- son. München: Pfeiffer.
Schmidt, G. (1986). Seminaraufzeichnungen.
Schultz, J.H. (1965). Hypnose-Technik: Praktische Anleitung zum Hypnotisieren für Ärzte. (5. Aufl.) Stuttgart: Fischer.
Spencer-Brown, G. (1979). Laws of Form. New York: Dutton.
Stockmeier, U., Stokvis, B., & Langen, D. (1983). Lehrbuch der Hypnose. (4. Aufl.) Basel: Karger.
Zimmermann, M. (1976). Kybernetische Aspekte des Nervensystems und der Sinnesorgane. In R.F. Schmidt, & G. Thews (Hrsg.), Einführung in die Physiologie des Menschen. (17. Aufl.) Berlin: Springer.

Keywords: hypnotherapy, biology of cognition, provocative-clientcentered, neurolinguistic programming

Summary: The answer to the question: "What is hypnosis?" is linked to the epistemology of the one who answers, that is to his constructions about reality, information and language. The epistemological premises of some current explanations of the phenomenon hypnosis are described. The theory of autopoietic systems is used to differentiate informing and non-informing (contextual) explanations of the phenomenon hypnosis.

Anschrift des Autors:
Winfried Häuser, Dr.med.
Trillerweg 23
6600 Saarbrücken

Motivationsaufbau durch Utilisierung des Wertsystems mittels therapeutischer double binds

Gunther Schmidt

Zusammenfassung: Der Autor diskutiert die Möglichkeiten, therapeutische double-binds für die Arbeit mit sehr rigiden Systemen zu konstruieren. Er zeigt, wie durch die Herausarbeitung und systematische Nutzung des Wertsystems der Betreffenden Motivation für konstruktive Veränderungen induziert werden kann. Ein Fallbeispiel zur "psychosomatischen" Epistemologie wird dazu geschildert, ebenso Anwendungsmöglichkeiten bei Hypnosewünschen.

Ich möchte mich hier mit einem Aspekt des ambivalenzgeladenen Geschäfts der Psychotherapie beschäftigen, der mich seit langem immer wieder besonders interessiert. Es geht mir um die Frage, wie der Therapeut mit Klienten interagieren kann, die sich in ihrem Denken und Verhalten hartnäckig entschlossen zeigen, an ihren Limitierungen festzuhalten. Solche Klienten und ihre Bezugspersonen werden häufig als "rigide Systeme" etikettiert. Der überwiegende Teil der Patienten, mit denen ich in meinem klinischen Kontext arbeite, weist langdauernde psychotische Symptomatik oder schwere, meist chronifizierte psychosomatische Probleme auf. Mehrere, meist erfolglose Therapieversuche in unterschiedlichen Kontexten sind bei ihnen fast die Regel.

Für diese Arbeit erweist sich als besonders effektiv die Konstruktion von therapeutischen double-binds, die das zentrale Wertsystem der Beteiligten einbeziehen und utilisieren. Grundlage der Arbeit ist hierbei für mich die Orientierung am Erickson'schen Ansatz und an systemischen Therapiekonzepten.

Prämissen:

- Klienten haben die Ressourcen für eine konstruktive und gesunde Problemlösung; auf Grund gelernter Limitierungen (nach Ericksons Auffassung im bewußten Denken) setzen sie diese im Problemkontext nicht angemessen ein.
- Nicht das Wohlergehen i.S. optimaler Gesundheit und Lebensführung (sowohl die eigene als auch die von Bezugspersonen) ist erstrangige Orientierungsgröße unseres Handelns. Vielmehr hat höhere Priorität die Leistung der **Sinnggebung**, d.h., den Phänomenen der Welt bestimmte Bedeutung zuzuschreiben und daraus Schlußfolgerungen für Handeln und emotionales Erleben zu ziehen, welche Identität schaffen, Orientierung geben und soziale Komplexität reduzieren. Hat es sich in existentiellen Krisensituationen als sinngebend erwiesen, ein limitierendes Muster zu entwickeln (z.B. sich und/oder andere abzuwerten), wird dies fest in die internale Identitätsor-

ganisation integriert. Es wird dann immer wieder darauf Bezug genommen; diese Anteile des Wertsystems werden auch dann noch mit Nachdruck verteidigt, wenn sie destruktive Auswirkungen auf die Beteiligten haben. Der Glaube, z.B. insuffizient und minderwertig oder wertlos zu sein, beeinflusst alle Beziehungsgestaltungen und dies wirkt (meistens) bestätigend auf diesen Glauben zurück. Auch Symptome fungieren so beziehungsgestaltend. Dabei schaffen sie trotz allen Leids eine vertraute und damit als relativ sicher erlebte Situation.

- Hält jemand eine Therapie für sich notwendig, trägt er kollidierende Wertsysteme in sich (eventuell auf unterschiedlichen Bewußtseisebenen). Gerade diese Kollision bewirkt, daß die Ressourcen noch nicht genutzt werden. Therapie heißt gelebte Ambivalenz, denn es wird einerseits ein Kontext aufgesucht, der als veränderungsorientiert definiert ist, andererseits blockiert der Betreffende seine Veränderungsmöglichkeiten. Symptome sind nicht unbedingt Ausdruck von Defiziten, sondern vielmehr von Optimierungserfolg in Engpaßsituationen bei sich gegenseitig limitierenden Wertsystembereichen. Das Glaubenssystem spiegelt sich auch in den Interaktionsbeiträgen des Klienten in der Beziehung zum Therapeuten wieder; auch ihm gegenüber verhält sich der Klient gemäß seiner "Wahrheit" über Beziehungen.
- Lebende Systeme sind, was die Wahrnehmung betrifft, in sich geschlossenen Systeme. Sie sind dabei determiniert durch ihre eigene Organisation und Struktur. Diese ist darauf ausgerichtet, die Identität des Systems zu bewahren und auf alle Außeneinflüsse, die diese in Frage stellen, mit Regulationen zur Aufrechterhaltung der Identität zu reagieren. Alles von außen Aufgenommene wird nicht direkt wahrgenommen, sondern ist Ergebnis interner, davon unabhängiger neuronaler Organisation. (Maturana 1982; Varela 1981; v.Foerster 1981). Ausdruck solch relevanter Organisationsbereiche sind unsere Glaubens- und Wertsysteme.
- Therapeutisches Ziel sollte dann u.a. sein, durch Umdeutungen, Aufgabenstellungen u.ä. Symptome und andere wichtige Bereiche des Wertsystems umzudefinieren. Es sollten dabei Definitionen entwickelt werden, die es als deutlichen Beweis dafür erscheinen lassen, daß die Klienten eigenen fundamentalen Werten zuwiderhandeln, wenn sie Symptome und andere (geechte) destruktive Beziehungsbeiträge weiterhin zeigen. Dadurch ergibt sich für die Betroffenen eine meist sehr motivierend wirkende Zwickmühle. Würden sie die Symptome aufrechterhalten, müßten sie dafür elementare Positionen ihrer Weltsicht explizit aufgeben. Dies würde aber häufig als Aufgabe der Kontrolle in Beziehungen erlebt werden; wichtige Orientierungspfeiler gingen ebenfalls verloren. Dies wird offenbar meist als ein höherer Preis angesehen als die Ersetzung von Symptomen durch konstruktiveres Verhalten. Die Motivation für Veränderung erhöht sich also. Werden Symptome aber beibehalten, wird damit explizit ein Bekenntnis zu einem veränderten Weltbild abgegeben. Dies verändert ebenfalls die Beziehungen und damit auch symptomstabilisierende Wechselwirkungen (Schneeballeffekt).

Solche Konstruktionen werden üblicherweise als double-bind bezeichnet (Bateson 1981).

Ein double-bind ist nichts Problematisches an sich. Entscheidend sind die mit ihm verbundenen Zielvorstellungen und die in ihm angelegten Entwicklungswege.

Fallbeispiel: Nutzung eines "psychosomatischen" Wertsystems

(Diese Therapie führte ich zusammen mit H. Stierlin durch.)

Die Therapie bezog die gesamte Familie mit ein. Inpatientin (IP) war die 21jährige Tochter; das präsentierte Problem war ihre seit ca. 3 Jahren bestehende Anorexie. Die IP war eineiiger Zwilling, hatte außerdem noch eine ältere Schwester. Die IP war immer die Zurückhaltende gewesen, die als weniger attraktiv und bedeutsam angesehen wurde im Vergleich zur Zwillingsschwester (diese war der "Sonnenschein"). Durch die Symptomatik hatte die IP sehr an Bedeutung gewonnen; daraus entstand aber für sie das Dilemma, daß nun nicht mehr überprüfbar war, ob sie auch ohne die Symptomatik noch wichtig gewesen wäre. In der Familie bestanden starke Harmonisierungstendenzen, die massive Geschwisterterritorialität z.B. wurde sehr heruntergespielt, ebenso die deutlichen Unterschiede in den Beziehungen (wer wem am nächsten stand, wer wem mehr zugewandt war, usw.). Die Verhaltensweisen und Äußerungen der Familienmitglieder wiesen deutlich darauf hin, daß in dieser Familie galt: "Man darf keine Konflikte offen haben; dies könnte bedrohliche Konsequenzen bedeuten, vielleicht zum Beziehungsabbruch führen. Deshalb muß harmonisiert werden; Unterschiede müssen nivelliert werden. Man darf sich nicht abgrenzen; auch dürfen keine deutlich unterscheidbaren dyadischen oder andere Subsysteme bestehen; man darf auch nicht deutlich aktiv die eigenen Bedürfnisse formulieren und vertreten; für sich selbst darf man nicht viel fordern; die Bedürfnisse anderer in der Familie müssen wichtiger genommen werden als die eigenen. Wer sich stark dabei zeigen würde, wenn er etwas für sich fordert, würde als schuldhaft, egozentrisch und rücksichtslos angesehen werden. Ohne Schuldgefühle würde man am ehesten noch etwas bekommen, wenn man sich schwach zeigt und sich auch selbst so erlebt. Eine Tendenz, sich körperlich und geistig zu übernehmen, Leistungsanforderungen an sich zu stellen, solange nur irgendwelche Kräfte spürbar sind, gehört ebenso dazu." Aus einem solchen Wertsystem ergeben sich ganz logisch Interaktionsspiralen, die man als "Opfereskalation" bezeichnen kann. Die hier beschriebenen Werthaltungen findet man übrigens typischerweise in Systemen mit schweren psychosomatischen Problemen. Aus solchen Regeln ergibt sich dann weiter logisch, daß fast alle Systemmitglieder das eigene Wohlergehen, z.B. die eigene Gesundheit und Abgrenzungsbedürfnisse vernachlässigen. Auch hier ließ sich das nicht nur an der IP beobachten. Der Vater z.B. rauchte sehr stark (trotz chronischer Bronchitis), hatte ziemliches Übergewicht (ca. 20 Kg) und litt unter hohem Blutdruck. Wegen des Blutdrucks hatte er sich zwar Medikamente verschreiben lassen, sorgte aber nicht selbst für deren Einnahme, sondern überließ dies ganz seiner Frau. Die mußte ihn dabei versorgen und tat dies auch mit Leidenschaft, wobei sie sich ständig übernahm und chronische Kopfschmerzen und Erschöpfungszustände hatte.

Im Verlauf einiger Therapiesitzungen konnten wir zwar wichtige Beziehungsinformationen gewinnen, aber an den geeichten Interaktionskreisläufen hatte sich trotz intensiven zirkulären Fragens, Umdeutungen und Aufgabenvorschlägen sichtbar noch nichts Wesentliches verändert. Teil des Kreislaufs war z.B., daß die zu diesem Zeitpunkt 35 Kg wiegende Tochter sich ständig Sorgen um den Vater machte und sich über dessen unverantwortliches Verhalten seinem Körper gegenüber beklagte. Gleichzeitig ließ sie durchblicken, daß sie noch weiter abnehmen wollte. Der Vater seinerseits beklagte sich über das selbstzerstörerische Verhalten seiner Tochter. In dieser festgefahren erscheinenden Situation intervenierten wir so: Nachdem wir ihr großes gegenseitiges Engagement anerkannt und ihre Besorgnis als sehr berechtigt bezeichnet hatten, sagten wir, daß wir einen Weg wüßten, wie der Vater der Tochter und die Tochter dem Vater helfen könnte. Wir wüßten aber nicht, ob sie bereit wären, sich diese Hilfe gegenseitig zukommen zu lassen. Beide versicherten, zwar verunsichert, aber doch mit Nachdruck, daß sie natürlich bereit seien, sich gegenseitig zu helfen.

Dann teilten wir ihnen mit, daß die Hilfe in einem Vertrag bestehe, den sie, Vater und Tochter, Tochter und Vater, miteinander abschließen könnten. Zwar hätten beide Recht mit ihren Klagen über den anderen. Aber mit welchem Recht würden sie eigentlich klagen, wenn sie ja selbst schließlich nicht für sich sorgten. Der Vertrag sollte deshalb so lauten: Der Vater solle zustimmen, daß er aufhöre zu rauchen, 5 kg abnehme und selbst für seine Blutdruckregulation Sorge. Die Tochter solle sich verpflichten, 5 kg mindestens zuzunehmen und dieses Gewicht auch zu halten; über weitere Gewichtszunahmen würde dann später verhandelt. Würde der Vater seinen Teil des Vertrags nicht einhalten, gebe er damit der Tochter völlig das Recht, nicht zuzunehmen, ja sogar weiter abnehmen zu dürfen, wenn sie das für richtig halte. Würde die Tochter aber ihren Vertragsteil nicht einhalten (also würde sie nicht zunehmen), dann würde der Vater dadurch von ihr ausdrücklich das Recht zugebilligt bekommen, soviel zu rauchen wie er wolle. Dann dürfe er auch noch mehr zunehmen und seine Gesundheit noch mehr vernachlässigen. Dann dürfe er auch noch mehr versuchen, die Mutter als Versorgerin auf Trab zu bringen. Wir seien nun gespannt darauf, beim nächsten Gespräch (in 5 Wochen) zu erleben, wie sie sich entschieden hätten. Mit sichtlichem Unbehagen und Widerwillen vereinbarten beide den Vertrag miteinander.

Resultat:

Beide hatten, zwar ohne große Freude, in der Zwischenzeit zur nächsten Sitzung ihren Teil des Vertrags eingehalten. Die IP hatte also 5 kg zugenommen, der Vater hatte 5 kg abgenommen, das Rauchen ganz eingestellt, für seinen Blutdruck sorgte er selbst. Diese Entwicklung brachte in der gesamten Familie viel in Bewegung. Die Mutter orientierte sich z.B. mehr nach außen, nahm wieder mehr Kontakte zu Freunden und anderen Nicht-Familienmitgliedern auf. Konflikte häuften sich zunächst zwischen den Ehepartnern. Diese wurden dann in Folgesitzungen aufgearbeitet, aber eben erst, nachdem durch die geschilderte Intervention der Entwicklungsprozeß und die Motivation, etwas für sich selbst zu tun, zum erstenmal nach Jahren wieder in Gang gekommen war.

Diskussion:

Bisher ging die IP davon aus, daß sie nur etwas bekommen und dabei autonom und mächtig sein kann, wenn sie sich selbstdestruktiv verhält. Durch den Vertrag kann sie eigenen Erfolg mit positiver Bedeutung für andere verknüpfen. Bisher delegierten beide Vertragspartner Verantwortung (auch an die Therapeuten), versuchten durch Schwäche und "Krankheit", Beziehungen zu kontrollieren. Dieses Verhalten weiter zu zeigen, würde nun als Verantwortlichkeit für destruktive Entwicklungen bei Nahestehenden explizit erscheinen. Schulddruck wäre die Folge. Behielte man die Symptome bei, müßte der Mythos aufgegeben werden, anderen immer helfen zu wollen und deren Wohlergehen über die eigenen Belange zu stellen. Die Therapeuten geben die Verantwortung an die Beteiligten zurück.

Auch die Beziehungen zu den anderen sind implizit berücksichtigt. Der Vertrag dokumentiert öffentlich eine klar abgegrenzte dyadische Beziehung und legitimiert sie. Dies war bisher in der Familie tabu. Das symptomatische Verhalten wird in Teilen des Vertrags offiziell erlaubt, das heißt aber auch: Implizit wird die Beeinflussungsmöglichkeit des Einzelnen klar vorausgesetzt. Werden die Vertragsvereinbarungen so erfüllt, daß die Symptome aufgegeben werden, wird diese Beeinflussungspotenz damit auch offiziell bestätigt. Dann fallen aber auch die Versorgerrollen der anderen weg; diese haben dadurch mehr Spielraum für anderes Verhalten, was wieder auf die Interaktionen im Sinne von Neuordnung zurückwirkt. Ersetzt nur einer die Symptome, hören für den anderen die bisher stabilisierenden Verständnis- und Hilfsreaktionen der Angehörigen auf.

Überlegungen zum Umgang mit Hypnosewünschen

Viele Patienten, die sich von vornherein mit dem Wunsch nach Hypnose an mich wenden, haben ein recht typisches Weltbild. Ihre Begründung, warum sie Hypnose wollen, ist häufig, daß sie ein Problem haben, welches sie schon seit langem zu

lösen versuchen. Ihre Erklärung dafür, daß es andauert, ist meist, daß es offenbar in ihrem Unbewußten eine Kraft oder einen Teil geben müsse, der sie in der problematischen Weise reagieren läßt. Sie äußern also, daß sie selbst gerne ihre Symptomatik aufgeben wollen und bereit sind, alles dafür zu tun, daß es aber eine nicht zu kontrollierende Kraft in ihnen gibt, die ihnen dabei immer wieder einen Strich durch die Rechnung macht. Diese Sichtweise enthält einige bedeutsame Implikationen. Zum einen sagt sie aus, daß die Patienten ein Konzept von sich haben, bei dem es zwei Bereiche in ihnen gibt: Der eine wird als "Ich" definiert, wird dabei auch eher als der positivere Bereich angesehen. Der andere, der "Böse", wird in das Unbewußte definiert. Weiter wird damit ausgedrückt, daß es eigentlich nicht die Patienten selbst sind, die die Verantwortung für ihr Verhalten haben. Vielmehr ist dieses "Es" an allem schuld. Dieses "Es" ist aber laut Definition von ihnen nicht zu kontrollieren oder zu beeinflussen. Dies impliziert auch die Botschaft an den Therapeuten, daß er nicht auf die bewußte Mitarbeit und Verantwortungsfähigkeit des "Ich" rechnen dürfe. Denn schließlich könne dieses ja nichts dafür und sei diesem "Es" machtlos ausgeliefert.

Damit wird die gesamte Verantwortung an den Therapeuten delegiert. Der Auftrag an ihn lautet dann auch stereotyp, die Hypnose solle das bewußte Denken ausschalten, das Unbewußte zugänglich machen und dann solle durch Interventionen des Therapeuten der Teil überlistet werden, der bisher für die leidvolle Problematik gesorgt habe. Dem Therapeuten wird also gewissermaßen der Auftrag erteilt, einen Ringkampf mit dem "bösen" Teil des Patienten zu machen, natürlich mit der Maßgabe, den Teil zu bezwingen und den Kampf zu gewinnen. Zentrale Grundhypothese einer solchen Weltanschauung ist ein Bild von Dominanz und Unterwerfung, von antagonistischen Beziehungen, in denen ein Teil immer der Unterworfenen sein muß. Es wird also von einem krassen "entweder-oder" ausgegangen, jedenfalls nicht von einer wertschätzenden, gleichrangigen Beziehungsmöglichkeit, die sich in einem "sowohl-als-auch" ausdrücken würde.

Mit einem solchen Auftrag auf Hypnosewünsche einzugehen, halte ich für höchst problematisch, selbst wenn es (durch welche Techniken auch immer) gelingt, eine Trance zu induzieren. Denn was auch immer in der Trance an inhaltlichen Ideen vermittelt werden kann, die Kontextmarkierung, d.h. die Rahmendefinition des ganzen Prozesses ist doch die einer Dominanz-Unterwerfungssituation. Die Tranceinduktion an sich, gerade wenn sie erfolgreich ist, wird dann eher gedeutet zur Bestätigung des alten "Oben-unten"-Weltbilds. Dies wäre nur eine Änderung 1.Ordnung und würde keine wesentliche Neuinformation auf der Beziehungsebene erbringen.

Im allgemeinen gehe ich mit solchen Patienten so um: Ich zeige ihnen die Implikationen dieses antagonistischen Weltbilds und sage ihnen, daß ich unter diesen Umständen noch nicht bereit sei, mit ihnen Hypnose durchzuführen, obwohl ich dies ja mit anderen Patienten durchaus machen würde und wüßte, daß Hypnose sehr interessante, lehrreiche und persönlichkeitsbereichernde Erfahrungen ergeben könne. Zunächst müßte ich von ihnen überzeugende Hinweise, und zwar durch ihr Verhalten, bekommen dafür, daß ihr Mißverständnis - ein Teil von ihnen

müsse unterworfen werden - aufgelöst sei. Ich schlage deshalb zunächst einige abklärende Gespräche vor, in denen durch viele Beziehungsfragen, indirekt-suggestive Ideenangebote und damit verbundenes hypothetisches Durchspielen positiver Alternativen eine kontinuierliche Nutzung von Alltagstranceprozessen entwickelt werden kann (dazu auch Schmidt 1985). Die Problematik einer offiziellen Tranceinduktion wird dadurch vermieden, die therapeutischen Informationen können so aber dennoch vermittelt werden. Weiter definiere ich, i.S. des Reframing-Modells, daß bei den meisten Patienten fast automatisch sich eine positivere Entwicklung einstellt, sobald sie ein wertschätzendes Verständnis für die guten Absichten des bisher symptomatischen Anteils entwickelt haben. Blicke die Symptomatik im Laufe der Gespräche unverändert oder würde sie sich gar noch verschlechtern, wäre dies für mich ein eindeutiges Zeichen dafür, daß der für die Symptome verantwortliche Anteil offensichtlich große Widerstände gegen Veränderung hat. Unter diesen Umständen würde ich mich, so gern ich ihnen sonst die Chance einer Hypnose anbieten würde, außerstande sehen, sie ihnen zukommen zu lassen. Dies, obwohl ich mit vielen Patienten mit ähnlichen Problemen sehr positive Erfahrungen mit der Anwendung von Hypnose machen würde (was ja auch stimmt). Denn sonst würde ich ja diesen Anteil nicht genügend respektieren. Dies wolle ich aber und den darin implizierten Entscheidungen könne ich mich gut unterordnen.

Die so sehr gewünschte Hypnose wird also umdefiniert. Sie wird erst dann angeboten, wenn der Patient schon mehr Verantwortung für sein Tun übernommen hat und seine Gestaltungsfähigkeit demonstriert hat. Das Angebot des Patienten, das impliziert, daß Hypnose gerade bestätigen soll, daß er nicht selbst die Verantwortung übernehmen kann, wird für das Gegenteil genutzt. Er wird dann nicht für symptomatisches Verhalten mit einer Wunscherfüllung belohnt, sondern für konstruktive Veränderungen. Der Vergleich mit anderen Patienten, die in den Genuß des Gewünschten gekommen sind und auch das "Mißverständnis" aufklären konnten, wirkt oft sehr belebend; denn weiter das "Mißverständnis" zu behalten, würde bedeuten, man sei wesentlich rigider als andere Leute in vergleichbarer Lage. Es kehrt sich auch die Komplementarität zwischen Therapeuten und Klienten dadurch um, daß noch nicht sicher ist, ob der Therapeut dem Klienten die Chance der Hypnose zukommen lassen wird, die ja schon an sich als Zeichen einer bewiesenen Veränderung definiert ist (indirekte Suggestion). Nicht der Therapeut will also etwas vom Klienten, z.B. Veränderung, sondern eher umgekehrt. Von vornherein wird auch die Gefahr einer symmetrischen Eskalation zwischen Veränderungsbemühungen des Therapeuten und entprechenden Widerständen beim Klienten vermieden, denn der Therapeut macht deutlich, daß er sich den Entscheidungen der Anteile des Klienten unterordnen wird. Für Unterwerfungsbedürfnissen des Klienten und Abwehr dagegen besteht so gar kein Anlaß. Die Gespräche sind als Abklärungsgespräche definiert, die bewußte Aufpasserhaltung des Klienten gegen veränderungsorientierte Angebote wird dadurch meist stark reduziert, denn die wäre ja erst richtig angezeigt, wenn das "Eigentliche" käme, von dem ja noch gar nicht sicher ist, ob es jemals eintritt. Macht man Hypnose im Gespräch beiläufig ab und zu schmackhaft, reagieren viele der Patienten so, daß sie ihr symptomatisches Verhalten wirklich bald verändern, um endlich in den Genuß der gewünschten Hypnoseerfahrung zu kommen. Das Problem

ist dann also praktisch schon gelöst, wenn der "offizielle" Teil der Therapie beginnt.

Literatur:

- Erickson, M.H. (1980). Utilisation approaches to hypnotherapy. In E.L. Rossi (Ed.), *The Collected Papers of Milton H. Erickson*, Vol III (pp 147-234). New York: Irvington.
- Foerster, H.v. (1981). Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In P. Watzlawick (Hrsg.), *Die erfundene Wirklichkeit* (S. 39-60). München: Piper.
- Maturana, H. (1982). Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Braunschweig: Vieweg.
- Schmidt, G. (1985). Systemische Familientherapie als zirkuläre Hypnotherapie. *Familiendynamik*, 10(3), 242-264.
- Varela, F. (1979). *Principles of Biological Autonomy*. New York: North-Holland.

Keywords: therapeutic double-binds, utilization of value-systems, triggering of motivation

Summary: The author discusses possibilities of the construction of therapeutic double-binds for the work with very rigid systems. He shows how via clarification and utilization of the clients' value-systems (for the construction of these interventions) a motivation for constructive changes can be induced. A case example for a "psychosomatic" epistemology is given as well as applications in demands for hypnosis.

Anschrift des Autors:

Dr. med. Gunther Schmidt
Abt. f. Familientherapie d. psychosom. Universitätsklinik Heidelberg
Mönchhofstr. 15a
6900 Heidelberg