

Karl L. Holtz / Siegfried Mrochen

Einführung in die Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen

2005

Carl-Auer-Systeme im Internet: www.carl-auer.de
Bitte fordern Sie unser Gesamtverzeichnis an:

Carl-Auer-Systeme Verlag
Häusserstraße 14
69115 Heidelberg

Über alle Rechte der deutschen Ausgabe verfügt Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH; Heidelberg.
Fotomechanische Wiedergabe nur mit Genehmigung des Verlages
Umschlaggestaltung: Goebel/Riemer
Satz: Verlagsservice Hegele, Dossenheim
Printed in Germany
Druck und Bindung: Freiburger Graphische Betriebe, Freiburg i. Br., www.fgb.de

Erste Auflage, 2005
ISBN 13: 978-3-89670-465-8
ISBN 10: 3-89670-465-6
© 2005 Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Schicken Sie einfach eine leere E-Mail an: carl-auer-info-on@carl-auer.de,
und Sie erhalten noch schneller aktuelle Informationen von uns.

6. Der therapeutische Prozess

Ein exemplarischer Therapieverlauf

Zur Veranschaulichung des therapeutischen Vorgehens sollen nachfolgend die einzelnen Schritte eines Therapieverlaufs dargestellt werden.

Im Rahmen dieser Einführung können wir ihn nur exemplarisch und in Ausschnitten darstellen, es ist jedoch unsere Absicht, deutlich zu machen, wie die weiter oben beschriebenen Grundmuster der Aufmerksamkeitsfokussierung, des Eingehens auf die entwicklungsge­mäßige Bedeutungsgebung (Symbole, Metaphern, Geschichten) sowie die Betonung der Ressourcen und Grundbedürfnisse nach Autonomie, (sozialer) Sicherheit und Kompetenzerleben (Selbstwirksamkeit) in therapeutische Angebote umgesetzt werden.

1. Vorbereitung auf die Sitzung

Obwohl, wie wir gesehen haben, die Fähigkeit von Kindern, sich auf ein hypnotherapeutisches Setting einzulassen, gegeben ist und obwohl Kinder häufig mit weniger Vorannahmen über Hypnotherapie in die Sitzungen kommen, ist doch nachvollziehbar, dass Kinder selten eine klare, eindeutige Auftrags- und Veränderungsmotivation mitbringen. Während Eltern verständlicherweise in erster Linie an einem Verschwinden einer Symptomatik interessiert sind, finden wir bei Kindern und Jugendlichen eher ein Interesse an der Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse nach Autonomie, sozialer Sicherheit und Kompetenz. Dies mag u. a. bedeuten: eine Erhöhung ihres Selbstwertes, eine gute Position in der Geschwisterreihe, das Ansehen bei Freunden oder aber die Entwicklung neuer Fähigkeiten. Darüber hinaus wird ein Kind auf alle Versuche abwehrend reagieren, die seine Autonomie und Sicherheit in der aktuellen Therapiesituation gefährden. Dies muss der erfahrene Kinder- und Jugendlichentherapeut antizipieren und in Kenntnis entwicklungspsychologischer Besonderheiten darauf reagieren. Aus therapeutischer Sicht geht es um die Steigerung der

6. Der therapeutische Prozess

kindlichen Autonomie und die Gewinnung von Möglichkeiten für das Kind, sein Verhalten zu kontrollieren und zu verändern – und dies kann auf unterschiedlichen Altersstufen etwas sehr Unterschiedliches bedeuten.

Hilfreich ist es, im Vorfeld oder zu Beginn zusammen mit den Bezugspersonen einige Fragen abzuklären, die Hinweise auf die Erwartungen von Eltern und Kindern erlauben:

- Warum kommt der Klient (das Kind, der Jugendliche) gerade zu diesem Zeitpunkt in Behandlung?
- Wer hat den Klienten geschickt?
- Was motiviert den Klienten, seine Symptome aufzugeben, sein Verhalten zu ändern?
- Welche Vorteile bringt das Symptom (das Verhalten) dem Klienten (bzw. der Familie)?
- Welche Vorerfahrungen bezüglich anderer Therapien bringt der Klient (bzw. die Familie) mit?
- Welche Zielvorstellungen haben Klient bzw. Eltern in Bezug auf die Therapie?
- Wo und wann haben der Klient und die Familie Ausnahmen erlebt, in denen ein erstrebenswertes Verhalten gezeigt wurde?
- Wer hat wie dazu beigetragen, dass es zu diesen Ausnahmen gekommen ist?

Mit den so gewonnenen Informationen kann dann versucht werden, mit dem Klienten einen tragfähigen Rapport aufzubauen, Fragen können aber auch, wie im nachfolgenden Beispiel, einer ersten Beziehungsgestaltung folgen.

2. Aufbau einer tragfähigen Beziehung (Rapport)

Es ist selbstverständlich, dass jede Fachkraft ihre individuellen Möglichkeiten entwickelt hat, Beziehungen mit Kindern und Jugendlichen aufzubauen und so zu gestalten, dass die Entstehung einer stressfreien und optimistischen Atmosphäre begünstigt wird.

Eine mögliche Eingangsfrage wäre: „*Was könnten wir [das Kind, die Therapeutin und eventuell die anwesenden Eltern] bei diesem Treffen zusammen erledigen?*“ Was sollte am Ende heraus kommen?

Dieser Beginn, Anstoß eines internalen Suchprozesses eignet sich gut dafür, Selbstkontrollkompetenzen und Autonomie in eine entstehende Zielformulierung einzuweben.

Weitere Möglichkeiten des Beziehungsaufbaus sollen wegen der Bedeutung dieses Schrittes noch einmal gesondert erläutert werden.

3. Optimierung der Veränderungs- und Lernmotivation

Ebenso bedeutsam wie die Schaffung von *Rapportinseln* ist bei Kindern und Jugendlichen die Verbesserung und Sicherung einer Veränderungs- bzw. Lernmotivation. So ist es erfahrungsgemäß sinnvoll mit Formulierungen wie „Möchtest du lernen, morgens in einem warmen, trockenen Bett aufzuwachen ...?“ „Möchtest du lernen, deinen Schließmuskel zu kontrollieren ...?“ „Möchtest du lernen, dich in der Schule besser zu konzentrieren?“ das entwicklungsbedingte Streben nach Kompetenzentwicklung, Normalisierung und Beherrschung zu stimulieren. Kinder mögen, systemisch erklärbar, Ambivalenzen und Blockierungen in Bezug auf symptomatisches Verhalten entwickelt haben, aber sie wollen, zumindest zu Beginn der Grundschulzeit, gut sein, besser werden, und sie wollen lernen.

Bei älteren Kindern kann man das Ziel, „an dem wir jetzt arbeiten werden“, in einen konkreten Zukunftsbezug einbinden. Eine Steigerung der Veränderungsmotivation wird auch dadurch unterstützt, dass der junge Patient von Anfang an aufgefordert wird, den augenblicklichen Zustand symbolisch vom Zielzustand abzugrenzen. „Finde ein Bild, ein Symbol für das, was du im Augenblick has/tust/für das, was du ändern möchtest, und ein anderes für das, was du lernen möchtest.“ Die in der Anfangsphase genannten Symbole und Bilder sind das Imaginationsmaterial, mit dem dann in Hypnose gearbeitet werden kann.

Sehr brauchbar sind auch Skalierungen unterschiedlicher Art: für jüngere Kinder Smilies, Sterne und Blumen, für ältere Kinder Zahlenskalen, auf denen sie ihre Hoffnung oder Resignation und ihre Lust oder Unlust auf Veränderung markieren können.

Informativ sind ebenfalls zirkuläre Fragen: „Wer würde sich an erster Stelle freuen, wenn du lernen würdest ...? Wer an zweiter ...? Und wer an dritter Stelle ...?“

4. Erhebung der bisherigen Symptom- und Behandlungsgeschichte

Wie lange gibt es das Symptom und die damit zusammenhängenden Schwierigkeiten, und was hat die Familie bisher getan, um das Prob-

lem zu lösen? Gab es Zeiten, in denen es kleiner war, möglicherweise ganz verschwand oder in denen es häufiger auftrat? Gibt es Erkenntnisse und Vermutungen über die Hintergründe für diese Veränderungen?

Wie viele Therapieversuche hat es bislang gegeben? Welche davon waren wirksamer als andere? Was war an dieser Therapie wirklich gut und in jener vielleicht weniger? Woran haben die Familie und der Klient gemerkt, dass sich etwas verändert hat? Oft werden die vergangenen Therapieversuche in einer diffusen Weise als erfolglos eingeordnet und pauschal entwertet. Daher ist eine differenzierte Betrachtungsweise bezüglich der bisherigen Behandlungsgeschichte notwendig – gerade mit dem Fokus auf dem, was hilfreich war und vielleicht trotzdem in Vergessenheit geriet. Das Motto *Nehmt Kontakt auf mit dem, was hilfreich war!* soll die ganze Familie ansprechen.

5. Sachliche Informationen über die Störung

Es geht bei diesem Punkt um Versachlichung eines Problems (oft in Form einer Symptomatik), das von den Betroffenen mitunter als jahrelange Stigmatisierung erlebt wird, zu Isolierungstendenzen und mitunter auch zu Fatalismus führt. Oft setzt bei Symptomen, denen etwas „Psychisches“ zugrunde liegen könnte, in den Familien eine hektische Suche nach körperlich-medizinischen Gründen ein. Viele Kinder mit den unterschiedlichsten Symptomatiken werden zunächst zu den entsprechenden Kinder- und Fachärzten geschickt, damit eventuell eine seelische bzw. psychosoziale Ursache für Bettnässen, Einkoten, Haareausreißen usw. ausgeschlossen werden kann. Aus einer kinderpsychotherapeutischen Perspektive wird umgekehrt ein Schuh draus. Es ist durchaus notwendig und sinnvoll, ärztlicherseits differenzialdiagnostisch auszuschließen, dass eine medizinische Ursache der Störung vorliegt. Bei einem ganz geringen Prozentsatz von Bettnässern oder Einkotern z. B. ist dies ja tatsächlich der Fall. Aber dieser Prozentsatz liegt unter einem Prozent. Auf der anderen Seite ist notwendig, dem betroffenen Kind und seinen Bezugspersonen bei bestimmten Störungen die medizinisch relevanten Zusammenhänge zu erklären, die an der Aufrechterhaltung des Problems beteiligt sein können. So bekommt der Enkopretiker eine verständliche Information über die Vorgänge der Verdauung – von der Einnahme der Speise bis zur Aus-

scheidung, einschließlich des Zusammenwirkens der körpereigenen Informationssysteme Enddarm, Gehirn und Schließmuskel. Der Asthmatiker bekommt die Information über den Zusammenhang zwischen dem Zustand seiner bronchialen Ringmuskulatur einerseits und Stress sowie Entspannung andererseits. Dem ADS-Jugendlichen kann man gut erklären, was unter bestimmten Umständen – Müdigkeit und Stress – in seinem Vorderhirn geschieht und wie er durch bestimmte Übungen die Synapsen und Dendriten beim Transport der wichtigen Botenstoffe unterstützen kann.

Die angedeuteten Informationen sind in komprimierter Form auch Bestandteil der hypnotischen Suggestionen.

6. Kurze Vorbereitung des Kindes auf das folgende Geschehen

Analoge körpersprachliche Signale (*minimal hypnotic cues*) zeigen dem Klienten an, dass jetzt eine andere Phase der Kommunikation beginnt.

Eine mögliche Variante: Der Therapeut verändert geringfügig die Sitzposition, schaut auf den Boden vor sich, senkt seine Stimme und spricht etwas langsamer. Direkter könnte das Kind darauf vorbereitet werden, *„dass wir jetzt etwas machen werden, was du so vielleicht noch nicht gemacht hast. Ich werde dich gleich auffordern, dich so ... [zeigt, wie] hinzusetzen und dich auf deine Gedanken und inneren Bilder zu konzentrieren. Dann werde ich anfangen zu reden, und es ist nicht nötig, dass du mir konzentriert zuhörst. Wenn du dich bewegst und ruckelst, ist das auch in Ordnung. In dem, was ich sage, wirst du einige Sachen wieder finden, über die wir beide in der letzten halben Stunde gesprochen haben; einiges werde ich hinzufügen, aber auch das wird dir bekannt vorkommen, und du verwendest davon, was zu dir passt und was dir sinnvoll erscheint.“*

7. Tranceeinleitung (Tranceinduktion)

Das Kind wird aufgefordert, jetzt die Sitzposition einzunehmen, die vorher modellhaft demonstriert wurde. Dann folgt eine Induktions-einleitung, die von den Hypnotherapeuten sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Man kann dem Kind eine Münze in die Hand geben, verbunden mit der Aufforderung, diese fest anzuschauen, bis die Augen beginnen, sich anzustrengen und müde zu werden.

6. Der therapeutische Prozess

„Dann ist es gut, die Augen zu schließen, die Münze fallen zu lassen und tief durchzuatmen und an diesen Ort zu gehen ...“

Ältere Kinder könnte man bitten, sich auf der gegenüberliegenden Wand einen Punkt zu suchen – in Augenlinie und ein wenig über Augenhöhe –, diesen Punkt genau anzuschauen und gleichzeitig dafür zu sorgen, dass er nach einer Weile ein bisschen verschwimmt. *„Und wenn er verschwimmt und die Augen nach einiger Zeit begonnen haben, sich etwas anzustrengen, kannst du sie schließen und dir diesen Punkt weiter vorzustellen. Wenn du möchtest, könntest du die Augen für eine Sekunde öffnen, um zu schauen, wie der Punkt jetzt aussieht, sie wieder schließen, tief durchatmen, um jetzt in deiner Fantasie an einen Ort zu gehen, an dem du dich ganz sicher und geborgen fühlst.“*

Bei motorisch unruhigen Kindern empfiehlt es sich manchmal, eine der sich wiederholenden Bewegungen für die Tranceinduktion zu nutzen. Das Kind oder der Jugendliche schaukelt mit den Beinen und wird gebeten, genau diese Bewegung jetzt bewusst weiterzumachen – nach und nach die Kontrolle zu übernehmen und die Geschwindigkeit der Bewegung zu steigern, dann die Augen zu schließen, herauszufinden, wo die Bewegung anfängt und wo sie aufhört. Die Augen bleiben geschlossen, und die Bewegungen der Beine und Füße werden nun kontrolliert sehr langsam, wie in Zeitlupe – und auch dabei wird das Kind aufgefordert, herauszufinden, was im Körper passiert, wenn die Bewegungen kontrolliert in Zeitlupe ablaufen. Bevor es dann in die Suggestion zum sicheren Ort übergeht, wird das Kind gebeten, die Beine tatsächlich sehr ruhig zu halten, im Kopf jedoch die Vorstellung zu entwickeln, sie bewegen sich irgendwie.

8. Suggestion eines sicheren, vertrauten Ortes

(Appell an das Sicherheitsbedürfnis)

„Geh jetzt an einen/den Ort, an dem du dich ganz sicher und geborgen fühlst ... es kann sein, dass es diesen Ort in Wirklichkeit gibt oder nur in deiner Fantasie, in deiner inneren Vorstellung. Wichtig ist, dass du in deinem Kopf ein Bild von einem solchen Ort entwickelst und für dich bemerkst, was in deinem Körper passiert, wenn du dich sicher und geborgen fühlst. (Im Kopf, in der Brust, im Bauch, in den Schultern ...) Wenn du an diesem Ort bist ... dann gib mir bitte ein Zeichen mit dem Zeigefinger der rechten Hand [Erfragen eines ideomotori-