

Provokation in der Beratung  
Haltung, Anwendung und Wirkungsweise  
Eine empirische Erhebung bei Anwendern

Ing. Stefan Gros  
Masterlehrgang „Counseling“  
ARGE Bildungsmanagement Wien  
2010

Heiligenstädterstraße 177/1/3/9  
A-1190 Wien

# **1. Vorwort**

## **Danksagung**

Ich möchte auf diesem Wege meinen Eltern danken, die sicherlich mittlerweile die Hoffnung auf eine akademische Würde aufgegeben hatten, sowie meinen Freunden, die mir mit Rat und Tat zur Seite standen. Herzlichen Dank möchte ich auch jenen Personen aussprechen, die sich als Interviewpartner zur Verfügung gestellt haben und vor allem auch denjenigen, die ich auch abseits der Arbeiten an dieser Schrift kennenlernen durfte und von deren Arbeit ich viel lernen konnte, dazu zählen namentlich Martina Schmidt-Tanger, Dr. Gunther Schmidt und Hans-Ulrich Schachtner, aber auch Eveline Gisela Amort, Dr. Nico Rose, Peter Battistich, Beate Janota und Dr. Eleonore Höfner. Abschließend noch meinen Dank an meinen Betreuer, Herrn Mag. Stadlober, der mit großer Geduld und Langmut auf die Fertigstellung meiner Arbeit gewartet hat und wertvolle Hilfestellung gab. Sollte ich eine gute Note erhalten, danke ich auch Herrn Univ.-Prof. Mag. Dr. Gerhard Benetka.

## **Anlass der Arbeit**

Im Jahr 1974 veröffentlichte Frank Farrelly gemeinsam mit Jeff Brandsma erstmals sein Buch „Provokative Therapie“. Seither hält er Seminare in der ganzen Welt, bricht Tabus, bringt Menschen zum Lachen und erntet von manchen ein kopfschüttelndes „Das kann man mit Klienten doch nicht machen!!“. Andere hingegen setzen die Idee der hilfreichen Provokation längst praktisch ein. Theoretische Grundlagen und Literatur, die sich mit therapeutischen Interventionen beschäftigen, sind sehr selten. Dies soll diese Arbeit etwas lindern.

## **Fragestellung**

Beforscht wird im Rahmen dieser Arbeit, wann Provokation in der Therapie eingesetzt wird und wann nicht, welche Voraussetzungen dafür gegeben sein müssen, dabei insbesondere welche Haltung der Therapeut haben muss, wenn er erfolgreich sein will, und welche

Wirkungsweisen praktische Anwender der Provokation im therapeutischen Kontext zugrunde legen. Konkret wird der Versuch unternommen, folgende Fragen zu beantworten:

1. Wann setzen Praktiker Provokation ein?
2. Was sind die Grundvoraussetzungen, damit Provokation nützlich ist?
3. Welche Wirkungsweise wird von Praktikern vermutet und welche Erklärungsmodelle liefern sie?
4. Wann und wieso wird auf Provokation verzichtet?

### **Aufbau der Arbeit**

Zuerst wird in dieser Arbeit gezeigt, dass Provokation in therapeutischen Settings viel weiter zurückreicht, als zu Frank Farrelly. Viele bedeutende Therapeuten und Gründer therapeutischer Schulen haben sie eingesetzt. Danach wird der Versuch unternommen, die Ansätze der Provokativen Therapie in das Umfeld systemischen Denkens und systemischer Therapie einzuordnen und das Konzept, welches hinter der Provokativen Therapie im Speziellen aber auch hinter Provokation in Therapie und Beratung im Allgemeinen steht, zu erklären. Im praktischen Teil werden mit Hilfe der qualitativen Methode des Interviews die Meinungen renommierter Praktiker, die Provokation in der täglichen Arbeit nutzen, eingeholt und ihre Antworten zu den Forschungsfragen wiedergegeben.

## 2. Abstract

Die "Provokative Therapie" von Frank Farrelly ist nun schon mehr als 40 Jahre alt. Trotzdem gibt es kaum Literatur, die sich mit dem Einsatz von Provokation in Beratungs- und Therapiekontexten auseinandersetzt. Dies ist umso verwunderlicher, als sie bei vielen Praktikern zum täglichen Interventionsrepertoire gehört. Im Rahmen dieser Arbeit wird nach den Kriterien des Einsatzes von Provokation, den Kontraindikationen, sowie den vermuteten Wirkungsweisen gefragt. Befragt wurden Praktiker, die Provokation in Beratungs- und Therapiesprächen nutzen, mittels eines halboffenen Fragebogens. Die Ergebnisse wurden transkribiert und einer strukturierten Inhaltsanalyse unterzogen. Provokation wird, wie diese Arbeit zeigt, verwendet, um sehr schnell und effizient Veränderungen zu bewirken. Sie ist allerdings nur hilfreich, wenn vor allem die innere Haltung des Therapeuten sicherstellt, dass die Provokation nicht zynisch und abwertend verstanden wird. In diesen Fällen ist Provokation ein mächtiges Hilfsmittel, welches das Leben und die Arbeit von Beratern und Therapeuten stark vereinfachen kann.

Although Frank Farrelly's Provocative Therapy is already more than 40 years old, there is hardly literature examining its counseling and therapeutic applications. This is surprising since many practitioners address provocation in their intervention repertoire. This paper examines the criteria for using provocations, their inherent contradictions, as well as the presumed results of using provocation techniques. Practitioners who employ provocation techniques in therapeutic settings were interviewed using semi-open questioning techniques. The results were transcribed and structured content analysis was applied. This paper demonstrates that provocation is used to achieve change in a fast and efficient manner; yet is only effective if the therapist can assure the client does not experience the provocation to be cynical or demeaning. In this case, provocation proves to be a powerful tool for counselors and therapists .

### **3. Eigenständigkeitserklärung**

Hiermit bestätige ich durch meine Unterschrift, dass ich meine Masterthesis mit dem Titel „Provokation in der Beratung - Haltung, Anwendung und Wirkungsweise, Eine empirische Erhebung bei Anwendern“ eigenständig verfasst habe. Ich bin damit einverstanden, dass die Masterthesis auf der Website der ARGE Bildungsmanagement Wien veröffentlicht wird.

Ing. Stefan Gros

## 4. Inhalt

1. Vorwort .....	2
2. Abstract .....	4
3. Eigenständigkeitserklärung .....	5
4. Inhalt.....	6
5. Theoretischer Teil .....	9
5.1. Einleitung.....	9
5.1.1. Begriffsdefinition .....	9
5.2. Geschichte der Provokation in Therapie und Beratung.....	15
5.2.1. Ein kulturhistorischer Rückblick – Der Narr .....	15
5.2.2. Humor und Provokation in der modernen Psychotherapie .....	17
5.2.3. Frank Farrelly.....	24
5.3. Systemischer Zugang zur Provokation.....	26
5.3.1. Anwendung der Ansätze der Systemtheorie auf die Beratung.....	26
5.3.2. Systemische Grundhaltung.....	27
5.4. Das Konzept der Provokativen Therapie.....	30
5.4.1. Einstellung des Therapeuten .....	31
5.4.2. Wertschätzung, „der gute Draht“ .....	32
5.4.3. Humor und Lachen in der Provokativen Therapie.....	34
5.4.4. Respektlosigkeit .....	39

5.4.5.	Unvorhersehbarkeit des Therapeuten.....	40
5.4.6.	Übertreibung.....	40
5.4.7.	Authentizität, Kongruenz und Inkongruenz .....	41
5.4.8.	Offenheit und Ehrlichkeit – Die „Zumutung für den Klienten“.....	42
5.4.9.	Der längere Hebel – Direktives Vorgehen in der Provokativen Therapie .....	43
5.4.10.	Die Aktivdiagnose .....	44
5.4.11.	Bild- und metaphernreiche Sprache .....	44
5.4.12.	Tabubrüche .....	45
5.5.	Erklärungsversuch der Wirkungsweise .....	47
5.5.1.	Neurobiologische Grundlagen der Veränderung.....	47
5.5.2.	Dissoziation aus dem Problemerleben .....	49
5.5.3.	Aktivierung durch Autonomiebedürfnis .....	50
5.5.4.	Musterunterbrechung .....	51
5.5.5.	Förderung der Ambiguitätstoleranz .....	51
5.5.6.	Förderung der Authentizität des Therapeuten.....	53
6.	Praktischer Teil .....	54
6.1.	Leitfaden.....	54
6.2.	Auswahl der Befragten .....	55
6.3.	Biographische Daten der Befragten.....	55
6.3.1.	Martina Schmidt-Tanger .....	55
6.3.2.	Dr.med. Dipl.-rer.pol. Gunther Schmidt .....	56
6.3.3.	Hans-Ulrich Schachtner .....	56

6.3.4.	Eveline Gisela Amort .....	56
6.3.5.	Beate Janota.....	57
6.3.6.	Dr. Peter Battistich .....	57
6.3.7.	Dr. Nico Rose .....	57
6.3.8.	Dr. Eleonore „Noni“ Höfner .....	58
6.4.	Interviewsituation .....	58
6.5.	Methodik & Auswertung der Interviews .....	59
6.5.1.	Methodik .....	59
6.5.2.	Auswertung der Interviews .....	59
7.	Conclusio.....	94
8.	Ausblick .....	97
9.	Literaturverzeichnis.....	98
9.1.	Bücher.....	98
9.2.	Zeitschriften und Studien.....	101
9.3.	Audio-visuelle Medien: .....	103
9.4.	Internetquellen .....	103
10.	Abbildungsverzeichnis .....	103
11.	Abkürzungsverzeichnis .....	104

## **5. Theoretischer Teil**

### **5.1. Einleitung**

In dieser Arbeit wird ein konstruktivistischer und systemischer Ansatz vertreten. Es wird der Versuch unternommen, die Interventionsformen der Provokativen Therapie bzw. die Grundformen in einer allgemein einsetzbaren Art der „provokativen Kommunikation“ in den Kanon der systemischen Maßnahmen einzugliedern, da die Grundhaltung des Anwenders und Zugang der Pioniere des systemischen Ansatzes und jene des Gebietes der Provokativen Therapie starke Parallelen aufweisen. Darüber hinaus wird aufgezeigt, dass Provokation in der Therapie nichts Neues ist, sondern von den meisten bekannten und berühmten Psychotherapeuten eingesetzt wurde und wird.

#### **5.1.1. Begriffsdefinition**

Folgende Begriffe werden in der Arbeit wie folgt verwendet:

##### **Autopoiese**

(griech. autos=selbst; poiein=machen)

Laut Maturana und Varela kennzeichnen sich Lebewesen dadurch, dass sie sich selbst – buchstäblich – andauernd selbst erzeugen. Darauf beziehen sich Maturana und Varela, wenn sie die definierende Organisation autopoietische Organisation nennen (Maturana & Varela, 1987, S. 50).

## System

Im Rahmen dieser Arbeit wird zwischen biologischen und psychischen autopoietischen Systemen (Lebewesen) und sozialen Systemen unterschieden. Lebewesen zeichnen sich nach Maturana und Varela durch eine Dynamik (Stoffwechsel), einen Rand (Membran) und deren Wechselwirkung aus. (vgl. Maturana & Varela, 1987, S. 53) „Die eigentümliche Dynamik eines autopoietischen Systems ist, dass es sich sozusagen an seinen eigenen Schnürsenkeln emporzieht und sich mittels seiner eigenen Dynamik als unterschiedlich vom umliegenden Milieu konstituiert.“ (Maturana & Varela, 1987, S. 54). Lebewesen sind autonome Einheiten, in dem Sinn, dass „das System fähig ist, seine eigenen Gesetzmäßigkeiten beziehungsweise das ihm Eigene zu spezifizieren“. Dazu ergänzt Luhmann: „Als Ausgangspunkt jeder systemtheoretischen Analyse hat, darüber besteht heute wohl fachlicher Konsens, die *Differenz von System und Umwelt* zu dienen. Systeme sind nicht nur gelegentlich und nicht nur adaptiv, sie sind strukturell an ihrer Umwelt orientiert und können ohne Umwelt nicht bestehen. Sie konstituieren und sie erhalten sich durch die Erzeugung und Erhaltung einer Differenz zur Umwelt, und sie benutzen ihre Grenzen zur Regulierung dieser Differenz. Ohne Differenz zur Umwelt gäbe es nicht einmal Selbstreferenz, denn Differenz ist Funktionsprämisse selbstreferentieller Operationen. In diesem Sinne ist *Grenzerhaltung* (boundary maintenance) Systemerhaltung.“ (Luhmann, 1987, S. 35).

Dieses „Wechselspiel“ von sozialen (z.B. Gesellschaft, Familien), biologischen (Lebewesen) und psychischen Systemen (Menschen) ist nun jener Dreh- und Angelpunkt, an dem Beratung stattfindet. Wenn wir davon ausgehen, dass soziale Systeme vorzugsweise Gegenstand der Soziologie sind, biologische hingegen der Biologie oder der Medizin zuzurechnen sind und psychische Systeme von Psychologen untersucht werden, bearbeiten Berater, Coaches und Therapeuten jenen interdisziplinären Bereich, an dem sich diese Systeme strukturell koppeln. Das macht von jeher die Abgrenzung schwierig. Gegenstand der Beratung ist also aus dieser systemischen Sicht immer ein interaktioneller.

## **Autonomie (Kontrollbedürfnis)**

Lebewesen sind autonome Einheiten. Ein System ist autonom, wenn es dazu fähig ist, seine eigene Gesetzlichkeit, beziehungsweise das ihm Eigene zu spezifizieren. Es ist evident, dass seine Autonomie einer der unmittelbarsten Aspekte eines Lebewesens ist. (Maturana & Varela, 1987, S. 55)

„Das Kontrollbedürfnis ist also ein Bedürfnis, etwas zu können, was zur Herbeiführung und Aufrechterhaltung der eigenen Ziele wichtig ist. Es bezieht sich auf den Kompetenzaspekt der psychischen Aktivität. Etwas nicht im Sinne eigener Ziele kontrollieren zu können, was einem sehr wichtig ist, stellt eine schwerwiegende Verletzung des Grundbedürfnisses nach Kontrolle dar.“ (Grawe, 2004, S. 232f). Die Wiederherstellung von Autonomie ist eines der Grundanliegen der Provokativen Therapie.

## **Coaching, Beratung, Therapie, Supervision**

Nach Niklas Luhmann operiert das Gesundheitssystem nach dem binären Code krank/gesund. Dieser Idee ordnen sich auch die Regeln am Therapiemarkt unter. Die Trennung zwischen der Tätigkeit von Coaches und Therapeuten verläuft an dieser Trennlinie zwischen Krankheit und Gesundheit. Zwischen den einzelnen Berufen bzw. deren Vertretern existieren unterschiedlichste Definitionen. So sieht der ÖVS, der Verband der Supervisoren, Coaching als Teilbereich der Supervision (Homepage ÖVS: [http://www.oevs.or.at/beschreibung\\_sv.htm](http://www.oevs.or.at/beschreibung_sv.htm) abgerufen am 23.8.2010) und daher als freies Gewerbe. Für die Wirtschaftskammer ist Coaching im privaten Bereich im Berufsbild der Lebens- und Sozialberater verankert und verlangt einen Gewerbeschein. Jedenfalls betrifft Coaching nur „Gesunde“, und „Kranke“ gehören in die Obhut von Psychotherapeuten bzw. Psychiatern, wobei nur letztere medikamentös unterstützte Therapien anbieten dürfen (vgl. Psychotherapiegesetz BGBl.Nr. 361/1990 ST0151 Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie). Im Rahmen dieser Arbeit werden die Begriffe Coaching, Beratung, Therapie und Supervision synonym verwendet, da ein systemischer Ansatz zugrunde liegt und in diesem eine Unterscheidung in krank und gesund als nicht sinnvoll erachtet wird. Anlass für eine Therapie

oder Beratung ist, dass ein Klient ein psychosoziales Problem konstruiert und Hilfe bei einem Professionalisten (Berater, Coach, Therapeut) sucht.

### **Problem**

Ein Zustand, in dem ein Mensch einen Soll-Zustand positiver konnotiert als den Ist-Zustand und mit dem Versuch, diesen zu erreichen, gescheitert ist, bzw. das Scheitern antizipiert hat und gar nicht handelt. Der starke Wunsch, den Soll-Zustand zu erreichen, bleibt bestehen. (vgl. Schmidt G. 2010, S. 103)

### **Provokation**

Provokation wird in der Provokativen Therapie im Sinne des lateinischen „provocare“: herauslocken, hervorbringen verstanden. Es ist kein Freibrief, um Klienten zu verletzen oder gering zu schätzen, im Gegenteil. Im medizinischen Kontext ist die Symptomprovokation geläufig, die das Hervorbringen eines speziellen Krankheitssymptoms zum Ziel hat. Es wird gezeigt werden, dass neben diesen Krankheitssymptomen auch Hilfreiches hervorgehoben werden kann.

In einer weiten, systemischen Definition kann jede wirkungsvolle Intervention als Provokation, als effektive Perturbation verstanden werden, welche das Klientensystem zu einer Anpassungsleistung an geänderte Umweltbedingungen anregt. Im engeren Sinn wird im Zuge dieser Arbeit eine herausfordernde Vorgehensweise, der Konfrontation des Klienten mit seinem Problem, verstanden. Diese erfolgt zumeist humorvoll und übertrieben. (vgl. Farrelly & Brandsma, 1974)

## **Pacing**

Der Begriff Pacing kommt aus der Hypnotherapie und wird auch im NLP verwendet.

Unter Pacing versteht man die Angleichung des eigenen Verhaltens an das des Kommunikationspartners, um damit eine gemeinsame Grundlage zu schaffen. (vgl. Bachmann 1999, S. 341)

Grawe spricht von „Aktivierung des Annäherungssystems“ (Grawe, 2004, S. 421) und meint damit den Aufbau einer stabilen Therapeuten/Klienten-Beziehung. Grawe betont die Wichtigkeit dieser Beziehungsgestaltung: „Der Therapieerfolg ist also zu einem wesentlichen Teil davon abhängig, wie gut es durch komplementäre, maßgeschneiderte Beziehungsgestaltung und durch Ressourcenaktivierung gelingt, dem Patienten positive bedürfnisbefriedigende Erfahrungen zu vermitteln.“ (Grawe, 2004, S. 421)

## **Rapport**

Aus der Hypnotherapie kommt der Begriff Rapport, der auch im NLP übernommen wurde. „Rapport besteht zwischen zwei oder mehreren Individuen, wenn während der Kommunikationssituation ein Verhältnis gegenseitigen Vertrauens aufgebaut und erhalten wird.“ (Bierach, 1989, S. 19) „Rapport umfasst all jene Maßnahmen, die eine gute zwischenmenschliche Kommunikation herbeiführen können. Das passiert in alltäglichen Kommunikationssituationen ganz von selbst. Wenn Menschen miteinander kommunizieren, dann stimmen sie sich unbewusst in ihrem Verhalten aufeinander ein. Das von ihnen erreichte Maß an Synchronizität und Harmonie stellt dabei einen Maßstab für die Güte der Kommunikation dar und ist auch wahrnehmbar.“ (vgl. Stahl, 1989, S. 77)

## **Reframing**

Reframing bedeutet wörtlich, ein Bild oder ein Erlebnis mit einem neuen oder anderen Rahmen zu versehen. Im psychologischen Bereich beinhaltet Reframing, dass man die Bedeutung von etwas verändert, indem man es in einen anderen Rahmen oder Kontext stellt.

Ein psychischer Rahmen ist der kognitive Kontext eines bestimmten Ereignisses oder Erlebnisses, der die Grenzen und Einschränkungen der jeweiligen Situation festlegt. Rahmen haben starken Einfluss darauf, wie bestimmte Erlebnisse oder Ereignisse interpretiert werden, und wie auf sie reagiert wird. (Diltz, 2005, S. 147)

## **Humor**

Humor ist im Alltagsgebrauch, häufig auch in der einschlägigen Literatur, nicht eindeutig definiert. Der Ambivalenz dieses Phänomens scheinen auch die Versuche zu entsprechen, es begrifflich begreifbar zu machen. Aus systemischer Perspektive scheint das unmöglich zu sein. Humor ist Teil oder sogar Form menschlicher Kommunikation und diese ist in ihrer Wirkung eher missverständlich, uneindeutig und nicht objektiv zu bestimmen. (Effinger in Effinger, 2009, S. 30)

Humor, Komik, Heiterkeit und ihre körperliche Repräsentanz, das Lachen, ist Gegenstand intensiver Forschung. Zur Unterscheidung schreibt Freud: „Komik entsteht, einen Witz macht man und Humor hat man“. Humor ist ein kognitives Phänomen, wohingegen bei der Heiterkeit der emotionale Aspekt im Vordergrund steht. (Papousek in Effinger, 2009, S. 87)

## **5.2. Geschichte der Provokation in Therapie und Beratung**

Obwohl der Name „Provokative Therapie“ eine Entwicklung von Frank Farrelly ist, geht der Einsatz von Provokation viel weiter zurück. Provokation wurde von jeher verwendet, um neue Sichtweisen zu eröffnen, auf eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten hinzuweisen und humorvoll überzeichnet Missstände anzuprangern. Satire, Kabarett und Clownerie demonstrieren außerhalb des vermeintlich oft todernten Gebietes der Beratung und Therapie, dass es auch lustvoll und unterhaltsam möglich ist, verfestigte Denk- und Verhaltensstrukturen zu verflüssigen.

### **5.2.1. Ein kulturhistorischer Rückblick – Der Narr**

(vgl. Karnath in Effinger, 2009)

Lange bevor die Provokative Therapie unter diesem Namen bekannt wurde, gab es in allen Kulturen Menschen, die nach sehr ähnlichen Prinzipien arbeiteten. Sie hießen Harlekin, Till Eulenspiegel, Hanswurst, Dummer August oder Heyoke bei den nordamerikanischen Indianern. Heute nennen wir diese Figur in unserer Kultur Clown. Sigrid Karnath schreibt dazu:

„Wir nehmen an, dass es die Position des Narren in allen kulturhistorischen menschlichen Zusammenhängen gibt und gab, weil sie gebraucht wird, um Gruppen, Gemeinschaften und ein Gesellschaftssystem beweglich zu erhalten und letztendlich zu stabilisieren (Räwel 2005). Immer rührt diese Figur an den Grundfesten der Ordnung und Hierarchie. Sie kann alle Normen durchbrechen und riskiert manchmal auch Kopf und Kragen dabei. Das Denken und die gewohnten Strukturen auf den Kopf zu stellen und in ein befreiendes Lachen münden zu lassen, bringt so manches Gedankengebäude ins Wanken. Der Clown darf und soll sich auch mit ernstesten Themen auseinandersetzen. Dieses ist seine Funktion und seine gesellschaftliche Position, er ist Mittler, er sitzt am Zaun mit dem Blick in beide Welten, er stellt sich

und die Dinge auf den Kopf, um sie aus einer anderen Perspektive zu sehen.“ (Karnath in Effinger, 2009, S. 111)

Der Narr stand von jeher außerhalb der Hierarchie. Er war der Einzige, der dem Herrscher ungeschminkt die Wahrheit sagen konnte, freilich verkleidet in Witz und Scherz. Manchmal kostete es ihn allerdings den Kopf, auch Humorlosigkeit ist keine Erfindung unserer Tage. Er gehörte niemandem und war mit niemandem und nichts verbunden. Deswegen konnte er sich mit allem und allen verbinden. Er war neutral. Heute würde man sagen, er war „allparteilich“. Er musste eine hohe Empathie mitbringen, um sein Leben zu verlängern. Ein Beispiel für einen Clown, der in den unterschiedlichen Rollen zu sehen ist, ist Charlie Chaplins Tramp. Er ist Fabrikarbeiter, Bauer, und vieles mehr und bleibt doch immer Tramp.

Der Narr zeigte seine Kunststücke am Hof und auf den Märkten, später war er Teil von fahrenden Schauspielgruppen. In unserer Zeit fand er sein Heim im Zirkus, doch auch Kabarettisten sind dem Clown verwandt. Sie können die Wahrheit sagen, weil es ja doch „nur ein Spaß“ ist. Der Clown gibt jeglichen Perfektionismus auf. Die Krise ist sein Normalzustand, und er lebt in völliger Akzeptanz. Das kontinuierliche Scheitern gehört zu ihm und macht ihn dem Publikum sympathisch. Er bricht ungestraft Tabus und Regeln, bricht Strukturen auf und mit Witz und Komik entschärft er so manche Situation, die wir sonst als katastrophal bewerten würden, um sie in einem befreienden Lachen aufzulösen. Der Narr bewirkt Änderungen in Betrachtungswinkeln und Umdeutungen. Er ist ganz im Hier und Jetzt. Der Mangel jeglicher effizienter Planung ist ja auch mitverantwortlich für sein sympathisches Scheitern. So beneiden wir ihn doch um seine Unabhängigkeit, um seine Freiheit von Leistungszwängen. „Der Clown ist die Figur, die verfestigte Strukturen wieder zum Fließen bringt. Und da er die Möglichkeit hat, sich in allen sozialen Zusammenhängen und Schichten zu bewegen, kann er auch alle reflektieren.“ (Karnath in Effinger, 2009, S. 118)

Der Clown nutzt Improvisationstechniken und folgende Methoden:

- Überraschung
- Übertreibung
- Unfälle

- Wohlwollende Imitation
- Logik brechen
- Rhythmus brechen
- Steigerung
- Wiederholung
- Variation der gleichen Situation
- Skrupellosigkeit
- Tabus überschreiten
- Dummheit (Nichtverstehen)
- Timing
- Im richtigen Moment das Falsche tun
- Seriös wie ein Kind spielen

(Karnath in Effinger, 2009, S. 122)

Alle diese Techniken nutzt auch Frank Farrelly in seiner Provokativen Therapie.

### **5.2.2. Humor und Provokation in der modernen Psychotherapie**

Humor und Provokation in der Therapie sind nichts Neues. Viele Therapeuten waren durchaus humorvoll und konnten oder wollten diesen Wesenszug nicht aus der Therapie heraushalten. Manche haben das auch vorsätzlich hilfreich eingesetzt. Freud, Adler und vor allem Frankl haben mit paradoxen und humorvollen Interventionen zur Heilung von Klienten beigetragen.

### 5.2.2.1. Sigmund Freud - Psychoanalyse

Der Vater der modernen Psychotherapie schreibt: „Der Humor hat nicht nur etwas Befreiendes wie der Witz und die Komik, sondern auch etwas Großartiges und Erhabenes, welche Züge an den beiden anderen Arten des Lustgewinns aus intellektueller Tätigkeit nicht gefunden werden. Das Großartige liegt offenbar im Triumph des Narzissmus, in der siegreich behaupteten Unverletzlichkeit des Ichs. Das Ich verweigert es, sich durch die Veranlassungen aus der Realität kränken, zum Leiden nötigen zu lassen. Es beharrt dabei, dass ihm die Traumen der Außenwelt nicht nahegehen können, ja es zeigt, dass sie ihm nur Anlässe zu Lustgewinn sind. Dieser letzte Zug ist für den Humor wesentlich.“ (Freud, 1940a, S. 278)

Schon vor der Veröffentlichung der Traumdeutung beschäftigte sich Freud mit Humor und Witz. In einem Brief beschwerte sich Wilhelm Fleiss, dass er, Freud, ihm so viele schlechte Witze erzählte. Freud begründete das entschuldigend damit, dass er selber von seinen Klienten so viel Witziges zu hören bekam. Um nun Witziges als solches zu erkennen, bedarf es eben dieser persönlichen Eigenschaft, von der in der Provokativen Therapie so oft die Rede ist, nämlich dem Humor. Freud beschreibt lustige Wortspiele und Wortkreationen seiner Klienten und wurde dafür offensichtlich im Herbst 1899 von Fleiss darauf hingewiesen, dass seine Träumer oft als zu witzig erschienen. Darauf antwortete Freud am 11. September: „Daß der Träumende zu witzig ist, ist sicher richtig, aber es trifft weder mich noch motiviert es einen Vorwurf. Alle Träumer sind ebenso unausstehlich witzig und sie sind es aus Not, weil sie im Gedränge sind, ihnen der gerade Weg versperrt ist. Wenn Du meinst, werde ich noch eine solche Bemerkung irgendwo einschalten. Der scheinbare Witz aller unbewussten Vorgänge hängt intim mit der Theorie des Witzigen und Komischen zusammen.“ (vgl. Ernest Jones, 1962 zit. in Geier 1988, S. 188).

Schon darin kommt die entlastende Wirkung des Komischen und des Lachens zum Ausdruck - durch die Überwindung der Paradoxien, die in einem Lachen mündet, und auch die Kritik die durch Witziges provoziert wird. Vielleicht macht sich Fleiss Sorgen um die „Ernsthaftigkeit“, die so oft also unvereinbar mit Witz und Komik gesehen wird. So sind auch wissenschaftlichen Arbeiten wie diese üblicherweise kein Ausbund an humorvoller Unterhaltung. Möglicherweise werden sie deswegen kaum gelesen. „Ernsthaft“ wird wohl mit

„wertvoll“ oder „inhaltsreich“ assoziiert, während Texte, über die man lacht, gegenteilig konnotiert sind. Zur Sinnhaftigkeit dieser Verbindung siehe Kapitel 5.5.1.

Freuds epochales Werk „Die Traumdeutung“ selbst wurde von seinen Kritikern als einziger Witz diffamiert. Freud nahm dies zum Anlass, die Technik des Witzes mit der Traumarbeit zu vergleichen. Dies tat er 1905 in „Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten“. Freud hielt sich selbst für keinen witzigen Menschen, und doch schrieb er „Die Witzarbeit steht nicht allen zu Gebote, und in ausgiebigem Maße überhaupt nur wenigen Personen, von der man in ausgezeichneter Weise aussagt, sie haben Witz. ‚Witz‘ erscheint hier als eine besondere Fähigkeit etwa im Range der alten ‚Seelenvermögen‘, (Freud, 1940b, S. 156). Man darf trotz der Selbstbeschreibung annehmen, dass er der Meinung war, jenen Witz zu besitzen, der hier in der Bedeutung der Fähigkeit - also des Humors - benutzt wird. Schon bei Freud findet sich auch die Idee des Witzes als sozialer Akt. Während ein Traum in seiner Witzigkeit ein asozialer, solipsistischer Akt ist, ist der Witz ein soziales Phänomen. Er bietet die geselligste Möglichkeit, im Lachen eine gemeinsame Lust zu empfinden.

„Das Lachen gehört zu den im hohen Grade ansteckenden Äußerungen psychischer Zustände; wenn ich den anderen durch die Mitteilung meines Witzes zum Lachen bringe, bediene ich mich seiner eigentlich, um mein eigenes Lachen zu erwecken, und man kann wirklich beobachten, daß, wer zuerst mit ernster Miene den Witz erzählt hat, dann in das Gelächter des anderen mit einer gemäßigten Lache einstimmt.“ (Freud, 1940b, S. 156)

### **5.2.2.2. Alfred Adler - Individualpsychologie**

Alfred Adler lebte von 1870 bis 1937 in Wien und gründete nach einem Zerwürfnis mit Freud die Individualpsychologie. In seinen Schriften findet man die ersten paradoxen Interventionen in der Psychotherapie. So verschreibt er beispielsweise einem Mädchen, das seine Familie tyrannisiert, sie möge ihre Familie jeden Tag in die höchstmögliche Spannung versetzen. (Adler, 2006, S. 31). Er nennt das „negationäre Technik“ und später „Antisuggestion“. Ein Schüler Adlers schreibt dazu:

„Einen ganz eigenartigen Trick, der nicht nur überraschend prompt wirkt, sondern auch theoretischen Einblick in den Mechanismus des nervösen Symptoms gewährt, stellt ein Verfahren dar, das Adler schon wiederholt beschrieben hat und dem Wexberg den Namen „Antisuggestion“ gab. Es besteht darin, daß man in nicht verletzender Weise und unter irgendeinem Vorwand dem Patienten rät, gerade das zu üben, was er bis jetzt scheinbar bekämpft hat, also sein Symptom zu verstärken.“ (Adler, 2004, S. 171)

Adler veränderte auch das in der Psychoanalyse verbreitete hierarchische Therapeut/Patient – Verhältnis in ein Verhältnis sozialer Gleichwertigkeit. Er betont mehrfach den Wert von Humor und Heiterkeit in der Therapie. Im Gegensatz zu Freud, dessen Humor offensichtlich von „trockenerer Art“ war, wird Adler als heiterer, ja lustiger Mensch beschrieben. (vgl. Bernhardt, 1981, S. 13) Er nutze offensichtlich sowohl humorvolle Interventionen als auch Provokation, wie aus folgender Beschreibung von Phyllis Bottome hervorgeht: „Da saßen sie nun, Adler und sein Patient – Knie an Knie und rauchten beim Reden wie die Schlote, wobei jeder den anderen hereinzulegen versuchte und beide zusammen wiederum jeden hereinlegen wollten, der sich gegen sie stellen würde“ (zit. in Brome, 1969, S. 59)

Adler selbst beschreibt schon viele der Wirkmechanismen der Provokativen Therapie und nutzt sie auch. So beschreibt er die Notwendigkeit der Empathie und des Rapports. Unter dem Titel der „sozialen Gleichwertigkeit“ pflegt er ein lockeres, heiteres und möglichst spannungsfreies Klima in der Therapie. Adler schlägt sich auf die Seite des Klienten, zeigt ein sehr hohes Maß an Einfühlungsvermögen, akzeptiert das Problemverhalten als „symptomatologisches Arrangements, die sich im Sinne des entsprechenden Lebensstils, durchaus als sinnvolle ‚Kunstgriffe‘ erweisen“ (Blankenburg, 1974, S. 265). Er konspiriert mit dem Klienten und zeigt ihm, „daß das symptomspezifische Arrangement des Klienten ‚normalerweise‘ nicht angemessen ist.“ (Titze/Eschenröder, 2007, S. 69) Im Rahmen der multiplen Psychotherapie nimmt Adler schon Settings vorweg, die heute in der systemischen Familientherapie Anwendung finden. Zwei Therapeuten spielen die Teile des Klienten, insbesondere das „ErwachsenenICH“ und das „KindICH“. Das Symptom wird als Copingstrategie umgedeutet und damit der Selbstwert des Klienten erhöht. Sein Verhalten ist nicht „krank“, sondern einfach nicht die effizienteste Möglichkeit, als Erwachsener zu

agieren. Auch hier finden sich Aspekte der Provokativen Therapie über die Identifikation des Klienten mit dem „KindICH“ und dem Ausleben des kindlichen Trotzes.

Anhand der Person Alfred Adlers und seiner dokumentierten Grundhaltung ist es nicht verwunderlich, dass gerade in der Individualpsychologie Humor und Provokation auch in den folgenden Therapeutengenerationen einen festen Platz haben und sogar weiter kultiviert wurden.

### **5.2.2.3. Viktor Frankl – Logotherapie und Existenzanalyse**

Für den Wiener Psychiater Viktor Frankl, der die Logotherapie als sinnzentrierte Psychotherapie entwickelt hat, ist eine deren Wirkmechanismen die „Trotzkraft des Geistes“. Um diese zu nutzen, ist Humor nötig, wie er schreibt: „Nichts läßt den Patienten von sich selbst so sehr distanzieren wie der Humor. Der Humor würde verdienen, ein Existenzial genannt zu werden. Nicht anders als die Sorge (M. Heidegger) und die Liebe (L. Binswanger).“ (Frankl, 1959, S. 164)

Frankl beschreibt hier die Dissoziation vom Problem, die einer der wesentlichen Wirkmechanismen der Provokativen Therapie ist. Die andauernde Beschäftigung („Nabelschau“) mit dem Problem, das der Klient eigentlich loswerden will, stabilisiert schlussendlich den unerwünschten Zustand. Die Reduktion der Erwartungsangst und das Wiedererlangen der Autonomie ist das Ziel der paradoxen Intention. Der Klient erhält die Anweisung „dass sich der Patient wünschen bzw. vornehmen soll, was er bisher so gefürchtet hat.“ (Frankl, 1984, S. 124) Genau wie in der Provokativen Therapie wird ihm aufgetragen, die Furcht ins Komische zu übertreiben. Er schafft damit eine distanzierte Konfrontation mit Humor, der Sicherheit schafft.

Die paradoxe Intention ist eine Provokation an sich. Zahlreiche Fälle sind beschrieben, in denen Frankl auch jenseits davon humorvoll Provokation einsetzt. Lukas fasst die Wirkung bei Phobien in dem Satz zusammen: „Jede Angst hat ihren Gegenspieler, nämlich den Humor. Der Trick der paradoxen Intention, mit übersteigerter und unbegründeter Angst fertig zu werden, ist sie *auszulachen*.“ (Lukas, 1980, S. 140)

#### 5.2.2.4. Verhaltenstherapie

Wohl gibt es eine große Anzahl von Witzen ÜBER die klassische Verhaltenstherapie, allerdings nicht IN der klassischen Verhaltenstherapie.

Nach der „kognitiven Wende“, in der Therapeuten dazu übergegangen sind, auch den Einfluss von geistigen und seelischen Aspekten zu berücksichtigen, hat sich das nur wenig geändert. Komik ist ein hochkomplexer Prozess. Einzelne Autoren beschreiben unterschiedliche positive Aspekte des Humors. Da aber Humor und Provokation, wie schon ausgeführt, höchst komplexe, persönliche Interaktionen sind, die kaum „therapeutenneutral“ beschrieben werden können und somit nicht erfolgsunabhängig in Manuale einziehen können, werden die Einsatzmöglichkeiten in der Verhaltenstherapie sich in Grenzen halten. Ventis (1973), Michelson und Asher (1984) und Hand (Hand et al., 1974) beschreiben Einsatzmöglichkeiten der paradoxen Intention und von Humor. Die Verhaltenstherapie war immer sehr flexibel in der Integration neuer Wirkmechanismen wie die grundlegende Veränderung der „kognitiven Wende“ zeigt. So finden einzelne Interventionen bereits Einzug. Wittmann beschreibt eine ähnliche „Erweckungserfahrung“ wie später auch Frank Farrelly:

Einige Zeit erfolglosen Therapierens und vor allem eine lange Reihe nicht gemachter „Hausaufgaben“ hatten mich immer stärker provoziert, mir selbst einmal emotional Luft zu verschaffen. Als in einer Sitzung sein Jammern überhaupt nicht mehr abreißen wollte und alle kontrastierenden Sichtweisen, die ich immer wieder versuchte einzuführen, an einer Mauer von Elendsschilderungen abprallten, intervenierte ich folgendermaßen: „Da müßte man allen anderen Menschen endlich einmal richtig klar machen, wie schlecht es Ihnen geht.“ Der Patient stutzte erst, schien mich mißtrauisch anzugucken und etwas verlegen zu gieren. Er fragte zurück: „Wie? Soll ich mich auf dem Marktplatz ausstellen?“ Ich antwortete direkt und immer noch etwas gereizt: „Wenn das bißchen Publikum für sie reicht!“ Erst zögernd, dann glucksend begann der Patient zu lachen, was sich allmählich steigerte und auch mich ansteckte. In dieser kurzen Zeit war ein Zugang gebahnt worden, darüber zu sprechen, wie der Patient mit seinem Leiden – als Golgotha seiner selbst – andere zu quälen vermag. Und so

konnten wir auch darüber sprechen, wie er mich in der Therapie quälte und unbewußt letztlich auch alles daran setzte, mich als Therapeut scheitern zu lassen – und dies war auch als die Rache für all das zu verstehen, was ihm von Bezugspersonen und Vortherapeuten „angetan“ worden war.

(Wittmann, 1983, S. 98)

Wittmann hat durch seine, im ersten Schritt durchaus nicht humorvolle „Intervention“ erreicht, was er in vielen vorangegangenen Sitzungen nicht erreichen konnte. Über das erlösende gemeinsame Lachen hat die Beziehung eine Tiefe bekommen, in der dann mehr echte Begegnung möglich wurde. Der Therapeut hat sich endlich als „Mensch“, der eigene (negative) Emotionen hat und eben nicht nur der professionelle „Mistkübel“ ist, geoutet.

#### **5.2.2.5. Milton H. Erickson - Hypnotherapie**

Milton H. Erickson gilt als Begründer der modernen Hypnotherapie. Der geniale Praktiker war körperlich, nach zwei Polioinfektionen, diversen Allergien und sonstigen Beschwerden stark eingeschränkt. Seine Arbeit hat massiven Einfluss auf moderne Beratungsformen wie NLP und hypnosystemische Konzepte. Haley beschreibt eine Sitzung von Erickson:

Ich drängte das Mädchen Platz zu nehmen, nachdem ich blitzartig erkannt hatte, daß die einzige Möglichkeit zur Kommunikation mit ihr in einem unfreundlichen, ja brutalen Auftreten liegen würde. Ich mußte brutal sein, um sie von meiner Ehrlichkeit zu überzeugen. Freundlichkeit und eine höfliche Ausdrucksweise würde sie mißverstehen. Ich mußte sie vollkommen davon überzeugen, daß ich ihr Problem erkannt und Verständnis dafür hatte, daß ich mich getraute, frei, offen, emotionslos und ehrlich mit ihr zu sprechen. Ich nahm ihre Anamnese auf und stellte ihr dann zwei wichtige Fragen: ‚Wie groß und wie schwer sind Sie?‘ Sie antwortete verzweifelt: ‚ich bin eine ganz gewöhnliche fette Schlampe. Alle verabscheuen mich.‘ Diese Bemerkung ermöglichte mir einen günstigen Anfang: ‚Sie haben nicht die Wahrheit gesagt. Ich spreche so mit Ihnen, damit Sie sich selber kennenlernen und sehen, wie gut ich Sie kenne. Dann werden Sie glauben, wirklich glauben, was ich Ihnen sagen

muß. Sie sind keine gewöhnliche, fette, abscheuliche Schlampe. Sie sind der dickste, abstoßenste Fettwanst, den ich je gesehen habe, und es ist eine Strafe, Sie ansehen zu müssen. Sie haben doch eine höhere Schule besucht, Sie wissen im Leben Bescheid, und trotzdem ist es möglich, daß Sie so aussehen; ein Meter fünfzig groß und hundert Kilo schwer. Ich habe noch nie ein gröberes Gesicht gesehen. Die Nase platt ins Gesicht gedrückt, die Zähne krumm, der Kiefer überdimensioniert, eine fliehende Stirn und das ganze Gesicht flach. Und dieses schreckliche Kleid, das Sie tragen. So ein abscheuliches Tupfenmuster; Sie haben überhaupt keinen Geschmack, nicht einmal in Bezug auf Ihre Kleider. Ihre Füße schwappen über den Rand der Schuhe. Um es ganz einfach zu sagen: Sie sind die Häßlichkeit selbst. Sie brauchen Hilfe, und ich bin bereit Ihnen zu helfen. Sie wissen jetzt, daß ich keine Hemmungen habe, Ihnen die Wahrheit zu sagen. Zuerst müssen Sie die Wahrheit über sich selbst wissen, bevor Sie alle jene Dinge lernen können, die nötig sind, um sich selbst helfen zu können. Aber ich glaube nicht, daß Sie das alles verkraften können. Warum haben Sie mich aufgesucht? (Haley, 1978, S. 116)

### **5.2.3. Frank Farrelly**

Die Geschichte der Provokativen Therapie ist eng mit Frank Farrelly verbunden. Geboren 1931 in Missouri als neuntes von zwölf Kindern, studierte er klinische Sozialarbeit an der Catholic University in Washington DC. Er begann sein klinisches Training 1956 im Columbia Kinderzentrum bei Laurel Maryland und absolvierte sein zweites praktisches Jahr im St. Elisabeth Hospital in Washington DC, wo er erstmals mit der Klientenzentrierten Therapie nach Carl Rogers in Kontakt kam. Nach seiner psychoanalytischen Grundausbildung war Farrelly von der Grundidee der klientenzentrierten Arbeit zuerst wenig begeistert, der es „an Tiefe fehlte“ (Farrelly & Brandsma, 1974, S. 8), wie er in seinem 1974 erschienenen Buch „Provokative Therapie“ (zusammen mit Jeffrey Brandsma) schrieb, jedoch faszinierten ihn die Gesprächsprotokolle, in denen er seine eigenen Sitzungsverläufe wiedererkannte.

Er beschloss in einem scheinbar hoffnungslosen Fall (der Fall „Rachel Stein“), diese klientenzentrierte Vorgehensweise einzusetzen und war vom Ergebnis überwältigt. Farrelly

konnte zum ersten Mal die Situation, in der sich seine Klientin befand, nachvollziehen. Er beschrieb, dass aus Sicht der Klientin, die er plötzlich verstand, ihre Verhaltensweisen und Ansichten „ungeheuer vernünftig“ erschienen. Das ist ein Zugang, den viele Therapeuten und Berater für sich nun wählen, um das Verhalten von Klienten nicht als „krank“, sondern als sehr rational und „zieldienlich“ verstehen, wenn auch für andere Ziele als die offen artikulierten und bewussten.

Die Lehre, die Farrelly aus diesem Fall (Rachel Stein) zog, beschrieb er so: „Die erste und wirklich überwältigende Einsicht aber war die: Sehr erfahrene, hochtrainierte, intelligente, sozial anerkannte Experten konnten sich irren – und ich, ein Unerfahrener, noch gar nicht ganz Ausgebildeter, irgendwie noch recht konfuser Student, konnte recht haben.“ (Farrelly & Brandsma, 1974, S. 10)

Er verließ zunehmend die psychoanalytische Orthodoxie. Es drängte ihn, mit den „Kränksten der Kranken“, (Farrelly & Brandsma, 1974, S. 12) zu arbeiten, und er nahm deshalb eine Stellung am Mendota Landeskrankenhaus in Madison, Wisconsin an. Zu dieser Zeit leitete Carl Rogers ein großes Forschungsprojekt in Mendota. Hier lernte er den Wert von Therapienachbesprechungen und Feedback kennen.

Den Wert ehrlicher Rückmeldungen auch an die Patienten und vor allem auch dann, wenn sie politisch unkorrekt waren, nahm er ernst. Einer seiner Patienten antwortete auf die Frage, warum er seine Therapie bei Farrelly machen will, mit den Worten: „Weil sie mir keinen Scheißdreck erzählen!“ (Farrelly & Brandsma, 1974, S. 19)

Während andere Therapeuten ihre Emotionen und Gedanken aus der Therapie herauszuhalten suchten, ging Farrelly den gegenteiligen Weg. Die passive Rolle des klassischen Gesprächstherapeuten langweilte und frustrierte ihn zunehmend. In einer Konferenz ließ er diese Frustration schließlich heraus: „Ich bin ausgelaugt von dem Versuch, ein Gärtner oder Geburtshelfer zu sein [Metaphern, die Rogers für die Rolle des Therapeuten verwendete]. Ich bin in keiner dieser Rollen gut. Was ich tun will, ist die Panzerung der Leute aufzubrechen, in ihr Herz einzudringen und etwas *Leben* in sie hineinbringen.“ (Farrelly & Brandsma, 1974, S. 26). Dies tat er in immer mehr Therapiesprächen und beschrieb das Jahr 1963 als „Ende

des klientenzentrierten Therapeuten Frank Farrelly“ (Farrelly & Brandsma, 1974, S. 29). Die Grundlagen der klientenzentrierten Therapie in Bezug auf echte Wertschätzung der Klienten hat er allerdings bis heute nicht verlassen.

1966 benannte Frank Farrelly die Art, mit der er therapierte, schließlich „Provokative Therapie“. Er schreibt:

Je mehr Erfahrungen ich in der Anwendung dieses neuen Zuganges gewann, umso klarer wurde mir, dass es nicht einfach meine Persönlichkeit war, die dabei entscheidend war, sondern dass da auch Techniken waren und Annahmen, die im System selbst lagen, unabhängig von mir, dem Therapeuten, von dem das ausging. (Farrelly & Brandsma, 1974, S. 39),

Seit 1982 reist Frank Farrelly nun um die Welt und demonstriert in Seminaren und Workshops die Provokative Therapie. 1988 wurde schließlich das D.I.P, das Deutsche Institut für Provokative Therapie in München, gegründet und 2003 PROVOCARTIS Austria (Österreichisches Institut für humorvolle Provokation in Beratung, Training und Coaching) in Wien.

### **5.3. Systemischer Zugang zur Provokation.**

#### **5.3.1. Anwendung der Ansätze der Systemtheorie auf die Beratung.**

Unter 5.1.1. Begriffsdefinitionen – Systeme wurde ausgeführt, dass die Beratung am interdisziplinären Schnittpunkt von drei Systemarten ansetzt, nämlich der Schnittstelle von biologischen, sozialen und psychischen Systemen. Der Berater hat es also mit einem Lebewesen (biologisches System) zu tun, das ein Gehirn hat, das zu kognitiven Leistungen fähig ist (psychisches System), das wiederum innerhalb von Familien, Gruppen, oder der Gesellschaft agiert (soziale Systeme).

### 5.3.2. Systemische Grundhaltung

Die Provokative Therapie wird von Dirk Revenstorf (Vorlesung Tübingen 1999) bei den kognitiven Verhaltenstherapien eingereicht. Diese Arbeit zeigt, dass die Provokative Therapie auf systemischen Ideen aufbaut.

Die systemische Grundidee setzt sich aus vielen Einflüssen zusammen, als philosophische Basis darf der radikale Konstruktivismus mit den Vertretern: Heinz von Förster, Ernst von Glasersfeld und Paul Watzlawick gesehen werden. Maßgeblich hat Niklas Luhmanns Systemtheorie und die aus der Biologie stammende Idee der Autopoiese von Humberto Maturana und Francisco Varela, sowie Personen wie Gregory Bateson, Margaret Mead, Norbert Wiener, John Neumann, Warren McCulloch und viele andere die systemisch-konstruktivistische Grundhaltung begründet.

Menschen sind sowohl biologische, als auch psychische Systeme. Als solche sind sie nach Niklas Luhmann an diese strukturell gekoppelt. Nach Luhmanns Ansicht sind Menschen keine Teile von sozialen Systemen. Bezugspunkt für soziale Systeme nach Luhmann ist die Kommunikation. Durch diese strukturelle Kopplung wirken nun psychische Systeme (Menschen) auf soziale (Gesellschaft, Familie, u.a.) und vice versa.

Menschen als psychische Systeme sind autopoietisch. Sie erschaffen sich selbst und können als solches nicht „instruiert“ werden. Es kann also keine Reaktion kausal bestimmt werden, wie das bei einem Computer möglich ist (sein sollte). Eine Umgebungsveränderung wird nach sensorischer Ausstattung und den internen Regeln des Systems wahrgenommen und verarbeitet, oder eben nicht. Alles, was ein Berater also tun kann, ist zu „verstören“. Maturana und Varela benutzen hier den Begriff „perturbieren“. (Maturana & Varela, 1987, S. 27) Das geschieht zumeist durch Fragen. Mücke beschreibt die Qualität der eingesetzten Fragen so: „Je ungewöhnlicher die Fragen für den Kunden/die Kundin sind, umso eher können die gesuchten Lösungen gefunden werden, an die vorher nicht zu denken gewesen wäre.“ (Mücke, 1998, S. 57) Dies ist eine der zentralen Wirkungsweisen der Provokativen Therapie. Dem gegenüber steht allerdings der Bedarf an „Anschlussfähigkeit“ in der Kommunikation. Die Beratung stellt sich so als Drahtseilakt zwischen nützlicher Verstörung und

Anschlussfähigkeit dar. Ist die Verstörung zu gering, ist die Beratung nutzlos, ist sie zu groß, bricht die Kommunikation ab.

Ein wesentlicher Teil der konstruktivistischen Weltansicht ist die Idee, dass die objektive Wirklichkeit uns Menschen nicht zugänglich ist. Die Wirklichkeit wird von jedem einzelnen Menschen konstruiert. Man „macht“ sich eine Welt. Daraus folgt nicht wie oft beschrieben, dass Begriffe wie „richtig“ und „falsch“ nicht existieren oder zumindest keinen Sinn machen. Sie machen lediglich in einem allgemeingültigen Anspruch keinen Sinn. „Richtig“ und „falsch“ sind subjektive Bewertungen und geben an, ob Handlungen bzw. Aussagen dem Wertesystem des Individuums entsprechen oder nicht.

Aus dem vorher Gesagten leitet sich ab, dass ein linearkausaler Zugang nach dem Ursache-Wirkungsprinzip im systemisch-konstruktivistischen Denken nicht möglich ist. Die Reaktion eines psychischen, autopoetischen Systems ist prinzipiell nicht sicher vorhersagbar. Systemiker sprechen hier von der „Kunst des Nichtwissens“. Die Komplexität wird auch dadurch erhöht, dass analog zu modernen Ansichten in der Physik, Beobachter immer Teil des Systems sind, ein objektiver Beobachter existiert nicht. Der Berater kann sich nicht „heraushalten“. Gerade in der Provokativen Therapie beteiligt sich der Therapeut wesentlich an der Gestaltung dieses Systems. Er übernimmt aktiv Verantwortung. Dies unterscheidet provokative Therapeuten wesentlich, da sie aktiv „beeinflussen“. Noni Höfner spricht in Anlehnung an den bekannten Satz von Paul Watzlawick: „Man kann nicht nicht kommunizieren!“ (Watzlawick, 1990), davon dass man nicht nicht beeinflussen kann. (Höfner & Schachtner, 2008, S. 24)

Wenn nun das Ergebnis einer Intervention nicht vorhersagbar ist, kommt dem Feedback besondere Bedeutung zu. Der Therapeut ist ständig gezwungen, seine Hypothesen anzupassen. Daher ist es unerlässlich, sich laufend Feedback zu holen und als maßgebliche Besonderheit in der Provokativen Therapie auch dem Klienten Feedback direkt und unverblümt zukommen zu lassen. Dieses Vorgehen ist im Gegensatz zum linearkausalen Denken eher zyklisch. Das „Nichtwissen“ hält allerdings weder den Therapeuten noch den

Klienten davon ab, entsprechende Konstruktionen zu schaffen. Der Klient macht dies üblicherweise unbewusst, der provokative Therapeut manchmal durchwegs bewusst. Dazu Mücke: „Regel 1: Jede Hypothese über den Kunden/die Kundin ist nichts als eine Hypothese; sie sollte deswegen entweder in Frageform überprüft oder mit einer fragenden Haltung (provokativ-systemisches Vorgehen) einhergehen, die *autonome* Suchprozesse anregt.“ (Mücke, 1998, S. 57)

Die uneingeschränkte Wertschätzung des Klienten als Person ist eine Grundvoraussetzung für den „guten Draht“ zum Klienten. In einer systemischen Grundhaltung geht man davon aus, dass der Klient die für die Problemlösung nötigen Ressourcen im Allgemeinen mitbringt, denn auch für die Konstruktion des Problems sind Fähigkeiten erforderlich. Schimpf erläutert: „Um ein psychosoziales Defizit (problematisches/symptomatische Verhalten) zu produzieren, werden bestimmte Fähigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen benötigt.“ (Schimpf zit. in Mücke, 1998, S. 41) Mücke meint hierzu: „Im Allgemeinen gilt: Jemand, der die Fähigkeit hat, ein psychosoziales Problem zu produzieren, hat auch die Kompetenz, es zu lösen.“ (Mücke, 1998, S. 42) In der Beratung geht es also darum, diese Ressourcen freizulegen und dem Klienten nützlich einsetzbar zu machen. Dementsprechend vermeiden systemische Therapeuten Pathologisierungen. In Bezug auf eine Pathologisierung eines gezeigten Verhaltens gilt für die systemische Sichtweise nach Mücke: „Im psychosozialen Kontext gibt es weder Krankheit noch Heilung, sondern ausschließlich Probleme und Lösungen.“ (Mücke, 1998, S. 40) Eine Unterscheidung in krank/gesund ist nach Luhmann aber Kennzeichen bzw. binärer Code des Gesundheitssystems. Systemische Therapeuten befinden sich hier also in einem Zwiespalt.

Der Klient hat gute Gründe für sein Verhalten, auch wenn ihm diese nicht bewusst sind. Das Verhalten beeinflusst interaktionell die Reaktionen der Umwelt. Eine „Lösung“ muss dem Umstand, dass das Problem für den Betroffenen auch Vorteile hat, gerecht werden.

Dementsprechend ist das systemische Denken ziel- und zukunftsorientiert. Für die Hypothesenbildung und das Pacing kann es aber durchwegs sinnvoll sein, herauszufinden, wie der Klient zu seinem Problem kommt bzw. es erschafft.

## 5.4. Das Konzept der Provokativen Therapie

Im Folgenden wird das Konzept der therapeutischen Provokativen behandelt. Es wurden Gemeinsamkeiten der in der Literatur beschriebenen Interventionen und Wirkungsweisen zusammengetragen.

Die Grande Dame der Provokativen Therapie, Eleonore „Noni“ Höfner (Vortrag Höfner, 2008, Min 52-80), erklärt die Grundlagen der Vorgehensweise ihres Provokativen Stils („ProSt.“) auf einem Workshop in München im Mai 2008. Sie umschreibt den Provokativen Stil mit „Liebevolltes Karikieren des Weltbildes des Klienten“.

Sie nennt 10 Charakteristika ihres Provokativen Stils:

- Wertschätzung - Der gute Draht – Rapport und Wertschätzung
- Die Brille des Klienten aufsetzen – Die zweite Position („Du“-Position“)
- Aussprechen, was wir bemerken - Offenheit und Ehrlichkeit.
- Zerrspiegel für den Klienten - Auslösen von Widerstand in die gewünschte Richtung
- Globalisierung seines Problems
- Advocatus Diaboli – paradoxe Interventionen mit Humor und Schlenker ins Absurde
- Begeisterung für das Symptom (Reframing), Überzeichnen des sekundären Krankheitsgewinns und streifen der Nachteile
- Bildhafte Sprache, Metaphern
- Humor
- Hypnotische Kommunikation – Trancephänomene in der Provokativen Therapie

In Anlehnung an diese Liste beschreibt diese Arbeit 12 maßgebliche Punkte für ein provokatives Vorgehen:

- Die Einstellung des Therapeuten
- Die Wertschätzung des Therapeuten für den Klienten
- Humor und Lachen
- Respektlosigkeit gegenüber Regeln und Dogmen
- Die Unvorhersehbarkeit des Therapeuten
- Übertreibung
- Authentizität, Kongruenz und Inkongruenz
- Offenheit und Ehrlichkeit
- Der längere Hebel – Direktives Vorgehen
- Die Aktivdiagnose
- Bild- und metaphernreiche Sprache
- Tabubrüche

#### **5.4.1. Einstellung des Therapeuten**

Birger Dulz und Nina Knauerhase beschreiben die therapeutische Haltung besonders effizienter Therapeuten, wie die der kognitiven Verhaltenstherapeutin Marsha Linehan, des Psychoanalytikers Otto F. Kernberg als auch Protagonisten einer Tradition humanistischer Psychologie, wie folgt:

Die beschriebenen Therapeuten sind emotional präsent bis dominant, üben eine hohe Kontrolle über den Rahmen der Therapie und der Behandlungsstunde aus bei gleichzeitiger Förderung eines offenen, ehrlichen und direkten Ausdrucks von

Affekten und sind äußerst hartnäckig im Herausarbeiten von inneren Denk- und äußeren Verhaltensmustern. Sie lassen sich durch Widerstand, ausweichendes Verhalten, Verwirren und Vernebeln nicht ablenken, muten sich und dem Patienten ein hohes Maß an Deutlichkeit und Konfrontation zu und geraten so nicht in die Falle, den Patienten als „armes Opfer“ nur behutsam und schonend zu behandeln. Weiterhin zeigen sie ein hohes Maß an persönlichem Engagement und Interesse für ihre Patienten, sind nicht unnötig rigide, sondern kommen ihnen auch entgegen und können aus Machtkämpfen immer wieder auf eine Metaebene umsteigen. Schließlich soll eine Eigenschaft nicht vergessen werden: Neben einer bild- und metaphorreichen Sprache verfügen sie in der Regel über einen guten Sinn für Humor und Witz, wodurch manche Situation entschärft und ihr unnötige Dramatik genommen werden kann. (Dulz & Knauerhase in Kernberg, Dulz & Eckert, 2006, S. 183)

Diese Einstellung, bereichert um jene „Respektlosigkeit“ (vgl. Checcin, Lane & Ray, 2005), die einer der Begründer der Mailänder Schule, Checcin, gegenüber Schulen, Dogmen und „Wahrheitsansprüchen“ einfordert, ist auch jene, die von guten, provokativen Therapeuten gezeigt wird.

Der systemische Gedanke des „Nichtwissens“ wird von Noni Höfner ebenfalls thematisiert. In ihrem Vortrag spricht sie von „kindlicher Neugier“.

#### **5.4.2. Wertschätzung, „der gute Draht“**

Basis der Provokativen Therapie ist die unbedingte Wertschätzung des Klienten. Noni Höfner beschreibt das als eine der Grundlagen der Provokativen Therapie und nennt es „den guten Draht“. (Höfner & Schachtner, 2008, S. 61) In anderen Therapieformen mag das von untergeordneter Bedeutung sein oder eine Frage der Ethik des Therapeuten, in der Provokativen Therapie führt wohl jeder andere Zugang zum sofortigen Abbruch der Beratung. Da das Ausmaß der Verstörung hier wesentlich größer ist, ist die Qualität der Beziehungsebene von maßgeblicher Bedeutung für die Anschlussfähigkeit der Kommunikation. Noni Höfner nennt als Basis für diesen guten Draht das Vertrauen, das der Klient dem Therapeuten entgegenbringt. Sie schreibt:

Vertrauen entsteht, wenn der andere spürt, dass ich ihm wohlgesonnen bin, und dass ich auch die Kompetenz habe, ihn so zu beeinflussen, dass sein Denken, Fühlen und Verhalten sich ändert. Die Kombination aus Wohlwollen und Kompetenz ist also die *Conditio sine qua non* (oder: „ohne sie geht nix“) zur Herstellung des guten Drahtes. (Höfner & Schachtner, 2008, S. 63)

Da das eigene Wertesystem bzw. die Flexibilität des Wertesystems des Beraters für die Möglichkeit Rapport herzustellen essentiell ist, werden im Folgenden auszugsweise jene Grundwerte von Noni Höfner beschrieben, die sie für maßgeblich hält. Sie spricht in diesem Zusammenhang in Anlehnung an eine Geschichte bei Steven R. Covey von „Leuchtturmprinzipien“. (Höfner & Schachtner, 2008, S. 78) Diese sind für sie folgende:

1. Die Anerkennung der menschlichen Würde
2. Fairness und Aufrichtigkeit im Umgang mit anderen Menschen
3. Pflicht zur eigenen Weiterentwicklung und zum (geistigen) Wachstum.

Inwieweit diese Prinzipien tatsächlich als Grundlage der Provokativen Therapie angesehen werden müssen, bleibt offen. Im praktischen Teil werden diesen Prinzipien allerdings den Grundhaltungen der im Rahmen dieser Arbeit befragten Therapeuten gegenübergestellt. Besonders betont Höfner auch die Ausschließlichkeit der Leuchtturmprinzipien (Höfner & Schachtner, 2008, S. 78) und die Unvereinbarkeit mit anderen Prinzipien und Dogmen, die ihrer Meinung nach in der Therapie nichts verloren haben (siehe 5.4.4.).

Carl R. Rogers, der Begründer der klientenzentrierten Psychotherapie, beschreibt den Wert der persönlichen Beziehung wie folgt:

Die zweite wesentliche Bedingung der therapeutischen Beziehung besteht nach meiner Ansicht darin, dass der Therapeut ein präzises einführendes Verstehen für die persönliche Welt des Klienten entwickelt, und daß er fähig ist, von den Fragmenten des so Verstandenen einiges Wesentliches mitzuteilen. Die innere Welt des Klienten mit ihren ganz persönlichen Bedeutungen so zu verspüren, als wäre sie die eigene (doch ohne die Qualität des ‚Als ob‘ zu verlieren), das ist Empathie, und das scheint mir das Wesentliche für eine wachstumsfördernde Beziehung zu sein. Die Verwirrung des Klienten, seine Ängstlichkeit, seine Wut oder sein Gefühl, ungerecht behandelt zu

werden, so zu spüren, als seien es die eigenen Gefühle, und sie nicht mit den eigenen Unsicherheiten, Angst oder Wut zu vermischen – das ist der Zustand, um dessen Darstellung ich mich bemühe. Wenn die Welt des Klienten dem Therapeuten klargeworden ist, und er sich darin frei bewegen kann, dann ist es möglich, dem Klienten sein Verständnis von dem, was diesem erst vage bewußt ist, zu vermitteln. Dann kann er auch Bedeutungsgehalte im Erleben des Klienten ansprechen, denen sich dieser kaum bewußt ist. Diese höchst sensible Einfühlung ist wichtig, um einem Menschen zu ermöglichen, daß er sich selbst nahe kommt, daß er lernt, daß er sich verändert und entwickelt. (Rogers zit. in Wippich & Derra-Wippich, 1996, S. 236f)

Bei der Aufzählung von Noni Höfner beschreibt sie all dies mit der Metapher „Die Brille des Klienten aufsetzen“. Aus dieser Position kann man den Klienten „verstehen“. Aus systemischer Sicht stellt das Verhalten des Klienten für ihn ja durchwegs ein sinnvolles dar. (vgl. Mücke, 2009, S. 33) Diese Ideen stehen bei erster Betrachtung dem systemischen Zugang des „Nichtwissens“ und der „Nichtinstruierbarkeit“ autopoietischer Systeme diametral entgegen. Ist ein „Einfühlen“ in lebende Systeme überhaupt möglich? Forschungen der Neurobiologie bezüglich „Spiegelneuronen“ bejahen dies ausdrücklich. (vgl. Bauer, 2006, S. 50) Grawe stellt fest, dass die positive Beziehung zwischen Klient und Therapeut einen der wesentlichsten Wirkmechanismen in der Psychotherapie darstellt. (vgl. Grawe, 2004, S. 420f)

### **5.4.3. Humor und Lachen in der Provokativen Therapie**

Ob Lachen gesund ist, darüber gibt es keine einheitlichen Studienergebnisse, jedenfalls ist echtes Lachen Ausdruck einer positiven Stimmung und regt über den Nervus vagus den Stoffwechsel an. Trotzdem ist der Witz, Heiterkeit, Humor und Lachen bei vielen Beratern diskreditiert. In einem Artikel weist der Psychologie L. S. Kubie (siehe Kubie, 1971) in seinem Artikel „The destructive Potential of humor in psychotherapy“ auf die schädlichen Aspekte hin. Krankheit und Probleme sind schließlich „ernste“ Dinge und dürfen danach „ernsthafter“ Meinung eben nicht Gegenstand von humoristischer Betrachtung sein. Ungeachtet dessen und auch als Reaktion auf den Artikel von Kubie, der somit einen wichtigen, wenn auch vermutlich unbeabsichtigten, Beitrag zur Verbreitung des Humors im

therapeutischen Umfeld geleistet hat, weisen viele Autoren auf die Vorteile von gezielt eingesetztem Humor hin. (siehe Strotzka, 1976; Bernhardt, 1985; Bloomfield, 1980)

Doch das Lachen selbst hat vielfältige Ausprägungen und Anlässe. Einerseits ist es nach Ansicht von Verhaltensforschern ein Zeichen von Aggression. (siehe Eibl-Eibesfeldt, 1967) Dem Feind und Unterlegenen werden die Zähne gezeigt. Somit ist Lachen ein Dominanzverhalten, das die eigene Stärke betont. Man „verlacht“ jemanden. Körperliche Mängel, wie eine zu große Nase oder abstehende Ohren, sind für uns komisch und Anlass zu lachen. Missgeschicke, Tollpatschigkeit und Unglücksfälle werten andere ab und nach dem Kontrastprinzip uns selbst auf. Sie steigern demnach den Selbstwert dessen, der sich mit dem Lachen über andere erhebt. Dies mag im sozialen Umfeld nicht positiv konnotiert sein, befreit aber den Lachenden und wertet diesen auf. Wer hat nicht über Laurel & Hardy oder Charlie Chaplin und seine „Unfälle“ herzlich gelacht? In moderner Zeit gibt es Fernsehsendungen, die sich ausschließlich mit spektakulären Missgeschicken beschäftigen. Unter Tränen des Lachens prusten die Zuseher noch politisch korrekt „Hoffentlich ist ihm nichts passiert!“. Oft wird dieser Aspekt in der Literatur als negativ und dysfunktional beschrieben. Einen großen Teil unseres Selbstwertes beziehen wir aber aus sozialen Vergleichen und bei diesen steigen wir eben recht gut aus.

Der zweite Aspekt des Lachens ist ein sozialer. Gemeinsames Lachen entlastet und produziert ein WIR-Gefühl.

Daran ist schon die grundlegende Funktion des Humors dargestellt. Er ermöglicht eine automatische Dissoziation. Man lacht über etwas und im besten Fall herzlich über eine noch vor wenigen Minuten als hoffnungslos wahrgenommene Situation oder Angst. Viktor Frankl meinte, man lache der Angst ins Gesicht.

So ist es nicht verwunderlich, wenn viele großen Therapeuten ausgesprochen launige Menschen waren. Sie setzten Provokation und Humor gezielt ein, um Ressourcen der Klienten zu aktivieren und eine Dissoziation vom Problemerleben möglich zu machen (siehe 5.2.2). Damit werden neue Sichtweisen möglich. Humor einzusetzen heißt, positiv zu denken, gelassen zu reagieren und die vorhandenen Spielräume komplexer Problem- und Ausgangslagen spielerisch zu nutzen (siehe Gehrman & Müller, 2005). Humor in der Therapie hat nichts mit Dauerlächeln und Freundlichkeitszwang zu tun, der

nachgewiesenermaßen bei Mitarbeitern von Callcentern zu einer deutlichen Erhöhung des Burn-Out-Risikos einhergeht. (siehe Isic & Zapf, 2007) Im Gegenteil, ein humorvoller Therapeut lacht mit dem Klienten zusammen.

Als Beschreibung der unterschiedlichen Funktionen des Humors werden in der Literatur fünf Theorien genannt: Überlegenheitstheorie, Entspannungstheorie, die Inkongruenz- oder Diskrepanztheorie, die Spieltheorie und die Theorie vom Humor als sozialem Bindemittel oder als Kommunikationsmedium (vgl. Räwel, 2005, S. 11). Diese unterschiedlichen Zugänge bieten alternative Erklärungen, die sich auf unterschiedliche Arten von Humor beziehen, welche sich allerdings durchmischen können. So kann man als Gruppe (soziale Funktion) gemeinsam über andere lachen (Überlegenheitstheorie).

Eine humorvolle Bewertung einer negativen Erfahrung gibt einem außerdem das Gefühl, noch Herr/Frau der Lage zu sein, also mit einer gewissen Autonomie den Widerstand des Lebens als Selbsthandelnder und nicht nur als Opfer zu begegnen. (Effinger in Effinger, 2009, S. 20)

Es scheint zu den Paradoxien des Lebens zu gehören, dass man sich am besten vor der Verrücktheit und dem allgemeinen Wahnsinn schützt, in dem man selbst ein wenig verrücktspielt und dem Wahnsinn ein wenig ins Antlitz zwinkert. (Effinger in Effinger, 2009, S. 24)

Humor oder heitere Gelassenheit ist die Grundlage der Integration von Gegensätzen und eine Möglichkeit, Ambiguität (vgl. 5.5.5) auszuhalten und Paradoxien aufzulösen. Er führt zu einer gelassenen Einstellung gegenüber Widersprüchlichem, Unordentlichem und Unfertigem bei sich und bei anderen. (Effinger in Effinger, 2009, S. 33)

Humor als Kunst der Unterhaltung ist eine Fähigkeit, andere durch Wortspiele, Komik, Mimik und Gestik zum Lachen zu bringen. Es ist damit möglich mit anderen gut in Beziehung zu treten, verkrampte Situationen und Spannungen aufzulösen und zu mehr Verständnis und Verständigung beizutragen. (Effinger in Effinger, 2009, S. 33) Gerade das ist ein Kernbereich der Psychotherapie, also eine Kernkompetenz für Therapeuten.

Humor ist ein Mittel grundsätzlicher Ressourcenorientierung. Es unterstützt somit optimal alle Konzepte und Modelle, die davon ausgehen, dass die Kräfte zur Entwicklung von Ausgeglichenheit und zur Bewältigung schwieriger Lebenslagen zum großen Teil in den Betroffenen selbst liegen. (Effinger in Effinger, 2009, S. 35)

Effinger beschreibt die Funktionen humoristischer Interventionen durch folgende Punkte:

- Distanzen zwischen Professionellen und Adressaten abzubauen, um die Herstellung eines Arbeitsbündnisses zu erleichtern oder zu festigen.
- Einen ungewohnten, heiteren Perspektivenwechsel und positive Deutungen (Reframing) bei der Sicht auf als schwierig erlebte Situationen zu ermöglichen.
- Durch Heiterkeit Veränderungsbereitschaft in schwierigen Lebenslagen zu wecken.
- Schwierig erlebte Situationen zu entdramatisieren und ihnen damit die scheinbare Ausweglosigkeit zu nehmen.
- Die Bewältigung und Lösung von schwierigen Lebenslagen als einen widersprüchlichen, ambivalenten und mit Fehlern und Rückschlägen ausgestatteten Weg zu beschreiben und damit vom unerfüllbaren Anspruch auf Perfektion zu entlasten.
- Angespannte Kommunikation zu erleichtern und verhärtete Konflikte zu entkrampfen.
- Destruktive Handlungsmuster einfühlsam zu unterbrechen und zu konfrontieren.
- Notwendige Grenzen zu setzen und professionelle Distanz zu schaffen, wo Empathie an ihre Grenzen stößt.

(Effinger in Effinger, 2009, S. 36)

Frank Farrelly selbst beschreibt die Ziele der Provokativen Therapie in einer Erhöhung der Selbstbehauptung des Klienten, Schaffen positiver Selbstreferenzen, der Möglichkeit sich selbst verteidigen zu können sowie einer verbesserten Realitätsprüfung und einer erhöhten Risikobereitschaft in zwischenmenschlichen Beziehungen. (Wippich & Derra-Wippich, 1996, S. 30f) Zusammenfassend arbeitet der provokative Therapeut also an einer Erhöhung des Selbstwertes, um die Möglichkeit des Klienten zu erhöhen, sich angemessen im sozialen Umfeld und in sozialen Beziehungen zu verhalten und sich zu behaupten.

Die Grundidee ist, dass Klienten ihre Umwelt als problematisch erleben. Sie erleben sich häufig als Opfer und zeigen unangepasstes Verhalten, welches Reaktionen provoziert, die sie als leidvoll deuten. Der provokative Therapeut verstärkt einerseits die „Weg-Von“ Motivation über die Erhöhung des Potentials an Veränderungsenergie. Der Leidensdruck wird auf humorvolle Weise erhöht, die Absurdität des Verhaltens wird karikiert und deutlich übertrieben. Die Dissoziierung aus dem problematischen Erleben gibt zusätzliche Sicherheit. Der Humor stärkt die Beziehung und fördert das „Wir-Gefühl“ im Beratungssystem. Gemeinsam lachen Therapeuten und Klient das Problemverhalten aus, ändern gemeinsam den Blickwinkel und machen die bisher ausweglose Situation lösbar, veränderbar, erträglich, ja komisch und skurril. Der Humor und das Lachen entlastet. Der Horizont wird erweitert und bisher ausgeblendete Verhaltensmöglichkeiten kommen in den Sinn. Der Therapeut lenkt den Blick auf die Ressourcen und fördert den Selbstwert. In diesem Bereich werden die systemische Grundhaltung und die Vergangenheit von Frank Farrelly bei Carl Rogers besonders deutlich. Der Therapeut glaubt wesentlich mehr an die Veränderungsmöglichkeiten des Klienten als dieser selbst. Der Klient ist außerhalb des Beratungssystems mit einer deutlich „härteren“ und feindseligeren Umwelt konfrontiert. Man kann also die Provokative Therapie als „Dojo“, als Trainingsmöglichkeit, für psychohygienische Selbstverteidigungstechniken verstehen. Der Therapeut ist Lehrer und Sparringpartner zugleich. Der Klient lernt den Umgang mit Angriffen und negativen Tranceinduktionen, denen er im „echten“ Leben laufend ausgesetzt ist. Dies ist einer der wesentlichen Unterscheidungsmerkmale zur Gesprächstherapie nach Rogers. Provokative Therapie bildet auch die Schwierigkeiten und Konflikte des sozialen Kontaktes im Klientensystem angemessen ab. Grundvoraussetzung dafür ist aber eine angemessene Abbildung der Realität im Klienten. Auch hier, im Konzept der „Selbstaktualisierung“, wird Farrellys Verbindung mit Rogers deutlich. Menschen erstellen ein möglichst widerspruchsfreies Abbild der Realität, um kognitive Dissonanzen zu minimieren. Das führt notwendiger- und zwangsweise zu Vereinfachungen, die in neuen Kontexten dysfunktional sein können. Das Verlangen nach Widerspruchsfreiheit (siehe 5.5.5) führt zu einer sozialen Erstarrung, Lähmung und mangelnder Selbstaktualisierung. Unangemessenes Verhalten und damit leidvolle Erfahrungen in sozialen Beziehungen ist die Folge. Im Prozess der Therapie kommt es zu einer „Wiederverflüssigung“ der erstarrten Strukturen.

Nicht zuletzt erhöht Humor die Resilienz. Freud nennt es reifen Abwehrmechanismus, andere funktionale Copingstrategien. Lernen erfolgt auf einer Metaebene. Der Klient lernt, dass es mehr als eine Möglichkeit der Betrachtung gibt und Standpunkte gewechselt werden können. Dies kann und soll zu generativen Lernerfahrungen führen, die auf spätere Problemerkahrungen genauso anwendbar sind, wie auf die aktuell erlebte Situation.

Im besten Fall lernt der Klient über sich selbst in angemessener und nicht selbstabwertender Weise zu lachen. Das ist ein starkes Zeichen für einen hohen Selbstwert, einer Möglichkeit sich von sich selbst angemessen zu distanzieren, um eine Selbstreflexion zu ermöglichen.

In der Therapie ist Humor ein essentielles Mittel, um eine tragfähige Beziehung herzustellen. McGhee schreibt: „es ist schwierig, jemanden nicht zu mögen, der uns zum Lachen bringt“ (McGhee, 1989, S. 123). Gemeinsames Erleben von Komik und gemeinsames Lachen sind also einerseits Mittel für guten Rapport, andererseits auch Bedingung für den Einsatz von Provokation und Veränderungsarbeit. Auch hier wird der systemische Ansatz mit seinen Selbstbezügen und nichtlinearen Konzepten deutlich.

#### **5.4.4. Respektlosigkeit**

Im selben Geist wie Noni Höfner sprechen sich Checcin, Lane & Ray (siehe Checcin, Lane & Ray, 1995) für Respektlosigkeit im Umgang mit Methoden aus. Jürgen Wippich formuliert das so: „Mache niemals feste Regeln. All die großen Therapeuten, die Gründer therapeutischer Schulen wie Freud, Adler, Pearls und andere haben ihre therapeutische Kompetenz gelernt, indem sie die Regeln verlassen haben. Sie sind aus der Rigidität der allgemeinen Norm herausgetreten. Dann aber fanden sie Nachahmer. Plötzlich hatten sie eine Anzahl von Studenten, die ihre Arbeit bewunderten und wertvoll fanden. Diese Studenten fühlten sich unsicher. Aber sie wollten genauso kompetent sein wie die großen Therapeuten. So bildeten sie einen Kreis. Schließlich gründeten sie einen Verein.“ (Wippich & Derra-Wippich, 1996, S. 244) Hier gilt es etwas zu relativieren. Menschen brauchen neben Freiheit auch Struktur. Struktur im sozialen Umgang wird durch Regeln beschrieben. Der wesentliche Punkt in dem ersten Satz von Wippich ist also das Wort „feste“. Ein dem Dalai Lama zugeschriebenes Zitat lautet: „Lerne die Regeln, damit du sie richtig brechen kannst!“. Die

von Checcin, Lane, Ray postulierte Respektlosigkeit richtet sich also nicht generell gegen Struktur und Regeln, sondern plädiert für eine geistige Offenheit, eine intensive Selbsterforschung und eine Flexibilität bei Werten und Rollen. Mit der systemischen Denkweise ist der Glaube an eine „einzige und echte Wahrheit“ unvereinbar (siehe 5.3.2).

#### **5.4.5. Unvorhersehbarkeit des Therapeuten**

Veränderung wird nur durch neue Informationen möglich. Man kann davon ausgehen, dass der Klient schon eine ganze Reihe von gescheiterten Lösungsversuchen hinter sich gebracht hat, bevor er in der Praxis eines Therapeuten landet. Der Klient kommt mit Erwartungen an den Therapeuten. Werden diese Erwartungen nicht „ent-täuscht“, geschieht also im Rahmen der Therapie nichts Unerwartetes, wird auch keine neue Information geliefert, also auch keine Änderung der Blickwinkel möglich. Ist wenigstens ein guter Rapport vorhanden, handelt es sich für eine angenehme Erfahrung für den Klienten und wohl auch für den Therapeuten, das Veränderungspotential solcher Termine ist allerdings gering. Provokation bricht hier sehr schnell die Erwartungshaltung des Klienten und macht den Klienten unvorhersagbar. Diese Eigenschaft bezeichnet Milton Erickson als eine der Kernkompetenzen eines guten Therapeuten. Im Münchner Vortrag zitiert Noni Höfner einen Klienten von Erickson mit den Worten: „Mich irritiert nicht so sehr, was sie als nächstes sagen, sondern was ich als nächstes sage.“ (Vortrag Farrelly & Höfner, 2008, Min. 57) Durch diese Unvorhersagbarkeit ist der Klient gezwungen „neu zu denken“ und Stereotype zu vermeiden.

#### **5.4.6. Übertreibung**

Übertreibungen werden angewendet, um die humorvolle Komponente zu unterstreichen. Der spielerische Aspekt wird in der Provokativen Therapie maßlos übertrieben. (vgl. Höfner & Schachtner, 2008, S. 126) Das „liebevollen Karikieren des Weltbildes“ des Klienten bedeutet, wie in einer zeichnerischen Karikatur die wesentlichen Merkmale nicht nur darzustellen, sondern sie durch Übertreibung zu markieren. Zusammen mit der bildlichen Darstellung (siehe 5.4.11) geht es darum den nützlichen Widerstand des Klienten zu provozieren und ihn

zum Widerspruch zu reizen. Die Übertreibung an sich ist bereits ein humoristisches Mittel. In der Satire regt uns das nicht nur das Aufdecken von nur gemäßigten Schwächen, sondern die maßlose Übertreibung derselben zum Lachen an. (Titze, 1985, S. 86)

In die Kategorie der Übertreibungen gehört auch die Nutzung von Globalisierungen, Stereotypen und Pauschalurteilen. Klienten (und nicht nur diese) formulieren ihre Probleme üblicherweise sehr allgemein und treffen wenige Unterscheidungen. „Ich bin immer so...“, „Mein Mann tut nie...“ usw. Globalisierung und Verallgemeinerungen sind ein natürliches Prinzip in der menschlichen Kommunikation, um Komplexität zu reduzieren. In der Beratung hingegen ist es sinnvoll, zusätzliche Unterscheidungskriterien einzuführen. (vgl. Schmidt, 2010, S. 104) Da die Aussagen und geäußerten Ansichten des Klienten ins Unnatürliche übertrieben werden, wird ein ausgelöster Widerspruch meistens die Allgemeingültigkeit der eigenen Aussage relativieren. Der Klient könnte dann antworten: „Nein soooo ist das jetzt aber nicht!“. Das geistige Relativieren führt unweigerlich auch zu einem weniger pauschalem Verhalten. (Höfner & Schachtner, 2008, S. 129)

#### **5.4.7. Authentizität, Kongruenz und Inkongruenz**

Carl Rogers schreibt über Kongruenz:

Meine erste Hypothese besagt, daß persönliches Wachstum dann begünstigt wird, wenn der Therapeut lebt, was er wirklich ist, wenn er in seiner Beziehung mit dem Klienten echt und ohne Fassade bleibt, also ganz offen Gefühle und Einstellungen lebt, die ihn im Augenblick bewegen. Bei dem Versuch diesen Zustand zu beschreiben, sind wir auf den Begriff der ‚Kongruenz‘, die Übereinstimmung mit sich selbst gekommen. Wir meinen damit, daß die vom Therapeuten erlebten Gefühle seiner bewußten Wahrnehmung zugänglich sind, daß er diese Gefühle leben und sein kann und sie – wenn angemessen – mitzuteilen vermag. Das heißt, er begibt sich in eine unmittelbare persönliche Begegnung mit seinem Klienten, indem er ihm von Mensch zu Mensch gegenüber tritt. Es bedeutet, daß er gänzlich er selbst ist und sich nicht

verleugnet. Niemand erreicht diesen Zustand ganz und gar, aber je mehr der Therapeut imstande ist, akzeptierend auf das zu achten, was in ihm selbst vor sich geht, und je besser er es fertigbringt, ohne Angst das zu sein, was die Vielschichtigkeit seiner Gefühle ausmacht, um so größer ist seine Kongruenz. (Rogers zit. in Wippich & Derra-Wippich, 1996, S. 236)

Da Farrelly jahrelang mit Rogers zusammengearbeitet hat, verwundert es nicht, dass dies auch für ihn eine grundlegende Prämisse wurde. Offenbar unterscheiden sich Rogers und Farrelly lediglich in der Art der Gefühle, die sie den Klienten entgegenbringen und/oder in dem Maß der vermuteten Angemessenheit, welche Gefühle man dem Klienten auf welche Art mitteilt. Farrelly hat diesen Grundsatz rogerianischen Denkens offensichtlich in den Jahren vor seinem „Outing“ als provokativer Therapeut zu eng gefasst.

So wie der (provokative) Therapeut in sich authentisch und kongruent sein soll, so inkongruent wird er in der Provokation. Seine übertriebenen Aussagen werden ganz bewusst inkongruent gebracht. In einer bekannten Studie von Albert Mehrabian (siehe Mehrabian, 1971) beschreibt dieser die 7-38-55 Regel, in der er nachweist, dass bei inkongruentem Verhalten der inhaltliche Anteil einer Nachricht mit 7%, gegenüber dem auditiv tonalen (38%) und dem nichtsprachlichen Anteil (55%) deutlich in den Hintergrund tritt. Der Therapeut signalisiert also auf nichtsprachlicher Ebene seine tiefe Sympathie für den Klienten, auf der Inhaltsebene hingegen werden paradoxe, absurde, ja abwertende Botschaften übermittelt.

#### **5.4.8. Offenheit und Ehrlichkeit – Die „Zumutung für den Klienten“**

Im Gegensatz zu der weit verbreiteten Meinung, der Klient sei ein Opfer und muss geschützt werden, nehmen provokative Therapeuten die humanistische und von Systemikern übernommene Sicht auf den Klienten ernst. Der Klient wird als kompetenter Partner gesehen, der ein Recht auf einen ehrlichen Umgang hat. Frei nach Ingeborg Bachman kann man schreiben: „Die Wahrheit ist nicht nur dem Menschen, sondern sogar dem Klienten

zumutbar!“. Eine Anekdote, die von Noni Höfner über Frank Farrelly erzählt wird, beschreibt seine Begegnung mit einem „Wal“. Als Wal bezeichnet sie eine Frau mit extremem Übergewicht, die in Frank Farrellys Praxis kam, indem sie sich seitlich durch die Türe pressen musste und nachdem sie das geschafft hatte, sich auf einen Stuhl plumpsen ließ. Farrelly kommentierte das mit einem freundlichen „There goes the furniture!“ („Das ist das Ende meiner Möbel!“). (Vortrag Farrelly & Höfner, 2008, Min. 49).

#### **5.4.9. Der längere Hebel – Direktives Vorgehen in der Provokativen Therapie**

Ein wesentliches Kennzeichen und eine wichtige Unterscheidung von vielen anderen Therapieformen ist das direkte Vorgehen des provokanten Therapeuten. Jede Form der Provokation ist ein Akt der Führung. Während in Konzepten wie der klassischen Hypnotherapie und daraus abgeleitet im NLP das „Leading“ eine zentrale Bedeutung hat, führt die Idee vor allem bei humanistischen Schulen zu Ablehnung. Auch im systemischen Konzept, in dem auf der einen Seite allgemein akzeptiert ist, dass der Berater als „Beobachter“ Teil des Systems ist und als solcher Einfluss auf das System nimmt (Kybernetik zweiter Ordnung) (siehe von Förster, in Watzlawick, 1985) wird die Möglichkeit zur Führung, auf Grund der autopoietischen Organisation des Individuums oft bestritten. Führung kann dementsprechend nicht als instruierendes Verhalten interpretiert werden, sondern jeweils als Einladung an den Klienten den Angeboten (vgl. Schmidt, 2010, S. 180) des Beraters zu folgen. Selbstverständlich muss, kann und wird das nicht immer der Fall sein. In einem befriedigenden Dialog wird die Führung zwischen den Beteiligten ständig wechseln. (Höfner & Schachtner, 2008, S. 79). Höfner beschreibt ihren Provokativen Stil als formal direktiv, aber inhaltlich weitgehend indirektiv. Es geht darum, den Klienten vom Problem wegzuführen, um andere Betrachtungswinkel zu erschließen (siehe 5.5.2). Damit der Therapeut in Führung gehen kann, muss er kompetent erscheinen (Höfner & Schachtner, 2008, S. 82). Auch Grawe weist die Therapeutenkompetenz und das Therapeutenengagement als wichtigste Faktoren nach der Therapiebeziehung aus. (Grawe, 2004, S. 404)

Höfner beschreibt als einfachen Indikator dafür, wer in einem therapeutischen Gespräch die Führung übernimmt, dass derjenige am „längeren Hebel“ sitzt, der weniger vom anderen will. (Höfner & Schachtner, 2008, S. 84).

#### **5.4.10. Die Aktivdiagnose**

Die direkte Art der Kommunikation wird besonders in der Intervention der „Aktivdiagnose“ deutlich. Im Gegensatz zu herkömmlichen Therapien, in der die Anamnese ein wesentlicher Teil des Erstgesprächs bzw. des Therapiebeginnes ist, beginnt der provokative Therapeut mit Unterstellungen über das vermutete Problem des Klienten. Dabei nutzt er insbesondere das Mittel der Übertreibung (siehe 5.4.6). Das ist für den Klienten üblicherweise eine völlig neue Erfahrung und trägt zur Unvorhersagbarkeit des Therapeuten bei (siehe 5.4.5). Die klassische lineare Ansicht, dass jeder Therapie eine ausführliche Diagnostik vorausgehen muss, wird hier absichtlich umgangen. Andere Ansätze, wie der lösungsfokussierte Ansatz von Steve DeShazer gehen davon aus, dass Problem und Lösung generell nichts miteinander zu tun haben und es für einen Therapeuten völlig irrelevant ist, das Problem zu kennen. Ähnlich verhält sich der provokative Praktiker. Die Reaktionen des Klienten im direkten Kontakt mit dem Therapeuten bieten ausreichend Material. (Höfner & Schachtner, 2008, S. 95) Er schießt also „in den Busch“ und beobachtet die Reaktionen des Klienten, um mit diesem im Hier-und-jetzt zu arbeiten. Dies führt beim Klienten im ersten Schritt auch zu einer erwünschten Verwirrung, ohne die ein Lernen zweiter Ordnung nicht möglich ist. (Wippich & Derra-Wippich, 1996, S. 224) Diese Überraschung führt zumeist auch, ähnlich den hypnotherapeutischen Konfusionstechniken (Schmidt, 2010, S. 159), zu einem Trancezustand.

#### **5.4.11. Bild- und metaphorreiche Sprache**

Im Kontakt mit anderen Menschen entstehen in uns Bilder. Diese sind meist unbewusst oder ihnen wird wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Der provokative Therapeut spricht diese an und aus. Frank Farrelly spricht zu einer Klientin, die sich als minderwertig empfindet, von einem

„Fußabtreter auf zwei Beinen“ (Höfner & Schachtner, 2008, S. 136). Diese Bilder sind einprägsam und werden vom Unbewussten wortwörtlich interpretiert. Das Gehirn konstruiert laufend Bilder und repräsentiert unser Denken vornehmlich in solchen. (Hüther, 2006, S. 22ff) Die Kommunikation in bildhafter Sprache lädt die Kreativität des Klienten ein und bietet ihm die Möglichkeit zur „Wahrgebung“. (Schmidt, 2010, S. 179ff) Jede verbale Verständigung basiert auf einer metaphorischen (und damit unvollständigen) Repräsentation einer tatsächlichen Erfahrung. Daraus ergibt sich, dass, wenn der Therapeut eine Metapher bildet und ausdrückt, der Zuhörer seinerseits in Begriffen seiner eigenen Wahrnehmung repräsentiert. (Gordon, 2005, S. 18) Sie sprechen also automatisch die Sprache des Klienten. Bilder haben nun den Vorteil, im Gegensatz zu Worten und Zahlen, in der Vorstellung veränderbar zu sein. (Höfner & Schachtner, 2008, S. 136)

#### **5.4.12. Tabubrüche**

Das augenscheinlichste Merkmal der Provokativen Therapie sind neben dem Humor vor allem die wahrgenommenen Tabubrüche. „Durch Tabus schützen sich Gruppen, Gemeinschaften und Gesellschaften davor, bestimmte Themen öffentlich anzusprechen. Indem Tabus den Umgang miteinander regeln, dienen sie dem Schutz des Einzelnen und dem Zusammenhalt der Gemeinschaft. Andererseits können sie aber auch unhaltbare Zustände und Machtsysteme stabilisieren.“ (Turek in Effinger, 2009, S. 191)

Das Kleinkind lächelt als Reaktion auf die Wahrnehmung inkongruenter Reizkonfigurationen, allerdings nur, wenn diese nicht bedrohlich wirken. Im Alter von etwa einem Jahr regen diese Inkongruenzerlebnisse dann zum Lachen an. „Dieses Lachen bringt jenes Vergnügen zum Ausdruck, das entsteht, wenn im phantasievollen Spiel Bedingungen geschaffen werden, die im Widerspruch zur Realität stehen“. (McGhee, 1979, S. 67) Tabubrüche sind die Grundlage von Komik. Bereits in frühester Kindheit beziehen Menschen einen Lustgewinn aus der Übertretung von Tabus und Regeln. So lachen Kinder immer wieder, wenn der Oger Shrek im gleichnamigen Film furzt und die Blasen im Wasser aufsteigen.

Die Besonderheit an „echtem“ Humor und vor allem jenem der im therapeutischen Rahmen sinnvoll ist, ist die Auswahl, welche Tabus gebrochen werden. Was soll „verflüssigt“ werden?

Welche Einschränkungen und Grenzen sollen lachend verschoben werden und welche geben Sicherheit und sollen beibehalten und respektiert werden? Die Vorwürfe, die an die Adresse der Provokativen Therapie bzw. auch des Einsatzes von Humor generell gemacht werden, beziehen sich darauf, hier eine falsche Auswahl zu treffen. Sehr oft ist die Kritik allerdings insofern unqualifiziert, als Beobachter sich in ihren Werten verletzt fühlen und ihre Tabus gebrochen werden. Die Zielgruppe der Provokativen Therapie ist allerdings nicht der Leser einschlägiger Bücher und Besucher in Seminaren von Frank Farrelly, sondern immer der Klient. So kann man bei Vorführungen der Provokativen Therapie sehr oft bemerken, dass die Einschränkungen der Menschen im Publikum deutlich größer, sind als die der Klienten. Diese profitieren von der Empathie und dem Rapport, die gute Therapeuten den Klienten entgegenbringen. Ein eingeschränktes Wertesystem ist jedenfalls prohibitiv, um Provokative Therapie sinnvoll einzusetzen, nur gilt das wohl für jedes Wertesystem. Vermutlich kann man allerdings in Therapierichtungen, die mit weniger flexiblen und kreativen Strukturen arbeiten und Manuale verwenden bzw. dort wo der Therapeut in seiner Persönlichkeit weniger Einfluss nimmt, weniger Schaden anrichten.

Turek beschreibt Humorbausteine und unterscheidet zwei Kategorien. (Turek in Effinger, 2009, S. 190) Die eine Kategorie beinhaltet Tabubrüche mit Humorelementen wie dem unbeschämten Kind, dem lustvollen Scheitern und dem „Inneren Clown“, die andere (überraschende) Neuschöpfungen wie Übertreibung, Untertreibung, Doppelbedeutung, Umdeutung, Umkehrung, Wechsel der Handlungsebenen, ungewöhnliche Zuordnungen (Absurdität) und Inkongruenz (Widersinn). All das wird in der Provokativen Therapie verwendet.

## **5.5. Erklärungsversuch der Wirkungsweise**

### **5.5.1. Neurobiologische Grundlagen der Veränderung**

Im folgenden Kapitel wird untersucht, was genau im Gehirn bei der Provokation und der humorvollen Intervention geschieht und wodurch es zu Veränderungen kommt.

Menschen verändern sich vor allem dann, wenn sie mit einer als zu bewältigend erscheinenden Herausforderung konfrontiert werden. Zur humorvollen Intervention gehört daher immer gleichzeitig ein gewisses Maß an Konfrontation (z.B. Nachahmung, Tabubruch) und Leichtigkeit.

Der natürliche Widerstand gegenüber von außen vorgegebenen Veränderungen oder aus einem Veränderungsdruck resultierende Angst vor Verunsicherungen und Verschlechterungen lässt sich produktiv nutzen, in dem man von den Menschen das Gegenteil von dem verlangt, was sie eigentlich tun sollten. Wenn man will, dass sich ein Esel nach vorne bewegt, dann muss man ihn am Schwanz und nicht am Halfter ziehen (M. H. Erickson zit. nach Effinger in Effinger, 2009, S. 37) (siehe auch Methoden der Provokativen Therapie, „Den Esel am Schwanz ziehen“). Das ist die Basis aller paradoxen Interventionen. Das problematische Verhalten wird verschrieben, um es einer bewussten Kontrolle zu unterstellen. Die Autonomie und Selbstbestimmung wird erhöht. Angst und Scham vor den Folgen des problematischen Verhaltens wird relativiert und verliert seinen Schrecken.

Humorvolle Interventionen zielen nicht nur auf das Bewusstsein, sondern auch auf unbewusste und emotional besetzte Prozesse. (Effinger in Effinger, 2009, S. 37) Wie die Neurobiologie nachweist, erleichtern ein positives Klima und emotionale Beteiligung Lern- und Veränderungsprozesse (Spitzer, 2002, S. 171). Nur was von emotionaler Relevanz ist, wird verarbeitet. Martina Schmidt-Tanger bezeichnet so die Provokation als „Erhöhung der Betriebstemperatur“, also eine Erhöhung der emotionalen Betroffenheit bzw. Relevanz.

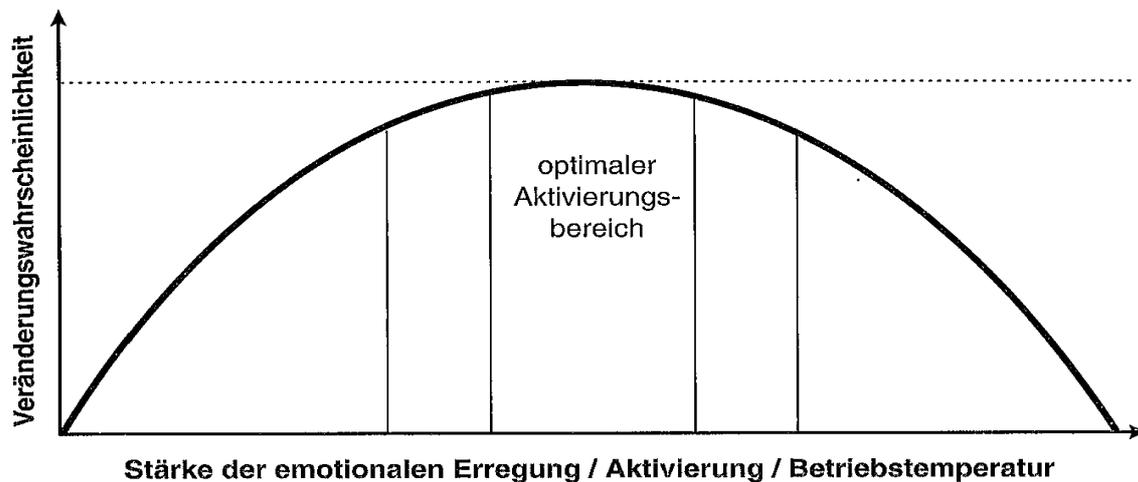


Abbildung 1: Optimaler Lernbereich nach Martina Schmidt Tanger (Schmidt-Tanger, 2004, S. 73)

Erfolgreiche Lerneffekte führen zu einem Ausbau der neuronalen Verbindungen, die für dieses Verhalten benötigt werden. Verhaltenstherapeuten nennen dies positive Verstärkung. Es kommt zur Verstärkung dieser Signalwege und zum Aufbau bestehender und neuer Synapsen. Virginia Satir, die Begründerin moderner Familientherapie, sagte dazu: „Problems are not the problem, coping is the problem“. (Satir in Andreas, 1991, S. 82). Sinngemäß bedeutet das, dass im Falle eines Problems, welches als nicht lösbar wahrgenommen wird, einfach keine der gut gelernten Lösungsstrategien funktioniert. Um aber die eingefahrenen (und bisher sehr funktionalen) Strategien zu ändern, sind neue Informationen nötig, die allerdings an bestehende Strukturen andocken können, also gelernt werden. Hier hilft Provokation und Humor. Neue Ideen und Blickwinkel können stark emotional besetzt und in der systemischen Terminologie anschlussfähig gemacht werden.

Über Witz und Provokation werden zuerst bestehende Muster unterbrochen, also das eingefahrene Denken aufgelöst. Erwartungen werden enttäuscht und müssen in der Beratung und Therapie auch enttäuscht werden. Der Klient hat schließlich zahllose eigenständige, aber erfolglose Lösungsversuche hinter sich. Wiederholungen der bereits gelernten Versuche sind vermutlich ebenso sinnvoll wie ein Verharren in dem Problem Denken des Klienten. Dann werden zahlreiche emotional besetzte neue Informationen geliefert. Dabei ist es nicht relevant, ob diese tatsächlich „sinnvoll“ sind. In der Provokativen Therapie geht man davon aus, dass die angebotenen Lösungen nur Scheinlösungen sind, und nur dazu dienen, dem Klienten bei der eigenständigen Suche nach neuen Strategien abseits ausgetretener Wege zu

helfen. Direkte Ratschläge können manchmal hilfreich sein, reduzieren üblicherweise aber die Autonomie, und das Ziel des provokativen Therapeuten ist das Gegenteil. Humor, genauso wie soziale Verbundenheit, senkt dauerhaft die Stressreaktion des Körpers. In dem die subjektive Bewertung einer Situation geändert wird, wird das Problem lösbar oder zumindest erträglich. Dadurch sinkt die dauerhaft belastete Reaktion des Körpers, der Cortisolspiegel sinkt, das Immunsystem arbeitet wieder effizienter und durch Ausschüttung von endogenen Opiaten, Dopamin, Serotonin und andern Neurotransmittern werden die beschriebenen Veränderungen im Gehirn möglich, was global als „Lernen“ bezeichnet wird. (vgl. Hüther, 2007, S. 91ff)

### **5.5.2. Dissoziation aus dem Problemerleben**

Die meisten Klienten sind stark mit ihrem Problem assoziiert. (vgl. Radatz, 2009, S. 200) Eine der Aufgaben des Beraters ist es, den Klienten vom Problem wegzuführen, damit es wieder in vernünftigen Proportionen wahrgenommen werden kann. (Höfner & Schachtner, 2008, S. 80) In der systemischen Therapie wird dies hauptsächlich durch den Einsatz von zirkulären Fragen erreicht. Hauptinstrument in der Provokativen Therapie ist der Humor (siehe 5.4.3). Das Lachen über ein Verhalten, eine Idee oder eine Einstellung führt zwangsläufig zu einer nützlichen Dissoziation. Farrelly meint dazu, dass der Mensch durch Humor zu seinen überwältigenden Gefühlen oder irrationalen Ideen einen angemessenen psychologischen Abstand gewinnen kann. (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 129)

Schwierigkeiten und Tränen entstehen oft, wenn jemand zu lange oder zu hartnäckig an einer Idee, einem Glauben oder einer Vorstellung festhält und enttäuscht wird. Wir brauchen also die verschiedenen Möglichkeiten, die der Humor anzubieten hat. Humor befähigt uns, Gleichgewicht, Augenmaß und eine optimale psychologische Distanz in der Vielfalt unseres Lebens zu haben. (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 128)

Schmidt schlägt unter anderem die gezielte Dissoziation von problemstabilisierenden Mustern durch Dissoziationstechniken als Interventionen explizit vor. (Schmidt, 2010, S. 78)

### 5.5.3. Aktivierung durch Autonomiebedürfnis

Das Streben nach Kontrolle über das eigene Leben und die Gestaltungsfähigkeit sind Grundbedürfnisse des Menschen (vgl. Epstein, 1990, S. 165ff). Bei Depression ist gerade das Erleben des Kontrollverlustes besonders schmerzhaft, wie wir an Maiers und Seligmans Experimenten zur „gelernten Hilflosigkeit“ (siehe Maier & Seligman, 1976) sehen. Grawe spricht in diesem Zusammenhang von der Schaffung von „positiven Kontrollerfahrungen“ in der Therapie. (Grawe, 2004, S. 383) Flammer unterscheidet ein angeborenes Kontrollgrundbedürfnis und ein in bestimmten Inhalten und Zielen materialisiertes Kontrollbedürfnis. (vgl. Flammer, 1990, S. 114f). So zielt die Provokative Therapie genau auf die Wiederherstellung der Idee der Kontrolle über das eigene Leben beim Klienten ab.

Dies wird paradoxerweise erreicht, indem dem Klienten die Kontrolle über einen Bereich seines Lebens entzogen wird, nämlich der des persönlichen Leides. Der Therapeut springt auf die Seite des Klienten, begründet die „Therapeutische Allianz“ und erklärt das Problem in übertriebener „Therapeutensprache“, generalisiert es, stellt die Vorzüge des Verhaltens verzerrt heraus, gibt Gott und der Welt bzw. der genetischen Prädisposition scherzhaft die „Schuld“ am problematischen Verhalten und entzieht es so der subjektiven Kontrolle des Klienten. Noni Höfner schreibt:

„Der innere Widerstand oder Widerstand gegen eine Behauptung wird kräftiger, wenn er nicht in uns selbst stattfindet (gegen eine innere Behauptung gerichtet ist), sondern wenn er nach außen gerichtet ist, also ein anderer etwas behauptet. Je absoluter er dies tut, umso stärker ist unser Widerstand.“ (Höfner & Schachtner, 2008, S. 114)

So wird der Widerstand des Klienten, der in vielen Therapierichtungen als unerwünscht betrachtet wird, genutzt.

#### **5.5.4. Musterunterbrechung**

Muster sind miteinander verkoppelte Beiträge, die sich regelhaft wiederholen und so Wirklichkeitskonstruktionen gestalten. Schmidt zählt dazu unter anderem die Art, wie ein Phänomen beschrieben wird, wie ihm Bedeutung gegeben wird, welche Lösungsversuche daraus abgeleitet und welche Antworthandlungen gesetzt werden. (vgl. Schmidt, 2010, S. 23)

Solange Problemmuster nicht unterbrochen werden, ist eine sinnvolle Intervention nicht möglich. Schmidt formuliert das eindeutig: *„Die konstruktive therapeutische Arbeit beginnt gerade erst, wenn das alte Muster unterbrochen ist.“* (Schmidt, 2010, S. 170) Er streicht also die Notwendigkeit der Musterunterbrechung des Problemmusters heraus. (vgl. Schmidt, 2010, S. 109)

Provokation liefert genau diese Möglichkeit, aus alten Denkmustern auszubrechen. Der Widerspruch des Klienten gegen übertriebene Behauptungen, die Unvorhersehbarkeit des Therapeuten, die ständige Konfrontation mit für den Klienten ungewohnten Situationen und der Einsatz von Humor zwingen den Klienten „neu“ zu denken.

#### **5.5.5. Förderung der Ambiguitätstoleranz**

„Wahrheit verstehen wir in unserem Kulturkreis meist als Eindeutigkeit und Gewissheit über Dinge in der von uns wahrgenommenen Wirklichkeit. Sie soll uns Ordnung, Sicherheit und Orientierung geben und uns helfen, nicht aus dem Gleichgewicht zu geraten. Das ist verständlich und nachvollziehbar. Gleichwohl machen wir aber auch immer wieder die gegenteilige Erfahrung, wo ein Festhalten an unseren gewohnten, vermeintlichen Wahrheiten (Eindeutigkeiten) immer tiefer in die Abgründe sozialer und individueller Konflikte stürzt und uns fragen lässt, ob es da nicht noch etwas anderes gibt, was diese inneren und äußeren Widersprüchlichkeiten,

diese vermeintlichen Eindeutigkeiten überbrücken oder gar verbinden lässt.“  
(Feyerabend, 2005, S. 23)

Das Leben ist durchsetzt von Widersprüchlichkeiten und Paradoxien. Subjektive Probleme sind gekennzeichnet durch die Unvereinbarkeit von widerstrebenden Ideen. Man hat das eine und will etwas anderes, oder man kann sich zwischen Alternativen nicht entscheiden, u.ä.

Sparre & Kibed, die sich in ihrem Buch „Ganz im Gegenteil. Für Querdenker und jene, die es werden wollen“ mit systemischen Strukturaufstellungen insbesondere der Tetralemma-Aufstellungen zur Auflösung solcher Widersprüche gewidmet haben, schreiben: “Der Versuch (...) Verwirrung zu meiden, entstammt meist dem Wunsch, umfassend zu beherrschen. Und dieser Wunsch, so hoffnungslos er auch stets vom Leben widerlegt wird, hat doch einen hohen Preis: er verhindert das Leben.“ (Sparrer & Varga von Kibed, 2000, S. 156)

Effinger zitiert Willy Brandt mit der Aussage, dass das Verlangen nach Widerspruchsfreiheit und damit nach Eindeutigkeit immer ein totalitäres Verlangen darstellt und immer mit Eingrenzung und Kontrolle verbunden ist. (Brandt zit. in Effinger, 2009, S. 46)

Der Mensch hat ein Verhalten bzw. eine Eigenschaft ausgeprägt, die dazu dient, mit solchen Widersprüchen umzugehen: den Humor. Heitere Gelassenheit führt zu einer gelassenen Einstellung gegenüber Widersprüchlichem, Unordentlichem und Unfertigem bei sich und bei anderen. (Effinger in Effinger, 2009, S. 33)

Für Effinger ist Humor gleichzusetzen mit einer konstruktiven Liebe zur Mehrdeutigkeit. Humorvolle Menschen haben ein positives Verhältnis zur Ambivalenz, zu Paradoxien und Widersprüchlichkeiten (Effinger in Effinger, 2009, S. 11)

Alles das nutzt der provokative Therapeut, um an sich unvereinbare Wünsche vereinbar oder die entstehende Spannung aushaltbar zu machen.

### **5.5.6. Förderung der Authentizität des Therapeuten**

Als die Geburtsstunde der Provokativen Therapie beschreibt Frank Farrelly die 92. Sitzung mit einem Klienten namens Bill. Dieser hielt den Grundideen der Gesprächstherapie über die Kompetenzen des Klienten konsequent das Gegenteil entgegen. „Ich bin wertlos. Ich bin ein hoffnungsloser Fall und mein ganzes Leben wird eine lange psychische Episode mit Hospitalisierungen sein.“ (vgl. Farrelly & Brandsma, 1976, S. 34) In der 92. Sitzung gab Farrelly nun auf und begann den Klienten in seiner Meinung zu bestätigen. Mit verblüffend positiven Konsequenzen. Die Klienten erleben den Therapeuten plötzlich nicht mehr als „abstinent“ und professionell unnahbar, sondern bekommen ehrliches Feedback. Wittmann beschreibt eine ähnliche Reaktion, wie in dieser Arbeit schon zitiert (siehe 5.2.2.4). Wenn die innere Haltung (siehe 5.4.1 ) stimmt, ist es nicht sinnvoll, sich „herauszuhalten“. Mit einer Provokation im Allgemeinen und in der Provokativen Therapie im Besonderen bezieht der Therapeut Stellung. Er bringt sich als Person ein. Er darf Mensch sein und zwar der Mensch, der er ist. Diese Ehrlichkeit und Offenheit schätzen die Klienten, wie das Beispiel des gefährlichen Psychopathen zeigt, der auf die Frage, warum er weiterhin zu Farrelly kommen will, sagt: „Weil Sie mir keinen Scheißdreck erzählen.“ (Farrelly & Brandsma, 1976, S. 19)

Dies fordert natürlich einerseits die 100%ige Präsenz und echte Wertschätzung des Klienten, entlastet aber den Therapeuten.

## **6. Praktischer Teil**

Decken sich die Annahmen über die Grundlagen, Anwendung und Wirkungsweise, die in der Literatur genannt werden, mit den praktischen Erfahrungen von Menschen, die Provokation in Therapie und Beratung einsetzen? Die Befragung von Persönlichkeiten, die langjährige praktische Erfahrung haben, Seminare und Ausbildungen leiten und alle (auch) provokativ arbeiten, sollte darüber Aufschluss geben. Dadurch, dass auch die Autoren der wenigen Bücher zu provokativen Interventionen zu Wort kommen, war eine Übereinstimmung wahrscheinlich. Trotzdem zeigt die Befragung interessante Punkte auf. In manchen Bereichen herrscht Übereinstimmung bei allen Befragten, manchmal jedoch unterscheiden sich die Herangehensweisen deutlich.

### **6.1. Leitfaden**

Der Fragebogen ist halboffen konzipiert und soll auf die Forschungsfragen fokussieren. Insbesondere waren die Einsatzmöglichkeiten, die Kontraindikationen und die Erklärungen über die vermuteten Wirkungsweisen relevant. Da allerdings auch die Erfahrung und die innere Einstellung des Therapeuten eine wesentliche Bedeutung haben (siehe 5.4.1), wurde der Erzählung von Anekdoten, Praxisfällen und Äußerungen über die grundlegenden Konzepte der befragten Praktiker viel Raum gegeben.

Der Fragebogen beinhaltet folgende Fragen:

1. Was verstehen Sie unter Provokation in Beratung und Therapie?
2. Nutzen Sie Provokation in Beratung und Therapie?
  - a. Wenn ja, inwiefern?
3. Wann meinen Sie, ist Provokation indiziert?

4. Wann und unter welchen Bedingungen ist Provokation hilfreich?
5. Wann ist Provokation kontraindiziert?
6. Haben Sie persönliche Erfahrungen mit Provokation, die Sie erzählen können?
7. Was vermuten Sie: Auf welchen Mechanismen basiert die Wirkung von Provokation in Beratung und Therapie?
8. Was sind die größten Fallstricke im provokativen Umgang mit Klienten?

## **6.2. Auswahl der Befragten**

Befragt wurden Berater, Coaches und Therapeuten aus dem deutschsprachigen Raum (Österreich und Deutschland), die zumindest 5 Jahre praktisch tätig sind und entweder nach eigenen Angaben mit Provokation arbeiten oder in Seminaren ein provokatives Vorgehen zeigen.

## **6.3. Biographische Daten der Befragten**

In der Reihenfolge der Interviews:

### **6.3.1. Martina Schmidt-Tanger**

(Internet: Martina Schmidt-Tanger; <http://www.schmidt-tanger.de/mst.html> abgerufen am 12.8.2010)

Martina Schmidt-Tanger befasst sich seit über 25 Jahren mit NLP. Sie ist eine der erfahrensten Lehrtrainerin in Deutschland und Mitglied der Aus- und Fortbildungskommission des Deutschen Verbandes für NLP (DVNLP AFK). Sie hat ein Buch zum Thema Provokation im Coaching verfasst, arbeitet provokativ und bietet auch Seminare zu dem Thema an.

Das Interview wurde in Abano/Italien anlässlich eines Seminars zum Thema Provokativ-Intuitives Coaching geführt.

### **6.3.2. Dr.med. Dipl.-rer.pol. Gunther Schmidt**

(Internet: Milton-Erickson-Institut Heidelberg; [http://www.meihei.de/dateien/inst\\_leiter.html](http://www.meihei.de/dateien/inst_leiter.html) abgerufen am 12.8.2010)

Gunther Schmidt ist Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Er integriert Ericksonsche Hypnotherapie und systemische Familientherapie, die er in der „Heidelberger Gruppe“ um Helm Stirlin maßgeblich mitgestaltet hat, zum „Hypnosystemischen Ansatz“.

Das Interview wurde in Abano/Italien anlässlich eines Seminars zum Thema Hypnosystemische Konzepte im Coaching geführt.

### **6.3.3. Hans-Ulrich Schachtner**

(Internet: Hans-Ulrich Schachtner; <http://www.magst.info/page7.html> abgerufen am 12.8.2010)

Hans-Ulrich Schachtner ist unter anderem Psychologe und Psychotherapeut. Er lernte bei Milton Erickson und Frank Farrelly und macht zusammen mit Eleonore Höfner die Provokative Therapie im deutschsprachigen Raum bekannt. Er veranstaltete zahlreiche Seminare und Workshops mit Frank Farrelly und publizierte mehrere Bücher zum Thema der Provokation in der Therapie und entwickelte den „magischen Kommunikationsstil“ (MagSt).

### **6.3.4. Eveline Gisela Amort**

(Internet: Eveline Gisela Amort; <http://eveline.wienwelt.at/kelsi-die-heilerin.php> abgerufen am 14.9.2010)

Eveline Gisela Amort ist Heilerin, Künstlerin, Trainerin und Coach. Sie arbeitet seit vielen Jahren sowohl im privaten wie auch im Business-Umfeld mit provokativen Interventionen. Sie ist Gründungsmitglied von PROVOCARTIS, dem Österreichischen Institut für Provokative Therapie. Sie führt regelmäßig Schulungen zu diesem Thema durch.

### **6.3.5. Beate Janota**

(Internet: Beate Janota; <http://www.liebesambulanz.at/lebensberatung/> abgerufen am 14.9.2010)

Beate Janota wurde 1974 in Mödling geboren. Sie ist Mutter von 2 Kindern und seit 2004 als Lebens- und Sozialberaterin in Bad Vöslau bei Wien tätig. Sie besucht laufend Weiterbildungen unter anderem in den Bereichen Konfliktmanagement, Mentaltraining, zwischenmenschliche Kommunikation und ist derzeit in Ausbildung zur klinischen Sexologin Approche Sexocorporelle. Sie war Teilnehmerin und Klientin bei Frank Farrelly und arbeitet auch provokativ. Das Schwergewicht ihrer Arbeit sind die Themen Beziehung und Sexualität.

### **6.3.6. Dr. Peter Battistich**

(Internet: Peter Battistich; <http://www.battistich.at/peterbat1.htm> abgerufen am 14.9.2010)

Dr. Peter Battistich ist Psychotherapeut in Wien. Er leitet Ausbildungsinstitute für Lebens- und Sozialberater, Trainer und Coaches. Er ist Gestalttherapeut mit zahlreichen Zusatzausbildungen und langjähriger Erfahrung. Er provoziert in seinen Kursen sowie nach eigenen Angaben auch in Therapie und Beratungssitzungen.

### **6.3.7. Dr. Nico Rose**

(Internet: Nico Rose; [http://www.loesungen-zum-leben.de/nico\\_rose.php](http://www.loesungen-zum-leben.de/nico_rose.php) abgerufen am 14.9.2010)

Dr. Nico Rose, geboren am 24.3.1978 ist Diplom-Psychologe, Systemischer Coach und Heilpraktiker für Psychotherapie. Er erhielt 2010 den deutschen Coaching-Award, leitet die

XING Gruppe für NLP und co-moderiert mit Noni Höfner die Gruppe für Provokative Therapie. Er hat Ausbildungen in NLP und Transaktionsanalyse.

### **6.3.8. Dr. Eleonore „Noni“ Höfner**

(Internet: Noni Höfner; [http://provokativ.com.nx05.online-netz.de/veranstaltungen/seminare\\_mit\\_dr\\_e\\_noni\\_hofn/dr\\_e\\_noni\\_hofner.html](http://provokativ.com.nx05.online-netz.de/veranstaltungen/seminare_mit_dr_e_noni_hofn/dr_e_noni_hofner.html) abgerufen am 14.9.2010)

Dr. Eleonore „Noni“ Höfner ist Diplompsychologin mit privater Praxis in München. Sie veröffentlichte zusammen mit Hans-Ulrich Schachtner das erste Buch zur provokativen Therapie in Deutschland und entwickelte mit ihm den Provokativen Stil (ProSt). Sie ist Gründungsmitglied des Deutschen Instituts für Provokative Therapie und veranstaltet Seminare mit Frank Farrelly und zertifiziert im Rahmen des D.I.P provokative Therapeuten.

## **6.4. Interviewsituation**

Die Interviews mit Martina Schmidt-Tanger, Dr. Gunther Schmidt und Hans-Ulrich Schachtner konnten anlässlich des Metaforum-Sommercamps in Abano-Italien durchgeführt werden. Eveline Gisela Amort wurde in Wien am Donaukanal interviewt, Beate Janota in ihrer Praxis in Bad Vöslau und Dr. Peter Battistich in den Räumen seines Ausbildungsinstitutes „WiLak“. Die Interviews mit Dr. Nico Rose und Dr. Eleonore Höfner wurden über Telefon bzw. Skype geführt. In jedem Fall wurde das Thema mit der Bitte um ein Interview mit ungefähr einer Stunde Dauer genannt. Es wurde jeweils die erste Frage gestellt und oft im Zuge der umfangreichen Beantwortung schon weitere Fragen behandelt. Lediglich zur Konkretisierung wurden Nachfragen von der Liste gestellt und in einigen Fällen, die dem Interviewer für das Thema relevant erschienen, wurden weitere Fragen gestellt, die nicht am Leitfaden erfasst waren. Die Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert.

## **6.5. Methodik & Auswertung der Interviews**

### **6.5.1. Methodik**

Es wird eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2003) durchgeführt.

Dazu wurden in den Transkripten jeweils Passagen markiert und den vier Fragestellungen zugeordnet. Eine eigene Kategorie wurde für Aussagen und Informationen eingeführt, die für das Thema relevant erschienen, jedoch in keine der gewählten Kategorien passten. In weiterer Folge wurden die Grundaussagen in den jeweiligen Kategorien zusammengefasst und Wiederholungen und Redundanzen gestrichen. Bei den jeweiligen Aussagen wird jeweils angeführt, ob die entsprechende Antwort mehrfach, also von unterschiedlichen Interviewpartnern gegeben wurde, oder ob es sich um Einzelmeinungen handelt. Die folgenden 5 Punkte behandeln jeweils die einzelnen Fragestellungen und im Punkt 6.5.2.5 werden jene Informationen und Aussagen wiedergegeben, die nicht zu einer der Fragestellungen passen.

### **6.5.2. Auswertung der Interviews**

#### **6.5.2.1. Wann und wofür setzen Praktiker Provokation ein?**

Diese Fragestellung zielt auf die Umstände ab, unter welchen der Einsatz von provokativen Interventionen den Interviewten sinnvoll erscheint. Was ist der Anlass? Welche Probleme lassen sich damit behandeln? Welche Ziele verfolgen die Therapeuten? Zu welchem Zeitpunkt in einer Therapie oder Therapiesitzung wird provoziert und wie kann man diese Umstände erkennen.

## **Provokation am Beginn einer Sitzung oder eines Kontaktes**

Die wenigsten Befragten beginnen gleich mit Provokation, außer es wurde mit dem Klienten ausdrücklich vereinbart. Hans-Ulrich Schachtner und Peter Battistich beschreiben aber in Beispielen Provokation als einen Weg, sehr schnell eine sehr tragfähige Beziehung aufzubauen, auch wenn diese anfangs noch nicht gegeben ist. Hans-Ulrich Schachtner erzählt: *„Humor ist fast immer der Einstieg, dass du irgendwie mit einem Scherz das Vertrauen des anderen gewinnst ... - Statusspiel können wir uns sparen, das brauchen wir nicht! - Mit jemanden einen Scherz zu machen und der lacht mit mir zusammen, heißt wir können einander dekodieren und brauchen diese üblichen Vorbereitungen, wie Vertrauen aufbauen nicht! Durch einen Scherz kann ich so schnell Vertrautheit herstellen.“* Peter Battistich beschreibt einen Kontakt mit einem LKW-Fahrer, der vor einigen Tagen einen Unfall mit einem Toten verursacht hat und den er in ein Gespräch verwickelt, indem er ihn direkt auf den Unfall und seinen Beitrag daran angesprochen hat. Nach einer stark affektiven Reaktion stellt sich durch eine empathische Grundhaltung des Therapeuten eine Beziehung her, die tragfähig ist und dazu führt dass der traumatisierte Mann sich öffnet. Offenheit und Direktheit beschreibt auch Martina Schmidt-Tanger bei Provokation im Akquiseprozess, als sie in das Büro eines potentiellen Kunden kam: *„Es ist eher, dass ich im Moment dann die Wahrheit sage, also das ich reinkomme in ein Büro und sage: ‚Pfohah das ist ja hier wie ein Knast. Wie können sie denn hier arbeiten.‘“*

## **Festgefahrene Therapiesituationen und Widerstand**

Als Hauptanwendungsgebiet von Provokation nennen alle Befragten Situationen in der Therapie, in der sich in der Therapie festgefahrene Muster etabliert haben, sie also „feststeckt“.

Prägnant formuliert es Eveline Gisela Amort: *„Also wenn ich mit was anderem nicht weiterkomme, dann beginne ich mit Provokation.“*

Peter Battistich: *„Wenn ich das systemisch sehe, dass der Klient sozusagen in seinem System und auch in relevanten Umweltsystemen praktisch nicht damit wirklich weiterkommt.“*

Beate Janota beschreibt diesen Zustand so: *„Aber manche Menschen, da kommt man mit normalen Sachen einfach nicht weiter und da ist es ein Super-, Supertool... Wenn ich merke, dass eine Stagnation auftritt. Wenn ich merk, so jetzt sind wir irgendwo festgefahren und da braucht's jetzt Pfeffer. Ein Klient war in dieser Sinnlosigkeit total festgefahren. Und dann habe ich einfach gesagt, ja, stimmt, hast recht, das Leben unter der Brücke ist sehr erstrebenswert und die Sinnlosigkeit ist erstrebenswert und noch mehr Leere wäre wünschenswert. Und ich habe das dann nochmal verstärkt und ausgeschmückt und Bilder dazu gebracht, die so etwas von absurd waren, das es absurder gar nicht geht“* und weiter *„Wo sich im Hirn einfach die Gedanken im Kreis drehen und dadurch eine Endlosschleife entsteht, die natürlich keine neuen Sichtweisen..., die alles blockiert.“*

Die Fixierung auf das Problem beschreibt auch Martina Schmidt-Tanger: *„Viele Klienten machen, also wenn die in die Therapie kommen, so einen Gottesdienst um ihr Problem. Das haben die schon 22 Mal erzählt, da werden auch jeden Morgen Blumen hingetragen auf den Altar. Da wird einmal im Jahr ein Kerzchen angemacht für das Problem, [...] Ja, so und wenn diese Problemanbetung mal ein Ende haben soll, dann kann man gut ins Provo wechseln [...] wenn so dieses dauerhafte, füttern, nähren und anbeten eines Problems, da kann man dann schon mal so draufgucken auf diesen kosmischen Witz, den man sich da leistet, also wo die Klienten manchmal selber schon denken: ‚Mein Gott, ich geh mir echt schon auf den Senkel. Ich brauche eigentlich ein neues Problem, weil ich bin es schon echt leid.‘“*

Noni Höfner: *„Da steckt immer dahinter, dass jemand entweder emotional, meistens, eigentlich immer emotional feststeckt, d.h. er glaubt, es geht nur so und nicht anders und wenn ich was anders mache, ist es ganz furchtbar, ich hätte es aber gerne anders, ich möchte aber meine Voraussetzungen im Grunde nicht verändern. Und jetzt zerrt man die Dinge ans Licht, die verhindern, dass der Klient sich auf einer freien Weise neu entscheidet, zerrt sie ans Licht, verzerrt sie so ins Übertriebene, dass der Klient a) lachen kann und b) auch Widerstand dagegen entwickelt und sagt, so schlimm ist es nicht!“*

Der Klient ist völlig im Problemerleben absorbiert. Er setzt allen Interventionen Widerstand entgegen und diesen nutzt der provokative Ansatz. Noni Höfner: *„In dem Moment, wo man spürt, dass der Klient einen emotionalen Widerstand gegen eine Veränderung hat, kann man sofort mit den Provokationen einhaken.“* Und sie geht näher darauf ein: *„Alle Beratungsformen, die ich kenne, haben Probleme mit dem Widerstand. Das heißt immer im Klartext, der Klient tut nicht, was ich als Therapeut oder Berater in meiner unglaublichen Weisheit für richtig halte. Und leistet einfach Widerstand, er macht es einfach nicht und wenn ich provokativ werde, habe ich dieses Problem nicht, weil ich dem Klienten ja nicht widerspreche, ... Damit ist der Widerstand, den der Klient dann entwickelt, nicht gegen mich, sondern gegen seine eigenen Symptome und der ist dann, das ist auch, diese Widerstand ist eine sehr emotionale Sache und äußerst wirkungsvoll.“*

Eveline Gisela Amort: *„Wenn ich merke, dass die Person einen Ansatz macht in die Richtung Ich frage was, sie kommt aufs Problem zurück, ich sage was die Person kommt aufs Problem zurück. Ja-abert... endet mit ja, aber, ja aber, ja aber ... sagt ‚Ja‘, wenn ich dann frage ‚Wie sehen das die anderen oder so‘, ‚Ja, die anderen sehen das nicht so schlimm, aber...‘ Egal wie, es wird geja-abert, dann mache ich bei diesem ja mit, also dann mach ich bei dem, aber nicht bei dem ja mit, dann abere ich auch. Dann ja-abere ich...das, was ich gerade selber gesagt habe.“*

Das „Feststecken“ des Klienten kann viele Ursachen haben: rigide Wertesysteme, kognitive Fixierung, Perfektionismus, überzogene, moralische Vorstellungen und eine eingeschränkte Weltsicht.

Peter Battistich beschreibt einen Cartoon, den Fritz Simon in einem seiner Bücher verwendet: *„Eine Karikatur, die vor Jahren schon der Fritz Simon in einem seiner Bücher hatte, wo 2 Männer verzweifelt auf einem Bahngleis laufen und hinter ihnen in der Ferne sieht man die Lok, den Zug schon herandampfen. Und da sagt der eine - die rennen in den Gleisen - und da sagt der eine Mann zu anderen: Du, wenn jetzt nicht bald eine Weiche kommt, sind wir verloren.“ Also für mich hat das diese Funktion von diesen Weichen. Du bist sozusagen da der, der Weichensteller, der einfach sagt, jetzt DA gibt es aber eine Weiche, jetzt legen wir den Hebel um und jetzt geht es woanders hin, sonst sind wir verloren.“*

Er beschreibt seine Arbeit mit Menschen mit rigiden Mustern: *„Also das ist natürlich die Herausforderung, gerade wenn, also wenn jemand sozusagen in sehr, also eher rigiden Mustern ist, dann ist das natürlich die Freude für den Coach, den zu provozieren“.*

Der Klient blendet diese Einschränkungen der Sichtweise aus. Der Therapeut konfrontiert ihn damit. Noni Höfner: *„Eine Konfrontation schon mit den Dingen, die er, die ihn dran hindern, sich zu verändern. Also wenn ich die ans Licht zerze und überzeichne bis ins Absurde, sie so ins Lächerliche ziehe, dass, also lächerlich nicht im Sinne von dass ich jemanden auslache, sondern dass der Klient selber darüber lachen kann, wie irrsinnig es eigentlich ist, was er sich da selber antut. Dann, wenn der Klient darüber lachen kann, dann hat er Freiraum gewonnen und insofern konfrontiere ich den Klienten schon mit den Dingen, mit denen er sich selber ein Bein stellt.“*

Hans-Ulrich Schachtner: *„Provokation ist das Herausfordern von Denkweisen, Glaubenshaltungen und Einstellungen des Klienten, die nicht funktionieren und trotzdem aufrecht erhalten bleiben, die festgeklammert und festgekrallt werden und von den Patienten nicht losgelassen werden und jemand der so richtig verbohrt ist, in einem Gedanken in einer fixen Idee oder in einem Glaubenssystem.“*

Die Provokation lockt den Klienten hinter der Fassade hervor, führt ihm die Dysfunktionalität seiner Glaubenssysteme und Handlungen vor Augen.

Gunther Schmidt: *„Es wird auf eine spezifische Art provoziert und zwar, indem die Glaubenshaltungen, Weltanschauungen, Sichtweisen, die die Leute haben, und die ihnen Probleme machen, mit denen sie aber so identifiziert sind, dass sie sie für eine Wahrheit halten, dass mit diese Haltungen und so weiter so umgegangen wird, dass man sie aufgreift und dann so intensiv wortwörtlich aufnimmt und quasi vergrößert übertreibt, dass die Leute allmählich eine andere Haltung dazu kriegen im Sinne von ‚Ja, so ist das ja auch wieder nicht!‘“*

### **Emotionalisierung und Beteiligung des Klienten**

Mehrfach wird auch die Emotionalisierung durch Provokation angesprochen.

Beate Janota: *„Klienten, die einfach ganz viel nur im Kopf sind und dadurch der Zugang zum Gefühl blockiert ist. Und meiner Meinung nach..., in diesem Fall ist Provokative Therapie*

*einfach das A und O für mich, weil da kann ich den Verstand einmal so verwirren und so ausschalten, dass er ..., der klinkt sich dann aus und damit wird Gefühl möglich. Und dann eröffnet sich halt was ganz was Neues.“*

Martina Schmidt-Tanger beschreibt das als „Regulation der Betriebstemperatur“ (siehe 5.5.1) und Noni Höfner unterstreicht den Wert der Emotionen im therapeutischen Kontext: *„Der Ansatz geht wirklich auf das Kitzeln der emotionalen Umentscheidung. Wir haben im Deutschen keine Worte dafür, wir reden von Entscheidung, vom Willen für Veränderung, vom Bewusstmachen usw., usw., darunter muss man alle, nur emotionale, Vorgänge verstehen. Nur, wenn ich emotional mich umentscheide, wenn mein Gefühl mitspielt, dann wird eine Veränderung auch nachhaltig sein und sie wird überhaupt stattfinden.“* Sie spricht in diesem Zusammenhang davon, dass Provokative Therapie nicht in die kognitive Verhaltenstherapie eingegliedert werden sollte, sondern plädiert für eine „emotionale Verhaltenstherapie“.

### **Psychohygiene des Therapeuten**

Der Beginn der Provokativen Therapie war ein Ausbruch von Frank Farrelly aus den Regeln der Klientenzentrierten Therapie von Carl Rogers (siehe 5.2.3). Ähnliches berichten vor allem jene Befragten, die explizit Provokative Therapie ausüben. Sie beschreiben ihre Unzufriedenheit in den jeweiligen Therapiesettings und die Belastung, welche die klassischen Regeln des Verhaltens in verschiedenen Therapieschulen verursachen.

Hans-Ulrich Schachtner: *„Mein Alltag in der Therapie in meiner Praxis war also schon mit starken Müdigkeitsattacken durchsetzt, so dass ich mir schon gesagt habe, irgendetwas fehlt noch .. ich habe wieder gesehen: Lachen, Spaß, Ausflippen oder ausgefallene Sachen zu sagen in der Therapie ist möglich und auch heilsam... ich mich dann wieder topfit gefühlt hatte!“*

Eveline Gisela Amort beschreibt ihren Zustand vor ihrem ersten Kontakt mit der Provokativen Therapie bei einem Seminar mit Frank Farrelly: *„Es ging mir einfach sehr schlecht. Es ging mir mit meinen Klienten und Klientinnen schlecht, und es ging mir mit mir selber mit meiner Lebenssituation schlecht. [...] Ich hatte damals noch so eine ganz hohe Ethik in der Arbeit mit Menschen, wie man sie eben gelernt hat. Man muss alles so ernst*

*nehmen, man muss alles wichtig nehmen und der Klient und die Klientin sind am wichtigsten.“*

*Sie beschreibt auch ihr Erleben des Seminars: „Ich habe mich wirklich gebogen vor Lachen. Ich habe mich fast niedergelegt, bin zusammengeklappt, ich habe Muskelkater im Gesicht und im Bauch gehabt vor lauter Lachen, weil es mich so befreit hat auf seine augenzwinkernde Art mit Therapie und Therapeuten und Therapeutinnen umzugehen und Klienten und Klientinnen und all diesen Regeln und Vorschriften, die ich gelernt hatte ad absurdum zu führen und zu sehen wie...um nicht das Wort blöd zu nehmen, wie kontraproduktiv diese Sachen sind, ja? [...] Das ist doch wunderbar, wenn das kürzer geht, das ist doch wunderbar, wenn es mit Lachen geht, es ist wunderbar wenn man das Herz aufmachen kann. Es ist doch wunderbar wenn ich das was mir spontan auf der Zunge liegt, wenn ich das auch sagen kann. [...] Das zweite was es mir gebracht hat an Befreiung, war, dass ich meine eigenen Fehler auch mit Augenzwinkern sehen kann, dass ich auch Scheitern darf, und dass es nichts Schlimmes ist, auch wenn ich einen Menschenarbeiterin bin und ganz viel weiß, ich selber keine Heilige sein muss, dass man mit Sexualität, mit Religion, mit allem möglichen so umgehen kann, spielen kann wie ein Kind.“*

Den lustvollen Aspekt betont auch Noni Höfner: *„Also, ich kann gar nicht mehr anders, weil es a) viel Spaß macht ...weil es eben vergnüglicher ist und kürzer, ich bin kein sehr geduldiger Mensch und ich kann nicht dauernd mir dasselbe anhören über Wochen und deswegen, das passiert einem bei der provokativen Therapie nicht.“* und Beate Janota: *„Ich setz einen Schuss. Das ist was ganz Kurzes und daran erkenne ich einfach dieses, dieses, dieses ohne überlegen, ohne nachdenken ein spontaner, wahnwitziger, verrückter Akt, der mir wahnsinnig viel Spaß macht, wo ich auch dann bei den Klienten merke, wie viel Freude es bereitet, da kommt einfach dann ein Lächeln und dann merk ich, dass ich's tue“.*

Martina Schmidt-Tanger sieht auch den lustvollen Aspekt als einen wesentlichen Vorteil der Provokation in der Therapie: *„....Das, was damit zu tun hat, aus den Regeln, die psychotherapeutisches Vorgehen so vorgegeben haben, so ein bisschen rauszukommen.“*

Diese Seite der Provokation wird sehr schön von Eveline Gisela Amort zusammengefasst: *„Sie geht schneller, sie geht lustvoller, sie geht für beide Seiten befriedigender.“*

## **Verbesserung der Therapeuten/Klientenbeziehung**

Provokation, insbesondere, wenn sie humorvoll ist und nicht als verletzend wahrgenommen wird, führt, wie die Interviewten schildern, zu einer Verbesserung der Therapeuten/Klientenbeziehung. Dies wurde schon für den Einstieg in eine Therapiesitzung oder beim Kontaktaufbau beschrieben. Auch und vor allem im Verlauf einer Therapie oder eines Coachings wird die Verbesserung des Rapports als Ziel einer Provokation genannt.

Hans-Ulrich Schachtner: *„Ich verwende es, um eine Kooperation herzustellen mit jemanden, der schwer zu knacken ist, mit jemanden, mit dem eben schwer ist, Kooperation herzustellen, zum Beispiel beim Borderline-Fall oder bei einem Schizophren-Angehauchten oder so etwas, oder Depressiver, der ist so lasch, dass er ja gar nicht zu einer Kooperation bereit ist, der fühlt sich ja von allem abgeschnitten, und da sind die Methoden wirklich hilfreich.“*

Eveline Gisela Amort: *„Wenn man mit jemandem gelacht hat, und wenn man mit jemandem dieses Gefühl von ‚wie blöd das alles ist‘ geteilt hat und auch dieses Gefühl...es kommt so etwas wie Freundschaft in die Sache hinein, wie Einverständnis, weil die Provokation geht ja nie gegen die Person, weil die Provokation geht immer gegen den Blödsinn, den sie macht.“*

In einem Beispiel, das Peter Battistich erzählt, hält er in einer Paartherapie dem zwanghaften Mann einen Spiegel vor. Dabei beschreibt er seine eigene Unsicherheit, ob der Reaktion des Klienten. Die Reaktion ist, wie in sehr vielen erzählten Fällen aus der therapeutischen Praxis, gemeinsames Lachen und eine Verbesserung des Rapports.

Auch in Fällen, in denen eine provokative Intervention im ersten Schritt nicht den gewünschten Erfolg zeigt, kann es nach einiger Zeit oder nach einer Besprechung der Situation schlussendlich zu positiven Ergebnissen für den Klienten und einer Beziehungsverbesserung kommen. So erzählt Noni Höfner den Fall einer Frau: *„Eine Klientin, die, das ist eigentlich das drastische Beispiel gewesen. So eine ganz elegante Dame, die kam und, was war das Problem, sie hat, die war, weiß nicht so über 50 oder so was und hat einen Zahnarzt zum Mann gehabt, hat einen Haufen Geld gehabt und ihr, ihr Leben war luxuriös, aber leer. Die hat also so eine getarnte Depression gehabt und sie hatte keinen Sex mehr mit ihrem Mann und die haben auch nicht mehr, eigentlich besonders sich unterhalten halt, außer über den ‚Hast du den Müll rausgetragen oder die Post reingeholt‘, so was, aber keine Gespräche mehr geführt und sind so nebeneinander hergelebt und sie wurde halt immer*

*depressiver und der habe ich in der ersten Therapiestunde habe ich allerlei erzählt, dass sie halt jetzt sich drauf einrichten müsse, dass sie langsam vertrocknet und Sex für eine Frau in ihrem Alter ist sowieso nicht mehr angeraten, das tut man nicht, solche Schweinereien überlässt man jüngeren und das soll sie lassen. Und dann halt immer so eingeflochten, dass andere Frauen das trotzdem noch machen, diese widerlichen, hurenartigen Weiber, die fassen ihrem Mann in die Hose und so und das ist doch ganz abscheulich. Und die wurde immer saurer, ja, das war so eine richtige Dame mit Perlenkettchen und dann habe ich ihren Ton damals noch ein Tonband mitgegeben und dann, die ging raus und ich merkte, sie war also frostig höflich, aber ziemlich sauer und sie hat einen 2. Termin ausgemacht und ich dachte schon, die kommt wahrscheinlich nicht mehr. Das ist nichts für sie. Und dann hat sie, kam sie aber nach 14 Tagen wieder und war nicht wieder zu erkennen, die sah 20 Jahre jünger aus, denn sie war nicht mehr so altbacken angezogen und, und, und hatte einen beschwingten Schritt und dann hat sie gesagt, ja, hat sie also gesagt, sie wäre nach Hause gegangen, hätte dieses Tonband in die Ecke gefeuert und hätte gesagt, diese war jetzt unmöglich, so was packt man nicht, denn das widersprach allen ihren Vorgaben, die man als Dame sich auszudrücken hat, weil ich natürlich auch nicht zurückschrecke, vögeln zu sagen und, und also Flecken auf dem Leintuch zu schildern, wer braucht so was schon und so Sachen. Und dann sagt sie, dann hätte sie aber gemerkt, wie sie nach 2 oder 3 Tagen, das ist diese Depotpille, hat sie angefangen, ihren Mann gezielt zu verführen. Und der war hochofren, ja, und dann sind sie im Bett gelandet und haben dann in diesen 14 Tagen auch mehrfach gevögelt und die war also, die war, das hat ihr gut getan und dann haben sie wieder angefangen, miteinander zu reden und so und dann hat sie sich wirklich warm bedankt, die kam eben dann nochmal eine Stunde, eigentlich nur, um sich zu bedanken und damit war der Fall erledigt.“*

Also nicht in allen Fällen verbessert sich die Beziehung sofort. Gerade bei manchen provokativen Interventionen dauert es sehr lange, bis sie ihre Wirkung entfalten und manche gehen einfach im ersten Schritt schief. Nico Rose erzählt von einer Intervention, welche die Klientin als nicht hilfreich erlebt hat. Durch eine entsprechende Nachbesprechung auf einer Metaebene gelang es ihm allerdings nicht nur Schaden zu vermeiden, sondern die Beziehung nachhaltig zu verbessern. Mit dieser Fallbeschreibung konfrontiert, reagiert Noni Höfner verwundert: „Das würde ich aber nicht als schiefgegangen bezeichnen. Also das ist einfach, man muss aushalten, dass ein Klient zwischendurch auch mal möglicherweise stinkig wird.“

Abschließend zum Thema der Verbesserung der Beziehung meint Gunther Schmidt: „...*Das ist zumindest meine Erfahrung, wenn ich mich ganz präsent machen kann für diese Einzigartigkeit und ich bin dann provokativ, dann wird es als eine besonders intensive Form der Wertschätzung erlebt, das ist gerade der Witz dabei, das kann man in Worten, so wie man es drucken würde, kann man das gar nicht rüberbringen, dass wir praktisch der Kontext der Begegnung wird sozusagen bewertet oder konnotiert oder markiert, auf eine nonverbale Ebene, also das ist so wie der Batson das auch schon bei der Beschreibung von spielenden Tieren eh beschrieben hat, die spielen dann manchmal so, dass sie miteinander kämpfen, also es ist kein echter Kampf, sondern ein gespielter Kampf und jedes der beteiligten Tiere weiß das, aber wie sie das wissen, sie können das ja nicht verbal markieren, sie markieren es doch irgendwelche nonverbalen Markierungszeichen und so ist es hier auch - die Voraussetzung, dass diese Grundierung der erhöhten Wertschätzung sogar da ist, ist gerade dieses präsent sein, offen sein für die Einzigartigkeit - erst dadurch gewinnt es seine gehaltvolle Wirkung.*“

Auf das Thema „Aushalten“ und die von Gunther Schmied beschriebene Haltung und Einstellung wird noch gesondert eingegangen.

### **Hilfe zum Praxistransfer**

Eigens erwähnt wurde von drei Befragten auch die Möglichkeit, den Praxistransfer zu unterstützen, indem man den Klienten mit einer Provokation aus der Therapie entlässt, mit einer Herausforderung. Nach Aufbau einer tragfähigen Basis, nachdem der Klient schon in einem guten ressourcenvollen Zustand ist, werden noch scherzhaft Zweifel geäußert, ob denn die Veränderung jetzt wirklich dauerhaft ist und ob der Klient das überhaupt schafft. Eveline Gisela Amort verstärkt die positiven Veränderungen so, indem sie sagt: „*Naja, schauen wir mal, ob sie das überhaupt schaffen*“ und dann lacht die andere Seite. Ähnliche Vorgehensweisen beschreiben Nico Rose, Gunther Schmidt und Beate Janota.

## **Besondere Ziel- und Lösungsorientierung**

Noni Höfner beschreibt eine Lösungsorientierung, die dem lösungsorientierten Ansatz von Steve deShazer ähnelt: *„Wir haben sehr viele gewiefte Fachleute in den Weiterbildungen, die wieder lernen müssen, genau hinzugucken und ihre Strategien mal einfach in ihrem Hirnspeicher zu lassen. Denn wenn man dauernd auf der Suche einer Strategie ist, das ist auch so was, die Klienten, die Therapeuten, die sind so, so kognitiv, überkognitiv, dass sie pausenlos nach einer, wenn ein Klient kommt, nach einer, welche geeignete Strategie wäre das jetzt, was für eine Lösung braucht der Klient. Und dann bin ich in meiner eigenen Requisitenkammer und nicht auf der Bühne mit einem Klienten und deswegen ist es sehr nützlich, sich seine, also die Strategien in dem Moment, wo ich mit dem Klienten spreche, zu vergessen. C.G. Jung hat das gesagt, er hat gesagt, man kann sich vorher stundenlang überlegen, was man mit einem Klienten besprechen möchte, aber wenn er dann vor einem sitzt, vergiss das Textbuch. Und das halte ich für eine zwingende Voraussetzung, dass man halbwegs überhaupt kreativ provokativ arbeiten kann. Die Provokative Therapie ist keine feste Masse oder Strategie [...] wenn man provokativ arbeitet, dann, da stellt man Behauptungen auf, Unterstellungen, man sagt einfach Sachen, von denen man annimmt, dass sie stimmen könnten und wartet und arbeitet mit der Reaktion des Klienten, also dieses endlose Gefrage müssen sie abstellen, dann müssen sie abstellen dieses pausenlose auf die Suche gehen nach einer vernünftigen Lösung für den Klienten. Der Provokative Stil ist ziel- und lösungsorientiert, aber Ziel und Lösung sind ausschließlich Sache des Klienten. Der findet seine Lösung und ich muss sie als Therapeut noch nicht einmal erfahren. Wenn ich den richtigen Anstoß gegeben habe, dann kommt was in Bewegung und der wird was anders machen und die Grundidee ist nicht, dass ich den Klienten durch mein Eingreifen auf den Pfad der ewigen Erleuchtung führe, dass er nie wieder ein Problem hat, sondern ich bringe ein festgebackenes, verkrustetes System, was so eben nur mit Symptomen funktioniert, bringe ich wieder in Bewegung, sodass was Neues entstehen kann. Und dann kann der Klient selbständig entscheiden, ob das Neue für ihn taugt oder nicht. Also diese Selbstverantwortung, die ich dem Klienten zutraue und auch zumute, ist ein ganz wesentlicher Punkt dabei. Also müssen die, müssen die Therapeuten versuchen, ihre permanente Lösungssuche mal in die Schublade zu schieben, denn das sagen die Fachleute alle, die sind, wenn die die ersten provokativen Übungen machen, dann sagen sie, ich bin dauernd auf der*

*Suche nach einer Lösung. Und das verhindert, dass sie wahrnehmen, was der Klient ihnen anbietet.“*

Eveline Gisela Amort sagt, dass die Provokation genutzt wird, um zu aktivieren, um die Autonomie des Klienten wieder herzustellen und ihn selber wieder an die Schalthebel seines Lebens zu setzen. Der Klient ist jener, der schlussendlich seine Probleme selber lösen muss. Diese Selbstermächtigung fördert der provokative Therapeut.

### **Zusammenfassung:**

Provokative Interventionen werden in unterschiedlichen Phasen des Therapeutensystems eingesetzt, um einerseits eine tragfähige Beziehung zwischen Klienten und Therapeuten herzustellen oder auszubauen. Sie dienen der Emotionalisierung des Klienten und werden verwendet, um festgefahrene Positionen aufzuweichen und den Klienten in die Lage zu versetzen, durch Interventionen mit unterschiedlichen Wirkungsweisen, die im Folgenden beschrieben werden, ihre Probleme selber zu lösen. Sie trägt zu einem hohen Maß zur Psychohygiene des Therapeuten bei.

Der augenfälligste Unterschied zu anderen Therapieformen, insbesondere wohl den tiefenpsychologischen Ansätzen, ist die Tatsache, dass Widerstand im provokativen Umgang mit dem Klienten nicht nur nicht vermieden wird, sondern als wichtige Voraussetzung für eine provokative Intervention gesehen wird. Damit lässt sich auch begründen, dass das Einsatzgebiet hauptsächlich dort ist, wo Widerstand auftritt, also wo die Therapie feststeckt. Provokative Interventionen werden als lösungsorientiert beschrieben, geben aber im Gegensatz zu lösungsfokussierten Therapieformen keine (ernsthaften) Lösungen vor.

Anlass zum Einsatz von Provokation oder die Beschäftigung mit der Provokativen Therapie von Frank Farrelly war in den meisten Fällen eine Unzufriedenheit mit „der empathischen Haltung“ die von Therapeuten verlangt wird und die oft als belastend empfunden wird. Dieser Aspekt der provokativen Therapie wird in der Literatur, wenn überhaupt nur am Rande erwähnt, scheint aber praktisch von hoher Relevanz zu sein, da das lustvolle Erleben des humorvollen, authentischen Umgangs mit dem Klienten offensichtlich den Therapeuten stark entlastet.

### **6.5.2.2. Was sind die Grundvoraussetzungen, damit Provokation nützlich ist?**

Welche Einstellung des Therapeuten muss gegeben sein? In welchem Zustand muss oder soll der Klient sein? Gibt es Umweltbedingungen, die relevant sind und wodurch kennzeichnet sich eine provokative Intervention überhaupt?

Übereinstimmung herrscht bei allen Befragten, dass die Haltung des Therapeuten der wesentlichste Erfolgsfaktor für das Gelingen von provokativen Interventionen ist. Wie gezeigt wird, erfolgt der Einsatz von Provokation im Wesentlichen intuitiv. Da dementsprechend „ungefiltert“ interveniert wird, sind die Persönlichkeit und die grundlegende Einstellung des Therapeuten entscheidend.

### **Die Haltung und Grundeinstellung des Therapeuten**

Hans-Ulrich Schachtner fordert von provokativen Therapeuten die „*artgerechte Behandlung*“ von Klienten und eine „*verbündete Haltung*“. Er sagt: „...*verbündet deswegen, weil wir im Grunde genommen alle dasselbe wollen - wir sind alle verbunden und wir wollen alle Frieden, wir wollen geliebt werden, wir wollen geachtet werden, wir wollen wirken können, wir wollen etwas Sinnvolles tun, das wollen wir alle - insofern wird jemand, der mich auf die andere Seite des Zaunes stellt, sehr schnell bemerken, dass ich das nicht zulasse, ich setz mich ganz schnell auf seine Seite des Zauns und, auch wenn er mich versucht als Feind zu deklarieren, ich schaffe es trotzdem ihm weiterhin dazu zu überzeugen, dass wir eigentlich Verbündete sind.*“

Beate Janota: „*Der Unterschied ist die innere Haltung dazu... es ist einfach die innere Haltung ... Die spüren in der Sekunde, wie die innere Haltung ist ... bin ich dem nicht wohlgesonnen ... dann spürt er das.*“

Gunther Schmidt: „*Provokation kann überhaupt nur konstruktiv wirken, aus meiner Sicht, wenn eben wie gesagt diese Beziehungskomponenten stimmen, die Würdigung des aktuellen Erlebens stimmt. [...]* Ich mach es eigentlich immer, wenn ich das Gefühl habe, jemand hat

*schon ganz klar von mir erlebt und ich merk das in seinen Rückmeldungen auch, äh wie wenn der Klient äh, das muss er nicht sagen in Worten, aber also ‚Ich weiß genau du achtest mich als gleichrangigen Menschen und du erlebst mich als jemand Kompetentes, zudem man respektvoll sein soll, dem man ja Würdigung für sein Erleben selbstverständlich ist und so weiter‘ - und du traust mir, dass ich auch Kraft genug habe um schwierige Aufgaben auch anzugehen, wenn dass da ist, dann kann es mal sein, ist also ein ausgewähltes Instrument, was auch nicht immer laufen muss.“*

### **Liebe zum Menschen, insbesondere dem Klienten**

Der wesentlichste Teil der angesprochenen Haltung ist die bedingungslose Liebe zu Menschen und vor allem zum Klienten im „Hier-und-Jetzt“ der Therapiesituation. Zahlreiche Aussagen der Interviewten unterstreichen diesen Punkt. Im Folgenden eine Zusammenstellung.

Martina Schmidt-Tanger: *„Lebendigkeit im Kontakt, so mit Herz, mit dem, wie ich bin und mit dem, was der andere gerne verstecken möchte [...] das zweite ist die Liebe, die ich erfahre durch den anderen, also für mich ist das wirklich eine Liebesübung, auch hier. Das Seminar ist meine Meditation um zu kucken, ob ich Liebe leben kann und die Bedürftigkeit und die Schwäche und das ‚sich selbst bescheissen‘ beim anderen sehen kann und das liebevoll zurückgeben, also ohne vernichtend zu sein. Ich glaube, das spüren die Menschen.“*

Peter Battistich: *„Provokation erfordert ein gutes oder hohes Maß an Empathie [...]..dass der Klient wirklich merkt, der ist bei ihm gut aufgehoben und kann sozusagen gewissen, also Vertrauen und Vertrauensvorschuss geben.“*

Noni Höfner: *„Die Grundvoraussetzung ist a) dass ich Menschen überhaupt mag.“* Und eine Anmerkung von ihr über ihre Beobachtungen: *„Leute in den helfenden Berufen, also entweder sie haben ein Helfersyndrom oder ihr Menschenhass steigt im Laufe der Jahre, weil sie einfach dermaßen ausgezuzelt werden von den Klienten und, also Menschen als solche mögen, was durch die provokative Therapie gesteigert wird, weil man einfach nicht mehr so ausgelutscht wird von den Klienten und dass man dem Klienten speziell, also das ist Allerwichtigste. dass man ihn mag, im Sinne von, nicht dass ich ihn jetzt heiß liebe, sondern*

*das, dass ich ihm jede Art von Veränderung zutraue.“ Und an anderer Stelle des Interviews:  
„Voraussetzung ist dieses, diese liebevolle Grundhaltung.“*

*Beate Janota: „Das Wichtigste ist die Liebe zum Klienten, die Selbstheilungskräfte zu erkennen, das nicht ich derjenige bin, als Berater, der ihm irgendetwas geben kann, sondern dass ich einfach nur eine Art Leitschiene bin, an der er sich reiben darf. [...] dann tauche ich in eine Verbindung mit ihm ein ... Da ist auch ganz viel Liebe in mir von Haus aus drinnen ... Ich sag's einmal, dass ist vielleicht meine Liebe zum Menschen ... das einfach etwas ist, was mit sehr viel Wertschätzung und Liebe passiert.“*

*Gunther Schmidt: „Therapie ist das präsente Begegnen in einer Ich DU – Form... präsent eingestimmt auf die Einzigartigkeit dieses Menschen!“*

### **Intuitives Vorgehen.**

Wie schon angesprochen, beschreiben alle Interviewten provokative Interventionen als spontan und intuitiv.

*Martina Schmidt-Tanger: „Es ist im Prinzip mein ‚Sosein‘ es ist ja keine Technik, die ich anwende, es ist ja ein Teil meiner Persönlichkeit“ und „Also sagen wir mal so, es fliegt mich quasi was an, an wahrhaftiger Rückmeldung. Also es reizt mich irgendwas also das müsste ich eigentlich jetzt sagen, dann überprüfe ich aber noch immer mal ist die Person in der Lage damit umzugehen, also wenn das jetzt jemand ist der sehr zart besaitet ist und sich sehr geöffnet ist und sehr weich im Augenblick ist, dann mach ich das auf eine andere Art und Weise, dann provoziere ich eher sanfter, liebevoller.“*

*Eveline Gisela Amort: „Es muss sich gut anfühlen und man muss das sagen, was jetzt so intuitiv aus dem Munde herauskommen will. Es ist fast unwiderstehlich.“*

*Peter Battistich: „Also das ist für mich nicht so rein, klar strukturiert, sondern eben intuitiv einmal [...] Insofern ist das, würde das meiner Intuition aber faktisch auch ein Konzept dahinter entsprechen.“*

*Hans-Ulrich Schachtner: „Ich hab das alles ganz instinktiv oder intuitiv gemacht, weil ich gesehen habe, wenn jemand zum Beispiel verbohrt ist in einer Idee, wenn jemand zum*

*Beispiel äh starke Abwehrschilder hat gegen vernünftige Interventionen ... Ja das ist so eine Kreativitätsleistung, die auch vom persönlichen Flow, dass du in einer gewissen Stimmung bist.“*

*Noni Höfner: „Inzwischen verlasse ich mich wirklich fast 100% auf meinen Bauch. Also die Dinge, die als Erstes mir einfallen, wenn ich jemanden sehe, die versuche ich unzensiert zu verwenden. Und das ist auch etwas, was den Teilnehmern meiner Fortbildung sehr schwer fällt. Die zensieren sich unentwegt und sagen, nein, das kann ich sagen und das lieber nicht und, und, usw. Und das ist besser, wenn man wirklich spontan reagiert, in gewisser Weise aus dem Bauch raus mit einer sehr, sehr wachen Wahrnehmung, was der Klient einem anbietet und zwar von Minute zu Minute bietet der einem neue Sachen an und dass man ihn nicht zu schnell in eine Schublade schiebt und sagt, ach ja, jetzt weiß ich, das ist die Störung xy, da weiß ich, was zu tun und dann machen wir folgende Vorgehensweise. Da läuft man sehr schnell auf. Sondern es ist ein Hier-und-Jetzt Verfahren, also in dem Moment, wo ein Klient vor mir sitzt, versuche ich meine Modelle zu vergessen. Und dann schaue ich mir an, was bietet der mir an und wie reagiere ich auf so was und gehe davon aus, dass viele Menschen, die mit diesem Menschen zu tun haben, auch so reagieren würden. Natürlich ist es hilfreich, wenn man eine klinische Erfahrung hat. [...] Ein ganz wesentlicher Faktor und Spontaneität im Sinne von unzensierter, unvoreingenommener Reaktion auf das, was der Klient anbietet.“*

*Beate Janota: „Spontan, also es ist immer eine spontane Eingebung, das ist nicht etwas, wo ich mir was zurechtlege in der Beratung... ein Impuls, dem ich nachgebe, ohne nachdenken. [...] Ich glaube, provokative Therapie ist nicht etwas, was man wirklich lernen kann. [...] Ich setze mich über alles hinweg und bin einfach goschert.“*

## **Eigenschaften des Therapeuten**

### **Mut**

Man muss sich trauen, zu provozieren. In vielen genannten Beispielen hatte der Therapeut Vorbehalte gegen das Aussprechen eines speziellen Satzes (Peter Battistich) oder einer speziellen Intervention. In allen diesen Fällen hat sich gezeigt, dass die Intervention hilfreich

und vor allem beziehungsfördernd war. In einigen Fällen allerdings wurde berichtet, dass eine Intervention „schief ging“ (Nico Rose). Die Beziehungsgrundlage wurde gestört und es war nötig, das zu thematisieren. Durch die effiziente „Nacharbeit“ kam es dann aber in allen geschilderten Fällen zu der beschriebenen Beziehungsverbesserung. Natürlich darf hier nicht aus den Augen verloren werden, dass möglicherweise Klienten einfach nicht mehr zur Therapie kommen und es daher keine Möglichkeit der Nachbearbeitung mehr geben kann, oder dass keine entsprechenden Rückmeldungen von unzufriedenen Klienten mehr kommen. Dazu Peter Battistich: *„Es wäre interessant, nachzuforschen, ob bei Klienten, die mal dann wegbleiben, so was mit eine Rolle spielt, wobei ich das nicht, also nicht unbedingt glaube“.*

Eine kurzfristige Verschlechterung der Beziehung muss aber jedenfalls in Kauf genommen werden. So sagt Martina Schmidt-Tanger: *„Du darfst als Coach nicht geliebt werden wollen. Also wenn du geliebt werden willst, ist Provo nichts für dich, also da musst du Rogers machen, also wo die Klienten rausschweben und sagen: "Ah der versteht mich. Sie sind so ein netter Mensch", sondern viele Weisheitslehrer gehen ja den Weg, dass sie hart sind und nicht geliebt werden von ihren Schülern.“.*

Sie berichtet davon, dass manche Interventionen erst nach sehr langer Zeit Wirkung zeigen und dass es häufig so ist, dass positive Rückmeldungen ausbleiben. Das muss man als provokativer Therapeut aushalten können. Durch diesen Mut ist man auch ein Vorbild, ein Rollenmodell für Mut, für das Verlassen gesellschaftlich akzeptierter Vorgehensweisen. Man traut sich Worte aus und Sachverhalte anzusprechen. Auch hier Martina Schmidt-Tanger: *„Mut! Ich bin Vorbild für Mut. Mut hinzugucken, Mut hinzugucken, Mut zu fühlen, Mut was zu sagen, Mut dem Leben die Stirn zu bieten.“* Und an anderer Stelle: *“Provo ist für mich auch, Barrieren zu überwinden, bei andern und auch bei mir selber als Coach. Es ist nicht nur was für die Coachees, also sich auch zu trauen anders zu intervenieren ist auch ein großes Stück eigene Persönlichkeitsreifung, dass man sich nicht nur in seinen Regeln bewegt. [...] der Mut des Unaussprechlichen. Das finde ich auch eine ganz große Kraft in der Provokation, dass Sachen ausgesprochen werden, die eigentlich nicht ausgesprochen werden dürfen. [...] Mut hinzugucken, Mut hinzugucken, Mut zu fühlen, Mut was zu sagen, Mut dem Leben die Stirn zu bieten. Humor, Liebe und Mut würde ich sagen, sind die Wirkmechanismen, das dich das als Vorbild ...in diese Interaktion reingebe. Ja.“*

Peter Battistich: *„Es fordert einmal ein gutes Maß an Selbstsicherheit, es erfordert auch den, also weg von dem Anspruch, alles verstehen zu müssen, also sozusagen diese eigenen Glaubenssätze des Coach oder auch angehenden Coach und Therapeuten loslassen zu können. Sich wirklich immer ganz auf die Seite oder immer voll verständnisvoll für den Klienten zu sein, eben auch dieses Switchen können. Also diese Flexibilität erfordert es. [...] Man muss sich das auch trauen. [...] Es war, ja, Mut, nicht nur bei also der Mut, sondern auch das fast lustvoll.“*

Beate Janota nennt es „Frechheit“: *„Ich erweitere den Erwartungsraum meines Gegenübers dadurch, dass ich mich eben schon so früh trau, frech zu sein. [...] Mutgeschichte auch. Traut man sich da jetzt zu, eben über gewisse Grenzen hinweg zu treten oder nicht [...] was man sich zutraut und was nicht.. dass sie sich selber nicht zutrauen, es fehlt ihnen einfach der Mut, diese Grenze zu überschreiten.... Mut ein wesentlicher Punkt... wenn er keinen Mut hat, wird's ein nettes Geplänkel und er wird sich nie trauen, den andern zu fordern..... Mit dem muss ich aber leben können, dass der Klient das macht. [...] mir ist in meiner Ausbildung etwas Bestimmtes über Therapie eingepflanzt worden, natürlich ja, eben dieses, wertschätzend, liebevoll, blah. Das ist ja alles sanft, wurst, auch die systemische, alles ist sanft.“*

Mut gehört auch dazu, Disharmonien zu ertragen. Wie schon erwähnt, reagierte Noni Höfner auf die Idee, dass eine Intervention „schief gegangen“ ist und die Beziehung kurzfristig gestört war, verwundert. Sie sagt dazu: *„Aber dann ist es doch nicht schiefgegangen, das verstehe ich nicht. Also wenn Sie unter schiefgegangen verstehen, dass ich einen Moment mal nicht in Eitel Sonnenschein mit dem Klienten verharre, das nenne ich nicht schiefgegangen, sondern man muss, wenn man provokativ arbeitet, auch mal zwischenzeitlich aushalten, dass der Klient sauer wird, das macht aber nix. Also wenn der Klient, meistens wenn man da nachhakt und sagt, jetzt habe ich was gesagt, das scheint ja ganz schrecklich zu sein, was habe ich denn gerade falsch gemacht, man kann das ja auch ganz direkt ansprechen, also für mich ist ganz wichtig, dieses, immer das Offensichtliche, was ich sehe, der Klient stutzt, der guckt mich oder sagt sogar, haben Sie noch alle Tassen im Schrank und dann sage ich, was war denn jetzt gerade so furchtbar, dann sagt meistens ein Klient, eigentlich bin ich nicht sauer auf Sie, sondern auf mich selber .... man muss aushalten, dass ein Klient zwischendurch auch mal möglicherweise stinkig wird.“*

In dieselbe Kerbe schlägt, wie auch schon erwähnt, Martina Schmidt-Tanger: *„Dieses Ertragen des nicht geliebt zu werden ist eine Voraussetzung für Provo, weil die Interventionen manchmal sehr lange dauern.“*

Mut setzt auch die Intervention des „inkompetenten Therapeuten“ voraus, die Eveline Gisela Amort von Frank Farrelly beschreibt. Wenn der Klient die Verantwortung für die Lösung seiner Probleme versucht an ihn zu delegieren, antwortet Farrelly: *„Was willst denn von einem alten Mann verlangen?“* und Noni Höfner bedauert, sich auf eine intellektuelle Diskussion mit einem klugen Klienten eingelassen zu haben: *„Der ist dann nur bestätigt in seiner Haltung, da muss ich absurd werden bis zum Geht-nicht-mehr mit solchen Leuten. Und da bin ich auch kürzlich wieder in so eine Falle getreten, da muss ich, aber das ist Selbstsupervision, dass man merkt, nein, so geht es nicht. Trau dich auch so einem nicht zu beweisen, was du für einen scharfen Verstand hast, denn den hab ich, sondern einfach dich ganz doof, blond und absurd zu stellen.“*

## **Flexibilität**

Die Spontaneität des Therapeuten und seine Flexibilität in unterschiedliche Rollen zu schlüpfen und in diesen authentisch zu sein, also unterschiedliche eigene Persönlichkeitsanteile zu nutzen, beschreiben Martina Schmidt-Tanger, Hans-Ulrich Schachtner und Noni Höfner.

Martina Schmidt-Tanger stellt diese Fähigkeit noch über die des Humors: *„Es ist netter, witziger, wenn man so ein komödiantisches Talent hat. ... eine Rolle einnehmen können, das glaube ich, ist viel wichtiger als humorvoll zu sein.“*

Hans-Ulrich Schachtner: *„Im entscheidenden Moment muss man auftreten können mit Autorität [...] eben auch im Hochstatus auftreten können, andere Leuten zeigen zu können, ja du musst mit mir rechnen, ich erwarte von dir, dass du mich respektierst, und ich kann mir Respekt verschaffen, und auf der andere Seite auch das Lustige und das Nette und das Einschmeichelnde und auch das Sympathische.“*

Noni Höfner stellt diese Flexibilität in Zusammenhang mit dem Spaß des Therapeuten: *„Also es sind diese Sachen wie Spontaneität, auf den eigenen Bauch hören, Strategien hintan*

*stellen, natürlich kann man eine Strategie sich überlegen, aber ich muss immer die Offenheit haben, wenn ich merke, der Klient reagiert darauf mit Langeweile und das ist nichts für ihn, dann muss ich sofort umstellen. Also es ist, erfordert eine erhöhte Flexibilität, was aber dazu führt, dass die Therapiestunden nie langweilig werden für den Therapeuten. Und das finde ich wichtig, also wenn ich mich langweile in einer Therapiestunde, bin ich auch nicht mehr, nicht mehr sehr effizient. Die beste Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit, ist, dass man Spaß dabei hat.“*

### **Leichtigkeit**

Martina Schmidt-Tanger betont noch, dass die Leichtigkeit im Umgang mit dem Problem beim Klienten Positives bewirken kann: *„Die Leichtigkeit die ich suggeriere... dann kriegt dieses Behandeln des Problems eine Ernsthaftigkeit, die auf das Problem attribuiert wird... Weißt was, das ist doch alles Pillepalle, lass uns über was Wichtiges reden, dann entschärfe ich das Problem und sag eigentlich mit Humor, es gibt noch andere Möglichkeiten auf das Leben zu gucken, ohne dass man sich so in dauerhafter Ernsthaftigkeit verstrickt... Tabubruch in den Regeln, wie wir gelernt haben, was Probleme sind und wie man damit umzugehen hat.“*

Da provokative Interventionen nie ausschließlich angewendet werden, muss der Therapeut eine große Anzahl weiterer Interventionstechniken beherrschen.

### **Erfahrung und Selbstreflexion**

Provokative Interventionen stellen sehr hohe Ansprüche an Therapeuten. Langjährige Erfahrung, Selbsterfahrung, Praxis in Peergroups und Supervision wird allen empfohlen, die Provokation nutzen wollen. Es ist unbedingt nötig, seine eigenen Themen zu kennen, da in diesen Bereichen nicht effizient provoziert werden kann, wie Noni Höfner meint. Martina Schmidt-Tanger spricht darüber was nötig ist: *„Selbsterfahrung! Wer auf dem Boden des Ozeans getaucht ist, hat keine Angst vor Pfützen. Sich schonungslos selbst in solche Kontexte zu begeben. Viel mit Leuten nicht schon selber zu arbeiten, sondern mit sich arbeiten zu*

lassen, oder zu sehen wie Leute, die das können, das tun. Lehrer beobachten. Leute die weiter sind als ich, beobachten.“ Genauso wie Peter Battistich betont auch sie den Wert von großer Therapieerfahrung.

Noni Höfner: *„Ich setze supervidierte Fachleute voraus, die so was einsetzen, dass man nicht seine eigenen neurotischen Probleme auf den Klienten projiziert. Also wenn ich auf jeden älteren Herren mit Aversionen reagiere, dann muss ich mich fragen, was da bei mir los ist. Man muss, man kann seine eigenen Emotionen natürlich nicht einfach unkritisch hinnehmen, aber so Fachleute, die auf einer Psychoebene arbeiten, die sollten supervidiert sein und sollten sich soweit sich kritisch gegenüberstehen, dass sie das unterscheiden können. Und wenn man das unterscheiden kann, dann kann man sehr gut die eigene emotionale Reaktion auf den Klienten hernehmen und davon ausgehen, dass, wenn ein Mensch, der so geartet ist, dass andere auf den auch in höchstem Maße so reagieren werden.“*

## **Humor**

Frank Farrelly sagt: *„Wenn in der Provokative Therapie der Klient nicht lacht, war es keine Provokative Therapie.“*

Diese Auffassung teilt Martina Schmidt-Tanger nicht: *„Ja, aber Weinen geht auch oder Empörung...also das muss nicht immer nur Lachen...ich habe schon Provositzen gehabt, die sehr, sehr ernst waren. Also dieses Herauslocken von Ungesagtem kann auch was Tiefes sein, also es muss nicht unbedingt was mit Lachen zu tun haben, sondern manchmal auch mit so Erkenntnis, ‚Ja Stimmt! So habe ich das noch nie gesehen!‘ Das ist für mich auch Provo.“* Und sie sagt: *„Humor ist eher nicht der gute Witz, sondern die Möglichkeit, Distanz zu schaffen zu den Problemen.“*

Für Beate Janota ist Humor eine „conditio sine qua non“: *„Also ohne Humor geht's nicht.. Man muss dabei jetzt nicht immer in schallendes Gelächter ausbrechen, das nicht. Aber es ist natürlich immer das Augenzwinkern dabei... Gehört zwingend dazu, weil sonst wird's natürlich gefährlich. wenn ich die innere Haltung dazu habe, diese liebevolle, diese Ding, dann ist natürlich auch der Humor dabei, weil dann meine ich es ja irgendwie witzig, spritzig, humorvoll ... Und dann kommt das Schmunzeln und damit ist das Problem entmachtet.“*

## **Einschränkungen sind zumeist Einschränkungen des Therapeuten.**

Es wurde in den Interviews berichtet, dass die Therapeuten immer wieder überrascht sind, dass die Klienten auf Provokationen positiv reagieren.

Beate Janota: *„Aus all dem, was ich gelernt habe und aus all dem, was halt irgendwie für Therapie auch steht, Empathie und Einfühlung, blah, blah, blah, habe ich mir gedacht.., ich habe nur den Kopf geschüttelt, ich war wirklich fassungslos. Ich habe mir gedacht, das gibt es nicht.[...] Was ich gesehen habe, war, dass die Menschen, die eben beraten worden sind, überhaupt kein Problem damit gehabt haben, dass sie total sich fallen lassen können, sich öffnen können, lachen können über ihre eigene Dramatik, über ihren eigenen Schmerz und dass da in der Sekunde Veränderung passiert“.*

So wurde bei vielen Interviews von den Therapeuten ein unbewusstes Gegensatzpaar zwischen Provokation und empathischen Vorgehen gebildet. Da aber von durchwegs allen Befragten Empathie als einer der wesentlichsten Voraussetzung für Provokation genannt wurde, führten diese Aussagen zu Nachfragen. Interessanterweise wurde diese offensichtliche Gegensatzbildung jedes Mal aufgehoben. Die Therapeuten erklärten dies jeweils mit den gelernten Formen des „empathischen Umgangs“. Peter Battistich: *„...dem hohen Anspruch eine, wie soll man sagen, einseitigen Anspruch von Empathie und Kongruenz“*

Noni Höfner beschreibt den Zustand von Auszubildenden in ihren Seminaren: *„Also ich sage dem Klienten, sie sind zu doof, oder zu dick, zu dünn, zu was weiß ich, zu...zu, was auch immer, ich vermute, warum er sich nicht ändert. Und das stelle ich einfach als Tatsache in den Raum. Das sage ich aber, das ist mein verbales, aber über 90% der Kommunikation ist nonverbal und nonverbal signalisiere ich die ganze Zeit, ich weiß, dass du dich ändern kannst, wenn du dir den Ruck gibst, ja. Du schaffst es, ich weiß, du kannst es und diese nonverbale Unterstützung, wenn, die ist nur dann da, wenn ich das wirklich glaube. Man kann nicht so tun, also ob man jemanden mag oder als ob man ihn für fähig hält, sondern man muss es wirklich machen. Wirklich selber davon überzeugt sein und dann kann man die unglaublichsten Provokationen loswerden, denn das ist immer das, was meine Teilnehmer in den Seminaren fürchten, dass sie sagen, oh Gott, oh Gott, der Klient, dass kann ich doch nicht sagen, so was darf ich nicht sagen und der arme Klient und so.“*

Die Konfrontation wird manchmal auch belastend erlebt, so erzählt Peter Battistich: *„Für mich bedeutet Provo, also provokative Intervention immer wieder eine Gegenposition einzunehmen, darum mache ich es nicht durchgängig. Es ist einfach, dass ich es persönlich sehr schätze, auch mit dem Klienten gemeinsam Wirklichkeit konstruieren kann. Ich halte es einfach nicht durch.“*

Hans-Ulrich Schachtner empfindet durchgängig provokative Sitzungen als anstrengend: *„Warum mache ich das nicht immer? - Weil es auch anstrengend ist! - Ich muss mir ja ständig was einfallen lassen, ich bin ja ständig kreativ, ich kann ja keine ausgetretene Pfade gehen, ich muss ja ständig was neues machen, und es ist ja auch anstrengend.“*

**Zusammenfassung:** Die Voraussetzungen für erfolgreiche Provokation liegen, nach einhelliger Auffassung aller Befragten, in der Persönlichkeit und der Haltung des Therapeuten. Der Therapeut muss jedenfalls im Vollbesitz seiner Möglichkeiten sein und den Klienten in seiner Einzigartigkeit erkennen. Die Liebe zum Menschen im Allgemeinen und für den Klienten im Besonderen, die hauptsächlich nonverbal vermittelt, wird lässt Provokation erst hilfreich werden und verhindert dass die verbalen Aussagen vom Klienten als zynisch und abwertend erlebt werden. Die direkte Rückmeldung an den Klienten fordert nicht nur diesem etwas ab, sondern auch dem Mut des Therapeuten. Viele gelernte Einschränkungen müssen losgelassen werden, um der Intuition und der Schlagfertigkeit freien Raum zu geben. Provokative Interventionen sind eine „Zu-Mutung“ für alle Personen in der therapeutischen Beziehung. Das setzt ein Menschenbild des Klienten voraus, das diesen nicht als armes Opfer, hilflos und bedürftig wahrnimmt, sondern ist zwangsläufig ein echter ressourcenorientierter Ansatz.

Im Gegensatz zur Literatur wird Humor nicht als grundlegende Voraussetzung gesehen. Humor ist aber ein wichtiger, wenn eben auch nicht zwangsweise notwendiger Faktor für die Wirkung provokativer Interventionen. Humor hilft die Therapeuten/Klientenbeziehung zu festigen und eine Dissoziation aus dem Problemlernen.

Alle Praktiker betonen die Flexibilität im Einsatz von Methoden und der unterschiedlichen Rollen, die ein Therapeut nutzen kann. Erfahrung und ein großes Maß an Selbsterfahrung

raten alle Praktiker all jenen an, die mit Provokation erfolgreich sein wollen. Die Grenzen der Provokativen Therapie sind oft die Grenzen des Therapeuten, der viele Regeln zu gut integriert hat.

Empathie wird unbewusst mit einem nichtkonfrontativem Vorgehen gleichgesetzt. Da man aber, um anschlussfähig zu bleiben, bei Provokation besonders empathisch sein muss, zeigt sich hier auf den ersten Blick ein Widerspruch. Die Konfrontation wird durchwegs als notwendiger Prozess begriffen, der vom Therapeuten begleitet wird. Dabei dient der Berater als Rollenmodell für einen leichten, flexiblen, frechen und mutigen Umgang mit dem Problem. Der Tabubruch ist ein Beispiel dafür. Grenzen, die der Klient als selbstverständlich voraussetzt, werden durch den Therapeuten „verflüssigt“.

### **6.5.2.3. Welche Wirkungsweise wird von Praktikern vermutet und welche Erklärungsmodelle liefern sie?**

Gibt es Begründungen oder Hypothesen über die Wirkungsweise von Provokation im therapeutischen Kontext? Decken sich diese mit den in der Theorie abgebildeten?

Aus den Interviews wurden die von den Befragten als wesentlich betrachteten, vermuteten Wirkungsweisen von provokativen Interventionen zusammengetragen. Wie gezeigt wird, entsprechen sie großteils den in der Literatur angegebenen. Die Besonderheit liegt in der Geschwindigkeit und Effizienz, mit der schon kurze Interventionen Wirkung zeigen. So wird der Effekt einer kognitiven Umstrukturierung bzw. eines Reframings verstärkt durch die Emotionalisierung und Beteiligung des Klienten und der Trance, die induziert wird.

#### **Musterunterbrechung**

Für Peter Battistich ist die Musterunterbrechung die wesentlichste Wirkung der Provokation: *„Musterunterbrechung, sozusagen von bestimmten Denkmustern aussteigen zu können durch Provokation, durch emotional in Kontakt kommen auch mit dem Klienten [...] Ich merke, dass es eine Provokation ist, wenn es erstens dem Denkmuster oder dem, zweitens dem*

*Sprachschatz des Klienten nicht entspricht oder schon seinem Sprachschatz, aber nicht dem, den er sozusagen mit dem bestimmten Glaubenssatz verbindet. Dann merke ich es, wenn er außerdem aus seinem Muster..., in seinem Muster unterbrochen wird, effektiv, also einfach plötzlich einmal innehält. Also sozusagen ein Separator zeigt oder in so einem Zustand ist, kommt, wo Perspektivenwechsel auch bei ihm stattfindet“*

Eveline Gisela Amort erzählt von Frank Farrelly: *“Das Einzige, was er völlig ernst nimmt, sind die Menschen. Das Einzige, was ihn wirklich interessiert, ist, dass er die Leute möglichst schnell rausholt aus dieser, ihrer Problemtrance. Dafür ist die Provokative total geeignet. Und zwar um die Leute ganz schnell aus ihrer Trance rauszubringen. Klack, dann sitzen sie irgendwo auf dem Hintern und schauen die Welt an und sagen: 'Ja was ist denn jetzt los? Wo bin ich denn hier gelandet? Willkommen in der Wirklichkeit, ja?'“*

Martina Schmidt-Tanger beschreibt Provokation: *„Verhalten, das scheinbar dem Problem nicht angemessen scheint. Viele Klienten haben ja eine Vorstellung, wie man mit ihren Problemen umzugehen hat und diese Vorstellung, wie man damit umzugehen hat, ist Teil des Problems und wenn dann jemand etwas völlig anders macht, dann sind Klienten erstaunt und manchmal löst sich das Problem.“*

Die abrupte Unterbrechung des Problem Musters wird oft als „Rauskicken aus dem Problem“ beschrieben. So bei Noni Höfner: *„Das ist der Königsweg um anzusetzen an den Emotionen, um Klienten aus ihrem selbstgebrauten Wahnsinn rauszukicken“*. Eveline Gisela Amort beschreibt ihre eigene Klientenerfahrung bei Frank Farrelly so: *„Ich kann mich erinnern als ich die erste provokative Sitzung mit Frank Farrelly hatte, da war ich in einem ganz dicken, wirklich ganz dicken Problem drin, war total in der Problemtrance und es hat auch wirklich nur noch Problemtalk gemacht und ich habe 20 Min. Sitzung mit dem Frank gehabt und nach den 20 min Sitzung war ich zunächst einmal drei Tage lang völlig verwirrt, weil ich nicht mehr in der Mitte meines Problemlabyrinth saß, sondern das Gefühl hatte, ich habe einen kräftigen Tritt gekriegt und bin über das Labyrinth drüber auf der Außenseite des Labyrinths gelandet.“*

Das Verhalten des Therapeuten gilt als unvorhersagbar und überraschend. Die Wirkung wird als Tranceinduktion beschrieben, ähnlich einer Konfusionstechnik aus der Hypnotherapie.

Hans-Ulrich Schachtner, der sowohl Milton Erickson als auch Frank Farrelly persönlich gut kennt, stellt Vergleiche an: *„Die Unvoraussagbarkeit des Therapeuten zwingt den Klienten in neue Denkens- und Verhaltensmuster und das ist ja ein Grundelement beim Frank und weil das die Leute dann praktisch in ein kleinen ....., das ist ja wie ein Schock, also jemand sagt irgendetwas wo man nach Lust schnappt. ‚Wie kann der nur so etwas sagen‘, ‚das ist ja ungeheuerlich‘ und die Leute haben darauf kein Repertoire und jetzt fallen sie natürlich zurück in ein Stadium von äh ja so ’ne Art Regungslosigkeit und sind in diesem Stadium natürlich äußerst empfindlich auf suggestive Sprache, die der Frank ja auch drauf hat, also Frank hat durchaus Elemente in seinem Stil, die an Trance erinnert, sie ist aber nie eine offizielle Trance, also immer nur was ganz natürlich zu Stande kommt, wenn du jemand verblüffst, überraschst oder etwas sagst, was also so perfekt auf seine geheim, geheim gehaltene Glaubenssätze passt, dass jemand praktisch dadurch in einen anderen Bewusstseinszustand geht und dadurch auch automatisch in Trance - also for all practical reasons, he is in trance.“*

Beate Janota beschreibt das aus der Klientenperspektive bei Frank Farrelly: *„Ich war richtig in diesem Trancezustand... er hat anscheinend irgendwie mir meinen Kopf verwirrt.“*

### **Dissoziation aus dem Problemerleben**

Das „Rauskicken“ aus dem Problemzustand schafft Raum zwischen dem Klienten und dem Problem. Peter Battistich spricht vom „Einnehmen einer Metaebene“.

Insbesondere der Humor dient der Dissoziation. Eveline Gisela Amort dazu: *„Tiefe Veränderung, das Leben mit einem Augenzwinkern zu betrachten, sich selber ein bisschen auf die Schaufel zu nehmen.“* Und auch das schon angeführte Zitat von Martina Schmidt-Tanger geht in diese Richtung: *„Humor ist eher nicht der gute Witz, sondern die Möglichkeit, Distanz zu schaffen zu den Problemen“.*

Hans-Ulrich Schachtner verbindet den empathischen Schulterchluss mit der gemeinsamen dissoziierten Betrachtung: *„Ich finde das nicht schlimm, ich kann damit spielen, ich kann damit Spaß haben mit dir zusammen, ich lache nicht über dich, sondern über das dann gelacht wird! Das wird dann in einem Bild dargestellt – Klient und Therapeut sitzen auf einer Bank, vielleicht haben sie sich noch an den Schultern umarmt und schauen so in das Leben*

*hinaus, wie skurril das ist und wie verrückt der Mensch manchmal sein kann! Erst dann ist es die richtige Art von Humor.“*

Analog beschreibt das Martina Schmidt-Tanger: *„Komm, wir beide gucken uns den Scheiss jetzt mal an, den du da so machst, also du und ich und wir sind auf einer Seite und wir schauen gemeinsam.“*

Besonders Gunther Schmidt, der dem Thema der „Fokussierung auf das gewünschte Verhalten“ und damit Assoziation und Dissoziation besonderen Wert beimisst, betont diesen wichtigen Aspekt: *„Der Inhalt dessen, was ich sage, wird abgepuffert in einem Rahmen von Achtung, Würdigung und Humor, dann kommt es oft zu einem qualitativen Sprung und die Leuten können dann abrücken von den Haltungen, die sie bisher als verallgemeinerte Glaubenshaltungen gehabt haben und die ihr Leben gestört haben - und was wird provoziert? - es wird provoziert praktisch die Verabschiedung, der Abstand von dem, was man bisher als Identifikation hatte, was einem aber Probleme gemacht hat, da war praktisch eine Dissoziation von Belastendem provoziert und dann eine Verbündung mit wertschätzenderen Sichtweisen über sich selber oder was auch immer das Thema war, das ist der Sinn dieser Art von Provokation also insofern eine allgemeine Form, eine Unterscheidung, eine differenzierte Form!“*

### **Veränderung der Sichtweise**

Peter Battistich erinnert an den Begründer der modernen Psychotherapie und beschreibt das Vorgehen: *„mit sehr viel Behutsamkeit, Humor, mit der sozusagen klassisch - wie man von Humorbetrachtungen auch von Freud weiß - ja neue Aspekte und auch neue Arten von Sichtweisen und Verdrängungsmechanismen fördert.[...] dass das jemand emotional anspricht, dass eben jemand in Kontakt kommt mit bestimmten Gefühlen, die er verdrängt oder nicht wahrnehmen kann oder möchte. Dass eben innerlich sozusagen, wie ich gesagt habe, Perspektivenwechsel, andere Ebenen, so was wie kleine Aha-Erlebnisse stattfinden.“*

Nach Eveline Gisela Amort passiert ein Paradigmenwechsel und Martina Schmidt-Tanger nennt es *„Perspektivenwechsel“* und *„Riesenreframing“*.

Beate Janota: *„Ich verstehe darunter hauptsächlich, den Klienten breitseitig zu überraschen. Also so was Unvorhergesehenes zu sagen, dass der so was aus seinem Kontext gebracht wird, dass ein ganz anderer Zugang möglich wird. Das ist für mich Provokation. Nix böses,*

*sondern einfach etwas, was ganz neue Sichtweisen, neue Blickwinkel und neue Emotionen hervorruft. [...] Ich schieße sie für den Moment aus der Bahn und dadurch wird es natürlich möglich, dass, wenn sie nicht mehr in dem Werk drinnen sind, dann sind sie auf einmal da und können natürlich einen Blick auf das werfen, was vorher war. Also, es erweitert den Wahrnehmungshorizont. [...] dass es immer etwas ist, dass nur dazu dient, dem Menschen neue Sichtweisen zu ermöglichen“.*

Gunther Schmidt: *„Es wird praktisch eine andere Perspektive aufgerufen ... dass auch noch aus einer anderen Perspektive zu sehen und erlebt es auch hilfreich, dass aus einer anderen Perspektive zu sehen, dann würde ich wieder mit provokative Therapien äh Angebote, würde ich es zumindest erwägen.“*

## **Autonomie**

Gunther Schmidt spricht von Autonomie und Selbstbejahung, Eveline Gisela Amort von Selbstermächtigung und Hans-Ulrich Schachtner von *„...wirklich etwas für sich tun“*. Schlussendlich soll der Klient wieder alleine sein Leben bewältigen. Die Therapie ist in den Augen der Befragten nur eine möglichst kurze Begleitung des Klienten auf dem Weg dorthin.

Dazu Hans-Ulrich Schachtner: *„...die Herausforderung und die wird dazu verwendet um jemand Pfeffer in den Arsch zu blasen - um jemanden dazu zu bringen, dass er seine ganzen Kräfte einsetzt, um das Ziel zu erreichen - und die Herausforderung besteht meistens darin, dass einer den Helfer im anderen aktivieren - die Helfer im anderen sind sein Ehrgefühl, sein Gewissen, sein Stolz und sein Humor und die werden benutzt, eingesetzt und geschaut, welcher funktioniert am besten, um jemanden zu motivieren, um jemanden wirklich auch dazu zu bringen, um wirklich was für sich zu tun.“*

Indirekt gibt Noni Höfner im folgenden Statement die Verantwortung wieder in die Hände des Klienten: *„Also wir sprechen nie mit dem Individuum und greifen um seinen eigenen Bauchnabel, sondern man bezieht immer das gesamte soziale Umfeld mit ein. Also wie wirkst du, also wenn einer kommt, keiner kann mich leiden, dann ist natürlich die erste Reaktion, ja aus gutem Grund, was ist an dir so furchtbar, dass keiner dich mag. Also nicht die anderen sind so schrecklich und ich muss lernen, anders umzugehen, sondern irgendwas machst du, dass keiner dich leiden kann.“*

Gunther Schmidt sagt: „*Autonomie scheint ein zentrales hohes Bedürfnis vom Menschen zu sein.*“ und beschreibt ein Gespräch mit einer Klientin, mit der er vorher gearbeitet hat und schon eine gute Beziehung bestand: „*‘Ja, also eigentlich stimmt es ja - in Grund genommen, ich sollte jetzt auch nicht so wertschätzend sein, manche Leute haben es halt, zum Beispiel ich, und sie haben es halt nicht, oder? Schade, schade ich mag sie trotzdem, oder oder oder??!’ also immer gleich verbunden mit einer Frage, oder oder oder? so! - damit noch einmal abgesichert wird – ,hey ich meine es nicht ernst aber du hast die Wahl, du kannst bestätigen, dann oder wenn es jetzt zum Beispiel eine Frau wäre, da kann ich zum Beispiel sagen, da gibt es Unterschiede zwischen Männern und Frauen, Männer kriegen das halt hin, Frauen anscheinend nicht oder oder oder? - dann ist die Wachheit voll da, und äh dann sasara das wollen wir mal sehen naja und ja und so, und zur Steigung der Autonomie, der Selbstbejahung, und so weiter in dieser Form!’*“

Er beschreibt sein Ziel: „*Das Ziel der Interventionen ist, dass sie mit mehr Loyalität, mit mehr Solidarität zu sich selber, sich mit Stolz und Würde den Rücken stärkt.*“

**Zusammenfassung:** Provokative Interventionen sind extrem schnell und wirkungsvoll. Neben den Wirkungen für die Therapie selbst, (siehe 6.5.2.1) schaffen sie in einem Schritt effektive Musterunterbrechung, Dissoziation aus dem Problemlernen und einen Anstoß für die Veränderung der Sichtweise. Das führt zu einer Erweiterung des Handlungsspektrums mit dem Ergebnis einer größeren Autonomie.

Das unerwartete Verhalten des Therapeuten wirkt wie eine Konfusionstechnik beim Klienten. Klassische Reaktionsmuster funktionieren nicht. Der Klient ist gezwungen seine Handlungsweise kognitiv zu überprüfen und andere, neue zu entwickeln. Dadurch verlässt er alte Denkstrukturen, die möglicherweise jene sind, die zum Problemlernen geführt haben. Von den Praktikern, vor allem jenen, die selbst auch Klienten waren, wird dieser Prozess oft als „hinauskicken“ beschrieben, was die schnelle Wirkung und auch den Dissoziationsprozess beschreibt, der vor allem durch die humorvolle Art der Intervention verursacht wird. Dadurch, dass der Therapeut im Anschluss an diese spontane Veränderung der Sichtweise KEINE ernsthaften, konkreten Lösungen anbietet, ist der Klient gefordert, wieder das Steuer des eigenen Lebens zu übernehmen. Er erlebt damit eine Selbstwirksamkeit, deren Fehlen oft

Kennzeichen des Problemerlebens ist. Gerade die Intervention des „inkompetenten Therapeuten“ ist aber oft eine Kränkung für Berater.

#### **6.5.2.4. Wann und wieso wird auf Provokation verzichtet?**

Keiner der Befragten verwendet durchgängig und immer Provokation. Gibt es bestimmte Umstände und Umweltbedingungen die Provokation als nicht sinnvoll erscheinen lassen? Welche?

In diesem Zusammenhang wurde einerseits gefragt, wann Provokation kontraindiziert erscheint, andererseits auch, welche Fallstricke es bei der Anwendung von Provokationen geben kann, also nach einer Art „best practice“. Auch hier sehen die Befragten die Haltung, Überzeugung und auch die Tagesverfassung des Therapeuten im Vordergrund. Während es unterschiedliche Meinungen gibt, bei welchen Klienteneinstellungen und –verhalten Provokation sinnvoll ist, sind die Aussagen zum Therapeuten sehr ähnlich.

#### **Kein optimaler Zustand des Therapeuten**

Hans-Ulrich Schachtner nennt die „Hauptsünde“ des Therapeuten: *„Überlegenheit - sich dem Patienten überlegen zu fühlen, die Absicht ist, wenn ich jemanden provoziere, mache ich das nicht wegen mir ... wenn du also mal ne Stimmung hast, wo es dir selber mal nicht gut geht, dann kannst du es vergessen.“*

Ähnlich Eveline Gisela Amort, die auch hier den intuitiven Zugang bekräftigt: *„Ich mache es nicht, wenn ich nicht gut drauf bin. Ich muss mich mit mir wohl fühlen. Ich muss ein gutes Gefühl dabei haben. Es muss sich bei mir schon die Vorfreude auf den Effekt anfühlen. Zynisch rüberkommen tut es, wenn ich sauer bin. Wenn ich mit meinem Herzen nicht auf Seiten der Person bin, mit der ich gerade arbeite. Dann mach ich es auch nicht. [...] Wenn es sich nicht gut anfühlt, mache ich es nicht. Wenn ich eine Bemerkung im Kopf habe.. und ich habe so dieses Gefühl von...Nööäähhhh! Ich kann es nicht anders ausdrücken. Es ist ein mulmiges Gefühl, es ist ...der Bauch sagt nicht ja dazu, dann sag ich es auch nicht, weil ich ein paarmal die Erfahrung gemacht habe, dann stimmt es einfach nicht.“*

Martina Schmidt-Tanger über ihren optimalen Zustand: *„Wenn ich innerlich frei bin. Wenn ich selber gefangen bin, spiele ich nach deren Spielregeln. Provo heißt ja auch, immer eigene Spielregeln vorzugeben. Aber nie jetzt um meine eigenes Ego zu befriedigen. [...] Ich achte immer darauf, aus welcher eigenen Befindlichkeit heraus mache ich das jetzt, also ich lasse immer die Finger davon, wenn ich jetzt den Eindruck habe, ich bin sauer auf den anderen. Also ich provoziere nie, wenn ich das Gefühl habe, ich hätte jetzt Lust, dem Klienten eine reinzuhauen. [...] Ich benutze die Klienten nicht, um irgendeine Egoshow zu machen. [...] Wenn ich denke: ‘ Der Coachee geht mir auf den Senkel, dem hau ich jetzt mal richtig eines rein.‘ [...] Sobald der Therapeut was für sich will, also für sein Ego oder eine geile Intervention abliefern, wird es schon kritisch.“*

Noni Höfner: *„Man muss kein Faxenmacher sein, das ist eher schädlich, weil dann kommt so eine starke EgoKomponente rein. Weil bei Provo ist es sehr leicht, dass man sich selbst berauscht an seinen eigenen Interventionen. [...] Wenn ich einen Klienten nicht leiden kann. Wenn ich nichts finde am Klienten, was mir angenehm ist oder was mir gefällt, dann lasse ich die Finger vom provozieren.“*

Sie beschreibt auch, wann ein Therapeut mit provokativen Interventionen wahrscheinlich nicht erfolgreich sein wird: *„Wenn man aber z.B. vor bestimmten Störungen zurückschreckt, bloß, weil man sie noch nie gesehen hat, dann muss man sich eben erst mal ein bisschen schlau machen, und man muss in die Welt des Klienten einsteigen können und nachvollziehen können, warum der sich verhält, wie der sich verhält. Und dann kann ich jeden Klienten provozieren. [...] Solange ich mich in die Welt eines Klienten hineinversetzen kann, kann ich mit ihm provokativ arbeiten. Es liegt am Therapeuten, nicht am Klienten! [...] Wenn der Klient kommt und hat dasselbe Problem wie ich, also der kommt mit einem Problem, in dem ich selber gerade feststecke. Dann kann ich nicht provozieren, denn die Provokation bedeutet, dass ich in der Lage bin, einen Schritt zur Seite zu treten und mir das von Außen anzugucken und nicht selber in der gleichen emotionalen Sauce festzustecken. [...] Wenn das Problem zu weit weg ist, das habe ich ja schon gesagt, also wenn ich, nehmen wir einmal an, ich arbeite in einer Coaching Praxis und dann kommt einer, der hochgradig schizophran ist und ich habe*

*so etwas noch nie gesehen, dann werde ich mich in seine Welt nicht hineinversetzen können. Also das Problem muss für mich einsichtig sein. Ich muss es nicht selber gehabt haben, aber ich muss verstehen, warum einer sich wie verhält und wie es in seinem Innenleben, in seinem emotionalen Haushalt aussieht. [...] Wenn ich einen Klienten vor mir habe, den ich für hoffnungslos halte oder wo ich denke, da wird eine Therapie nie funktionieren oder der hat die Ressourcen gar nicht, der ist schwach und klein und völlig unfähig und ich muss ihm helfen und helfen, dann darf ich nicht provokativ werden.“*

Sie fasst die Gefahr zusammen: *„dass man nicht seine eigenen neurotischen Probleme auf den Klienten projiziert.“*

Gunther Schmidt stößt ins selbe Horn: *„Also ganz generell würde ich mal sagen, immer dann, wenn ich mich nicht 100 % mit mir in einem Lot fühle, also die Voraussetzung ist, glaub ich äh, vor allen Dingen sollten die starten beim Erleben von sich selbst! Wenn ich mich nicht 100%ig stimmig im Lot und kongruent fühle, in dem was ich gerade sage, halte ich es für absolut kontraindiziert ...das ist die erste Voraussetzung: völlige Kongruenz bei einem selber, und dass man spürt, dass man nicht nur denkt, sondern dass man spürt, ich achte den anderen als einen völlig gleichwertigen wertvollen Menschen, dem ich Fähigkeiten zutraue und so weiter - diese grundlegende nicht bloß gedachte sondern gefühlte Erlebnishaltung der kongruenten Wertschätzung, der Achtung und so weiter, die muss absolute Voraussetzung sein, wenn das nicht gegeben ist, auf gar keinen Fall, egal wie gut man es meint, der zweite wichtige Komponente, es muss der Kontext stimmen.“*

Ebenfalls Beate Janota: *„Dann, wenn du merkst oder das sollte halt nicht passieren, wenn es in diese Machtsache ausgeht. Wenn du als Berater dem eines überbraten möchtest, von der inneren Haltung her, dann haut es dich auf. Volle Kanne!“*

Durchgehend wird darauf hingewiesen, dass eine Abwertung des Klienten keine therapeutische Provokation darstellt.

Peter Battistich: *„Provokation ist dann keine Provokation mehr, wenn es sozusagen destruktiv wird.[...] Ja, die Fallstricke sind eben, dass der, dass man am Anfang selbst zu wenig, also die Wertschätzung beachtet, klar, dass wenn du jemanden abwertend provozierst.“*

Hans-Ulrich Schachtner: *„Ich habe gesehen, dass manches Mal die Leute geglaubt haben, man könnte auf Kosten anderer einen Witz machen und das ist genau das Gegenteil, was*

*heilsame Provokation eigentlich will. Wenn man das noch nicht richtig konnte und das trotzdem anwendet, kann man innerhalb von einer Woche mehr Patienten vergraulen als in drei Monaten [...] auch manchmal den anderen ausgenutzt und man hat sich auf Kosten des anderen lustig gemacht.“*

### **Spezielle Zustände des Klienten**

Neben den Einschränkungen des Therapeuten, gibt es auch Zustände des Klienten, welche die Befragten von Provokation absehen lassen.

Peter Battistich: *„eher doch schwerer depressive Klienten, bei denen das auch in ein Muster oder eine Schublade fallen könnte, so quasi jetzt, sein depressives Muster wird noch mehr, sozusagen, oder der Klient als Opfer noch mehr in seine Opferrolle, in seiner Opferrolle bestärkt. Wo der Klient selber so sozusagen schwer eingeengt ist, vielleicht auch nicht in Kontakt ist mit sich, mit sich selber und auch mit dir nicht so wirklich in gutem Rapport, wo ist Angst, wo ich vermuten könnte, dass diese Provokation Angst auslöst, also noch mehr Angst auslösen könnte. Wo Ansätze von ein bisschen paranoiden psychotischen Tendenzen da sind.“*

Mehrere Interviewte geben an, dass bei echten, tiefen Gefühle und Leid Provokation nicht angebracht ist.

Hans-Ulrich Schachtner: *„absolute Kontraindikation ist, wenn jemand leidet.“*

Martina Schmidt-Tanger: *„Ja, bei akuten bei akuten, emotionalen, sinnvollen und richtigen Reaktionen, also akute Emotionalität, da brauche ich ja auch nicht provozieren.“*

Beate Janota: *„Wenn jetzt ein Mensch da sitzt und schon ganz am Boden zerstört ist, dann hat Provokation keinen Sinn. [...] Wenn jemand kommt und sehr emotional ist, ja, dann ist es ja oft gescheiter, ich bringe einmal das Gefühl so zur Ruhe.“*

Ausführlicher noch Gunther Schmidt: *„Also, wenn zum Beispiel jemand sich noch sehr stark leidvoll erlebt und so äh da gibt's nun eigentlich gar nichts zu lachen, das ist einfach nur furchtbar und schlimm, wenn ich da dann auf diese humorvolle Art Provokation anbieten würde, wäre das absolut destruktiv, würde ich niemals machen, - damit ich also wirksam*

*provokative Angebote machen kann, muss der ganze Beziehungskontext stimmen, ich muss also vorbereiten erst einmal, es muss eine als vertrauenswürdig, als achtungsvoll, als verlässlich, und tragfähig gekennzeichnete Beziehung erlebt werden, die Leute müssen sich sehr ernst genommen fühlen.. zum Beispiel empathisch, einfach nur bestätigend, mitfühlend, anteilnehmend, muss das erstmal mitaufgebaut werden, bevor ich überhaupt an Provokation denke kann, also Provokation als Technik an sich ist aus meiner Sicht überhaupt nicht wertvoll, müsste sogar in Frage gestellt werden.“*

Methodisch merkt Eveline Gisela Amort an: *„Ich verwende es nicht immer, weil manche Klienten kommen schon lösungsorientiert, dass wir schnurstracks auf die Lösung zugehen. Da will ich dann auch nicht irgendwie im Weg stehen. [...] Wenn es keinen Widerstand gibt: Die Provokative Therapie oder die provokative Methode ist ja speziell dann geeignet, wenn jemand Widerstand hat, gegen sich, gegen die Lösung.“*

Gunther Schmidt setzt noch grundlegender an und stellt die Frage, ob Veränderung denn immer das Ziel sein muss: *„Eigentlich immer, wenn ich den Eindruck habe, es ist gerade als erstes der Bedarf da, dass nicht etwas verändert werden soll. [...] Weil provokative Interventionen eigentlich schon immer veränderungsorientierte Interventionen sind.“*

**Zusammenfassung:** Provokation als Abwertung ist keine therapeutische Intervention. Einigkeit unter allen Befragten besteht in der Ansicht, dass der Therapeut für den Klienten handelt und wenn er nicht im Vollbesitz seiner Ressourcen ist, nicht zu 100% mit der Aufmerksamkeit beim Klienten sein kann, wird von provokativem Vorgehen abgeraten. Das unterstützt die Annahme, dass eine rein Provokative Therapie nicht möglich ist, wie auch im folgenden Punkt nochmals unterstrichen wird.

Als Kontraindikationen wird akutes Leid am häufigsten genannt, aber auch einige psychotische, phobische oder paranoide Störungen, hier sind sich allerdings die Befragten nicht einig, da angemessene Gefühle per se noch kein Problemzustand und normaler Teil des Lebens sind und „sinnvolles“ Leid auch kein Zustand der therapiert werden muss.

### 6.5.2.5. Weitere Erkenntnisse aus den Befragungen

Auch, wenn alle Befragten zum Teil intensiv mit Provokation arbeiten, wird Provokative Therapie nicht als komplette Therapieschule gesehen.

Martina Schmidt-Tanger: *„Ja es ist eigentlich keine eigenständige Therapieform, es ist eher ein Stilmittel.“*

Ähnlich Hans-Ulrich Schachtner, der auch von seinen Erlebnissen bei Frank Farrelly erzählt: *„In der Praxis war es so, dass er 20 Minuten provokativ gearbeitet hat und den Rest der Sitzung recht vernünftig und geradlinig gesprochen hat – ich glaube, dass die Kombination sehr heilsam ist.[...] Es ist ein bisschen zu verstiegen, wenn man das als komplette Therapie nimmt. Jemanden hinter seiner Fassade hervorzulocken, und als Einstieg wunderbar nur um dann wirklich dauerhafte, nachhaltige Erfolge zu erzielen braucht man halt schon andere Sachen auch.“*

Auch die Vertreterin des Provokativen Stils, Noni Höfner, die wie auch Eveline Gisela Amort sehr intensiv provokativ arbeitet, sagt: *„Was nicht heißt, dass man das jetzt, ich weiß nicht, 60 Minuten am Stück machen muss, sondern man kann durchaus, das ist kein Kunstfehler, auch mal Normaltext mit einem Klienten zu sprechen.“*

Keiner der Praktiker legt sich auf die Interventionsrichtungen aus einer Schule fest. Alle nutzen Interventionsformen unterschiedlicher Schulen oder haben eigene Stilrichtungen und Anwendungsformen geprägt. Gunther Schmidt gilt als Begründer des hypnosystemischen Ansatzes, Noni Höfner entwickelte mit Hans-Ulrich Schachtner den „Provokativen Stil“, den Hans-Ulrich Schachtner zum „Magischen Stil“ weiter entwickelt hat.

Die Arbeit mit Klienten wird als Kunst gesehen, die viel intuitives Vorgehen verlangt und Talent. Als Hilfe bei der Entwicklung zum provokativen Therapeuten werden die Schulung des komödiantischen Talents und Improtheater empfohlen. Jedenfalls ist nach einhelliger Meinung intensive Ausbildung und Übung in Gruppen, sowie Selbsterfahrung nötig, um ein guter und effektiver Therapeut zu sein.

## 7. Conclusio

Man kann jede gelungene Intervention als Provokation im weiteren Sinne verstehen.

Provokation im engeren Sinne ist das Einnehmen einer Gegenposition, eine Konfrontation des Klienten mit Fixierungen, die ihn einschränken, bei welcher der Therapeut sich auf die Seite des Klienten stellt und sich gemeinsam mit ihm die Absurdität seines Verhaltens ansieht.

Gemeinsam lacht man über den „kosmischen Witz, den das Leben manchmal darstellt“. Mit provokativen Interventionen kommt es im ersten Schritt zu einer Musterunterbrechung des Problemmusters. Der Klient dissoziiert aus dem Problemerleben und ist in der Lage, etwas Abstand zu gewinnen. Dadurch und durch das „Rauskicken“ aus dem „Problemlabyrinth“ oder den eingefahrenen Gleisen des Denkens, die direkt in den Problemzustand geführt haben, werden Perspektivenwechsel möglich. Eine „transzendierte Trotzreaktion“ gibt dem Klienten wieder die nötige Selbstbestimmung und Autonomie zurück. Die Überraschung und vielleicht auch der Schock versetzen den Klienten in Trance und machen ihn empfänglich für suggestive Sprache.

Um diese Perturbation des Systems zu erreichen und trotzdem anschlussfähig zu bleiben, ist die Basis jeder wirkungsvollen, provokativen Intervention die „Liebe zum Menschen“. Die Achtung des Klienten als einzigartiges menschliches Wesen, dem die Lösung seiner Probleme zugetraut, ja zugemutet wird. Dies setzt neben besonderer Empathie vor allem Mut und ein Menschenbild voraus, dass den Klienten als gleichrangig, kompetent und wertvoll schätzt. Provokative Interventionen sind sehr lange Hebel, um sehr schnell und effizient Dinge in Bewegung zu setzen, Veränderungen anzustoßen und der Drehpunkt ist die echte Wertschätzung. Ausnahmslos alle Befragten geben das als grundlegende Voraussetzung für provokatives Arbeiten an. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass bei persönlichen Einschränkungen bei dem die Beziehung nicht tragfähig genug ist, Sympathie fehlt oder wenn der Therapeut einmal einen „schlechten Tag“ erwischt oder „empathischen“ Mitteln gegriffen wird. Darunter werden dann Methoden verstanden wie zirkuläres Fragen oder Gesprächsführung nach Rogers. Das impliziert, dass „empathisches Arbeiten“ offensichtlich

weniger „echte“ Empathie braucht als die direkte Art der Interaktion, die bei Provokation stattfindet.

Vom Therapeuten erfordert dies besonders hohe Kompetenz. Er muss im Vollbesitz seiner Ressourcen sein, kreativ und mutig, seine eigenen Grenzen für den Klienten zu übertreten und in unterschiedlichen Rollen zu agieren. Nicht Faxenmacher sind gefragt, die sich an den eigenen Interventionen berauschen, sondern humorvolle, echte Menschen in einer direkten Beziehung mit dem Klienten. Jemandem anderen etwas zutrauen, setzt ein hohes Maß an Mut und Selbstsicherheit voraus, so beschrieben die Befragten neben der Liebe und dem Mut die Erfahrung als wesentliche Komponente - die Erfahrung seiner Selbst und die Erfahrung im Umgang mit Menschen. Fehlt aber eine der wesentlichen Komponenten, kann eine Intervention sehr schnell zynisch empfunden werden und man kann Klienten schaden.

Der provokative Therapeut wird für diese hohen Anforderungen mit einer extrem schnellen und mächtigen Interventionsform belohnt, mit einer Art zu arbeiten, die vor allem die Menschlichkeit in die Therapie zurückbringt und durchwegs als lustvoll, aktivierend und befreiend erlebt wird. Der Therapeut muss viele gelernte Konzepte vergessen und viele Methoden, hinter denen sich professionelle Helfer oft verstecken, zur Seite stellen um dem Klienten wieder als Mensch zu begegnen. Seine eingestandenen Schwächen sind nicht mehr Mängel, sondern Zeichen von Ehrlichkeit und Authentizität. So wird das Menschsein selbst zur wesentlichsten Intervention. Die Grenzen der Provokation in der Therapie sind offenbar eher auf Seiten der Therapeuten zu suchen, als auf jener der Klienten.

Widersprüchlich sind die Aussagen der Therapeuten bezüglich der Grenzen des Einsatzes von Provokation. Die Mehrzahl der Befragten sehen entweder pathologische Voraussetzungen, oder echte, tiefe emotionale Betroffenheit oder Leid beim Klienten als Kontraindikation. Nachdem aber andere diese Auffassung nicht teilen und auch mit den Problemen von Menschen in solchen emotional belasteten Situationen gute Ergebnisse schildern, wenn sie Provokation einsetzen, sind die Grenzen hier unklar.

Neben der Effektivität wird oft der als lustvoll erlebte Zugang zur Therapie als Hauptgrund für die Anwendung von provokativen Interventionen geschildert. Wie sich mehrfach gezeigt hat, ist zwar Humor NICHT, wie oft in der Literatur angegeben, Basis für erfolgreiche Provokation, unbestritten ist aber die Funktion für das Gesprächsklima, die

Dissoziationsmöglichkeit und auch die Wirkung für die Psychohygiene von professionellen Helfern.

Es mag Psychotherapierichtungen geben, die jeder Mensch ausüben kann, die auf Technik und Methodik bauen. Provokative Therapie ist keine davon. So wird wiederholt von Menschen die so arbeiten wollen, ein hohes Maß an Professionalität gefordert.

Professionalität die über gutes Methoden-Know-how hinausreicht und neben einem hohen Maße an Selbsterfahrung, Bereitschaft zu Übungen und Supervision auch Zugang zu intuitiven Quellen herstellt. Wege dazu können, wie in den Gesprächen von den Interviewten vorgeschlagen, beispielsweise Improvisationstheater, Kabarett und ähnliches sein.

Schlussendlich wird nochmals darauf hingewiesen dass keiner der Befragten, trotz hoher Wertschätzung für die Arbeit von Frank Farrelly, Provokative Therapie als eigene Therapierichtung sieht. Provokativer Stil, Magische Kommunikation, Pro-vocation und insgesamt provokative Interventionen haben aber ihren festen Platz in der täglichen Arbeit der befragten Praktiker und, so steht zu vermuten, bei vielen anderen Beratern, Coaches oder Therapeuten. Alles was dazu nötig ist fasst Martina Schmidt-Tanger zusammen: „Liebe, Mut und Erfahrung!“

## 8. Ausblick

Provokation wurde in der Psychotherapie immer schon eingesetzt. Mit den Arbeiten von Frank Farrelly und im deutschsprachigen Raum vor allem von Eleonore Höfner und Hans-Ulrich Schachtner liegt mittlerweile auch ein lern- und lehrbares Set an Interventionstechniken vor. Die Literatur und wissenschaftlichen Arbeiten zu diesem Thema ist der Verbreitung von Provokation unter Praktikern trotzdem keinesfalls angemessen und hier zeigt sich ein großer Nachholbedarf der Psychotherapieforschung. Doch nicht nur dort, sondern auch die Ausbildung, die im Fachspezifikum verpflichtend schulenorientiert organisiert ist, stellt sich aus Sicht dieser Arbeit anachronistisch dar. Durchwegs alle Befragten arbeiten schulenübergreifend und nutzen Konzepte und Interventionen aus einer Vielzahl von Psychotherapierichtungen. Die Integration von emotionalem Erleben mit der Kognition, wie sie in den unterschiedlichen Arten des Einsatzes von Provokation stattfindet, zusammen mit körpertherapeutischen Aspekten nimmt den Menschen in seiner Gesamtheit wahr und gibt damit eingengte Blickwinkel und unangemessene Reduktionen einzelner Psychotherapieschulen auf. Eine Fixierung auf Provokation in der Therapie ist unter diesem Gesichtspunkt wenig wünschenswert. Die Erweiterung des Interventionsspektrums um Provokation stellt aber zweifelsfrei eine Bereicherung der therapeutischen Möglichkeiten dar. Die Nutzung setzt allerdings Therapeuten voraus, die besondere Eigenschaften in sich vereinen die über reines Wissen um die Methodik hinausgeht. So bleibt Psychotherapie zu einem wesentlichen Teil auch das, was wissenschaftlich immer schwer zu behandeln sein wird, Kunst!

## 9. Literaturverzeichnis

### 9.1. Bücher

Adler, Alfred. (1981). *Neurosen: Fallstudien. Zur Diagnose und Behandlung*. (7. Auflage).

Frankfurt: Fischer

Adler, Alfred. (2006). *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*. (12. Auflage).

Frankfurt: Fischer

Andreas, Steven (1991). *Virginia Satir, the Patterns of Her Magic*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Bachmann, Winfried (1999). *Das neue Lernen: eine systematische Einführung in das Konzept des Neurolinguistische Programmierens (NLP)*. (4. Auflage). Paderborn: Jungfermann

Bauer, Joachim. (2006). *Warum ich fühle was du fühlst* (2. Auflage) München: Heyne

Bernhardt Andres. (1981). *Alfred Adler und der Humor in Miteinander leben lernen 1/1981*  
(<http://www.p09.de/ml/v.html#aT>)

Bierach, Alfred (1989). *NLP – die letzten Geheimnisse der Starverkäufer*. Landsberg/Lech: Moderne Industrie

Brome Vincent. (1969). *Sigmund Freud und sein Kreis*. (1. Auflage). München: List

Cecchin, Gianfranco, Lane, Garry & Ray Wendel A. (2005). *Respektlosigkeit* (4. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer

Diltz, Robert B.. (2005). *Professionelles Coaching mit NLP*. Paderborn: Jungfermann

Effinger, Herbert (Hrsg) (2009). „*Die Wahrheit zum Lachen bringen*“ (2. Auflage).

Weinheim, München: Juventa

- Eibl-Eibesfeldt, Irinäus (1967). *Grundriß der Vergleichenden Verhaltensforschung*. München: Piper
- Epstein, S. (1990). *Cognitive-experimental self-theory*. IN L.A.Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory an research* NewYork:Guilford
- Farrelly, Frank & Brandsma Jeffrey M. (1986). *Provokative Therapie* (1. Auflage - Nachdruck). Heidelberg: Springer
- Flammer, A. (1990). *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Theorie der Kontrollmeinung*. Bern: Huber
- Feyerabend, Paul (2005). *Die Vernichtung der Vielfalt* Wien: Passagen-Verlag
- Freud, Siegmund. (1940a). *Gesammelte Werke Band IV, Zur Psychopathologie des Alltagslebens* (9. Auflage – Nachdruck). Frankfurt: Fischer
- Freud, Siegmund. (1940b). *Gesammelte Werke Band VI, Der Witz und sein Beziehung zum Unbewußten* (9. Auflage – Nachdruck). Frankfurt: Fischer
- Frankl Viktor. (1959). *Grundriß der Existenzanalyse* in v. Gebattel, F., Schultz, H.J & Frankl, V.E. (Hrsg.), *Handbuch der Neurosenlehren und Psychotherapie, Band III*. München: Urban & Schwarzenberg
- Frankl Viktor. (1984). *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*. (1. Auflage) Bern: Huber
- Gehrmann, Gerd, Müller, Klaus D. (2005). *Charakteristika einer motivierenden sozialen Arbeit*. In: Gehrmann & Müller (Hrsg.): *Aktivierende Soziale Arbeit mit Nicht-Motivierten Klienten*. Regensburg, Berlin: Walhalla
- Geier, Manfred (2007). *Worüber kluge Menschen lachen* (1. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Gordon David. (2005). *Therapeutische Metaphern* (6. Auflage). Paderborn: Jungfermann
- Grawe Klaus. (2004). *Neuropsychotherapie* (1. Auflage). Göttingen: Hogrefe

Höfner, Eleonore & Schachtner, Hans-Ulrich (2008). *Das wäre doch gelacht* (6. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Höfer, Eleonore (2008). *Die Kunst der Ehezerüttung* (7. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Haley, Jay Haley. (1996). *Die Psychotherapie Milton H. Ericksons*. Stuttgart: Klett-Cotta

Hüther, Gerald (2006). *Die Macht der inneren Bilder* (3. Auflage). Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht

Hüther, Gerald (2007). *Biologie der Angst* (8. Auflage). Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht

Kernberg, Otto, F., Dulz, Birger & Eckert Jochen (Hrsg.) (2006). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf*. Stuttgart: Schattauer

Luhmann Niklas. (1987). *Soziale Systeme* (12. Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp

Lukas, Elisabeth. (1991). *Auch Dein Leben hat Sinn*. (2. Auflage). Freiburg: Herder

Maturana, Humberto, Varela Francisco (1987). *Der Baum der Erkenntnis* (12. Auflage). München: Goldmann

McGhee, P.E. (1989). *Humor ist origin and Development* San Francisco: H.W. Freeman

McGhee, P.E. (Hrsg) (1989). *Humor in Children's development* New York-London: The Haworth Press

Mehrabian, Albert. (1971). *Silent Messages* (1. Auflage) Belmont, CA: Wadsworth

Mücke, Klaus (1998). *Probleme sind Lösungen* (4. Auflage). Potsdam: Klaus Mücke ÖkoSysteme

Radatz, Sonja (2009). *Beratung ohne Ratschlag* (6. Auflage). Wien: Verlag systemisches Management Literatur-VSM e.U.

Räwel, Jörg. (2005). *Humor als Kommunikationsmedium*. Konstanz: UVK

Schmidt Gunther. (2010). *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung* (3. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer

Schmidt-Tanger Martina. (2004). *Gekonnt Coachen Präzision und Pro-vokation im Coaching* (1. Auflage). Paderborn: Jungfermann

Sparrer, Insa, Varga von Kibed, Matthias. (2000). *Ganz im Gegenteil. Für Querdenker und solche, die es werden wollen* (2. Auflage) Heidelberg: Carl-Auer

Spitzer, Manfred. (2002). *Lernen – Gehirnforschung und die Schule des Lebens* Heidelberg; Berlin: Spektrum Akademischer Verlag

Stahl, Thies (1989). *Triffst du ´nen Frosch unterwegs... . NLP für die Praxis*. Paderborn: Jungfermann

Strotzka, Hans (1976). *Witz und Humor* in Eicke, D. (Hrsg.), *Die Psychologie des XX. Jahrhunderts*, Band II: Freud und die Folgen (1). Zürich: Kindler

Titze, Michael. (1985). *Heilkraft des Humors – Therapeutische Erfahrungen mit dem Lachen* Freiburg im Breisgau: Herder

Titze, Michael & Eschenröder Christof T. (2007). *Therapeutischer Humor* (5. Auflage). Frankfurt am Main: Fischer

Watzlawick, Paul. (1990). *Menschliche Kommunikation*. München: Huber

Wippich, Jürgen, Derra-Wippich Ingrid (1996). *Lachen lernen*. Paderborn: Jungfermann

Wittman L. (1983). *Lachen in der Psychotherapie – Versuch einer Ortsbestimmung in Lutz* (Hrsg.) *Genuss und Genießen – zur Psychologie des genussvollen Leben und Handelns*. Weinheim: Beltz

## **9.2. Zeitschriften und Studien**

Blankenburg Wolfgang. (1974). *Hysterie in anthropologischer Sicht* in *Praxis der Psychotherapie*, 19)

Bloomfield, Jem. (1980). *Humour in psychotherapy and analysis* in *International Journal of Social psychiatry*, 26

von Foerster, Heinz. (1985). *Das Konstruieren einer Wirklichkeit*; in: Festschrift - Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben. Beiträge zum Konstruktivismus, hrsg. und kommentiert von Paul Watzlawick München

Isic Amela, Zapf, Dieter. (2007). *Psychische Belastung und Beanspruchung in Call Centern* Universität Frankfurt am Main, Institut für Arbeits- und Organisationspsychologie.

Kubie L.S. (1971). *The destructive potention of humor in psychotheraphy* in Am J Psychiatry 127:861-866, January 1971

Maier, S.F., Seligman, M.E. (1976). *Learned helplessness. Theory and evidence*. Journal of experimental Psychology; General, 105

### 9.3. Audio-visuelle Medien:

Farrelly, Frank (2008). *Einführung in die Provokative Therapie*; Live-Mitschnitt eines Seminars am Deutschen Institut für Provokative Therapie in München vom 25.-27.Mai 2008. Müllheim/Baden: Auditorium Netzwerk

Revenstorf, Dirk (1999). *Interventionsmethoden in der Psychotherapie*; Vorlesung an der Universität Tübingen. Müllheim/Baden: Auditorium Netzwerk

### 9.4. Internetquellen

Hans-Ulrich Schachtner; <http://www.magst.info/page7.html> abgerufen am 12.8.2010

Martina Schmidt-Tanger; <http://www.schmidt-tanger.de/mst.html> abgerufen am 12.8.2010

Milton-Erickson-Institut Heidelberg; [http://www.meihei.de/dateien/inst\\_leiter.html](http://www.meihei.de/dateien/inst_leiter.html) abgerufen am 12.8.2010

Eveline Gisela Amort; <http://eveline.wienwelt.at/kelsi-die-heilerin.php> abgerufen am 14.9.2010

Beate Janota; <http://www.liebesambulanz.at/lebensberatung/> abgerufen am 14.9.2010

Peter Battistich; <http://www.battistich.at/peterbat1.htm> abgerufen am 14.9.2010

Nico Rose; [http://www.loesungen-zum-leben.de/nico\\_rose.php](http://www.loesungen-zum-leben.de/nico_rose.php) abgerufen am 14.9.2010

ÖVS; [http://www.oeps.or.at/beschreibung\\_sv.htm](http://www.oeps.or.at/beschreibung_sv.htm) abgerufen am 23.8.2010

## 10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Optimaler Lernbereich nach Martina Schmidt Tanger (Schmidt-Tanger, 2004, S. 73)

## 11. Abkürzungsverzeichnis

BGBI. Bundesgesetzblatt

bzw. beziehungsweise

d.h. das heißt

et al. et alii (Maskulinum), et aliae (Femininum) oder et alia (Neutrum)

f. folgende

ff. fortfolgende

Hrsg. Herausgeber

Min. Minute

NLP Neurolinguistisches Programmieren S. Seite

Nr. Nummer

u.ä. und ähnliches

usw. und so weiter

vgl. vergleiche

z.B. zum Beispiel

zit. zitiert