

## Generative Veränderung: Über die bloße Symptombesserung hinaus<sup>1</sup>

Carol H. Lankton

**Zusammenfassung:** Die Autorin beleuchtet den Unterschied zwischen klassischen hypnose- und psychotherapeutischen Sichtweisen einerseits und einer Verbindung von Ericksonischer Hypnotherapie und einer systemtheoretischen Perspektive andererseits. Symptome sind in diesem Ansatz keine Fehlfunktionen, die mittels einiger suggestiver Kniffe beseitigt werden sollen, sondern Hinweise auf verzögerte oder steckengebliebene Entwicklungsprozesse, die sich sowohl auf innerpsychischer wie zwischenmenschlicher Ebene manifestieren. Neben einer ausführlichen Diskussion verschiedener moderner hypnotherapeutischer Techniken, die direkt auf das Symptom gerichtet sind, gibt die Autorin grundlegend Auskunft, wie über eine Neuverknüpfung von Ressourcen umfassende, aus sich selbst fortentwickelnde Persönlichkeits- und Beziehungsveränderungen initiiert werden können. Die Vermittlung für den Klienten dabei relevanter Informationen geschieht zum überwiegenden Teil über verschiedenartige Metaphern und Geschichten, während sich der Klient in einer hypnotischen Trance befindet.

Das letzte Jahrzehnt war Zeuge einer neuen Betonung von holistischer Gesundheit. Patienten suchen ihre Ärzte weniger häufig in der Erwartung auf, eine auf ein bestimmtes Symptom eingeschränkte Behandlung zu bekommen. Es gibt ein neues Bewußtsein, daß Symptome nur Mittler sind, über die der Körper etwas über die Arbeitsweise des Systems als Ganzes mitteilt. Mehr und mehr bezieht eine Behandlung das ganze System mit ein. Abgrenzungen zwischen rein „körperlichen“ Schwierigkeiten und Problemen, die „nur im Kopf“ sind, verschwimmen durch das Auftreten einer neuen Epistemologie. Und doch sehen sowohl Ärzte wie Psychotherapeuten noch Klienten, die – vielleicht als Ergebnis vorausgehender Konditionierungen – unbefangen danach verlangen, daß ein bestimmtes Symptom geheilt oder daß eine Verhaltensweise „entfernt“ werden soll, ohne eine Berücksichtigung des umgebenden Kontextes auszudrücken, in der sich dies entwickelte. Hypnotherapeuten als spezielle Gruppe werden vielleicht häufiger von Klienten aufgesucht, die eine „Abkürzung“ für Gewichtskontrolle, Rauchen, Migräne, Bluthochdruck und andere wohl abgegrenzte Symptome suchen. Wenn die Fachleute glauben, daß „Symptome nicht geheilt werden können, ohne eine grundlegende Veränderung der sozialen Situation der Person zu bewirken, die ihr erlaubt zu wachsen und sich zu entwickeln“ (Haley, 1973, S. 44), können als Resultat der Diskrepanzen zwischen Klientenerwartung und der tatsächlich eingeschlagenen Richtung der Behandlung Schwierigkeiten entstehen. Diese Diskrepanzen müssen indessen nicht aufgelöst werden, indem der Klient darin ausgebildet wird, in Psychotherapie- oder Familiensystemtheorien versiert zu werden – zumindest nicht im Ericksonischen Ansatz.

Das heißt nicht, daß das Beachten und Heilen von Symptomen fehlgeleitete Bemühungen seien, weil die „wirklichen“ Probleme ignoriert werden oder weil einfach ein anderes Symptom an Stelle des entfernten auftreten werde. Tatsächlich stimme ich

1) Aus: Ericksonian Psychotherapy I. Übersetzt von Bernhard Trenkle, Barbara Vornweg-Lutz, Horst Schales.

mit Ericksons Sichtweise überein, daß Symptome geheilt, gebessert oder verändert werden können und sollen, wenn auch in einer Weise, die stark von den Erwartungen des Klienten abweichen kann. Haley zitiert Erickson: „das Symptom ist wie der Henkel eines Kruges; wenn du einen guten Griff an diesem Henkel hast, kannst du mit dem Krug eine Menge tun“ (Haley, 1982, S. 19).

Dieses Kapitel bezieht sich hauptsächlich auf Ericksons Hypnotherapie, wie er sie in seinen späteren Jahren praktizierte. Traditionelle Hypnosetherapie – im Gegensatz zum Ericksonischen Ansatz – wurde mit Techniken der progressiven Relaxation und direkten Suggestionen assoziiert, die vor allem in Richtung Symptombeseitigung und Verhaltenskontrolle zielten. Freud brandmarkte diese Art von Hypnose in seinen frühen Schriften. Er tat dies auf der Grundlage seiner Überzeugung, daß auf diese Art unterdrückte Symptome in irgendeiner Weise wiedererscheinen würden. Andererseits behandelt dieser Aufsatz eine Ericksonische Methode der Behandlungsplanung, die zwischenmenschliche Faktoren im Leben des Klienten anspricht, sogar wenn die Beziehung solcher Aspekte zum Symptom nicht unmittelbar sichtbar sein mag. Auf diese Art und Weise wird die Auflösung der Symptomatik nicht nur durch besondere Techniken des Eindämmens, Verringerns, Veränderns usw. der Symptome bewerkstelligt, sondern auch über persönliche Faktoren wie Einstellungen, Selbstbild, verhaltensmäßige wie emotionale Flexibilität und Familienstruktur des Klienten, welche für den umfassenderen Prozeß der generativen (sich selbst fortentwickelnden) Veränderung wichtig sind. Obwohl es sicherlich in den meisten Fällen wünschenswert ist, das Symptom so bald wie möglich zu beseitigen, müssen wir aufmerksam in Betracht ziehen, wann wir die Therapie als beendet und das Problem als gelöst erklären. Auf diese Frage der Lösung scheint sich Erickson zu beziehen, wenn er schreibt: „... die Vorstellung einer einfachen ‚Symptombeseitigung‘ (ist) eine krasse Übersimplifizierung dessen, was eine solide Hypnotherapie zu leisten vermag. Der Hypnotherapeut ist vielmehr an einem umfassenderen Programm zur Förderung einer kreativen Reorganisation der inneren Psychodynamik des Patienten beteiligt, das dessen Lebenserfahrung steigert und die Symptombildung überflüssig macht“ (Erickson & Rossi, 1981, S. 186).

Eine Zunahme von Familientherapie ist ein anderes Ergebnis des Trends in Richtung einer ganzheitlichen Sichtweise der Persönlichkeit. Frühe Familientherapeuten wandten sich gegen die vorherrschende Theorie, um die Auffassung zu etablieren, daß die Symptome oft nicht nur eine schwerwiegendere Dysfunktion irgendwo im Beziehungssystem des Klienten anzeigen, sondern daß „psychopathische Verformungen und Symptombildungen späte Ergebnisse des Internalisationsprozesses beständiger pathogener Formen von Familienkonflikten sind“ (Ackermann, 1966, S. 75). Obwohl Erickson die innere Psychodynamik des Patienten unterstrich, tat er dies doch mit einer großen Wertschätzung und mit Verständnis für diese Dynamik in Beziehung zu wichtigen anderen Personen, die das soziale Netz des Individuums bilden. In dieser Hinsicht war er ein Familientherapeut, sogar in den Fällen, wo er nur einen einzelnen behandelte. Aber Erickson betonte weniger psychodynamische Konflikte als Grundlage für eine Symptombildung, sondern favorisierte die Auffassung, daß sich Symptome als Folge von sozialen und praktischen Lerndefiziten entwickeln oder als „wichtige Anzeichen oder Hinweise auf Entwicklungsprobleme, die im Begriff sind, ins Bewußtsein zu treten. Was Patienten noch nicht in Form von kognitiven oder emotio-

nenal Einsichten klar artikulieren können, findet somatischen Ausdruck als körperliches Symptom“ (Erickson & Rossi, 1981, S. 181). Obwohl Mangel an bewußtem Bearbeiten in Symptombildung enden kann, wird Einsicht in die Dynamik üblicherweise keine Heilung bewirken, wenn sich die Symptome erst einmal entwickelt haben. Ackerman definierte ein Symptom als „ein Element der Beziehungsanpassung, das irrational, unangemessen, automatisiert und repetitiv ist“ (1966, S. 90). Diese Definition steht in Übereinstimmung mit Ericksons Lernmodell, nach dem das Symptom das Lernen von neuen Ebenen zwischenmenschlicher Anpassung einschränkt und/oder aus Schwierigkeiten resultiert, diese vorzunehmen. Ackerman war der Meinung, das Ziel der Familientherapie sei es, „die vorherrschenden pathogenen Beziehungen und Verknüpfungen zu erschüttern, um den Weg für die Ausformung gesünderer Familienbande zu öffnen“ (1972, S. 440). Strategische Familientherapeuten wie Jackson stimmen zu, daß das erste therapeutische Ziel die Unterbrechung des bestehenden Systems ist. Erickson schien dem beizupflichten, ging aber weiter, indem er das Ziel betonte, dem Klienten – oft auf unbewußter Ebene – alternative Möglichkeiten an Erfahrung, Wahrnehmung und des Verhaltens zu entlocken, die die Bildung der gewünschten „gesünderen Familienbande“ unterstützen. Er drückte dies so aus: „Symptome können beseitigt werden, indem man mit der Psychodynamik eines Patienten dergestalt arbeitet, daß das Bewußtsein nicht weiß, warum das körperliche Symptom verschwindet. Darüber hinaus wird auch das entwicklungsbedingte Problem, das sich in dem Symptom äußerte, auf scheinbar spontane Weise gelöst.“ (Erickson & Rossi, 1981, S. 181).

Ob Symptome und damit verbundene Entwicklungsprobleme nun in unbewußter „scheinbar spontaner“ Weise oder in einer mehr direkten Art gelöst werden, die wesentliche Unterscheidung betrifft die Frage nach Veränderungen erster oder zweiter Ordnung. Watzlawick, Weakland & Fisch (1974) definierten Veränderungen erster Ordnung als Veränderung innerhalb eines Systems, welches dabei selbst unverändert bleibt. Symptome, die auf diese Weise *beseitigt* werden, werden weniger wahrscheinlich *gelöst*. Auf Veränderung zweiter Ordnung oder Veränderung des Systems selbst liegt die Betonung des in dieser Arbeit beschriebenen therapeutischen Ansatzes. Obwohl dies in diesem Artikel nicht voll entwickelt wird, können wir echte, sich selbst fortentwickelnde Veränderung als Veränderung dritter Ordnung betrachten, da daraus nicht nur Veränderungen im gegenwärtigen System resultieren. Vielmehr werden Ressourcen und Einsichten geformt, die den Klienten in die Lage versetzen und dazu vorbereiten, fortlaufend Ergebnisse von Veränderungen in zukünftigen Systemen zu schaffen und zur Kenntnis zu nehmen sowie Veränderungen fortzuführen, die zu einer früheren Zeit begannen. Wie Watzlawick hervorgehoben hat, mag eine Veränderung zweiter Ordnung auch bewirkt werden durch „eine kleine, periphere Veränderung im Funktionieren eines Systems, (die) einen großen Widerhall durch die gesamte Struktur verursacht“ (1982, S. 23). Das liegt in einer Linie mit Ericksons Mahnung, wie sie von Haley umschrieben wurde: „Falls du eine große Veränderung willst, solltest du nach einer kleinen verlangen“ (1982, S. 23).

Erickson wies Klienten häufig an, einen Baum zu pflanzen – und indem er dies tat, ermutigte er sie symbolisch, einen fortwährenden Prozeß sich selbst fortentwickelnder Veränderung zu beginnen. Einen Baum zu pflanzen, scheint ein einfacher Akt zu sein; in Wirklichkeit setzt dies jedoch voraus, einen geeigneten Platz zum Pflanzen

zu haben und für ihn zu sorgen. Die Person, die für einen Baum sorgt, „verwurzelt“ in gewissem Maße, während sie sicherstellt und würdigt, daß der Baum Wurzeln bekommt und wächst. Und so wie der Baum wächst und sich verändert, so verändert sich auch die Person. Es ist ein Prozeß analog zum Schwangerwerden. Dieser eine „simple“ Akt setzt eine erstaunlich verschachtelte Ordnung von Veränderungen in Gang, die zumindest drei Leben in fortlaufender Weise formen und beeinflussen wird, wobei sowohl das gegenwärtige als auch das zukünftige Familiensystem sich verändert. Und doch gehen die Veränderungen so allmählich und in einer solch logischen, subtilen und zeitlich ungebundenen Art vorstatten, daß sie vom sich verändernden System (größtenteils) mit Leichtigkeit absorbiert werden können.

### Begründung und Bedeutung des Strebens nach generativer Veränderung

Generative oder sich selbst fortentwickelnde Veränderung kann einfach als Veränderung definiert werden, die weitere Veränderungen stimuliert und ermutigt, inspiriert und hervorbringt. Es handelt sich um Veränderung zweiter Ordnung, die viel Veränderung erster Ordnung produziert und oft Veränderung dritter Ordnung, von welcher der Klient im Laufe seiner nachfolgenden Lebensentwicklung zusätzliche Veränderungen zweiter Ordnung zu machen lernt. Eine metaphorische Analogie ist der Prozeß, wenn man einen Schneeball so von einem Hügel herunter in eine Schneebank wirft, daß er weiter den Berg hinunterrollt und dabei mehr Schnee und Kraft ansammelt.

Als Therapeuten sehen wir Klienten, die das Bedürfnis nach einem gewissen Grad von Veränderung in ihrem Leben bemerkt und ausgedrückt haben, obwohl sie oft nicht in Betracht gezogen haben, in welcher Weise diese Veränderung mit bestehenden Lernmustern, Lebensstilen und sozialen Sanktionen unvereinbar sein könnten. Angenommen, Symptome oder Verhaltensweisen bilden sich aus gutem Grunde aus – als beste verfügbare Möglichkeit, um zu einer bestimmten Zeit einer Notwendigkeit entgegenzukommen –, dann sollte Therapie den Klienten mehr unterstützen, als bloß ein Problem wegzunehmen. Sie sollte neue Möglichkeiten lehren, Bedürfnisse zu befriedigen und entwicklungsbedingte Aufgaben zu lösen. Da jedes präsentierte Problem innerhalb eines sozialen oder familiären Kontextes besteht, muß der Therapeut Schnitt- oder Berührungspunkte (interface points) zwischen Klient und anderen bestimmen, in denen sowohl das Symptom wie jede therapeutische Veränderung wirksam ist. Deshalb kann erwartet werden, daß Veränderungen im Selbstbild, den Gefühlen, Einstellungen und Verhalten des individuellen Klienten eine Veränderung in der „Persönlichkeit“ begründen können oder eine Veränderung darin, wie der Klient soziale Berührungspunkte einrichtet und benutzt. Veränderung auf dieser Ebene wird sich über das Entfernen eines Symptomes oder Verhaltens hinaus zu zusätzlicher Veränderung fortentwickeln. Diese zusätzlichen Veränderungen zeigen sich oft als offenkundige Veränderungen innerhalb der Familienstruktur. Sobald Entwicklungsschritte anstehen und besondere Stadien der familiären Entwicklung betroffen sind, werden noch mehr neuartige Verhaltensweisen und Erfahrungen erzeugt. Entsprechend kann (und sollte) die Behandlung eines Individuums für ein anscheinend begrenztes Symptom zur „Familiensystemtherapie“ werden, sogar wenn andere Familienmitglieder in den Therapiesitzungen nie wirklich anwesend waren.

Die Verwendung des Begriffes „Persönlichkeit“ bietet eine besondere Gelegenheit, eine epistemologische Rahmenbedingung für die Praxis Ericksonischer Therapie zu klären. Ebenso bedeutet dies eine besondere Herausforderung. Die Herausforderung rührt von der Schwierigkeit, der sich die Sozialwissenschaften und speziell die Psychologie/Psychotherapie gegenübersehen, wenn sie versuchen, gegenwärtige Einsichten und Beobachtungen in einem Vokabular mitzuteilen, das oft Jahrhunderte alt ist. Das ist hier der Fall beim Begriff „Persönlichkeit“. Dieses Wort, vom lateinischen „personalitas“, bezieht sich auf den Seinszustand, der mehr ist als eine Abstraktion, ein Tier oder ein Ding. Aber sowohl der Allgemein- wie Fachgebrauch übergeht diesen „spirituellen“ Aspekt und benutzt stattdessen das Wort so, daß auf „Eigenschaften“ Bezug genommen wird, die eine Person unabhängig von Umgebung und sozialem Milieu besitzt.

Die allgemeine Auffassung, daß die festgefühten Charakterzüge eines Individuums sich unabhängig von den umgebenden Umständen entwickeln, kommt aus der Weltansicht des 17. Jahrhunderts und der darauffolgenden Aufklärung des 18. Jahrhunderts. Die meisten Gebildeten halten noch an der Auffassung fest, daß Substantive Dinge bezeichnen und daß Dinge aus festen Partikeln bestehen. Das ist das Zeitalter, in dem das allgemeine Weltverständnis nach der Sicht Isaac Newtons gefaßt ist. Diese Anmerkung basiert auf der Beobachtung, daß die Sozialwissenschaften – obwohl sich deren Ideen in Reaktion auf sich verändernde Konzepte in Physik und Chemie beständig fortentwickeln und umformulieren – üblicherweise hinter den veränderten Weltansichten herhinken, die von diesen harten Wissenschaften hervorgebracht werden. Der Begriff „Persönlichkeit“ kann da als gutes Beispiel dienen. Es ist ein gebräuchlicher Begriff, aber er sollte benutzt werden, um eine wechselseitige Verbundenheit (interconnectedness) auszudrücken und nicht ein Ding. Noch besser müßte er als Wahrscheinlichkeit einer wechselseitigen Verbundenheit angesehen werden. Zum Beispiel ist hier in Betracht zu ziehen, daß in der Physik die seit der Jahrhundertwende veränderte Sicht des Atoms das zuvor durch Newton über Descartes, Bacon u.a. vertretene Modell zum Anachronismus werden ließ. Das Atomkonzept mit seinen unteilbaren Partikeln, wie es einst in der Schule gelehrt wurde, ist hinfällig. Atome wurden einst als Dinge angesehen, genauso wie Elektronen und Protonen. Wie die Physik nach und nach dazu kam, die Quantenmechanik zu akzeptieren, kam es zu einem veränderten Verständnis der „Realität“ des Atoms, das die paradoxe Natur dieser zuvor nichtreduzierbaren „Dinge“ enthüllte. Sie existieren nur als Dinge auf Grund der Art unserer Beobachtung. Man könnte sagen subatomare Partikel sind nur wechselseitige Verbindungen zwischen größeren Dingen und diese größeren Dinge sind umgekehrt nur wechselseitige Verbindungen zwischen größeren Dingen, und so weiter. Elektronen sind nur eine Wahrscheinlichkeit eines meßbaren Auftretens. Die Festigkeit der Materie existiert somit nur in Beziehung zu anderen Beziehungen. Und so wie sich das Allgemeinverständnis diesem Verständnis anpaßt und damit eine neue Weltansicht formuliert, werden die Sozialwissenschaften schließlich ihre grundlegenden Sichtweisen entsprechend anpassen (Capra, 1982).

Der Begriff „Persönlichkeit“ sollte eines der ersten Ziele für eine derartige Veränderung sein. Wenn etwas anscheinend so Abgegrenztes und Unveränderliches wie ein Wasserstoffatom nur eine Art veränderliches Feld von Energiebeziehungen ist, wie können wir da an der Sicht festhalten, daß eine Persönlichkeit unabhängig vom sozia-

len Kontext existiert? Persönlichkeit ist kein Ding, sondern eher eine wechselseitige Verbindung zwischen größeren Dingen wie Familien. Und Familien sind nicht Dinge, sondern wechselseitige Verbindungen zwischen noch größeren Dingen. Die Persönlichkeit ist ein Ort von Denk- und Anschauungsstrukturen, die andere Denk- und Anschauungsstrukturen beeinflussen. Sie repräsentiert einen Schnittpunkt. Es ist dieser Schnittpunkt und das Phänomen der wechselseitigen Verbundenheit, dem Erickson Beachtung zu schenken scheint und den auch ich beachte, um Ericksons Behandlungsansatz nachzuahmen und zu verstehen. Ich werde den Begriff „Persönlichkeit“ benutzen, aber ich benutze ihn in dieser Art von Doppelbedeutung, in der er sich auf ein Schnittpunktphänomen bezieht und nicht auf ein Ding, das eine Person besitzt.

### Das individuelle Anliegen einschätzen

Die meisten Therapeuten sind mit den verschiedenen Manövern vertraut, die Patienten bewußt und unbewußt benutzen, um den Weg hin zu einer umfassenderen Behandlung zu öffnen. „Das präsentierte Problem ist oft eine Nebelwand für dahinterliegende Themen oder eine unerkannte Rationalisierung, die einen akzeptablen Grund für die Suche nach Behandlung bietet“ (Zeig, 1982, S. 257). Erickson betonte gegenüber seinen Studenten die Wichtigkeit des Anhörens (auf der sozialen und psychologischen Ebene von all dem, was Patienten zu sagen haben und sie dementsprechend zu behandeln).

In einem Lehrseminar (1979b) präsentierte er das Beispiel von Patienten, die geschickt nach ausgedehnter Behandlung verlangen. Er diskutierte dabei den Fall einer 52 Jahre alten Frau, die anrief und eine Hypnosebehandlung wollte, um das Rauchen aufzuhören. Sie fragte um eine ausgedehntere Behandlung nach, indem sie Informationen gab, die in bezug auf ihr Raucherproblem unwichtig und ohne Zusammenhang waren. Sie erzählte beispielsweise von sich aus, daß sie eine 20 Jahre alte Tochter und einen Sohn mit 19 habe, daß sie in einer psychiatrischen Klinik arbeite, daß ihr Ehemann Professor an der Universität sei, und daß sie genausoviel Geld verdiene wie er. Erickson warnte seine Schüler vor dem Versuch, die Klienten nur wegen ihres ursprünglichen Anliegens zu behandeln, anstatt den wirklichen Zweck dahinter zu erkennen.

Alle Botschaften des Klienten zu respektieren, beinhaltet in gewisser Weise, auf das ursprüngliche Anliegen einzugehen, aber dies verlangt auch, sich auf die tieferliegenden Aspekte einzulassen. Im vorliegenden Fall ging Erickson auf das präsentierte Problem ein, während er gleichzeitig seinen Zweifel zum Ausdruck brachte, daß Hypnose für die Kontrolle des Rauchens das vorrangige Thema sei, indem er ihre Ehrlichkeit in Frage stellte. Er sagte zu ihr: „Leute ihres Alters, die anrufen und nach Hypnose verlangen, um das Rauchen aufzuhören, sind gewöhnlich nicht ehrlich. Um ihre Ehrlichkeit zu belegen, hätte ich gerne, daß sie nächste Woche jeden Morgen zum Sonnenaufgang auf den Berg Squaw Peak klettern und mich nächsten Samstag anrufen.“ (Erickson, 1979b) Über diese Kommunikation wurde der Prozeß von Veränderung zweiter Ordnung eingeleitet, indem die Frau dazu gebracht wurde, eine Reihe von Aktionen zu beginnen, die für Selbstdisziplin, Kontrolle, Stärke und Durchhaltevermögen symbolisch war; dies in Lebensbereichen, die zum Rauchen in keiner Beziehung standen.

Erickson sprach das Thema Verhaltenskontrolle am folgenden Samstag an, als sie hereinkam und ihren Ehrlichkeitstest „bestand“ hatte. Er beschlagnahmte ihre Zigaretten und Streichhölzer und erzählte ihr, daß sie diese in drei Wochen zurückverlangen könne, wenn sie dies wolle, sonst würden sie auf den Komposthaufen geworfen. Sie sagte von sich aus, daß sie nach Hause sollte, um auch die restlichen Zigaretten zu holen. Erickson beglückwünschte sie und merkte an, daß er das für eine gute Idee halte. Als sie zurückkehrte, wurden die anderen Zigaretten genauso eingezogen und die Frau wurde dann gefragt, ob sie bar oder mit Scheck bezahlen wolle, weil die Stunde vorüber sei. Sie bekam einen Termin für den nächsten Samstag, und Erickson gab an diesem Punkt des Seminars zu verstehen, daß seine Schüler in der Lage sein sollten, exakt zu erraten, was sie beim nächsten Treffen sagen würde.

Während sich auf der sozialen Ebene die gesamte Kommunikation auf das Rauchen bezog, lud Erickson sie auf der psychologischen Ebene der Kommunikation ein, an einer erweiterten Behandlung teilzunehmen, indem er sie herausforderte, einen neuen handlungsorientierten Lebensstil zu beginnen, ob dies nur das Rauchen oder ob dies Familienbeziehungen betraf. Diese Herausforderung wurde über den Ehrlichkeitstest gestellt, sogar bevor sie einen Termin bekam, und Erickson führte dies auch modellhaft vor, als er sich im ersten Gespräch tatsächlich durchsetzte, ihre Zigaretten konfiszierte, die Bedingungen der Rückgabe festsetzte, ihre eigenen Ideen verstärkte und dann abrupt mit einer „Zwickmühle“ (bind) ähnlicher Alternativen (ob sie mit Scheck oder bar bezahlen wolle) schloß, was voraussetzte, daß sie seiner legitimen Forderungen zustimmen mußte, in irgendeiner Weise voll und sofort zu bezahlen. Deshalb war Erickson nicht überrascht (und erwartete sogar, daß seine Schüler in der Lage sein sollten, dies vorauszusagen), daß die Frau die ganze Stunde des nächsten Treffens nutzte, um einen Vorfall mitzuteilen, in welchem sie selbstsicher ihrem Ehemann neues kooperatives Verhalten abverlangte, wobei sie voll Selbstvertrauen durchhielt, bis er einwilligte. Bei diesem Geschehnis bat sie ihren Mann, ihr einen Brief zu tippen. Sie betonte dabei, daß er ein Buch publiziert habe und ein ausgezeichnetes Stenograph sei, während sie nicht tippen könne. Sie teilte mit, wie er sie zuerst abgewimmelt habe, indem er gesagt habe, daß jetzt keine günstige Zeit sei und er es morgen tun werden. Sie habe darauf bestanden, es diese Nacht zu wollen, worauf er zu verstehen gegeben habe, sie solle sich ihrem Alter gemäß verhalten und ins Bett kommen. Sie sei bis zu dem Punkt konsequent gewesen, wo sie „die Decken packte, diese wegzog, ihn an den Knöcheln packte, aus dem Bett zerrte und sagte ‚Ich möchte den Brief diese Nacht geschrieben haben‘.“ Er habe in einer typisch passiv-aggressiven Weise reagiert, indem er den Brief „mit mehr Fehlern als es menschenmöglich ist“ getippt habe. Sie habe durchgehalten bis ein zufriedenstellender Brief getippt gewesen sei. Nachdem sie ihre Reaktion auf Ericksons Einladung, neue Aktivität zu entfalten, mitgeteilt hatte, fuhr sie fort, ausführlicher zu erklären, wie „mit unserer Ehe etwas eigenartig ist.“ Sie erzählte im einzelnen, wie ihre Familie jeden Abend zusammen aß, und daß vor der Heirat ihr Mann es liebte, nach Feinschmeckerart zu kochen und großen Wert darauf legte, daß sie in dieser Art zu kochen lernte. Zu der Zeit habe er auch versprochen, daß er jede zweite Woche das Kochen übernehmen würde. Sie berichtete dann, daß diese „nächste Woche“ noch nicht gekommen war, obwohl die Tochter 20 und der Sohn 19 seien.

Ericksons strategische Hausaufgabe für die Frau war, heimzugehen und dem Mann anzukündigen, daß dies endlich seine Kochwoche sei. Sie sagte voraus, daß ihr Mann im Gegenzug Kartoffeln kochen, Hamburger und Würstchen braten werde. Dies wurde akzeptiert; Frau, Sohn und Tochter wurden jedoch instruiert, für das Abendessen zu Hause ein Mitnehmessen aus einem Feinschmeckerrestaurant zu holen. Beim nächsten Treffen beschrieb sie, daß er nichts gesagt, sie aber angestarrt habe, während sie ihre Feinschmeckeressen gegessen hätten. Und was hatte sie nun zu tun, nachdem sie jetzt wieder an der Reihe war? Erickson schlug vor: Da ihr Mann sie eine Woche lang sorgfältig darin unterrichtet habe, was er unter Feinschmeckerküche verstehe, solle sie in ihrer Woche für ihn dasselbe kochen, wobei sie, Sohn und Tochter damit fortfahren sollten, ihre Feinschmeckeressen ins Haus zu holen. Die folgende Woche gab sie an, daß ihr Mann ohne Aufforderung für seine nächste Woche die notwendigen Vorbereitungen zum Kochen einer feinen Küche getroffen habe. Sie fügte hinzu, daß er den Kindern ebenfalls erlaubt habe, Freunde heimzubringen und ihre Schallplatten zu spielen, während sie bisher ihre sozialen Kontakte bei ihren Freunden zu Hause gehabt hätten. Sie bemerkte zusammenfassend, daß ihr Mann gemerkt habe, daß vier von ihnen ein Zuhause haben, und daß dies nicht allein sein Königreich sei; alle haben einen Anteil daran. Sie fügte hinzu, daß sie glücklich verheiratet sei, aber Erickson wieder aufsuchen werden, falls ihr Mann sich nicht bessere.

Sicherlich sind viele präsentierte Symptome mehr als ein Mittel, um zu einer umfassenderen Behandlung für das wirkliche Problem zu kommen. Viele Symptome und zwanghafte Verhaltensweisen stellen ernsthafte und intensive Schwierigkeiten für den Klienten dar, und der Wunsch nach Hilfe, um diese zu lindern, sollte direkt angenommen und ernsthaft verfolgt werden. Ein Teil des Ernstnehmens besteht darin, das Problem gründlich zu erfassen, einschließlich seiner Schnittpunkte mit wichtigen anderen Personen oder mit Entwicklungsaufgaben, die durch das präsentierte Symp-

tom ausgedrückt oder behindert werden. Das heißt auch, zu sehen, wie der einzelne anderen begegnet und, falls er dies vermeidet, wie er ihnen begegnen sollte (wobei besondere kulturelle Eigenarten berücksichtigt werden müssen). Die Behandlung zur Linderung eines Symptoms oder zur Kontrolle einer Verhaltensweise muß oft über die Arbeit hinausgehen, die speziell auf das Symptom oder das Verhalten gerichtet ist.

Eine 29 Jahre alte alleinstehende Frau präsentierte das Problem einer schon 16 Jahre andauernden Bulimie und die damit verbundene Hoffnungslosigkeit und war auf der bewußten Ebene überzeugt, daß das eigentliche Problem vor allem ein Fehlen von Selbstkontrolle sei, was zu fortlaufenden zyklischen Exzessen von Essen und Erbrechen führte. Sie sah verwandte Probleme wie ihr mangelhaftes Selbstkonzept und ihre schwachen sozialen Fähigkeiten als im Vergleich dazu unwichtig an. Die Patientin kann sogar erwartet haben, daß dies nicht einmal erwähnenswert sei, da von ihrem Standpunkt aus die anderen Schwierigkeiten einfach spontan verschwinden würden, falls die Bulimie sich kontrollieren ließe.

Der Klientin ein Gefühl der Selbstkontrolle über die auslösenden exzessiven Impulse entwickeln zu helfen, war in der Tat das Ergebnis einer relativ kurzen und effektiven Reihe von Interventionen im Verlauf der ersten Sitzung. Diese Interventionen gaben ihr unmittelbar die Kontrolle über ihr bulimisches Verhalten. Und doch, wäre die Behandlung an diesem Punkt beendet worden, hätte es gut sein können, daß sie wieder bulimisch (oder sogar suicidal) geworden wäre, weil keine Interventionen auf ihre sozialen Fehlpassungen gerichtet waren, welche ihre Gewohnheit als sicheres Mittel zu unmittelbarer Befriedigung förderten. Obwohl die Klientin nicht offen nach einer Therapie nachgesucht hatte, die etwas anderes bewirken sollte, als die Bulimie zu kontrollieren, vermittelte sie ihre anderen Bedürfnisse auf psychologischer Ebene durch ihr körperliches Erscheinungsbild (in vielem einem 13jährigen Jungen ähnlich), durch ihr soziales Verhalten (scheu und unentschlossen) und durch ihre Aufnahmebereitschaft gegenüber Interventionen, die relevante Informationen in bezug auf ihre unausgesprochenen Bedürfnisse enthielten. Auf der Grundlage dieser Botschaften und auf der Grundlage unserer Überzeugung, daß, wie Haley (1973, S. 44) sagt, „Symptome nicht geheilt werden können, ohne eine grundlegende Veränderung der sozialen Situation der Person zu bewirken, die ihr erlaubt zu wachsen und sich zu entwickeln“, wurde diese Klientin in Co-Therapie mit meinem Mann Stephen in vier weiteren Sitzungen behandelt. In diesen intervenierten wir, um ihr zu helfen, Entwicklungsaufgaben zu lösen (Selbstbehauptung wie sie ein Teenager normalerweise lernt), neue emotionale und verhaltensmäßige Möglichkeiten zu lernen, die notwendig sind, um in sozialen Situationen Anerkennung zu finden (so wie es ein junger Erwachsener üblicherweise lernt) und um Einstellungen und ein neues Selbstbild zu entwickeln, die diese Veränderungen unterstützen. Diese Sitzungen bauten ausgiebig auf der Verwendung hypnotischer Trance auf, auf Metaphern, indirekten Suggestionen und therapeutischen Bindungen (binds), um das Gelernte für sich nutzbar zu machen, in welcher Weise auch immer ihr unbewußtes Denken das Relevante erkannte.

Als wir einige Monate später diese Klientin nachuntersuchten, beschrieb sie enthusiastisch ihr neues soziales Leben, ihre Selbstachtung und die Tatsache, daß sie fraulicher aussah. Dann fügte sie fast beiläufig an, daß sie sehr erfolgreich ihre Bulimie unter Kontrolle habe und nach Ernährungsgesichtspunkten esse, um ein angemesseneres Gewicht für ihren neuen Lebensstil aufrechtzuerhalten. Diese sozialen Aspekte ihres Lebens waren auf bewußter Ebene während der zusätzlichen Therapiesitzungen nicht offen diskutiert worden. Mit anderen Worten: Die Behandlung, die ihre Bulimie zurückgehen ließ, war anscheinend primär als Resultat dessen erfolgreich, daß die Arbeit über die bloße Verhaltenskontrolle hinausging. Von zusätzlichem Nutzen war, daß ihr bewußtes Ich das Gesicht wahren konnte und dem unbewußten Denken erlaubte, eine Menge zu lernen, ohne daß sie zugeben mußte, wie sehr sie persönlich am Ende war.

### Interventionen zur Förderung generativer Veränderung

Bei einer Behandlungsplanung, die darauf zugeschnitten ist, generative Veränderung oder Veränderung zweiter Ordnung zu fördern, müssen verschiedene Variablen berücksichtigt werden. Zunächst einmal werden die Parameter des Symptoms am besten

von einer Systemperspektive aus erfaßt. Wie Fisch beobachtete, „verwendete Erickson beträchtliche Anstrengungen, um ein ziemlich detailliertes Bild vom Symptom, Problem oder der Beschwerde zu bekommen, und auch davon, wie es in Verbindung mit anderen abließ, die in das Problem miteinbezogen waren“ (1982, S. 158). Folgende Fragen könnten hierzu gestellt werden: Wann tritt das Problem auf? Mit wem? Welche Bedingungen haben Einfluß darauf, ob es besser oder schlechter wird? Was wird damit gemacht? Wer würde auf positive oder negative Weise von einer Besserung oder Modifikation des Problems berührt werden?

Wenn eine Familie als ein System von interaktiven Verhaltensweisen, Kommunikationen, Gefühlen, Erfahrungen und Wahrnehmungen angesehen wird, wird es ein in sich vernetztes System, in dem jedes Mitglied ein Subsystem ist, das alle anderen Subsysteme beeinflußt (Jackson, 1967). Dieses Konzept wurde von Whitacker berücksichtigt als er vorschlug, „die Familie als Symptomkontext zu ändern, entspricht dem Bestreben, den Ehepartner eines Alkoholikers zu ändern. Dies ist nützlicher als jedes Bemühen, den identifizierten Patient zu verändern“ (1982, S. 495). Die Beeinflussungsmomente ergeben sich an den sozialen Begegnungs- oder Schnittpunkten. Deshalb können therapeutische Veränderungen in Verhalten, Kommunikation, Erfahrungen und Wahrnehmungen eines Individuums mit einer Störung oder einem Symptom auch weitere Veränderungen anregen in der Struktur oder Natur des Netzwerkes der wichtigen Anderen, mit denen das Individuum interagiert, wenn die Natur und Struktur der sozialen Schnittpunkte sich verändern. Dieser Wellen- oder Schneeballeffekt wird natürlich in dem Ausmaß dramatisch, indem auch zentrale Persönlichkeitsfaktoren berührt werden und die Dynamik oder der Ablauf des gezeigten Symptoms eine neue Bedeutung bekommen.

Zusätzlich zur anfänglichen Einschätzung davon, wie und wann sich die Dysfunktionalität zeigte, muß auch das momentane und das logischerweise als nächstes anstehende Stadium sozialer und familiärer Entwicklung berücksichtigt werden. Außerdem muß eine Einschätzung des Ausmaßes der Fähigkeiten des Klienten erfolgen, die für ein gutes Bewältigen jeder dieser Phasen notwendig sind. Haleys Grundkonzept des familiären Lebenszyklus (1973) ist als Grundorientierung nützlich, über die die Stadien und Fähigkeiten grob erfaßt werden können. Sein Entwurf der typischen „Krisenstadien“ in amerikanischen Mittelklassefamilien schließt ein: die Phase der Partnersuche, Heirat und ihre Folgen, Geburt der Kinder und Beschäftigung mit ihnen, die mittlere Phase einer Ehe, Ablösung der Eltern von den Kindern und Pensionierung, Alter, Tod. Haley betont, daß diese Stadien nur eine vorläufige Grundlage für die Bestimmung der benötigten Fähigkeiten seien, da unser gegenwärtiges Wissen über Familienzyklen ständig durch kulturelle Veränderungen aktualisiert werde. Was sich nicht verändert ist das Postulat, daß „Symptome auftreten, wenn es im sich entfaltenden Lebenszyklus einer Familie oder natürlichen Gruppe eine Verschiebung oder Unterbrechung gibt. Das Symptom ist ein Zeichen dafür, daß die Familie Schwierigkeiten dabei hat, über ein bestimmtes Stadium im Lebenszyklus hinwegzukommen“ (Haley, 1973, S. 42). Der Therapeut muß eine sorgfältige Auswertung des sich entwickelnden einzigartigen Lebenszyklus vornehmen, um zu bestimmen, welche Fähigkeiten und Erfahrungen gebraucht werden. Sich selbst entwickelnde Veränderung wird dadurch gefördert, daß sowohl momentane Bedürfnisse (oder solche

aus jüngster Vergangenheit) angesprochen werden als auch potentiell benötigte, um müheloser den Übergang zum logisch nächsten Stadium zu schaffen.

Das Wissen um typische Fähigkeiten (Erfahrungen, Verhalten, Kenntnisse und Einstellungen), die in jedem Entwicklungsstadium gebraucht werden, kann uns helfen, die Behandlung im Hinblick auf therapeutische Ziele zu planen. Frühe Stadien wie die biologische Sicherheit, Urvertrauen, frühe Sozialisation, Initiative und Identität werden hier eingeschlossen, um zu betonen, daß Entwicklungsverzögerungen in diesen Stadien das psychologische Alter beeinflussen und damit auch die Fähigkeiten, die Bedürfnisse späterer Stadien zu erfüllen. In diesen Fällen kann es günstig sein, daß in Richtung benötigter Fähigkeiten eine Art Erziehung oder eine Form des „Wieder-Be-Elterns“ (Re-Parenting) der Therapie vorangeht, wobei diese Maßnahmen darauf abgestimmt sein sollten, Fähigkeiten zu lehren oder hervorzubringen, die in der logisch nächsten Phase der Entwicklung erforderlich sind. Diese frühen Entwicklungsstadien sind auch dann wichtig, wenn ein Kind Symptomträger ist.

Haley faßte Ericksons therapeutische Strategie zusammen als ein „scharfes Fokussieren auf Symptome . . . (während er) . . . als größeres Ziel die Lösung der Probleme der Familie im Auge hatte, um den Lebenszyklus wieder in Bewegung zu bringen“ (1973, S. 42). Typischerweise gehört hierzu, die Familie oder das Individuum in ihrem Weltmodell zu akzeptieren, ihnen zuzustimmen, das Symptom umzudefinieren und vielleicht sogar seine Aufrechterhaltung zu ermutigen (unter therapeutischer Kontrolle), wobei gleichzeitig neue Ideen eingeführt und ausgearbeitet werden, neue Verhaltensweisen, neue Erfahrungen und Einstellungen, die fortdauernde durchgreifende Veränderungen in Familiensystemen oder im sozialen Netzwerk anregen. Das System wird dann lernen, dies in Richtung zukünftiger Veränderungspunkte der Entwicklung zu erweitern. Es ist kein ideales Ziel, ein problemfreies System zu sein, sondern als System effektiv mit Problemen umgehen zu können, wenn sie auftauchen. Diese Argumentationslinie führt zu den Fragen, welche therapeutischen Ziele festgesetzt werden und wie Klient und Therapeut diese Ziele definieren. Ein strategischer Therapeut übernimmt die Verantwortung dafür, Interventionen aktiv zu initiieren und deren Richtung zu bestimmen, um Veränderungen im Klientensystem zu bewirken. Der erste Schritt bei einer solch aktiven Intervention ist es, Ziele auf der Grundlage aller Informationen zu identifizieren, die vom Klienten auf verbaler und nonverbaler Ebene erhalten wurden. Dieser Schritt kann mit dem Klienten diskutiert werden, dies kann aber auch unterbleiben. Man kann jedoch sicher davon ausgehen, daß der Klient letztlich für die gewünschten Veränderungen verantwortlich ist und daß Klienten die beste Wahl für sich treffen, wenn erst einmal gangbare neue Wahlmöglichkeiten angeboten werden. Umgekehrt kann von ihnen erwartet werden, daß sie Interventionen und Wahlmöglichkeiten unbeachtet lassen, die für ihren besonderen Lebensstil unerwünscht und unangemessen sind. Bedenkt man dies, schwächen sich die Bedenken darüber ab, daß Klienten manipuliert werden könnten, um in das Wertsystem des Therapeuten zu passen.

Es gibt mindestens sechs Bereiche, in denen therapeutische Wahlmöglichkeiten vermittelt und aufgezeigt werden können. Dies sind: 1) Veränderungen in der Familienstruktur; 2) Einstellungen, die die Entwicklung und Fortführung des Symptoms unterstützen; 3) emotionale Flexibilität; 4) altersadäquate Verhaltensweisen in bezug

auf Intimität aufzubauen oder Entwicklungsaufgaben zu vollenden; 5) Selbstbildgestaltung, um neue Einstellungen, Emotionen, Rollen und spezifische Verhaltensweisen zu verstärken und zu lenken, und 6) Veränderungen in der Fähigkeit des Klienten, sich einerseits selbst zu kontrollieren, aber auch andererseits sein Leben zu genießen. Diese Aspekte, die im Grundsatz sich selbst erläutern, werden anderenorts detailliert in bezug auf die allgemeine Anwendung, die Grundlagen und die speziellen Verfahrensprotokolle diskutiert, um jeden dieser Aspekte durch Metaphern zu entwickeln (Lankton, 1985; Lankton & Lankton, 1983, 1984) (siehe auch Lankton, S. 87 in diesem Heft). Sie sind Komponenten eines Behandlungsplanes und dienen als Indikatoren dafür, wie effektiv die Therapie war. Kriterium der Effektivität ist, ob eine Persönlichkeitsveränderung bewerkstelligt wurde, die zusätzliche, andauernde Veränderungen über die Beseitigung des Symptoms hinaus entwickelte. Zusätzlich zu diesen Interventionen werden nun Techniken diskutiert, die sich auf eine direkte Veränderung des Symptoms selbst beziehen.

### **Charakteristische Techniken für den Umgang mit Symptomen**

Die Tatsache, daß Symptombeseitigung (Begrenzung, Konfusion, Besserung usw.) selten ausreichend (oder sogar möglich) ist, ohne eine umfassendere Veränderung der Persönlichkeit des Patienten und seiner Funktion innerhalb des sozialen Systems zu bewirken, macht es nicht weniger notwendig, systematisch spezielle Interventionen zu entwickeln und im Hinblick auf das Ziel auszurichten, das Symptom aus der Fassung zu bringen, zu verschieben, umzudefinieren und zu nutzen, so daß es sich verändert. Eine der vorrangigsten Aufgaben des Therapeuten ist es, Veränderungen in der Interaktionsabfolge zu bewirken, die Symptome oder unerwünschte Angewohnheiten heraufbeschwören oder aufrechterhalten. Wir konzentrieren uns hier auf Methoden, die Veränderungen der Transaktionsmuster unterstützen: 1. Neudefinieren oder Nutzbarmachen des Symptoms mit Hilfe der paradoxen Verschreibung und Umdeuten (Reframing); 2. Anbieten einer schlechteren Alternative; 3. Beseitigung des Symptoms durch assoziative Hemmungen; 4. Konfusion des Symptoms mit Hilfe des „Durchmixens“ („Scrambling“). Diese Techniken sollen in Verbindung mit anderen Interventionen, die darauf gerichtet sind, neue Möglichkeiten zu vermitteln oder wiederzubeleben, verwendet werden, so daß das Auftreten des Symptoms nicht nur verwirrt oder gehemmt wird, sondern nicht mehr notwendig ist. Indem man diesem Teil spezieller Techniken folgt, kommt man zu einer Erklärung für einen vollständigen Behandlungsplan, der Interventionen einschließt und integriert, die neue Sichtweisen fördern.

### **Neudefinieren und Nutzbarmachen des Symptoms durch paradoxen Verschreibungen und Umdeuten (Reframing)**

Diese Techniken ermöglichen es dem Klienten, Aspekte ihrer Symptome zu akzeptieren, Verantwortung für sie zu übernehmen, oder sie auf andere Weise zu schätzen, die vorher ausschließlich ein Problem für sie bedeuteten. Über sich selbst fortentwickelnde Veränderung werden oft alternative Möglichkeiten geschaffen, dasselbe zu bewerkstelligen, was das Symptom zu bewerkstelligen gelehrt hat. Das wird in der paradoxen Symptomverschreibung deutlich. Der erste Schritt beinhaltet gewöhnlich eine Kommunikation, die klar die Annahme einführt, daß es einen guten und logischen Grund

dafür gibt, das Symptom zu haben (Umdeuten), und sogar dafür, es noch zu verstärken (paradoxe Verschreibung).

Das Umdeuten (Reframing) kann dann den nächsten Schritt beinhalten, neue Möglichkeiten zu lernen, um die Intention dahinter zu erfüllen, ohne sich dabei auf das Symptom zu verlassen. Durch die paradoxe Verschreibung wird das Symptom entweder zu etwas Therapeutischem undefiniert, was dann als verfügbares Mittel für ein erwünschtes Ziel bestärkt wird, oder das Symptom wird mit kleineren, vom Therapeuten so hinzugefügten Abweichungen verschrieben, daß die typische Sequenz (und Bedeutung) des Problems unterbrochen wird und der Klient nebenbei entweder etwas über ungeahnte Veränderungsfähigkeiten und Problemkontrollmöglichkeiten oder über neue therapeutische Möglichkeiten lernt.

### **Eine schlechtere Alternative anbieten**

Diese Intervention ist eigentlich eine spezielle Version einer paradoxen Verschreibung, durch die das Symptom unterbrochen wird, indem man den Klienten bittet weiterzumachen, aber in einer genau herausgearbeiteten unangenehmeren Weise. Zum Beispiel behandelte Erickson einen Mann, der an Schlaflosigkeit litt (Zeig, 1980, S. 193), und er versicherte sich des Einverständnisses des Mannes, daß dieser allen Anordnungen Folge leisten würde, wie unangenehm und lästig sie auch sein würden. Danach wurde der Mann angehalten, das Bett zu verlassen und den Boden zu schrubben, wenn er an Schlaflosigkeit litt. Als bald verschwand die Schlaflosigkeit spontan. In ähnlicher Weise regte Erickson einen Jungen, der eine unangenehme Daumenlutschgewohnheit entwickelt hatte, dazu an, weiterhin an seinem Daumen mit derselben Befriedigung zu lutschen, aber er bestand darauf, daß er seine Finger auf eine demokratisch gleichberechtigtere Art lutschen sollte, also nicht nur den linken Daumen zu lutschen und den rechten Daumen und die anderen Finger zu vernachlässigen. Er sollte nicht nur zufällig lutschen, sondern ganz systematisch jeden einzelnen Finger eine bestimmte Anzahl von Minuten lang je regelmäßig geplanter „Sitzung“ (Rossi, Ryan & Sharp, 1983, S. 117). Eine Frau, die zuviel rauchte, ermutigte er, soviel zu rauchen wie sie wolle, aber auf seine angeordnete Art und Weise, die nur den Ort der Zigaretten änderte: die Zigaretten in der Dachkammer und die Streichhölzer im Keller (Zeig, 1980, S. 185). In beiden Fällen wurde die Einhaltung der Verschreibung so umständlich, daß die gesamte Angewohnheit oder das Symptom verschwanden.

Diese Art der Interventionen empfiehlt sich vor allem für Symptome, die sich sehr schädlich auf das Wohlbefinden des Klienten auswirken, wie Eß- und Schlafstörungen, und sind besonders wirkungsvoll bei Klienten, die überkooperativ sind, so daß sie wahrscheinlich eher Anweisungen folgen, als sie in Frage zu stellen. Offensichtlich sind die Therapeuten dann am erfolgreichsten, wenn sie die Interventionen kongruent und ernsthaft einsetzen. Auch sollte man eine logische oder zumindest scheinbar logische Begründung für die Anweisung geben, um die Möglichkeiten, daß der Patient die Anweisung nicht befolgt, zu verringern. Diese Technik ist am wenigsten erfolgreich bei Patienten, die besonders ablehnend und widerständig sind.

### **Symptombeseitigung über assoziative Hemmung**

Diese Technik beinhaltet zuerst, daß eine oder mehrere Erfahrungen als Ressourcen wieder verfügbar gemacht werden, die mit dem typischen Auftreten des Symptoms

oder Verhaltens unvereinbar sind; diese werden dann so gelenkt, daß sie gleichzeitig mit dem ersten Symptomanzeichen auftreten. Es kann notwendig sein, dieses gelenkte Zusammentreffen mehrmals herbeizuführen, bis das erste Anzeichen des Symptoms automatisch die Assoziation zu der inkompatiblen Erfahrungsressource auslöst. Entspannung ist eine Erfahrungsressource, die normalerweise zur systematischen Desensibilisierung benutzt wird, aber andere Erfahrungsressourcen sind oft viel effektiver und besonders erfolgreich, ein spezielles Symptom oder eine spezielle Angewohnheit zu unterbrechen und eine besonders starke assoziative Hemmung aufzubauen.

Es empfiehlt sich, dem Klienten dabei zu helfen, zum ersten wahrnehmbaren Signal die Erfahrungsressourcen zu assoziieren. Ebenso hilfreich ist es, generell assoziative Hemmung zu verstärken, um einfache reziproke Hemmung mit dem Ziel zu fördern, spezielle Teilvorstellungen „redaktionell“ zu überarbeiten, die zum Problem beitragen oder es unterstützen. Zum Beispiel Einstellungen, aufrechterhaltende Erinnerungen oder andere Gedanken zum Problem (visuell oder auditiv repräsentiert), die der Therapeut im Gespräch oder während der Therapie identifiziert, können systematisch verwirrt und entkräftet werden: zuerst wird eine Szenerie an inkompatiblen (oder einfach auch anderen) Vorstellungen aktiviert, und dann wird sie dazu veranlaßt, gleichzeitig in Erscheinung zu treten, wenn der Klient gebeten wird, sich die alten Bilder vorzustellen (Cameron-Bandler, 1978; Lankton & Lankton, 1983; Wolpe, 1948).

### „Durchmischen“ („Scramble“)

Das „Durchmischen“ bezieht sich auf die Konfusion von Sequenzen. Es ähnelt der assoziativen Hemmung und beinhaltet den Aufbau einer Assoziation zwischen den inkompatiblen Erfahrungsressourcen und irgendeinem Aspekt des Symptoms (im Gegensatz zu nur dem ersten Anzeichen). Durchmischen ist eine Technik, die das Bewußtsein darüber in Verwirrung setzen soll, wie man das Symptom produziert, indem eine unbewußte Assoziation zu den Ressourcen hinzugefügt wird, die vorher im Zusammenhang mit dem Auftreten des Symptoms nicht zugänglich war. Diese Technik ist Ericksons Konfusionstechnik nachgebildet, aber auf eine Art und Weise, die systematisch verwirrt und dadurch die normale Abfolge verschiedenartigster Symptome unterbricht, besonders solche psychosomatischer Natur.

Im Laufe dieses Prozesses unterteilen die Klienten die Erfahrung mit ihrem Symptom in (mindestens) fünf spezielle Phasen: (Phase 1 – Anfang, Phase 2 – zwischen Anfang und Mitte, Phase 3 – Mitte, Phase 4 – zwischen Mitte und Ende, Phase 5 – Ende). Anschließend werden diese Phasen in Serien „durchgemixter“ Abfolgen durchgearbeitet (beginnend mit 1, 2, 3, 4, 5 und schließlich ein breiter Bereich von zufällig geordneten Abfolgen). Und abschließend folgt eine Anweisung der Art „Und vergessen sie die mühsame Last, all diesen langweiligen Anweisungen Folge zu leisten, und genießen sie einfach nur die angenehmen Seiten der Trance und jede wichtige Erfahrungsressource, die ihnen wieder zugänglich wird.“ Diese Technik wird an anderer Stelle ausführlicher beschrieben (Lankton & Lankton, 1983).

### Behandlungsplanung

Folgende Themen sind bei der Erstellung eines Behandlungsplans zu beachten: 1. Reihenfolge der Interventionen und Integration der Interventionen, die sich speziell auf

das Symptom und den umfassenderen Kontext beziehen; 2. Länge der Behandlung; 3. Einsatz und Integration verschiedener Behandlungsformen – besonders der Hypno- und Familientherapie; 4. Art der Kommunikation – ob in erster Linie metaphorisch oder direkt. Es gibt natürlich nicht nur einen richtigen Behandlungsablauf. Ein vollständiger Behandlungsplan kann von einer umfassenden Sitzung bis hin zu vielen, über einen Zeitraum von Monaten oder sogar Jahren verteilten Sitzungen reichen. Er kann verschiedene Behandlungsarten, wie Hypnose, Familientherapie, strategische Interventionen, Gestalt, Kombinationen dieser Techniken und mehr enthalten. In der späteren Fallbesprechung war die vorherrschende Behandlungsform Hypnose mit einem einzelnen Klienten und Verwendung von mehrfach eingebetteten Metaphern (multiple embedded metaphors), obwohl deutlich die Beziehungen zur Familie und/oder zum sozialen Umfeld betont wurde. Ein vollständiger Behandlungsplan zur Beseitigung des Symptoms oder zur Kontrolle eines Verhaltens schließt nicht unbedingt spezielle Interventionen für jedes der sechs obengenannten therapeutischen Ziele ein, aber normalerweise werden neben dem Symptom mindestens vier dieser Ziele angesprochen. Die Fragen nach der Koordinierung der verschiedenen Interventionen, nach den Übergängen zwischen den Interventionen, nach der Anzahl der Sitzungen, nach der Anordnung der Interventionen, nach der ersten Intervention, die Frage, wann andere Familienangehörige oder Personen des Umfeldes in die Therapie miteinbezogen werden sollen und welche Kombination von Behandlungsmethoden verwendet werden soll, werden entsprechend der Individualität des Klienten beantwortet unter Berücksichtigung seines Lebensstils, des Stadiums der familiären Entwicklung, der Funktion des dargebotenen Problems, der Verfügbarkeit seiner Ressourcen, des psychologischen Alters usw. Es gibt jedoch einige nützliche Leitlinien für diese Themenbereiche. Betrachten wir zuerst die Anordnung der Interventionen.

### Anordnung der Interventionen

Interventionen, die spezifisch auf das Symptom zielen, werden über Symptomverschreibung und Neudefinieren oft am Anfang verwendet, aber im zentralen Teil der Gesamtbehandlung umfassender angesprochen. Im folgenden Fall sind die symptomorientierten Interventionen zentraler Teil einer mehrfach eingebetteten Metaphernstruktur. Diese Interventionen ins Zentrum anderer therapeutischer Interventionen umzustellen, stellt sicher, daß Einstellungen, die das Problem unterstützen, bereits angesprochen und Erfahrungsressourcen bereits wieder verfügbar gemacht wurden. Dies können mit dem Symptom inkompatible Erfahrungen sein, die bei assoziativer Hemmung genutzt werden, oder einfach Erfahrungen (wie Dissoziationen), die dem Klienten helfen, das Problem aus einer anderen Blickrichtung zu untersuchen (die angenehmer, entspannter oder positiver ist). In Anbetracht dessen beinhaltet eine Ericksonsche Tranceinduktion oft paradoxe Anweisungen, die es dem Klienten ermöglichen, seinen normalen Bezugsrahmen außer Kraft zu setzen und auf die folgenden Interventionen von einem aufnahmebereiteren Standpunkt aus einzugehen.

Die Schritte oder Phasen der Behandlung können wie folgt zusammengefaßt werden: 1. den normalen Bezugsrahmen außer Kraft setzen; 2. wieder Verfügbar machen eigener Ressourcen; 3. Veränderung der Symptomerfahrung der Klienten; 4. Interventionen, die es dem Klienten ermöglichen, zukünftig selbst im Kontext seiner beson-

deren Familie und seines Umfeldes ständige sich ausweitende Veränderungen (über die bloße der Beseitigung des Symptoms hinaus) zu veranlassen. Die speziellen Anforderungen, die sich durch die momentane und die nächstlogische Entwicklungsstufe des Klienten ergeben, werden in die Überlegungen miteinbezogen, um sich selbst fortentwickelnde Veränderung zu fördern. Der Therapeut sollte Flexibilität und Bereitschaft zeigen, andere Interventionen in den Fällen in Betracht zu ziehen, in denen eine sofortige Lösung für das Symptom entscheidend für das Wohlbefinden des Klienten ist, so wenn z.B. der Klient durch das Symptom so verzweifelt ist, daß er suicidal werden könnte. Es mag jedoch ratsam sein, einen kurzen Abstecher zu machen, um Erfahrungsressourcen anzuzapfen, bevor man sich darauf konzentriert, das Symptom abzuschwächen. Zum Beispiel kam oben erwähnte bulimische Patientin zu insgesamt vier Sitzungen, und es war die erste Sitzung, die Interventionen enthielt, ihr Symptom zu unterbrechen und ihr neue Hoffnung zu geben. Obwohl der größte Teil der Sitzung direkt ihre Änderung der Symptomerfahrung ansprach, schufen die anfänglichen Interventionen zur Wiedererlangung ihrer Ressourcen (Vertrauen, Selbstwertgefühl, Selbstkontrolle) eine therapeutische Atmosphäre, die es erleichterte, neue assoziative Hemmungen für verschiedene Stimuli zu errichten, die vorher das bulimische Verhalten initiiert oder verlängert hatten. Die folgenden Sitzungen konzentrierten sich darauf, ihr andere wichtige Erfahrungsressourcen zugänglich zu machen, soziale Fähigkeiten zu entwickeln und das neugefundene Selbstwertgefühl für zukünftige zwischenmenschliche Beziehungen ihres Lebens fortzuentwickeln. Um es noch einmal zu betonen, die Therapie hat mit Interventionen begonnen, die speziell auf ihr Symptom ausgerichtet waren.

#### **Dauer der Behandlung**

In meiner Praxis behandle ich Klienten normalerweise zwischen einer und acht Sitzungen, in Ausnahmefällen – wenn nötig – mache ich Langzeittherapien. Bei der Festsetzung der Gesamtzahl der Sitzungen, die eine abgeschlossene Behandlung erfordert, stimme ich mit Richard Fisch überein, der über Kurztherapie sagte: „Die Therapie sollte nicht nach ihrer Kürze oder Länge bemessen werden, sondern danach, ob sie wirksam und erfolgreich den Menschen bei ihren Beschwerden hilft, oder ob sie vergeudete Zeit ist.“ (1982, S. 157) Nach diesem Kriterium ist die Therapie dann beendet, wenn dem Klienten (erfolgreich) geholfen wurde. Obwohl eine gewisse Einschätzung zu Beginn möglich ist, wieviele Sitzungen das sich stellende Problem in etwa erfordert, bewerte ich üblicherweise, wie hilfreich jede einzelne Sitzung war, und entscheide dann, ob eine weitere nötig ist, um die Ziele zu erreichen, die vorher mit dem Klienten skizziert worden waren.

Obwohl Erickson von einigen wegen seiner Kurztherapie kritisiert wurde, teilte er mit Eric Berne das Ziel, daß Therapie so schnell wie möglich zur Heilung führen sollte. Berne benutzte die Analogie, strategisch „den Splitter zu entfernen“ (1971, S. 12). Erickson bezog sich auf eine Wiederverknüpfung der „Erfahrungswelt“ des Klienten (1980, S. 38) und intervenierte in einer Art wie „den Damm in einer Flußbiegung aufzubrechen“ (Dammann, 1982, S. 198). Erickson erreichte diese Ergebnisse oft sehr schnell mit einer einzigen strategischen Intervention oder Hausaufgabe. Zum Beispiel arbeitete er mit einem Ehepaar, dessen konfliktreiche Versuche, gemeinsam ein Restaurant zu leiten, ihr Eheleben bedrohte (Haley, 1982). Die Ehefrau war über-

verantwortlich und ärgerlich darüber, daß ihr Mann nicht mehr Initiative zeigte. Er war ärgerlich über ihr Einmischen und ihre Chefattitüden. Obwohl sich dieser Konflikt auf die Führung des Restaurants zu konzentrieren schien, war er ein Symbol für ihre Ehekrise, indem er nie offen ausgesprochene Rollenkonflikte ausdrückte. Erickson wies den Mann strategisch dazu an, daß er morgens eine halbe Stunde vor seiner Frau in das Restaurant gehen sollte, was die sofortige Symptomauflösung zur Folge hatte und – noch wichtiger – die Entwicklungskrise ihrer Ehe löste, da jeder von ihnen wichtige neue Verhaltensweisen und Assoziationen in Reaktion auf die ursprünglichen Stimuli lernte. In diesem Fall wurde die ganze Paarbehandlung in nur einer Sitzung in Gang gesetzt, die das Aufnahmeinterview und die strategische Aufgabe beinhaltete. Innerhalb des eher typischen Zeitrahmens von 1–8 Sitzungen wird häufig Hypnose mit metaphorischer Kommunikation benutzt, und andere Familienmitglieder nehmen oft an der Behandlung teil.

#### **Nutzung und Integration verschiedener Therapieansätze**

Hypnose begünstigt oft eine kürzere Behandlung, dies zum Teil wegen des konzentrierten geistigen Einsatzes, der Nutzung imaginativer Techniken und der Schaffung unüblicher Assoziationspunkte. Wenn Familienangehörige und andere dem Klienten nahestehende Personen an der Sitzung teilnehmen, besteht eine bessere Chance, den Klienten in lebendiger Weise neue Erfahrungen an den Stimulus wichtiger anderer knüpfen zu lassen und die Klientveränderungen unterstützende Verhaltensweisen und Wahrnehmungen auf seiten der wichtigen anderen zu fördern. Diese Art von Beziehung und therapeutischer Assoziation gelingt wahrscheinlicher, wenn wichtige andere tatsächlich an der Therapie teilnehmen, ob nun Hypnose benutzt wird oder nicht. Wenn Familienangehörige oder wichtige andere für die Therapie nicht zur Verfügung stehen (oder wenn deren Anwesenheit den therapeutischen Prozeß zu sehr unterbrechen würde), erlaubt Hypnose dem Klienten, therapeutische Lernprozesse lebendiger mit den vorgestellten Personen (bei denen sie diese Lernerfahrungen dann auch brauchen) zu verbinden, als daß dies mit dem Bild des Therapeuten oder seinem Behandlungszimmer geschieht.

#### **Metaphorische und direkte Kommunikation**

Schließlich ist da noch die Frage, wann direkt und wann metaphorisch zu kommunizieren ist. Metaphern als Kommunikationsform zu wählen, bietet verschiedene Vorteile. Es ist eine „blamagefreie“ Art für den Klienten, sich mit neuartigen Erfahrungen zu befassen, neue Verhaltensweisen zu lernen und auf Anweisungen zu reagieren (oder auch nicht), die direkt oder impliziert in der Geschichte enthalten sind. Es ist auch ein „versagensfreier“ Weg für den Therapeuten, den Klienten in einer Art zu instruieren, die aufkommenden Widerstand beim Klienten vermeidet, weil der Klient letztlich beurteilt, was die Geschichte bedeutet, wie sie zu interpretieren ist und welche Reaktion darauf erfolgt. Falls das Material in der Geschichte für die Bedürfnisse des Klienten nicht relevant ist, wird es wahrscheinlich verworfen, und wenn das Material so relevant ist, daß es belastet, kann es auf der bewußten Ebene „als einfach eine Geschichte“ fallengelassen werden, während es dem Unbewußten freisteht, in einer sinnvollen Weise zu reagieren. Detailliertere Begründungen und Ausführungen zur Technik des Einsatzes von Metaphern finden sich an anderer Stelle (Gordon,

1978; Lankton, 1985; Lankton & Lankton, 1983) (Anm. d. Herausg.: deutschsprachige zusammenfassende Einführung: Trenkle, B.: Geschichten und Metaphern. In: Peter, B. (Hrsg.): Ericksonische Hypnose und Hypnotherapie. Pfeiffer, 1985). Hier wird diese Technik als besonders effektive Interventionskomponente dargestellt, sowohl um bestimmte Symptome zu unterbrechen als auch um sich selbst fortentwickelnde Veränderung zu stimulieren und zu modellieren. Metaphern sind natürlich selten die gesamte Behandlung. Üblicherweise besteht immer ein Teil der Behandlung aus direkter Kommunikation, besonders während des Anfangsgesprächs und der Diagnosephase und ebenso in den Feedbackphasen, die einer primär metaphorisch gestalteten Stunde folgen. Sitzungen, die auch andere Techniken wie Gestalttherapie, konventionelle Familientherapie und strategische Interventionen beinhalten, können gelegentlich mit Hypnose und Metaphern kombiniert werden, um spezielle Wirkungen zu erzielen.

Im folgenden Fall wurden in der einzigen Sitzung ausgiebig Metaphern eingesetzt, während der Klient in Trance war. Es wurde kein anderer Familienangehöriger mitbehandelt, die diagnostische Befragung ergab jedoch genügend Informationen über seine Familie und Ursprungsfamilie. Die therapeutischen Interventionen wurden so gestaltet, daß therapeutische Wirkungen in bezug auf beide Familien unterstützt wurden.

### Hypertonie-Fallbeispiel

#### Hintergrund und präsentiertes Symptom

Der Klient, Bob, suchte einer seit mindestens zehn Jahren bestehenden labilen Hypertonie wegen die Therapie auf. Die nachfolgenden Informationen über seine familiäre und berufliche Situation sowie über seine Ursprungsfamilie sollen Entwicklung und Aufrechterhaltung seiner speziellen Hypertonieproblematik verständlich machen und zu verdeutlichen versuchen, welche therapeutischen Maßnahmen zur Unterbrechung seines Symptoms sinnvoll sein und gleichzeitig sich selbst fortentwickelnde Veränderungen anregen würden. Wie noch deutlich werden wird, liegen diese Informationen den entwickelten Behandlungszielen zugrunde.

Bob, ein 37-jähriger, in zweiter Ehe verheirateter Mann, lebte mit seiner jetzigen Frau und der zweijährigen Tochter sowie jede zweite Woche mit der adoleszenten Tochter aus seiner ersten Ehe zusammen.

Er beschrieb beide Situationen als für ihn recht anstrengend, betonte aber besonders seine Schwierigkeiten, der nötigen väterlichen Verantwortung seiner zweijährigen Tochter gegenüber nachzukommen. Der Klient fühlte, daß er eine effektivere Balance zwischen Familie und Beruf herstellen müsse. Bob berichtete, er genieße seine Arbeit als Universitätsprofessor, obschon er über Ängste in Bereichen klagte, in denen es um Leistung vor Publikum und deren Bewertung ging.

Bob zeigte eine Konstellation von Merkmalen, die als repräsentativ für einen hypertensiven Lebensstil aufgefaßt werden können. Dazu gehörte, daß er zuviel Verantwortung für andere im Rahmen seiner jetzigen Familie übernahm und ebenso anderen zuviel Verantwortung für seine eigenen Gefühle übertrug. Er betonte ein starkes Bedürfnis, als kompetent und produktiv zu erscheinen, und die Zustimmung anderer

war sehr wichtig für ihn. Der Klient kontrollierte seinen Blutdruck täglich und war bemüht, unter allen Umständen Konflikten aus dem Weg zu gehen.

Mit Bezug auf seine Ursprungsfamilie zeigte er eine starke Identifikation mit seinem Vater, der häufig an Herzversagen litt, sich persönlich in Richtung auf „Leiden im Stillen“ orientierte, der Gefühle zurückhielt, sich ständig ärgerte, ein Perfektionist war und abwechselnd Phasen von Wutausbrüchen und indirektem Ausdruck von Ärger zeigte. Der Vater starb zwei Wochen vor Beginn der ersten Therapiesitzung an einer Herzattacke.

Seine Mutter beschrieb Bob als kontrollierend, ängstlich und ihre Liebe an Bedingungen knüpfend. Als ältestes von zwei Kindern lernte Bob früh seine für ihn *primäre* Rolle, die darin bestand, die Verantwortung zu übernehmen.

#### Ziele und Behandlungsplan

Bei diesem Klienten würde die Stimulierung generativer Veränderung mehr beinhalten müssen, als ihm lediglich Mechanismen in die Hand zu geben, mit deren Hilfe er seinen Blutdruck senken konnte. Er bat um Hypnotherapie, da seine bisherigen Versuche, sein Symptom zu lindern, nur von bescheidenem Erfolg gewesen waren. Der Klient nahm wahrscheinlich an, Hypnose könne ihm dabei helfen, seine Hypertonie-symptomatik effektiver loszuwerden, obschon er berichtete, daß Meditation, Biofeedback und andere Entspannungsverfahren bislang nur zeitweilige Linderung und Senkung seines Blutdrucks gebracht hatten, der sogleich wieder anstieg, sobald er in seine typischen täglichen Arbeitsaktivitäten eingespannt war.

Um generative Veränderung hervorzurufen, muß der Therapeut die Funktion des Symptoms beachten oder das, was es aussagt.

In diesem Fall wurde, zusätzlich zu Interventionen, die darauf abzielten, den spannungshäufenden Prozeß bei Bob zu unterbrechen, die Behandlung daraufhin ausgerichtet, ihm dabei zu helfen, neue Assoziationen, Emotionen und Verhaltensweisen zu entwickeln, die die Reaktionen auf jene Stimuli ersetzen sollten, die vormalig die Hypertonie ausgelöst hatten. Auf diese Weise, so war zu erwarten, würden die so erreichten Veränderungen dazu beitragen, zusätzliche (fortlaufende) Veränderungen im familiären Beziehungsbereich sowie im Rahmen seines Berufes zu erleichtern. Die Behandlungsziele können entsprechend folgender therapeutischer Bereiche eingeteilt werden:

*Einstellungsumstrukturierung:* Verschiedene Einstellungen, die dieser Klient zum Ausdruck brachte, trugen direkt zur Aufrechterhaltung seines Symptoms bei; sie schlossen seine Furcht und die Erwartung mit ein, er sei kulturell und genetisch für Hypertonie prädisponiert (gemäß seiner starken Identifikation mit dem Vater), ferner seine Rollenvorstellungen im Hinblick darauf, die Kontrolle zu behalten und Verantwortung für andere zu übernehmen (während er seine eigenen Bedürfnisse ignorierte), sowie seine Einstellung, es sei wichtig, nach Perfektion zu streben und Schwächen, Inkompetenz oder mangelnde Perfektion zu verbergen.

Ziele für eine Umstrukturierung beinhalten die Abwertung oben aufgeführter Einstellungen und gleichzeitig die Suggestion ihnen entgegengesetzter Haltungen, wie etwa: „es ist möglich, sich vom Vater zu unterscheiden, man kann Verantwortung für andere dadurch übernehmen, daß man Verantwortung für sich selbst übernimmt, man

muß nicht perfekt sein, Annäherung an Perfektion erfordert, mangelnde Perfektion zu akzeptieren“.

*Emotionale Flexibilität:* Emotionale Zustände, die Entspannung, sich wohl fühlen trotz Verletzbarkeit und Befriedigung zum Inhalt hatten, sollten für den Klienten in Situationen verfügbar sein, in denen sie vormals nicht verfügbar schienen. Ihm waren diese Gefühlszustände vertraut, und er war in der Lage, sie für sich selbst herzustellen, aber er verfügte nicht über entsprechende assoziative Verknüpfungen zu solchen Situationen, in denen er diese Emotionen am nötigsten brauchte.

*Altersangemessene Intimität und Rollenverhalten:* Es gab verschiedene spezifische Verhaltensweisen, die Bob innerhalb seines normalen Sozialisationsprozesses nicht erlernt hatte, so z.B.: Ärger auszudrücken, Risiken einzugehen, Verletzlichkeit zu zeigen und anderen zu gestatten, Verantwortung zu übernehmen. Diese Verhaltensweisen sollten im Verlauf der Therapie illustriert und so für Bob eine Gelegenheit geschaffen werden, sie anders zu bewerten und in seinen eigenen Lebensstil zu integrieren.

*Veränderung der Familienstruktur:* Die Verwirklichung der in den vorangegangenen Bereichen angesprochenen Ziele sollte zu Veränderungen innerhalb der Familienstruktur und der Rollenverteilung führen. Insbesondere sollte der Klient Verantwortung dafür übernehmen, Gefühle auszudrücken, andere für ihn sorgen zu lassen, gelegentlich eine „one-down“-Position einzunehmen usw.

*Selbstbild:* Alle oben aufgeführten Veränderungen würden für Bob in dem Maße schneller verfügbar, in dem seine Therapie die Gelegenheit einschloß, die Veränderungen zu akzeptieren und zu festigen und sich vorzustellen, wie er aus ihrer Verwendung in seinem täglichen Leben Nutzen ziehen würde.

Ziele in bezug auf das Selbstbild waren, Bob dabei zu helfen, systematisch eine visuelle Vorstellung zu entwickeln, in der er selbst sich in einer Weise mit anderen interagieren sah, die deutlich machte, daß er die Ziele in einer von ihm geschätzten Weise erreicht hatte.

Um jedes der identifizierten Ziele indirekt anzusprechen, wurden therapeutische Metaphern konstruiert (S. Lankton, in diesem Heft). Dann wurde eine hypnotische Trance induziert und die Metaphern in mehrfach-eingebetteter Weise dargeboten (a. Lankton & Lankton, 1983). Da Klient und Therapeut in verschiedenen Städten wohnten, wurde eine lange (2 Stunden dauernde) Therapiesitzung vereinbart, mit der Möglichkeit, Folgetermine anzuschließen, falls dies notwendig sein sollte.

### Zusammenfassung der Therapiesitzung

Der Sitzung ging eine diagnostische Abklärung über Briefe voraus. Die Behandlung begann mit einer Tranceinduktion, die paradoxe Anweisungen zu dem Zwecke enthielt, die bewußte Wahrnehmung des Klienten zu fokussieren und seine Leistung zu bewerten. In diesem Fall hieß „Leistung“, ob er seine Trance auf eine korrekte Weise entwickelte oder nicht.

In der Ausrichtung auf die Trance wurde der Klient daran erinnert, wie vorteilhaft es für eine Person sei, sich „gehen zu lassen“, während man in eine Trance eintritt, und daß er daher Verantwortung dafür übernehmen und Kontrolle über seine Ent-

spannung bis zu jenem Grad entwickeln sollte, der es ihm ermöglichte, sich in genau der Weise gehen zu lassen, die angebracht war. Auf diese Weise wurde der Prozeß der Unterbrechung der normalerweise auftretenden Sequenz seines Symptomkomplexes eingeleitet, da er sich selbst selten aus einer bewußt-absichtlichen Haltung heraus kritisch einschätzte. Sollte er dieser Anweisung nicht folgen und sich in einer Situation spontan verhalten, die möglicherweise zu Leistungsbewertung und zu einer Angstreaktion führen konnte, wäre seine normale Symptomsequenz ebenfalls unterbrochen worden. Dadurch wurde der Klient sofort in eine paradoxe „Doppelgewinn“-Bindung versetzt.

Die Induktion wurde fortgesetzt und die Trance durch Einsatz unterschiedlicher Anekdoten von Bewußt/Unbewußt-Dissoziationsformulierungen und indirekter Suggestionen so aufrechterhalten, daß seine unterschiedlichen Reaktionen als „korrekt“ verstärkt wurden, wobei Signale mit einbezogen wurden, die Schwierigkeiten auf seiner Seite anzeigten, wie etwa Spannungen in der Augenbraue, unregelmäßige Atmung usw.

Daraufhin wurde die Hypnotherapie für sein Symptom derart aufgenommen, daß ein therapeutisches Ziel nach dem anderen erarbeitet wurde.

Die erste Metapher zielte darauf ab, Veränderung der Haltung hinsichtlich seiner Annahme anzusprechen, daß er selbst dazu „bestimmt“ sei, ähnliche Schwierigkeiten zu haben, wie sie für seinen Vater so verhängnisvoll gewesen waren. Die Metapher konzentrierte sich auf die Geschichte zweier früherer Klienten, die glaubten, an unheilbaren vererbten Schwierigkeiten zu leiden. Die Metapher beinhaltete eine offensichtliche Parallele zu Bobs Glaube bezüglich seiner eigenen genetischen Prädisposition. Allerdings war sie auch einen Schritt davon entfernt, da es sich ja „nur um eine Metapher“ handelte, in der es um andere Klienten ging, die Schwierigkeiten mit unterschiedlichen Leiden hatten – einer mit einer „Sonnenallergie“ und der andere mit Hautkrebs. Die Metapher enthielt Berührungspunkte in bezug darauf, wie Persönlichkeit und Erwartungshaltungen bei der Entstehung eines Problems beteiligt sind und nicht nur genetische Faktoren.

Aspekte einer „Krebspersönlichkeit“ (Friedman & Rosenman, 1974; Greer, 1979; Rassidakis, 1978), d.h. Abneigung dagegen, Ärger auszudrücken, und Widerstreben dagegen, andere Verantwortung übernehmen zu lassen, wurden kurz angedeutet, um spätere Ausführungen darüber vorzubereiten, wie diese Verhaltensweisen entwickelt werden können. In einer für die „Mehrfach-eingebettete-Metaphern-Struktur“ charakteristischen Weise (Lankton & Lankton, 1983) wurde diese Geschichte nicht beendet und durch den Anfang der zweiten Geschichte unterbrochen.

Das primäre Ziel der zweiten Geschichte bestand darin, affektive Ressourcen abzurufen und zweitens zusätzlichen Zweifel bezüglich der genetischen Prädisposition zu säen. Dieses zweite Ziel wurde dadurch erreicht, daß zwei „identische“ Zwillinge als Charaktere eingeführt wurden, die nichtsdestoweniger ziemlich verschieden voneinander waren. Ihre Tätigkeit an Bord eines Tauchbootes in Australien wurde beschrieben. Einer der Zwillinge hatte zugegebenermaßen Angst davor zu tauchen und war zaghaft und unsicher über den korrekten Ablauf des Vorganges. Er glaubte fest, daß niemand ihn als Tauchpartner haben wolle, weil er nicht erkannte, daß andere sein Zögern als wertvolle Vorsichtsmaßnahme in einer Situation wahrnehmen könnten, in der es wie beim Tauchen um Leben oder Tod geht. Der andere Zwilling glaubte

fälschlicherweise, er wüßte alles übers Tauchen, befremdete die anderen Taucher durch sein anmaßendes und forderndes Wesen und lernte nichts dazu.

Indem diese Unterschiede sehr detailliert und kontrastreich dargestellt wurden, gab die Geschichte ein modellhaftes Beispiel dafür, wie die Bereitschaft, Verletzlichkeit und Schwächen offen zu zeigen, sehr häufig von anderen Personen als bewundernswürdige Stärke interpretiert wird. Eine Diskussion darüber, wie ich vorgegangen wäre, wäre dieser törichte „Ich weiß alles“-Zwilling mein Klient gewesen, stellte einen sicheren Kontext dafür zur Verfügung, Beispiele an emotionalen Ressourcen auszuarbeiten, wie etwa sich in Abhängigkeit wohlfühlen, Befriedigung, Entspannung und ausgewogene Sensibilität und Verletzlichkeit.

So wurden beispielsweise assoziative Verknüpfungspunkte hergestellt, die zeigten, wie ein Kind genießen kann, sich im vorderen Teil eines Bootes fahren zu lassen, während ein anderer im Heck des Schiffes die Arbeit erledigt, oder wie tröstlich es für einen Jungen ist, zu wissen, daß sein Vater mit festem Griff den Gepäckträger umfaßt, während er unter Wackeln lernt, wie er sein Fahrrad ausbalancieren kann.

Es wurde erwartet, daß der Klient auf der bewußten wie auf der unbewußten Ebene sowohl somatische als auch psychologische Komponenten dieser Erfahrungen aus seiner eigenen persönlichen Geschichte aktualisieren würde. Diese affektiven Ressourcen würden mit erhöhtem Blutdruck unvereinbar sein und Aspekte sich selbst fortentwickelnder Veränderung fördern, wenn Bob diese Erfahrungen dazu nutzen würde, auf familiäre, soziale und berufliche Auslöser zu reagieren.

Da es ein allgemeines Behandlungsziel war, die Sequenz zu unterbrechen, mit der Bob Spannungen produzierte (anstatt ihm dabei zu helfen, noch angestrongter zu versuchen, die Spannung effektiver abzubauen), wurde ein Bündel von Interventionen erdacht, um sein Symptom neu zu definieren und zu verwenden. Die direkt auf das Symptom abzielende therapeutische Arbeit wurde nach der zweiten Geschichte aufgenommen.

Die Interventionen wurden direkt gegeben und auch im Zusammenhang mit metaphorischen Skizzen, die Umdeutungen (Reframing) und paradoxe Verschreibungen enthielten. „Furcht“ wurde als positiv gedeutet, und einige Metaphern illustrierten, wie sie verwendet werden konnte. Dieser Vorgang wiederholte sich systematisch auf mehreren Ebenen. Zunächst wurde die Hypertonie als „Furcht“ umdefiniert. Hilfe wurde Bob nur unter der Bedingung versprochen, daß er bereit sei zu lernen, *wirklich* sehr ängstlich zu sein. Ideomotorische Signale wurden etabliert, und seine Bereitschaft, fortzufahren, dadurch abgesichert. Er wurde dahingehend angewiesen, seine Furcht mit großer Detailgenauigkeit wahrzunehmen und sie zu „einem Freund zu machen“. Die Begründung, die Bob dafür angeboten wurde, betonte die Tatsache, daß es nicht unmöglich sei, mit seiner Angst umzugehen, und daß es in der Tat gut wäre, sie wahrnehmen zu können, um sie dazu zu verwenden, genau zu wissen, was er von anderen benötigte.

Da er sich besonders vor Konflikten fürchtete, wurde er in paradoxer Weise dazu angehalten, seine Fähigkeit, Konflikte zu meiden, zur Vermeidung von Streß zu verwenden. Dies sollte er dadurch erreichen, daß er sich direkt in das Herz des Konfliktes hineinstürzte und ihn löste, vielleicht dadurch, daß er sich selbst ausdrückte, oder ihn aushielt oder gar verrückt wurde.

In dieser Hinsicht wurde eine Metapher über einen Klienten erzählt, der an Psoriasis litt und sein Symptom nur dadurch zu lösen imstande war, daß er lernte, verrückt zu werden und aus Begrenzungen und Beschränkungen im wörtlichen Sinne „auszubrechen“ anstatt dies symbolisch über seine Haut zu tun.

Der Behandlungsplan bot nun für Bob eine Gelegenheit, emotionale Linderung zu erlangen, während er den gefürchteten Bereich sowohl wahrnahm als auch akzeptierte, was auch seine emotionale Verwundbarkeit in Beziehungen mit einschloß.

Die zu diesem Zweck konstruierte Metapher stellte einen Klienten dar, der Probleme mit Autoritäten hatte und gelernt hatte, seine Furcht dadurch zu vermeiden, daß er einfach vorgab, keine zu haben. Er hatte diese Gewohnheit durch eine Überidentifikation mit einem zwanghaft eingeschränkten Vater erlernt. Über den Weg einer komplexen Metaphernstruktur wurde der Lerninhalt weitergegeben, daß er emotional verwundbar sein durfte. In dieser Geschichte wurde dem Klienten von einem rauhen Schafzüchter berichtet, der glaubte, er müsse eine gewisse Balance zwischen der Rolle eines Mannes im Beruf und der innerhalb seiner Familie finden. Doch die Erfahrung, die er wirklich benötigte, war die eines Vaters, der wußte, daß Fehler ein Teil des Lebens und Tränen akzeptabel sind, und der bereit war, „Ich liebe Dich“ zu sagen und seinen Sohn in Zuneigung zu umarmen.

Die emotionale Wirkkraft dieser Geschichte für den Klienten wird verständlich, wenn man berücksichtigt, wie zeitlich nah der Tod seines Vaters lag. Die Geschichte bot ihm eine Gelegenheit, emotionale Nähe zu seinem Vater zu erleben und eine Lösung hervorbringen. Ebenso nützlich für ihn war es, zu lernen, daß er all jene Begegnungen, die er als Junge mit seinem Vater nicht bekommen hatte, *nach* dessen Tod haben konnte, indem er diese Erfahrungen für sich selbst in Trance schuf und sie assoziativ mit Erinnerungen an seinen Vater verknüpfte. Dies vollendete die „Furcht“-Sequenz im Zentrum der Mehrfach-eingebetteten-Metaphern-Struktur.

Der Behandlungsplan rief als nächstes nach einem Kontext, in welchem es darum ging, spezifische Verhaltensweisen zu illustrieren und modellhaft darzustellen, wie etwa den Ausdruck von Wut, das Eingehen von Risiken, das Zulassen von Verletzlichkeit und anderen zu erlauben, in einer kontrollierenden Position zu sein.

Dieser Kontext wurde dadurch geschaffen, daß die zunächst nicht beendete Metapher über die „identischen Zwillinge“ zu Ende geführt wurde. Die Beendigung des bisherigen Dramas wurde durch die Rückkehr zu dieser Geschichte erreicht. Die frühere Haltung bezüglich genetischer Vererbung wurde dadurch weiter entkräftet, daß in der Geschichte einer der „identischen Zwillinge“ in der Tat mehr als 12 cm größer als sein Bruder wurde. Diese Metapher erzielte ihre therapeutische Wirkung vor allem, indem sie Verhaltensweisen spezifizierte, die der größere Zwilling gelernt und im Rahmen seines Individuationsprozesses verwendet hatte. Dies beinhaltete seine Erlebnisse, die er bei der Einwanderung nach Amerika hatte und in deren Verlauf er lernen mußte, „jene Freiheiten zu haben, die Amerikaner haben“. Er mußte lernen, Verantwortung für seine Gefühle dadurch zu übernehmen, daß er sie ausdrückte, seine Gefühle zu schützen, indem er sich von Verletzungen erholte, und andere als Modelle dabei beobachten, wie sie jene Art Amerikaner waren, die er selbst zu sein wünschte usw. „Pointenartige Kernsätze“ (punch lines), wie z.B. „je mehr man seine Unwissenheit zeigt, um so mehr nähert man sich der Perfektion“ und „nur ein Narr weiß alles“

wurden aufgenommen, um die frühere Betonung bezüglich jener Einstellungen zu verstärken, die die spezifizierten Verhaltensweisen unterstützen würden.

Der Behandlungsplan richtete sich ebenso auf eine Modifikation des Selbstbildes. Ich wollte den Klienten veranlassen, eine persönliche „kognitive Landkarte“ zu konstruieren, um seine eigene ideosynkratische Nutzung der relevanten neuen Verhaltensmöglichkeiten zu steuern. Dies wurde beiläufig im Rahmen des allgemeinen Kontextes der „Zwillingsmetapher“ durch Gebrauch indirekter Suggestionen erreicht, aufgrund derer er sich selbst (bildlich und mit dazugehöriger „Vertonung“) vorstellte, wie er neue Verhaltensoptionen in vormals angstausslösenden Situationen produzierte. Dieser Abschnitt wurde zu dem Zweck geplant, die Selbstbildmodifikation dadurch zu erleichtern, daß Erlebnis-Assoziationen und kognitive Ausgestaltungen gegenüber den präsentierten Metaphern intensiviert wurden.

Schließlich wurde die Mehrfach-eingebettete-Metaphern-Struktur dadurch abgeschlossen, daß zur ersten Geschichte über die Klienten mit Hautproblemen zurückgegangen wurde. Das Ziel an diesem Punkt der Behandlung war, generative Veränderung durch Erzeugung assoziativer Brücken zwischen den Tranceerfahrungen und spezifischen Anforderungen auf den augenblicklichen und nächsthöheren Entwicklungsstufen des Familienzyklus zu fördern.

Zu diesem Zwecke wurde eine Intervention geplant, die sich auf sein Bedürfnis bezog, verantwortlich zu sein, während gleichzeitig „Verantwortung“ als gesundes Maß an Egoismus umgedeutet wurde, der dadurch zum Ausdruck kommt, daß er seine Gefühle ausdrückt, gelegentlich die Kontrolle an andere abgibt, den Konflikten des Lebens ins Gesicht sieht, anstatt sie zu vermeiden, das Risiko auf sich nimmt, mit seiner Frau intim zu sein, und in anderen Bereichen seines Lebens, wie etwa beruflichen Anforderungen, spontaner zu sein.

Für ihn als Vater eines kleinen Kindes, der sich durch die Verantwortung überfordert fühlte und dem es an Zeit für sich selbst mangelte, war es therapeutisch sinnvoll, eine Situation zu schaffen, in der seine Tochter als Auslöser für diese neugewonnenen Assoziationen dienen konnte, anstatt ihn an Streß oder unvermeidbare Belastungen in seinem Leben zu erinnern. Aus diesem Grund wurde seine ursprüngliche Haltung bezüglich Verantwortung mit einem paradoxen Hinweis herausgefordert, daß „jeder-mann wisse, der beste Weg, für ein Kind zu sorgen, ist ihm zu zeigen, wie es für sich selbst sorgen kann“. Dieser Hinweis war Teil der Metapher als etwas, was der Klient mit Hautkrebs gelernt hatte. Es wurde besonders hervorgehoben, daß er als führende Persönlichkeit in seiner Gemeinschaft anderen sogar Unrecht tue, wenn er die ganze Zeit für sie Sorge, so wie es beschämend für einen Vater sei, wenn er darin versagte, seinem Kind zu zeigen, wie man für sich selbst sorgt.

Eine abschließende Intervention wurde in die Reorientierung mit aufgenommen, um einer möglichen „Hoffnungslosigkeit“ für den Fall vorzubeugen, daß Bobs erste Blutdruckmessung nicht den erwünschten Grad an Veränderung erbrachte. Diese Maßnahme betonte das Problem der Wahrnehmung von Veränderung und diente als Erlaubnis dafür, Veränderung entweder allmählich oder sofort zu bewirken und zu spüren. Zudem wurde die Sonnenallergiemetapher abgeschlossen und erzählt, daß jener Klient darüber unsicher schien, wann seine allergische Hautreaktion wohl verschwunden sein würde. Es wurde erwähnt, daß die anderen wußten, daß er geheilt war, da

sie ihn am ersten Nachmittag nach der Hypnose in der Sonne sahen, er das aber selbst zu testen und sich allmählich in der Sonne zu entspannen hätte, während er mehr und mehr Haut der Sonne aussetzte, bis er wirklich jenen Veränderungen trauen konnte, die er anscheinend in seinem Stoffwechsel bewirkt hatte.

#### Unmittelbare Rückmeldung und Nachuntersuchungsergebnisse

Spezifische Rückmeldung nach Abschluß der Trance war durch die Tatsache begrenzt, daß der Klient eine fast vollkommene Amnesie für die zweistündige Trance aufwies. Er reagierte jedoch die ganze Zeit über erwartungsgemäß, indem er ideomotorisches Feedback sowohl spontan als auch auf gezielte Befragung hin gab. Er erinnerte sich, ein lebhaftes Bild davon gehabt zu haben, wie er auf den Schoß seines Vaters geklettert sei und eine gefühlsbetonte Nähe erlebt habe.

Ideosensorisches Feedback während jenes Teils der Metapher, der darauf abzielte, eine solche Erfahrung auszulösen, waren unter anderem einige Tränen, die seine Wangen herunterrollten.

In einer Nachuntersuchung drei Monate später im Anschluß an diese einzelne Therapiesitzung berichtete der Klient sogar noch über zunehmende Amnesie für die gesamte Trance, erzählte jedoch enthusiastisch davon, daß sein Blutdruck sich seit der Sitzung beständig im normalen Bereich bewege. Er fügte hinzu, daß er an sich eine verstärkte Motivation dazu bemerkt habe, sich in entspannenden Beschäftigungen zu engagieren, wie etwa Schwimmen, von dem er sagte, es sei ähnlich, wie „in eine Trance zu fallen“. Eine andere Veränderung, die er nicht direkt in Beziehung zur Beseitigung seines Symptoms setzen konnte, von der er aber dennoch berichtete, daß sie gleichzeitig aufgetreten sei, bestand in einer neuen Spontaneität bei seinen beruflichen Unternehmungen, ganz im Gegensatz zu seinen früheren Beschränkungen in diesem Bereich. Diese berufliche Spontaneität schien symbolisch für ähnliche Veränderungen in anderen Lebensbereichen zu sein, da der Beruf bis dahin jener Bereich gewesen war, in dem er am meisten gelitten und die meiste Angst erfahren hatte. Diese Annahme wurde durch eine sechsmonatige Nachuntersuchung bestätigt, als der Klient schrieb, er habe entdeckt, daß er in der Lage sei, ärgerliche und traurige Gefühle besser auszudrücken, daß seine Beziehung zur Tochter sich verbessert habe und es ihm nicht länger unangenehm sei, sich seine mangelnde Vollkommenheit einzugestehen.

Er blieb, was den Inhalt der Metaphern anging, amnestisch, war aber angenehm davon überrascht, als er bei der Lektüre seiner Falldarstellung erfuhr, daß die von ihm erlebten Veränderungen mit den spezifischen Zielen des Behandlungsplanes übereinstimmen.

Zweck dieser Falldarstellung war weniger, die Aufmerksamkeit auf die erzählten Metaphern zu lenken, als vielmehr zu betonen, in welcher Weise sie dem Klienten als geplante Interventionen dazu dienten, weitere Lebensziele zu verwirklichen, obgleich die Therapie zunächst von der einfachen Kontrolle seines Symptoms ausging.

#### Zusammenfassung

Ich möchte eine mögliche Unterscheidung zwischen den Begriffen „Hypnose“ und „Hypnotherapie“ vorschlagen. *Hypnose* wird oft als Kunstgriff verstanden, mit dessen Hilfe sich ein Symptom mit ein paar Suggestionen oder gar ohne Suggestionen beseitigen und soziale Entwicklung beschleunigen läßt.

Die Literatur ist voll von Untersuchungen, in denen sich Hypnose in dieser Beziehung als gleichermaßen erfolgreich wie nicht erfolgreich erwies.

Ericksons Hypnotherapie jedoch befaßte sich mit Aspekten sozialer Justierung – wobei typischerweise das Symptom verwendet wurde, anstatt Suggestionen anzubieten, die es ohne Berücksichtigung persönlicher und sozialer Entwicklung beseitigen sollten. Durch die Betonung interpersonaler Bedürfnisse wird der Beseitigung des Symptoms relativ wenig Zeit gewidmet. Erickson selbst operierte nicht aufgrund einer fest umschriebenen Persönlichkeitstheorie, sondern vielmehr aus einer Theorie der Intervention heraus, deren Grundlage die sozialen und persönlichen Bedürfnisse des Individuums darstellte. Dies unterstützt die Auffassung, Symptome seien das Ergebnis fehlerhafter Nutzung von Erfahrungen bei dem Versuch, diesen Bedürfnissen gerecht zu werden.

Hypnotherapie (und Therapie allgemein) im Ericksonschen Sinne begünstigt die Wiederaktivierung und die assoziative Verknüpfung von Erfahrungen, die der Person dabei helfen, sich innerhalb eines Entwicklungskontinuums vorwärtszubewegen, mit der Gewißheit, daß sich das Symptom verliert, wenn zunehmend angemessenere Anpassung stattfindet. Es war meine Absicht, den Leser mit diesen Ideen vertraut zu machen und ein Arbeitskonzept für generative Veränderung vorzustellen und anhand eines Fallbeispiels zu illustrieren.

Es bleibt zu hoffen, daß Hypnotherapie in dem Maße jene Anerkennung findet, die Erickson sich für sie wünschte, wenn sich die Forschung dieses umfassenden Therapieansatzes annimmt.

#### LITERATUR:

- Ackerman, N.: *Treating the troubled family*. New York: Basic Books, 1966.
- Ackerman, N.: The growing edge of family therapy. In: Sager, C. & Kaplan, H. (Eds.): *Progress in group and family therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1972.
- Berne, E.: Away from a theory of the impact of interpersonal interaction on nonverbal participation. *Transactional Analysis Journal*, 1971, 1 (1), 6-13.
- Cameron-Bandler, L.: *They lived happily ever after*. Cupertino, CA: Meta Publications, 1978; dt.: *Wieder zusammenfinden. NLP – Neue Wege der Paartherapie*. Junfermann, 1984.
- Capra, F.: *The turning point*. New York: Bantam Books, 1982; dt.: *Die Wendezeit*. Scherz-Verlag, 1983.
- Dammann, C.: Family therapy: Erickson's contribution. In: Zeig, J. (Ed.): *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1982.
- Erickson, M.: *Hypnotherapy*. New York: Irvington, 1979a.
- Erickson, M.: Taped seminar. The Milton H. Erickson Foundation, Phoenix, Arizona, 1979b.
- Erickson, M.: Hypnotic psychotherapy. In: Rossi, E. (Ed.): *The collected papers of Milton H. Erickson* (Vol. 4). New York: Irvington, 1980.
- Erickson, M.H. & Rossi, E.: *Hypnotherapie*. Pfeiffer, Leben Lernen Bd. 49, 1981.
- Fisch, R.: Erickson's impact on brief psychotherapy. In: Zeig, J. (Ed.): *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1982.
- Friedman, M. & Rosenman, R.: *Type A behavior and your heart*. Greenwich, CT: Fawcett Press, 1974.
- Gordon, D.: *Therapeutic metaphors*. Cupertino, CA: Meta Publications, 1978.
- Greer, S.: Psychological enquiry: A contribution to cancer research. *Psychological Medicine*, 1979, 9 (1), 81-89.
- Haley, J.: *Uncommon therapy*. New York: Norton, 1973.

- Haley, J.: *Die Psychotherapie Milton H. Ericksons*. Pfeiffer, Leben Lernen Bd. 36, 1978.
- Haley, J.: The contribution to therapy of Milton H. Erickson, M.D. In: Zeig, J. (Ed.): *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1982.
- Jackson, D.: Play, paradox, and people. Power and education. *Medical Opinion Review*, 1967, 3, 41-47.
- Lankton, S.: Multiple-embedded metaphor and diagnosis. In: Zeig, J. (Ed.): *Ericksonian psychotherapy*. Vol. 1. New York: Brunner/Mazel, 1985.
- Lankton, S. & Lankton, C.: *The answer within: A clinical framework of Ericksonian hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1983.
- Lankton, S. & Lankton, C.: Ericksonian styles of paradoxical treatment. In: Weeks, G. (Ed.): *Promoting change through paradoxical therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin, 1984.
- Rassidakis, N.C.: A contribution to the study of the personality of cancer patients: A preliminary report. *Transactional Mental Health Research Newsletter*, 1978, 20 (1), 10-12.
- Rossi, E., Ryan, M. & Sharp, F. (Eds.): *Healing and hypnosis*. New York: Irvington, 1983.
- Watzlawick, P.: Erickson's contribution to the interactional view of psychotherapy. In: Zeig, J. (Ed.): *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1982.
- Watzlawick, P., Waekland, J. & Fisch, R.: *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton, 1974; dt.: *Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. Bern: Hans Huber, 1979, 2. Aufl.
- Whitaker, C.: Hypnosis and family depth therapy. In: Zeig, J. (Ed.): *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1982.
- Wolpe, J.: *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Palo Alto: Stanford University Press, 1958.
- Zeig, J. (Ed.): *A teaching seminar with Milton H. Erickson*. New York: Brunner/Mazel, 1980.
- Zeig, J.: Ericksonian approaches to promote abstinence from cigarette smoking. In: Zeig, J. (Ed.): *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1982.

Keywords: generative change, family therapy, hypnotherapy, therapeutic metaphors

**Summary:** *The author discusses the differences between classical views of hypnosis and psychotherapy on the one hand and the combination of Erickson's hypnotherapy with system-oriented approaches on the other. In the latter, symptoms are not considered to be merely disturbances which have to be removed by appropriate suggestions; rather, they are locked upon as signs of retarded or unfinished developmental processes that appear on intrapersonal as well as interpersonal levels. So, apart from giving a description of modern techniques of hypnotherapy aiming immediately at symptoms, the author illustrates how generative change in personality and relationship structures can be initiated through the reassociation of resources. Information relevant to the patient is delivered mainly by means of metaphors and stories told during hypnotic trance.*

Anschrift der Autorin:

Carol H. Lankton  
P.O. Box 958  
Gulf Breeze, Fl. 32561-0958  
U.S.A.