

# HypnoSystemische Prinzipien in Therapie und Beratung nach Milton Erickson 5

Peter Stimpfle

*„Meine Stimme begleitet Sie überallhin, sie verwandelt sich in die Stimme Ihrer Eltern, Ihrer Lehrer, Ihrer Spielgefährten und in die Stimmen des Windes und des Regens ...“*

Milton H. Erickson (in: Zeig 1999).

Was ist das Kennzeichnende von hypnosystemischen Konzepten für Beratung, Therapie, Supervision und Coaching? Dazu ist bereits viel publiziert worden.

Das Ziel dieses Buches besteht darin, Interesse zu wecken. Deshalb möchte ich hier nur einige grundlegende Prinzipien des Ansatzes darstellen, die auf den amerikanischen Psychiater und Psychotherapeuten Milton H. Erickson (1901 - 1980) zurückgehen.

Man kann Erickson als Pionier der modernen Hypnotherapie und praktischen Psychotherapie ansehen, der eine Vielzahl innovativer Ideen entwickelt und praktisch erprobt hat. Er stand dabei in regem Austausch mit vielen Praktikern und Theoretikern der sich entwickelnden modernen Psychotherapie und beeinflusste maßgeblich deren Konzepte. Dazu gehören Richard Bandler, John Grinder, Jay Haley, Ernest Rossi, Steve de Shazer, Paul Watzlawick, Michael Yapko, Jeffrey Zeig, u. v. a. In Deutschland gehörten Hans-Ulrich Schachtner (1977, 1978, 1979), Wilhelm Gerl & Alida Iost-Peter & Burkhard Peter (September 1978), Peter Nemetschek (Februar 1979), Gunther Schmidt (1979) und Bernd Schmid (Sommer 1979 – 30. Juli bis 4. August) zu seinen direkten

Schülern<sup>6</sup> (vgl. Nemetschek 2011, S. 9, Iost-Peter, Schmid 2016, S. 34 ff., Hammel 2022 a, S. 31, Zeig 1999, S. 27, Peter 2018, S. 1). Mittlerweile lässt sich bereits die übernächste Generation von diesen Ideen begeistern. Auf getrennten Wegen inspirierte Erickson die im Entstehen begriffene systemische Familientherapie ebenso wie die moderne Hypnotherapie.



**Abbildung 5: Milton Erickson (© Andreas Steiner)**

Hypnotherapie kann nach Revenstorf (2006, S. 167) definiert werden als: „ein psychotherapeutisches Verfahren, das die Induktion hypnotischer Trance als einen veränderten Bewusstseinszustand dazu nutzt, problematisches Verhalten, problematische Kognitionen und affektive Muster zu ändern, emotional belastende Ereignisse und Empfindungen zu restrukturieren und biologische Veränderungen für Heilungsprozesse zu fördern.“ (vgl. auch: Peter & Revenstorf

2018, S. 31 f.). Peter (2006, S. 21) weist darauf hin, dass Erickson das Unbewusste als therapeutisches Tertium (Dritter – neben Behandler und Patient) einführte, als „weise, kluge, wissende und wohlwollende Instanz innerhalb der Person, die zuweilen auch deren vermeintliche Fähigkeiten und Möglichkeiten überschreitet“.

---

<sup>6</sup> Ich danke Hans-Ulrich Schachtner, Bernd Schmid und Bernhard Trenkle für die freundliche Unterstützung bei der Recherche der historischen Abfolge, wobei kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird.

Systemische Therapie (Gemeinsamer Bundesausschuß 2019, S. 1 f.) wird definiert als „ein psychotherapeutisches Verfahren, welches psychische Symptome in einem interpersonellen Kontext betrachtet. Die systemische Therapie sieht wechselseitige intrapsychische (kognitiv-emotive) und biologisch-somatische Prozesse sowie interpersonelle Zusammenhänge von Individuen und Gruppen als wesentliche Aspekte von Systemen an.“

**Abbildung 6: Milton Erickson „with three of his children“ Jeff Zeig, Ernest Rossi & Jay Hayley (© Andreas Steiner)**



Gunther Schmidt, Volkswirt, Arzt und Systemischer Familientherapeut, plädiert seit den Achtziger Jahren für eine Integration klassischer hypnotherapeutischer Methoden mit jenen der systemischen Familientherapie. Er nutzt dabei die Konzepte von Erickson als allgemeinen Rahmen, der es ermöglicht, weitere Entwicklungen zu fördern (statt Schulen zu gründen). Gunther Schmidt

ist ärztlicher Direktor der sysTelios-Klinik in Siedelsbrunn bei Heidelberg, die von ihm, Mechthild Reinhard und Carsten Till 2007 mitbegründet wurde. Dort wird nach hypnosystemischen Konzepten und Methoden stationäre Psychotherapie erfolgreich durchgeführt.

Es entspricht einer gängigen Vorstellung, dass Therapien leitlinienorientiert durchzuführen sind und deshalb im besten Fall als stan-

standardisierte Manuale vorliegen, wie z. B. das bekannte Manual von Hautzinger (2021) „Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen“, die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses (<https://www.g-ba.de/richtlinien/20/>) oder die Offiziellen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (z. B. Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (<https://www.leitlinien.de/themen/depression/version-3>)). Somit hat man praktisch eine strukturierte Richtlinie (Plan, Rezept), einen Ablauf, den man bei einer bestimmten Störung nur noch anzuwenden braucht und damit hoffentlich auf der sicheren Seite ist. Der Gedanke scheint im Raum zu stehen: Bei richtiger Anwendung ist der Erfolg sichergestellt (ist er das?). Wenn sich kein Erfolg einstellt, wurde folgerichtig das Manual nicht korrekt angewendet.

So eine Vorgehensweise ist derzeit durchaus üblich. Alles im Leben hat explizite und implizite Auswirkungen. Ermöglicht wird dadurch eine sehr standardisierte Art des Vorgehens, womit implizit eine individualisierte Prozessteuerung nach den Bedürfnissen des Einzelnen vernachlässigt werden muss (vgl. Lang 2022). Leider ist auch eine gewisse Tendenz zu beobachten, dass versucht wird, solche Widersprüche dadurch zu beseitigen, dass man auf den Anspruch eines standardisierten Vorgehens jenen nach Individualisierung noch oben drauf setzt, ohne zu konkretisieren, wie beides gleichzeitig geschehen soll. Verschiedene empirische Untersuchungen legen dabei den Schluss nahe, dass andere Vorgehensweisen mindestens genauso erfolgversprechend sein können, wie etwa die Tübinger Studie von Prof. Batra (dargestellt in: Wilhelm-Gößling et al. 2020) und die Studien von Prof. Revenstorf zur Wirksamkeit von Hypnotherapie für den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (2006); siehe u. a. auch: Revenstorf & Peter (2001), Revenstorf (2006), Bundesärztekammer (2006), Flammer (2006), Schauer (2010), Häuser et al. (2016).

In Bezug auf die Systemische Therapie sei auf die „Anerkennung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit als Psychotherapieverfahren“ durch den Gemeinsamen Bundesausschuss hingewiesen: <https://www.g-ba.de/beschluesse/3588/>

Mit der geschilderten standardisierten Vorgehensweise eng verbunden sind bestimmte unausgesprochene Implikationen und Grundannahmen, wie dass eine Psychopathologie vorliege, die Patient\*innen „haben“, die diagnostiziert und ergründet und durch das passende Heilmittel (Vorgehen im leitlinienorientierten Manual) kuriert werden kann. Funktioniert dies nicht, werden die Bemühungen intensiviert i. S. v. mehr-desselben.

Erickson selber entwickelte keine Manuale oder Leitlinien, sondern **Prinzipien**, die er im Einzelfall konkretisierte. HypnoSystemische Konzepte fokussieren auf soziale Beziehungsmuster und deren relevante Kontexte. Von besonderem Interesse ist wie die Beziehungsgestaltung zwischen inneren und äußeren Elementen eines Systems organisiert sind. Systeme bestehen aus Teil-Elementen und deren Verbindungen untereinander, sowie Grenzen nach außen zur Umwelt und anderen Systemen. Das System Familie besteht z. B. aus den Familienmitgliedern. Die Beziehungen der Elemente können durch explizite oder implizite Delegationen (Aufträge) organisiert sein, etwa Erwartungen an den Sohn, den elterlichen Betrieb zu übernehmen oder an die Tochter, zu heiraten und Kinder zur Welt zu bringen. Dabei können durchaus einander widersprechende Erwartungen im Raum stehen („Übernimm den Hof, führ ihn wie bisher weiter und mach es besser als wir“). Aus solchen einander widersprechenden offenen und verdeckten Aufträgen können sich Loyalitätskonflikte ergeben, die sich in Form von symmetrischen Eskalationen hochschaukeln können und als Symptome Ausdruck finden.

Nach diesem Verständnis kann Veränderung geschehen durch „die Bildung von Unterschieden in bisher vorherrschenden Mustern“ (Schmidt 2004 S. 38 f.) der Deutung und Interaktion bei Klient\*innen oder im Klientensystem. Probleme entstehen autohypnotisch als Wahrnehmungseinengung (Problemtrance). Ziel der Therapie ist Unterstützung in Richtung Fokussierung auf Kompetenzen und Ressourcen (Lösungstrance). Dies erfolgt im Rahmen eines auf Ziele, Lösungen, Ressourcen und Kompetenzen fokussierten Dialogs zwischen Therapeut und Klient\*in, der (anders als in der traditionellen Hypnosetherapie) keine formale Tranceinduktion erfordert, sondern dialogisch auf Augenhöhe geschieht (Schmidt 2005, S. 10 und Schmidt 2004, S. 65).

Hypnosystemisch betrachtet interessiert uns daher weniger die Frage nach Gründen oder Ursachen (warum?), sondern vielmehr die Frage, *wofür*, unter welchen Kontext-Bedingungen (Situationen, Zeiten, Personen, Umstände, ...) welche musterhaft sich wiederholende Verhaltensweisen auftreten, welche das sind und welche Einstellungen dahinter stehen. Besonders aufschlussreich kann die Frage nach den *Ausnahmen* sein (wann nicht?). Es geht hierbei um die Rekontextualisierung von Verhalten: Allgemeine Beschreibungen losgelöst von den Bedingungen des Verhaltens werden nicht akzeptiert, sondern es stellt sich die Frage, unter welchen konkreten Kontext-Bedingungen jemand zu welchem Verhalten neigt. Wer nach hypnosystemischem Verständnis arbeitet, den interessiert es weniger, warum dies so ist. Danach ist nicht die Frage, *warum* jemand z. B. Raucher ist, sondern unter welchen Bedingungen eine Neigung sich zeigt, etwa nach einer schwierigen Arbeit, nach Stress oder einer anderen Herausforderung, etwa als Form der Selbstbelohnung oder zur Erholung (*wofür?*). Somit entstehen andere Wirklichkeits-Beschreibungen, die eine andere Art von Wirksamkeit entfalten können: es wird kein Raucher oder Suchtkranker konstruiert, sondern eine Person, die unter ganz bestimmten Bedingungen dazu neigt, sich z. B. Entlastung durch

eine Zigarette zu gestatten. Gleichzeitig wird dabei nicht in Abrede gestellt, dass Rauchen schädlich ist.

Eine andere Betrachtung, von außen (von einem Beobachterstandpunkt), erfordert die Bedingung der Allparteilichkeit, also wohlwollend gegenüber den Motiven von Personen zu sein. Wofür raucht diese Person? Die guten Absichten werden unterschieden von den Auswirkungen und Folgen des Handelns, jedoch werden diese erst im zweiten Schritt betrachtet. Man könnte sich nun fragen, was denn diese Person antreibt, derart viel an Arbeit oder Stress auszuhalten, wem gegenüber sie diesbezüglich loyal ist, also welche Beziehung sie dadurch aufrechterhält. Vielleicht ist es die Loyalität gegenüber sehr fleißigen Eltern, deren Beispiel sie unbewusst folgt, um mit ihnen in Verbindung zu bleiben. So gesehen ginge es dann auch nicht (mehr) darum, etwas Störendes (wie Rauchen) weg-zu-machen, sondern um eine Transformation von Loyalität und Liebe, um die Zugehörigkeit aufrechterhalten zu können, etwa durch gesündere Formen des sich Verwöhnens oder schonende achtsame Formen des Umgangs mit Stress (z. B. weniger angetrieben, mehr auf eigene Bedürfnisse achtend). Dieser Ansatz beinhaltet die Notwendigkeit einer besonderen Vorsicht und Achtsamkeit in der Nutzung von Sprache dahingehend, was wir an Wirklichkeitsbeschreibungen konstruieren oder auch übernehmen (sozialer Konstruktivismus, Watzlawick). Trenkle und Schmidt sprechen vom Realitätenkellner (2017): welche inneren Wirklichkeiten (WahrGebungen) werden gemeinsam konstruiert? Für Berater\*innen, Therapeut\*innen, Supervisor\*innen, Coaches, ... ergibt sich aus dieser Sichtweise eine ethische Verpflichtung, hilfreiche, heilsame, stärkende und wertschätzende Realitäten zu konstruieren. Das kann man sich gar nicht oft genug bewusst machen!

Abläufe werden dabei nicht kausal linear, sondern zirkulär, als Kreisläufe mit wechselseitigen Beeinflussungen, aufgefasst. Die klassische systemische Frage ist daher die zirkuläre Frage: Wie

wirkt es sich auf Ihre Beziehung zu Ihrer Frau aus, wenn Sie rauchen? Wie wirkt es sich auf Ihre Beziehung zu Ihrem Mann aus, wenn Sie ihn drängen, mit dem Rauchen aufzuhören? Auf diese Weise schält sich ein Muster der Beziehungsgestaltung heraus (Interpunktion der Interaktionen, siehe Watzlawick 1969).

Allgemein könnte man hypnosystemisch Arbeiten als eine Beratungs-, Therapie- oder Coachingform definieren, bei der die dynamischen interaktiven Prozesse der Innenwelt (Hypno), der inneren Haltungen, Bedürfnisse und Impulse (Seiten, Ego-States) und deren dynamische Interaktion mit den in der Außenwelt (Systemisch) stattfindenden Prozessen der Beziehungsgestaltung in den Fokus der Betrachtung genommen werden. Siehe z. B.: Prior (2007, 2008), Seemann (2011), Schmidt (2010), Kachler (2014), Meiss (2016), Trenkle (2017), Peichl (2019), Meyer-Erben & Zander-Schreindorfer (2021), Gross & Popper (2020), Hammel (2022 a), Kachler (2022 b).

## **Prinzipien in Beratung und Psychotherapie nach Milton H. Erickson**

Jeder Mensch ist ein einzigartiges, besonderes, autonomes, sich selbst organisierendes, lebendiges Individuum.

**Everyone is One.**

Milton Erickson fokussierte auf die einmalige Besonderheit von Menschen und stellte diese in den Mittelpunkt seines Vorgehens. Die Therapie soll von den individuellen einmaligen Besonderheiten eines Menschen ausgehen und nicht von irgendwelchen Konzepten, Manualen oder Leitlinien. Jede Therapie ist demnach quasi ein „Einzelstück“ und genau passend für den Betreffenden anzulegen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, formulierte Erickson keine starren Leitlinien, sondern



Prinzipien, die es galt, flexibel anzupassen und anzuwenden. Sein Credo lautet:

*„Jeder Mensch ist ein Individuum. Die Psychotherapie sollte deshalb so definiert werden, dass sie der Einzigartigkeit der Bedürfnisse eines Individuums gerecht wird statt den Menschen so zurechtzustutzen, dass er in das Prokrustesbett einer hypothetischen Theorie vom menschlichen Verhalten passt.“*

(Erickson 1978, siehe Hammel 2022 a, S. 31 und Zeig 1998 unter: <https://www.behavior.net/forums/ericksonian/1997/msg199.html>)

Zeig (1998 s. o.) erinnert sich: „In my time with Erickson, he never encouraged me to learn different theories. More often, he encouraged me to view life as a learning laboratory.“ Erickson ermutigte Zeig weniger dazu, verschiedene psychologische Theorien kennenzulernen, sondern mehr das Leben als Labor des Lernens zu verstehen. Das erfordert die Bereitschaft, vorgegebene Sichtweisen distanzierter zu betrachten und mit wertschätzendem Interesse offen wie ein Forscher Freude am Entdecken, Improvisieren und Experimentieren zu entwickeln.

Jeder Mensch verfügt bewusst und unbewusst über alle Kompetenzen, die notwendig sind, um sein Problem selbst zu lösen: **Jeder ist Experte für sich selbst.** Die Lösungskompetenzen sind allerdings oft nicht bewusst (sog. Problemtrance), sondern können dissoziiert sein (unbewusstes Lösungswissen). Die hypnosystemische Frage lautet also: Wohin geht die Aufmerksamkeit?

Es geht demnach nicht darum, nach Ursachen zu suchen, sondern Einfälle, Bilder, Szenen, Vorstellungen, Inszenierungen und Gedanken zu erzeugen und so das Erleben zu verändern. Die Fragen „Warum“ oder „Wieso“ werden ersetzt durch „Was“, „Wie“, „Welche“, „Wofür“ und „Wohin“?

„Das Unbewusste ist Dein Freund. Und Du kannst es nutzen und mit ihm einen freundschaftlichen Kontakt herstellen, um mit Dir im Einklang zu leben.“ Ausgehend von seiner eigenen äußerst leidvollen Erfahrung einer Kinderlähmung mit 17 Jahren, durch die er zunächst völlig gelähmt war, begann der junge Milton Erickson mit Vorstellungen zu experimentieren: In seinem unbewussten (dissoziierten) Wissen konnte er sich vorstellen, einen Schaukelstuhl, den er willkürlich nicht bewegen konnte, in Bewegung zu versetzen. Später entwickelte er aus diesen Erfahrungen Methoden zur Rehabilitation von Schlaganfallpatienten.

Erickson erzählte die „Geschichte von einem Pferd, das sich auf dem Hof seiner Familie verirrt, als er ein junger Mann war. Das Pferd hatte kein Brandzeichen. Erickson bot an, das Pferd den Besitzern zurückzubringen. Zu diesem Zweck stieg er einfach auf das Pferd, führte es auf die Straße und überließ dann dem Pferd die Entscheidung, den Weg zu wählen. Er griff nur ein, wenn das Pferd die Straße verließ, um zu grasen oder um auf ein Feld zu gehen. Als das Pferd schließlich nach mehreren Meilen auf dem Hof eines Nachbarn ankam, fragte dieser: "Woher wusstest du, dass dies unser Pferd ist?" Erickson sagte: "Ich wusste es nicht, aber das Pferd wusste es. Ich habe nur dafür gesorgt, dass es auf der Straße blieb."“ (Rosen 2000).

Die Grundüberzeugung ist, dass verborgen hinter jeder sogenannten „Störung“ eine Kompetenz, eine Fähigkeit liegt. Der Fokus der Betrachtung liegt nicht darauf, herauszufinden (und zu diagnostizieren), aus welchem Grund dies so sei und welche Art von Pathologie es sein könnte, sondern Kompetenzen herauszuarbeiten. Interessant könnte dafür die Frage sein, welche Fähigkeiten man z. B. haben müsste, um eine gewisse „Störung“ überhaupt zu entwickeln. Beispielsweise könnte man bei einem Patienten, der unter Angst leidet, die Kompetenz zu großer Vorsicht annehmen,

ebenso eine intensive Leidensfähigkeit, ausgeprägte Intelligenz und Fantasie und Beobachtungsgabe. So gesehen könnte man vermuten, dass dieser Mensch aufgrund von schwierigen Vorerfahrungen („unbewusst“) gelernt hat, seine Fantasie-Kompetenz zu nutzen, um sich künftig zu befürchtende ähnliche Ereignisse auszumalen und diese zu erwarten. Möglicherweise beginnt er, sich und andere selektiv daraufhin zu beobachten, inwieweit sich seine Befürchtung erfüllt. In der Folge könnte es sich so entwickeln, dass sich ein Teufelskreislauf entwickelt, in dem die Angst noch größer wird. Die Kompetenzen Fantasie, Intelligenz und Beobachtungsgabe könnte man nun auch umgekehrt nutzen, um den Patienten zu trainieren, erfreuliche künftige Ergebnisse zu erwarten. Genau genommen muss dazu nicht einmal die bisherige Gewohnheit aufgegeben werden, man könnte im Sinne eines Gleichgewichts bzw. zur Entwicklung von Wahlmöglichkeiten die gewohnte Sichtweise (skeptischer Blick auf die Zukunft) und die neue Sicht (hoffnungsvoller Blick) ermöglichen. Damit ermöglicht Therapie nicht etwas Besseres, sondern die Vermehrung von Wahlmöglichkeiten.

Es kann zur Gewohnheit geworden sein, in bestimmten besonders schwierigen Situationen automatisch wiederkehrend ein bestimmtes (Verhaltens- und Erlebnis-) Muster zu zeigen. Damit verbunden ist die unwillkürliche Einengung der Wahrnehmung (Tunnelblick), so dass man wie hypnotisiert (bei offenen Augen) nur noch das Problem sieht, was man Problemtrance nennt. In der Problemtrance wird nur noch das Problem gesehen, Lösungsmöglichkeiten sind abgespalten, vergessen, und damit aus dem Blick geraten – man findet gewissermaßen den vor einem liegenden Schlüssel nicht. Dissoziiert, also im Unbewussten verborgen, ist das Lösungswissen: die Lösungstrance, die Fokussierung auf Kompetenzen, Ressourcen, Ziele und Lösungen. Systemische und hypnosystemische Therapeuten stellen in diesem Zusammenhang öfter die Wunderfrage: Angenommen ... es geschieht ein Wunder ... woran werden Sie merken, dass das Wunder geschehen ist... oder

bieten die Reise in die Lösungszukunft an, in der das Problem gelöst ist.

Hypnosystemische Beratung und Therapie interessiert sich deshalb schon vor der Behandlung für die Anliegen von Patient\*innen und dafür, was ein gewünschtes Ziel oder Ergebnis sein könnte („Mich würde interessieren, worin ein gutes Ergebnis unserer Zusammenarbeit bestehen könnte?“). Therapeut\*innen fangen entsprechend nicht selbstbeauftragt an, zu behandeln, sondern interessieren sich für den Auftrag (siehe oben), die Anliegen von Patient\*innen und dafür, wohin die Reise gehen soll. Welches Ziel soll erreicht werden und welche Fähigkeiten, Ressourcen oder Kompetenzen werden gebraucht, um das gewünschte Ziel zu erreichen? Die Zielvorstellung von Patient\*innen oder Klient\*innen braucht dabei nicht jene zu sein, die Therapeut\*innen oder Berater\*innen wünschenswert erscheint.



**Abbildung 7: Steve de Shazer  
(© Andreas Steiner)**

Steve de Shazer (1940 - 2005) entwickelte, basierend u. a. auf Arbeiten von Milton Erickson, zusammen mit seiner Frau Insoo Kim Berg (1934 - 2007) die Lösungsfokussierte Kurzzeittherapie. Im Mittelpunkt stehen dabei Lösungen statt Probleme: „Nicht das Problemverständnis

vertiefen, sondern erkunden, wie es ist, wenn es besser ist“.

Er unterscheidet dabei verschiedene „Typen“ oder Arten von Aufträgen (nach Gross & Popper 2020, S. 67): 1. Besucher\*innen (kommen ohne eigenes Anliegen, werden oft geschickt), 2. Klagende (beschweren sich über Umstände oder andere Personen und suchen Schuld, haben jedoch keinen Veränderungswunsch), 3. Kund\*innen (haben einen klaren Wunsch nach Veränderung mit einem konkreten Anliegen). Gunther Schmidt fügt jenen noch 4. Co-Berater\*innen hinzu (jene, die auf einer Art Metaebene bleiben, ohne eigene Beteiligung).

Meist erläutern Klient\*innen oder Patient\*innen auf die Frage nach Zielen gewünschte Veränderungen in der Außenwelt, etwa dass ein Familien- oder Teammitglied sich anders verhält (etwa ein Partner, Elternteil, Kinder, Vorgesetzte, Kollegen, ...) oder bestimmte Lebens- und Arbeitsbedingungen sich ändern (wie Gehaltserhöhung, bessere Noten und Prüfungsergebnisse, Beendigung von Sucht- oder anderen Gewohnheiten eines Partners, ...). Diese Sehnsüchte und Wünsche sind als berechtigt zu würdigen, jedoch sind sie häufig von nicht beeinflussbaren oder unbekanntem Faktoren außen-abhängig. Hypnosystemische Beratung lädt daher dazu ein, innere Haltungen („Ausstrahlung“) zu entwickeln, die einen Beitrag zum Erreichen dieser erwünschten Ziele leisten können: In welcher Haltung müsste man gegenüber dem Chef auftreten, um mehr Gehalt zu bekommen? Welche Haltung wäre geeignet, um die Kinder zum Ins-Bett-gehen zu motivieren? ... Und wo hatten Sie bereits eine solche Kompetenzhaltung? Wir laden dazu ein, statt außenabhängiger Verhaltenszielen, innenorientierte Erlebensziele zu entwickeln.

Dilemmata können dann entstehen, wenn äußere Vorgaben ein von den Klient\*innen selbst gar nicht gewünschtes Ziel verlangen, sei es vom Überweiser, der den Klienten oder die Klientin schickt, gesetzlichen Regelungen oder außenstehenden Instanzen. In solchen Fällen ist es geboten, diese Dilemmata offen anzusprechen.

Weiterhin kann man, wenn gewünscht, über die Folgen reflektieren, die zu erwarten sind, wenn man diesen äußeren Zwangsvorgaben nicht nachkommt. In diesem Rahmen kann dann eventuell eine neue Zielformulierung gefunden werden, die dann nicht ganz freiwillig, aber immer noch mit bestimmten Freiheitsgraden versehen ist.

Eine der wichtigsten Arbeitsgrundsätze ist das Utilisationsprinzip, womit gemeint ist, dass alles, was da ist, in dem Sinne betrachtet wird, wie kann es zur Lösung des Problems genutzt („utilisiert“) werden. Wie kann das, was da ist, genutzt werden. Die Übersetzung von *utilise* heißt nutzen, womit im Deutschen nicht nur positive Bedeutungen verbunden sind („ausnutzen“), weshalb Hammel (2011) vorschlägt, von liebevollem Umgang mit dem, was da ist, zu sprechen.

In der Behandlung geht es daher darum, neugierig im Hinblick auf Lösungen zu sein und die Selbstgestaltungsfähigkeiten bzw. Autonomie von Patient\*innen und Klient\*innen zu unterstützen. Angeregt wird eine Begegnung auf Augenhöhe, d. h. der Therapeut interessiert sich für das Glaubens- und Wertesystem der Klient\*innen bzw. Patient\*innen (sog. „Pacing“<sup>7</sup>, Herstellung von Rapport, Establishing of a yes-set). Therapeut\*innen sollten also Neugier dafür zeigen, wie sich die Dinge aus der Sicht der Patient\*innen oder Klient\*innen verhalten (nicht wie es an sich ist), in dessen unwillkürlich konstruierter Wirklichkeit bzw. in seiner Bedeutungsgebung.

---

<sup>7</sup> Pacing: wörtlich aus dem Englischen „den Schritt eines anderen übernehmen“, Schritt halten“, sich auf den Kommunikationspartner einstellen. Das verbale und nonverbale Verhalten eines Gegenübers spiegeln, um somit in gute Kommunikation zu kommen.

Es kommt also für die Therapie nicht darauf an, zu verstehen, wie die Realität wirklich ist, sondern aus welchem Blickwinkel jemand in die Welt schaut. Die grundlegende hypnosystemische Frage lautet: WOHIN geht die Aufmerksamkeit? *Energy flows where Attention goes*, – die Energie fließt dorthin, wo die Aufmerksamkeit hingehet. Bewusstsein ist fluide und entsteht erst dadurch, dass die Aufmerksamkeit – bewusst oder unbewusst – auf etwas gerichtet wird, etwa auf Freude oder Angst oder anderes. Der Fokus der Aufmerksamkeit verändert sich also: Er kann weit sein (Alltagsbewusstsein) und relativ viele Dinge diffus betrachten oder eher eng auf wenig oder auf eine einzige Sache ausgerichtet – das könnte eine Problemtrance oder eine Lösungstrance sein.

Wir richten unsere Aufmerksamkeit auf das aus, was uns innerlich bewegt, interessiert, von Bedeutung ist: also nach Wertvorstellungen. Die Frage ist also nicht, was oder warum geschieht etwas, sondern worauf richtet der Betrachter seine Aufmerksamkeit. Die Lenkung unserer Aufmerksamkeit liegt dabei nur in geringem Umfang bei unserem bewusst kontrollierten Willen, sondern zu wesentlich größeren Anteilen (vermutlich mehr als 80 %) bei unbewussten Bestrebungen. Der Fokus der Aufmerksamkeit kann also bewusst (willkürlich) oder unbewusst (unwillkürlich) gewählt sein.

Entsprechend kann man eine ICH-will-Welt (bewusst, willkürlich) und eine ES-geschieht-Welt (unbewusst, unwillkürlich) unterscheiden. So kann es sein, dass wir unsere Aufmerksamkeit auf etwas Bestimmtes richten möchten (willkürliche Ich-Welt, Einsicht, Vernunft), dabei allerdings z. B. in Tagträume abdriften (unwillkürliche ES-Welt, Bedeutungen, Erfahrungen, Gefühle, Sehnsüchte, Bedürfnisse, ...). Die innere Instanz der ES-geschieht-Welt ist wesentlich mächtiger als die der ICH-will-Welt. Die unwillkürliche ES-geschieht-Welt hat die Befriedigung unverhandelbarer psychischer Grundbedürfnisse (wie Zugehörigkeit, Autonomie, Sicherheit, Kontrolle, Entfaltung) sicherzustellen, wobei sie mit den ge-

rade zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zurechtkommen muss und daher zuweilen eine aus Sicht der Vernunft eher problematische Lösung annehmen muss, die zumindest besser erscheint als gar keine.

Es kommt demnach nicht darauf an, wie die Realität wirklich ist, sondern mit welchem Blickwinkel jemand die Welt betrachtet. Dies hängt entscheidend von unseren Bedürfnissen ab, z. B. Sehnsüchten nach Zugehörigkeit, Autonomie, Sicherheit, Freiheit, Selbstwirksamkeit oder Glück. Wer z. B. hungrig durch die Stadt geht, nimmt diese ganz anders wahr. Menschen verändern ihr Verhalten weniger aufgrund von vernünftigen Einsichten, sondern eher dann, wenn sie die Welt aufgrund von **Erfahrungen** anders erleben. Diese ermöglichen alternative Aufmerksamkeitsfokussierungen. Wer beispielsweise in seiner Biografie zu wenig an Sicherheit erfahren konnte und diese mehr in sich entwickeln kann, dem ermöglicht dieses veränderte Erleben Verhaltensalternativen, die vorher nicht in seinem Repertoire waren.

Zwei besonders vitale mit viel Energie ausgestattete psychische Bedürfnisse sind Bindung (Zugehörigkeit) und Autonomie (Freiheit). In der westlichen Leistungsgesellschaft wird Zugehörigkeit weithin mit Leistung verknüpft. Der damit verbundene ständige Wettbewerb führt zu dauernden Konflikten mit Frustrationserfahrungen, deren Hintergrund das Bedürfnis nach sicherer Zugehörigkeit bildet: Um der Angst vor Zurückweisung und dem Schmerz des Ausgeschlossenenseins zu entgehen, breitet sich das Streben nach Perfektionismus aus oder mindestens dem Anschein davon, der dann allerdings auch stetig aufrechterhalten werden muss.

Psychische Symptome sind Ausdruck von einengenden Denk- und Handlungskonzepten (z. B. „ich muss immer perfekt sein“), die nur wenig Spielräume zulassen. Symptome entstehen aus dem Bemühen, einer Schwierigkeit auszuweichen (etwa der Angst vor Zu-



rückweisung, wenn man etwas falsch macht). Allerdings handelt es sich um Lösungsversuche, die das ursprüngliche Problem aufrechterhalten, statt es zu lösen. Manche Symptome können daher als anachronistische eingeschliffene Erlebnis-, Denk- und Verhaltensweisen verstanden werden, die ihre ursprüngliche Funktion verloren haben und kein vitales Bedürfnis mehr erfüllen.

Was uns bei Patient\*innen als Widerstand erscheinen mag, lässt sich auch als Feedback dazu verstehen, dass ein therapeutisches Angebot in Inhalt, Form oder Intensität für den / die Patient\*in und dessen aktuelle Möglichkeiten nicht passt – vielleicht auch: noch nicht passt. Es darf auch sein, dass man mit seinen Angeboten nicht landen kann ... so ist das Leben!

### **HypnoSystemische Prinzipien – kurz und bündig:**

1. Berücksichtige die einmaligen individuellen Besonderheiten eines Menschen und stimme darauf dein Handeln ab: Betonung von **Individualität**. Jeder Mensch ist ein Individuum und kennt sich selbst und seine Besonderheiten am besten.
2. Akzeptiere und nutze die subjektive Realität von Patient\*innen. Begegne Patient\*innen wertschätzend in ihrem persönlichen **Wertesystem**. Bemühen um Verständnis bedeutet dabei nicht Zustimmung! Den Mantel an den Kunden anpassen und nicht umgekehrt! Unterstütze entsprechend Patient\*innen bei der Suche nach wünschenswerten (**stimmigen**) Alternativen. Suche eher nicht *die* richtige Lösung, sondern anerkenne die Autonomie des Individuums.
3. Zeige Interesse für **Aufträge, Ziel-** und **Lösungsvorstellungen** der Patient\*innen bzw. Klient\*innen.

4. Jeder hat selbst bewusst und unbewusst die Lösung in sich: In der Problemtrance herrscht Tunnelblick und Inkompetenzerleben, in der Lösungs trance kann man sich seiner Möglichkeiten bewusstwerden. Biete dazu metaphorische Beschreibungen an oder andere Formen der Dissoziation (Film-Metapher, Visualisieren, Punkt-Punkt-Komma-Strich, Arbeit mit Teilen, Nutzung von Stühlen oder Teppichen ...). Lade Patient\*innen dazu ein, eine sichere Beobachterposition gegenüber dem bisherigen Erleben einzunehmen.

5. Unterstütze Patient\*innen darin, sich an ihre **Möglichkeiten, Fähigkeiten und Ressourcen** zu erinnern, sie zu entwickeln und gezielt zu nutzen und verbinde diese mit der schwierigen Situation. Blick auf vorhandene oder erreichbare Lösungen und Gestaltungsmöglichkeiten des Individuums. Fokussieren auf das, was sein wird, wenn das Problem gelöst ist (**Ziel- und Zukunftsorientierung**).

6. Bringe die Person dazu, etwas zu tun, das neu bzw. anders ist als das Bisherige, damit neue Handlungsoptionen entstehen können (**Handlungsorientierung**)

7. Setze bei an dem an, was angeboten wird (**Symptomorientierung**) und würdige es als Ausdruck eines Bemühens als Lösungsversuch (unter Einschränkungen). Nutze es für Änderungen in kleinen Schritten.

8. **Widerstand** kann in der Weise verstanden werden, dass Patient\*innen sich nicht verstanden fühlen. In solchen Fällen ist es deshalb sinnvoll, sich dafür zu interessieren, wie gut sich Patient\*innen gerade verstanden fühlen, was Patient\*innen nicht möchten und was sie stattdessen benötigen („sondern ...?“) Widerstand ist somit ein wichtiges Feedback, um Patient\*innen und sich selbst besser kennen zu lernen.

9. Berücksichtige den relevanten **Kontext** von belastendem oder hilfreich erlebtem Verhalten von Patient\*innen und deren Bezugspersonen im Sinne einer Rekontextualisierung (unter welchen Bedingungen, in welchen Situationen, zu welchen Zeiten, ...).

10. Interessiere dich für **Ausnahmen** (wann tritt das Problem nicht auf?).

11. Wertschätze und nutze alles, was da ist und prüfe, wie es als Teil einer möglichen Lösung genutzt werden kann (**Utilisation**).

12. Vermittle statt weiterer vernünftiger Erkenntnisse und kognitiver Einsichten alternative Erfahrungen und Erlebnisse, v. a. zum Nachholen verlorener Erfahrungen (wie Zugehörigkeit, Liebe, Wertschätzung, Sicherheit, Schutz, Heimat, Geborgenheit, Selbstwert, Anerkennung, Daseinsberechtigung, genug getan zu haben, Unterstützung zu haben, Nein sagen dürfen ...). Biete alternative Imaginationen oder erlebnisorientierte szenenhafte Inszenierungen i. S. v. „Find new endings“.

Abbildung 8: Jeff Zeig Milton Magic (© Andreas Steiner)

