

2/2024

tranceform

Magazin für zahnärztliche Hypnose und medizinische Kommunikation



SCHWERPUNKT

Niederlagen

PRAXIS Scheitern als Methode
ESSAY Erich Kästner meets Milton Erickson
FORTBILDUNG Hypnose im Team
REZENSION Gender – Jenseits des Binären



Gepflegtes Scheitern

PRAXIS Manchmal zeigt sich, dass Klient:innen ihren Zielen ambivalent gegenüberstehen. Dann kann gezielt eingesetztes therapeutisches Scheitern die Ressourcen des Symptoms deutlich werden lassen

Dorothea Thomaßen

Frau S. hatte einen Termin zu einer Raucherentwöhnung vereinbart. Ohne hier näher auf mein Konzept einzugehen, möchte ich zum Verständnis der folgenden Geschichte hervorheben, dass ich meine Klient:innen stets bitte, die letzte Zigarette möglichst 24 Stunden vor dem Treffen zu rauchen, denn ich arbeite gerne im Entzug.

Eine Fallgeschichte

Schon eine halbe Stunde vor der vereinbarten Zeit klingelte es heftig. Da meine Kollegin Lerntherapeutin ist, ging ich davon aus, dass eines ihrer Kinder Sturm läutete, zumal es mitten in meiner aktuellen Therapie war. Doch als ich kurz vor der vollen Stunde ins Wartezimmer schaute, saß Frau S. bereits dort. Sie war Mitte 70, was ich ihr nicht ansah, denn sie war sehr zierlich und sorgfältig geschminkt. Gleichzeitig war ihre Mimik auffallend starr. Während ich hinter ihr herging, um sie in mein Zimmer zu begleiten, fand ich ihren Gang merkwürdig steif und mechanisch, und ich fragte mich, ob sie vielleicht eine Essstörung oder Zwänge hätte.

Kaum hatte sie sich gesetzt, platzte sie heraus: »Ich habe es nicht geschafft, 24 Stunden ganz aufzuhören!« Ich erkundigte mich: »Was haben Sie denn geschafft?« Sie hatte noch zehn Zigaretten geraucht, üblich seien sonst fünfzehn. »Und wann war die letzte?«, wollte ich wissen. Sie antwortete: »Ja, gerade eben, kurz bevor ich hier reingekommen bin. Das hat mich beruhigt. Zigaretten sind das Einzige, was mich noch beruhigt.« Ich fasste zusammen: »Normalerweise rauchen Sie etwa 15 Zigaretten. Das sind nicht so viele. Wenn Sie wollen, reichen sogar zehn. Andererseits sind Zigaretten das Einzige, was sie beruhigt. Warum wollen Sie denn überhaupt aufhören?« Sie entgegnete, ihre Freunde wollten, dass sie aufhöre. Worauf ich nur wiederholte: »Aber es ist doch das Einzige, was Sie beruhigt.« Das bejahte sie sofort, dann erzählte sie mir ihre Geschichte.

Vor einem Jahr war ihr Mann von einem Moment auf den anderen gestorben. Danach hatte sie ihr Haus, in dem sie vierzig Jahre lang mit ihm gelebt hatte, zwangsversteigern müssen. Schließlich hatte sie, immerhin deutlich älter als das übliche Renteneintrittsalter, ihre Arbeit verloren: »Weil ich jetzt mit den Jungen nicht mehr mithalten konnte.« Sie war die rechte Hand eines Geschäftsführers gewesen. Ich schüttelte den Kopf: »Also, wenn ich mir vorstelle, ich hätte innerhalb eines Jahres so viel verloren wie Sie, würde ich nicht noch meinen letzten Freund, die Zigarette loswerden wollen.« Und sie sagte: »Ja.« – »Vor allem, wenn es das Einzige ist, was mich beruhigt«, fügte ich hinzu. Wieder kam ein Ja. Ich fantasierte weiter: »Vielleicht würde ich sogar extra weiterräumen, denn ich wüsste nicht, ob ich noch weiterleben will.« – »Ja!« Ich: »So kann ich mich we-

Durch Pacing nehmen Therapierende das Verhalten ihrer Patient:innen offen und utilisierend an

nigstens beruhigen, und wenn ich bei der Geschichte ein bisschen früher die letzte Ruhe finde, wäre das für mich auch okay.« Und wieder antwortete sie mit einem einfachen Ja. Nun fragte ich sie direkt: »Muss ich mir Sorgen machen, dass Sie etwas tun wollen, um nicht weiterzuleben?« Sie schaute mich an und schüttelte den Kopf: »Nein, mir geht es zwar sehr schlecht, aber ich finde Selbstmord feige.« Ich wollte nun wissen, was es mit ihr mache, wenn ich so mit ihr spreche. Sie bekam feuchte Augen und antwortete: »Es tut mir gut, endlich versteht mich mal jemand, genauso denke ich.«

Sie erzählte weiter, dass sie bereits zweimal bei Therapeut:innen war. Mit einem Verhaltenstherapeuten sei sie gleich aneinandergeraten, weil sie viel zu früh geklingelt habe, woraufhin sie scharf zurechtgewiesen worden sei: »Daraus konnte dann nichts mehr werden.« Im zweiten Anlauf habe sie eine Analytikerin aufgesucht. Diese sei sehr freundlich gewesen und habe einen empathischen Eindruck gemacht, wäre dann aber nur dagesessen und hätte geschwiegen. Das würde ihr nicht helfen, sie brauche ein klares Gegenüber. Aber sie würde sich Hilfe holen und habe demnächst einen Termin bei einer weiteren Verhaltenstherapeutin und hoffe, dass sie besser zusammenpassen werden.

Nun sagte ich zu ihr: »Was machen wir denn dann jetzt mit Ihren Freunden, die unbedingt wollen, dass Sie aufhören? ... Wissen Sie was? Wir machen jetzt einfach die Raucherentwöhnung und ich scheitere ganz gepflegt. Dann haben Sie alles getan, was die von Ihnen wollen, und dürfen gerne die ganze Schuld auf mich schieben. So sind Sie wenigstens diesen Druck los.« Da richtete sie sich regelrecht in ihrem Sessel auf und schüttelte energisch den Kopf: »Nein, das kann ich selber regeln. Da werde ich Klar-text reden. Wissen Sie, Sie haben mir bereits so gutgetan und ich gehe jetzt. Aber darf ich Sie vorher noch mal in den Arm nehmen?« Das ließ ich gern geschehen. Sie hatte sich während unseres Gesprächs vollkommen verändert, ihr Gesichtsausdruck war weicher und präsenter geworden und ihre Bewegungen waren wieder lebendig. Danach durfte auch ich sie umarmen und sie ging mit Tränen in den Augen, nachdem sie sich nochmals bedankt hatte. Obwohl ich nicht versucht hatte, sie zu verändern, sondern nur das Bestehende bestätigte, bin ich mir sehr sicher, dass dieses Gespräch etwas Grundlegendes bewirkt hat.

Pacing ist therapeutisch

Erickson sagte: »Was der Klient tut, um Klient zu sein, kann der Therapeut tun, um Therapeut zu sein.« Dies besagt, dass bereits Pacing, also reines Spiegeln, therapeutisch ist. Wie richtig diese Einsicht sein kann, erlebte Frank Farrelly, der Begründer der provokativen Therapie, in der 91. Sitzung mit einem depressiven Patienten. In 90 Sitzungen war es ihm nicht gelungen, diesem Mann Mut zu machen, nun hatte er selbst den Mut verloren und gab ihm einfach in jeder Beziehung recht. Da wurde der in sich gekehrte Patient plötzlich lebendig und begann heftig zu widersprechen. Gemäß einer alten Guerillastrategie wurde die Kapitulation zur Mutter des Sieges. In dieser Stunde erfand Farrelly den provokativen Ansatz: Durch Pacing nehmen Therapieerfahrende das Verhalten ihrer Patient:innen offen und utilisierend an.

Viele Klient:innen mögen ein negatives Selbstbild haben, vor anderen aber versuchen sie meist, das eigene Tun zu rechtfertigen und zu erklären. Positionen, die angenommen werden, können allerdings viel leichter aufgegeben werden als solche, die verteidigt werden müssen. Eben diese Verteidigung wird durch Spiegeln hinfällig. Je stärker die therapierende Person das Verhalten ihres Gegenübers (im doppelten Sinne) annimmt, desto stärker dissoziiert sie es für dieses. Pacing macht sichtbar, es bringt das, was innerlich erlebt wird, nach außen. So betrachtet ist es eine Dissoziationstechnik, denn es macht Erlebtes zum Beobachtbaren. Fühlen sich die Patient:innen vorher als Objekt einem inneren Geschehen ausgeliefert, können sie durch Pacing zum Subjekt ihrer Handlung werden. Sie bekommen Abstand zu ihrem eigenen Muster, weil die therapierende Person das Geschehen sichtbar macht und auf sich selbst verlagert. Man könnte sagen, dass für eine Therapie eine Musterpassung wesentlicher ist als eine Zielorientierung, denn wir können erst dann zielorientiert arbeiten, wenn auch unsere Klient:innen zielorientiert sind.

Misslingen strategisch ankündigen

Es gibt Situationen, in denen ich ein mögliches Scheitern sogar strategisch ankündige, um mich selbst zu schützen. Manchmal rufen Klient:innen für eine Terminvereinbarung an und es fallen Sätze wie: »Ich habe bisher wirklich schon alles versucht, dieses und jenes und das – nichts davon hat mir geholfen. Und jetzt sind Sie meine allerletzte Hoffnung.« Mir gefällt weder die Aussicht, die letzte Rettung zu sein, noch – was in diesem Setting wahrscheinlicher

ist – zu scheitern. Fühle ich mich jedoch mit der an mich herangetragenen Problematik grundsätzlich vertraut, möchte ich nicht von vornherein ausschließen, vielleicht doch helfen zu können. Ich sage in der Regel Folgendes: »Sie haben schon so viel versucht, und niemand hat Ihnen bisher helfen können. Leider kann auch ich nicht immer helfen. Wenn ich helfen kann, stellt sich das in der Regel schnell heraus. Sie würden dann innerhalb der ersten drei Sitzungen eine Verbesserung wahrnehmen. Wenn sich in diesem Rahmen nichts zum Guten tut, bin auch ich leider nicht richtig und reiße mich demütig in die Reihen derjenigen ein, die Ihnen nicht helfen können. Nur wenn Sie und ich sicher sind, dass wir miteinander Gutes für Sie bewirken, arbeite ich weiter. Falls nicht, liegt es leider daran, dass auch ich nicht gut genug bin.« So dreht sich die Beweislast um: Nicht ich zeige, dass meine Methode wirkt, sondern meine Klient:innen überzeugen mich, dass und wie ich helfen kann, und zwar in einem überschaubaren Zeitraum.

Noch weiter ging der Psychoanalytiker François Roustang in seiner ersten und einzigen Sitzung mit dem Schriftsteller, Drehbuchautor und Regisseur Emmanuel Carrère, der ihn wegen ständigen Bauchschmerzes aufgesucht hatte. In seinem Buch »Das Reich Gottes« erzählt Carrère:

»Ich berichtete, dass ich an Selbstmord dachte, und da ich zu Roustang trotz allem in der Hoffnung gekommen war, er würde mir eine andere Lösung vorschlagen, und da er zu meiner großen Überraschung nicht bereit schien, mir irgendeinen Rat zu geben, fragte ich ihn, ob er mich im Sinne einer letzten Chance [...] in Therapie nehmen würde. Ich hatte bereits zehn Jahre auf der Couch zweier seiner Kollegen verbracht, ohne erkennbares Ergebnis – zumindest dachte ich das damals. Roustang antwortete: Nein, dazu sei er nicht bereit. Einerseits sei er zu alt, andererseits glaube er, das Einzige, was mich interessiere, sei, den Analytiker selbst in die Ecke zu treiben, ich sei offensichtlich ein Meister in dieser Kunst, und wenn ich meine Meisterschaft ein drittes Mal unter Beweis stellen wolle, werde er mich nicht daran hindern, aber, fügte er hinzu, »nicht mit mir. Und wenn ich Sie wäre, würde ich etwas anderes tun.« »Und zwar?«, fragte ich mit der ganzen Überlegenheit des Unbelehrbaren. »Nun«, antwortete Roustang, »Sie sprachen von Selbstmord. Sich umzubringen hat zwar heutzutage keinen guten Ruf, aber manchmal ist das eine Lösung.« Nach diesem Satz schwieg er eine Weile. Ich auch. Dann fügte er hinzu: »Wenn Sie wollen, können Sie auch leben.« Mit

Pacing bringt nach außen, was innerlich erlebt wird, es macht Erlebtes zum Beobachtbaren

Was viel zu häufig übersehen wird, sind die Ressourcen eines Symptoms

diesen beiden Sätzen hatte er das System zum Einsturz gebracht, mit dem ich meine beiden vorigen Analytiker hatte in Schach halten können. [...] und Schritt für Schritt, ohne dass ich ihn je widersah, begannen die Dinge besser zu laufen» (Emmanuel Carrère, Das Reich Gottes, Berlin, Matthes & Seitz, 2016, S. 18 f.).

Es ist in der Tat ein Problem, wenn das Verschwinden eines Symptoms zur Voraussetzung eines gelingenden Lebens gemacht wird oder die Voraussetzung des Lebens überhaupt sein soll, wie es die Ankündigung eines Suizids nahelegt. Denn es ist sehr kräftezehrend, etwas kontrollieren zu wollen, das sich der willkürlichen Einflussnahme entzieht. Es ist daher leichter, therapeutisch auf ein positives Ziel hinzuarbeiten, als gegen ein etabliertes Muster anzugehen. Allein durch Hinarbeiten reduziert sich das problematische Erleben eher beiläufig oder verliert neben guten neuen Erfahrungen an Bedeutung.

Was allerdings viel zu häufig übersehen wird, sind die Ressourcen eines Symptoms. Frau S. raucht beispielsweise, um sich zu beruhigen, Carrère schreibt, dass er seine Analytiker so in Schach gehalten habe. Auch Symptome haben Ressourcen. Was bedeutet das? In einer Tranceinduktion sagte Erickson sinngemäß: Ich möchte dich bitten, es dir noch mal so schlecht gehen zu lassen wie damals, um herauszufinden, was es vielleicht auch in diesem Zustand

gibt, was du gern behalten möchtest. Es geht also um die positive Information im Symptom, die sich gegen den bewussten Willen in unser Leben hineindrängt. Durch eine Musterverschreibung treten an die Stelle von Kampf Aufmerksamkeit, Zuwendung und Erforschung: Wie will eine Extraucherin zukünftig Ruhe finden, Pausen machen, sich ausklinken, wie kann ein Exschmerzpatient auf seine Gefühle und Grenzen achten? Symptome verweisen oft auf Bedürfnisse, während Ziele oft vor allem als Anforderung erlebt werden.

Eine zielorientierte Arbeit gelingt besonders dann, wenn sie auch das Gute des problematischen Erlebens integrieren kann. ■



Dr. med. Dorothea Thomaßen ist Fachärztin für Chirurgie und arbeitet in einem weiten Spektrum der Psychosomatik mit Menschen aller Altersgruppen auf der erweiterten Basis ericksonischer Hypnose und traditioneller chinesischer Medizin. Sie ist Vorstandsmitglied der DGZH e.V. und Chefredakteurin des *tranceform*-Magazins. Kontakt: thomassen@dgzh.de

FORUM



Fokus Wissenschaft

Artikelserie über Hypnose und Hypnotherapie im Open Access

In der Zeitschrift »Frontiers in Psychology« ist eine von Ernil Hansen, Burkhard Peter und Thomas G. Wolf herausgegebene Artikelserie über Klinische Hypnose erschienen. Von 22 eingereichten Arbeiten sind im Peer-Review-Verfahren 20 akzeptiert worden, teilweise nach mehrfacher Revision. Die Bandbreite der Themen reicht von der Psychotherapie und Psychosomatik über Medizin, Zahnmedizin und anwendungsbezogene Faktoren bis hin zu Fragen der zukünftigen Entwicklung und einer neuen Hypnosetheorie. Allein 15 der Beiträge stam-

men aus Deutschland, einer aus der Schweiz, einer aus Belgien, zwei aus Italien und der einzig nichteuropäische aus Kanada. Dies dokumentiert, dass es in Europa wieder ernsthafte Hypnoseforschung gibt.

»Frontiers in Psychology« ist ein Open-Access-Journal, die Artikel sind frei zugänglich und können über ihre DOI-Nummer kostenlos heruntergeladen werden.

<https://www.frontiersin.org/research-topics/54226/clinical-hypnosis>