN MONOLOG UND DIALOG

Er hat keinen Rat für den anderen.
Jedoch stellt er eine Situation her, in der deutlicher wird,
was der andere im Grunde für sich selber will.
Peter Sloterdijk, Der Zauberbaum

In der Regel erzählen psychosomatische Klienten bestimmte Geschichten über ihr Leiden immer und immer wieder. Diese eingeschliffenen Geschichten haben Familienmitglieder, Freunde, Bekannte, Ärzte und Gutachter schon sehr oft gehört. Sie erzählen meistens nichts Neues. Trotzdem wünschen sie sich, dass ihr Gegenüber zuhört, denn es ist „ihre Geschichte“.

Im systemischen Denken ist es nicht sinnvoll, jemanden die gleiche Geschichte, die er ohne nachzudenken erzählen kann, immer wieder genau so erzählen zu lassen. Damit der Klient zu neuen Sichtweisen kommen kann, ist es viel hilfreicher, sich die Geschichte einmal anders erzählen zu lassen (*Verstörung eingefahrener Denkmuster*). (vgl. Hähnlein & Rimpel 2008, S. 199) Lothar Eder (2007, S. 98) schreibt dazu:

Erlebtes und erzähltes Leben sind rekursiv miteinander verknüpft. Damit ist die Grundannahme einer systemischen Psychotherapie die, dass eine Veränderung des erzählten Lebens zu einer Veränderung des erlebten Lebens führen kann.

Beim Erzählen ihrer Symptomgeschichte sind viele psychosomatischen Klienten kaum zu stoppen. Sie erzählen und erzählen, wenn man sie lässt. Aus therapeutischer Sicht ist es sinnvoll, diesen Redefluss möglichst rasch zu unterbrechen und detailliert nachzufragen. Damit der Klient nicht das Gefühl bekommt, dass man seine Geschichte nicht hören will, bedarf es seiner speziellen Erlaubnis für das konkrete Nachfragen. Man muss dafür werben, weil man genau wissen und

verstehen will, weil man die wirkliche Geschichte mit Affekten und Emotionen hören möchte. Wesentlich daran ist, dass der Klient sie in dieser Weise dann auch das erste Mal erzählt und hört.

Diese veränderte Form des Gesprächs bedeutet für den Klienten, dass er bekannte Pfade verlässt und unsicher wird. Ein feinfühligere Umgang des Therapeuten mit dieser Tatsache ist umso wichtiger. (vgl. Hähnlein & Rimpel 2008, S. 200 f.)

DAS PROBLEM DES ZUGANGS ZU PSYCHOSOMATIKERN

DER SYSTEMISCHE ERSTKONTAKT – DIE WERBUNG

Dem Überweisungskontext sollte im Erstkontakt mit psychosomatischen Klienten viel Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die intensive Abklärung, wer denn dieses Gespräch mit welcher Vorstellung angeregt habe, gibt oft viel Aufschluss über die diesbezüglichen Ideen des Klienten und auch über sein Wertesystem. (vgl. Hähnlein & Rimpel 2008, S. 209–212)

Bevor Klienten eine Psychotherapie beginnen, haben sie zumeist schon eine wahre Odyssee an Arztbesuchen und Untersuchungen hinter sich. Immer wieder wird ihnen gesagt, dass sie „nichts hätten“ und „völlig gesund seien“, obwohl sie unter Beschwerden leiden, die sie selbst an schwerwiegende organische Erkrankungen denken lassen. Es hat den Anschein, dass die Diagnose einer psychosomatischen oder neurotischen Störung immer noch eher wie eine Verlegenheitsdiagnose gehandhabt wird, wenn organische Untersuchungen nichts ergeben. (vgl. Hähnlein & Rimpel 2008, S. 37–38)

Dies macht verständlich, dass psychosomatische Klienten einer Psychotherapie eher skeptisch gegenüberstehen und dass der Therapeut erst für eine Behandlung werben muss. Klienten müssen das Gefühl bekommen, dass sie gut aufgehoben sind und ihnen die therapeutische Behandlung etwas bringt. Hähnlein & Rimpel (2008) beschreiben in diesem Zusammenhang die Technik der **wertschätzenden Skepsis** als gut geeignet. Dabei geht es um eine besondere Form von „Neutralität“ gegenüber der Ansicht, dass eine psychosomatische Behandlung in jedem Fall etwas Hilfreiches ist. Zum Beispiel wird in wertschätzender Form in Frage gestellt, ob man mit Gesprächen überhaupt etwas direkt an den Rückenschmerzen des Klienten

verändern kann. Dadurch erhält dieser die Gelegenheit zu überprüfen, ob ihm das Angebot vielleicht trotzdem etwas bringen könnte. (vgl. Hähnlein & Rimpel 2008, S. 213–214)

WARUM IST PSYCHOGENESE BEI PATIENTEN UND IHREN ANGEHÖRIGEN SO UNBELIEBT?

Worin liegen eigentlich die Gründe, dass psychosomatische Klienten häufig so schwer für den Gedanken einer Psychogenese ihrer Erkrankung erreichbar sind? Man müsste doch meinen, dass diese Klienten froh darüber sind, dass ihnen doch nichts schwerwiegendes Körperliches fehlt.

Es gibt somatische Krankheiten, die eine Art Schicksalsschlag sind – z. B. kann kein Mensch etwas dafür, wenn er beispielsweise plötzlich an Brustkrebs erkrankt. Für andere Erkrankungen gibt es Risikofaktoren, deren Vermeidung ein Erkrankter hätte verhindern können, z. B. Rauchen bei Lungenkrebs. Somit gibt es also auch bei somatischen Erkrankungen eine Verantwortlichkeit für die eigene Gesundheit.

Im systemischen Denken ist es nicht sinnvoll, jemanden die gleiche Geschichte, die er ohne nachzudenken erzählen kann, immer wieder genau so erzählen zu lassen. Damit der Klient zu neuen Sichtweisen kommen kann, ist es hilfreicher, sich die Geschichte einmal anders erzählen zu lassen.

Bei psychogenen Erkrankungen scheint die Eigenverantwortlichkeit und somit die **Schuldfrage** eine noch viel größere Bedeutung zu haben. Da gibt es auf der einen Seite die eigene Schuld, dass man sich offensichtlich nicht ausreichend um sich und seinen Körper gekümmert hat, und auf der anderen Seite die fragliche „schuldhafte Beteiligung“ der Umwelt. Niemand ist gerne dafür verantwortlich, dass z. B. der Partner ständig unter Kopfschmerzen leidet oder das Kind eine Autoimmun-erkrankung entwickelt hat. Es stellt sich die Frage: Wohin mit der Schuld, und wie soll man das wiedergutmachen?

Für manche taucht auch die Frage auf, ob **psychogene Schmerzen** tatsächlich so weh tun wie „echte Schmerzen“, oder ob sie vielleicht nicht einfach weniger ernst zu nehmen sind.

Ein anderes Argument für die Unbeliebtheit der Psychogenese ist die gesellschaftlich immer noch weit **geringere Akzeptanz von psychischen Erkrankungen** ge-

genüber somatischen Erkrankungen. (vgl. Hähnlein & Rimpel 2008, S. 221–222)

GEFAHR DES GESICHTSVERLUSTS

Gesichtsverlust stellt eine Bloßstellung des Klienten dar, darüber soll sich jeder behandelnde Therapeut im Klaren sein. Symptome der Klienten stellen einen Lösungsversuch dar und sind in der Regel mit irgendeiner Form von „Gewinn“ durch die Erkrankung verbunden, z. B. Schonung oder eine spezielle Form von Zuwendung. Durch eine für das Krankheitsbild ungewöhnliche oder zu schnelle Heilung kann die Symptomatik als „absichtlich gemacht“ gedeutet und der Betroffene als Profitierender „entlarvt“ werden. (Legitimiert würde die rasche Symptombeseitigung nur durch ein „Wunderheilverfahren“ oder durch einen „Wunderdoktor“.)

Weiters würde eine vorschnelle „Übersetzung“ der psychosomatischen Beschwerden in vermeintlich dahin-

der Therapeut wirklich Anteil an dem persönlichen Schicksal nimmt oder ob ihm sein Terminplan wichtiger ist.

Bei gewissen Klienten ist es empfehlenswert, sich etwas Zeit für ein solches Türklingsgespräch zu reservieren, sodass man noch aufmerksam auf das Gesagte reagieren und nachfragen kann. Außerdem bleibt so noch Zeit, um dem Klienten zu erklären, dass man das angesprochene Thema für sehr wichtig hält und dass man es gerne beim nächsten Mal wieder ansprechen würde. Dadurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich der Klient nicht wieder verschließt und im nächsten Gespräch die Rückkehr zu diesem Thema erlaubt. (vgl. Hähnlein und Rimpel 2008, S. 224–226)

DER UMGANG MIT UNANGENEHMEN

VERHALTENSWEISEN VON KLIENTEN

Gelegentlich kommt es vor, dass insbesondere „klagende“ psychosomatische Klienten beim Therapeuten eine negative Reaktion auslösen. In so einem Fall kommt es darauf an, an dem jeweiligen Klienten etwas zu suchen, für das man ihn mögen kann.

Wenn es bei bestimmten Klienten überhaupt nicht gelingt, einen solchen positiven emotionalen Zugang zu finden, empfehlen Hähnlein und Rimpel (2008) eine hilfreiche innere Haltung, die sie als „Mikroskopblick“ bezeichnen. Wie beim Betrachten ungewöhnlicher Erscheinungen unter einem Mikro-

skop wird eine distanziert forschende Neugier und naturwissenschaftlich analytische Betrachtungsweise geweckt. Diese hilft dem Therapeuten beim genauen Beobachten dessen, was der Klient vor ihm mit welchen Mitteln und Verhaltensweisen eigentlich tut, welcher Sinn dahinter stecken könnte und was dies in anderen Menschen auslöst. Die Wertschätzung liegt hier darin, dass man davon ausgeht, dass auch sehr unangenehmes Verhalten einen Sinn haben muss. Mit hoher Wahrscheinlichkeit hat es Erlebnisse im Leben des Klienten gegeben, die ihn so zu reagieren gelehrt haben oder in denen dieses Verhalten sich optimal bewährt hat. (vgl. Hähnlein & Rimpel 2008, S. 229–231)

SPEZIFISCHE PROBLEMBESCHREIBUNGEN, DIE ENG MIT KÖRPER UND ERLEBEN VON KÖRPERLICHEM SEIN VERBUNDEN SIND

Brigitte Lassnig (2015) greift in diesem Zusammenhang drei Aspekte aus der therapeutischen Praxis heraus:

Gelegentlich kommt es vor, dass insbesondere „klagende“ psychosomatische Klienten beim Therapeuten eine negative Reaktion auslösen. In so einem Fall kommt es darauf an, an dem jeweiligen Klienten etwas zu suchen, für das man ihn mögen kann.

ter liegende psychische Konflikte ebenfalls wie eine Bloßstellung wirken und einen Gesichtsverlust bedeuten. Aus diesem Grund sollte die Feststellung einer kausalen Verknüpfung zwischen physischen und psychischen Beschwerden einzig beim Klienten liegen. (vgl. Hähnlein & Rimpel 2008, S. 222–223)

DAS TÜRKLINKENGEPRÄCH

Hähnlein & Rimpel (2008) messen dem sogenannten Türklingsgespräch eine besondere Bedeutung bei. Damit sind jedoch nicht solche Situationen gemeint, in denen manche Klienten ihr offensichtliches Bedürfnis nach mehr Zuwendung zeigen und sich deshalb häufig noch etwas sehr Wichtiges bis zum Schluss aufheben. Es handelt sich vielmehr um die Situation, in der ein Klient am Ende eines Gesprächs beim Hinausgehen einen Konflikt, evtl. die Ursache und Grundlage der Gesamtheit seiner Symptome anspricht. Das Ansprechen „heißer“ Themen in einer Türklingsituation bietet eine gewisse Sicherheit, weil man gleich gehen kann. Möglicherweise prüft der Klient auch, ob

ICH BIN LEIB/KÖRPER – IDENTITÄT ALS PROBLEMTHEMA IM THERAPEUTISCHEN PROZESS

Klienten beschreiben körperliche Makel oder körperliches Unvermögen als Quelle von psychischem Leid. Dabei kann es sich um folgende Themen rund um das problematische Erleben von körperlichem Sein und der damit verbundenen Identitätskonstruktion handeln:

- Ich bin Frau/Mann, jung/alt und erlebe mich benachteiligt.
- Ich bin krank/behindert, verunstaltet und wertlos.
- Ich bin zu dick und werde dadurch weniger anerkannt.

Erfahrungen von Entwertung, Benachteiligung und Diskriminierung im Außen führen zu einem Selbsterleben, das von Verunsicherung, Zweifel und Enttäuschung geprägt ist. Dem gegenüber steht die Vorstellung, dass in einem anderen Körper, der beispielsweise jünger, gesünder, etc. wäre, sich soziale Hoffnungen realisieren ließen und alle Sehnsüchte sich erfüllen würden.

„Körper wird hier selbstreferentiell beschrieben und erfahren („Ich bin.“) und als Quelle von sozialem Leid beobachtet.“ (Lassnig 2015, S. 17)

In der psychotherapeutischen Praxis begegnen uns solche Klienten anfangs als Klagende, deren gesamte Aufmerksamkeit sich auf den oftmals unveränderlichen Körperzustand fokussiert. Das behutsame gemeinsame Erarbeiten von möglichen Zielen, die den körperlichen Zustand zwar nicht verändern, das Leiden daran aber verringern können, ist ein wesentlicher Aspekt der therapeutischen Arbeit in diesem Zusammenhang.

Wichtig für diesen Findungsprozess ist, dass

- Erzählungen über die sozialen Auswirkungen von körperlichem Sein genug Raum gegeben wird,
- einschränkende, diskriminierende und kränkende Erfahrungen gewürdigt werden und Opferschaft als solche anerkannt wird,
- wir uns die Zeit nehmen, um Hoffnungen und Sehnsüchte zu hören und auch die Versuche, diese zu realisieren, sehen
- und uns erst dann die Erlaubnis holen hinzuschauen, welche Möglichkeiten sich innerhalb von Psychotherapie auftun, das Leiden zu verringern. (vgl. Lassnig 2015, S. 18)

ICH HABE EINEN KÖRPER UND BEZIEHE MICH DARAUF – KÖRPERBEZIEHUNG ALS PROBLEMTHEMA IM THERAPEUTISCHEN PROZESS

Unter diesem Punkt bezieht sich Lassnig (2015) auf den fremdreferentiellen Aspekt von Körper und Psyche: „Ich (Psyche) habe einen Körper und eine Beziehung zu ihm.“

Verunsicherungs-, Bedrohungs-, Gewalt- und Miss-

brauchserfahrungen fordern das körperliche und das psychische System zu Anpassungsleistungen heraus. „Diese Anpassungsleistungen des psychischen Systems könnte man auch als zirkulär-reaktive, mit Sinn unterlegte Reaktionen auf körperliche Erfahrungen beschreiben und damit dem Beziehungsaspekt gerecht werden.“ (Lassnig 2015, S. 18)

Beziehungsgestaltung zum Körper kann sich auf unterschiedliche Weise realisieren. So beschreiben Klienten beispielsweise ihre Körperbeziehung folgendermaßen: „Meinem Körper kann ich nicht trauen.“ „Ich erlebe meinen Körper als Gefängnis.“ „Mein Körper ekelt mich an.“ „Ich kann mir nicht vorstellen, wie es ist, seinen Körper zu mögen.“

Der Fokus therapeutischer Interventionen richtet sich in diesen Fällen auf eine Verbesserung der Beziehungsgestaltung zum Körper. (vgl. Lassnig 2015, S. 18)

ICH BEOBACHTE MEINEN KÖRPER – BEOBACHTUNG DES KÖRPERS ALS THEMA DER THERAPIE

Körper ist immer beobachteter Körper. Bestimmte Zustände und Phänomene kommen in den Fokus der Aufmerksamkeit, andere nicht.

Unwillkürliche Aufmerksamkeitsfokussierung entsteht dort, wo sich über den Körper Abweichungen und körperliche Krisen bemerkbar machen (Hunger, Durst, Erschöpfung, Erregungszustände, ...).

Von willkürlicher Fokussierung sprechen wir, wenn wir die Aufmerksamkeit auf Körperzustände lenken und diese mit Unterscheidungen und Bezeichnungen unterlegen. (vgl. Lassnig 2015, S. 19)

Zum Thema der Therapie wird beobachteter Körper dort, wo Klienten körperliche Zustände als psychisch verursacht erklären, oder ihre Zustände von anderen als psychisch verursacht erklärt werden. Aus der Sicht von Lassnig (2015) sind folgende Fragestellungen hochbedeutsam für das Entwickeln eines guten Rahmens für erfolversprechende therapeutische Arbeit:

- Welche (und wessen) Beobachtungen/Unterscheidungen sind im Spiel, wenn Klienten mit einer Diagnose wie Somatisierungsstörung in Therapie kommen?
- Welche davon sind hilfreich und weiterführend?
- Welche reduzieren und führen in die Enge?

Das Spannungsfeld, in dem sich Klienten befinden, wird deutlich sichtbar durch Unterscheidungen, wie

- körperlich krank/psychisch krank,
- Schmerzen körperlich bedingt/Schmerzen psychisch bedingt,
- Hilfe durch Medikamente, invasive Methoden / Hilfe durch Reflexion und Gespräch.

Körperbeobachtung wird weiters zum Thema der Therapie, wenn zu viel oder zu wenig davon ein Teil des Problems wird.

Ein typisches Beispiel für zu viel Körperbeobachtung sind Klienten, die aufgrund eines Paniksyndroms therapeutische Hilfe suchen. Aus Angst davor, dass ihr Körper sie im Stich lassen könnte, und gleichzeitig als Lösungsversuch, um die Kontrolle zu behalten, richten sie ihre Aufmerksamkeit verstärkt auf den Körper und seine Reaktionen. Dieses Zuviel an Körperbeobachtung schränkt jedoch den Lebensraum ein und kann dadurch den Angstkreislauf aufrecht erhalten. Eine Veränderung der Aufmerksamkeitsfokussierung ist hier ein wichtiger Teil der therapeutischen Arbeit, damit Klienten Erfahrungen von Vertrauen auf ihren Körper und sein Funktionieren machen können. (vgl. Lassnig 2015, S. 19)

Zu wenig Körperbeobachtung passiert dort, wo Klienten in ihren Erzählungen und Selbstbeschreibungen ihren Körper und damit auch oft körperliche Bedürfnisse außer Acht lassen.

Wenn Klient_innen für Körperzustände keine Beschreibungen zur Verfügung haben, deren Sprache wenig auf Gefühle (wieder verstanden als beobachtete Körperzustände) rekurriert und sie sich ihren Symptomen ausgeliefert erleben, können therapeutische Gespräche Klient_innen behilflich sein, eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit zu entwickeln – sie können helfen, Körperzustände in Gefühle zu übersetzen, diese verstehen zu lernen (d. h. neue hilfreiche Sinnkonstruktionen zu entwickeln). (Lassnig 2015, S. 19)

THERAPEUTISCHE METHODEN UND INTERVENTIONEN IN DER SYSTEMISCHEN PSYCHOSOMATIK

Im Folgenden möchte ich exemplarisch drei systemische und hypnotherapeutische Interventionstechniken näher beschreiben, die sich speziell für die Arbeit mit psychosomatischen Klienten eignen.

IDIOGRAFISCHE SYSTEMMODELLIERUNG

Klienten mit psychosomatischen Störungen fällt es in der Regel schwer, Zusammenhänge zwischen den psychosomatischen Symptomen und bestimmten Lebensumständen, persönlichen Einstellungen und Konflikten zu erkennen. Die von Günter Schiepeck entwickelte idiografische Systemmodellierung stellt ein hilfreiches Instrument dar, um solche Zusammenhänge sichtbar zu machen.

VORGEHEN DER SYSTEMMODELLIERUNG

1. Erzählen des Problemszenarios der letzten Wochen und Monate
2. Fragen nach Problemlöseversuchen, Coping-Strategien, Ausnahmen von den Problemen und konstruktiven Umgangsformen mit diesen

3. Notieren der erzählten Aspekte, Teilprozesse oder Begriffe, die dann als Komponenten verwendet werden
4. Gemeinsames Durchgehen der notierten Begriffe und Rekapitulieren oder Modifizieren der Bedeutung
 - > Die verwendeten Begriffe sind „Variablen“, die intraindividuelle oder interpersonelle Aspekte eines umfassenderen Systems, z.B. Kognitionen, Emotionen, Motive, Verhaltensweisen und Ähnliches bezeichnen.
5. Gemeinsames grafisches Darstellen der einzelnen Komponenten und deren Wirkung aufeinander
 - > Die Wirkung aufeinander wird in Form von Pfeilen dargestellt, die durch „+“ oder „-“ qualifiziert sind. „+“ steht für eine gleichgerichtete Relation (z. B. „Je schlimmer die Schmerzen, umso größer die Angst“ oder umgekehrt). „-“ bedeutet eine gegengerichtete Relation (z.B. „Je größer die Angst, umso weniger soziale Kontakte“ oder umgekehrt.)
 - > Es sind sowohl direkte Wechselwirkungen zwischen zwei Komponenten möglich (z. B. Schmerzen und Angst aktivieren und triggern sich gegenseitig in jeweils entgegengesetzter Richtung) als auch Schleifen, die mehrere Komponenten einbinden (z. B. finden mehr „soziale Kontakte“ statt führt das zu mehr „Aktivität und Bewegung“, dies wiederum beeinflusst die „depressive Stimmung“ positiv, was wiederum weniger „Schmerzen“ zur Folge hat).

Wo vorher möglicherweise nur einseitige Ursache-Wirkungs-Relationen denkbar waren, werden im idiografischen Systemmodell durch die Vernetzung der Komponenten Zusammenhänge deutlich, die vorher nicht gesehen werden konnten. (vgl. Grossmann 2014, S. 38–39)

GESCHICHTEN

„Menschen sind unverbesserliche und geschickte Geschichtenerzähler, und sie haben die Angewohnheit, zu den Geschichten zu werden, die sie erzählen. Durch Wiederholung verfestigen sich Geschichten zu Wirklichkeiten, und manchmal halten sie die GeschichtenerzählerInnen innerhalb der Grenzen gefangen, die sie selbst erzeugen halfen.“ (Efran et al. 1992, zit. nach Hähnlein & Rimpel 2008, S. 174)

Aus diesen Betrachtungen der Wirklichkeitskonstituierung ergeben sich therapeutisch viele Möglichkeiten, die Weltsicht oder Wirklichkeitskonstruktion des Einzelnen gemeinsam mit ihm „umzuschreiben“. Insbesondere narrative Systemiker, die davon ausgehen, dass die Wirklichkeit sowieso aus Geschichten besteht, werben für den therapeutischen Einsatz von Geschichten.

Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten, um mit Geschichten zu arbeiten:

- Welche Geschichte erzählt dein Körper über dich? Welche nicht?
- Wer in deiner Familie erzählt welche Geschichte über dich?
- Was werden deine Enkel über dich erzählen?
- Welche Geschichte hat man vor deiner Geburt über dich erzählt?

Außerdem kann das Erzählen von Geschichten als eine Form von Distanzierungstechnik genutzt werden. Dadurch wird Klienten ermöglicht, auf Abstand zu gehen, ihre Ressourcen wieder zu entdecken und sich dann eigene Lösungen zu erarbeiten oder aber an Gefühle näher heranzurücken, an die sie sich ohne die Geschichte nie herantrauen würden.

Gute therapeutische Geschichten sollten für den Klienten genügend Möglichkeiten zum Andocken im Sinne von Identifikation und Pacing geben und eine Erweiterung seiner Handlungsoptionen bedeuten. Die Geschichte selbst kann dabei „wahr“ sein oder auch nicht. Außerdem ist das richtige Timing und die Einstimmung des Zuhörers auf die Geschichte enorm wichtig.

„Die Geschichte sollte den Klienten werbend hineinholen ins Geschehen, ihn dabei in seiner Weltsicht nicht einengen, genug mit ihm zu tun haben, aber eben auch nicht zu viel. Veränderung braucht Zeit, Reifungsprozesse auch. Das sollte sich beim Erzählen widerspiegeln.“ (Hähnlein & Rimpel 2008, S. 175)

Für Klienten, die emotional nur schwer erreichbar sind, eignen sich Geschichten besonders gut, um bei ihnen anzudocken. Am Schicksal anderer Anteil zu nehmen macht einen nicht so verletzlich, wie wenn es um eigene Sorgen und Nöte geht. (vgl. Hähnlein & Rimpel 2008, S. 174-176)

DIE STELLVERTRETER-TECHNIK

„Bei anderen die Fehler zu sehen, die man selbst macht und anderen gute Ratschläge zu geben, die man selbst gut gebrauchen könnte, ist einfacher, als die eigenen Mängel und Änderungspotentiale wahrzunehmen.“ (Meiss o.J., S. 3)

Durch den Blick von außen sind wir jedoch in der Lage, Muster und Strukturen wahrzunehmen, die uns sonst verborgen bleiben.

Die im Folgenden beschriebene Stellvertreter-Technik beruht auf dem Spiegeleffekt. Eine Information, die

ein System nicht mehr erkennen kann, wird durch die Nutzung der Beobachterperspektive wahrnehmbar. Aus diesem Grund eignet sich diese Technik auch gut für Klienten mit psychosomatischen Erkrankungen, da diesen häufig schwer fällt, Zusammenhänge zwischen den psychosomatischen Symptomen, eigenen Einstellungen, Haltungen, Wertvorstellungen, bestimmten Lebensumständen und Konflikten zu erkennen. Entwickelt der Klient jedoch eine Vorstellung von einer Person, die die gleiche Störung bzw. Erkrankung wie er selbst hat, gerät er indirekt in die Beobachterperspektive sich selbst gegenüber und erkennt in der

Gute therapeutische Geschichten sollten für den Klienten genügend Möglichkeiten zum Andocken im Sinne von Identifikation und Pacing geben und eine Erweiterung seiner Handlungsoptionen bedeuten. Die Geschichte selbst kann dabei „wahr“ sein oder auch nicht.

Regel sofort und ohne Mühe, was im Leben dieser Person und damit unausgesprochen in seinem eigenen Leben nicht stimmt. (vgl. Meiss o.J., S. 3–4)

Vorgehen bei der Stellvertreter-Technik (vgl. Meiss o.J., S 5–8):

1. Aktivierung einer leichten Trance.
Es reicht gewöhnlich ein Zustand, in dem der Klient in der Lage ist, gelenkten Phantasien zu folgen, wie es in Traumreisen und bei vielen Entspannungsmethoden der Fall ist.
2. Der Therapeut bittet nun den Klienten, sich jemanden vorzustellen, der genau die gleiche Störung (das gleiche Missbefinden, den gleichen Schmerz) hat, unter der der Klient leidet.
Eine anfängliche Beschreibung aus der Beobachterposition hält Klienten davon ab, zu schnell nach der Bedeutung des Phantasierten zu suchen.
3. Der Therapeut fragt den Klienten nun nach den Gefühlen und dem Befinden der phantasierten Person.
Bei diesem Schritt geht es um die Aktivierung eines Identifikationsprozesses, bei dem sich der Klient in die Person, die ihm erscheint, hineinversetzt. Über den Stellvertreter wird wahrnehmbar, was vorher nicht gesehen und gefühlt werden konnte.
4. Was fehlt dieser Person und was bräuchte sie, damit es ihr besser geht? Was müsste sich in ihrem Leben ändern?

Hier liefert sich der Klient selbst konkrete Informationen über das, was in seinem Leben nicht stimmt und sich ändern kann. Dies hat einen wesentlich größeren Effekt, als wenn er von einer externen Person Ratschläge oder Anweisungen erhält. Da dieses Vorgehen (z.B. durch das Einfühlen in die vorgestellte Person) den Klienten auch emotional erreicht, entsteht ein intensiverer therapeutischer Effekt als durch eine rein kognitive Reflektion der psychosomatischen Zusammenhänge.

Es besteht an dieser Stelle die Möglichkeit, das beschriebene Verfahren noch folgendermaßen zu erweitern:

5. Der Therapeut leitet den Klienten an, sich eine Person vorzustellen, die genau die Störung (das Missbefinden, den Schmerz), die der Klient hat, niemals bekommen könnte und zu der diese Störung (dieses Missbefinden, dieser Schmerz) überhaupt nicht passt.

Ziel dieses Vorgehens ist, dem Klienten noch deutlicher und prägnanter zugänglich zu machen, was er selbst ändern kann.

6. Nun fragt man nach den Eigenschaften, Werthaltungen und Einstellungen dieser Person.

Was ist das für ein Mensch? Welche Eigenschaften und Einstellungen hat er? Wie lebt er? Welches Verhältnis hat er zu sich und zu anderen Menschen?

7. Schließlich kann der Therapeut den Klienten dazu anregen, sich mit der beschriebenen Person zu identifizieren.

Diese Identifikation bringt den Klienten entweder seinem Ziel näher, die psychosomatische Störung zu überwinden, indem er sich die Erreichung des Zieles innerlich vorstellt. Oder aber es entstehen an dieser Stelle Einwände gegen die Lebensart und Lebenseinstellung der vorgestellten Person. Das wiederum liefert dem Therapeuten wichtige Informationen über die Einstellungen und Werthaltungen und die Beschränkungen, die sich der Klient auferlegt.

Darüber hinaus ist es möglich, die symptomfreie Person als Ressource zu nutzen, indem man diese fragt, was sie der anderen, die die psychosomatische Symptomatik hat, raten würde, was sie im Leben anders machen könnte. Eine Verstärkung dieses Effekts erzielt man, wenn man den Klienten anleitet, aus den Augen der symptomfreien Person auf die andere zu schauen. Zum Abschluss kann man den Klienten noch dazu auffordern, sich selbst aus den Augen der Ressourcenperson zu betrachten. (vgl. Meiss o.J., S. 9)

EIN KURZER LEITFADEN ZUM SCHLUSS

Abschließen möchte ich meinen Artikel mit den Empfehlungen aus dem „TherapeutInnen-Stammbuch“ von

Christian Zníva (2016), die noch einmal die wesentlichen Punkte für die Arbeit mit psychosomatischen Klienten zusammenfassen:

- Widme der Klärung vom Zuweisungskontext und vom Auftrag viel Zeit.
- Interessiere dich, wie der Klient die körperlichen Phänomene bezeichnet, beschreibt, erklärt und bewertet.
- Würdige das mit der Körperkonstruktion verbundene Leid und interessiere dich für den Umgang damit.
- Kontextualisiere die körperliche Symptomatik und frage nach Auswirkungen.
- Frage, wie andere relevante Personen die körperlichen Phänomene bezeichnen, beschreiben, erklären und bewerten.
- Entwickle Hypothesen zur Funktionalität der Körpererzählung.
- Frage behutsam nach alternativen Konstruktionen der Körperphänomene und interessiere dich für deren Auswirkungen.
- Erwecke Neugierde für ein Leben abseits von der Körperfokussierung.
- Lade ein, Unsicherheiten zu ertragen und versuche nicht, Sicherheit zu generieren.
- Lade Klienten ein, Verantwortung für ihr Denken und Handeln zu übernehmen, um sich in ihrem Leben als selbstwirksam erleben zu können.

LITERATUR

- Eder, L. (2007): Psyche, Soma und Familie. Theorie und Praxis einer systemischen Psychosomatik. Stuttgart (Kohlhammer).
- Eder, L. (2008b): Systemische Psychosomatik Teil II. Familiendynamik 33, 2: 194-211.
- Grossmann, K. (2014): Systemische Einzeltherapie. Göttingen (Hogrefe).
- Hähnlein, V. und J. Rimpel (2008): Systemische Psychosomatik. Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Lassnig, B. (2015): Körper in der Systemtheorie – oder vom Verhältnis zwischen Landkarte und Land. Systemische Notizen 01/15: 12-20.
- Lieb, H. (2014): Ergänzendes Online-Material zum Buch: Störungsspezifische Systemtherapie. Konzepte und Behandlung. Reihe: Störungen systemisch behandeln, Band 1. Heidelberg (Carl-Auer).
- Meiss, O.(o.J.): Hypnotherapie bei psychosomatischen Störungen. Verfügbar unter http://www.ortwinmeiss.de/pdf/Artikel_Psychosomatik.pdf [31.5.2018].
- Minuchin, S., B.L. Rosman, L. Baker (1983): Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Simon, F.B. (2001): Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme-Verlag).
- Zníva, C. (2016): Es ist der Geist, der sich den Körper baut. Unterlagen 4. Systemisches Kaffeehaus Linz.