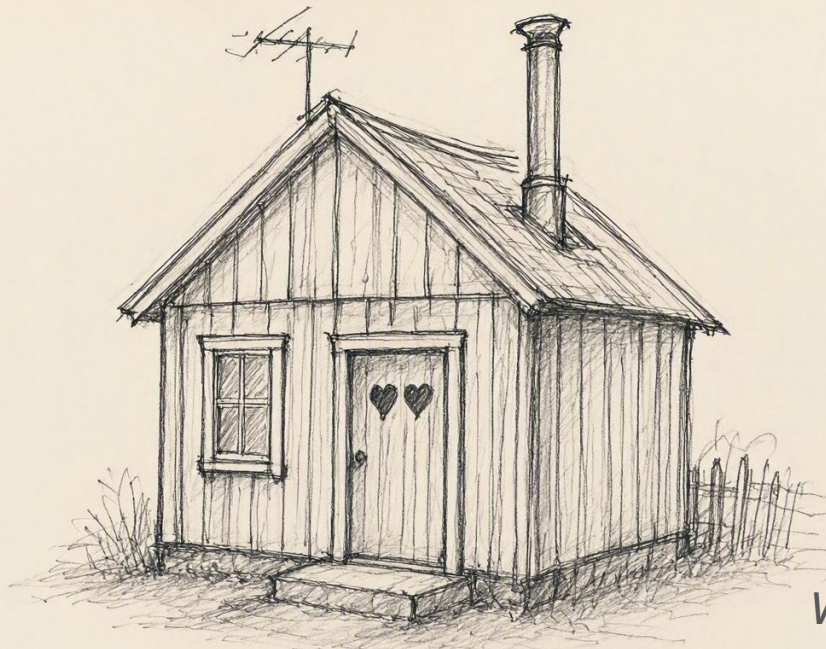




Von Peter Hain

Methoden-  
schatz  
www.frauke-  
niehues.net

## Bitte einsteigen.....!.... und die Türen öffnen!

Utilisation von inneren Reaktionen ( Bildern, Phantasien, etc.) des Therapeuten auf den Klienten, dargestellt anhand eines Fallbeispiels. (in: Mrochen,S.:Die Pupille des Bettnässers, Carl Auer)

Die 10-jährige F., ein intelligentes, burschikos und verschmitzt wirkendes Mädchen, wurde über den Hausarzt angemeldet, da sie seit über 3 Wochen täglich wegen starker Bauchschmerzen während des Unterrichts nach Hause gebracht wurde. Eine ausführliche medizinische Abklärung hatte keinerlei Befund ergeben, was zwar die Angst von F. und ihren Eltern vor einer schweren körperlichen Krankheit (eine Schulfreundin F.'s hatte Krebs) minderte, andererseits die ganze Familie mehr und mehr ängstigte und verunsicherte. F. ging nachmittags nicht mehr aus dem Haus, aus Angst vor Bauchschmerzen und Erbrechen, aß kaum und trank nur noch Tee.

Die Therapie umfasste insgesamt 17 Stunden (8 Monate), 3 Elterngespräche und ein Schlussgespräch. Die Symptomatik ist, trotz eines schweren Schicksalsschlages (Tod des Kv) in den letzten 2 Jahren nicht mehr aufgetreten.

Im Folgenden werde ich ausschliesslich die Phasen von Interaktionen dieser Therapie beschreiben, die eine therapeutische Interventionsmöglichkeit veranschaulichen, die ich anschließend in 3 Schritten als "Inframing" vorstellen möchte.

Für den therapeutischen Erfolg ebenso wichtige Aspekte, wie Beziehungsarbeit, individuelle und systemische Arbeits-hypothesen, Einbezug der Eltern, Arbeit mit Metaphern, gemeinsames Spiel u.a.m. sollen hier nur insofern erwähnt werden, als sie zum Verständnis des Therapieverlaufs notwendig sind.

In der 1.Stunde sprach ich mit F. unter anderem über die täglich wiederkehrende Situation in der Schule, ihr mulmiges Gefühl im Magen, ihre Angst vor Bauchweh, schließlich Bauchweh und ihre Angst vor Erbrechen und ließ mir dabei auch die Umgebung (Schulzimmer, Lehrer, Schüler, Sitzposition, etc.) genau beschreiben. F. führte mich sozusagen an ihren Platz im Schulzimmer und schilderte mir ihr tägliches Problemerleben.

Ich begleite sie durch meine Fragen, die mir halfen, ihre "Skizze" lebendig werden zu lassen und wir befanden uns für einige Momente gemeinsam in ihrem Klassenzimmer:

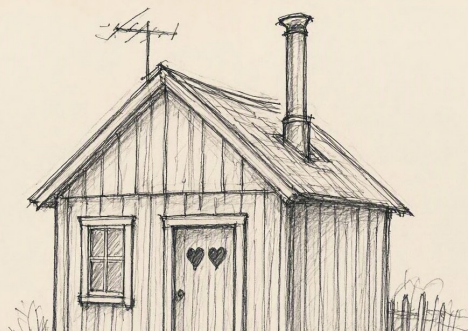
Th.: „ Weißt Dur eigentlich, wer in Eurer Klasse am schlimmsten dran ist?“

(F. schaute mich neugierig an)

„Der Junge, der vor Dir sitzt!“ (F. schaute verwundert)

„Weiß er eigentlich, in welcher Gefahr er schwebt?“ (F. schaute mich fragend an und murmelte „ nein“)

Th. (Schmunzelnd): „Stell dir vor er wüßte es!“



F. begann zu erahnen, was ich meinte und ich spielte ihr vor, wie sich der Junge – vor ihr sitzend – wohl verhalten würde, wenn er bei jedem Geräusch hinter ihm Angst davor haben müßte, F. würde sich – seinen Nacken anpeilend – plötzlich übergeben müssen.

F. schmunzelte und lachte über meine Vorstellung. Wir schmückten die Situation zusammen weiter aus und F. fand Gefallen an dieser Phantasie. Wir beschlossen, daß sie den „armen“ Jungen vorerst nicht aufklären sollte.

Vom folgenden Tag an konnte F. den Unterricht wieder bis zum Schluß besuchen, da sie im Klassenzimmer nur noch gelegentlich Bauchschmerzen verspürte.

Trotz dieser schnellen Veränderung und einer gewissen Erleichterung „verhartete“ die Familie vorerst in einer „Halb-acht-Haltung“ und F. „benutzte“ ihre gelegentlich beginnenden Bauchschmerzen Zuhause, indem sie bei bestimmten Speisen und in bestimmten Situationen daran erinnerte, das dies „letztes Mal“ zu starkem Bauchweh geführt habe.

Außerdem hielt sie die Angst vor plötzlichen Erbrechen weiterhin davon ab, nachmittags mit Freundinnen und Freunden zu spielen oder gar deren Wohnungen zu betreten.

In der 4. Stunde ließ F. erkennen, daß sie sich bezüglich Angst und Bauchweh zwar wesentlich besser, aber noch nicht sehr sicher fühlte und wir kamen dabei auch auf die „fatale“ Wirkung von Bauchweh-Erinnerungen zu sprechen:

Th. (mit gespielter Empörung): „Willst Du etwa damit sagen, daß Deine Mutter weiterhin Kartoffeln kocht, obwohl Du daraufhin schon mal Bauchweh bekamst?“

(F. nickt und muß grinsen)

Th.: „Das ist doch wirklich die Höhe, so eine Rücksichtslosigkeit!“

Wir führten dieses Thema so weit aus, bis nur noch eine bestimmte Speise und Leitungswasser übrigblieben, wenn F. konsequent alles vermeiden wollte, was mit Bauchweh verbunden sein könnte.

Th.: „Vielleicht hast Du es auch schon festgestellt, auch bestimmte Kleidungsstücke können an Bauchweh und Übelkeit erinnern“.

F. lächelte und antwortete spontan: „Ja, mein roter Pulli“

Nachdem wir die Garderobe konsequent aussortiert hatten und F. voll bei der Sache war, wagte ich mich noch einen Schritt weiter:

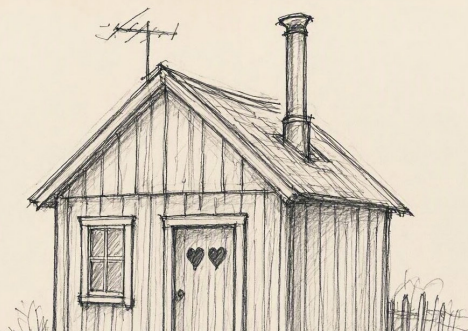
Th.: „Ich weiß gar nicht, wie ich es Dir sagen soll, aber auch Menschen und Räume können diese unangenehmen Eigenschaften haben...“

F. nahm den Gedanken auf und wir entwickelten zusammen ein zweihundertprozentiges „Vermeide alles und jeden, was dich im Entferntesten an Bauchweh erinnern könnte“ – Programm und diskutierten den einzigen konsequenten „Ausweg“: Verlassen des Elternhauses und der Schule...

Im weiteren Verlauf der Therapie traten die Themen Bauchweh und Angst vor Erbrechen in den Hintergrund, die familiäre Interaktion entspannte sich und auch in der Freizeit hatte F. inzwischen wieder zu ihrer „alten“ Fröhlichkeit und Unternehmungslust zurückgefunden.

Die tieferliegenden Konflikte (Selbstüberforderung, Stark-Schwach-Ambivalenz, Position in der Familie als sogenannte Nachzüglerin, Sicherstellen des „positiven“ Symptommehrgewinns u.a.) konnten nun mit dem Rückenwind der schnellen Symptomveränderung auf der Kinder- und Elternebene ohne Widerstand bearbeitet werden.

Aus prophylaktischen Überlegungen bot ich F. während dieser Phase Rückfallmöglichkeiten an (z.B. anlässlich einer Magen-Darm-Grippe und rief vor allem die Bilder und Interaktionen in Erinnerung, die die Macht des Symptoms repräsentierten Familiendynamik). Schmunzelnd versuchte ich in mehreren Stunden, sie wenigstens zu einem kleinen Rückfall zu überreden. Sie lehnte mein Angebot stets dankend ab und wurde von Stunde zu Stunde sicherer, daß es für sie kein „zurück“ in die alte Symptomatik geben würde.



In der 13. Stunde berichtete F., daß ihr manchmal noch eine bestimmte Erinnerung Sorgen macht: Sie erzählte ausführlich, wie sie, ca. 5 Jahre alt, im Wohnzimmer ihres Elternhauses stehend sich hatte übergeben müssen, so unverhofft, daß sie nicht mit der kleinsten Bewegung hatte reagieren können (Zumindest war dies ihre subjektive Erinnerung).

Ich fragte interessiert nach und ließ mir den Ablauf so genau wie möglich schildern. Da sie gerne eine „Lösung“ haben wollte, um vor einer solch schlimmen Situation wirklich sicher sein zu können, bot ich ihr „konsequente“ Möglichkeiten an, die ich ihr verbal und zeichnerisch auszumalen begann:

Auf dem Klo wohnend kniend vor der Schüssel verweilen, da sie ja keinerlei Reaktionszeit zur Verfügung habe (zur Illustration zeichnete ich nebenbei ein „Häusl“ aus Holz mit Herzchen in der Tür, Ofenrohr und Antenne auf dem Dach).

F. lachte und stellte sich die Szenerie vor. Ich fuhr fort, ihr vorzuspielen, wie sie in dieser Haltung mit anderen (Eltern, Freunden, etc.) durch die Brettwand kommunizieren könnte, wie sie essen und lesen würde etc.. So sehr sie diese Vorstellung auch belustigte, wollte sie diese „Lösung“ doch nicht in Betracht ziehen. So überlegten wir gemeinsam weiter und fanden noch eine 2. Möglichkeit: Tagsüber einen Topf um den Hals zu hängen, so daß sie beweglich bleiben würde und nicht „ans Klo gefesselt“ sein müsste. Obwohl ich ihr die Vorteile dieser „Lösung“ anpries, verwarf sie auch diese. Wann immer wir in den darauffolgenden Stunden auf die „alte“ Symptomatik zu sprechen kamen, erinnerte ich sie an diese Möglichkeiten als eine gewisse „Sicherheitsreserve“.

Im weiteren Verlauf dieser Stunde machte ich sie auch auf zusätzliche Vorteile aufmerksam, als sie vom Fußballspielen erzählte und erwähnte, sie spiele gerne als Stürmerin.

Th.: „Super, ich stelle mir gerade Deine Möglichkeiten vor.“

(F. fragend) „Nun, nimm an, Du müßtest während eines Angriffs – ganz plötzlich – einem Verteidiger geradewegs ins Gesicht kotzen (F. lacht) – im nächsten Spiel brauchst Du nur noch, so ganz nebenbei, den gegnerischen Verteidiger andeuten, Du verspürst ein etwas mulmiges Gefühl in der Magengegend und der Weg zum Tor ist frei!“

F. konnte es sich vorstellen und lachte. Sie wollte diese Möglichkeit aber trotzdem nicht in ihr Repertoire aufnehmen.

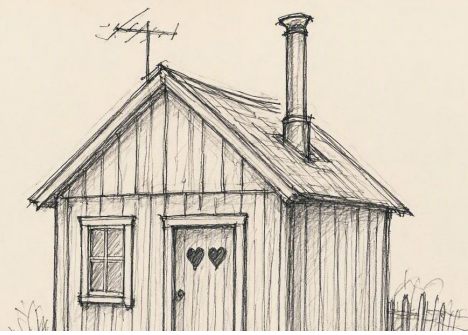
Ab der 12. Stunde schlug F. vor, nur noch alle 2 Wochen zu kommen und kurze Zeit später bestimmten wird die Daten für die letzten 3 Stunden.

In dieser Schlussphase frischten wir – als gemeinsame Erinnerung – die hier beschriebenen Bilder mehrmals wieder auf, ähnlich wie das Freunde tun „Weißt Du noch, damals.....“

Die hier beschriebenen Ausschnitte aus der Therapie mit der 10-jährigen F. illustrieren eine Interventionsmöglichkeit, die ich als „Inframing“ (vorläufiger Arbeitstitel) bezeichnen möchte. Aus der Therapeutenperspektive läßt es sich in 3 Schritte gliedern:

1. Einsteigen ....: Der Therapeut läßt sich in das subjektive Problemerleben (oft negative Selbsthypnose) des Klienten einladen und als ernsthaft interessierter und neugieriger Gast herumführen (Bsp. Klassenzimmer, Fußballplatz, etc.)
2. Der Therapeut erlaubt sich, eigene Phantasien, Assoziationen, Bilder, Reaktionen und „Lösungen“ bewußt werden zu lassen und überprüft sie auf ihre therapeutische Verwendbarkeit (Bsp. Szenen im Klassenzimmer, auf dem Fussballfeld, innerer Film des Therapeuten).
3. Der Therapeut bietet ausgewählte Bilder, Phantasien, „Lösungen“ etc. an und gestaltet diejenigen zusammen mit dem Klienten weiter aus, die spontan eine verbale, nonverbale und /oder emotionale Reaktion beim Klienten hervorrufen (Bsp.: Vordermann im Klassenzimmer, Tore schießen, Wohnen auf dem Klo, etc.)

Auf diese Weise gemeinsam erschaffene Phantasieszenen wirken gleichzeitig auf mehreren Ebenen:



### **Verhalten:**

In der therapeutischen Situation eindrücklich erlebte Phantasiebilder sind jetzt mit der Problemsituation verbunden und verhindern oder verunmöglichen den altbekannten Ablauf (Bsp.: F. muß zwangsläufig auch an den „armen“ Vordermann denken, wenn sie Bauchweh und /oder Angst davor verspürt. Ihre bis dahin zum Teil unbewußt ablaufende Selbstinduktion wird unterbrochen, ihr Schmunzeln reduziert ihre Angst und schafft Distanz.)

### **Selbstkonzept:**

Durch implizites reframing und einer meist damit verbundenen Erweiterung des Kontextes gerät der Klient unverhofft in eine aktive Position (Bsp. F. 's Vordermann „ mit Erbrechen bedrohen“ als aktive Handlung) oder wird zumindest dazu motiviert, selbst eine „aktive Lösung“ zu entwickeln und durchzudenken (Bsp.: Auf dem Klo wohnen oder aus dem Elternhaus ausziehen).

Die so erzielte Zunahme an Eigenverantwortung ist für den Therapieerfolg relevant.

Handelt es sich (wie bei F.) um humorvolle Phantasiebilder, so helfen sie darüber hinaus dem Klienten, Distanz zum eigenen Problemverhalten einnehmen zu können.

### **Beziehung:**

Eine gute Therapeut-Klient- Beziehung vorausgesetzt, kann diese Art von Interaktion einerseits die Beziehung vertiefen und andererseits die Autonomie des Klienten stärken. Der Klient kann den Therapeuten beim gemeinsamen Spazieren in seiner Problemwelt (I) als einen wertfreien und stützenden Verbündeten erleben, der bereit ist, seine innere Reaktion einzubringen.

Andererseits implizieren die „konsequenten“ Lösungsvorschläge oder manchmal bewußt übertriebenen Phantasieszenarien des Therapeuten, daß es a) eine Lösung geben kann, es aber b) der Klient sein wird, der sie angemessen gestalten kann.

Abgesehen davon, daß die Möglichkeit, „unübliche“ Phantasien auszusprechen für einige Klienten (v.a. Erwachsene) an sich bereits erleichtern und hilfreich ist, vertiefen diese gemeinsam gestalteten Phantasien eine Beziehung ähnlich wie gemeinsam erlebte Abenteuer.

### **Schlußbemerkung:**

Ich habe in meinem Beitrag bewußt auf eine Abgrenzung zu bestehenden Konzepten der Hypnotherapie (pacing – leading, reframing, Utilisation, therapeutische Metaphern, Dissoziation, Integration, etc.) oder zu anderen Therapierichtungen (Provocative Therapy, Systemische Therapie, Gesprächstherapie) verzichtet.

Es ging mir vielmehr darum Schritt II des Inframings (bisher hat sich dieser Arbeitstitel als brauchbar erwiesen) hervorzuheben und die Nutzung des inneren Erlebens des Therapeuten in der Interaktion für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zur Diskussion zu stellen.

In meiner therapeutischen Erfahrung hat sich das Inframing vor allem bei Phobien, Angstzuständen, psychosomatischen Reaktionen, Suizidgedanken, wie auch bei verschiedenen Formen von Selbstwertproblematik als effektive therapeutische Unterstützungsmöglichkeit erwiesen, vor allem, wenn Klienten ihre Problemsituationen erleben, als seien sie in eine Einbahnstraße gefahren, die als Sackgasse endet.