

jungem Liebe und der gemeinsamen Gefühle. Das Märchen zu nutzen, um dem Paar die Erinnerung daran nahezu legen, ist analog einer posthypnotischen Suggestion: Die Ausführung hat für die Klienten scheinbar nichts mehr mit der Therapie zu tun, sondern fällt mit dem Beginn eines selbstgefundenen Lebensabschnittes zusammen.

Daß die Intervention die beabsichtigte Wirkung hatte, zeigte sich vielleicht daran, daß die Klientin aus ihrer Tablettenabhängigkeit im Betrieb kein Geheimnis mehr machen mußte: Nur weil sie ihre Angst als Zeichen ihrer tiefen Verbundenheit mit ihrem Mann akzeptiert hatte (was nur möglich war, weil ihr Mann das Symptom ebenso verstand und akzeptierte), brauchte sie sich nach außen nicht mehr zu schämen und konnte selbstbewußt durch den Betrieb gehen. Die Änderung, die sie im Verhalten ihres Mannes feststellte, bestand vermutlich darin, daß er keine Sorge mehr hatte, eine verrückte, psychisch kranke Frau zu haben. Er akzeptierte ihre Symptome jetzt als Liebesbeweise und brauchte sie deswegen nicht mehr herunterzuspielen, zu leugnen oder sich darüber zu ärgern. Folglich fühlte sie sich nicht mehr von ihm abgelehnt, unverstanden und isoliert. Das ist auch wohl der Grund, warum sie die Symptome nicht plötzlich restlos verlieren durfte und warum die verbliebenen Symptome nicht mehr störend waren: Sie wurden von dem Paar noch gebraucht, bis es genügend andere Liebesbeweise gab.

*Keywords: abuse of tranquilizers, heart attacks, anxiety-neurosis, short therapy, fairy-tale*

*Abstract: Presented is a successful short therapy of two hours within one week. The patient was a thirty year old female worker (on the assembly line) which was abusing tranquilizers chronically since three and a half years because of suffering from anxiety and neurotic heart attacks. Effective have been indirect and consequently solution orientated methods. These methods seem to be required especially by so-called "difficult" patients who first of all have to reassure themselves of their abilities, capacities and own resources. In this case it proved useful to by-pass the patient's reluctance of causing her husband to take part in the process and to induce them both to read a special fairy-tale together in order to send a different and quasi hypnotic message to each of them.*

Dr.med. Rainer Adamaszek  
Katharinenstr. 15  
2900 Oldenburg

## Hypnotherapeutische Verfahren und "Leistungsversagen"

Winfried Häuser

*Zusammenfassung: Techniken Ericksonischer Therapie und verwandter Psychotherapieverfahren werden in 3 Fällen von "Leistungsversagen" (Schule, Sport) dargestellt. Dabei wird weniger auf die detaillierte Darstellung der Techniken als auf den Verlauf der Therapie und die Abfolge der einzelnen Strategien (Versuch und Irrtum) abgehoben. In der Diskussion der Frage "Was wirkt in der Hypnotherapie?" wird der Glaube an instruktive Interaktionen und direkte Wirkungen hypnotherapeutischer Techniken (der sich auch bei M. Erickson findet) kritisiert. Innerhalb einer konstruktivistischen Sichtweise von Hypnose wird auf unerwartete Verläufe in der Therapie hingewiesen und der Stellenwert unspezifischer "Wirkfaktoren" wie Rapport gegenüber speziellen Techniken betont.*

### Vorbemerkung

Bei den Fallberichten in HyKog 7(2) 1990 beeindruckten mich die Kohärenz der dargestellten Konzepte, der therapeutischen Planung und Strategien sowie der Ergebnisse der Therapie. Ich fand viele Anregungen für meine Arbeit. Vergleiche mit der eigenen Arbeitsweise und deren Ergebnissen drängten sich mir auf. Ich kam zu dem Schluß, daß unerwartete Verläufe gegenüber kohärenten überwiegen. Daher möchte ich 3 Fälle vorstellen, welche einen Teil der Bandbreite meines Vorgehens und der "Resultate" darstellen sollen<sup>1</sup>.

Im Erstgespräch führe ich immer eine systemische Exploration (Weber & Simon, 1987) durch (überweisender Kontext, Problemdefinition, Erwartungen, bisherige Lösungsversuche, Erklärungen und Auswirkungen des Problems, Ausnahmen). Dabei suche ich nach Ansatzpunkten (hooks) für therapeutische "Interventionen". Scheint die Exploration von Erklärungen des und Interaktionen um das Problem einen Ansatzpunkt zu bieten, wähle ich anfänglich ein systemisches Vorgehen (zirkuläre bzw.reflexive Fragen; Schmidt, 1985; Weber & Simon, 1987). Ist die Frage nach Ausnahmen bzw. die Wunderfrage ergiebig, wähle ich ein strategisches Vorgehen (de Shazer, 1989). Erhalte ich über diese Wege keinen Zugang bzw. wird das symptomatische Verhalten an sich stark in den Vordergrund gestellt, wähle ich eine hypnotherapeutische Technik (z.B. Mikroanalyse des Symptoms und Versuch der Musterunterbrechung; Schmidt, 1990). Ich setze die einzelnen Konzepte und Techniken als bekannt voraus. Bei der Darstellung der Fälle will ich mich auf die

<sup>1</sup> Vielleicht fände ich in einem Heft, das speziell der Darstellung von "mißlungenen" Therapien gewidmet ist, den Mut, auch einen Mißerfolg darzustellen.

Anamnese und den Behandlungsverlauf konzentrieren, um der Leserin / dem Leser Raum für eigene Ideen des therapeutischen Vorgehens zu lassen.

### Fall 1

Herr A., 23 J. alt, ruft mich während seines stationären Aufenthaltes auf einer inneren Abteilung in einem benachbarten Krankenhaus an und bittet um einen Termin. Ein mir befreundeter Psychiater, der ihn im Rahmen des psychiatrischen Konsiliardienstes gesprochen habe, habe ihm eine Psychotherapie empfohlen, und ihm u.a. meine Adresse gegeben.

Herr A. absolviert eine kaufmännische Lehre und lebt bei den Eltern (Einzelkind). Der Vater ist 50 J., Manager, kommt nur am Wochenende nachhause. Die Mutter, 48 J., kaufmännische Angestellte, leide an einer Erschöpfungsdepression. Seine Eltern und er selbst stellten hohe Ansprüche an sich. Er sei seit 2 Jahren mit einer BWL-Studentin, 21 J., befreundet.

Als Kind habe er unter azetonämischem Erbrechen gelitten. Seit Beginn der Schulzeit spüre er fast ständig einen "Würgereiz" in der Kehle, der bei psychischen Belastungen zunehme, früher vor allem bei Klassenarbeiten. Der Würgereiz steigere sich dann am Prüfungstag zum Erbrechen, in der Gymnasialzeit sei der Schulweg am Tage der Klassenarbeit "mit Erbrochenem gepflastert gewesen". Klassenarbeiten oder Wettkämpfe im Leichtathletikverein (1500 m Lauf) habe er wegen des Würgereizes bzw. wegen des Erbrechens öfters abbrechen müssen. Das Gymnasium habe er mit mäßigen Noten abgeschlossen. Während der Bundeswehrzeit habe er monatelang täglich mehrfach erbrochen. Auf der Arbeit spüre er in den letzten Monaten ständig einen Würgereiz, ebenso im Tanztraining. Symptomfreie Phasen werden vor allem während der Ferien angegeben. Auf die Darstellung der Mikroanalyse des "Würg/Brechanfalls" wird an dieser Stelle verzichtet.

Mehrere stationäre Aufenthalte auf inneren Abteilungen, so auch jetzt, haben keine organische Ursache für die Beschwerden ergeben. Jetzt war die Diagnose eines "psychogenen Erbrechens" gestellt worden. Auf gezielte Nachfrage werden weitere sog. psychosomatische Randsymptome wie Herzstiche, Gefühl der Atemhemmung und rechtsseitige Kopfschmerzen genannt. Als bisheriger Behandlungsversuch wird eine Therapie beim Heilpraktiker vor 3 Jahren angegeben, die ergebnislos abgebrochen wurde. Von der Psychotherapie erwarte er, daß er so aufgebaut werde, daß er mit seinem Würgereiz selbst fertig werde und sich besser entspannen könne mithilfe des AT, vor allem bei Prüfungen. Seine Eltern erklären seine Beschwerden durch zu hohe Ansprüche an sich selbst; in Prüfungssituationen mache er sich verrückt. Er würde diesen Erklärungen zu 50% zustimmen, meine es gäbe noch andere, für ihn augenblicklich nicht faßbare Faktoren.

Gegen Ende des Gespräches erkläre ich, wenn seine Eltern recht hätten, würde vielleicht der Würgereiz ihn daraufhinweisen, wenn er sich überfordere. Für seine anderen Symptome würde ich ihn mit dem AT bekannt machen, für den Würgereiz müßten wir uns jedoch etwas Spezielles einfallen lassen. Herr A. beginnt darauf stark zu würgen. Ich versuche, dieses Verhalten zu nutzen und das Symptom zu externalisieren (White und Epston, 1990) bzw. als Kommunikationspartner einzuführen

(Schmidt, 1990), indem ich "dem Würger" danke, daß er sich gemeldet habe und mich darauf hinweise, wenn ich Herrn A. überfordere. Auch ich spüre gerade ein seltsames Gefühl in der Kehle. Der Würgereiz von Herrn A. läßt nach.

Im 2. Gespräch führe ich die Idee des Symptoms als Beziehungspartner (Schmidt, 1990) fort durch Fragen wie "Wann trat früher der Würger auf den Plan? Welche Situationen könnten ihn in Zukunft mobilisieren? Wie könnte er aussehen?" Während Herr A. über diese Fragen nachdenkt und ein Bild des "Würgers" entwirft (50 Jahre, männlich, größer als er, unberechenbar, kann Eindruck machen), sind Phänomene zu beobachten, die als Tranceindikatoren (Erickson & Rossi, 1981) angesehen werden wie Veränderungen der Stimme, der Gesichtszüge, des Muskeltonus sowie Augenschluß. Ich unterbreche meine Fragen (und die "Trance" des Herrn A.) mehrfach, indem ich mein Vorgehen erläutere und ihn nach seinem Einverständnis frage (Idee: "reflecting team"; Fraktionierung der Trance; Vermeidung von Überforderungssituationen). Ich schlage vor, "Herrn Würger" einige Fragen zu stellen und als Antwort einfach auf körperliche Signale zu achten, die sich spontan entwickeln (Idee: Symptom als ideomotorisches Signal). Es ergibt sich in diesem imaginären Dialog, daß Herr Würger durch eine Abnahme des während des Gespräches ständig leicht vorhandenen Würgereizes "ja", durch eine Zunahme "nein" und durch ein Gleichbleiben "weiß nicht" bzw. "will nicht antworten" signalisiert. Herr Würger stimmt zu, daß er sowohl gemeinsame als auch unterschiedliche Interessen mit dem Bewußten von Herrn A. hat; er ist mit einer Bestandsaufnahme einverstanden und zu einer Kooperation bereit, wenn seine Interessen ausreichend berücksichtigt werden. Zum Schluß des Gespräches besprechen Herr A. und ich Grundübungen des AT, ich gebe ihm eine Audiokassette und ein Buch zur Information mit. Ich betone nochmals, daß Herr Würger zu wichtig (und zu stark) sei, als daß man ihm mit dem AT zu Leibe rücken könne.

Im 3. bis 5. Gespräch benutze ich die von White (1990) entwickelte Fragetechnik ("mind opening questions"; einmalige Ereignisfolgen in Gegenwart und Zukunft, neue und hypothetische Entwicklungen der Beziehungen zur Umgebung und zum Beziehungspartner "Problem"), um die geschilderten Entwicklungen zu verstärken. Herr A. gibt an, daß der ständige Würgereiz und die Brechattacken verschwunden seien. Er habe die Schwere- und Wärmeübung des AT regelmäßig geübt und in Situationen, in denen er unruhig und nervös zu werden drohte, mit Erfolg angewandt. Seine Arbeit würde er "lockerflockig" angehen, nicht mehr so verbissen. Einen Praktikumsaufenthalt in einer Großstadt habe er genossen. Mit den Eltern habe er erstaunlich offene Gespräche über seine und ihre Zukunftsvorstellungen geführt. Seine Mutter sei nach der Rückkehr von einer Kur viel ausgeglichener. Er habe seit langer Zeit wieder alte Freunde besucht und häufiger Streit mit seiner Freundin, da er nicht mehr "alles schlucke". Beim Tanztraining würde er nicht mehr gleich ungehalten werden, wenn etwas nicht sofort funktioniere. Indem ich das Teilemodell (Bandler & Grinder, 1981) einsetze, weise ich Herrn A. darauf hin, wenn er Herrn Würger Raum und Stimme gebe (seine Interessen berücksichtige), werde der ihm seine Kraft in konstruktiver Weise zur Verfügung stellen. Herr Würger gibt auf Befragung hin an, daß er nach 6 Monaten von der Stabilität der Einstellungsänderungen und neuen Verhaltensweisen überzeugt sei. Diese wird (von beiden) in einem Kontrollgespräch nach 6 Monaten bestätigt.

## Fall 2

Für ihren 28jährigen Sohn (Herr B.) bittet die Mutter (56 J.) um einen Termin für eine Hypnosebehandlung. Nach der Lektüre eines Hypnosebuches (Bongartz & Bongartz, 1988) hätten sie und ihr Mann (58 J.) Hoffnung geschöpft, daß Hypnose ihrem Sohn bei seinen zahlreichen körperlichen Beschwerden helfen könne, welche von der Mutter sehr detailliert und dramatisch geschildert werden (Diagnose "vegetative Dystonie"). Mit der Begründung, daß beide Eltern anscheinend sehr engagiert und involviert seien hinsichtlich der Probleme ihres Sohnes, lade ich die Familie zu einem Abklärungsgespräch ein. Herr B. wirkt auf mich biologisch jünger, gutaussehend, sehr gepflegt gekleidet und wohlherzogen. Er lebt bei seinen Eltern und hat keine sozialen Kontakte. Mutter B. wirkt auf mich hektisch, nervös, um die Gesundheit ihrer Männer überbesorgt und gibt in ihrer Vorgeschichte zahlreiche medizinische Behandlungen an, die von mir als Somatisierung psychosomatischer Krisen interpretiert werden (z.B. Schilddrüsenoperationen bei typischen Panikattacken). Ihren Beruf als kaufmännische Angestellte habe sie mit der Heirat aufgegeben. Vater B. wirkt auf mich freundlich, zurückhaltend und unverbindlich. Er leide seit Jahren unter einer schweren Herzerkrankung ("Herzmuskelschwäche"), der Kardiologe habe ihm zu einer frühzeitigen Pensionierung (Betriebswirt in gehobener Beamtenlaufbahn) geraten. Der 30 J. alte Bruder arbeite erfolgreich als Manager in einem anderen Bundesland, besuche die Familie jedoch regelmäßig.

Als Problem wird angegeben (meist von der Mutter lebhaft geschildert, von Sohn und Vater durch Nicken bestätigt), daß Herr B. seit der Gymnasialzeit bei Prüfungen "durchdrehe", in den Tagen zuvor voller Angst sei, sich zurückziehe, kaum esse und schlafe, unter Durchfällen und Herzstichen leide. Oft sei er deswegen nicht zur Klassenarbeit erschienen und habe ein ärztliches Attest über eine körperliche Erkrankung beigebracht. Er sei mehrfach erfolglos in psychiatrischer Behandlung gewesen, mehrere Monate auch stationär, und sei in der Schule 1 Jahr zurückgestellt worden. Sein Abitur habe er mit "Heulen und Zähneknirschen" mit gutem Ergebnis bestanden, nachdem ihn die Eltern, als er nicht zur Prüfung gehen wollte, vor die Alternative gestellt hatten, als Verrückter erneut in der Psychiatrie zu landen oder als Versager abgestempelt zu werden. Das BWL-Studium, das er auf Anraten des Vaters aufgenommen habe, habe er nach 10 Semestern abgebrochen ohne bei einer Klausur erschienen zu sein. In seiner Kaufmannslehre zeigten sich bei den Klassenarbeiten in der Berufsschule diesselben Prüfungsängste, er sei seit mehreren Wochen krankgeschrieben. An weiteren Behandlungsversuchen werden mehrere Kneippkuren genannt.

Mutter B. erklärt sich die Probleme ihres Sohnes durch zahlreiche Begebenheiten: er sei eine Zangengeburt gewesen, sie habe ihm nicht genügend Kraft gegeben, weil sie ihn nicht gestillt habe, er sei als Kind zu klein gewesen und habe laufend Infekte gehabt. Er habe eine Wirbelsäulenverkrümmung, die ihm aufs Herz drücke. Vater B. erklärt, daß sein Sohn ein Versager sei. Der Bruder sei der Ansicht, Herr B. sei zu schwach zum Überleben "im Lebenskampf". Herr B. schließt sich den Erklärungen seiner Mutter an. Psychiatrischerseits war die Diagnose einer "Neurasthenie" gestellt worden. Vater B. erwartet sich von Hypnose, daß sie seinen Sohn "umprogrammieren" und seine Belastungsfähigkeit steigern; Mutter B. wünscht, daß Hypnose seine Äng-

ste abbaue. Herr B. erwartet sich einen väterlichen Freund und gibt zu bedenken, daß auch Hypnose keine Wunder bewirken könne. Da Herr B. vom Hausarzt zu einem psychiatrischen Psychotherapeuten überwiesen worden war und mir die familiäre Situation von wesentlicher Bedeutung schien, bot ich der Familie (nach Rücksprache mit dem psychiatrischen Kollegen) ergänzend zur Einzeltherapie ihres Sohnes einige als Abklärung zur Hypnosebehandlung deklarierte Familiengespräche an.

In der Interviewtechnik der systemischen Therapie versuche ich, indirekt suggestive Elemente zu integrieren (Trenkle & Schmidt, 1985), z.B. durch Fragen zu einer symptomfreien Zukunft ("Wunderfrage" nach de Shazer, 1989) Ideen für mögliche Entwicklungen zu säen ("angenommen, Herr B. würde sein eigenes Leben leben und nach seiner Façon glücklich werden, auf wen würde dann Mutter B. ihre ganze Liebe und Sorgsamkeit richten, mehr auf den Vater oder auf sich selbst?"). Eine strategische Aufgabe (Ziel: mehr Distanz Sohn/Eltern; Sohn solle zweimal pro Woche abends etwas alleine unternehmen und einmal den Eltern nicht sagen, was er unternommen habe), wird elegant umgangen. In insgesamt 5 Familiengesprächen gelingt es mir nicht, die familiären Interaktionsmuster zu unterbrechen.

In langen Familiensitzungen wurde beschlossen, daß Herr B. die Klasse wiederholen soll (obwohl seine bisherigen Noten vorzüglich waren), "um wieder zu Kräften zu kommen". Mutter B. schwebte ständig in "Todesängsten", weil Vater B. zwischenzeitlich mehrfach kardial dekompensierte, eine regelmäßige Medikamenteneinnahme und stationäre Krankenhausaufenthalte jedoch verweigerte. Mit der Idee einer strukturellen Trennung der Eltern- und Sohnprobleme bot ich Herrn B. Einzelgespräche an (nachdem die Einzeltherapie ohne Ergebnis abgebrochen worden war), gab aber zu bedenken, daß es dabei hart für ihn werden könne ("Schweiß und Tränen"). Den Eltern bot ich bedarfsweise Paargespräche an, um Auswirkungen der Herzerkrankung auf ihr Leben mit ihnen zu besprechen. In 7 Einzelgesprächen über 4 Monate mit Herrn B. verfolgte ich die Strategie, die "Neurasthenie" als beherrschende Familiengeschichte (White & Epston, 1990) durch Provokation (Farrelly & Brandsma, 1986) in Frage zu stellen (z.B. übertriebene Aufzählung seiner "Handicaps"), nach einmaligen Ereignisfolgen (White & Epston, 1990) bzw. Ausnahmen (de Shazer, 1989) zu suchen (diese ließen sich finden), die Neurasthenie als mangelndes körperliches und mentales Training (Symptom als praktisches Lerndefizit; Lankton, 1985) umzudefinieren und ein körperliches Trainingsprogramm (Ausdauer und Krafttraining) sowie ein Lernprogramm (regelmäßige Pausen) zu erstellen. Weiterhin wurde Herr B. mit seinen anderen sozialen Ängsten und seinem Vermeidungsverhalten, vor allem Frauen gegenüber, konfrontiert und die mehrgenerationenübergreifende Geschichte des Erfolgsdrucks besprochen. Während er in Trance war, erzählte ich Herrn B. ineinandergeschachtelte Geschichten (Lankton, 1985), wie andere Patienten ihre sozialen Hemmungen bzw. Sportler ihre Wettkampfprobleme auf ihre jeweils eigene Art meistert hätten. Weiterhin versuchte ich seine von mir vermutete Ambivalenz bezüglich Leistung zu berücksichtigen, indem ich immer wieder den Sinn der Therapie in Frage stellte und ihn fragte, was er mehr fürchte: das Scheitern oder das Gelingen, und welche Konsequenzen Scheitern bzw. Gelingen für die zukünftige Familienentwicklung haben könnten. Herr B. führte das Ausdauer- und Krafttraining regelmäßig durch, traf sich mit alten Schulfreunden und absolvierte 4 Klassenarbeiten mit guten Ergebnissen und geringen Ängsten. 4 Tage vor einem er-

neuten Gesprächstermin bat Mutter B. um einen Sondertermin für ihren Sohn, da er wieder einen "Nervenzusammenbruch" vor einer Klassenarbeit erlitten habe und erneut krankgeschrieben sei. Herr B. berichtet mir, daß er wieder vor der Prüfung in die alten Verhaltensmuster zurückgefallen sei (u.a. habe ihn seine Mutter täglich abgehört) und ihm in der Nacht vor der Prüfung alle Versagenssituationen der letzten Jahre eingefallen seien. Am nächsten Tage seien zwei Klassenarbeiten angesetzt und er erwäge, nicht hinzugehen. Mit Orientierung an dem Teilemodell (Bandler & Grinder, 1981) kommentiere ich, daß ich den Eindruck habe, mit 2 Teilen von Herrn B. zu sprechen. Der eine Teil sei sehr stark, beharrend und sage zu ihm: "Bleib so wie du bist; alle wollen dein Bestes, laß es dir nicht nehmen". Diesem Teil würde ich keine Ratschläge geben können, er würde morgen sowieso nicht zur Prüfung gehen. Der andere Teil sei veränderungsbereit, wolle die ganzen Einschränkungen und Hemmungen zum Teufel jagen. Diesem Teil würde ich empfehlen, morgen zur Prüfung zu gehen, die erste Arbeit bewußt zu "verbauen" (etwas Falsches schreiben oder ein leeres Blatt abgeben) und bei der zweiten Arbeit einfach zu schreiben, was seiner Hand einfalle. Zum nächsten Gespräch möge er seine Eltern mitbringen.

Herr B. ging am nächsten Tag nicht zur Prüfung. Beim Familiengespräch berichtet er, er habe zwischenzeitlich mit seinen Vorgesetzten im Betrieb gesprochen und von seinen Prüfungsängsten erstmals erzählt. Er wolle die Schule abbrechen und als Hilfskraft im Betrieb weiterarbeiten. Diese Beschäftigungsmöglichkeit sei ihm zugesichert worden. Das Geld, das er dann verdiene, würde ausreichen, um von zuhause ausziehen und sich eine eigene Wohnung zu suchen. Er habe es satt, unter den Prüfungsängsten zu leiden und wolle nicht so erfolgreich werden wie seine ganzen männlichen Vorfahren. Die Eltern zeigen sich über diese Ideen entsetzt. Ich erkläre, daß eine 4. Person hier im Raum sitze, die sehr stark und bestimmend sei. Gegenüber diesem Anteil von Herrn B. seien alle psychotherapeutischen Verfahren, auch Hypnose, machtlos. Ich könne Herrn B. keine Ratschläge mehr geben, er habe ein Recht darauf, seinen eigenen Weg zu gehen und auch auf die Nase zu fallen (wobei ich mich unsicher zeige, ob ihn seine Eltern wieder auffangen würden). Ich biete ihm an, mich gelegentlich anzurufen und mich über seinen Weg zu informieren. Den Eltern biete ich stützende Gespräche an, um diese Entscheidung ihres Sohnes zu verkraften.

Herr B. bleibt der Schule fern und geht auf Wohnungssuche. Vater B. schließt sich "schweren Herzens" den Empfehlungen seiner Kardiologen an und tritt in den Ruhestand. Auf Betreiben von Frau B. wird der Vater in einem Transplantationszentrum vorgestellt, wo eine Herztransplantation in Erwägung gezogen wird. Vater B. entwickelt starke Ängste, "sein Herz zu verlieren" und zu sterben. Die Nachricht, daß eine Transplantation nicht notwendig sei, weil der Zustand des Herzens unter einer Veränderung der Medikation sich deutlich gebessert habe, löst einen emotionalen Ausnahmezustand bei ihm aus. Er zeigt nie gekannte Gefühlsausbrüche: weint in Anwesenheit seiner Frau, macht sich Vorwürfe, weil er seinen Sohn so unter Druck gesetzt habe, umarmt seinen Sohn und bittet ihn um Verzeihung. Der vorher stets vorsichtige Vater B. wird unternehmungslustig, tätigt größere Einkäufe und fährt längere Strecken alleine und schnell mit dem Wagen (ohne daß es zu einer Verschlechterung der Herzsituation kommt). In einem Gespräch, das auf Drängen von Mutter B. zustande kommt, redet er offen über bisherige Tabuthemen, z.B. das er-

presserische Opferverhalten von Mutter B., die negativen beruflichen Folgen seiner Gehemmtheit. Phasenweise zeigt er sich stark erregt und in seinem Gedankengang sprunghaft. Ich versuche, nach dem Gespräch in einem Brief (White & Epstein, 1990) die Entwicklung positiv zu konnotieren. Wiederholte Anrufe der Mutter zeigen, daß Vater B. zunehmend erregt wird und auf ihre Kontrollversuche mit Aggression reagiert. Herr B. schließt sich teilweise in seinem Zimmer zuhause ein, um sich seinem Vater zu entziehen. In einem notfallmäßig anberaumten Familiengespräch, zu dem Vater B. nur mit sehr viel List gebracht wird, diagnostiziert der von mir hinzugezogene, familientherapeutisch orientierte Psychiater ein manifom gefärbtes Durchgangssyndrom. Nur mit viel Mühen, an denen ich mich beteilige, gelingt es, Vater B. zu einem freiwilligen Aufenthalt auf der psychiatrischen Abteilung des Hauses zu bewegen. Eine erklärende organische Ursache kann nicht gefunden werden. Unter neuroleptischer Therapie klingt der Erregungszustand ab, Vater B. bleibt weiterhin kardial kompensiert bei weiterhin unregelmäßiger Medikamenteneinnahme. Er kündigt an, in Zukunft mehr sein eigenes Leben führen zu wollen und phasenweise alleine in der Zweitwohnung bleiben zu wollen. Herr B. solle machen, was er wolle. Mutter B. entwickelt ein depressiv-ängstlich geprägtes Zustandsbild. In 2 Gesprächen während des stationären Aufenthaltes ihres Mannes besprechen wir die seit ihrer Kindheit bestehenden Trennungs- und Verlassenheitsängste und das ausbeuterische Verhalten ihres Mannes und ihrer Söhne. Herr B. wechselt zu einer anderen Firma in ein entferntes Bundesland (in die Nähe von Verwandten). Weitere Paargespräche haben das Ziel, Vater B. sein Rentnerdasein und seine Scham über den Aufenthalt in der Psychiatrie bewältigen zu helfen und Mutter B. neue Betätigungsfelder zu eröffnen (Musik, ökumenische Krankenhaushilfe).

### Fall 3

Herr C., 30 Jahre alt, Lehrer, verheiratet mit einer ebenfalls Ausdauersport treibenden Lehrerin, ist Mitglied eines benachbarten Triathlonvereins. Wir kennen uns von einigen gemeinsamen Trainingseinheiten und Wettkämpfen. Unmittelbar vor einem Start zu einem Triathlon spricht er mich auf sein (in der "Ausdauerzone" bekanntes) Problem des Wettkampfversagens an. Ich biete ihm ein Beratungsgespräch an. Herr C. nimmt das Angebot nach 3 Monaten an. Er gibt an, seit seiner Jugend als Mittel- und Langstreckenläufer Probleme gehabt zu haben, seine guten Trainingsleistungen im Wettkampf "zu bringen". Entweder lande er auf den hinteren Rängen oder er müsse den Wettkampf aufgrund seltsamer körperlicher Symptome wie Luftnot und Schwere in den Beinen abbrechen. Er trainiere gern und hart. Er selbst und seine Freunde meinten, es sei ein psychologisches Problem (er erwarte zuviel von sich selbst). Er erhoffe sich von mir Hinweise, wie er seine Trainingsergebnisse im Wettkampf bringen könne.

In einer Analyse der Ausnahmen (de Shazer, 1989) bei seinen bisherigen Wettkämpfen (Laufen, Radfahren, Triathlon) arbeiten wir heraus, welche äußeren Umstände, eigenen Verhaltensweisen und Einstellungen sowie Reaktionen der Umwelt bei den Ausnahmen gegeben waren. Ich lasse mir genau schildern, woran er in diesen Ausnahmewettkämpfen merkte (unter Einbeziehung aller Sinnesmodalitäten), daß es "gut lief", und seine Antwort lautet, er "explodiere dann wie ein junger Gott". Wei-

terhin bitte ich ihn, mir eine todsichere Strategie zu schildern (was muß er tun, denken? Was müssen andere, z.B. seine Frau tun?), daß er im Wettkampf versagt. Ich stelle heraus, daß es eine Leistung ist, 10 km im Wettkampf in 45 Minuten zu laufen ("wie eine Oma"), wenn er sie 8 Stunden danach "aus Wut" in 33 Minuten alleine gelaufen ist. Ich stelle den Wert der Wettkämpfe für ihn überhaupt in Frage, da es ihm offensichtlich Spaß mache, sich im Training zu verausgaben. Er müsse entscheiden, wo er seine Bestleistung bringen wolle, im Training oder im Wettkampf. Abschließend verwickle ich ihn - anknüpfend an seine Berufserfahrung - in ein Gespräch über Stottertherapie und erzähle ihm Beispiele von paradoxen Interventionen bzw. Verhaltensverschreibungen (Schmidt, 1985). Ich schlage ihm vor, im nächsten Wettkampf bewußt im "Omatempo" zu beginnen. Falls er nicht irgendwann die "Mutation" zum "jungen Gott" spüre, solle er bewußt, "als Gag", im "Omatempo" den Wettkampf zuendebringen.

Herr C. ruft mich nicht wie versprochen nach dem nächsten Wettkampf an (wo er unter den ersten 5 sein wollte, was von Experten als realistisch eingeschätzt wurde). Aus der Zeitung erfahre ich, daß er auf einem Platz im Mittelfeld gelandet ist. Mehrere Wochen später ruft mich seine stark verängstigt wirkende Ehefrau an und berichtet, daß Herr C. bei einem Wettkampf, in vorderer Position liegend, in Zielnähe wegen "Herzstichen und Benommenheit" aufgegeben habe und mit dem Verdacht auf eine Herzmuskelerzündung auf der Intensivstation eines Krankenhauses liege. Nach Rücksprache mit den dortigen Ärzten und Herrn C. sind diese leichter davon zu überzeugen als Herr C., daß es sich um eine Hyperventilation gehandelt habe (er habe bewußt schnell und oberflächlich geatmet, um Seitenstiche zu vermeiden). Herr C., der 2 Tage das Bett hüten mußte, weil bei körperlicher Belastung angeblich die Gefahr eines Sekundenherztodes bestand, wirkt stark verunsichert, als er mich in der Klinik zur kardiologischen Diagnostik aufsucht. Ich mache Herrn C. das Angebot eines weiteren Beratungsgesprächs, das er nach 8 Monaten wahrnimmt. Er berichtet, daß er nach einem nichtverschuldeten Autounfall nur noch radfahre (das Laufen schmerze ihn wegen einer Sprunggelenkverletzung), mit großem Spaß trainiere, an einigen Radrennen teilgenommen habe, die er teilweise nicht beendet habe, was aber nicht weiter tragisch sei, da dies bei Radrennfahrern üblich ist (in der Tat ist im Gegensatz zum Triathlon beim Radrennfahren eine Aufgabe des Rennens bei ungünstiger Platzierung ohne "Gesichtsverlust" eher möglich). Einige Radrennen habe er mit für ihn zufriedenstellenden Platzierungen im vorderen Mittelfeld beendet. Die damalige Verhaltensverschreibung erwähnt er mit keinem Wort, ich frage auch nicht nach. Er bittet mich um Rat wegen seiner Ängste bei Abfahrten im Radrennen (die mit Geschwindigkeiten bis zu 80km/h im Pulk gefahren werden). Da bremse er oft und verliere den Anschluß zur Spitzengruppe. Ich sage Herrn C., daß ich ihm in diesem Punkt nicht weiterhelfen könne, da ich selbst diese Angst habe, sie als sinnvoll erachte und daher nicht mehr an Radrennen teilnehmen würde. Im weiteren Gespräch über reale und irreal, sinnvolle und unnütze Ängste kommt Herr C. auf ein weiteres Anliegen zu sprechen: er leide seit seiner Jugend unter einigen Ängsten (z.B. vor Alleinsein, vor Krankheiten), welche durch den Autounfall und den Krankenhausaufenthalt reaktiviert worden seien und ihn z.Z. im Berufs- und Familienleben einschränken würden. Ich vermittele Herrn C. zur Psychotherapie an einen mir bekannten Hypnotherapeuten.

### Schlußbemerkungen

Versuche, Hypnotherapie auf dem Hintergrund moderner biologischer Theorien (Autopoiese, dissipative Strukturen) zu konzeptualisieren (Häuser, 1986; Gerl, 1990), weisen auf den epistemologischen Irrtum des Glaubens an "instruktive Interaktionen" hin. Zwar lassen sich bei Erickson (1981) Zitate finden, die zur Bestätigung einer konstruktivistischen Sichtweise von Hypnotherapie angeführt werden können (Gerl, 1990), es finden sich jedoch auch uneindeutige Aussagen wie "der Therapeut stimuliert den Patienten lediglich zur Aktivität, ohne zu wissen, welcher Art diese Aktivität sein mag, und dann leitet er den Patienten und bestimmt [...] wieviel Arbeit geleistet werden muss" (Erickson & Rossi, 1981, S. 23) oder auch zur konstruktivistischen Sichtweise konträre Aussagen wie "ich habe sie somit manipuliert, mir diese Antwort [...] zu geben [...] ich habe viel Übung in dieser Art von Manipulation" (Erickson & Rossi, 1981, S. 438). Ich ziehe für mich den Schluß, daß Erickson keine eindeutige erkenntnistheoretische Position bezüglich Macht bzw. linearer Kausalität hatte. Der (nach konstruktivistischer Sichtweise) epistemologische Irrtum der instruktiven Interaktion zeigt sich m.E. in der Gläubigkeit an Hypnosetechniken, den ich in der Hypnoseszene gelegentlich zu beobachten meine, und der sich in Ankündigungen wie "maßgeschneiderte Therapie" niederschlägt, als könne man für jeden Klienten eine passende Schlüsselintervention finden (selbst die Analogie "Dietrich/Schloß", de Shazer, 1989, enthält die Suggestion einer direkten Interventionierbarkeit). Es gibt meines Wissens keine konsensfähigen Untersuchungen über spezifische Wirkfaktoren (beispielsweise bezgl. einzelner Techniken) in der Hypnotherapie. Die Ergebnisse der Psychotherapieforschung bei anderen Psychotherapiemethoden (Buchborn, 1984) betonen den Stellenwert allgemeiner Wirkfaktoren gegenüber speziellen Techniken. Auch nach konstruktivistischer Sichtweise ist eine strukturelle Koppelung (Rapport, Beziehung, Empathie, Joining) notwendig, um Zustandsänderungen der beteiligten Systeme zu ermöglichen. Diese Koppelung erhöht in der Psychotherapie die Wahrscheinlichkeit, daß der Therapeut gewisse Punkte herausfindet und den Klienten anregt, spontane, nicht vorhersehbare Umorganisationsprozesse bisheriger Denk- und Verhaltensmuster zu vollziehen (Gerl, 1990). Korrelieren therapeutisches Handeln und angestrebtes Ergebnis, macht der Therapeut die psychologische Erfahrung der Kausalität, die ihn jedoch nicht zur ontologischen Annahme von Kausalität verleiten sollte. A posteriori läßt sich eine Folgerichtigkeit des Therapieverlaufes konstruieren (Gerl, 1990) (vgl. Fallbeispiel 1). Glaubt der Therapeut an Konstruktivismus, lassen sich auch unerwartete Therapieverläufe rekonstruieren (Fallbeispiele 2 und 3), bei denen die Zuschreibung von Erfolg bzw. Mißerfolg nicht eindeutig ist.

Ich hoffe, daß der Leserin / dem Leser viele Ideen zum eigenen Vorgehen eingefallen sind. Über eine Mitteilung würde ich mich freuen.

### Literatur

- Bandler, R. & Grinder, J. (1981). *Neue Wege der Kurzzeithherapie*. Paderborn: Junfermann.  
 Bongartz, B. & Bongartz, W. (1988). *Hypnose: Wie sie wirkt und wem sie hilft*. Zürich: Kreuz.  
 Buchborn, E. (1984). Ergebnisse der Psychotherapieforschung bei psychosomatischen Erkrankungen. *Internist*, 25, 674 - 689.

- de Shazer, S. (1989). *Der Dreh: Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Erickson, M. H. & Rossi, E. L. (1981). *Hypnotherapie: Aufbau, Beispiele, Forschungen*. München: Pfeiffer.
- Farrelly, F. & Brandsma, J. M. (1986). *Provokative Therapie*. Heidelberg: Springer.
- Gerl, W. (1990). Hypnose als Therapie. In D. Revenstorff (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (S. 163 - 198). Berlin: Springer.
- Häuser, W. (1986). Hypnose und Autopoiese. *Hypnose und Kognition*, 3 (2), 813.
- Lankton, S. R. (1985). Klientenspezifische Formulierungen therapeutischer Metaphern oder: Für jeden Klienten die richtige Story. *Hypnose und Kognition*, 2(2), 8793.
- Schmidt, G. (1985). Einige Überlegungen zum Verständnis und zur Gestaltung von Interventionen in der systemischen Therapie. Heidelberg: Arbeitsblatt.
- Schmidt, G. (1990). Symptome als Trancephänomene. Heidelberg: Arbeitsblatt.
- Trenkle, B. & Schmidt, G. (1985). Ericksonsche Psychotherapie und Familientherapie: Möglichkeiten der Integration. *Hypnose und Kognition*, 2(2), 526.
- Weber, G. & Simon, F. B. (1987). Systemische Einzeltherapie. *Zeitschrift für Systemische Therapie* 5(3), 192204.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Die Zähmung der Monster: Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken*. Heidelberg: Carl Auer.

*Key words: constructivism, hypnotherapy, performance failure*

*Abstract: Techniques of hypnotherapy and similar psychotherapeutic methods are applied in 3 cases of performance failure (school, sports). The course of therapy and the sequence of psychotherapeutic techniques are more stressed than the techniques themselves. In the discussion of the question "What is effective in hypnotherapy?" the belief in instructive interactions by hypnotherapeutic techniques (which can also be found in Erickson) is criticized. Within a constructivist view of hypnotherapy rather unexpected developments in psychotherapy and unspecific factors such as the relation client/therapist than specific techniques and predictable outcomes are emphasized.*

Dr.med. Winfried Häuser  
Püttlingerstr.4  
6635 Schwalbach/Elm

## Der fruchtbare Therapieabbruch: Das Ende als Chance

Wilhelm Gerl

*"The right word at the right time - that's psychotherapy."  
(Milton H. Erickson)*

*Zusammenfassung: Anhand eines Fallbeispiels wird erläutert, wie und wann ein Abbruch der Therapie durch den Therapeuten erfolgen kann. Geschieht er in stimmiger Weise, so kann dieser Therapieabbruch zu einem neuen Anfang fruchtbarer therapeutischer Zusammenarbeit führen.*

### Einleitung

Wenn in der Psychotherapieliteratur vom Therapieabbruch die Rede ist, handelt es sich um den Fall, daß die therapeutische Zusammenarbeit abrupt und einseitig vom Klienten beendet wird. Dieses Ereignis gilt als unerwünscht; eine mögliche positive Funktion dieser Handlung für den Klienten wird dann manchmal, unter Hinzuziehung von Zusatzannahmen, konstruiert. Dies wirkt in der Regel nicht sehr überzeugend, nützt aber der Verringerung von kognitiver Dissonanz beim Therapeuten.

Andererseits besteht, zumindest in Kreisen effektiver Hypnotherapeuten, Übereinstimmung darüber, daß ein Therapeut über mindestens so viele Wahlmöglichkeiten verfügen muß wie sein Klient. Wie sonst auch sollte er helfen können, die eingeschränkten Wahlmöglichkeiten des Klienten zu erweitern. Dieses Merkmal seines Denkens und Handelns wird als Flexibilität, "requisite variety", Erfahrung und Eigenständigkeit, Konfliktfähigkeit, Freisein von irrationalen Ängsten, u.ä. verstanden.

Auf die konkrete Therapiesituation angewandt, bedeutet dies, daß nicht nur die Bereitschaft und Fähigkeit zur therapeutischen Kooperation in das Repertoire eines Psychotherapeuten gehört, sondern genauso auch die für ein einseitiges Beenden erforderliche Fertigkeit.

Daß dies, ethisch betrachtet, eine ganz selbstverständliche Forderung ist, ergibt sich daraus, daß der Therapeut in der besten Weise für sich und seinen Klienten zu sorgen hat. Dazu gehört dann nicht nur die Verantwortung für seine Wahrnehmung der Ineffektivität des gemeinsamen Bemühens, sondern auch für die daraus zu ziehenden Konsequenzen.

Erleichtert wird dieses verantwortliche Handeln dadurch, daß sich der Therapeut von Anfang an mit dem Klienten um eine konkrete und spezifische Definition von dessen Therapieergebnis bemüht. Ist ein solcher, sensorisch fundierter, Ergebnisz-