

# Bewusstheit und Unbewusstes

## Hypnotherapeutische Elemente in der gestalttherapeutischen Praxis <sup>1</sup>

von Ludger Haller

Praxis | 19

In der Gestalttherapie treten Trancephänomene auf, ohne dass diese formal eingeleitet werden. Deshalb stellt sich die Frage nach den Gemeinsamkeiten und den Unterschieden zur Hypnosetherapie. Gestalttherapie stärkt die Bewusstheit des Patienten, während Hypnosetherapie die Fähigkeit fördert, sich dem Unbewussten zu überlassen. Es werden drei Gemeinsamkeiten beschrieben, welche die Bedingungen eines erfolgreichen therapeutischen Veränderungsprozesses darstellen: die Annahme lösungsrelevanter unentdeckter Ressourcen beim Patienten, die Notwendigkeit der Aufmerksamkeitsfokussierung und die Notwendigkeit der Musterunterbrechung. Gestalttherapie und Hypnosetherapie unterscheiden sich jedoch in der methodisch praktischen Umsetzung dieser Bedingungen.

Die Förderung und Herstellung von Bewusstheit spielt in der Gestalttherapie eine herausragende Rolle. „Ich glaube, dass es vor allem darauf ankommt, folgendes zu verstehen: Bewusstheit per se - durch und aus sich selbst heraus - kann heilsam sein“ (Perls 1974, 25f). An einer anderen Stelle definiert Fritz Perls Therapie: die Bewusstmachung unerwünschter Gefühle und die Fähigkeit, sie zu ertragen seien die *conditio sine qua non* für eine erfolgreiche Behandlung (Perls 1995b, 216). Beide Aussagen von Perls machen deutlich, dass er dem Erlangen von Bewusstheit eine besondere Rolle zuschreibt. Wie steht es aber mit den Ressourcen unbewusster psychischer Aktivität?

### 1. Trance in der Gestalttherapie

Während meiner Ausbildung in Gestalttherapie habe ich meine ersten Erfahrungen mit Trance gemacht, ohne mir jedoch dessen bewusst zu sein. Ich erinnere mich an eine Gestaltsitzung am Ende unseres ersten Ausbildungsjahres: Wir sollten in die Mitte der Gruppe treten, um von unseren Lehrtherapeuten ein Feedback über unsere Entwicklung innerhalb des ersten Ausbildungsjahres zu empfangen.

Als ich mich von meinem Platz erhoben hatte und in die Mitte trat, habe ich an mir selbst eine merkwürdige Veränderung wahrgenommen. Mir war, als ob die Aufmerksamkeit der Gruppe meine eigene Selbstaufmerksamkeit potenziert hätte. Diese potenzierte Selbstaufmerksamkeit war gleichzeitig verbunden mit einer Fokussierung: Ich konnte die Gesichter meiner Lehrtherapeuten plötzlich schärfer sehen, und auch ihre Stimmen deutlicher hören. Meine sensorische Wahrnehmung war intensiver. Mit Verwunderung und auch mit einem kleinen Schrecken bemerkte ich weiterhin, dass es mir zunehmend schwerer fiel, mit meiner Aufmerksamkeit zwischen Gedanken, Gefühlen, den mich umgebenden Gruppenmitgliedern und dem Feedback der Lehrtherapeuten mühelos hin- und herzugleiten.

Stattdessen war es so, als ob meine Aufmerksamkeit auf etwas fixiert worden war und sich nicht mehr davon lösen

<sup>1</sup> Gekürzte Fassung der Abschlussarbeit der Fortbildung in Gestalttherapie am GIF.

ließ, während die Zeit langsamer abließ. So zum Beispiel bemerkte ich, wie meine Lippe und meine Mundwinkel leicht gezuckt hatten, als ich die Lehrtherapeuten anblickte und sie mich anblickten. Sofort war meine Aufmerksamkeit auf dieses Zucken fixiert, wodurch das Zucken für mich deutlicher spürbar wurde. Ich spürte, dass ich diese Körperreaktion nur schwer kontrollieren konnte, genauso wie die Tatsache, dass dieses Zucken mich vollkommen absorbierte. Das machte mir damals Angst, und so habe ich mit aller Macht gegen das Zucken angekämpft und war sehr froh, als ich mich wieder setzen konnte.

Als ausgebildeter klinischer Hypnosetherapeut weiß ich heute, dass es sich damals um einen Zustand von hypnotischer Trance gehandelt hat. Dabei kommt es häufig zu autonomen Körperreaktionen, dem Eindruck von Zeitdehnung, Veränderung der sensorischen Wahrnehmung. Offensichtlich hatte das Setting, ein öffentliches Feedback über meinen persönlichen Entwicklungsstand zu erhalten, bei mir eine tranceinduzierende Wirkung gehabt.

Allein die Erwartung, ein persönliches Feedback zu erhalten, hatte bei mir dazu geführt, dass ich meine Aufmerksamkeit unbewusst auf mich selbst richtete. Zwar lenkte ich mein Bewusstsein damit ab, interessiert zuzuhören, was die anderen zu hören bekamen, jedoch entstand währenddessen bei mir unbewusst eine Reaktionsbereitschaft, plötzlich, (als die Reihe an mir war) in einen Zustand vollkommener Selbstaufmerksamkeit zu fallen. Die Tatsache, durch das Aufstehen auch im visuellen Blickfeld der Teilnehmer zu stehen, hat den Grad meiner Selbstaufmerksamkeit zusätzlich gesteigert.

Diesen Zustand gesteigerter und fixierter Selbstaufmerksamkeit, habe ich später oft auch bei der gestalttherapeutischen Inszenierung innerer Dialoge, der so genannten „Stuhlarbeit“ beobachtet. Diese Methode zählt zu den bekanntesten Interventionsformen der Gestalttherapie (Staemmler 1995, 10). Mit Hilfe dieser Technik werden innere Erlebnisqualitäten des Patienten<sup>2</sup> äußerlich inszeniert. Zunächst werden solche Erlebnisqualitäten konkretisiert, indem die Gefühle, aus denen sie aufgebaut sind, identifiziert werden. Zum Beispiel könnte ein solches inneres Erleben aus Wut und Angst gegenüber einer bestimmten Person bestehen. Nachdem beide Gefühle identifiziert worden sind, werden sie räumlich getrennt lokalisiert, indem sie verschiedenen Stühlen zugeordnet werden. Im sogenannten Selbstgespräch kann sich der Patient mit den einzelnen Gefühlen identifizieren, indem er sich auf den entsprechenden Stuhl setzt und ganz aus

<sup>2</sup> Ich verwende den Begriff *Patient*, weil er im klinischen Kontext üblich ist. Im Zusammenhang von Gestalt- und Hypnosetherapie sind humanistische Prinzipien wie *Eigenverantwortlichkeit* und *Selbsteilungskräfte* von besonderer Bedeutung. Mit der Verwendung des Begriffs *Patient* will ich die Kompatibilität von humanistischen Prinzipien und klinischen Kontexten betonen.

dem Gefühl der Wut bzw. der Angst heraus spricht (vgl. Staemmler 1995,33f).<sup>3</sup> Im Phantasiegespräch führt der Patient ein Gespräch mit einer imaginierten Person und sich selbst, wobei er das Verhalten der imaginierten Person phantasiert. Auch hier wechselt er zwischen den Rollen, indem er die Stühle wechselt (vgl. Staemmler 1995, 44).

Bald lernte ich zwischen einer „geglückten“ und „nicht geglückten“ Inszenierung innerer Dialoge zu unterscheiden. Im ersten Fall gerieten die Teilnehmer rasch in einen Zustand gebündelter Aufmerksamkeit, welche auf ihr Thema fixiert war. Sie waren dann sehr konzentriert. Wenn sie den Kopf hoben und in die Gruppe schauten, ging ihr Blick ins Leere. Der Betreffende verhielt sich, als ob auf dem anderen Stuhl tatsächlich jemand anderes sitzen würde, mit dem er eine intensive Auseinandersetzung führt. Es kam zu spontanen Gefühlsregungen. Manchmal waren die Teilnehmer von der Intensität und der Authentizität ihrer Gefühle so betroffen, dass sie noch eine ganze Weile nach dem Ende ihrer Inszenierung damit beschäftigt waren zu überlegen, was die beobachtenden Teilnehmer nun über sie dächten.

Natürlich war das nicht immer der Fall. Wenn eine Inszenierung nicht glücken sollte, kündigte sich das schon im Vorfeld an. Der Betreffende startete ratlos oder verlegen auf den leeren Stuhl, auf dem eine imaginierte Person (Phantasiegesprächstechnik) oder ein innerer Anteil von ihm selbst (Selbstgesprächstechnik) sitzen sollte und schaute dann fragend zu den Lehrtherapeuten. Weitere Instruktionen führten dann zu weiteren Nachfragen; d.h. die Aufmerksamkeit war nicht auf die innere Realität fokussiert, sondern auf das äußere Setting. Auf mich wirkten die Betreffenden dann wie unschlüssige Regisseure, die für ein Publikum etwas inszenieren sollen und sich dabei unbehaglich und verlegen fühlen. Der auffälligste Unterschied war, dass die Betreffenden bei einer geglückten Inszenierung das äußere Setting ausblendeten, und ihre gebündelte und fixierte Aufmerksamkeit ihnen einen Zustand des „als ob“ ermöglichte. Unterstützende Hinweise der Lehrtherapeuten wurden dann sofort befolgt oder mit einem verständnislosen Blick quittiert, so als bräuchten sie Zeit, um sich zu vergegenwärtigen, dass es neben ihrer inneren Realität, die äußere Realität der Ausbildungs-

gruppe gab. Offensichtlich fielen die Betreffenden in eine Trance, ohne dass diese von den Therapeuten formal induziert wurde.

Als Hypnosetherapeut ist es für mich selbstverständlich, dass die therapeutische Arbeit in Trance stattfindet, die gezielt induziert wird. Wenn nun in der Gestalttherapie ebenfalls Trance bei der Inszenierung innerer Dialoge auftritt, ja sogar notwendig ist, dann stellt sich für mich die Frage der Gemeinsamkeiten und der Unterschiede zwischen beiden Therapieformen. Es gibt viele Möglichkeiten, die Gestalttherapie von Fritz S. Perls (1893-1970) mit der Hypnosetherapie nach Milton H. Erickson (1901-1980) zu vergleichen, um die Gemeinsamkeiten und ihre Unterschiede festzustellen. Ich möchte diesen Vergleich anhand von zwei Begriffen aufbauen, der in beiden Therapieformen eine große Rolle spielt.

In der Gestalttherapie ist es die *Bewusstheit* und in der Hypnosetherapie ist es das *Unbewusste*. Ein Vergleich, der sich unmittelbar an diesen Begriffen orientiert, ist jedoch nicht möglich, denn sie bezeichnen verschiedene Dinge auf verschiedenen Ebenen: *Bewusstheit* bezeichnet einen besonderen Zustand. Das *Unbewusste* bezeichnet eine bestimmte Menge an Verhaltensweisen oder Reaktionsbereitschaften eines Menschen. Es bezeichnet gewissermaßen einen „Inhalt“. Welchen Sinn würde es machen, einen Zustand („Bewusstheit“) mit einem Inhalt („Unbewusstes“) zu vergleichen? Deshalb möchte ich den Vergleich präzisieren: Mir geht es darum, den Zustand „Bewusstheit“ mit einem anderen Zustand, nämlich „sich dem Unbewussten zu überlassen“, zu vergleichen. Dem Erreichen dieser beiden Zustände gilt das therapeutische Bemühen in der Gestalt- bzw. in der Hypnosetherapie: Der Gestalttherapeut hilft dem Patienten, Bewusstheit für sich und seine Umwelt zu entwickeln, der Hypnosetherapeut bringt ihm bei, sich seinem Unbewussten zu überlassen. Vor diesem Hintergrund frage ich, welche Gemeinsamkeiten und welche Unterschiede gibt es zwischen der Gestalttherapie nach Perls und der Hypnosetherapie nach Erickson?

## **2. Der Stellenwert von Bewusstheit in der Gestalttherapie**

Fritz Perls nahm an, dass es Menschen gewöhnlich schwer fällt, sich ganz ihres eigenen Zustandes und ihrer Umwelt bewusst zu sein. Sie flüchten aus dem Zustand der Bewusstheit, um

unangenehme Gedanken, Gefühle oder Impulse zu vermeiden. Dadurch hindern sie sich an ihrem Wachstum. Anstatt uns bewusst zu sein was ist, machen wir uns etwas vor, betrügen uns, manipulieren andere und uns, nur um unangenehmen Gefühlen, Gedanken oder Impulsen auszuweichen, die sich zwangsläufig einstellen, wenn wir alles bewusst wahrnehmen. Je geringer unsere Fähigkeiten sind, damit umzugehen, bzw. je stärker wir damit belastet sind, desto größer unsere Neigung, vor Bewusstheit schlechthin zu fliehen. (vgl. Perls 1995a, 148). Bewusstheit zu erlangen, bedeutet also sich selbst anzunehmen und die Voraussetzung dafür zu schaffen, im Rahmen unserer Möglichkeiten etwas zu verändern. Vor diesem Hintergrund war es für Perls wichtig, in der Therapie eine Haltung bei seinen Patienten zu fördern, bei der sich Bewusstheit einstellt.

Obwohl Perls im praktischen Vorgehen zur Herstellung von Bewusstheit bei seinen Patienten sehr kreativ war, hat er nie eine Definition davon gegeben, sondern lediglich Umschreibungen: „Gewahrsein ist freies Erspüren dessen, was in dir auftaucht - was du fühlst, tust oder vorhast“ (Perls et al. 1996, 85). Dieser Umstand hat Staemmler und Bock (1998) dazu veranlasst, eine Definition zu formulieren, welche die verstreuten Bemerkungen und Auslassungen Perls, integriert. Sie definieren Bewusstheit, als „das ganzheitliche, subjektive Wahrnehmen-Erleben eines Menschen von Figuren in seinem gegenwärtigen Organismus-Umwelt-Feld“ (Staemmler & Bock 1998, 45).

Die Begriffe Wahrnehmen-Erleben verweisen darauf, dass Bewusstheit ein Prozess ist, bei dem zunächst die menschlichen Sinne (Sehen, Hören, Riechen, Tasten, Schmecken und Fühlen (Propriozeption) beteiligt sind. Allerdings ist Bewusstheit nicht das Ergebnis unserer sensorischen Wahrnehmung. Bewusstheit entsteht aus dem Zusammenspiel von sensorischer Wahrnehmung und der individuellen Resonanz darauf. Bewusstheit ist also das Produkt aus Sinnesindruck und dem affektiv-kognitiven Echo auf diesen Sinneseindruck. Wenn Bewusstheit auf Prozessen des Wahrnehmens und des Erlebens basiert, kann Bewusstheit nur in der Gegenwart stattfinden. Das Adjektiv „gegenwärtig“ unterstreicht diese Implikation. Schließlich ist Bewusstheit immer auf einen Inhalt gerichtet. Es ist die Bewusstheit „von“ etwas. Als letztes taucht in der Definition noch der Begriff Figur auf, der den

<sup>3</sup> Ich fasse auch die Technik des Selbstgesprächs unter dem Begriff des Inneren Dialoges, da hier zwei Anteile des Patienten miteinander kommunizieren.

Wahrnehmungsexperimenten der Gestaltpsychologie entlehnt ist. Er bezeichnet die Tatsache, dass Menschen bei ihrer Wahrnehmung intuitiv nach etwas Bedeutungsvollem Ausschau halten. Sie neigen dazu, Figuren anstelle von Einzelpunkten zu sehen. Das bedeutet, dass Bewusstheit in einem aktiven Vorgang des Auswählens, Verknüpfens und Integrierens entsteht. Perls (et al. 1996, 122) betont das Aktive an dem Vorgang. Er spricht von „unser Gewahrsein lenken und unsere Aufmerksamkeit bündeln“.

Genauso wie Perls davon überzeugt war, dass Bewusstheit per se heilsam sei, ist er davon ausgegangen, dass der Mangel an Bewusstheit zu seelischem Leiden führt: „Eine Neurose ist ein Zustand der fehlenden Balance im Individuum, die entsteht, wenn es und seine Bezugsgruppe zu gleicher Zeit verschiedene Bedürfnisse entdecken und das Individuum nicht sagen kann, welches Bedürfnis vorherrscht. ... Viele Schwierigkeiten des Neurotikers hängen mit seinem Mangel an Bewusstheit zusammen, mit seinen blinden Flecken, mit den Dingen und Beziehungen, die er einfach nicht spürt“ (Perls 1995a, 70-73). Mit anderen Worten, der Zustand der seelischen Erkrankung besteht darin, dass der Patient, aus welchen Gründen auch immer, die Bewusstheit für sich selbst verliert. Anstatt sich selbst bewusst wahrzunehmen, „betrügt“ er sich und seine Umwelt. Perls drückt dies sehr drastisch aus: „Er kann reden, er kann uns mit Worten ertränken, er kann in die Schmollecke gehen und streiken; er kann Versprechungen machen und Entschlüsse fassen; er kann Versprechungen brechen und Entschlüsse fahren lassen; er kann unterwürfig sein und er kann sabotieren. Er kann die zartesten Nuancen hören und er kann den Tauben spielen; er kann sich erinnern oder er kann vergessen, ganz wie die Situation es verlangt. Er kann uns Sand in die Augen streuen und er kann uns auf den Holzweg führen. Er kann lügen und er kann zwanghaft ehrlich sein. Er kann uns mit seinem Elend zu Tränen rühren oder er kann sein Schicksal mit ehernem Gesicht ertragen. Er kann uns mit seiner monotonen Stimme hypnotisieren oder kann uns mit ihrem schrillen Missklang irritieren. Er kann unserer Eitelkeit schmeicheln und unseren Stolz verletzen. Er kann uns, wenn er nur selbst draußen bleiben kann, seine „Probleme“ bringen, säuberlich verpackt und mit den Blumen seines psychologischen Jargons verziert, und er erwartet dann von uns, dass wir das Paket für ihn auspacken ...“ (Perls 1995a, 65-66).

Nur eines kann er nicht; sich seiner selbst bewusst sein. Er hält es nicht aus, ehrlich zu sich selbst zu sein und dabei alle seine Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen. Um diesen „ehrlichen Blick“ auf sich selbst zu vermeiden, treibt er ein Spiel mit sich und mit seiner Umwelt. Die Aufgabe des Therapeuten besteht nun darin, in der Therapie dieses Spiel zu unterbrechen und den Patienten zu unterstützen, einen ehrlichen Blick auf sich selbst zu wagen. Perls geht davon aus, dass dies ausreicht, um einen Veränderungsprozess zu initiieren. Die Hauptaufgabe des Therapeuten beschreibt er folgendermaßen: „Zuerst also verschafft der Therapeut einem Menschen, der zu ihm kommt, die Gelegenheit zu erkennen, was er braucht.“ (Perls 1974, 45). Wie soll das gehen? Soll der Therapeut den Patienten daran hindern, seine Automatismen, Gewohnheiten, habitualisierten Reaktionen, mit denen er sich selbst manipuliert und seine Umwelt täuscht, zu praktizieren? Das würde den Therapeuten zum Gegenspieler des Patienten machen und wäre auch mit dem Gebot der Selbstverantwortlichkeit nicht vereinbar. Vielmehr besteht die Aufgabe des Gestalttherapeuten darin, dem Patienten zu einer Bewusstheit für seine „Spielchen“ und die dahinter liegenden Bedürfnisse zu verhelfen (vgl. Perls 1995a, 111).

Der Therapeut hindert seinen Patienten also nicht daran, sein neurotisches Verhalten in der Therapie auszuführen, sondern er hindert ihn daran, dieses ohne Bewusstheit auszuführen (Perls 1995a, 100). Perls nimmt an, dass der Patient dabei lerne, was er gerade erfährt und wie er es gerade erfährt. Er lerne, wie seine Gefühle und sein Verhalten in Beziehung stehen. Er lerne, seine Energien zu steuern und sich zu konzentrieren, indem er seine Aufmerksamkeit auf den Ausschnitt seines Bewusstseins fokussiert, der im Hier-und-Jetzt liegt (Perls 1995a, 86). „Er wird sich von *Jetzt brauch ich dies zu Jetzt brauche ich das* fortbewegen können, wenn er nur jedes Jetzt und jedes Bedürfnis wirklich erlebt“ (Perls 1995a, 86).

Mit Hilfe des Therapeuten übt der Neurotiker in der Therapiestunde, wieder in der Gegenwart zu leben. Je mehr ihm das gelingt, desto mehr werden ihm seine Fähigkeiten, seine Art zu denken und zu fühlen bewusst. Diese Bewusstheit befähigt ihn, seine Probleme zu lösen, denn er kann sie nur mit dem lösen, was er selbst besitzt. Er kann sie nicht mit Fähigkeiten lösen, die nur der

Therapeut besitzt. Also ist es wichtig, dass der Patient sich selbst entdeckt. Der Therapeut gibt dabei nur den „Vergrößerungsspiegel“ (Perls 1995a: 94) ab. Je mehr Bewusstheit der Patient für sich selbst entwickelt, desto besser kann er sich im Kontakt mit anderen Menschen orientieren. Er nimmt wahr, wie sich Bedürfnisse und Gefühle verändern. Er kann lebendig darauf reagieren, weil er gelernt hat, auszudrücken was ist, anstatt rigide neurotische Kommunikationsmuster abzuspielen (vgl. Perls 1995a: 115).

### 3. Gestalttherapie: Förderung von Bewusstheit



Perls geht davon aus, dass psychisches Leiden dadurch entsteht, dass der Patient seine Bedürfnisse nicht „sehen“ kann (Perls 1995a, 45) und er seine Fähigkeiten nicht kennt, mit denen er seine nicht wahrgenommenen Bedürfnisse befriedigen könnte (Perls 1995a, 84). Für Perls ist der Patient ein Mensch, der an zwei Stellen blind ist: er weiß nicht, was er wirklich will, und er weiß auch nicht, wie er es tun könnte. Gestalttherapie besteht nun darin, die Aufmerksamkeit des Patienten so zu lenken, dass er entdeckt, was ihm fehlt und was er wirklich will. Das Erlangen von Bewusstheit für die unerfüllten Bedürfnisse ist schmerzhaft und wird gewöhnlich vermieden. Mit zunehmender Bewusstheit für sich selbst entdeckt der Patient aber zwangsläufig, welche Fähigkeiten er besitzt, um mit seinen unerfüllten Bedürfnissen individuell umzugehen. Das erleben Patienten als Befreiung, weil sich hiermit die Aussicht auf realistische Veränderung eröffnet.

„Der Therapeut gibt dabei für ihn den Vergrößerungsspiegel ab“ (Perls 1995a, 94). Bewusstheit in der Therapie zu erlangen, bedeutet also für den Patienten allmählich zu erkennen, was ihm wirklich fehlt und was er wirklich kann, um mit diesem Mangel verantwortungsvoll umzugehen. Wie geschieht das? Wie gelingt es dem Thera-

<sup>4</sup> Hervorhebung durch den Verfasser.

22 | Praxis

peuten, einen Prozess anzuregen, in dessen Verlauf der Patient zunehmende Bewusstheit erlangt? Perls vergleicht diesen Prozess mit dem Schälen einer Zwiebel, bei dem Bewusstheit Schicht für Schicht freigelegt wird. Das Werkzeug, das er dabei verwendet, nennt er die „Bewusstheitstechnik“ (vgl. Perls 1995a, 93). Dabei handelt es sich um einen Dialog, in dem konsequent fünf verschiedene „Bewusstheitsfragen“ gestellt werden und die verbalen und körpersprachlichen „Antworten“, den Ausgangspunkt für weitere „Bewusstheitsfragen“ bilden (Perls 1995a, 94). Die Fragen lauten:

*Was fühlst Du?*

*Was tust Du?*

*Was möchtest Du?*

*Was vermeidest Du?*

*Was erwartest Du?*

Diese Fragen „zwingen“ den Patienten, sich mit seinem „Hier-und-Jetzt“ zu beschäftigen. Sein Tun, Denken und Fühlen im Kontakt mit dem Therapeuten wird an das Hier-und-Jetzt zurückgebunden. Was auch immer er tut, denkt oder fühlt, er lernt, es bewusst zu tun, bewusst zu denken und bewusst zu fühlen. Das fällt vielen Patienten sehr schwer. Manche wollen diese Fragen nicht für sich beantworten. Andere sind zwar bereit, sich auf diese Fragen einzulassen, es gelingt ihnen aber oft nicht, sie zu beantworten. Deshalb ist es entscheidend, dass der Therapeut nicht nur die verbalen Antworten beachtet, sondern auch den körpersprachlichen Ausdruck seiner Patienten als „unbewusste Antwort“ auf seine Fragen ansieht und diese bewusst macht. Dabei kommt es nicht darauf an, dass er die Körpersprache immer richtig deutet, sondern vielmehr darauf, dass er Veränderungen in der Körpersprache in Zusammenhang mit seinen Fragen stellt und dem Patienten mitteilt.

Die Reaktion des Patienten auf das, was ihm der Therapeut bewusst macht, gibt dem Therapeuten dann die Möglichkeit, weitere Bewusstheitsfragen zu stellen. Dabei entsteht ein „spiralförmiger Dialog“, bei dem Schicht für Schicht „abgetragen“ wird, mit welcher der Patient seine Bewusstheit für sich selbst zugedeckt hat. Dabei schweift der Therapeut zwischen Propriozeptionen, Kognitionen und Emotionen hin und her. Den geschmeidigen Wechsel zwischen sprachlichem und nichtsprachlichem Ausdruck bezeichnet Perls als „Schweiftechnik“ (Perls 1995a: 105f). Dadurch werden allmählich die Bruchstücke einer nicht verarbeiteten Situation zu Tage

gefördert. Eine besondere Bedeutung misst Perls den dabei spontan auftretenden Propriozeptionen bei. Anders als Gefühle und Gedanken können sie nicht willkürlich erzeugt werden. Die Frage nach ihren Propriozeptionen zwingt die Patienten, ihre Aufmerksamkeit ganz auf die Gegenwart lenken. Werden sie sich ihrer Körperwahrnehmung bewusst, die mit einer bestimmten Situation verknüpft ist, dann werden ihnen auch die Gefühle und Gedanken, die ebenfalls mit dieser Situation verknüpft waren, bewusst.

Perls nimmt an, dass alles, was der Patient nicht explizit ausdrückt, in seinen impliziten Ausdruck fließt. Wenn ein Patient auf die Frage, wie er sich bei dem Gedanken an eine bestimmte Situation fühlt, nichts antworten kann, weil er keine Bewusstheit dafür hat, dann ist es für Perls naheliegend, ihn auf Propriozeptionen aufmerksam zu machen, die er momentan empfindet, um ihm darüber Bewusstheit für seine Gedanken und Gefühle zu erschließen (vgl. Perls: 1995a: 108). Die folgende Sequenz illustriert die Anwendung der *Bewusstheitsfragen* und der *Schweiftechnik*. Beide Interventionen zielen darauf ab, Bewusstheit des Patienten in der nicht verarbeiteten Situation herzustellen.

*Patient: Ich sitze in der Cafeteria. Mein Chef isst ein paar Tische weiter.*

*Therapeut: Was fühlen Sie?*

*Patient: Nichts. Er redet zu jemandem. Jetzt steht er auf.*

*Therapeut: Was fühlen Sie jetzt?*

*Patient: Mein Herz klopft. Er kommt auf mich zu. Jetzt werde ich aufgeregt. Er geht vorbei.*

*Therapeut: Sind Sie sich bewusst, dass Sie eine Faust machen?*

*Patient: Nein. Jetzt, wo Sie es sagen, fühle ich es aber. Ich war tatsächlich ärgerlich, dass der Chef direkt an mir vorbeiging, aber zu jemandem anders sprach, den ich überhaupt nicht leiden kann. Ich war ärgerlich auf mich, weil ich so verletztlich war.*

Wenn es dem Patienten auf diese Weise wieder gelungen ist, in seiner Vorstellung die Bruchstücke einer erlebten Situation zu benennen bzw. zu spüren, geht Perls noch einen Schritt weiter: Er fordert den Patienten zum Nachspielen der besprochenen Situation auf. (vgl. Perls 1995a: 205). Er achtet darauf, dass der Patient vollständig in die Rolle eines inneren Anteils oder einer involvierten Person schlüpft, von dem er bisher nur geredet hat. Wenn man seine Therapietranskripte durcharbeitet, dann fällt auf, dass Perls

einfach und direktiv mit seinen Patienten kommuniziert hat. Häufig fordert er sie auf: „Spiel jetzt x!“ oder: „Wenn du y wärst, welche Existenz hättest du?“ Dabei achtet er penibel darauf, dass die Patienten in der Gegenwart und in der Ich-Form sprechen. Wenn sie davon abweichen, unterbricht er sie und bittet sie, die Gegenwarts- und die Ich-Form zu verwenden. Ähnlich verfährt er, wenn ein Patient über jemand spricht. Er bekommt dann sofort die Aufforderung, in die direkte Rede zu wechseln und so zu tun, als sei diese Person anwesend (vgl. Perls 1995a, 226). Äußern Patienten Handlungsimpulse, dann lädt er sie dazu ein, diese innerhalb des Settings umzusetzen. Schließlich lässt er Patienten sehr häufig Aussagen wiederholen, indem er sie auffordert, diese an anwesende oder auch nicht anwesende Dritte zu richten oder Lautstärke und Tonfall dabei zu variieren.

Mit seinen Instruktionen fördert Perls den unmittelbaren Selbstaussdruck seiner Patienten. Ihm kommt es nicht so sehr darauf an, was sie sagen, sondern wie sie es sagen. Die „Inszenierung“ soll lebendig sein, und seine Patienten sollen dabei lebendig sein. Sobald er bemerkt, dass die Lebendigkeit des Selbstaussdrucks bzw. der Inszenierung nachlässt, lenkt er die Aufmerksamkeit seiner Patienten auf etwas Neues. Dieses Neue entstammt häufig dem körpersprachlichen Ausdruck und bildet dann den Ausgangspunkt für die weitere Inszenierung. Aus der Perspektive der Hypnotherapie erscheinen mir hier zwei Aspekte bedeutsam:

*Erstens* schafft die Methode der Inszenierung, anstelle des „Darüber-Redens“, allmählich eine „als-ob“ Realität. Perls hilft den Patienten, sich für einige Augenblicke so zu verhalten, als ob ihre innere Realität von der äußeren Realität gespiegelt werde. Dadurch verliert die äußere Realität vorübergehend ihre ursprüngliche Bedeutung. Sie wird zur „Requisite“, die für den Ausdruck der inneren Realität benutzt werden kann. Ihre ursprüngliche Bedeutung wird ausgeblendet und rückt in den Hintergrund (Ausblenden der äußeren Realität).

*Zweitens* sorgen seine Interventionen dafür, dass sein augenblickliches Erleben für den Patienten immer lebendig, abwechslungsreich und überraschend bleibt. Für ihn gibt es ständig etwas Neues an sich selbst zu entdecken. Das fesselt seine Aufmerksamkeit auf das aktuelle therapeutische Geschehen (Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die innere Realität). Eines der wirksamsten Mittel zur Induktion einer

Trance ist die Fixierung der Aufmerksamkeit des Patienten auf seinen eigenen Körper oder sein inneres Erleben. „Wenn der Therapeut die Hier- und-Jetzt Erfahrung des Patienten richtig identifiziert, ist der Patient gewöhnlich sofort dankbar und offen für alles Übrige, was der Therapeut zu sagen haben mag. Die Kenntnisnahme der augenblicklichen Realität des Patienten schafft somit eine Ja-Einstellung (Yes-Set) für alle Suggestionen, die der Therapeut zu benutzen wünscht. Dies ist die Basis des Prinzips der Utilisation für die Trance-Induktion: der Therapeut gewinnt die Aufmerksamkeit des Patienten, indem er auf sein momentanes Verhalten und Erleben eingeht“ (Erickson & Rossi 2001, 18).

#### 4. Der Stellenwert des Unbewussten in der Hypnotherapie



Während Perls in seinem Ansatz darauf abzielt, die Bewusstheit seiner Patienten zu fördern und zu erweitern, versucht Erickson, mit Hilfe von hypnotischer Trance das Unbewusste seiner Patienten zu erreichen und zu aktivieren.<sup>5</sup> Dieses Vorgehen lässt sich von seiner positiven Konzeption des Unbewussten und seinem ätiologischen Verständnis psychischer Störungen ableiten.

Erickson sieht im Unbewussten ein Reservoir ungenutzter und verborgener Fähigkeiten und Erfahrungen. „Das Unbewusste nun ist ein großer Speicher Ihrer Erinnerungen und Erfahrungen. Ein Speicher muss es sein, denn Sie können nicht alles, was Sie wissen, im Bewusstsein gegenwärtig halten. Ihr Unbewusstes dient als Speicher. Wenn Sie an all die Erfahrungen denken, die Sie im Lauf Ihres Lebens aufgenommen

haben, dann machen Sie sich die weitaus meisten davon in allen praktischen Belangen automatisch zunutze“ (vgl. Zeig 2002: 205). Dieses Reservoir an Fähigkeiten und Erfahrungen gilt es, in der Therapie zu entdecken und anzuzapfen. Die Hypnotherapie spricht in diesem Zusammenhang von *utilisieren* (Trenkle 2001: 83).

Erickson geht davon aus, dass das Erleben von Trance die entscheidende Voraussetzung dafür ist, die vorhandenen, aber nicht genutzten Fähigkeiten und Erfahrungen des Patienten für die Lösung seiner psychischen Probleme zu *utilisieren*. Dahinter steckt die Annahme von Trance als einem vom Wachzustand abgegrenzten Bewusstseinszustand. „Was den Trancezustand selbst betrifft, so sollte er als ein besonderer, einzigartiger, doch völlig normaler psychologischer Zustand angesehen werden. Er ähnelt dem Schlaf nur oberflächlich und wird von verschiedenen physiologischen Begleiterscheinungen charakterisiert sowie dadurch, dass die Persönlichkeit auf einer Bewusstseins-ebene funktioniert, die sich vom gewöhnlichen Bewusstseinszustand unterscheidet“ (Erickson 1998: 64; Erickson, Rossi & Rossi 1998: 336). In der Trance kann der Mensch seinen Gedanken und Gefühlen freien Lauf lassen, weil er keinen Anforderungen aus seiner Umwelt genügen muss. Er muss nichts erfüllen. Sein Denken und Fühlen ist zerstreut. Er denkt intuitiv, konkret und sinnlich. Alle inneren Vorgänge und Veränderungen entstehen spontan und mühelos.

Nach Erickson ist Hypnose ein Verfahren, um einen Patienten in Trance zu versetzen. In diesem besonderen Bewusstseinszustand ist er in Kontakt mit seinem Unbewussten. Dazu gehören Persönlichkeitsanteile, die Träger von Ressourcen sind und seine symptomfreien Persönlichkeitsanteile. Beide Anteile liegen außerhalb des Erfahrungsbereiches seines Wachzustandes und sind ihm deshalb nicht bewusst. Wenn der Patient lernt, sich seinem Unbewussten zu überlassen, können überlernte neurotische Muster aufgelöst werden und neue gesunde Muster gebildet werden. In diesem Zustand hat er mehr Fähigkeiten und Erfahrungen zur Verfügung, weil die Beschränkungen des Wachdenkens außer Kraft gesetzt sind. „In der Psychotherapie bringt man dem Patienten bei, wie er vieles von dem gebrauchen kann, was er einmal gelernt hat, vor langer Zeit gelernt hat, ohne zu wissen, dass er's gelernt hat“ (Zeig 2002, 65). Dieses Vorgehen lässt sich in fünf praktischen Prinzipien zusammenfassen, die in der hypnotherapeutischen

Praxis von Bedeutung sind. Ich werde diese hier nur auflisten und unkommentiert stehen lassen: Positives Reframing des Unbewussten

1. Positives Reframing des Unbewussten
2. Aufklärung über die Aktivität des Unbewussten
3. Aufbau von Reaktionspotential: „Nicht-Tun“ und „Nicht-Wissen“
4. Verwirrung als Unterbrechung des Wachdenkens
5. Evozierung unbewusster Prozesse durch Bindungen und Doppelbindungen

#### 5. Gemeinsamkeiten und Unterschiede: Ein Ziel - zwei Wege

Ausgangspunkt dieser Arbeit ist die Beobachtung, dass in der Gestalttherapie Patienten häufig in Trance fallen, ohne dass eine solche explizit eingeleitet wurde. Dies ist insofern überraschend, weil kaum ein anderes psychotherapeutisches Verfahren so großen Wert auf die Herstellung von Bewusstheit legt und Trance ein Zustand von eingeschränkter Bewusstheit ist. Wenn Trancezustände in der Gestalttherapie „spontan“ auftreten, dann stellt sich die Frage nach ihrem Verhältnis zu Hypnotherapie, wo diese Zustände explizit angestrebt werden. Wie kann es sein, dass Gestalttherapie Bewusstheit fördert und dabei ebenso Trancezustände auftreten, wie in der Hypnotherapie, in der die Aktivität des Unbewussten gefördert wird? Vor diesem Hintergrund möchte ich die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede beider Therapien bestimmen. Dafür habe ich folgendes Vorgehen gewählt: Zunächst werde ich die Gemeinsamkeit zwischen Gestalt- und Hypnotherapie herausarbeiten. Diese Gemeinsamkeiten lassen sich aber nur richtig verstehen, wenn im Anschluss die damit verknüpften Unterschiede dargestellt werden.

*Gemeinsamkeit (1): Annahme lösungsrelevanter unentdeckter Ressourcen beim Patienten. Unterschied: begleitende versus geleitete Entdeckung*

Gestalttherapie und Hypnotherapie gehören zu den humanistischen Therapieverfahren. Sie teilen ein humanistisches Menschenbild und bauen ihre therapeutische Arbeit auf der positiven Grundstruktur des Menschen auf. Noch wichtiger als die Betonung von Wachstum und Selbstentfaltung scheint mir die gemeinsame Annahme unbekannter, *unentdeckter Ressourcen* des Patienten, die es in der Therapie zu entdecken gilt. Perls spricht ausdrücklich davon, dass das „Nicht-Bewusste“ neben verdrängtem negativen Material auch unbekanntes Fertigkeiten einschließt, welche der Patient nicht nutzt (Perls

<sup>5</sup> In meinen Ausführungen gebrauche ich den Begriff der Trance als einen Zustand, in welchem ein Mensch sich seinem Unbewussten überlässt. Vergleiche hierzu Kapitel 1.

24 | Praxis

1995a, 73 und 123). Noch deutlicher weist Erickson auf ungenutzten Ressourcen hin: „Hypnose ist das Aussetzenlassen des bewussten Wahrnehmens; in der Hypnose beginnt man, sein unbewusstes Gewahrsein zu gebrauchen. Denn unbewusst wissen wir ebensoviel wie bewusst und noch einiges mehr“ (vgl. Zeig 2002, 66). Erickson geht davon aus, dass unbewusste Fähigkeiten auch ein neurophysiologisches Korrelat besitzen<sup>6</sup>. Beide Therapieformen gestehen also dem Patienten die Hauptrolle bei der Lösung seiner Probleme zu. Erickson drückt diese Rollen- und Verantwortungsverteilung mit einer Metapher aus: „Die Therapie leistet der Patient. Der Therapeut sorgt nur für das Klima, für das Wetter. Das ist alles. Die ganze Arbeit muss der Patient leisten“ (vgl. Zeig 2002, 180).

Auch Perls sieht die Verantwortung für Veränderung beim Patienten. Er betont, dass nur solche Therapeuten Erfolg haben werden, die sich vollständig darüber bewusst sind, dass nicht sie, sondern der Patient die Veränderungen erzielt. Dieses Bewusstsein wird sie davor zurückhalten, ihre eigenen Bedürfnisse (Machtsanspruch, Anwendung von Theorien) so sehr in den Vordergrund zu stellen, dass der Patient sie damit manipulieren kann (vgl. Perls 1995a, 124). Folgt man der Annahme, der Patient verfüge über unentdeckte Ressourcen, die er nutzen könne, um seine Probleme zu lösen, dann ist es folgerichtig, Psychotherapie als „Entdeckungsprozess“ zu definieren. Die Art und Weise, wie dieser Entdeckungsprozess praktisch vollzogen wird und was entdeckt wird, unterscheidet Gestalt- von Hypnosetherapie.

Anders als in der Hypnosetherapie werden in der Gestalttherapie nicht Ressourcen im Sinne von *Fähigkeiten* entdeckt, sondern in Form nicht *wahrgenommener Bedürfnisse*. Es wird davon ausgegangen, dass Bedürfnisse, die bewusst wahrgenommen werden, von alleine in Handlungen umgesetzt werden. Mit der Entdeckung verdrängter Bedürfnisse werden gleichsam die Energiequellen für Handlungen freigelegt, die dann zu Veränderung führen. Dieser Entdek-

kungsprozess ist von Angst und unbewussten Manipulationen des Patienten blockiert. Der Gestalttherapeut unterstützt das Selbstvertrauen seiner Patienten und er ist wachsam gegenüber jeglichen Betrugsmanövern der Patienten. Er begleitet seinen Patienten bei der Entdeckung seiner Bedürfnisse.

Die Hypnosetherapie zielt auf die Entdeckung von Ressourcen im Sinne von „Fähigkeiten und Fertigkeiten“, die aus einem anderen Erfahrungsbereich oder Lebensalter stammen, jedoch für sein aktuelles Problem genutzt werden können. In der Trance erhält der Patient die Gelegenheit, diese neu zu erleben. Die eigentliche Entdeckung macht der Patient. Sie ist oftmals mit Überraschung oder Staunen verbunden, jedoch lenkt der Hypnosetherapeut die Aufmerksamkeit des Patienten gezielt auf Erfahrungsbereiche oder Lebensphasen, wo er solche „Fähigkeiten und Fertigkeiten“ vermutet.

*Gemeinsamkeit (2): Notwendigkeit der Aufmerksamkeitsfokussierung.*

*Unterschied: vollständige versus unvollständige Transparenz*

Um Entdeckungen machen zu können, gehen beide Therapien von der Notwendigkeit aus, die Aufmerksamkeit des Patienten zu fokussieren. Dies wird als ein entscheidender Wirkmechanismus für den therapeutischen Prozess eingestuft. Seine Bedeutung innerhalb der Gestalttherapie wird daran ersichtlich, dass Perls sein Verfahren zuerst „Konzentrationstherapie“ genannt hat. „Indem wir uns auf das Symptom konzentrieren, bleiben wir im Feld (wenn auch an der Peripherie) der verdrängten Gestalt. Wenn wir auf einer derartigen Konzentration beharren, arbeiten wir uns allmählich zum Zentrum des Feldes oder „Komplexes“ durch; im Verlauf dieses Prozesses begegnen wir den spezifischen Vermeidungen, z. B. den Widerständen, und reorganisieren sie“ (Perls 1995b: 225). Die Bewusstheitsfragen, die Schweiftechnik oder auch das Inszenieren innerer Dialoge dienen dem Ziel, die Aufmerksamkeit des Patienten zu einem „Strahl“ zu bündeln, welcher auf sein Thema konzentriert wird. Wenn Symptome erst einmal unter diesen Strahl von Aufmerksamkeit geraten sind, dann findet von alleine eine Neustrukturierung statt. In der Gestalttherapie vollzieht sich die Aufmerksamkeitsfokussierung deshalb immer „am Thema“ selbst.

In der Hypnosetherapie lassen sich mindestens zwei Vorgehensweisen der Aufmerksamkeits-

fokussierung unterscheiden: Mit dem in der Gestalttherapie praktizierten *Konzentrationsverfahren* noch am ehesten vergleichbar ist die *natürliche Tranceinduktion*. Hier werden Bestandteile des Symptoms bzw. pathogener Verhaltensweisen oder Bedürfnisse aufgegriffen und so erweitert, dass sie zur Tranceinduktion verwendet werden können (Erickson 1995b: 245ff.), d.h. das pathogene Verhalten wird gewissermaßen als Repertoire fest eingeschliffener Reiz-Reaktions-Muster angesehen. Es steht dem Therapeuten zur Verfügung, um spezifische Reaktionen zu evozieren, die jedoch aus ihrem alten Kontext herausgelöst und in einen völlig neuen Bedeutungskontext gestellt werden müssen. Beispiel: Eine Krebspatientin mit Metastasen im ganzen Körper möchte durch Hypnose Erleichterung von ihren Schmerzen. Ihr pathogenes Verhaltensmuster bestand darin zu glauben, dass sie nur noch Schmerzen empfinden könne. Dieses Muster greift Erickson auf und suggeriert ihr einen sehr schmerzhaften Mückenstich im Fuß. Prompt entgegnet sie, dass sie diesen gar nicht richtig spüre, weil sich ihr Fuß taub anfühle. Daraufhin suggeriert ihr Erickson, dass die Taubheit aus dem Fuß in ihren Körper hinaufkrieche (vgl. Zeig 2002: 219, Erickson & Rossi 2001: 108).

Bei der *formellen Tranceinduktion* hingegen wird die Aufmerksamkeit nicht mit Hilfe der Symptome fokussiert, welche der Patient mitbringt. Hier wird die Aufmerksamkeit des Patienten zunächst auf einen „Gegenstand“ fixiert. Das kann zum Beispiel ein visueller Punkt sein, den Erickson seine Patienten zu betrachten bittet. Genauso kann es sich aber auch um eine sich allmählich autonom entwickelnde Bewegung handeln, wie eine Hand- oder Armlevitation, die er seine Patienten zu beobachten anweist (Erickson & Rossi 1996: 140f). Weder der sich hebende Arm noch der allmählich verschwimmende Punkt haben unmittelbar mit dem Problem zu tun, mit dem die Patienten in die Praxis kommen. Bei diesem Vorgehen wird die Aufmerksamkeit also nicht „am Thema“ bzw. an den Symptomen, sondern außerhalb des Themas fokussiert. Die therapeutische Veränderung beginnt erst dann, wenn der Patient sich in dem Zustand fokussierter Aufmerksamkeit befindet. Bei der Tranceeinleitung geht es lediglich darum, die Aufmerksamkeit zu bündeln, d.h. Bewusstheit einzuschränken. Diese Fokussierung der Aufmerksamkeit durch die Einschränkung des Wachdenkens unterstützt Erickson, indem er das Unbewusste positiv umdeutet (1), unbewusste Prozesse

<sup>6</sup> Die Existenz unbewusster Prozesse ist für Erickson etwas Reales, für die er neurophysiologische Korrelate annimmt (vgl. Erickson, Rossi & Rossi 1998: 314). Damit unterscheidet sich Erickson von Vertretern des radikalen Konstruktivismus, welche im Unbewussten lediglich ein psychotherapeutisches Plazebo sehen: Sie führen die Wirkung des Unbewussten allein darauf zurück, dass Therapeut und Patient gemeinsam daran glauben, und es als Hilfsmittel in ihrer Kommunikation verwenden.

durch Beispiele normalisiert (2), Reaktionspotential durch eine Haltung des Nicht-Wissens und Nicht-Tuns aufbaut (3), das Wachdenken verwirrt (4) und schließlich gezielte Suggestionen mit Bindungen und Doppelbindungen gibt (5).

Beide Therapieformen betonen die Notwendigkeit, Aufmerksamkeit für den therapeutischen Prozess zu fokussieren. Unterschiede ergeben sich jedoch hinsichtlich des angestrebten Grades an Transparenz. In der Gestalttherapie achtet der Therapeut penibel darauf, jede bedeutsame Veränderung dem Patienten bewusst zu machen. Nichts von dem, was der Patient denkt, fühlt oder macht, soll dessen Bewusstsein entgehen. Während des therapeutischen Prozesses herrscht demnach eine hohe Transparenz, weil alles, was beobachtet wird, nochmals versprochen oder auf andere Art explizit ausgedrückt wird. Keinen Wert legt Perls auf Erklärung oder Deutung des Verhaltens. Transparenz in diesem Sinne bedeutet, dass Therapeut und Patient zu jedem Moment der Therapie bewusst ist, was gerade passiert. Es bedeutet nicht, dass sie für alle Veränderungen passende Erklärungen haben oder sie immer deuten können. Sie sind an den „Fakten“ interessiert und bewegen sich auf der empirisch-phänomenologischen Ebene.

Auch in der Hypnosetherapie ist Erickson an der Beschreibung von konkretem Verhalten und Erleben mehr interessiert als daran, seine Ursachen zu erklären. „Die Vergangenheit lässt sich nicht ändern. Einsicht in die Vergangenheit kann sehr lehrreich sein, aber der Patient lebt heute“ (vgl. Zeig 2002, 255). Genauso verzichtet Erickson auch darauf, alle Veränderungen, die in der Therapie stattfinden, transparent zu machen (vgl. Erickson & Kubie 1997, 316). In Übereinstimmung mit seiner Konzeption des Unbewussten als Quelle ungenutzter Fähigkeiten und Fertigkeiten, ist er darüber entzückt, wenn Patienten im Laufe der Therapie von sich selbst überrascht werden und über sich selbst staunen. Häufig vollziehen sich Veränderungen, welche die Patienten erst verspätet mitbekommen, weil ihre Aufmerksamkeit auf einen anderen Bereich fixiert ist.

*Gemeinsamkeit (3): Notwendigkeit der Musterunterbrechung. Unterschied: konfrontativer versus indirekter Stil*

Schließlich stimmen beide Therapien darin überein, dass sie von der Notwendigkeit der „Musterunterbrechung“ innerhalb des therapeutischen Settings ausgehen. Sowohl Perls als auch Erickson nehmen an, der Patient bringe sein Problem

bzw. seine Störung in die Sprechstunde mit. Sie manifestiert sich in der Art und Weise, wie er sich dort verhält, wie er sich bewegt, wie er spricht, welche Gefühle er zeigt usw. Deshalb spricht Perls vom Sprechzimmer als einem Mikrokosmos (Perls 1995a 122, 125). Es ist plausibel, davon auszugehen, dass der Patient auch während der Therapie in seinem pathogenen Verhaltensmuster verhaftet ist. Solange er nur innerhalb dieses Musters funktioniert, ist es wenig erfolgversprechend, lediglich darüber zu sprechen, wie er seine Störung außerhalb der Therapie bewältigen kann, ohne das Muster selbst zu unterbrechen. Über das Prinzip der Selbstverantwortlichkeit und des Hier-und-Jetzt gelingt es Perls einen Zusammenhang zwischen den geäußerten Beschwerden und dem aktuellen Verhalten in der Therapie herzustellen. Pathogene Verhaltensmuster werden unterbrochen, indem Versuche, sie in der Therapie zu benutzen, mit Hilfe der Bewusstheitstechnik aufgedeckt werden. Die Bedeutung, welche Erickson der Musterunterbrechung beimisst, zeigt sich in der Tatsache, dass er relativ schnell dazu übergeht, mit seinen Patienten etwas zu machen, in der Regel sie in Trance zu versetzen. Indem die Patienten in einem völlig anderen Bewusstseinszustand (Trance) gebracht werden, wird verhindert, dass das pathogene Muster so oft reproduziert wird, bis auch das therapeutische Setting davon „infiziert“ ist.

Hinsichtlich des praktischen Vorgehens unterscheiden sich Gestalt- und Hypnosetherapie. Perls konfrontiert seine Patienten mit ihren pathogenen Mustern, mit denen sie ihre wahren Bedürfnisse vermeiden. Bei seiner Konfrontation nimmt er eine empathische Haltung ein, er interessiert sich für die Reaktionen seiner Patienten und er ist bereit, ihnen dort Außenunterstützung zu geben, wo sie noch keine Selbstunterstützung haben. Genauso ist er aber auch bereit, ihr Verlangen nach immer mehr Außenunterstützung zu frustrieren, damit sie gezwungen werden, Selbstunterstützung zu entwickeln (vgl. Perls 1995: 125). In diesem Sinne praktiziert er einen konfrontativen Stil.

Auch Erickson unterbricht pathogene Muster bereits in der Therapie. Er bedient sich dabei jedoch eines indirekten Stils. Dies lässt sich auf seinen Respekt vor der Individualität seiner Patienten zurückführen. „...Also ist ein therapeutisches Ziel dann angemessen, wenn es den Patienten ermöglicht, unter den inneren und äußeren Behinderungen, die einen Teil ihrer

Lebenssituation und Lebensbedürfnisse ausmachen, so adäquat und konstruktiv wie möglich zu funktionieren. Folglich besteht die therapeutische Aufgabe darin, neurotische Symptome mit bewusster Absicht zu nutzen, um den einzigartigen Bedürfnissen eines jeden Patienten gerecht zu werden. Eine derartige Utilisation muss den zwingenden Wunsch nach neurotischen Behinderungen befriedigen, den von aussen auf die Therapie einwirkenden Einschränkungen Rechnung tragen und vor allem für konstruktive Änderungen sorgen, die durch das Fortbestehen der Neurose mehr gefördert als behindert werden“ (Erickson 1998: 203).

Geht ein Patient in der Therapie in den Widerstand, dann würde Perls ihn darin unterstützen, den Widerstand und die dahinter liegenden Bedürfnisse auszudrücken, ihnen eine Gestalt zu geben und sich ihrer bewusst zu werden (= konfrontativer Stil). Erickson sieht im Widerstand „... nichts anderes als eine unbewusste Maßnahme, um die Bereitschaft des Hypnotiseurs zu überprüfen, ihnen auf halbem Wege entgegenzukommen“ (Erickson 1995a: 224). Widerstand signalisiert demnach ein unzureichendes therapeutisches Angebot. Erickson würde sich fragen, wie er die Einzigartigkeit der Persönlichkeit seines Patienten noch stärker berücksichtigen könnte.

## 6. Zusammenfassung

Ausgangspunkt dieser Arbeit war die Entdeckung, dass in der Gestalttherapie Trancephänomene auftreten, ohne dass diese formal eingeleitet worden sind. Diese Beobachtung hat die Frage nach den Gemeinsamkeiten und den Unterschieden zur Hypnosetherapie aufgeworfen. Gestalttherapie wurde dabei als Verfahren aufgefasst, bei dem die Bewusstheit des Patienten gefördert wird - Hypnosetherapie als Verfahren, bei dem die Fähigkeit, sich dem Unbewussten zu überlassen, gefördert wird. Vor dem Hintergrund der Fragestellung wurden drei Gemeinsamkeiten untersucht, welche Bedingungen für einen erfolgreichen therapeutischen Prozess beschreiben: die Annahme lösungsrelevanter unentdeckter Ressourcen beim Patienten (1), die Notwendigkeit der Aufmerksamkeitsfokussierung (2) und die Notwendigkeit der Musterunterbrechung (3). Gestalttherapie und Hypnosetherapie unterscheiden sich jedoch in der methodischen Umsetzung dieser Ziele. Gestalttherapie begleitet den Patienten bei seiner Suche nach Ressourcen, worunter nicht mehr wahrgenommene Bedürfnisse verstanden wer-

26 | Praxis

den. Jeder Schritt in diesem Entdeckungsprozess wird transparent gemacht. Der Therapeut verhält sich konfrontativ. In der Hypnosetherapie wird die Aufmerksamkeit des Patienten gezielt auf Bereiche gelenkt, in denen „vergessene“ Ressourcen im Sinne von Fähigkeiten und Fertigkeiten des Patienten liegen. Nicht alles, was in der Therapie passiert, wird transparent gemacht. Der Therapeut geht indirekt vor, unter besonderer Berücksichtigung der Einzigartigkeit der Persönlichkeit und der Symptome des Patienten.

Ich habe diese Arbeit mit der Frage nach der Bedeutung von Trance in der Gestalttherapie begonnen. Deshalb möchte ich mit einer Aussage von Perls zur Trance innerhalb der Gestalttherapie abschließen:

„Der letzte Schritt bei der Behandlung der Konfusion ist eine unheimliche Erfahrung, die oft einem Wunder ähnlich sieht, wenn sie sich ereignet. Mit der Zeit wird sie natürlich Routine und wird für selbstverständlich genommen. Wir nennen sie den Rückzug in die fruchtbare Leere. Um den Rückzug in die fruchtbare Leere möglich zu machen, muss man zwei Bedingungen erfüllen. Man muss fähig sein, bei den eigenen Techniken, die sie blockieren, auszuhalten. Dann kann man in die fruchtbare Leere eintreten, die ähnlich wie der Trancezustand ist, aber von voller Bewusstheit begleitet wird. Viele Leute haben die Erfahrung vor dem Einschlafen, und das Phänomen ist beschrieben worden als hypnagogische Halluzination“ (Perls 1995a, 119).

**Literatur**

- ERICKSON, M. H. (1995a) [1952]: Tiefe Hypnose und ihre Induktion. In ROSSI, E. L. (Hrsg.): Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson. Vom Wesen der Hypnose, Band 1 (204-244). Heidelberg (Carl Auer)
- ERICKSON, M. H. (1995b) [1980]: Natürliche Hypnosetechniken. In ROSSI, E. L. (Hrsg.): Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson. Vom Wesen der Hypnose, Band 1 (245-256). Heidelberg (Carl Auer)
- ERICKSON, M. H. & ROSSI, E. L. (1996) [1975]: Varianten der Doppelbindung. In ROSSI, E. L. (Hrsg.): Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson. Indirekte Suggestionen und Gefahren der Hypnose, Band 2 (52-75). Heidelberg (Carl Auer)
- ERICKSON, M. H. & KUBIE, L. S. (1997) [1939]: Die dauerhafte Besserung einer zwanghaften Phobie durch Kommunikation mit einer unvermuteten dualen Persönlichkeit. In ROSSI, E. L. (Hrsg.): Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson. Untersuchung psychodynamischer Prozesse mittels Hypnose, Band 4 (289-325-48). Heidelberg (Carl Auer)
- ERICKSON, M. H. (1998) [1954]: Besondere Techniken der Kurzzeit-Hypnotherapie. In ROSSI, E. L. (Hrsg.): Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson. Innovative Hypnotherapie II, Band 5 (202-232). Heidelberg (Carl Auer)
- ERICKSON, M. H., ROSSI, E. L. & ROSSI, S. L. (1998) [1976]: Hypnose. Induktion, therapeutische Anwendung, Beispiele. München (Pfeiffer)
- ERICKSON, M. H. & ROSSI, E. L. (1996) [1978]: Indirekte Suggestionenformen bei der Handlevitation. In ROSSI, E. L. (Hrsg.): Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson. Indirekte

Suggestionenformen und Gefahren der Hypnose, Band 2 (139-154). Heidelberg (Carl Auer)

ERICKSON, M. E. & ROSSI, E. (2001) [1979]: Hypnotherapie. Aufbau, Beispiele Forschungen. München (Pfeiffer)

PERLS, F. S. (1974): Gestalttherapie in Aktion. Stuttgart (Ernst Klett)

PERLS, F. S. (1995a) [1973]: Grundlagen der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle. Stuttgart (Klett-Cotta)

PERLS, F. S. (1995b) [1947]: Das Ich, der Hunger und die Aggression. Stuttgart (Klett-Cotta)

PERLS, F. S., HEFFERLINE, R. F. & GOODMAN, P. (1996) [1951]: Gestalt-Therapie. Die Wiederbelebung des Selbst. Stuttgart (Klett-Cotta)

STAEMMLER, F.-M. (1995): Der „leere“ Stuhl. Ein Beitrag zur Technik der Gestalttherapie. München (Pfeiffer)

STAEMMLER, F. M. & BOCK, W. (1998) [1991]: Ganzheitliche Veränderung in der Gestalttherapie. Wuppertal (Peter Hammer)

ZEIG, J. K. (2002) [1980]: Meine Stimme begleitet Sie überall hin. Ein Lehrseminar mit Milton Erickson. München (Pfeiffer)

Dr. Ludger Haller  
Lohmühlenstr. 65  
12435 Berlin

Dr. Ludger Haller, Diplom Psychologe, Fortbildung in Gestalttherapie am GIF, Ausbildung zum klinische Hypnosetherapeuten am Klingenberger Institut und bei der Milton Erickson Gesellschaft, arbeitet derzeit in der forensischen Psychiatrie und in freier Praxis in Berlin.

**Nachruf für Simon Gail**

Am 6. November 2003 ist Simon Gail für uns alle unerwartet verstorben. Er war Assistenzarzt in der Gestaltabteilung der Hardtwaldklinik und kam nach seiner Facharztprüfung und nach seiner Ausbildung in Traumatherapie bei Frau Dr. Reddemann und Prof. Sachsse sowie zum EMDR-Supervisor als Funktionsoberarzt für Traumatherapie wieder in die Abteilung zurück.

Er hat die noch unter Ulrich Wolf sich bei uns etablierende Integrative Traumatherapie weiter ausgebaut und konzeptuelle Ergänzungen von Reddemann und Sachse eingeführt. Sein starkes Engagement für seine Arbeit stieß über die Abteilung hinaus zunehmend auf Resonanz. Er hat u.a. Seminare für Traumatherapie im GIF geleitet, Artikel in Fachzeitschriften verfasst. Von seinem intensiven Einsatz für die Behandlung von Menschen mit posttraumatischen Störungen ebenso wie für die Fortbildung der Mitarbeiter hat die Abteilung sehr profitiert. Simon Gail war bei Patienten wie Kollegen sehr geschätzt und beliebt. Simon Gail war ein überzeugter Traumatherapeut - aber er hat auch seine Gestaltwurzeln nie vergessen.

Wir behalten ihn in Erinnerung, sagen Dank für das, was wir von ihm bekommen haben und werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Birgit Landgrebe, Leitende Ärztin der Gestaltabteilung

Hardtwaldklinik I – Dependence 34 596 Bad Zwesten