



Hiltrud Bierbaum-Luttermann & Siegfried Mrochen

Klinische Hypnose und Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen

Hiltrud Bierbaum-Luttermann & Siegfried Mrochen
Klinische Hypnose und Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen



www.junfermann.de



blogweise.junfermann.de



www.facebook.com/junfermann



twitter.com/junfermann



www.youtube.com/user/Junfermann



www.instagram.com/junfermannverlag

HILTRUD BIERBAUM-LUTTERMANN & SIEGFRIED MROCHEN

KLINISCHE HYPNOSE UND HYPNOTHERAPIE MIT KINDERN UND JUGENDLICHEN

Junfermann Verlag
Paderborn
2019



Copyright	© Junfermann Verlag, Paderborn 2019
Coverfoto	© davidpalau – www.stock.adobe.com
Covergestaltung / Reihenentwurf	JUNFERMANN Druck & Service GmbH & Co. KG, Paderborn
Satz & Layout	JUNFERMANN Druck & Service GmbH & Co. KG, Paderborn

Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek	Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.
--	---

ISBN 978-3-95571-922-7

Dieses Buch erscheint parallel in diesen Formaten:

ISBN 978-3-95571-920-3 (EPUB), 978-3-95571-905-0 (Print),

978-3-95571-921-0 (MOBI).

Inhalt

Einleitung.....	9
1. Klärung von Erwartungen und Erklärung von Hypnose.....	13
1.1 Trance als Alltagserleben und heilsamer Prozess	14
1.2 Imaginationen und Fantasie – die Inhalte von Tranceprozessen	16
1.3 Von Hopeless Helpless Attitude (HHA) zu Control Commitment Challenge (CCC)	20
1.4 Diskrepanzen erzeugen	33
2. Beziehungsaufbau und Rapportstrategien	35
2.1 Dem Kind Rückmeldung geben über das, was man bereits von ihm weiß.....	35
2.2 Dem Kind Wahlmöglichkeiten geben.....	40
2.3 Pacing und Leading	41
2.4 Das Meta-Modell und das Milton-Modell im hypnotherapeutischen Sprachgebrauch.....	44
2.5 Erfassen und Utilisieren von (Verhaltens-, Wahrnehmungs- und kognitiven) Mustern	48
3. Hypnotherapie – Arbeit mit veränderten Bewusstseinszuständen	57
3.1 Formale Tranceinduktionen und -ausleitungen.....	58
3.2 Imaginationen in der klassischen Hypnose	65
3.3 Ankern	71
3.4 Zurückholen in den Wachzustand und Reorientierung ins Hier und Jetzt	72
4. Vorgehensweisen zur allgemeinen Ich-Stärkung oder zum Selbstschutz.....	75
4.1 Aufbau eines Energiefeldes	75
4.2 Kontakt aufnehmen mit der inneren Stärke	76
4.3 Aufbau eines Schutzraumes.....	79
4.2 Zaubern als Tranceprozess	81

5.	(Selbst-)Hypnose bei unterschiedlichen Indikationen	85
5.1	Enuresis (Einnässen).....	87
5.2	Ängste und Phobien.....	92
5.3	Gewohnheitsstörungen wie Nägelbeißen, Auszupfen von Haaren oder Aufkratzen von Wunden.....	94
5.4	Arbeit mit Aufmerksamkeitsakrobaten: ADHS.....	97
5.5	Die Vorstellung und der Wechsel von unterschiedlichen energetischen Zuständen	100
5.6	Schmerzbehandlung und Stressreduktion in der Pädiatrie	102
6.	Indirekte Vorgehensweisen.....	111
6.1	Variable Standardgeschichten.....	112
6.2	Interaktives Erzählen: Geschichten in der Geschichte.....	114
7.	Teilearbeit mit Kindern und Jugendlichen.....	119
7.1	Die Phasen der Teilearbeit	122
7.1.1	Teilemodell anbieten und Teile identifizieren.....	123
7.1.2	Absichten und Funktion der Teile explorieren.....	132
7.1.3	Metaebene erarbeiten und fördern.....	133
7.1.4	Bedürfnisse und Motive hinter den Verhaltensmustern aufdecken.....	133
7.1.5	Annehmen und akzeptieren.....	135
7.1.6	„Inside me“: Metakommunikation und Integration (Metamorphosen)....	136
7.2	Teilearbeit in Form von Symbolen	137
7.3	Assoziiertes Arbeiten mit Teilen.....	145
8.	Hypnotherapeutische Herangehensweisen im Spiel	149
8.1	Das Spiel als natürlicher Induktionsrahmen	150
8.2	Spielraum-Therapie.....	151
8.3	Die Phasen des Spielprozesses.....	154
8.3.1	Die Orientierungs- und (Motiv-)Suchphase	155
8.3.2	Handlungs- und Vertiefungsphase.....	157
8.2.3	Stabilisierungs- und Integrationsphase	164

9. Hypnotherapie und hypnosystemische Herangehensweisen mit Familien	167
9.1 Wer (in mir) trifft auf wen (in dir)? Teilearbeit mit Eltern und Kindern.....	169
9.2 Verbindende Aktivitäten und Förderung des familiären Gemeinschaftsgefühls.....	171
9.3 Arbeiten mit einer Person oder mehreren Mitgliedern in Anwesenheit der Familie als indirekter Zugang	178
Anhang	185
I. Leitfaden: Entwicklungsbericht zum Kind	187
II. Prozessdiagnostische Merkmale (Beobachtungsskalen).....	189
III. Struktur einer hypnotherapeutischen Geschichte zum täglichen Hören...	191
IV. Standardtrance	195
V. Anleitung zum Vorgehen bei einer Familienhypnosesitzung.....	197
Literatur.....	199

Einleitung

In den letzten Jahren hat die Anwendung hypnotherapeutischer Methoden in therapeutischen und Beratungskontexten stetig zugenommen. Verschiedene Therapierichtungen wie beispielsweise die Verhaltenstherapie, die Schematherapie oder die Familientherapie nutzen hypnotherapeutische Methoden als „Tools“, also Werkzeuge, zur Intensivierung ihrer Vorgehensweisen. Unser Anliegen mit diesem Buch ist, neben der Vermittlung hypnotherapeutischer Herangehensweisen, deutlich zu machen, dass Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen oder auch ihren Familien nicht nur ein „Tool“ ist, sondern ein Konzept mit einer klienten- und entwicklungsorientierten Grundhaltung und den damit verbundenen Prämissen, die unter anderem von Milton Ericksons Ansatz der modernen Hypnose und Hypnotherapie geprägt sind:

Entwicklungsorientierung

Zu diesen Prämissen gehört die Idee, dass die Entwicklungsmotivation und die ursprüngliche Lust an „Wachstum und Meisterschaft“ (wie Daniel Kohen es in seinen Workshops nennt) in jedem Menschen grundsätzlich angelegt sind.

Ressourcenorientierung

Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass der Organismus über unbewusste Fähigkeiten und Ressourcen zur Selbstorganisation verfügt, die durch die hypnotherapeutische Arbeit aktiviert werden können.

Bedürfnisorientierung

Um diese Methodik anwenden zu können, bedarf es daher einer guten therapeutischen Arbeitsallianz (Rapport), einer klaren Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen sowie die Wahrnehmung des Patienten in seinem Weltbild, mit seinen Erklärungsmodellen und nicht zuletzt den damit zusammenhängenden Lösungsmustern und Bewältigungsstrategien.

Lösungsorientierung

Diese Strategien zu erkennen, zu würdigen und Entwicklungsziele zu formulieren ist ein wesentlicher Teil des prozessorientierten Vorgehens.

Prozessorientierung

In der Hypnose und Hypnotherapie liegt der Ablauf und das, was passiert, vor allem beim Klienten oder Patienten¹ und dessen inneren Prozessen, die therapeutisch aufgegriffen und „angestoßen“ werden. Da die Hypnotherapie mit Trancezuständen arbeitet, ist auch die Sprache und Kommunikation eine, die sich von der Alltagskommunikation abhebt. Die Wirkung von Sprache auf den Patienten in Trance ist oftmals eine wortwörtliche. So werden z. B. negative Formulierungen („Stell dir keinen rosa Elefanten vor“) oder Konjunktive („Stell dir vor, die Angst hätte dich nicht blockiert“) nicht als solche verarbeitet, innere Bilder oft direkt assoziiert und mit dem entsprechenden Erleben verknüpft. Dies zu beobachten und auf z. T. minimale Reaktionen zu achten oder unwillkürliche Bewegungen aufzugreifen, intensiviert die Kooperation wie auch die Ausrichtung der Aufmerksamkeit und Wahrnehmung auf die inneren Prozesse.

Selbstregulation und Selbstheilungspotentiale fördern

Die therapeutische Intention besteht oft eher darin, innere Suchprozesse auszulösen, als Antworten vom Kind oder den Eltern zu erhalten, und die Entwicklung sowie den Prozess in Gang zu halten. Eine kleine Geschichte von Milton Erickson illustriert dies treffend (Rosen, 2009): Er beschreibt darin, wie er als Kind ein einsames freilaufendes Pferd in der offenen Landschaft fand, von dem er nicht wusste, wem es gehörte. Er setzte sich auf das Pferd, trieb es an und ritt mit ihm mit, bis sie an einer Farm ankamen. Der Farmer bedankte sich und fragte den Jungen, woher er denn gewusst habe, wohin das Pferd gehöre. Das habe er gar nicht gewusst, antwortete Erickson daraufhin, er habe das Pferd einfach nur zurück auf die Straße gelenkt und dort in Bewegung gehalten.

Es kommt also nicht nur darauf an, die „Werkzeuge“ zu kennen, sondern vor allem, deren Nutzen für den Patienten in seinem Kontext und im therapeutischen Prozess zu erfassen. Besonders bedeutsam wird dies, wenn bezüglich formulierter Ziele ein Ambivalenzkonflikt besteht und zunächst eher eine Haltungsänderung als eine

1 Die Bezeichnungen „Patient“ und „Klient“ werden in diesem Buch nebeneinander bzw. im losen Wechsel verwendet.

Verhaltensänderung die Entwicklung ermöglicht. Das gilt sowohl für die Haltung der Eltern gegenüber den Kindern als auch für die Haltung innerhalb einer Person.

Systemische Orientierung

Somit kann sich das hypnotherapeutische Herangehen sowohl auf das interpersonelle System, das heißt die unterschiedlichen bedürfnisorientierten Anteile oder auch Ich-Zustände (oder Ego-States) einer Person beziehen, wie auch auf das intrapersonelle System, also die Familie, Gruppe etc., in der der Klient sich bewegt. Dies spiegelt der von Gunther Schmidt geprägte Begriff der hypnosystemischen Therapie wider.

Das vorliegende Buch soll vor allem einen Einblick in die Grundlagen der Klinischen Hypnose mit Kindern, hypnotherapeutische und systemische Settings sowie die direkten und indirekten Anwendungsmöglichkeiten geben. Ausgehend von diesen Grundlagen, dem Herstellen einer Arbeitsallianz, Fördern der Motivation, Erarbeiten von maßgeschneiderten Zielen, Nutzen hypnotischer Sprachmuster, werden zunächst direkte, klassische Tranceinduktionen anhand von Fallbeispielen und die Anwendung bei spezifischen Störungsbildern vorgestellt. Dann geht es über die Arbeit mit Teilen zu komplexeren indirekten Verfahren wie dem hypnotherapeutischen Spiel und hypnosystemischen Herangehensweisen mit Familien sowie Hypnose mit Familien und dem Kind in der Familie.²

2 Die dargestellten Fälle wurden anonymisiert und geben Ausschnitte der Behandlungen wieder.

1. | Klärung von Erwartungen und Erklärung von Hypnose

„Hypnosis is Daydreaming with a Purpose.“

(Daniel P. Kohen)

Die Erwartungen, die an eine Behandlung mit Hypnose herangetragen werden, sind oft geprägt von Bühnenhypnose oder anderen effektstarken Darstellungen, „Wunderheilungen“ oder auch Heilungsversprechen durch Therapeuten oder Hypnotisierenden. Sendungen im Fernsehen und YouTube-Videos von Hypnotisierenden, die teilweise pseudowissenschaftliche „Fakten“ vermitteln, tragen dazu bei, dass Hypnose vor allem seitens des Patienten als passive Methode eingestuft wird: Die Macht liegt in der mysteriösen Energie des Therapeuten, der den Patienten willenlos manipulieren kann. Die Idee, dass dadurch Symptome, Gedanken oder Schmerz beseitigt werden, ist oft vorhanden. Ebenfalls gibt es mitunter die Hoffnung, dass durch Hypnose Erinnerungen oder verborgene Wahrheiten über die Vergangenheit oder vergessene, verdrängte Traumata ins Bewusstsein geholt werden können.

Ein elfjähriger Junge, der als Findelkind aus Südamerika von deutschen Eltern adoptiert worden war, meldete sich selbstständig bei uns, um zu erfahren, wie seine echten Eltern wohl aussähen und wie sie wohl wären: Er hatte im Fernsehen und auf YouTube gesehen, dass durch Hypnose Erinnerungen wieder präsent gemacht werden könnten und man so die Wahrheit über sein Leben erfahre.

Solche Versprechungen sind irreführend und mit großer Vorsicht zu genießen, da Erinnerungen durch Suggestionen manipuliert oder erst erschaffen werden können. Dazu gibt es inzwischen klare Erkenntnisse aus der neuropsychologischen Forschung. Klinische Hypnose vermittelt hingegen vor allem Selbsthilfestrategien, die dem Patienten Möglichkeiten eröffnen, seinen Einfluss auf körperliche und mentale Zustände durch die eigene Vorstellungskraft zu erfahren.

1.1 Trance als Alltagserleben und heilsamer Prozess

Trancen sind in erster Linie Alltagszustände, die jeder kennt – und herstellen kann! Um Eltern und Kindern Hypnose als Methode näherzubringen, kann man im Rückgriff auf Erkenntnisse der Hypnoseforschung den Wechsel von einem normalen Wachzustand in einen Trancezustand als normales Phänomen beschreiben. Trancezustände im Alltag finden sich wieder in Tagträumen, im entspannten Dösen, beim Erleben automatisierter Tätigkeiten mit geteilter Aufmerksamkeit (wie beim Busfahren und Joggen), im gelöst konzentrierten Hören von Musik, beim absorbierenden Betrachten eines spannenden Films, während des Anhörens einer spannenden Schilderung oder dem gebanntem Lauschen von Märchen und Geschichten, beim dissoziierten Erleben im Spiel oder auch durch ein intensives erotisches Erlebnis.

Neben diesen Zuständen gibt es allerdings auch die, die eine andere Qualität haben. Unangenehme Erlebnisse oder bevorstehende belastende Situationen und Nachrichten, die uns existenziell berühren, wie eine ungünstige medizinische Diagnose, Zwangserleben, eine Trennung, ein Verlust, ein heftiger Streit, eine bevorstehende Prüfung oder Operation, können uns ebenfalls in besondere Zustände mit allen psychophysiologischen Merkmalen von Trance befördern. Wir sprechen dann, je nach den Umständen bzw. den Ursachen, von Angst- oder Problemtrancen (Schmidt, 2018).

Ein Beispiel aus der Spieltherapie:

Ein neunjähriges Mädchen sitzt am Rand des Sandkastens im Therapiezimmer und malt mit einem Zauberstab aus Plastik langsam die Namen seiner Familienangehörigen in den Sand. Seine Lippen bewegen sich, zu hören ist jedoch nichts. Die Therapeutin schaut aus geringer Entfernung zu, bewegt ihren Kopf leicht im Rhythmus der Schreibbewegung des Mädchens und sagt etwas wie: „Du denkst jetzt an zu Hause ...?“ Das Kind schaut nicht auf und reagiert auch sonst nicht unmittelbar auf die Erwachsene, fährt eine Weile mit dem Schreiben im Sand fort und beendet seine Tätigkeit nach einigen Minuten, indem es das Geschriebene mit Schlangenlinien langsam unleserlich macht. Es legt den Stab auf den Holzrand des Sandkastens, fokussiert die Therapeutin für einen Augenblick und sagt dann: „Papa hat eine neue Wohnung ...“

Je nach eingenommener Perspektive könnte das Verhalten des Kindes beschrieben werden als „[d]etachment from one’s physical surroundings, as in contemplation or daydreaming“ (Thompson, 1993) oder als eine spezifische Wachheit und Konzentration auf einen begrenzten Teilbereich der Aufmerksamkeit. Für Außenstehende sieht es so aus, als sei die Aufmerksamkeit (nach außen) reduziert, d. h., man kann nicht unbedingt erkennen, auf welches innere Geschehen die Aufmerksamkeit dessen gerichtet ist, der sich in einem solchen Zustand befindet. Im Erleben solcher Zustände

gibt es individuelle Unterschiede. So können sich Atem- und Pulsfrequenz bei den Betroffenen unterschiedlich entwickeln. Bei der einen Person sinken sie zu Beginn einer Trance deutlich ab, bei der anderen steigen sie an, erkennbar am Pulsieren der Halsschlagader. Oft kommt es in Zusammenhang mit Trancen zu einer deutlichen Reduzierung des Schluckreflexes, zu einer Veränderung der Pupillengröße, des Lidschlags und des REM-Reflexes. Wir registrieren Veränderung der Hautfarbe und des Muskeltonus im Gesicht. Seltener sind passager auftretende Starrezustände und Levitationen (z. B. einer Hand). Für die Betroffenen sind fast alle der oben genannten Veränderungen, einschließlich veränderter Temperatur- und Gewichtsempfindungen, wahr- bzw. spürbar. Darüber hinaus erleben wir in Trancen psychologisch bedeutsame Unterschiede, z. B. in der sinnlichen Wahrnehmung. Die Außenwahrnehmung wird diffuser, die Innenwahrnehmung fokussierter. Die Richtung der Wahrnehmung ändert sich von außen nach innen. Viele Menschen tendieren in Trancen zu einer literalen Wahrnehmung von Außen- und Innenreizen. Sie nehmen das, was zu ihnen gesagt wird oder was sie zufällig hören, oft ganz wortwörtlich und haben darüber hinaus die verstärkte Tendenz, das Gesagte unmittelbar auf sich zu beziehen als in einem klaren und wachen Zustand. Daher sind Kinder in lernoffener Haltung oder auch Krisen und ähnlichen Zuständen hochsuggestibel. Das heißt, sie glauben, was sie hören, sodass manchmal unbedacht geäußerte Bemerkungen von Lehrern oder Eltern eine dauerhaft tiefe Wirkung auf das Selbstkonzept und ihr Weltbild haben können. Von außen über das EEG messbar sind verstärkt auftretende Alphanuster in den Gehirnwellen.

Psychophysiologische Merkmale von Trancen

Folgende Anzeichen (*minimal cues*) sind von außen zu beobachten:

- Deutliche Reduzierung des Schluckreflexes
- Veränderungen der Pulsfrequenz (Halsschlagader)
- Veränderungen der Atemfrequenz
- Veränderungen der Pupille / defokussierter Blick
- Veränderungen des Lidschlags und des REM-Reflexes (bei geschlossenen Augen)
- Veränderungen der Hautfarbe im Gesicht
- Veränderungen in der Symmetrie der Gesichtshälften (Tonus der Gesichtsmuskeln)
- Gelegentlich auftretende Levitationen (meist eines Armes)
- Gelegentlich auftretende Starrezustände
- Von außen messbar sind auch Veränderungen der Gehirnwellenmuster

Wirkungstheoretische Überlegungen gehen davon aus, dass die Zustandsveränderung bei den intendierten bzw. zufällig stattfindenden inneren Prozessen eine erhebliche Rolle spielt und wahrscheinlich die Voraussetzung dafür ist, dass inhaltliche

Aspekte eine klarere bzw. größere Bedeutung gewinnen (Halsband, 2004). Es geht also um Zustände des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit – noch genauer: um veränderte oder unterschiedliche Zustände und Befindlichkeiten. Diese Veränderungen spiegeln sich als Vorgänge in der Körperchemie und in den Nervenzellen des Gehirns wider.

Roth (2003) und andere haben überzeugend nachgewiesen, dass „gute“ und „schlechte“ Zustände signifikante Einflüsse auf die Speicher- und Reproduktionsprozesse im Gehirn haben. Belastende Inhalte bewirkten deutliche Aktivierungen in den Mandelkernbereichen mit reduzierten Austauschmöglichkeiten zu potentiell korrespondierenden Gehirnspeichern. Erfreuliche und positiv anrührende Inhalte wurden in Zwischenhirnarealen abgelegt, wo sie mehr Möglichkeiten hatten, sich mit anderen bereits gespeicherten positiven Inhalten zu verbinden. Diese Erkenntnis ist insofern wichtig, als dass wir mit ihr zusätzliche neuropsychologische Parameter erhalten, um die Existenz und Bedeutung unterschiedlicher Zustände und Befindlichkeiten besser verstehen und nutzen zu können.

1.2 Imaginationen und Fantasie – die Inhalte von Tranceprozessen

Erzieher, Lehrer und Therapeuten machen diese Erfahrung täglich: Es gibt Situationen, Kontexte, Stimmungen und Aktivitäten, durch die Kinder und Jugendliche animiert werden, „nach innen“ zu gehen und ihre Aufmerksamkeit auf eine besondere Weise zu fokussieren. Stefan Schmidtchen hat dieses Phänomen für die von ihm vertretene Kindertherapie einmal als „Spieltrance“ (Schmidtchen, 2001) bezeichnet.

Neben dem „dissoziierten Erleben im Spiel“ (Borg-Laufs, 2007) fallen uns zudem tagträumende Kinder ein, neben solchen, die lesen und von dieser Tätigkeit in starkem Maße absorbiert werden. In solchen und ähnlichen Fällen können wir ebenfalls von veränderten Zuständen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins ausgehen. Veränderungen, die sich beim Aufzeichnen des elektrischen Hautwiderstandes ebenso zeigen wie im EEG oder in den Ergebnissen bildgebender Verfahren.

Die verbindenden Mechanismen zwischen Tranceprozessen und Fantasien sind also neuronale Aktivitäten, die mit inneren Bildern einhergehen.

Unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten gelten die Grenzen zwischen fantasiertem und realem Erleben bei Kindern bis ca. 12 Jahren ohnehin als fließend, bei jüngeren Kindern freilich stärker als bei älteren (Olness & Kohen, 2006).

Kindliche Imagination und Fantasie – Funktion und Bedeutung wissenschaftlich betrachtet

Nach Hüther und Bonney sind Imagination und Fantasie ein Ergebnis von Gehirnaktivität, Bindungssicherheit und individueller Entwicklung (Hüther & Bonney, 2002). Anna Freud nahm an, dass Fantasien sich aus Deprivationserfahrungen des Kindes heraus entwickeln und die Reaktion auf unbefriedigte Bedürfnisse und unerfüllte Wünsche darstellen (Freud, 1964). Für Bettelheim wirkte Fantasie sowohl bei der Entstehung als auch bei der Bewältigung kritischer Entwicklungsaufgaben mit: Inmitten erlebter Ohnmacht und Abhängigkeit wecke Fantasie Hoffnungen und rette das Kind vor Verzweiflung über sein Versagen. Aber auch subjektiv erlebte Abhängigkeit und Ohnmacht würden durch Fantasien befördert und fokussiert. Im Übrigen sei Fantasie an Entwicklungsstufen gebunden und hilfreich dafür, mit den charakteristischen emotionalen und psychologischen Problemen umzugehen, die während dieser Phasen aufträten (Bettelheim, 1976). Maria Montessori hingegen hielt Fantasie für eine unglückliche pathologische Tendenz der frühen Kindheit, durch welche spätere Charakterschwächen gefördert würden (Montessori, 1914).

Piaget weist der Fantasie eine wichtige Aufgabe bei der kognitiven und sensomotorischen Entwicklung zu: Fantasie sei die Grundlage des symbolischen Spiels, mit dem das Kind seine elementaren motorischen, sensorischen und kognitiven Fähigkeiten entwickle. Aus Salzstreuern werden Autos, im Sandkasten entstehen Burgen und im Vollzug dieser Aktivitäten würden – gebunden an Entwicklungsphasen – die kindlichen Imaginationen zu Vorlagen für die kognitiv-räumliche Wahrnehmung (Piaget, 1992, 2009).

Axline fordert den Therapeuten auf, offen zu sein für den freien Fluss des Fantasiespiels, ohne ihm dabei eine eingegrenzte Bedeutung zuzuweisen. Richtig und beachtenswert ist ihr Hinweis, dass Fantasien und ihre spielerischen Umsetzungen, die für das Kind eine kreative und korrigierende Bedeutung haben, von Erwachsenen häufig gar nicht in dieser Bedeutung erkannt werden (Axline, 1955).

Nach Hilgard (1970) können die Kinder Fantasie einmal als Vehikel benutzen, um sich unbefriedigte Bedürfnisse zu erfüllen und unangenehme Situationen zu wenden. Zum anderen diene die Fantasie zur Entwicklung des kreativen Potentials. Karen Olness (Olness & Garner, 1988) stellt fest, das eigentliche Problem sei die Abwesenheit von Fantasie. Olness und Gardner vermuten, dass die Geringschätzung der Fantasie in westlichen Kulturen zur Entstehung und Verlängerung von Pubertätskonflikten beitrage, und für Olness und Kohen (2001) liefern die Fähigkeiten des Kindes zu imaginieren und zu fantasieren die eigentliche Voraussetzung dafür, in der von ihnen beschriebenen Mischung aus Verhaltenstherapie und Trance mit ihren Klienten zu arbeiten.

Für Violet Oaklander (2016) spielt Fantasie eine überragende Rolle. Sie stellt das eigentliche Arbeitsmaterial für therapeutisches Arbeiten mit Kindern dar. Fantasie sei eine Quelle der Freude und ein Spiegel der inneren Lebensprozesse des Kindes. Verborgene Ängste können ebenso ausgedrückt wie unausgesprochene Ängste dargestellt und Probleme ausagiert

werden; alles mithilfe der Fantasie. Und zuletzt soll Milton H. Erickson erwähnt werden. Er trifft (1980) die Unterscheidung zwischen bewusster und unbewusster Fantasie. Die bewusste Fantasie sei eine einfache Form der (vorgestellten) Wunscherfüllung: Wir sehen uns selbst Taten vollbringen und Meisterwerke schaffen, für deren Umsetzung wir wahrscheinlich kaum gerüstet sind. Unbewusste Fantasien jedoch, so Erikson, seien Mitteilungen unbewusster Wünsche und Kräfte über tatsächliche, aber noch verborgene Möglichkeiten. Sie weisen darauf hin, was möglicherweise erreichbar wäre, wenn die inneren Umstände für eine Realisierung günstig sind. Unbewusste Fantasien sind psychologische Konstrukte in unterschiedlicher Ausformung, für die das Unbewusste bereit ist oder tatsächlich auf eine gute Gelegenheit wartet, um sie zu einem Teil der Wirklichkeit zu machen (Erickson, 1980).

Kinder leben in fantastischen Welten: Tagsüber kämpfen sie gegen Drachen und Monster und spielen ihre Allmachtsfantasien aus. Dieselben Helden, die am Tag ihre abenteuerlichen Taten vollbringen, geraten, wenn es dunkel wird, in Nöte. Tagsüber können wir offenbar leichter von der Fantasie zur Realität hinüberwechseln und umgekehrt. Nachts jedoch, wenn alles undeutlicher, konturloser und schattenhafter ist, fällt eine Realitätsprüfung schwerer. Wir sehen schlechter, und was wir nicht sehen, füllen wir mit unseren inneren Bildern, mit der Fantasie aus. Die Bilder oder Vorstellungen entscheiden wiederum neuropsychologisch gesehen über unser Erleben und über unsere Körperreaktionen – nicht unbedingt die Realität. Das ist schnell zu erkennen, wenn wir einem Kind ein Monster unter dem Bett ausreden wollen oder erklären, dass eine Spinne ungefährlich ist.

Demnach sind auch Angst- und Katastrophenfantasien, Versagens- und Suizidfantasien Fantasien, mit denen wir arbeiten müssen im Sinne einer „Dehypnose“ oder Veränderung der damit einhergehenden Vorstellungen. Die Erfahrung von Fachleuten mit Kindern, die sich in Krisen befinden, zeigt oftmals, wie hartnäckig sich das Erleben von Verletzungen der Grundbedürfnisse in Form von Vermeidungszielen (Grawe, 2004) in inneren Überzeugungen manifestiert. Soziale Phobien z. B. führen durch die Fokussierung auf die „vermutete negative Sicht der anderen auf sich selbst“ zu permanent eingeschränktem Selbsterleben. Anorektische oder auch depressive Jugendliche wenden ihr Wissen, ihre Intelligenz und letztlich auch ihre Interessen gegen sich und nutzen weitgehend unbewusst ihre Fantasie und Vorstellungskraft dazu, sich immer tiefer in den Sumpf ihrer negativen Befindlichkeiten zu manövrieren. Das heißt, dass solcherlei Erleben immer wieder reproduziert wird.

Traumatische Erfahrungen, Verletzungen und abwertende Selbstbildaspekte sorgen kognitiv und emotional dafür, dass innere Bilder, erinnerte Situationen, Gefühle, Vermutungen und Missverständnisse in einer Art Problemtrance (Seite 14) kombiniert und verschmolzen werden, die auch aus einer vernunftgeleiteten Erwachse-

nenperspektive nicht oder nur schwer aufgelöst werden kann, zumindest solange sie erkennbar in diesem Ich-Zustand verharren (siehe hierzu Kapitel 7 „Teilearbeit mit Kindern“).

Der „Klebstoff“ liegt im veränderten Zustand. Ein Trancezustand sorgt im Gehirn für eine Verschmelzung von Inhalten (gleichgültig, ob positiv oder negativ), die eigentlich logisch nichts oder nur wenig miteinander zu tun haben müssen. Das passiert ähnlich wie ein Konditionierungsgeschehen oft unbewusst, sodass ein Auslösereiz, der nicht immer gleich identifizierbar ist, eine komplexe Problemtrance auslösen kann. In der Traumatherapie spricht man hier von Triggern.

Insbesondere gestresste Kinder verbinden in ihrer Fantasie Sachverhalte miteinander, die gar nicht zusammengehören: etwa den Streit der Eltern mit einem vermeintlichen, bis dahin unentdeckten eigenen Vergehen. Kinderpsychotherapeuten erleben immer wieder, dass besonders jüngere Kinder aus Trennungsfamilien die Verantwortung übernehmen für das Scheitern der elterlichen Beziehung und sich (nicht nur in der Fantasie) „Buße“ auferlegen für ihre empfundene Schuld. Im Grunde verbirgt sich hinter diesem Schuldgefühl eine Art Kontrollillusion, die in gewisser Hinsicht ein selbsthypnotischer Zustand ist. Das Kind hat die Idee, dass es etwas hätte richtig oder besser machen können und dann die Eltern zusammengeblieben wären. Das Schuldgefühl korrespondiert also mit der Idee von „Einfluss / Spielräume haben“, denn für etwas, auf das ich keinen Einfluss habe, kann ich schließlich auch keine Verantwortung (Schuld) tragen (vgl. Abbildung 1.1).

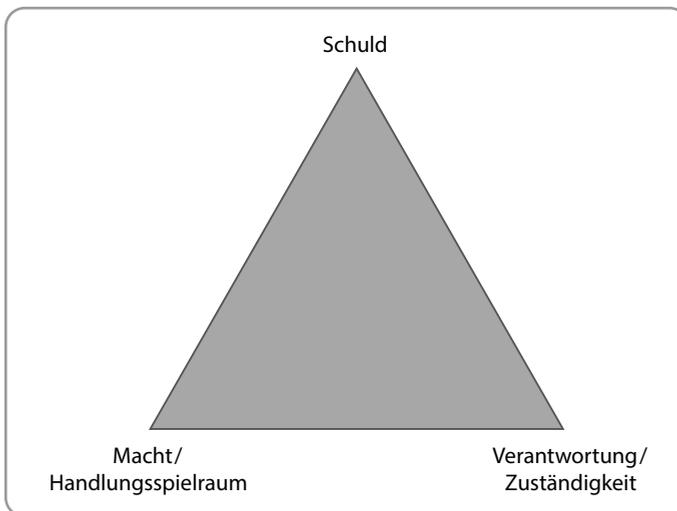


Abbildung 1.1: Kindliche Kontrollillusion: Die Illusion, „schuld zu sein“, ist besser zu ertragen als völlige Hilflosigkeit.

Offenbar ist aber die Illusion, „schuld zu sein“ an der Trennung der Eltern, besser zu ertragen als die völlige Hilflosigkeit, dem Geschehen ausgeliefert zu sein. Um diese Kontrollillusion aufrechtzuerhalten, werden magische Zusammenhänge („Wenn ich X tue, passiert die Katastrophe Y nicht“) hergestellt. Diese Konstruktion ist der Nährboden für Zwänge. Die Fantasien, Imaginationen und Emotionen verbinden sich in assoziativen Trancezuständen zu einer brisanten Mischung von Bekanntheit (durch Erfahrung) und Intensität, die bisweilen auch Suchtcharakter annehmen kann.

Traumatische Erfahrungen sind gekennzeichnet von dem gleichzeitigen Verlust an Kontrolle und Bindung. Wenn das Kind in der Klasse gehänselt, traktiert oder gemobbt wird, muss es die Möglichkeit haben, sich verbal abzugrenzen, in der Fantasie für Gerechtigkeit zu sorgen und sich körperlich zu wehren, wenn es angegriffen wird. Geschieht dies nicht durch entsprechende Unterstützung, führt es dazu, dass Kinder und Jugendliche sich auf unterschiedliche Weise, nicht zuletzt mithilfe der neuen Medien, fantasierte Realitäten und dauerhafte Trancen schaffen, die je nach Qualität und Richtung günstig (Ressourcenförderung) oder ungünstig (Suchtentwicklung) für Wohlbefinden, Verhalten und erwünschte Veränderungen sind. Gelingt keine „Versöhnung“ oder Wiedergutmachung der erlebten Verletzungen, Akzeptanz und Würdigung des Geschehenen, kann ein solcher Zustand dauerhaft in eine Verbitterungsstörung (Linden, 2017) übergehen. Die Betroffenen sind dann nur noch schwer zu erreichen, verbleiben in destruktiven, negativ konservierten Zuständen und kognitiven Mustern, die im schlimmsten Fall zu Menschenhass und Amokläufen führen können.

1.3 Von Hopeless Helpless Attitude (HHA) zu Control Commitment Challenge (CCC)

Im Grunde geht es bei jeder hypnotherapeutischen Intervention um die Entwicklungsrichtung, die aus der gegenüber der Symptomatik erlebten hilflosen hoffnungslosen Haltung (HHA) herausführt, um die Erfahrung von Gestaltungsmöglichkeiten und Selbstwirksamkeit (Control) zu initiieren. Dazu gehören auch Selbstverantwortung und ein Sich-zuständig-Fühlen auch in sozialer Hinsicht, sich etwas *zuzumuten* (Commitment) und Herausforderungen als etwas Interessantes und zu Erforschendes zu erleben, mit Neugier an Neues heranzugehen. Sich also nicht zu fragen, *ob* ich etwas schaffe oder löse, sondern *wie*. Die Formulierung „wie“ löst andere Suchprozesse aus als das „ob“.