

Hesselbacher Colloquium 2013

“In welche Geschichte gehört das?”

Oder:
Wie lässt sich eine aus der Lebensgeschichte des Patienten begründete Auswahl von Zielen, Ressourcen und Lösungsansätzen in der Hypnotherapie finden?

Reinhard Weber

Seit längerem beschäftigt mich die Frage, wie man Interventionen, Ziele und mögliche Ressourcen unter den Bedingungen einer Kurzzeittherapie passgenau auswählt.

Im Rahmen meiner Tätigkeit in einer psychosomatischen Klinik mit Aufenthaltsdauern bis zu 6 Wochen bei oft multiplen Problemkonstellationen stellt sich ständig die Frage, woran genau in der begrenzten Zeit gearbeitet werden soll. Welche Themen sollen im Vordergrund stehen? Welche Ziele sind gerade jetzt von Bedeutung? Welche Ressourcen sind dafür hilfreich?

In diesem Beitrag stelle ich mein Modell dazu vor, an dem ich mich im Laufe der letzten Jahre immer stärker orientiere. Es liefert konkrete Antworten auf diese Fragen und hilft, sie aus der Lebensgeschichte des Patienten zu entwickeln. Das Modell kann für Fallbesprechungen und Supervisionen, aber auch für die eigene Therapieplanung herangezogen werden.

Idealisierte Abfolge der Therapieschritte

Das folgende Modell hierarchisch aufeinander folgender Therapieschritte leitet mich:

1. Zentrierung des Therapeuten
2. Rapportaufbau
3. Zieldefinition / Zielverhandlung
4. Ressourcensuche
5. Ökologieüberprüfung
6. Zukunftsprojektion

Reinhard Weber
Klinik Höhenried, Bernried

„In welche Geschichte gehört das?“ Oder: Wie lässt sich eine aus der Lebensgeschichte des Patienten begründete Auswahl von Zielen, Ressourcen und Lösungsansätzen in der Hypnotherapie finden?

Der Artikel geht von der Beobachtung aus, dass Patienten ein Problemmuster auf verschiedenen Ebenen gleichzeitig erleben und in ihren Interaktionen mit sich selbst und anderen inszenieren. Solche Ebenen sind z. B. die Gegenwartsfamilie, die Ursprungsfamilie, die eigene Körperebene oder auch die Ebene des Umgangs mit dem Therapeuten. Auch wenn der Patient Probleme nur auf einer einzigen Konfliktebene berichtet, sind unbewusst dieselben Konfliktmuster auf den anderen Ebenen anzutreffen. Dadurch ist jede Problemgeschichte immer auch eine metaphorische Geschichte über Konflikte und Lösungsversuche auf den anderen Ebenen. In einer Therapie ist es hilfreich, solche Probleme zu bearbeiten, die sich als wiederkehrende Muster auf den verschiedenen Ebenen zeigen. In einem zweiten Schritt sollten Ziele, Ressourcen und Lösungsmöglichkeiten dann so gewählt werden, dass der Patient sie auf möglichst vielen Ebenen gleichzeitig anwenden könnte. Das psychologische Lebensalter des Patienten im Problemzustand ist hierbei besonders zu berücksichtigen. Dieses Vorgehen bietet Kriterien, durch die die Auswahl möglicher Interventionen aus der individuellen Lebensgeschichte des Patienten begründet werden kann. Die Therapie wird dadurch effektiver. Die vorgestellten Ideen eignen sich sowohl für die Therapieplanung als auch für die Supervision.

Schlüsselwörter: Mehr-Ebenen-Kommunikation, Supervision, Hypnotherapie, psychologisches Lebensalter, metaphorische Kommunikation, Therapieplanung.

The history behind the story. Or: How to define adequately therapeutic goals, resources and solutions on the basis of a patient's individual biographical experiences

Patients experience the pattern of a certain problem simultaneously on different levels, e.g. their family, their family of origin, their body image or their interaction with the therapist. Describing their problems on one of these levels the other levels regularly are involved unconsciously. Every report of a problem on one of these levels is a metaphorical narration of conflicts and approaches for solutions concerning the other ones. Therapists first have to find out, which are the repetitive patterns of a problem. Interventions that fit on as much levels as possible will be most efficient. Of particular importance is the psychological age of the patient in the problem state. Using these ideas therapeutic decisions depend on the individual story of a patient's life. Planning therapeutic interventions as well as supervisory processes may be facilitated.

Keywords: Multi-level-communication, supervision, hypnotherapy, psychological age, metaphorical communication, treatment plan.

Reinhard Weber, Dipl.Psych.
Leitender Psychologe
Klinik Höhenried
82347 Bernried
reinhard.weber@hoehenried.de

Wenn es in einer Therapie nicht weitergeht, kann man diese Struktur benutzen, um die Problemebene grob einzugrenzen. Diese Abfolge setzt idealerweise voraus, dass der Therapeut zuerst insoweit auf die Therapie zentriert sein muss, dass er gut arbeitsfähig ist, sonst wird es schwierig werden, einen ausreichenden Rapport aufzubauen. Falls zwischen Patient und Therapeut kein ausreichender Rapport aufgebaut werden kann, wird eine Zielverhandlung nicht gelingen. Hier ergibt sich in Fallbesprechungen bereits häufig ein Lösungsansatz bzw. es lässt sich erkennen, auf welcher Ebene zunächst eine Klärung erfolgen muss.

Dieses Modell ist allerdings für die oben gestellten Fragen insofern unbefriedigend, als es noch keinen konkreten Anhalt liefert, welche Punkte konkret den Rapport fördern würden, welche Ziele anzustreben oder nach welcher Art Ressourcen zu suchen ist.

Prozessorientierte Entscheidungen in einer Hypnotherapie

Im nächsten Schritt habe ich das Kapitel „Prozessorientierte Entscheidungen in der Hypnotherapie“ von Dirk Revenstorf (2009, S. 24ff) zu Hilfe genommen und aus dem Text den Entscheidungsbaum in Abbildung 1 erstellt.

Mithilfe dieses Entscheidungsbaums lässt sich eine Hypnotherapie nach methodi-

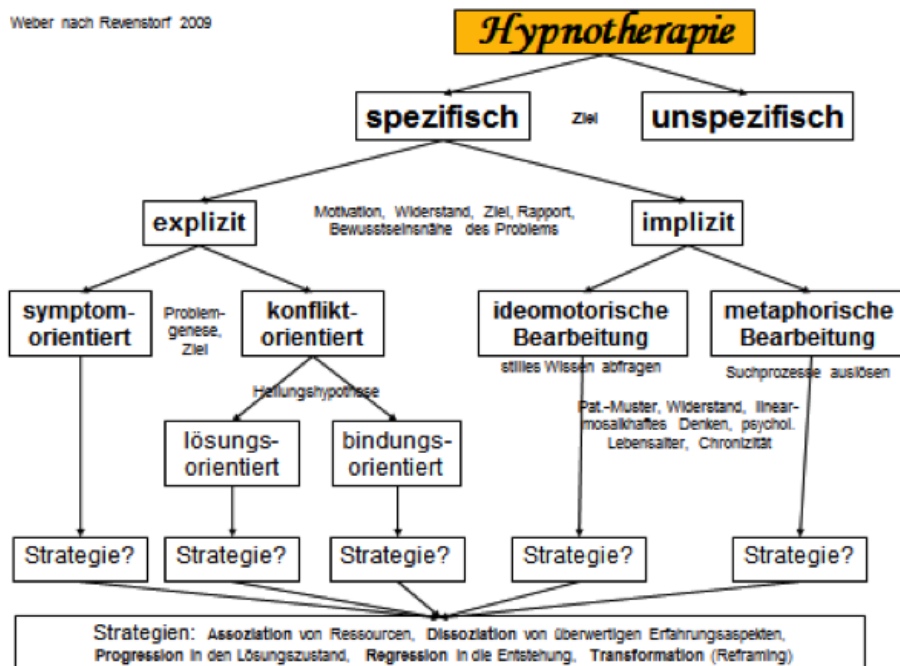


Abb. 1: Prozessorientierte Entscheidungen in einer Hypnotherapie nach Revenstorf (2009)

In welche Geschichte gehört das?

schen Gesichtspunkten in Umrissen planen. Er fordert zu methoden- und zielorientierten Überlegungen auf, aber er macht noch keine Vorgaben, nach welchen Kriterien wir entscheiden sollen, ob wir z. B. explizit oder implizit, symptom- oder konfliktorientiert, (ab-)lösungs- oder bindungsorientiert vorgehen sollen.

Um diese Entscheidungen zu erleichtern, habe ich einige Stichpunkte als mögliche Entscheidungshilfen in das Ablaufschema eingefügt. Die Ergänzung in der unteren Zeile zu den Strategien stammt dabei wieder von Revenstorf (a.a.O.).

Der Baum liest sich dann wie folgt: Wenn wir beispielsweise entschieden haben explizit zu arbeiten und dann entscheiden müssen, ob wir symptom- oder konfliktorientiert arbeiten, hängt diese Entscheidung vielleicht davon ab, wie wir die Problemgenese verstehen oder welche konkreten Ziele wir anstreben.

Wenn wir danach entscheiden wollen, ob wir eher (ab-)lösungsorientiert oder bindungsorientiert arbeiten wollen, benötigen wir eine Heilungshypothese. Denn es stellt sich die Frage, wie wir begründen können, dass wir für unseren Patienten zum gegenwärtigen Behandlungszeitpunkt eine Verbesserung eher durch eine Ablösung oder durch eine verstärkte Bindung erwarten.

Die Entwicklung einer lebensgeschichtlich begründeten Heilungshypothese

Damit stellt sich die zentrale Frage dieses Beitrags: Wie kommen wir zu einer aus dem Leben des Patienten begründbaren Heilungshypothese?

Nach meiner Beobachtung wird die Heilungsidee oftmals eher vorausgesetzt als begründet. Häufig folgt sie den Wertsetzungen des Therapeuten anstatt sich aus der Entwicklungs- oder Problemgeschichte des Patienten zu ergeben. In Fallbesprechungen erlebe ich nicht selten, dass Therapeuten sehr selbstverständlich auf Verselbständigung, Ablösung und Individuation abzielen. Sicher sind wir als Psychotherapeuten geneigt, besonders die individuelle Seite zu sehen. Aber lässt sich das Ziel der Individualisierung auch im Lebenszusammenhang für den Patienten zu diesem Zeitpunkt begründen und wenn ja wie? Wie also erhalten wir eine Heilungshypothese, die dem einzelnen Patienten gerecht wird und die gleichzeitig in erster Linie aus dessen Lebenszusammenhang – und nicht aus unserer Ideologie – begründet ist?

Fallbeispiel 1

Ein Beispiel aus einer Fallbesprechung brachte mich vor einiger Zeit auf eine Spur, die ich hier weiter entwickeln möchte:

Eine Psychotherapeutin stellt eine stationäre Patientin vor, die viel jammert und klagt und viele somatoforme Beschwerden vorbringt. Die Patientin ist kaum in die Behandlungsgruppe integriert, wirkt einsam und verloren. Anregungen der Therapeutin im Einzelgespräch werden zwar verbal aufgenommen, aber nicht umgesetzt. Insbesondere klagt die Patientin über eine massive Konfliktsituation zuhause. Der Ehemann werte sie ab, kritisiere sie, nichts mache sie richtig. Die Therapeutin ist nicht

sicher, ob nicht auch häusliche Gewalt eine Rolle spielt. Sie arbeitet auf Selbstsicherheit und Abgrenzung hin. Ihr Ziel ist es, Selbstbewusstsein und Eigeninitiative zu fördern, damit die Patientin sich künftig der Anschuldigungen erwehren kann, selbständiger wird, sich besser abgrenzen kann. Die Patientin geht auf die Bemühungen der Therapeutin aber kaum ein. Ihr Verhalten der Therapeutin gegenüber ändert sich nicht, sie klagt weiterhin viel, kann sich nicht mit möglichen Perspektiven befassen und ist nur wenig aktivierbar.

Die Problemebene aus dem Therapieablaufschemata lag hier bereits beim fehlenden Rapport, da die Patientin nicht wesentlich auf die Therapeutin reagierte. So waren auch die Ziele mit der Patientin nicht mehr wirklich zu vereinbaren. Die Therapie kam folglich gar nicht erst in Gang. In der Fallbesprechung fragte ich die Therapeutin: „Wie schätzen Sie das psychologische Lebensalter der Patientin ein, wenn sie so klagend bei Ihnen sitzt?“ Die Antwort lautete: „Gefühlt, sehr jung!“ Spontan kam danach die Aussage: „Die ist ja fast wie ein Baby!“ Im Metaphernkurs bei Ulrich Freund (mündliche Mitteilung) hatte ich vor vielen Jahren gelernt, dass eine metaphorische Therapie das psychologische Lebensalter der Patienten zugrunde legen muss und für dieses Alter stimmig sein soll. Wenn man also Geschichten und Metaphern auswählt, sollen sie dem psychologischen Lebensalter des Patienten im betreffenden Problemzustand angemessen sein. Wenn man bedenkt, dass Ericksonsche Therapie immer auch metaphorisch gedacht ist und diesen Gedanken berücksichtigt, kann man mit der oben beschriebenen Patientin zum gegenwärtigen Zeitpunkt offensichtlich nicht auf Abgrenzung, Selbständigkeit oder Selbstsicherheit abzielen. Denn diese Zielorientierung ist für „Babys“ nicht sinnvoll, sondern kommt in der Lebensentwicklung als Hauptthema erst deutlich später ins Spiel.

Das Märchen, das mir in den Sinn kam, als wir dann zusammen überlegten, was das „Baby“ denn jetzt braucht, war „Der süße Brei“. Wenn die Patientin in den beschriebenen Zustand regrediert und man sie dort abholen will, dann ist, bildlich gesprochen, erst einmal „das Füttern“ angesagt und nicht das Trennen. Wir erarbeiteten dann, dass die Therapeutin zunächst mit der Patientin alles machen solle, was ihr einfiel, um sie wie ein Baby zu füttern, zu schützen, abzuschirmen und ihr Sicherheit zu bieten. Dabei darf die Patientin selbst sein wie sie ist, sie muss keine Leistung erbringen, sie muss keine Veränderung herbeiführen oder anstreben. Sie kann einfach „da sein“ und ohne Forderungen Teil der Gruppe sein. Es soll ihr vermittelt werden: „Du bist da und du bist willkommen“ – und nichts mehr. Dieses Vorgehen wurde auch mit den übrigen Teammitgliedern (Pflegekräften, Physiotherapeutinnen, Kunsttherapeutinnen) abgesprochen, so dass sie in ihren Therapien ebenfalls diese Haltung vermitteln konnten. Nach zwei weiteren Therapiestunden bzw. nach einer weiteren Therapiewoche war bei der Patientin eine deutliche Veränderung zu spüren. Sie klagte nicht mehr so viel, sie war präsenter und offener, konnte sich mehr nach außen wenden und vermehrt Kontakte zu Mitpatienten aufnehmen. Bildlich gesprochen war sie jetzt eher bereit, sich von Mamas Arm in Richtung Umwelt zu entfernen.

In welche Geschichte gehört das?

In ihrer Lebensgeschichte war sie ein vernachlässigtes Kind gewesen, das bereits sehr jung immer wieder woanders hingegeben wurde, kaum feste Bezugspersonen hatte und früh einen sie abwertenden und kaum schützenden Mann heiratete.

Im Problemzustand – auch in der Beziehung zur Therapeutin – spielte die Patientin ganz offenbar wieder eine sehr alte Szene aus ihrer Vergangenheit nach. Sie wurde wieder wie ein kleines Baby, fühlte sich genauso hilflos wie früh in ihrem Leben. Sie hatte zunächst kaum eine Sprache für Klärungen und wirkte im Körperbild zusammengeschrumpft, unterversorgt, unbeweglich, nicht auf den Füßen stehend, so als wäre sie kaum da.

Psychologisches Lebensalter im Problemzustand

Aus diesem Beispiel können wir folgendes schließen: Selbst wenn die Ziele der Therapeutin bezüglich Selbstbewusstsein, Selbständigkeit oder gar Durchsetzung im Prinzip angemessen sind und sogar dann, wenn die Patientin diesen Zielen verbal zugestimmt hat, ist dies noch keine Antwort auf die Frage, welcher Ansatz zum gegenwärtigen Zeitpunkt gewählt werden muss. Die Frage, was die Patientin gegenwärtig zuerst benötigt, welches Teilziel als nächstes angestrebt wird und was den notwendigen Rapport schafft, kann nur aus ihrer eigenen Lebensgeschichte beantwortet werden. Im obigen Beispiel muss zunächst auf Bindung, Dasein, Füttern, Versorgen und Stützen hingearbeitet werden. Erst wenn die Patientin selbst – wie das Kind im Märchen vom „süßen Brei“ – deutlich macht, dass es nun genug des Breis ist, kann erfolversprechend der nächste Schritt folgen.

In vielen Fällen sehen wir, dass Patienten im Rahmen ihres gegenwärtigen Problemlösungsversuchs in einen früheren Lebensabschnitt zurückgehen, in dem ein mit dem gegenwärtigen Thema assoziiertes Problemmuster bestand, das damals nicht gelöst wurde. Das gegenwärtige Problem triggert sozusagen ein nicht gelöstes Problemmuster aus früheren Zeiten und macht den Patienten vergleichbar hilflos oder belastet. Man könnte diesen Gedanken vielleicht auch umkehren, indem man annimmt, dass der Patient das Problemmuster auf einer anderen Ebene wiederholt, damit das „alte“ Problem endlich gelöst werde.

Metaphorische Therapieebenen

Ich habe bei vielen Patienten beobachten können, dass in chronischen Problemkonstellationen ein bestimmtes Problemmuster gleichzeitig auf mehreren Ebenen wiederkehrt.

Abbildung 2 zeigt relevante Beziehungsebenen, auf denen Patienten ihre Problemkonstellation zur Darstellung bringen können und unbewusst, oft auch gleichzeitig, in Szene setzen.

Dies sind für mich die „metaphorischen Therapieebenen“, weil das Problemmuster auf jeder dieser Ebenen dargestellt werden kann, ohne dass wir wissen können, in welcher Geschichte es gehört, in welcher Geschichte es am meisten Sinn macht.

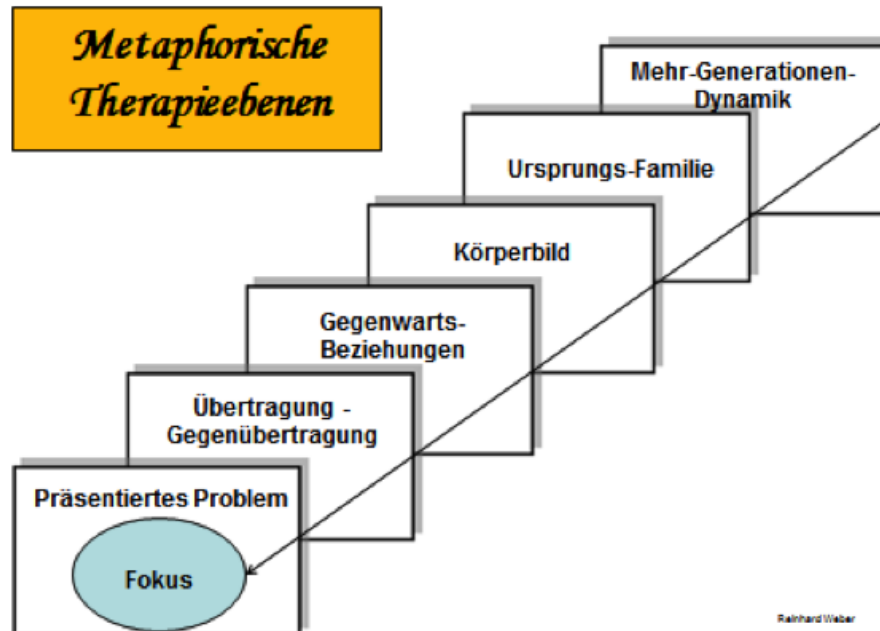


Abb. 2: Metaphorische Therapieebenen

Das Problemmuster zeigt sich im präsentierten Problem, es wiederholt sich in der Beziehung zum Therapeuten oder zum therapeutischen Team. Dies wäre der Übertragungs-/Gegenübertragungsaspekt. Er findet sich wieder in den nahen Gegenwartsbeziehungen mit Partnern und Kindern. Es zeigt sich oft auch im Körperbild, z. B. als Umgang mit dem eigenen Körper, in Haltung und Bewegung oder in Parametern wie Gewicht oder Blutdruck. Das Problemmuster bildet sich häufig ab in der Ursprungsfamilie oder noch früher unter einer Mehr-Generationen-Perspektive.

Patienten erzählen uns ein Problem oder einen Konflikt meist unter einer dieser Perspektiven. Meine Erfahrung ist, dass dieser Konflikt, wenn er chronisch ist, vom Muster her auf mehreren oder gar auf allen angeführten Ebenen wiederzufinden ist. Damit wäre die Kommunikation des Patienten auf der berichteten Ebene die explizite Beschreibung eines Problems. Gleichzeitig kann sie auf den anderen Ebenen als metaphorische Beschreibung verstanden werden. Die Darstellung des Patienten wäre in dieser Betrachtungsweise immer auch eine Geschichte (Erzählung / Historie / Metapher) über die anderen Ebenen. In Toni Morrisons Buch „Beloved“ (dt. „Menschenkind“; 1993), in dem es um die Traumata der schwarzen US-amerikanischen Bevölkerung der Sklavenzeit geht, fand ich den Satz: „In welche Geschichte gehört das?“ Diese Frage versucht das aktuelle Erleben, die innere und äußere Wahrnehmung und die Beurteilung der Situation in denjenigen Kontext zu stellen, in dem dieses Erleben

In welche Geschichte gehört das?

ursprünglich entstand und in dem es meist auch nachvollziehbar und verstehbar ist. Bezogen auf Traumata ist uns diese Sichtweise heute geläufig, doch nicht nur dort ist sie hilfreich. Nach meiner Erfahrung hilft es zum Verständnis eines Problems in der Therapie, dieselben Fragen zu stellen: In welcher Geschichte, auf welcher der obigen Ebenen macht der Bericht am meisten Sinn? In welcher Geschichte, auf welcher Ebene ist der Bericht am leichtesten zu verstehen? Wie ist/war auf dieser Ebene die Problemlage? Wie die Ressourcenlage? Würde eine Verbesserung/Heilung in dieser anderen Geschichte bzw. auf dieser Ebene eher durch Ablösung oder eher durch Bindung gefördert? Wie hätte eine Problemlösung damals ausgesehen? Könnte eine analoge Problemlösung auch heute helfen?

Konkret suche ich also bei Problembeschreibungen nach einem Beziehungs- oder Erlebensmuster mit sich selbst und mit anderen, das sich auf den verschiedenen Ebenen wiederholt. Betrachten wir dazu Abbildung 2, „Metaphorische Therapieebenen“, noch einmal. Wenn wir es senkrecht stellen könnten und die Ebenen als Glasscheiben betrachten, durch die wir von oben nach unten hindurchschauen, können wir die Beziehungsbilder auf den einzelnen Glasscheiben so lange drehen, bis wir Beziehungsmuster erkennen, die quasi übereinander liegen und sich gleichen. Dadurch lässt sich erkennen, welche Personen sich in welchen Rollen befinden, welche Probleme in welchen Phasen zu lösen gewesen wären oder auch wem heute im „Beziehungsspiel“ welche Funktionen zukommen oder zugeschrieben werden.

Fallbeispiel 2

Herr K., ca. 40 Jahre alt, hat eine leitende Funktion in einem kleinen Betrieb und betreibt nebenberuflich eine von den Eltern geerbte kleine Landwirtschaft. Er ist verheiratet und hat zwei Töchter. Die Ehefrau arbeitet in der Landwirtschaft mit. Der Patient kommt mit einer Herzkrankheit in die kardiologische Rehabilitation.

Präsentiertes Problem: Sein Ziel formulierte er etwa so: „Ich muss schnell wieder leistungsfähig werden. Ich brauche viel körperbezogene, kraftaufbauende Therapie.“ Er gibt selbst an, dass er sich Fehler und Mängel sehr zu Herzen nehme. Obwohl er wisse, dass er es meist nicht so genau nehmen müsse, könne er davon nicht lassen. Kleine Fehler werfe er sich lange vor, selbst wenn seine Leistungen dennoch weit überdurchschnittlich seien. Er finde sein Leistungsvermögen zu gering, seine Belastbarkeit zu niedrig.

Beziehung zum Bezugstherapeuten/Team: Herr K. drängt auf mehr Therapie, macht Druck, bewertet die Therapie besonders nach Leistungskriterien, baut Konkurrenz auf. Er möchte für seinen Einsatz und seine Leistung gelobt werden. Den Therapeuten fällt auf, dass er es immer eilig hat, alles genau richtig und möglichst viel machen will und mit seiner generell sehr guten körperlichen Belastbarkeit nicht zufrieden ist.

Gegenwartsfamilie: Er gibt an, es bestünden Konflikte mit der Ehefrau, die eine enge Beziehung mit ihren eigenen Eltern pflege. Bei Problemen wende sich die Ehefrau eher an ihre Eltern als an ihn. Der Patient fühle sich in der Familie außen vor.

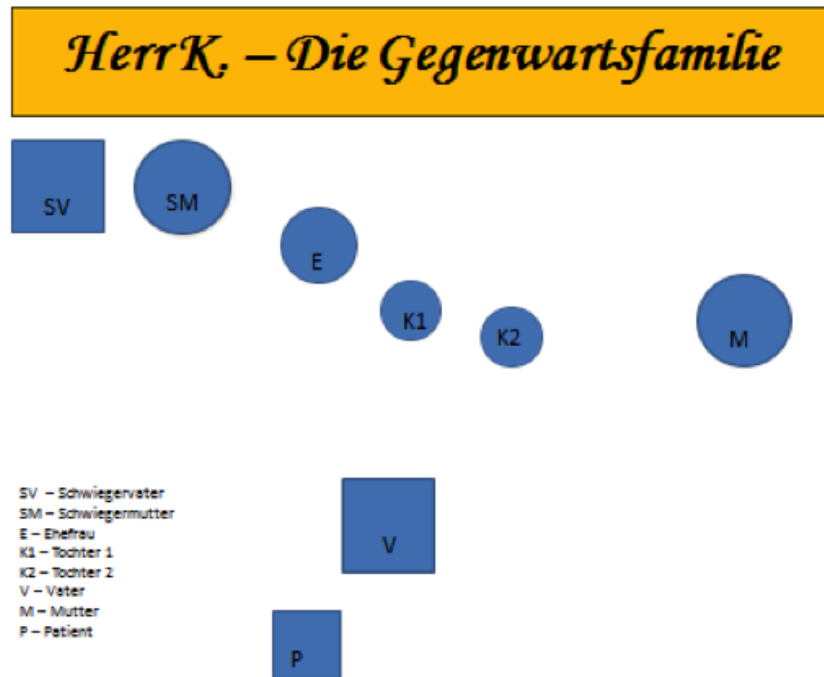


Abb. 3: Gegenwartsfamilie von Herrn K.

Deshalb und weil er immer so viel arbeite, fürchtet er, den Kontakt zu seinen beiden Töchtern zu verlieren (Abb. 3).

Ursprungsfamilie: Der Patient hat zwei jüngere Schwestern, zu denen seine Mutter eine enge Beziehung unterhält. Der Vater sei für ihn keine Unterstützung gewesen. Er war in der Familie nur wenig anerkannt, hatte auf den Bauernhof der Mutter eingehiratet, kam versehrt aus dem Krieg zurück und war danach nicht mehr voll leistungsfähig (Abb. 4).

Körperreaktion/Körperbild: Der Patient ist ständig in einer Art Übererregung. Der Blutdruck ist erhöht, die Bewegungsgeschwindigkeit ist erhöht, körperlich zeigt er sich angespannt, findet auch bei den Entspannungsübungen nur wenig Ruhe. Schlafstörungen bestehen und werden mit dem Arbeitsrhythmus begründet.

Mehr Generationen-Perspektive: Bereits der Vater hatte offenbar ein Leistungs- und Zugehörigkeitsthema zu lösen. Auf dem Land war es früher oft sehr schwierig, eine eigene Position zu erlangen und zu verteidigen, wenn man in eine Landwirtschaft einheiratete.

In welche Geschichte gehört das?

Herr K. – Die Ursprungsfamilie

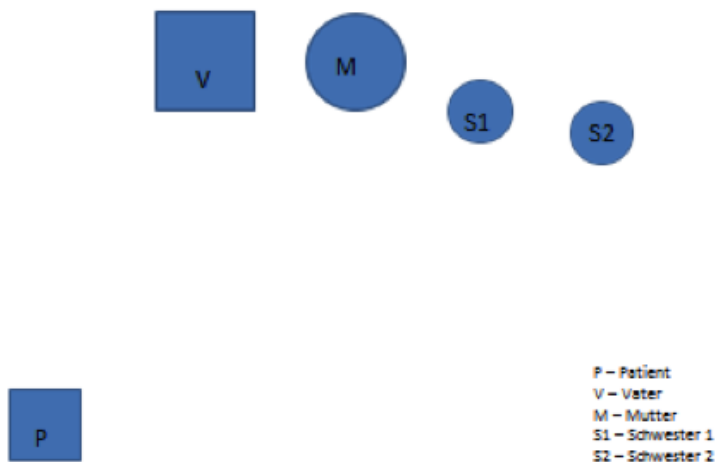


Abb. 4: Ursprungsfamilie von Herrn K.

Zusammenfassung

Wenn man die dargestellten Familienbilder der Gegenwarts- und Ursprungsfamilie anschaut und die Beziehungsbeschreibungen auf den anderen Ebenen hinzunimmt, wird deutlich, dass der Patient ein Zugehörigkeitsproblem hat. Er versucht durch Leistung, Anerkennung und Zugehörigkeit zu gewinnen. Mehr Leistung bedeutet in dieser psychischen Konstellation mehr Sicherheit, Anerkennung und Zugehörigkeit. Das gilt für die Ursprungsfamilie, für die Gegenwartsfamilie, im Umgang mit Team und Bezugstherapeut, sogar im Umgang mit dem eigenen Körper unter dem Motto: Ich akzeptiere diesen Körper nur, wenn er mir meine Leistungswünsche erfüllt, ansonsten wird er abgelehnt. Daher strengt er sich ständig an, verlangt sich und seinem Körper immer mehr Leistung ab, übergeht Erschöpfung und Müdigkeitszeichen und erlebt gleichzeitig, dass er die gewünschte Zugehörigkeit nicht erreicht. Unter einer entwicklungspsychologischen Perspektive regrediert der Patient in eine Phase seines Lebens, in der Zugehörigkeit und Leistung eine wesentliche Rolle spielen. Als Hypothese nehme ich hier etwa die Zeit zwischen dem 8. und dem 10. Lebensjahr an, in der dies entwicklungspsychologisch Thema ist. Entwicklungspsychologisch gesehen kann ein

Kind in dieser Zeit bereits wesentliche eigene Leistungen erbringen, es kann dabei auch erfolgreich sein. Bei zu hohen Anforderungen oder bei mangelnder Unterstützung und Anerkennung würde es aber in eine ständige Überforderung geraten.

Therapieoptionen unter Berücksichtigung der verschiedenen Ebenen

Das Thema der Zugehörigkeit könnte im Prinzip therapeutisch auf jeder dieser verschiedenen Ebenen bearbeitet werden. Man könnte es in der Hier-und-Jetzt-Beziehung im Umgang mit dem Therapeuten/Team aktualisieren. Man könnte es biographisch angehen und über die Beziehungen in der Ursprungsfamilie bearbeiten. Man könnte es im Rahmen der Gegenwartsfamilie im Umgang mit Frau und Kindern bearbeiten. Man könnte es im Umgang mit dem eigenen Körper im Rahmen einer Körpertherapie angehen. Die verschiedenen therapeutischen Schulen würden jeweils eine andere Interventionsebene wählen.

Meine These zur Auswahl der Ebene lautet: Im Prinzip ist die Auswahl der Interventionsebene nicht von entscheidender Bedeutung. Auf allen Ebenen bestehen letztlich plausible Ansatzpunkte.

Von weit größerer Bedeutung ist allerdings die Sichtweise auf die anzustrebenden Ziele und Ressourcen.

Hierzu lautet meine These:

Die Therapie wird effektiver, wenn sie durch die individuelle Lebensgeschichte des Patienten begründet ist und die zu erarbeitenden Lösungsmöglichkeiten metaphorisch zu vielen der oben genannten Ebenen gleichzeitig passen.

Wenn ich also auf der Ebene der Gegenwartsfamilie am Thema Zugehörigkeit arbeite, dann sollten die Lösungsmöglichkeiten metaphorisch auch für die Ebene der Ursprungsfamilie passen. Dazu gehen wir von einem etwa 8-10-jährigen Bub aus, der nach Bindung und Zugehörigkeit sucht, der wahrnimmt, dass sein Vater aufgrund mangelnder Leistungsanerkennung ins Abseits geraten ist, und der diesem Schicksal entgehen will. Welche Optionen hätte dieser Bub gehabt, bessere Lösungsmöglichkeiten für Zugehörigkeit zu finden als durch ein übertriebenes Leistungsdenken? Wie könnte sich ein 8-10-Jähriger seiner Zugehörigkeit versichern? Wer hätte dabei helfen können? Welche Informationen / Bilder / Erkenntnisse / Gespräche hätten ihm dabei helfen können oder haben vielleicht gefehlt?

Unter der Perspektive der gleichzeitigen Einbeziehung der verschiedenen Ebenen wäre therapeutisch zuerst die Sicherung der Zugehörigkeit erforderlich, weil bei einem 8-10-jährigen Kind das leistungsbezogene Ausprobieren am ehesten Erfolg haben wird, wenn es auf dem Boden einer sicheren Beziehung stattfinden kann. Erst wenn Beziehungssicherheit gegeben ist, so dass auch gelegentlich unvermeidbares Scheitern keine Katastrophe wird, könnte man auf Lösungen zurückgreifen, die erst später im Leben entwickelt werden, wie z. B. Aspekte der Selbstständigkeit, Abgrenzung, Distanzierung oder Forderungen an andere.

In welche Geschichte gehört das?

Unter der beschriebenen Patientenperspektive ist die Lösungsgestaltung also weder bezüglich der Reihenfolge noch bezüglich der Inhalte möglicher Lösungsansätze beliebig. Durch die Betrachtung, ob die Lösungsmöglichkeiten auf den verschiedenen Ebenen tragfähig sind, wird die Therapie historisch begründet. Wenn Lösungen passen sollen, müssen sie zuerst für das historisch betroffene jüngere „Selbst“ des Patienten angemessen sein. Erst danach können weitere Lösungsmöglichkeiten gefunden werden, die auf späteren Entwicklungsstufen basieren.

Im geschilderten Fall hielte ich also eine Therapie für therapeutisch nicht angemessen, die von Anfang an auf Autonomie abzielt, die vor allem das Selbstbewusstsein im Sinne einer Abgrenzung, z. B. von der Ehefrau, fördern wollte und die damit die implizite Drohung einer Trennung verstärkt.

Zusammenfassung

Das vorgestellte therapeutische Entscheidungsmodell liefert aufgrund seiner Mehr-Ebenen-Betrachtung aus der Lebensgeschichte des Patienten begründbare Kriterien zur Auswahl von Zielen, Ressourcen und möglichen Lösungsansätzen. Verschiedene Therapieschulen wählen unterschiedliche Ebenen aus, auf der sie jeweils dieselbe Problemkonstellation aktualisieren und bearbeiten. Nach meiner Ansicht gibt es keine richtige oder falsche therapeutische Ebene, allenfalls eine gangbare oder nicht gangbare, da sich, systemisch gesehen, auf allen Ebenen dieselbe Szene – nur mit jeweils anderen Protagonisten – wiederholt. Eine erfolgreiche Therapie bietet folglich Wege an, die metaphorisch auf vielen Ebenen hilfreich sein könnten oder gewesen wären.

Das konkrete Vorgehen für Therapieplanung und Fallbearbeitung lässt sich als eine Art Ablaufschema wie folgt zusammenfassen:

- Am günstigsten beschreibt man ein psychotherapeutisches Problem in Begriffen einer konkreten Beziehungsgestaltung, eines Beziehungsproblems oder eines Konflikts zwischen Anteilen einer Person (Teilekonzept).
Bezüglich unseres obigen Beispiels würden wir also nicht sagen „er ist perfektionistisch“, sondern eher „er verlangt mehr von sich, als er leisten kann“ oder „er setzt sich selbst unter Druck“. Dazu benutzt man am besten die Begriffe, die der Patient selbst verwendet.
- Danach kann man überprüfen, welches Muster sich auf den unterschiedlichen Beziehungsebenen wiederholt. Welche Ähnlichkeiten im Problem, im Lösungsversuch oder im Umgang mit anderen Menschen zeigen sich auf den unterschiedlichen Ebenen?
- In welche Lebenszeit des Patienten passt der gegenwärtige Umgang mit dem Problem? In welchem psychologischen Lebensalter musste der Patient erstmalig mit einem ähnlich beschriebenen Problem fertig werden oder dafür Umgangsweisen entwickeln?
- Wie wurden damals die Probleme angegangen? Wie sahen die damaligen Lösungsversuche aus? Gab es ein Zuviel oder Zuwenig im Rahmen dieser Lösungen?

Falls etwa eine Lösung mit dem Thema Selbständigkeit verknüpft gewesen wäre, könnte die damalige Lösung für dieses Alter ein zu hohes oder ein zu geringes Maß an Selbständigkeit bedeutet haben.

- Da die Bearbeitung des Problems auf der einen Ebene immer auch als metaphorische Bearbeitung auf anderen Ebenen zu sehen ist, wird die therapeutische Effektivität am größten, wenn mögliche Lösungen auf verschiedenen Ebenen gleichzeitig plausibel sind. Man sucht also nach Lösungsansätzen und Ressourcen, die auf verschiedenen Ebenen gleichzeitig gepasst hätten.
- Bei der Lösungs- und Ressourcensuche beginnt man am besten mit dem psychologischen Lebensalter des Patienten im Problemzustand, fragt sich, was damals gefehlt hat und entwickelt von dort aus Wege zu möglichen Lösungsszenarien.
- Die möglicherweise einsetzbaren Ressourcen werden leichter gefunden, wenn man entwicklungspsychologisch denkt und mögliche Ressourcen für die psychologische Altersstufe des Problemzustandes prüft.
- Die eingesetzten Lösungen / Geschichten / Metaphern sollten sich folglich an einen Menschen in dieser jeweils entsprechenden Phase richten.
- Wenn wir gemäß diesem Modell denken, ergibt sich, dass wir als Therapeuten ebenfalls eine Stellvertreterposition für bestimmte Protagonisten aus anderen Szenen einnehmen. Wir können uns folglich klarmachen, welcher früheren Rolle unser gegenwärtiges Handeln entsprechen könnte. Dies ist hilfreich, um unwirksame Musterwiederholungen zu vermeiden. Sich auf die Seite der Selbständigkeit zu stellen, hätte also im ersten Fallbeispiel bedeutet, dasselbe zu tun, was die Bezugspersonen in der frühen Kindheitsphase auch gemacht haben; das führt folglich zu den gleichen dysfunktionalen Lösungsversuchen bei der Patientin.
- Spätere Rückmeldungen von Patienten können sich auf andere Ebenen beziehen als auf diejenige, auf der „offiziell“ gearbeitet wurde.

Literatur

Morrison, T. (1993). Menschenkind. Frankfurt: Rowohlt.

Revenstorf, D. (2009) Trance und die Ziele und Wirkungen der Hypnotherapie. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin (S. 12 ff). Heidelberg: Springer.

Buchbesprechung

Kossak, H. (2013). Hypnose. Lehrbuch für Psychotherapeuten und Ärzte. Weinheim: Beltz Verlag, 2013, 810 S., ISBN: 978-3-621-27975-8, 79,95 €.

Der Autor legt das Lehrbuch der Hypnose 24 Jahre nach der Erstveröffentlichung in der nunmehr fünften, völlig überarbeiteten Fassung vor. In dieser Zeit haben die Akzeptanz und das Interesse an Hypnose und auch die Anwendungsbereiche und Wirksamkeitsnachweise der klinischen Hypnose substantiell zugenommen. Inzwischen existieren viele wissenschaftlich fundierte Studien und Metaanalysen, die der Autor zusammenstellt und auswertet.

Buchbesprechung

Das Werk ist in drei große Bereiche eingeteilt:

Teil I: Geschichte und Theorien (theoretische und experimentelle Grundlagen)

Teil II: Indikation und Abgrenzung (Möglichkeiten und Grenzen) sowie

Teil III: Anwendung mit den Elementen der Hypnosesitzung, Induktion der Hypnose, Beziehung zwischen Therapeut und Patient, Kombinationen mit anderen Therapieverfahren, Spezialmethoden (Imaginative Verfahren, Selbsthypnose, Hypnose bei Kindern und Jugendlichen) und verschiedene Anwendungsbereiche (Hypnose in Psychotherapie, Medizin, Zahnmedizin, Sport, Kriminologie und Forensik, Falldarstellungen).

Das Anliegen des Buches ist, von der Geschichte und Theorie der Hypnose, über ihre Grundlagen bis zur konkreten Anwendung, zu informieren. Der umfangreichste und wichtigste Teil des Buches befasst sich mit der Durchführung der Hypnose und den Kombinationsmöglichkeiten von Hypnose mit verschiedenen Therapiemethoden. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf der Kombination von Hypnose und Kognitiven Verhaltenstherapie, zum einen, weil der Autor selbst in diesem Bereich schon lange Pionierarbeit leistet und zum anderen, weil gerade diese Kombination international als zentrales Thema behandelt wird. Bei den Anwendungen werden große Bereiche der psychischen und somatischen Erkrankungen abgedeckt. Es finden sich hier auch ausgefallener Themen wie Chorea Huntington, psychogener Husten, Notfallversorgung und Notaufnahme etc. Über den nicht medizinischen Bereich hinaus werden Hypnose im Sport, in der Kriminologie und der Forensik behandelt. Im letzten Kapitel werden neun thematisch unterschiedliche Fallbeispiele mit möglichst unterschiedlichen Vorgehensweisen in der Therapie vorgestellt.

Jedes Kapitel ist weitgehend in sich abgeschlossen und kann für sich stehen. Definitionen, Praxishinweise, Anleitungen, Suggestionen, Falldarstellungen und Beispiele sind im Text hervorgehoben was die Erarbeitung und Umsetzung der Interventionen erleichtert.

Das Buch ist sowohl für die Ausbildung, als auch für erfahrene Therapeuten, Hypnoseforscher und Theoretiker geschrieben, es ist gleichzeitig ein Lehrbuch und Nachschlagewerk. Die Abschnitte über die Geschichte der Hypnose sind spannend zu lesen. Es finden sich viele Anregungen, wie Hypnose mit verschiedenen Therapieverfahren kombiniert werden kann und wie unterschiedlichste Störungen hypnotherapeutisch behandelt werden können. Dabei bleibt das Buch stets systematisch und wissenschaftlich fundiert. Ein Glossar mit den verwendeten Fachbegriffen, ein Hinweis zu den Online-Materialien, ein Verzeichnis der Imaginationsverfahren, Instruktionen und Suggestionen, ein Sachverzeichnis und Personenverzeichnis komplettieren das Buch. Auf der Homepage des Verlages werden verschiedene Audiodateien (Ruheszenen, Übungen für Studierende, therapeutische Szenen) bereitgestellt.

Fazit: Das vorgestellte Lehr- und Handbuch ist sehr informativ und lehrreich, hat eine sehr gute didaktische Struktur, unterstützt durch das Layout, und spannt einen weiten thematischen Bogen. Die Themen sind systematisch aufgearbeitet, selbst ausgefallene Spezialgebiete sind behandelt und alles lässt sich leicht auffinden. Insgesamt ist es eine wissenschaftlich fundierte praxistaugliche Zusammenstellung der Geschichte, der Grundlagen und der unterschiedlichsten Anwendungsmöglichkeiten der Hypnose. Hans Kossak hat als Einzelautor ein gutes Lehrbuch erstellt, immer wieder aktualisiert und viele auf hohem Niveau durchgeführte Untersuchungen zusammengetragen und ausgewertet. Mit dieser Arbeit hat er sich um die Hypnose verdient gemacht, dafür gebührt ihm große Anerkennung. Dem Werk sind viele Leser zu wünschen.

Dr. Matt Juliana, Berlin