

Stefan Hammel

Hypnosystemische Therapie

Das Handbuch für die Praxis



Zu diesem Buch

Seit etwa 25 Jahren bereichern die Methoden der Hypnosystemischen Therapie die Behandlungs- und Beratungsmöglichkeiten von Klienten höchst erfolgreich. In unterschiedlichen Ausprägungen werden hierbei Elemente der Systemischen Therapie mit der Hypnotherapie nach Milton Erickson und häufig auch Aufstellungsarbeit miteinander verbunden. Das Ziel des Herangehens in Therapie und Coaching: Menschen darin zu unterstützen, ihre Wahrnehmung bewusst so zu beeinflussen, dass ein positives Erleben erzeugt und damit Veränderung möglich wird. Stefan Hammel beschreibt in diesem – höchst überfälligen – Buch erstmals sowohl die grundsätzlichen Annahmen und Grundlagen als auch die hypnosystemische Praxis mit den verschiedensten therapeutischen Strategien und Interventionen.

Die Reihe »Leben Lernen« stellt auf wissenschaftlicher Grundlage Ansätze und Erfahrungen moderner Psychotherapien und Beratungsformen vor; sie wendet sich an die Fachleute aus den helfenden Berufen, an psychologisch Interessierte und an alle nach Lösung ihrer Probleme Suchenden.

Stefan Hammel

Hypnosystemische Therapie

Das Handbuch für die Praxis

Klett-Cotta

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2022 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © Adobe Stock/davidpalau

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Altusried-Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI Clausen & Bosse GmbH, Leck

ISBN 978-3-608-89198-0

E-Book ISBN 978-3-608-11870-4

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20554-1

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.

Inhalt

Vorwort	9
Praktische Hinweise	11
TEIL 1 Grundlagen	13
1 Was ist Hypnosystemische Therapie?	19
2 Grundannahmen	25
2.1 Annahmen und Haltungen aus der Hypnotherapie	30
2.1.1 Wirkfaktoren von Therapie	37
2.1.2 Der Kreislauf von Erinnerung und Erwartung	43
2.1.3 Trennen, Verbinden und Verwandeln	47
2.1.4 Vom Folgen und Führen	50
2.2 Annahmen und Haltungen aus der Systemischen Therapie	55
2.2.1 Nutze alles! – Utilisation	55
2.2.2 Das Beständige und der Wandel – Zirkularität und Musterunterbrechung	62
2.2.3 Über Ressourcen, Kontexte, Beziehungen, Zukünfte, Ziele und Lösungen	67
2.2.4 Gute Fragen stellen	72
2.3 Annahmen und Haltungen aus Psychodrama, Aufstellungs- und Teilarbeit	81
2.3.1 Drinnen und draußen	82
2.3.2 Ich als viele	87
2.3.3 Lösungsassoziierte Personen ins Spiel bringen	91
2.3.4 Die transgenerationale Perspektive	93

TEIL 2 Was uns kränkt und was uns heilt	99
3 Blick zurück und Blick nach vorn	101
3.1 Rolle und Identität	102
3.1.1 Der Platz in der Herde	104
3.1.2 Täter und Opfer	111
3.1.3 Krise	120
3.1.4 Neue Zugehörigkeiten	123
3.2 Verlassenheit und Trauma	129
3.2.1 Ursprünge	131
3.2.2 Auslöser	137
3.2.3 Wirkungen	139
3.2.4 Auflösung	142
3.3 Ambivalenz und Konflikt	145
3.3.1 Probleme als Ambivalenzen	147
3.3.2 Die Ambivalenz von Schmerz und Betäubung	150
3.3.3 Konflikte, Doppelbindungen und Gegen-Doppelbindungen	160
3.3.4 Entscheidung – oder doch nicht?	165
TEIL 3 Therapieablauf	167
4 Vorgespräch	171
5 Begrüßung	173
6 Zielklärung	174
7 Anamnese	179
7.1 Anamnese mit systemischen Fragen	180
7.1.1 Fragen des Therapeuten an sich selbst	181
7.1.2 Problemanamnese	183
7.1.3 Anamnese zugeschriebener Probleme	184
7.1.4 Ressourcenanamnese	186
7.2 Anamnese mit Körpersignalen	187
7.2.1 Nutzung von Körpersignalen zur Navigation in der Problemanamnese	187

7.2.2	Nutzung von Körpersignalen zur Navigation in der Ressourcenanamnese	189
7.2.3	Verbindung von Lösungsphysiologie mit Problemerinnerungen	190
7.2.4	Anamnese mit ideomotorischen Signalen	193
7.3	Anamnese mit Lebensmöglichkeiten	196
7.3.1	Anamnese auf der Grundlage verbaler Rückmeldungen	196
7.3.2	Anamnese auf der Grundlage nonverbaler Rückmeldungen	198
7.3.3	Transgenerationale Anamnese	201
7.3.4	Additive Anamnese	209
8	Formen therapeutischer Intervention	212
8.1	Therapeutische Metaphern	212
8.1.1	Ordnung	213
8.1.2	Regulierung	216
8.1.3	Gleichgewicht	218
8.1.4	Transfer	220
8.2	Therapeutische Geschichten	222
8.2.1	Veränderte Interpunktion	226
8.2.2	Geteilte Lebenserfahrung	228
8.2.3	Vorbilder	229
8.2.4	Märchen, Fabeln, Fantasiegeschichten	232
8.3	Therapeutische Landkarten und Landschaften	233
8.3.1	Die Insel der Liebe	234
8.3.2	Inselkarten selbst erstellen	236
8.3.3	Das Bergdorf	240
8.3.4	Idiomatische Landschaften	243
8.4	Therapeutische Räume	249
8.4.1	Linienmodelle	249
8.4.2	Raumflächenmodelle	254
8.4.3	Kreismodelle	259
8.4.4	Dreidimensionale Raummodelle	261
8.5	Therapeutisches Modellieren	263
8.5.1	Subtraktion von Symptomen	264

8.5.2	Unsichtbare Freunde	265
8.5.3	Subtraktion, Addition und Transformation realer und möglicher Personen	267
8.5.4	Draußensofa und Drinnensofa	270
8.6	Therapeutische Grüße	271
8.6.1	Dissoziative Grüße	274
8.6.2	Assoziative Grüße	274
8.6.3	Transformative Grüße	275
8.6.4	Gemischte Grüße	277
8.7	Therapeutische Rituale	277
8.7.1	Technische Rituale	278
8.7.2	Fürsorgerituale	279
8.7.3	Rituale von Abschied und Neubeginn	281
8.7.4	Heilrituale	283
9	Abschluss und Folgestunde	289
9.1	Zweifel ausräumen und Zuversicht aufbauen	289
9.2	Terminvereinbarung	294
9.3	Eröffnung der Folgestunde	297
9.4	Rückmeldung zur Entwicklung seit der letzten Sitzung	297
10	Verzeichnisse	303
10.1	Ansprechpartner für Ausbildung und Therapie	303
10.2	Personen- und Sachverzeichnis	306
10.3	Verzeichnis der Einzelinterventionen	312
10.4	Literaturverzeichnis	316

Vorwort

»Die Grenzen meiner Sprache bedeuten die Grenzen meiner Welt«, sagt der Philosoph Ludwig Wittgenstein.¹ Sprache schafft Wirklichkeit. Eine begrenzende Sprache schafft Grenzen für die Wirklichkeit. Vorstellungsgrenzen sind Möglichkeitsgrenzen.

Die Grenzen meiner Welt bedeuten nicht die Grenzen des Möglichen in der Welt und auch nicht die Grenzen der Möglichkeiten meines Klienten. Und die Grenzen seiner Sprache, seiner Vorstellungskraft und Hoffnung sind auch nicht die Grenzen seiner Möglichkeiten, wenn es gelingen kann, mit meiner Sprache und Vorstellungskraft die Grenzen seiner Welt zu erweitern.

Kann es sein, dass im Klienten Möglichkeiten zu Lösung, Heilung und Entwicklung schlummern, die bisher nicht verwirklicht sind, weil er bestimmte physiologische Erfahrungen, bestimmte Worte und Bilder, noch nicht entdeckt hat? Und wenn dem so ist, wie kann ich dazu beitragen, dass er dieses Potential entdeckt? Kann man sein Inneres so stimulieren, dass es Möglichkeiten der Lösung, Heilung und Entwicklung zur Verfügung stellt, die sein und mein Bewusstes noch nicht gefunden hatten?

Wie können wir die Sprachgrenzen, Vorstellungsgrenzen, Möglichkeitsgrenzen erweitern, für eine Therapie, die noch sicherer, schonender und nachhaltiger wirkt, oder auch schneller, um mehr Menschen zu helfen und Leidenszeiten zu verkürzen?

Wenn ich in den Jahren meiner therapeutischen Tätigkeit eine innere Stimme gehört habe, die sagt: »Das geht nicht«, dann habe ich es mir zur Gewohnheit gemacht zu fragen: »Ist das sicher? Wie ginge es, wenn es ginge? Wie geht es, wenn es geht?« Ich wähle probeweise

¹ Wittgenstein 1998.

die Hypothese: »Es geht, ich weiß nur noch nicht wie«. Die Lösung, die ich nicht kenne, stelle ich mir vor wie einen Schatz, der in der Erde liegt und den ich finden kann, wenn ich darauf beharre, dass es sich lohnt, ihn zu suchen.

Womöglich ist unsere Wirklichkeit das, was wir erinnern und erwarten.

Vielleicht ist dann alles im Fluss?

Erlauben Sie, dass ich Ihnen, bevor wir richtig beginnen, eine Geschichte erzähle ...

In einer Hütte am Fluss in den felsigen Bergen lebte einmal ein Goldwäscher. Jeden Morgen stand er auf, wusch sich, aß eine Scheibe Brot, zog seine Arbeitskleidung an und ging mit seinem großen Sieb zum Fluss. Viele Jahre lebte er schon hier und hatte schon so manche Tonne Sand gesiebt. An manchen Tagen fand er etwas Gold, doch selten war es mehr als er brauchte, um sich das Nötigste an Essen, Kleidung und an Werkzeug für seinen täglichen Bedarf zu kaufen. Lange hatte er davon geträumt, auf eine große Menge Gold zu stoßen. Doch dieser Traum, das ahnte er jetzt, würde sich wohl nie erfüllen. Denn meistens, wenn er in sein Sieb schaute, war darin nichts zu finden als nur die kleinen Kiesel, die in der Sonne glitzerten. Eines Tages kam ein alter Schulfreund zu Besuch. Er war Juwelier in einer größeren Stadt und hatte es zu einem ansehnlichen Vermögen gebracht. Er interessierte sich, einmal zu sehen, wie dieser Goldwäscher lebte. »Zeig mir doch bitte einmal, wie du Gold wäschst«, bat er den alten Freund. Zögernd stand dieser auf, nahm sein Sieb von der Wand und ging mit seinem Gast zum Fluss. Er tauchte das Sieb in den Fluss, schüttelte es und ließ das Wasser herauslaufen. »Siehst du, wieder nichts«, seufzte er und blickte auf zu seinem Freund. »Das ist ja unglaublich«, sagte der und wurde blass. »Lauter Diamanten!«²

Kaiserslautern, im November 2021

2 Hammel 2006, 94.

Praktische Hinweise

Nach bestem Wissen wurden die Quellen derjenigen Intervention angegeben, die ich von Kolleginnen und Kollegen übernommen habe. Wo keine Quelle angegeben ist, wurde das betreffende Vorgehen von mir entwickelt oder so weiterentwickelt, dass es sich von bereits bekannten Methoden deutlich abhebt. Bei Interventionen, die in Fachkreisen als bekannt vorausgesetzt werden, wurde i. d. R. auf Quellenangaben verzichtet. Bei der großen Zahl der vorgestellten Methoden sind vereinzelt fehlende oder falsche Angaben möglich. Sollten Quellen nicht oder falsch angegeben sein, bitte ich um einen Hinweis, um in künftigen Auflagen auf die Urheber hinzuweisen.

Alle Methoden wurden auch im Format der Therapie per Videogespräch erprobt. Wo Anpassungen des Vorgehens für die Anwendung im Videoformat nötig sind, werden diese an den entsprechenden Stellen im Text erklärt.

TEIL 1

Grundlagen

Zwei Annahmen liegen aller Therapie zu Grunde:

1. Alle Menschen sind gleich.
2. Alle Menschen sind verschieden.

Weil alle Menschen gleich sind, können wir kommunizieren.

Weil alle Menschen verschieden sind, müssen wir kommunizieren.

Um einander zu verstehen, müssen wir annehmen, dass der andere mit seinen Worten und seiner Körpersprache dasselbe meint, was andere und auch wir selbst meinten, wenn wir uns so ausdrückten.

Und um einander zu verstehen, dürfen wir auf keinen Fall annehmen, dass der andere mit seinen Worten und seiner Körpersprache dasselbe meint, was andere und auch wir selbst damit meinen würden. Denn eines ist gewiss: Er meint etwas anderes.³

»Wenn ich Ihnen eines sagen dürfte, was Ihnen viele Umwege im Leben ersparen kann, dann wäre es das: Jeder Mensch auf dieser Welt meint mit jedem Wort, was er sagt, etwas anderes.« Eine Krankenschwester und frühere Schülerin Milton Ericksons erzählte mir vor Jahren, dass der Meister ihr das mit auf den Weg gegeben habe.

3 »Alles ist eins, und alles ist verschieden«. Pascal 2007, 76. Das philosophisch-theologische Konzept des unteilbaren All-einen (hen kai pan) erfordert die paradoxe Gegenüberstellung des Unterschiedlichen. Das Axiom der gleichzeitigen Einheit und Vielheit gilt auch für das hypnosystemische Verständnis von Identität. Jedes verwirklichte Ich birgt viele mögliche.

»Die Sprache ist die Quelle der Missverständnisse«, sagt der kleine Prinz.⁴ Wenn wir eine gemeinsame Basis für unsere Kommunikation suchen, bietet das Achten auf die Physiologie mehr Orientierung als das Achten auf Worte. Die sichtbare und hörbare Körpersprache ist viel urtümlicher. Manches davon hat für die Kommunikation unter Menschen (und zum Teil mit Tieren) universale Geltung. Raum für Missverständnisse gibt es dennoch, denn unterschiedliche kulturelle Prägungen wirken auch hier.

Ein Kreislauf der Missverständnisse entsteht, wenn wir auf Annahme 1 zurückgreifen, wo Annahme 2 sich besser bewährt. Oft ist es besser, »du« und »ich« statt »wir« zu sagen. Ein Kreislauf von Entfremdung und Erniedrigung entsteht, wenn wir Grundsatz 2 anwenden, wo sich Grundsatz 1 besser bewähren würde.

Unterscheidungen von »wir« und »die anderen« trennen Männer von Frauen, Ureinwohner von Kolonisatoren, Erlöste von Ungläubigen, Erwachsene von Kindern, Wächter von Gefangenen und Behandler von Patienten auf eine Weise, die von stetiger Abwertung und Selbstabwertung begleitet ist. Es sind dieselben Unterscheidungen, die auch Mensch und Tier, Kultur und Natur trennen. Die Linien, an denen wir die Unterscheidung zwischen »wir« und »die anderen« vornehmen, sind überwiegend dieselben, mit denen wir zwischen »gut« und »böse«, »richtig« und »falsch«, »klug« und »dumm«, »gesund« und »krank« trennen.

Wenn wir in Ressourcen denken, in Chancen, in Werten, deren Gegenteil nicht Unwerte, sondern andere Werte sind, dann ist es heilsam, Wirklichkeit gemeinsam zu konstruieren und sich einig zu werden: »Wer bin ich? Wer bist du? Wer sind wir? Wie ist die Welt, in der wir uns bewegen?« Hier kann das Leben als Nicht-Nullsummenspiel⁵ gelebt werden, also dem Modell »Freundschaft« oder »Kooperation« folgen, wie das Musikstück einer Band, das der Logik folgt: »Was gut ist für dich, ist auch gut für mich«. In solchen Kontexten ist das »Wir« heilsam. Wo verdeckte oder offene Nullsummen-

4 Das Originalzitat lautet: »Le langage est source de malentendus«, Saint-Exupéry 2001, 67.

5 Zu (Nicht-)Nullsummenspielen vgl. Watzlawick et al. 1969, 210; Watzlawick, 1991, 51 ff. und 59 ff.

spiele, also Modelle von »Wettbewerb« oder »Krieg« überwiegen, hat das »Wir« toxische Qualitäten, und es ist besser, von »du« und »ich« zu sprechen.

Im ersten Fall tut es gut, die Wirklichkeit gemeinschaftlich zu konstruieren, auch wenn sie davon weder universal wahr noch wirklich wird. Im zweiten Fall ist es günstig, zwischen verschiedenen Wirklichkeiten zu unterscheiden und nicht auf der Konstruktion eines gemeinsamen Bildes der Wirklichkeit zu bestehen.

Aus systemischer und hypnosystemischer Sicht wird Wirklichkeit ohnehin nicht analysiert, sondern konstruiert. So sagt Paul Watzlawick, dass »die Wirklichkeit das ist, was wir Wirklichkeit nennen«.⁶ Was das für die Therapie bedeutet, erklärt er so:

Wenn wirklich zutrifft, dass unsere Wirklichkeit immer eine konstruierte ist ... handelt [es] sich ... darum, die eine Wirklichkeitskonstruktion, die leidenschaftend ist und nicht mehr tragfähig sich erweist, durch eine andere, tragfähigere zu ersetzen, und das ist heute meine Idee von Psychotherapie.⁷

Entsprechend formulieren Jochen Schweitzer und Arist von Schlippe: »Wirklichkeit besteht aus nichts anderem als Geschichten«,⁸ und an anderer Stelle:

Was wir als »Wirklichkeit« bezeichnen, entsteht im Dialog, im Gespräch. Das, was wir für wirklich halten, haben wir in einem langen Prozess von Sozialisation und Versprachlichung als wirklich anzusehen gelernt. Systeme konstruieren gemeinsame Wirklichkeiten als Konsens darüber, wie die Dinge zu sehen sind. Die gemeinsame Sichtweise davon, was als »Wirklichkeiten« in einem System erlebt wird, ist sehr weitgehend bestimm-

⁶ Watzlawick et al. 1969, 157.

⁷ Paul Watzlawick, in: Maurer 2021. Vgl. Muffler 2015, 21: »Hypnosystemische ... Therapie [gibt] ... Unterstützung dabei, die Konstruktion der Wirklichkeit (als das, was im Menschen *wirkt*), zu verändern.«

⁸ Schlippe & Schweitzer 1996, 40. Vgl. Groß & Popper 2020, 76: »Unsere inneren Bilder erzeugen unsere Wirklichkeiten«.

mend für Glück oder Unglück, Zufriedenheit oder Unzufriedenheit.⁹

Derselben Tradition folgend sieht Gunther Schmidt die Aufgabe von Therapie darin,

so intensiv und systematisch als möglich Fokussierungshilfen anzubieten, um ... [bereits gespeicherte und verfügbare] Potentiale wieder zu suchen ..., zu finden und zu aktivieren und dann so nachhaltig als möglich in die gewünschten Lebenskontexte zu assoziieren.¹⁰

Die im Klienten bereits angelegten, aber für ihn zunächst nicht zugänglichen Potentiale wieder erreichbar zu machen, heißt, Wahlfreiheit zu ermöglichen. »Wahlfreiheit wieder zu erhöhen ist das zentrale Ziel aller hypnosystemischen Interventionen.«

Vermutlich unterscheidet schon Watzlawick – und mit Sicherheit Schmidt – nicht mehr streng zwischen einer Therapie des Körpers und der Psyche. Die Unterscheidung zwischen nicht-körperlichen psychischen und nicht-psychischen körperlichen Symptomen ergibt aus hypnotherapeutischer und systemischer Sicht auch wenig Sinn. Was als psychisch, körperlich, sozial, endogen oder exogen gedeutet wird, ist hypnosystemisch betrachtet eine Frage der Brille, die der Betrachter aufsetzt. Die Unterscheidungen sind eher Hinweise auf die Modelle im Manual des Behandlers, als dass sie das tatsächliche Leben und Leiden des Klienten beschreiben.

So sind auch Diagnosebegriffe und Beschreibungen sogenannter Pathologien mehr als Hinweise auf die Modelle der Behandler zu betrachten, denn als Beschreibungen dessen, was der Klient erlebt. Es ist nicht so, dass es keinen Bezug zwischen beidem gäbe. Nur ist eine Landkarte nicht die dargestellte Landschaft,¹¹ ein Passfoto nicht

9 Schlippe & Schweitzer 1996, 89.

10 Schmidt 2005, 67 ff.

11 »Die Landkarte ist nicht die Landschaft, die sie darstellt, aber eine korrekte Landkarte hat eine ähnliche Struktur wie die Landschaft, was ihre Nützlichkeit ausmacht«. Korzybski 1994, 58.

die gezeigte Person und das Bild einer Sache nicht die abgebildete Sache.¹² So ist ein »Krankheitsbild« auch nicht das, was in einem Klienten geschieht, sondern eine Konvention über das, was im Kopf des Therapeuten geschehen könnte, wenn er den Klienten sieht. Ebenso ist die Aussage, ob ein Leiden heilbar sei, keine Aussage über die Möglichkeiten des Klienten, sondern über die des Behandlers, genauer: über die Möglichkeiten, die dem Behandler *bekannt* sind. Entsprechend enthalten Prognosen keine Aussage über die Zukunft des Klienten, sondern über die Entwicklung bei einem Durchschnitt anderer Menschen, die unter bestimmten Gesichtspunkten als vergleichbar gelten.

Diagnosen und Prognosen können Orientierungen bieten, enthalten aber ein Risiko. Im Gehirn herrscht immer »Gegenwart«. Die Erwartungen eines Patienten über die ihm prognostizierte Zukunft werden daher in seinem Gehirn im Wesentlichen gleichbehandelt wie Erinnerungen, aktuelle Wahrnehmungen und Deutungen. Sie können bewirken, was sie behaupten. Nun kennt der Organismus auch keine Unterscheidung zwischen »körperlich« und »psychisch«.¹³ Die Regulation der unwillkürlichen Körperaktionen und Körperreaktionen hängt also auch davon ab, wie der Patient seine Prognose hört, versteht und verarbeitet. Viele systemische und hypnosystemische Therapeuten vermeiden daher Diagnosebegriffe. Krankheitskonzepte können aber auch gewürdigt werden, etwa mit Blick auf die Funktionen, die sie im System erfüllen:

»Krankheit« wird ... nicht als »wirklich wahres« Phänomen angesehen, sondern ebenfalls als Konstrukt, wenn auch ein oft sehr bedeutsames. Dabei kann gerade das Konstrukt »Krankheit« ein eminent wichtiges Organisationselement eines Systems

12 Das Problem der Verwechslung des Bildes der Sache mit der Sache selbst illustriert René Magrittes Bild »Ceci n'est pas une pipe« (Dies ist keine Pfeife), vgl. www.publicdelivery.org/magritte-not-a-pipe. Wenn eine Sache in uns abgebildet sein muss, um wahrgenommen zu werden, wann sehen wir dann die Sache oder die Person selbst? Auf was oder wen reagieren wir?

13 Das Konstrukt einer Trennung von Körper und Psyche findet im Denken des Beobachters statt, es hat keine naturwissenschaftliche Grundlage, sondern resultiert aus dem platonischen Weltmodell.

werden, deshalb sollte aus dieser konstruktivistischen Sicht keineswegs zwangsläufig geschlossen werden, man solle in einer Therapie das Konstrukt »Krankheit« zielgerichtet auflösen, um so die Menschen zu unterstützen, sich von dem Erleben zu befreien, ausgelieferte Opfer zu sein (wie dies heute noch häufig in der Systemischen Therapie praktiziert wird). Grundsätzlich gesehen, erscheint dies durchaus sehr wünschenswert. Beachtet werden sollte dabei aber, wie das, wofür »Krankheit« in einem System in eventuell (unbewusst) gewünschter Weise wirkte, z. B. intensiverer Zusammenhalt im System, auf andere Weise erreicht werden kann. Sonst würde der Versuch, Krankheitskonzepte aufzulösen, vielleicht als Bedrohung erlebt werden und mit Abwehr beantwortet werden.¹⁴

Krankheitskonzepte können auch für die Gesundheit und das Wohlbefinden des Klienten genutzt (utilisiert) werden. Anknüpfend an Diagnosebegriffe wird das Modell der Erkrankung auf eine Weise veranschaulicht, dass darin implizierte Lösungen (z. B. gute Absichten des Organismus) Ideen generieren, wie durch die Therapie oder ein bestimmtes Verhalten des Klienten Leid (Handlungsbeschränkungen) vermindert und Wohlbefinden (erweiterte Handlungsmöglichkeiten) gefördert werden.¹⁵

¹⁴ Schmidt 2005, 54.

¹⁵ Narrative Neurahmungen für die meisten psychiatrischen Diagnosen finden sich in Hammel 2016a.

KAPITEL 1

Was ist Hypnosystemische Therapie?

Als Hypnosystemische Therapie werden Gesprächsformen bezeichnet, die Elemente von Systemischer Therapie, Erickson'scher Hypnotherapie und oft auch von Teilarbeit und Strukturaufstellungen¹⁶ in einem wachen Dialog verbinden. Der Begriff »hypnosystemisch« wurde um 1980 von Gunther Schmidt eingeführt. Als Gründe für die Zusammenschau des Erickson'schen und des systemischen Ansatzes in *einem* Konzept führt Schmidt an:

Beide gehen von der Idee aus, alle Lebensprozesse mit dem Blick auf eine mögliche Beschreibung von Mustern zu betrachten. Beide verstehen lebende Systeme als sich selbst organisierende, autopoietische Systeme ...

Beide ... gehen vom fast identischen Verständnis aus, wie Veränderung geschehen kann (nämlich durch die Bildung von Unterschieden in bisher vorherrschenden Mustern).

Die Zusammenführung der Ansätze ergibt auch deshalb Sinn, weil ihre Entwicklung von Anfang an eng verflochten war. Schmidt verweist dabei darauf, dass »die wichtigsten Interventionen der systemischen Arbeit über lange Jahre fast alle aus der Erickson'schen Hypnotherapie entliehen wurden«.¹⁷

16 Schmidt nennt »Körpertherapiemethoden wie Psychodrama, Transaktionsanalyse und Gestalttherapie, aber auch Verhaltenstherapie« als Einflüsse. Schmidt 2005, 9. Jochen Peichl schreibt nachdenklich: »Irgendwie müssen wir die Hypnotherapie von Milton Erickson, das systemische Denken und die therapeutische Arbeit mit Anteilen unter einen Hut bekommen, ohne dass es zu sehr knirscht.« Peichl 2019, 9 f.

17 Schmidt 2004, 38 f.; Schmidt 2005, 7 f., 10.

Der systemische Ansatz wurde in Deutschland ab 1974 vom Münchner Familienkolleg (Gaby Moskau, Gerd Müller), vom Münchner Institut für Integrative Familientherapie (Carole Gammer, Martin Kirschenbaum), am Weinheimer Institut von Maria Bosch,¹⁸ an der Mannheimer Hochschule für Sozialwesen (Elisabeth Nader) sowie prominent von der Heidelberger Gruppe um Helm Stierlin verbreitet.

Diese waren in engem Austausch mit Salvador Minuchin und der Mailänder Gruppe um Mara Selvini Palazzoli. Beide Gruppen standen in Kontakt mit der kalifornischen Palo-Alto-Gruppe mit Paul Watzlawick, Jay Haley, Virginia Satir und anderen, die wiederum in engem Austausch mit Milton Erickson und Gregory Bateson standen.

Paul Watzlawick, John Weakland und Richard Fisch gaben der Systemischen Therapie eine theoretische Fundierung, indem sie deren Praxis mit den Axiomen der Gruppentheorie (Evariste Galois), der Logischen Typenlehre (Alfred Whitehead und Bertrand Russell)¹⁹ und der Systemtheorie (Niklas Luhmann u. a.) verbanden.

Gunther Schmidt, der zur Heidelberger Gruppe gehörte, lernte Milton Erickson in Arizona kennen und brachte, wie einige weitere Kollegen,²⁰ Impulse aus dessen Arbeit nach Deutschland.

In den USA entwickelte Virginia Satir familientherapeutische Konzepte und die Methode der Familienskulptur, die sie auch an deutsche Kollegen vermittelte.

In München lernte Bert Hellinger ihre Methode kennen, der sie in veränderter Form als »Familienstellen« bekannt machte. Später kam es zu einem Bruch zwischen Hellinger und der Mehrheit der systemisch arbeitenden Kollegen. Das Verhältnis zwischen Aufstellern und Systemtherapeuten hat sich später – mit Ausnahme von Hellinger, der gesondert betrachtet wurde – wieder entspannt, wovon der Buchtitel »Aufstellungsarbeit revisited ... nach Hellinger?«²¹ Zeug-

18 Satir 2018, 11 f., 48.

19 Watzlawick et al. 1974. Kommunikationswissenschaftliche Ansätze zur Fundierung von Psychotherapie finden sich bereits in Watzlawick et al. 1969.

20 Neben Gunther Schmidt haben Wilhelm Gerl, Alida Jost-Peter, Hans-Ulrich Schachtner, Bernd Schmid, Peter Nemetschek und Burkhard Peter Ericksons Arbeit aus eigener Anschauung kennengelernt.

21 Weber et al. 2005.

nis gibt. Im systemischen und hypnosystemischen Kontext vermitteln u. a. Gunthard Weber in Wiesloch sowie Insa Sparrer und Matthias Varga von Kibéd in München Techniken der Aufstellungsarbeit. Dabei sind sie regelmäßig im Austausch mit Schmidt und anderen hypnosystemisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen. Im Bereich der Teilarbeit stehen die hypnosystemisch orientierten Kollegen unter anderem mit Vertretern der Ego-State-Therapie wie Kai Fritzsche und Woltemade Hartman in enger Verbindung.

Was trägt die Hammel'sche Art der Therapie zu dieser Geschichte bei?

»Neu ist aus meiner Sicht ... die Weiterentwicklung des Verräumlichens. Die Verräumlichung von Lebensmöglichkeiten und Optionen in der Anamnese und der Therapie. Der Abschied von den Teilen. Das Grüßen ...«, schrieb ein Kollege, der das Manuskript las. »Du transformierst in der Hypnotherapie Vorhandenes achtungsvoll und würdigend in ganz außergewöhnlicher und bemerkenswerter Weise und addierst etwas Neues dazu.« Wissen wollte er, was meine Sicht dazu sei: »Wo ist der Kern von Stefan Hammel, was sind die originären und originellen Stefan-Hammel-Konzepte?«²²

- Ein Beitrag ist, der Arbeit mit Hypnose eine erzählende und dialogische Form zu geben. Dazu gehört es, Anpassungen zu benennen, die benötigt werden, um Hypnose in wach erlebten Zuständen mindestens so wirksam einzusetzen wie in tiefer Trance.²³ (vgl. Abschnitt 2.1.1). Das betrifft die Entwicklung narrativer hypnosystemischer Arbeit als Therapieform, also dem kunstvollen Gebrauch von Metaphern und Beispielgeschichten sowie der Transformation belastender Lebensgeschichten des Klienten in stärkende Selbsterzählungen. Dazu gehört die erstmalige Darstellung der Wirkmechanismen und Gestaltungsmöglichkeiten von therapeutischem Erzählen in einem Gesamtkonzept.²⁴

²² Klaus Haasis, E-Mail vom 23.7.2021.

²³ Hammel 2009a, 20 ff.

²⁴ Hammel 2009a.

- Des Weiteren ist die Entwicklung des Therapeutischen Modellierens²⁵ als einer neuen Therapieform zu nennen. Es handelt sich um eine radikal flexibilisierte und gleichzeitig regelbasierte Form der Interaktion mit personifizierten Lebensmöglichkeiten, die im Sinne Erickson'scher Therapie dissoziiert, assoziiert und narrativ transformiert werden, bis nach Möglichkeit ein symptomfreier Zustand erreicht wird (vgl. Abschnitte 2.3, 7.3 und 8.5).
- Eine grundlegend neu entwickelte Methode ist die Arbeit mit therapeutischen Grüßen (Abschnitt 8.6).²⁶ Es handelt sich um ein besonders effektives, schnelles und vielseitig einsetzbares Vorgehen mit dem Ziel, Veränderungen in den unwillkürlichen Reaktionen von Klienten zu stimulieren, eine Form von Ultrakurzhypnose auf der Basis Erickson'scher Kommunikationsformen.
- Ein weiterer Beitrag ist es, in den Hintergrund getretene Elemente Erickson'scher Hypnotherapie wie den Gebrauch von Anekdoten und anderen Erzählelementen, von therapeutischen Doppelbindungen, Mehrebenen-Kommunikation und vielfältigen Formen der Utilisation verstärkt ins Bewusstsein der therapeutischen Arbeit gerückt zu haben.
- Dazu kommt die Integration spiritueller Konzepte in die therapeutische Arbeit in einer Form, so dass die angebotenen Inhalte auch von Therapeuten und Klienten mit anderen oder unbestimmten Glaubenshaltungen übernommen werden können.
- Abschließend kann die Entwicklung und Beschreibung hunderter von wirksamen Einzelinterventionen erwähnt werden, sowohl für spezifische therapeutische Situationen als auch generalisierbar für beliebige unterschiedliche Anwendungen.

Als Beiträge zur Fachdiskussion können darüber hinaus genannt werden:

²⁵ Hammel 2019a, Hammel et al. 2020, 74 ff.

²⁶ Hammel 2017a.

- das erstmalige und bisher einzige Buch zu Utilisation als der zentralen Herangehensweise von Erickson'scher Therapie.²⁷
- die erste umfassende Darstellung des zweiten zentralen Elements der Arbeit Milton Ericksons, der therapeutischen Mehrebenen-Kommunikation.²⁸
- das hier vorliegende Buch als der erste größere zusammenhängende Entwurf einer Hypnosystemischen Therapie.

Ein Hinweis sei an dieser Stelle erlaubt: Hypnosystemische Therapie ist wohl nicht »eine bestimmte Methode«, sondern lässt sich als therapeutische Haltung beschreiben, aus der ein breites Methodenspektrum erwächst. Schmidt setzt als Konsens voraus,

dass es »die« systemische Therapie oder Beratung nicht gibt, sondern sich ihre Geschichte auszeichnet durch das vielfältige, gleichzeitige Blühen vieler Ausdifferenzierungen der Grundsätze.²⁹

Gleiches gilt für die hypnosystemische Therapie: Die Ansätze der Therapeutinnen und Therapeuten dieser Tradition lassen sich nicht als einheitliches Konstrukt, und noch weniger als »Schule« beschreiben. Vielmehr handelt es sich um eine Vielfalt verwandter und miteinander in Dialog stehender Ansätze.³⁰

27 Hammel 2011, vgl. Hammel 2012b.

28 Hammel 2014a.

29 Schmidt 2004, 16.

30 Wer genau »hypnosystemisch« arbeitet, lässt sich nicht scharf abgrenzen. Mit dem Begriff assoziieren sich neben Gunther Schmidts Ansatz und meinen Konzepten u. a. Modelle und Verfahren von Peter Allemann, Reinhold Bartl, Hiltrud Bierbaum-Luttermann, Wiltrud Brächter, Daniel Dietrich, Jean-Otto Domanski, Martina Gross, Philip Häublein, Peter Hain, Ina Hullmann, Roland Kachler, Andreas Kollar, Anne Lang, Werner Leeb, Dorothea Leichsenring, Ortwin Meiss, Manuela Mey, Cordula Meyer-Erben, Anne Müller, Elvira Muffler, Siegfried Mrochen, Andrea Niedrist, Jochen Peichl, Tilman Peschke, Peter Pfeifer, Vera Popper, Mechthild Reinhard, Claudia Reinicke, Sabine Rösler, Hanne Seemann, Karin Sautter-Ott, Susy Signer-Fischer, Vera Starker, Antonio de Stefano, Peter Stimpfle, Bernhard Trenkle, Martin Weckenmann, Ute Zander-Schreindorfer, Silvia Zanotta und Reinhold Zeyer (Aufzählung ohne Anspruch auf Vollständigkeit). Eine Zusammenschau verschiedener Modelle gibt www.hager-katharina.at/grundlagen.

So wird auch dieses Buch nicht *den* einen hypnosystemischen Ansatz beschreiben. Es stellt vielmehr ein Spektrum an Möglichkeiten hypnosystemischer Therapie vor und präsentiert eine Interpretation dessen, was hypnosystemische Arbeit ausmacht.

KAPITEL 2

Grundannahmen

Im Folgenden sollen einige Gedanken entfaltet werden, die als Grundlage für die weiteren Ausführungen dienen.

Körper und Psyche sind *ein* System. Alle körperlichen Erfahrungen sind durchdrungen von geistig-psychischen, und das heißt auch sozialen, biographischen und familienbiographischen Ein- und Auswirkungen. Die Frage, ob ein Leiden körperlich oder psychisch bedingt sei, ergibt unter dieser Betrachtung wenig oder keinen Sinn. Genauer gesagt, die Antwort auf diese Frage beschreibt keine Wirklichkeit im System, sondern verweist darauf, mit welcher Brille (der psychischen oder körperlichen) der Betrachter auf das Leiden dieses Menschen schaut.

Alles, was somatisch ist, ist auch psychisch, und alles, was psychisch ist, ist auch somatisch.³¹ Schmidt spricht in diesem Zusammenhang von »Somatopsychik«.³²

Wenn der Begriff »psychisch« im Wesentlichen den Bereich der Gedanken und Emotionen bezeichnet, was sind dann Gedanken? Und was sind Emotionen?

Denken ist simulierte Wahrnehmung in Abläufen und vollzieht sich in Geschichten. Die zugrunde liegenden Sinneswahrnehmungen sind in unterschiedlicher Art und Intensität vernetzt. Manche Menschen »sehen« z. B. Töne und Geschmäcker (Synästhesie). Wenn wir vom Denken sprechen, beziehen wir uns meist auf einen der folgen-

31 Zur Verflechtung von körperlichem und psychischem Erleben s. Hammel 2009a, 29; Hammel 2011, 50 ff.

32 Schmidt 2009.

den drei bis vier Vorgänge – oder auf eine Kombination davon, denn vermutlich spielen alle Varianten bei allen Menschen eine Rolle, in unterschiedlicher Priorisierung.

Im einem Fall geht es um eine simulierte *visuelle* Erfahrung, also innere Film- und Bildsequenzen. Man kann auch von Tagträumen sprechen und zwischen solchen unterscheiden, die sich auf die Vergangenheit (Erinnerung), auf die Gegenwart (Deutung aktueller Wahrnehmung), auf die Zukunft (Erwartung, oft als Hoffnung oder Befürchtung) oder auf komplett fiktive Inhalte beziehen.

Im anderen Fall geht es um eine simulierte *auditive* Wahrnehmung in Form von Selbstgesprächen. Manchmal erfahren wir uns überwiegend als Hörer gesprochener Inhalte (und erleben dabei ein zweites eigenes Ich oder eine andere Person als Sprecher), manchmal erfahren wir uns überwiegend als Sprecher (mit uns selbst oder einer imaginierten anderen Person als Adressat), manchmal in einem Dialog, indem wir abwechselnd Hörer und Sprecher sind.

Einige, bei denen der *kinästhetische* Zugang zu sich und zur Welt überwiegt, erleben, dass sich ihre Gedanken aus Körpergefühlen und Körperreaktionen heraus formieren, also aus dem physiologischen Erleben heraus zu ihrem Bewusstsein dringen.

Einzelne Menschen kennen auch Schriftbänder, die vor ihrem geistigen Auge vorbeilaufen (Ticker-Tape-Synästhesie), während sie innere Stimmen hören, so dass sie gewissermaßen »Gedanken lesen«, eine *verbal-visuelle* Variante des Denkens.

Manche werden den Begriff des Denkens rein verbal assoziieren – sie werden sich auf die zweite Variante konzentrieren und das Denken vom Träumen unterscheiden. Für mich ist Denken die Form des Träumens, die verbale Sprache mit einbezieht.

Und **Emotionen**? Wenn wir beobachten, was geschieht, während wir eine Emotion erleben und ausdrücken, finden wir vor allem Körperreaktionen. Dazu gehören unwillkürliche Muskelbewegungen, Erschlaffen und Erstarren der Muskulatur, Veränderungen des Atems, der Herzaktivität und damit auch der Durchblutung, zitternde, vibrierende oder pulsierende Bewegungen, unterschiedliche Körpergefühle, Veränderungen der Schleimhäute, die Aktivierung der Tränendrüsen und vieles andere mehr. Emotionen sind vernetzte

Körperreaktionen, die in ihrem Zusammenspiel nicht den jeweiligen Körperteilen zugeordnet, sondern als Reaktion auf ein äußeres, meist sozial bedingtes Geschehen erlebt werden.

Mit Emotionen reagieren wir auf Veränderungen unserer Sicherheit, Zugehörigkeit und Rolle in unserem sozialen System (»Herde«), auf erwartete bzw. eingetretene Verluste und Beschädigungen unserer Sicherheitszone (»Territorium«, »Heimat«, »Intimsphäre«).

Zu den Emotionen zähle ich Einsamkeit, Wut und Ärger, Angst und Scheu, Traurigkeit, Ekel, Widerwillen und Schauer oder Grauen, Rührung und Ergriffenheit, Scham und Schuldgefühl sowie Freude mit ihren unterschiedlichen Facetten. Als Verbindung von Emotionen und Wünschen können noch Gunst und Missgunst bzw. Neid genannt werden (jemandem Gutes oder Schlechtes gönnen bzw. Gutes missgönnen). Als Verbindung von Emotion und Erinnerung kommen noch Dankbarkeit und Groll, als Verbindung von Emotion und Erwartung Zuversicht und Verzagtheit in Frage.

Emotionen wie Angst oder Traurigkeit treten auch dann auf, wenn unser innerstes Territorium, der Körper, in seinem Überleben oder seiner Integrität bedroht ist. Ekel wiederum ist die Angst der Körperöffnungen. Menschen ekeln sich, wenn sie erleben oder befürchten, dass etwas (über Wunden oder natürliche Körperöffnungen) unerwünscht in ihren Körper eindringt oder wenn sie sich mit einer anderen Person identifizieren, die sich in einer solchen Situation befindet.

Gedanken und Emotionen werden körperlich erlebt, das heißt, wahrgenommen. Bei den Gedanken steht für die meisten Menschen, zumindest im bewusstseinsnahen Bereich, eine visuelle und auditive **Wahrnehmung** im Vordergrund, bei den Emotionen Körpergefühle und Körperreaktionen. In der Welt unserer Träume (einschließlich der aktuellen gedeuteten Wahrnehmung) sind Sehen, Hören, Fühlen und die anderen Sinnesleistungen *ein* Netzwerk. Gedanken und Emotionen sind also zwei Bereiche desselben Geschehens, mit Schwerpunktsetzung auf verschiedenen Sinneskanälen: Wenn wir denken, fühlen wir auch, und wenn wir fühlen, denken wir auch.

Die sinnliche Wahrnehmung bildet also – größtenteils über die

Imagination als Netzwerk simulierter Sinneseindrücke – die Schnittstelle zwischen dem, was wir als körperlich ansehen und dem, was wir psychisch erleben.

Auch unser Immunsystem verfügt über Sinneskanäle, die wie unser Sehen, Hören und Riechen das Potential der Chancen und Gefahren im Bereich der eintreffenden Reize auslotet. Wie die anderen Sinne lernt, erwartet und erinnert es und erschafft hilfreiche oder irrtümliche Verbindungen von Reiz und Reaktion. Bei überlastenden sozialen oder territorialen Erfahrungen erzeugt es zuweilen Triggerreaktionen, die sich von traumatischen Reiz-Reaktions-Mustern nicht unterscheiden. Medizinisch lassen sich viele vom Immunsystem gesteuerte Auslösemuster als Autoimmunerkrankungen beschreiben. Es ist bezeichnend, dass sowohl bei der Behandlung von Phobien als auch bei Allergien von »systematischer Desensibilisierung« gesprochen wird. Allem Anschein nach ist nicht nur die Therapie, sondern auch die behandelte Störung essentiell dieselbe – nur handelt es sich einmal (bei den meisten diagnostizierten Phobien) um einen Fehlalarm im visuellen Wahrnehmungssystem, das andere Mal um einen entsprechenden Irrtum in der immunologischen Wahrnehmung.³³ Neben den bewussten Wahrnehmungs-

33 Hammel 2017a, 116 ff. Unterberger, Wilcke und Witt vermerken: »Eine Reihe von Studien belegen, dass Menschen mit erhöhtem Angstpotential auch verstärkt allergisch reagieren. Vgl. Balon 2006. Eine aktuelle Auswertung an 4181 Probanden zeigt, dass eine Desensibilisierungsbehandlung zumindest den Gemütszustand der Allergiker so beeinflusst, dass psychiatrische Angst- und Depressionsdiagnosen signifikant abnehmen. Vgl. Goodwin et al. 2012, Roy-Byrne et al. 2008. Sollte die aufwändige Behandlung ihre Wirkung über psychologische Zusammenhänge erzielen, wäre eine psychologische Intervention sicherlich direkter, einfacher, wirksamer und kostengünstiger.« Unterberger et al. 2014, 23. Die Autoren nennen Fallbeispiele, bei denen allergische Reaktionen erstmals unmittelbar in traumatischen oder konflikthaften Situationen entstanden sind und bis zu einer Therapie, die psychologische Faktoren berücksichtigte, bestanden. Vgl. *ibid.*, 23 ff. Der Mediziner Salomon Sellaam gibt zahlreiche medizinische Fallbeschreibungen, die darauf hinweisen, dass traumatische Erfahrungen (»psy-choc émotionel déstabilisant«) dauerhafte allergische Reaktionen auslösen können: »Dans la quasi-totalité des histoires d'allergie il existe un ... episode [destabilisant à l'origine du déclenchement des symptômes] plus ou moins occulté aujourd'hui.« Das Allergen sei unmittelbar mit einer ausgeblendeten Gefahrensituation assoziiert, vor der es warne: »L'allergène ... est toujours accolé à une situation de danger précédemment ressenti comme telle ... L'allergène n'est qu'un simple

kanälen gibt es also auch solche, die unbewusst bleiben, sich aber analog verhalten. Entsprechend sind, soweit ich sehe, alle therapeutischen Interventionen, die bei Phobien und traumatischen Triggern wirken, auch bei Allergien effektiv und umgekehrt.³⁴ Der Zusammenhang wird auch deutlich, wenn wir Allergiepatienten fragen: »Seit wann haben Sie das? Und was war damals noch?«

Jede Wahrnehmung bedarf der Deutung, und natürlich unterliegen wahrgenommene und gedeutete Inhalte Irrtümern im Sinne von Über-, Unter- und Fehlinterpretationen.³⁵ Zunehmend wird deutlich, dass unsere Sinne die Wirklichkeit weniger analysieren als konstruieren, weshalb womöglich »die Wirklichkeit das *ist*, was wir wirklich *nennen*«. ³⁶ »Wirklichkeit« ist ein kulturell entwickeltes Konzept, ein Ergebnis gemeinschaftlich gedeuteter Wahrnehmungen und nicht ihre primäre Quelle. Wenn wir zu analysieren meinen, was wir (oder unsere Vorfahren und die Gemeinschaft, in der wir unsere Umwelt interpretieren) zuvor geschaffen haben, treten wir in Kreisläufe von sich selbst bestätigenden Annahmen ein. Gunther Schmidt schlägt in diesem Zusammenhang vor, nicht mehr von »Wahrnehmung«, sondern von »Wahrgebung« zu sprechen.³⁷ Unterschieden werden kann zwischen der Wirklichkeitskonstruktion einzelner – evtl. von anderen als paranoid angesehenen – Individuen und der »Konsensusrealität«³⁸ von gesellschaftlichen Mehrheiten oder von Überzeugungsgemeinschaften. Diese erzeugen auf unterschiedlichem Weg Plausibilität. Plausibilität entsteht z. B. durch normierte experimentelle Settings, durch religiöse Offenbarung, durch

avertisseur de l'imminence d'un danger déjà connu, mais occulté.« Vgl. Sellam 2006, 37 ff.

Gunther Schmidt verweist auf die »somatopsychische« Qualität von Allergien. Vgl. Schmidt 2009.

34 Von einer Auflösung phobischer Strukturen durch »Flooding« wird abgeraten, weil die Methode gegenüber anderen wirksamen Möglichkeiten vergleichsweise leidvoll ist und potentiell retraumatisierend ist.

35 Nicht nur visuelle Irrtümer oder Ergänzungen des Ohrs beim Hören einer MP₃ (datenreduzierte Datei), sondern auch immunologische Fehlleistungen bei Autoimmunerkrankungen lassen sich so kategorisieren.

36 Watzlawick et al. 1974, 157 u. ö.

37 Schmidt 2005, 181.

38 Schmidt 2004, 233, 238 ff. u. ö.