

Die Achtung der Autonomie von Klient/inn/en in Hypnosetherapie und Verhaltenstherapie¹

Peter Kaimer 2009

Zusammenfassung

Zu Beginn findet sich ein knapper Aufriss dessen, womit ich regelmäßig in Erstkontakten an Erwartungen und Annahmen über die beiden genannten Therapieansätze konfrontiert werde. Dem stelle ich – ebenfalls nur skizzenhaft – meine Sicht der beiden Verfahren zur Seite. In fünf Punkten, welche sich an dem natürlichen Prozess der Therapie orientieren, wird heraus gestellt, auf welche Weise ich mich darum bemühe, die Autonomie der Klient/inn/en nicht aus den Augen zu verlieren – diese im Gegenteil zur Wahrung und Wahrnehmung derselben zu ermutigen.

Schlüsselwörter

Autonomie, Hypnosetherapie, Verhaltenstherapie

Statt einer Einleitung

„Der Therapeut will von seinem Gegenüber mit seinen „Fragen“ selten etwas wissen, was er nicht weiß – und selbst dann nicht aus bloßer Neugierde oder um jenen etwas abzufragen – sondern er will, um nochmals Buber zu zitieren, „im Menschen etwas bewirken, was eben nur durch eine solche Frage bewirkt wird, vorausgesetzt, dass sie den Menschen ins Herz trifft, dass sich der Mensch von ihr ins Herz treffen lässt.“ (Kriz 1996).

Therapie beginnt vor dem Erstkontakt

Bei breiten Bevölkerungsschichten ist das Bild der Hypnose nach wie vor davon geprägt, dass ein machtvoller Hypnotiseur eine/n mehr oder minder willenslose/n Klientin/en in Richtung eines vorgegebenen Zieles beeinflusst. Und ich verwende ganz bewusst die männliche Form für die Person, die beeinflusst, da diese nach wie vor über männliche Modelle in populärer Literatur und den Medien (z.B. auch Show-Hypnose) vermittelt wird. D.h. trotz aller regen Bemühungen zur Erneuerung des Verständnisses und der Nutzung der Hypnose durch Milton Erickson und seine Nachfolger seit den 40er-Jahren des vorigen Jahrhunderts, muss ich immer noch davon ausgehen, dass ein tendenziell autoritäres und magisches Verständnis von Therapie mit Hypnose in den Köpfen potentieller Kunden nistet. Und dieses Modell wird regelmäßig über die Medien erneuert und bestärkt.

Aber auch für die Verhaltenstherapie gilt in gewisser Weise Ähnliches, wenn auch nicht so sehr als magisches Verfahren, sondern als technisch-instrumentelles. Hier werden Verhaltenstherapeuten – im Unterschied zur Hypnosetherapie gerne auch in ihrer weiblichen Erscheinungsform – als die Verabreicherinnen einer spezifischen Technik bei einer bestimmten Störung gesehen. Ganz in Analogie zu dem im medizinischen Modell vorherrschenden Status der Therapeutin als Expertin, welche nach eingehender Prüfung ihre Diagnose stellt und die darauf abgestimmte und wissenschaftlich vorgegebene, idealiter an evidenzbasierten Leitlinien orientierte Intervention appliziert.

Beide Therapieansätze werden also gerne nach dem Muster traditioneller Vorstellungen von Heilkundigen als machtvollen Autoritäten konstruiert: hier den rationalen Techniker/inne/n, dort den magischen Heiler/inne/n. Diese Konstellation hat Vor- und Nachteile. Mit Bezug auf kurzfristige Effekte (z.B. Placebo, Hoffnungen, Erwartungen) mögen die Vorteile überwiegen, mit Bezug auf

¹ Ich danke Bernd Fricke, Wolfgang Loth und Anneliese Stadler, die erste Versionen dieses Artikels mit Wohlwollen gelesen und so manchen Vorschlag zur Verbesserung gemacht haben.

eine längerfristige Stärkung des Selbstwirksamkeitserlebens von Klient/inn/en die Nachteile.

Zunächst zu den potentiellen Vorteilen: Die Ergebnisse der Psychotherapieforschung zu den Common Factors (z.B. Hubble 2001, Wampold 2001, Lambert, Ogles 2004) belegen, dass ein erheblicher Teil der Wirksamkeit von Psychotherapie mit den Erwartungen und Hoffnungen der Klienten zu tun hat. Die Schätzungen gehen hier von 15 -30% aus und gelten für wissenschaftlich fundierte Ansätze genauso wie für Heilrituale von Priestern, Schamanen oder sonstigen Heilkundigen. Viele Klient/inn/en, die um Hypnosetherapie nachfragen, haben eine geradezu grandiose Vorstellung, was mittels Hypnose innerhalb kürzester Zeit erreichbar sei. Ähnlich gilt dies für Verhaltenstherapie. Die Erwartungen der Klient/inn/en und ihre Bereitschaft, im Sinne einer fruchtbaren Allianz an der Psychotherapie mitzuwirken, sind dementsprechend hoch. Allerdings wenden sich je nach persönlichem Typus und Vorlieben - aber auch je nach Zuweisendem/r - unterschiedliche Menschen den beiden Ansätzen zu.

Die Schattenseiten dieser hohen Erwartungen und Wirksamkeitszuschreibungen sind die Sorgen vor Manipulation, vor Kontrollverlust, vor unbeabsichtigten Veränderungen. Sind aber auch die Erwartung und Vorstellung, es sei völlig ausreichend, einfach anwesend zu sein, sich zur Verfügung zu stellen - den Rest erledige der/die Psychotherapeut/in. Auch hier also eine Grundeinstellung, wie sie für das medizinische Modell von Krankheit charakteristisch ist.

Die Hypnosetherapie

Die moderne Hypnosetherapie¹ versteht sich als Verfahren, welches über die Nutzung der nahezu jedem Menschen zugänglichen Fähigkeit, in mehr oder minder tiefe Trance zu gehen, Veränderungen im Erleben und Verhalten zu ermöglichen vermag (Bongartz 2000, Revenstorf/Peter 2009). Sie versteht diese Nutzung als einen Prozess, den die Klient/inn/en im Grunde genommen selbst einleiten und in Gang halten können (z.B. auch mittels Selbsthypnose²) und der durch Therapeut/inn/en über die Bereitstellung eines entsprechenden Kontextes oder Rahmens lediglich angestoßen werden muss. Revenstorf spricht hier explizit von „Hypnotherapie als Methode der Mobilisierung eigener Ressourcen im Patienten“ (Revenstorf 2009, S.15). Auch wird im darauf folgenden Vorgehen davon ausgegangen, dass es – im Gegensatz zur Verhaltenstherapie – weniger um den Neuerwerb von Kompetenzen und deren Training geht. Vielmehr geht es um die Aufhebung von inneren Blockaden, um den Zugang zu bereits vorhandenen Ressourcen wieder zu ermöglichen und diese auszuschöpfen. Die Hypnosetherapie setzt also auf die heilsame Selbstorganisation des Organismus, die weitgehend unbewusst ablaufen kann, nachdem zuvor ein gewisses Maß an Destabilisierung rigide Muster der Informationsverarbeitung gelockert hat (Revenstorf/Peter 2009).

Diesen Beteuerungen zum Trotz haftet der Hypnose nach wie vor der Nimbus an, sie mache Klient/inn/en zu willenlosen Geschöpfen in den Händen machtvoller und wissender Therapeuten. Dieses Thema behandelt Burkhard Peter anschaulich im Zusammenhang mit Bühnenhypnose und Missbräuchen (Peter 2009). Und er kommt nach einer ausführlichen Diskussion der Geschichte und Forschung zu diesem Bereich zu dem Schluss: „Die hypnotische Trance macht nicht willenlos und zwingt den Patienten nicht unter die Gewalt des Hypnotiseurs.“ (S.143) Als Beleg führt er die Ergebnisse zum so genannten „hidden observer“ heran. Damit wird ein Persönlichkeitsteil benannt, der in vielfältigen Forschungen nachgewiesen werden konnte, welcher aufmerksam die Situation - selbst in tiefen Trancezuständen - dahingehend überprüft, inwieweit Schutz und Sicherheit gegeben ist³.

1 Ich verwende den Begriff Hypnosetherapie in Unterscheidung zu Hypnotherapie. Hypnotherapie als der weitere Begriff umfasst alle psychotherapeutischen Ansätze, bei denen implizit und explizit mit Trance gearbeitet wird. Hypnosetherapie bliebe den Ansätzen vorbehalten, in denen jeweils eine formale Tranceinduktion stattfindet bzw. angeboten wird.

2 Ein sehr anschauliches Buch in diesem Sinne ist: Revenstorf / Zeyer 2008

3 Allerdings bleibt es trotz aller sozialpsychologischen Erklärungsversuche nach wie vor ungeklärt, wie – speziell bei

Die moderne Hypnosetherapie, welche sich von den autoritären Formen der Hypnose ihrer Vorläufer (z.B. Mesmer, Abbé Faría) abgrenzt, wirkt in ihrer Darstellung allerdings eigentümlich widersprüchlich. Bereits Milton Erickson, auf den sich die Entwicklungen einer ressourcen- und lösungsorientierten Hypnotherapie beziehen, betont einerseits die Stärken und die Kraft des Unbewussten seiner Patient/inn/en, welche die notwendige Lösung letztlich bewirken, gleichzeitig wird in den Fallgeschichten die Person des Hypnotherapeuten auf eine Art und Weise überhöht, dass wir gleichzeitig bewundernd und verwundert die Kunstfertigkeit desjenigen betrachten, der hier offenbar zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ansatzpunkt agiert hat. Und dies setzt sich in den diversen Publikationen zur modernen Hypnotherapie fort: einerseits wird - meist eher allgemein - das Prinzip der Selbstorganisation lebendiger Organismen und damit der differentiellen Selektion der Angebote des/der Therapeuten/in durch die Klienten beschworen, andererseits dann aber detailliert beschrieben, was man bei welcher Störung mit welchem Instrumentarium zielsicher bewirken könne. Nähme man das Selbstorganisationsmodell wirklich ernst, dann müssten wohl die Beobachtung der Selektionsaktivitäten, die Orientierung der Therapeuten daran und damit der Anteil der Klient/inn/en an ihren Veränderungsprozessen einen größeren und gewichtigeren Raum einnehmen.

Die Kognitive Verhaltenstherapie

Die moderne kognitive Verhaltenstherapie versteht sich eher als Verfahren, welches sehr rational und geplant nach dem Modell des wissenschaftlichen Experiments vorgeht. Sie tut dies, indem sie Klient/inn/en das Werkzeug für ein als nützlich erachtetes Strukturieren und Analysieren der angestrebten Zielzustände sowie der beklagten Problematik im Sinne funktionaler Bedingungen zu Verfügung stellt. Es wird aber auch Wissen hinsichtlich grundlegender psychologischer Theorien zu Erwerb und Veränderung der störenden Problematik vermittelt. Wie bereits oben angemerkt liegt ihr Schwerpunkt bei der Hilfestellung zum Erwerb neuer Kompetenzen und deren Training, um die als problematisch erlebten Situationen zu bewältigen. Ihr Ziel ist es, Menschen letztlich zu erfolgreichem Selbstmanagement zu verhelfen, weshalb auch eine prominente Variante unter dem Begriff Selbstmanagement-Therapie auftritt (Kanfer et al. 2006).

Ein Blick in die Geschichte der Verhaltenstherapie zeigt, dass Autonomie ursprünglich kaum eine wichtige Rolle spielte. Es ging ja speziell in der lerntheoretisch fundierten Variante eher um die Steuerung von Verhalten über externe Konsequenzen. Erst mit der Kognitiven Wende rückten Begriffe wie Selbstkontrolle und Selbststeuerung und damit Themen wie Autonomie der Klient/inn/en im Rahmen der Therapiebeziehung ins Blickfeld. Allerdings ist in vielen verhaltenstherapeutischen Publikationen bis in die Gegenwart spürbar, dass dieser Respekt vor der Autonomie der Klient/inn/en eher technisch verstanden wird. Ein gutes Beispiel dafür ist Schulte, der in dem 1996 erschienen Buch „Therapieplanung“ an vielen Stellen ein Bild entwirft, welches den/die wissenschaftlich informierte/n Therapeuten/in als jemanden zeichnet, der „Autonomie gewährt“ (S.31), weil er/sie weiß, dass diese - neben anderen Variablen - vom Klienten erlebt werden muss, um einen Therapieerfolg zu sichern. Dieser Therapieerfolg hat dann übrigens auch mehr mit den Zielen des Therapeuten, als mit denen der Klient/inn/en zu tun, weil stillschweigend vorausgesetzt wird, dass die Expert/inn/en letztlich besser wissen, was für die Klient/inn/en wünschens- und erstrebenswert ist: Wohlwollende Patronage oder fürsorgliche Belagerung eben.

Es gibt aber auch andere Interpretationen von Verhaltenstherapie. So schreibt z.B. Ulrike Willutzki (1999) in ihrem Aufsatz „Menschenbild und Therapieziele in der kognitiven Verhaltenstherapie“: „Zusammenfassend ergibt sich für kognitiv-verhaltenstheoretisch orientierte PsychotherapeutInnen damit eine Verschiebung des Bildes von einer rein äußerlichen, mit der Patientin vereinbarten Technologie für den umgrenzten, unbefriedigenden Zustand hin zu einer eng an der Patientin und ihren Vorstellungen orientierten, umfassenden Neustrukturierung ihrer Lebenssituation, in der die

Bühnenhypnose – sich Menschen zur Inszenierung von Machtlosigkeit zur Verfügung stellen. Nahe liegend wäre es, an die Untersuchungen von Horkheimer und Adorno zum „Autoritären Charakter“ zu denken.

Person als handelndes und verantwortliches Subjekt aufgefasst wird“ (S.147). Und auch im oben bereits erwähnten Buch „Selbstmanagement-Therapie“ von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2006) finden sich viele Hinweise darauf, dass der Respekt vor der Autonomie der Klient/inn/en keine Frage instrumentalisierendes Handelns zur Zieloptimierung, sondern Bestandteil eines humanistischen Menschenbildes ist. Der/Die Therapeut/in gewährt diese nicht technisch, um besser seine eigenen Therapieziele zu erreichen, sondern er/sie sieht sich ganz unmissverständlich als „Katalysator“ im Prozess zunehmenden Selbstmanagements und ist sich seines „Anregungscharakters“ im Therapieprozess bewusst (S.15).

Dies stellt meine persönliche Parteinahme bezüglich möglicher Interpretationen der beiden Therapieverfahren dar, welche von den durchschnittlichen Klient/inn/en, welche meine Praxis aufsuchen, anfangs kaum geteilt wird (siehe oben). Inwiefern sie von anderen Hypno- und Verhaltenstherapeut/inn/en in ihren Praxen und Einrichtungen psychosozialer Hilfen vertreten wird, kann ich nur schwer beurteilen¹.

Mein Verständnis von Therapie hat jedoch seine Basis in einem bestimmten Menschenbild, welches mich bei der Arbeit leitet. Und dies wiederum hat mit der postulierten Autonomie meiner Klient/inn/en zu tun. Auch wenn ich verhaltenstherapeutisch und hypnotherapeutisch ausgebildet bin, glaube ich nicht an die Möglichkeit der Intervention in das System Klient/in hinein, sondern gehe vom Prinzip der Selbstorganisation und Selektion von Anregungen durch Klient/inn/en aus². Dementsprechend achte ich auf folgende praxisnah beschriebene Punkte oder Themen:

1. Informationsgespräch / informed consent

Der Beginn einer Therapie findet in meiner Arbeit üblicherweise über ein telefonisch oder schriftlich (meist per E-Mail) initiiertes Informationsgespräch statt. Bereits am Telefon (oder per Mail) betone ich die Notwendigkeit einer guten und ausführlichen Information für Klienten genauso wie für Therapeut/inn/en. Dementsprechend dreht sich beim ersten persönlichen Kontakt nach anfänglicher Schilderung der Problematik alles um Erwartungen, Vorstellung, bisherige Erfahrungen, Wünsche und Begrenztheiten von Psychotherapie. Ich beantworte alle Fragen zu meiner Arbeitsweise sorgfältig, so dass Klienten so gut wie möglich wissen können, worauf sie sich einlassen. Und ich vermittele ihnen ein Bild von Psychotherapie, welches sowohl die Autonomie der Klienten respektiert wie auch diese in die Verantwortung für ihren persönlichen Veränderungsprozess nimmt. Dabei geht es für mich um einen Balanceakt zwischen Relativierung womöglich unrealistischer Erwartungen an Therapie mittels Hypnose oder verhaltenstherapeutischer Techniken einerseits und Bestätigung mir entgegengebrachter Hoffnung hinsichtlich Veränderbarkeit andererseits. Um diesen Prozess zu vertiefen, gebe ich häufig – je nach gewünschtem Verfahren – Hinweise zu geeigneter Literatur, sowie ein Merkblatt zum „informed consent“³. Wenn sich Klientinnen im Laufe einer Woche für eine Therapie mit mir unter den besprochenen Bedingungen entschieden haben, dann schicken sie mir die ebenfalls mit gegebenen Fragebögen zu; mein Angebot zur Zusammenarbeit ist damit angenommen⁴ und wir vereinbaren den ersten Therapietermin.

1 Unser Krankenversorgungssystem fördert unmissverständlich eine Rollenzuweisung der Psychotherapeut/inn/en als Expert/inn/en, denen die Definitions- und Interventionsmacht in der Therapie hinsichtlich der Störung aber auch der Ziele zukommt, und der Patient/inn/en als mehr oder minder williger Empfänger dieser Segnungen (siehe auch Illich 1987).

2 Dass dies seine Basis in einem sozialkonstruktionistischen Verständnis von Therapie hat, wird nicht weiter verwundert (Gergen 2002).

3 Eine sehr praxisnahe Diskussion zum Thema „informed consent“ geben Fisher und Oransky 2008

4 Falls Fragebögen nicht zugeschiedt werden, verbuche ich die Sitzung als „windowshopping“.

>> *Beispiele für typische Fragen in dieser Phase wären: „Was müssen Sie wissen, um sich gut für eine Therapie mit mir entscheiden zu können?“, „Worauf muss ich achten, damit Sie sich in Ihrer Person gut wahr genommen fühlen?“, „Was möchten Sie auf keinen Fall in den Sitzungen mit mir erleben?“ <<*

2. Zielklärung / Zielbalancierung / Zieländerung

Die ersten Sitzungen nutze ich – nach angemessener Würdigung des geschilderten Leides – zur Entwicklung einer persönlichen Vision des Lebens nach einem hypothetischen Therapieerfolg. Der Begriff „Vision“ signalisiert, dass ich hier zunächst keine Unterscheidung zwischen realistischer vs. unrealistischer Zukunft mache. Vielmehr geht es in einem ersten Schritt darum, die Sehnsüchte meiner Klienten kennen zu lernen, um daraus mit ihnen gemeinsam Ziele zu entwickeln¹. Diese sollen möglichst weder durch ihre Problembefangtheit (Problemtrance) begrenzt, noch durch erwartete Konventionen im Zusammenhang mit Psychotherapie (Sprachspielerwartungen) geprägt werden. Es soll aber auch durch diese Vorgehensweise die Entwicklung einer „Pull-Motivation“ im Gegensatz zu einer „Push-Motivation“ erleichtert werden. Im Zusammenhang mit dem Thema Autonomie bemühe ich mich hier darum, auch „eigensinnige“ Ziele von Klient/inn/en zu respektieren, statt vor-schnell zu werten. Diese Haltung entspringt u. a. einer gemeindepsychologischen Perspektive, wie sie z.B. im Konzept des Empowerment begründet wurde (z.B. Stark 1996).

Die aus einer Vision heraus entwickelten Ziele können natürlich auch in Widerspruch zu still-schweigend vorhandenen Zielen treten. So tauchen im Zusammenhang mit dem Wunsch nach mehr Selbstsicherheit und souveränem Auftreten signifikanten Personen des sozialen Netzwerks gegenüber immer wieder einmal Kollisionen mit dem Wunsch auf, diese Beziehungen nicht zu gefährden. Dies besonders dann, wenn diese Beziehung(en) ursprünglich auf der Basis eines sehr sich anpassenden Beziehungsangebots von Seiten der/des Klienten/in eingegangen wurde. Hier gilt im Sinne einer sorgfältigen Balancierung mit den Klienten abzuwägen, bis zu welchem Status sie die jeweiligen Ziele verfolgen möchten.

Bis zu diesem Punkt klingt das alles sehr nach einem recht formalistischen Vorgehen. Im Verlauf der Therapie, wenn sich erste kleine Änderungen einstellen und diese auch (er)lebbar werden oder wurden, müssen Ziele immer wieder neu bestimmt und überprüft werden. Und regelmäßig kommt es dann aufgrund geänderten Erlebens, unerwarteter Reaktionen der Umwelt oder auch aufgrund schlicht zufälliger Kontextveränderungen zur Notwendigkeit, Ziele zu revidieren oder abzuändern. Der Beitrag von uns Therapeuten in diesem Prozess ist mit dem Begriff des „Beistuerns“ (Loth 1998) im Sinne eines Zur-Sprache-Bringens von vermuteten Zielkonflikten (sofern sie den Klienten selbst nicht auffallen) sehr schön beschrieben. „An-Steuern“ im Sinne eines kontinuierlichen Verfolgens der verhandelten Ziele ist Sache des Klienten / der Klientin.

>> *Beispiele für typische Fragen in dieser Phase wären: „Stellen sie sich vor, wir haben die best-mögliche Therapie gemacht. Sie haben ihr Bestes gegeben und ich ebenfalls. Wie wird Ihr Leben dann ausschauen im Unterschied zu jetzt?“, „Wenn ein Teil in Ihnen mehr zu ... (Ziel A) tendiert und ein anderer Teil mehr zu ... (Ziel B), wie können Sie diese Teile in einen fruchtbaren Dialog treten lassen?“, „Wenn Sie sich nun in Richtung ... (Ziel A) entwickeln und während dessen merken, dass dies aber Konsequenzen für ... (B = ein Erhaltungsziel) hat, welches Ihnen auch sehr wichtig ist, - wie können wir damit sorgsam umgehen?“*

Exkurs: Diagnosen

In Fällen, bei denen die Kosten der Therapie von der Kasse übernommen werden sollen, reicht

¹ Sowohl im Rahmen der Hypnotherapie als auch besonders radikal im Rahmen Lösungsfokussierter Therapie (de Shazer 1996, de Jong / Berg 1998) und der Zukunftswerkstätten (Kuhnt / Müller 2004) wurde dieses Prinzip propagiert.

die Vorlage einer Fallkonzeption gegenüber einem Gutachter nicht aus. Es muss eine Diagnose, welche sich aus dem Kriterienkatalog des ICD 10 ergibt, gestellt werden und diese muss eine Störung mit Krankheitswert darstellen.

Auch hier gebietet es der Respekt vor der Autonomie der Klient/inn/en, diese Notwendigkeit zu erläutern und gegebenenfalls über die (möglichen) Folgen aufzuklären. In jedem Fall erscheint es mir wichtig, dass meine Klienten die Wahl der jeweiligen Diagnose mit mir gemeinsam besprechen (können). Die letztliche Übermittlung an die jeweilige Krankenkasse mache ich von der expliziten Zustimmung der Klientin / des Klienten abhängig (siehe auch Deissler 2008)

3. Zustimmung zu angebotenen Verfahren

Dies bezieht sich auf das generelle Vorgehen – Hypnotherapie versus Verhaltenstherapie - wie bereits oben beschrieben ebenso wie auf das Angebot von einzelnen, oft als Techniken beschriebenen Vorgehensweisen. Beim generellen Vorgehen geht es mehr darum, wie die Rahmenbedingungen dafür aussehen: also z.B. Zukunftsorientierung, Orientierung an den Stärken oder Ressourcen, sorgfältige Beachtung der Motivation in Richtung „hin zu etwas“ statt „weg von etwas“, notwendige Elemente einer Fall-Konzeption und sinnvolle Diagnostik. Bei den Techniken handelt es sich hingegen um Werkzeuge, welche bei einem Problem-bereich helfen sollen, vom IST- zum SOLL-Zustand zu kommen. Dafür braucht es eine möglichst angemessene Erläuterung, worum es sich handelt, wie die Wirkweise angenommen wird und welche Effekte zu erwarten sind. In der Verhaltenstherapie tut man sich hier naturgemäß leichter zu erklären und zu erläutern, wie man sich die Wirkweise eines Aktivitätsprogramms etwa vorstellt. Schwieriger ist es demgegenüber zu vermitteln, wie z.B. ein Hypnotischer Begleiter wirken könnte. Auch wenn Verhaltenstherapeuten im Gegensatz zu Hypnosetherapeuten das Prinzip der Transparenz ihres Vorgehens immer dezidiert hoch gehalten haben, was aus der Logik der theoretischen Annahmen beider Verfahren abzuleiten ist, so muss klar gesagt werden, dass absolute Transparenz nicht einlösbar ist. Und dies gilt für Hypnotherapie sicher in viel größerem Maße als für Verhaltenstherapie. Darüber hinaus stellt sich natürlich auch die Frage, ob Transparenz zu jedem Zeitpunkt sinnvoll bzw. überhaupt möglich ist. Denn der Weg der Veränderung führt oft über das Erleben und die Erfahrung, begleitet von teilweise heftigen Gefühlen – und dies lässt sich kaum vorab rational erklären. Also geht es in manchen Situationen eher um die Zustimmung, eine Erfahrung machen zu wollen, auch wenn sich vorab nicht vermitteln lässt, wie diese sich dann anfühlen wird.

>> *Beispiele für typische Fragen in dieser Phase wären: „Was müssen Sie noch über das geplante Vorgehen wissen, damit Sie auch wirklich dahinter stehen können?“, „Auf einer Skala von 0-10, wobei die 10 für absolute Zuversicht steht, dass Sie der geplante nächste Schritt vorwärts in Richtung ihres Ziels bringen wird – wie schätzen Sie sich da ein?“, „Jetzt haben Sie schon einige Grundzüge des angebotenen Verfahrens kennen gelernt. Was fehlt Ihnen noch, um es gut für sich nutzen zu können?“.<<*

4. Respekt vor Ablehnung eines Angebots und Respekt vor „eigensinnigen“ Lösungen

Als ich 1987 den bereits Jahre zuvor erschienen Artikel von de Shazer (1984) über die Problematik des Begriffs und Konzepts des Widerstands las, war ich erst einmal verblüfft und irritiert. Doch Stück für Stück überzeugte mich die Vorstellung, dass das, was mit „Widerstand“ in der Therapie bezeichnet wurde, eine nützliche Information der Klienten darstellt, die es aufzugreifen gilt. Bezogen auf gemeindepsychologische Diskurse handelt es sich geradezu um ein Bürgerrecht, wohlmeinende Angebote ablehnen zu können, ohne dafür sofort pathologisiert zu werden. Und daraus leitet sich für mich ab, meine Angebote so vorzustellen, dass sie sogar relativ leicht abgelehnt werden können. Wobei sich das „leicht“ nicht

darauf bezieht, sich möglichst leicht aus der Verantwortung für die Änderung des eigenen Lebens zu stehlen, sondern vielmehr darauf, mir als Helfendem nicht zu Gefallen sein zu müssen. Idealerweise finden Klient/inn/en sich darin bestärkt, einen Vorschlag oder ein Vorgehen ablehnen zu dürfen, ohne damit die Therapie oder die Therapiebeziehung zu gefährden. Eine solche Ablehnung geht in einen gemeinsamen Suchprozess über und führt so zu einem besseren Verständnis dessen, was vielleicht eher angemessen oder noch zu berücksichtigen sei.

Eine Herausforderung ganz besonderer Art ist der bereits weiter oben genannte Respekt vor „eigen-sinnigen“ Lösungen. Die Herausforderung besteht darin, dass besonders in Grenzbereichen abge-wogen werden muss, inwieweit ein vom Therapeuten verspürtes Unbehagen, mit den „eigensinnigen“ Lösungen eines Klienten zu sympathisieren, darin besteht, dass diese als potentiell selbst- oder fremdgefährdend einzuschätzen sind. Es geht also wieder, wie bereits im Empowermentkonzept diskutiert, darum, einen gangbaren Weg zwischen Respekt vor Bürgerrechten und ausreichendem Zur-Verfügung-Stellen von externer Hilfe zu finden. Eine „fürsorgliche Belagerung“ soll vermieden werden (Keupp 2003). Diese „Belagerung“ kann auch von theoretischen Vorstellungen darüber ausgehen, was als richtig oder unabdingbar zur Bewältigung einer Problematik angesehen wird. Hier gehen die Einschätzungen von „Expert/inn/en“ manchmal in geradezu diametrale Richtungen. Und auch die Art der Präsentation der von Therapeuten bevorzugten Lösungen kann von absoluter therapeutischer Selbstgewissheit (Annahme konvergenter Lösungen) bis zur selbstverständlichen Erwägung alternativer Lösungswege (divergente Lösungsmöglichkeiten) reichen. Natürlich lassen sich Klient/inn/en gerade in Phasen eigener Instabilität von selbstgewissen Präsentationen der als Experten angesehenen Menschen manchmal unangemessen stark beeindrucken und hinsichtlich ihrer eigenen Urteilsfähigkeit verunsichern (Illich 1987).

>> *Beispiele für typische Fragen zu diesem Thema wären: „Ich merke, dass mein Angebot (meine Idee, meine Empfehlung) bei Ihnen auf Zurückhaltung stößt. Bitte helfen Sie mir zu verstehen, was hier für Sie nicht passt bzw. was Ihre Skepsis auslöst.“, „Sie haben sich seit unserem letzten Treffen gegen ... (Verfahren, Empfehlung, Hausaufgabe) entschieden. Was waren die guten Gründe für diese Entscheidung?“, „Ich glaube, ich habe Ihren genannten nächsten Schritt / Ihre geschilderte Lösungsstrategie noch nicht ganz verstanden. Schildern Sie mir doch bitte: Woran werden Sie merken, dass dieser Schritt / diese Strategie Sie vorwärts bringt? Und woran können Sie erkennen, dass dies nicht zielführend ist?“<<*

5. Interesse und Neugier hinsichtlich „außertherapeutischer“ Veränderungen

Im Sinne der Forschungen zu den bereits oben erwähnten Common Factors, spielen auch so genannte „außertherapeutische“ Faktoren eine große Rolle. Damit ist alles das gemeint, was zwischen den Sitzungen passiert und das, was in der Sitzung erarbeitet wurde, möglicherweise fördert, modifiziert, beschränkt, behindert oder vielleicht auch ins Gegenteil verkehrt. Aber auch das, was ungeplant auftaucht oder probiert wird: teils durch Zufall oder ein gnädiges Schicksal, teils durch Einfall oder Kreativität der Klienten, teils durch Anregung oder Hilfestellung von Angehörigen des sozialen Netzwerks oder anderer „Helfer/innen“. Das Aufgreifen all dieser als signifikant erlebten Phänomene – sofern man sich dafür interessiert und danach fragt – macht für mich einen entscheidenden Teil meiner therapeutischen Arbeit aus. Und würdigt auf diese Art und Weise auch die Autonomie meiner Klient/inn/en, weil ich damit ernst mache mit meiner bereits im Erstkontakt mitgeteilten Behauptung, dass ich sie als Experten ihres Lebensfeldes ansehe und mich selbst lediglich als ihren kundigen Begleiter.

>> *Beispiele für typische Fragen zu diesem Punkt wären: „Was gab es in der Zeit seit unserem letzten Treffen an Veränderungen in Richtung Ihres Ziels?“; „Wer hatte hier welchen Anteil, dass das möglich wurde?“; „Welche Anstöße oder Ideen gab es in der Zwischenzeit, die wir mit aufneh-*

men sollten?“

Fazit

Abhängig vom jeweiligen Menschenbild und der vertretenen Erkenntnistheorie wird der Respekt vor der postulierten Autonomie des Gegenübers eine für die Beziehungsgestaltung und den Therapieprozess gewinnbringende Dimension darstellen. Zunehmend anzutreffende Darstellungen von Hypnosetherapie und Verhaltenstherapie als Verfahren, welche in Analogie zum medizinischen Modell aufgrund expertenorientierter Diagnostik eine konvergente Vorgehensweise als Königsweg ansehen, halte ich für unangemessen vereinfachend. Ich halte sie mit Blick auf die Erfahrungen der Präventionsforschung, deren unbeabsichtigte negative Effekte zur Entwicklung des Empowermentkonzepts und der damit verbundenen Achtung vor der Autonomie und den vorhandenen Ressourcen der Betroffenen führte, auch unter ethischen Gesichtspunkten für bedenklich. Im Gegensatz dazu plädiere ich für eine Beziehungsgestaltung, welche sowohl Respekt vor den Qualitäten des/der Klienten/in wie auch die Nutzung vorhandenen „Begleitungswissens“ in eine ausgewogene Balance bringt. Auf diese Weise können dann divergente Lösungsmöglichkeiten ins Spiel gebracht und sowohl von Klient/inn/en als auch Beteiligten ihres sozialen Netzwerks validiert werden.

Literatur:

- Bongartz W, Bongartz B. Hypnosetherapie. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2000
- Deissler K.G. Dialogischer Wandel im therapeutischen Kontext. Von Metaphern, Geschichten und Gleichnissen – Umgangsformen und Sprechweisen. Forum: Qualitative Sozialforschung 2008; Vol. 9, No. 1, Art. 45, <http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0801455>\$. Zugriff: 11.02.2009
- De Jong P, Berg I.K. Lösungen (er)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie. Dortmund: verlag modernes lernen, 1998
- De Shazer St. The Death of Resistance. Family Process 1984; 23: 79-93
- De Shazer St. ... Worte waren ursprünglich Zauber. Lösungsorientierte Therapie in Theorie und Praxis. Dortmund: verlag modernes lernen, 1996
- Fisher C.B, Oransky M. Informed Consent to Psychotherapy: Protecting the Dignity and Respecting the Autonomy of Patients. Journal of Clinical Psychology: In Session 2008; 64 (5): 576-588
- Gergen K. Konstruierte Wirklichkeiten. Eine Hinführung zum sozialen Konstruktivismus. Stuttgart: Kohlhammer, 2002
- Hubble M.A, Duncan B.L, Miller S.D. So wirkt Psychotherapie. Dortmund: verlag modernes lernen, 2001
- Illich I. Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag – rororo aktuell, 1987
- Kanfer F.H, Reinecker H, Schmelzer D. Selbstmanagement -Therapie. 4.Aufl. Berlin: Springer, 2005
- Keupp H. Von der fürsorglichen Belagerung zum Empowerment: Ideen für eine zivilgesellschaftlich angeregte Sozialpolitik. In: Mutz G (Hrsg) Die Gesellschaft umbauen. Perspektiven bürger-schaftlichen Engagements. SPI-Schriftenreihe – Autorenband 7. München: Eigenverlag, 2003; 67-99
- Kuhnt B, Müller N.R. Moderationsfibel Zukunftswerkstätten: Verstehen, anleiten, Einsetzen. 3.Aufl. Neu-Ulm: Verlag Spak, 2004
- Kriz J. Grundfragen der Forschungs- und Wissenschaftsmethodik. In: Hutterer-Krisch R, Kriz J, Parfy E. Psychotherapie als Wissenschaft - Fragen der Ethik, Bd. 5 der "Serie Psychotherapie" (Hrsg. G. Sonneck), Wien: Facultas, 1996; 15-160
- Lambert M.J, Ogles B.M. The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In: Lambert M.J. (Ed) Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 5th Edition. New York: Wiley and Sons, 2004
- Loth W. Auf den Spuren hilfreicher Veränderung. Dortmund: verlag modernes lernen, 1998

- Peter B. Kontraindikation, Bühnenhypnose und Willenlosigkeit. In: Revenstorf D, Peter B. (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. 2.Aufl. Heidelberg: Springer, 2009; 128-146
- Revenstorf D, Zeyer R. Hypnose lernen. 8.Aufl. Heidelberg: Carl Auer, 2008
- Revenstorf D. Trance und die Ziele und Wirkungen der Hypnotherapie. In: Revenstorf D, Peter B. (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. 2.Aufl. Heidelberg: Springer, 2009; 15-30
- Revenstorf D, Peter B. (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. 2.Aufl. Heidelberg: Springer, 2009
- Schulte D. Therapieplanung. Göttingen: Hogrefe, 1996
- Stark W. Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg i. B.: Lambertus, 1996
- Wampold B.E. The Great Psychotherapy Debate. PR: Models, Methods, and Findings. Philadelphia: Erlbaum Associates, 2001
- Willutzki U. Menschenbild und Therapieziele in der kognitiven Verhaltenstherapie. In: Ambühl H, Strauß B. (Hrsg) Therapieziele. Göttingen: Hogrefe, 1999; 143-164