

# Provokative Therapie

Uwe Füllgrabe

Die provokative Therapie (Teil 1)

Magazin für die Polizei, 29. Jahrgang, Nr. 264, April 1998, S. 17 - 23

Die provokative Therapie (Teil 2)

Magazin für die Polizei, 29. Jahrgang, Nr. 265, Mai 1998, S. 13 - 20

<b><u>I DAS WESEN DER PROVOKATIVEN THERAPIE</u></b>	<b>2</b>
1 PROVOKATION MIT HUMOR	2
2 DIE THERAPEUTISCHEN ZIELE DER PROVOKATIVEN THERAPIE	4
3 GRUNDTHESEN DER PROVOKATIVEN THERAPIE	4
4 WACHSTUMSBREMSEN	6
5 DIE LEUCHTTURMPRINZIPIEN	6
<b><u>II TECHNIKEN DER PROVOKATIVEN THERAPIE</u></b>	<b>7</b>
1 UMDEUTUNG EINES SACHVERHALTS (REFRAMING)	7
2 ZUKUNFTSSZENARIEN	9
3 SÜNDEBOCKTECHNIK	9
<b><u>III PROVOKATION UND DER „GUTE DRAHT“ ZUM KLIENTEN</u></b>	<b>10</b>
1 WARUM WIRKT DIE PROVOKATION?	10
2 PROVOKATION STATT PSYCHOLOGISCHER DISTANZ	12
3 SPRACHEBENEN DER PROVOKATIVEN THERAPIE	14
4 DIE BANDBREITE THERAPEUTISCHEN VERHALTENS	18
<b><u>IV WIE ERFOLGREICH IST DIE PROVOKATIVE THERAPIE?</u></b>	<b>18</b>

# I Das Wesen der Provokativen Therapie

## 1. Provokation mit Humor

Zentraler Gesichtspunkt der Provokativen Therapie ist der Einsatz von Provokation, um den Patienten zum Umdeuten seines Weltbildes und zur Verhaltensänderung zu bewegen.

Um Missverständnisse zu vermeiden, betonen Höfner und Schachtner (1995, S. 193) ausdrücklich, dass Provokation nicht „rüpelhaftes Konfrontieren“ und Anpöbeln bedeutet, „sondern im Sinne des lateinischen *provocare* hervorrufen, herausfordern“ zu verstehen ist.

Es ist interessant, dass gelegentlich auch Therapeuten auf diese Vorgehensweise zurückgreifen, die wie Arnold A. Lazarus eher kognitiv-lerntheoretisch orientiert sind. Er berichtet (1981, p. 26) von einem Patienten, der wenig Wirkung zeigte, wenn Lazarus ihn beruhigen oder ihn „aufbauen“, ihm „moralischen Auftrieb“ geben wollte. Lazarus konnte ihn aber aus seinen Depressionen herausreißen, indem er „paradoxe Aussagen“ benutzte. Z. B.: „Nun wie jeder weiß, sind Sie zerbrechlich und kränklich, schwach, geistesgestört, sie fallen bald auseinander, leben von geborgter Zeit, sind minderwertig, verdorben, unzulänglich.“ Diese Provokation - die in einer freundlichen und vertrauensvollen Atmosphäre gemacht wurde - wirkte: Der Patient lachte, murmelte einen Fluch, und die Therapie ging in eine positive Richtung weiter.

Wer meint, man könne doch so nicht mit „einem armen Menschen reden“, unterschätzt die Selbstheilungsfähigkeit von Menschen und belässt die Person in ihrer Opferrolle. Die Provokative Therapie von Farrelly (Farrelly & Brandsma, 1986) sieht dies völlig anders:

Patienten sind weniger zerbrechlich, als man glaubt. Wenn der Patient, der immer Formulierungen hört: „Es ist alles nicht so schlimm. Es wird bald besser mit Ihnen! Die Welt ist doch so schön!“ o. Ä. plötzlich etwas völlig Entgegengesetztes hört, erlebt er eine Herausforderung, an der er wachsen kann. Der Patient wird herausgefordert, die provozierende Bemerkung an der Realität zu überprüfen („Realitätstesten“). Er überlegt, ob die Äußerungen stimmen. Ihm fallen spontan einige Situationen ein, wo er nicht „schwach“, „minderwertig“ usw. war. Er wird dadurch in eine lebendige, konstruktive Interaktion mit dem Therapeuten hineinprovokiert. Dagegen gehen Beruhigungen u. Ä. eines Gesprächspartners, der sich als warmherzig und einfühlsam empfindet, und den Patienten schonen will, nicht „unter die Haut“. Dies hat ja auch Lazarus in diesem Fall festgestellt!

Auch die Logotherapeutin Elisabeth Lukas (1992, S. 145) setzte Provokation in folgendem Fall ein. „Ich habe auch einmal bei einem Gespräch mit einer Ehefrau, die stundenlang über ihren Mann klagte, eine paradoxe Haltung eingenommen und ihr zugestimmt, daß ihr Ehemann allem Anschein nach wirklich der „böseste, unfähigste, unliebenswerteste und schlechteste Mensch auf Gottes Erdboden“ sein müsse, woraufhin sie sofort in ihren Klagen innehielt und plötzlich auch Gutes von ihm zu berichten wußte. Der feine Unterschied ist der, daß sie wußte, daß meine Worte nicht ernst gemeint waren, und daß sie durch meine Übertreibungen sanft gemahnt wurde, ihre innere Einstellung zum Partner zu korrigieren und dessen kleine Fehler nicht überzubewerten, während der bloße Ratschlag zur Trennung bei ihr vielleicht sogar ein zustimmendes Echo gefunden hätte. Ein Trick kann eben funktionieren oder auch nicht, aber eine Einstellungsänderung in Richtung „Relativierung von Kleinigkeiten“ ist immer ein Gewinn.“

Typisch für die Provokative Therapie ist die intensive Benutzung von Humor. Dadurch entsteht eine schnelle, kurze, gefühlsbetonte Interaktionsfolge - der Therapeut tritt mit dem Patienten in eine lebendige, intensive Kommunikation ein. Die Konfrontation des Patienten mit der Realität wird mit Humor gepaart, um die damit verbundene Angst zu löschen (Farrelly & Brandsma, 1986, S.154). Die Wahrheit wird in Humor verpackt.

Farrelly sagte auch ausdrücklich (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 218): "Ich attackiere nicht den Patienten, aber ich attackiere seine Ideen." Farrelly nimmt also den Patienten als Menschen ernst, aber nicht dessen Symptom!

Damit ist ein **therapeutischer Optimismus** verbunden: Nicht der ganze Mensch ist „krank“, sondern nur bestimmte Gedanken, Ideen usw. Die Provokative Therapie betont also - ähnlich der Logotherapie - dass der Patient Stärken hat, viele positive Seiten und nur einige wenige Schwächen. Er ist also nicht hilfloses Opfer seines Unterbewussten, seines Schicksals usw. Und deshalb ist es auch nicht notwendig, viele Jahre lang die Lebensgeschichte "aufzuarbeiten", sondern gezielt die Schwachstellen zu beheben, soziale Fähigkeiten und Regeln zu erlernen, die Kognitionen (sein Denken, sein Weltbild, sein Wertesystem, sein Selbstbild usw.) und Imaginationen (Phantasien) zu verändern usw.

Die intensive Kommunikation, das sofortige sprachliche und nichtsprachliche Eingehen auf den Patienten verhindert, dass sich der Patient in Ausflüchten, "Erklärungen" seines Verhaltens verliert, anstatt die entscheidende Botschaft zu akzeptieren: Ich muss mein Leben in dieser bestimmten Weise ändern.

Provokative Therapie unterscheidet sich damit in vieler Hinsicht von konventionellen Therapien, wo das Zuhören oder das bloße Widerspiegeln der Gedanken des Patienten im Vordergrund steht. Der betreffende Therapeut mag sich selbst zwar als freundlich, warmherzig und "einfühlsam" sehen, wenn er sich aber scheut, den Patienten mit der Realität zu konfrontieren spielt er das Spiel "Nichts riskieren, nichts verlieren" (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 83) - und er hat weniger Erfolg. Die Neigung, etwas anzudeuten, anstatt ihm klipp und klar zu sagen, dass man seine Gedanken und Gefühle in Frage stellt, hat zwei gefährliche Auswirkungen:

- langfristig brennt der Therapeut aus (Burnout-Syndrom), weil er trotz vieler Anstrengungen keinen Erfolg sieht.
- der Patient ändert sich nicht, weil er keinen Anstoß dazu erhält. Und er sieht den Therapeuten folgendermaßen: als psychologisch distanziert, was schon 1964 Gibb als Störung bzw. Verhinderung einer vertrauensvollen Kommunikation schilderte. Patienten berichten, dass das "Sich- Ausschweigen" ihrer früheren Therapeuten sie geängstigt hatte: "Ich geriet in Panik, weil ich den klaren Eindruck bekam, er denke, ich sei so zerbrechlich, daß ich in Stücke auseinanderfallen würde, wenn er
- geradewegs damit heraus käme und mir sagen würde, was er denke, das mit mir etwas nicht in Ordnung sei." Ein anderer Patient, der vorher 6 Therapeuten konsultiert hatte: "Wenn ich sie etwas fragte, starrten sie mich oder die Decke an, und ich konnte sehen, wie sich die Räder in ihrem Kopf drehten, wie das Sortieren und Prüfen weiterging, während sie versuchten, eine gute Antwort für mich zu finden. Und dann, nach all dem Zögern, bekam ich als Antwort eine Frage zurück, wie: "Und warum fragen sie das?“, aber Sie, Sie bringen es sofort raus, wie in der ersten Minute im Gespräch mit mir" (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 178).

Hier wird deutlich, warum keine vertrauensvolle Kommunikation aufkommen kann, wenn der Therapeut lediglich seine professionelle Maske aufsetzt, eine Maske des Nichtverletzenwollens, des rein professionellen Verständnisses.

Dagegen spricht der provokative Therapeut genauso, wie es der beste Freund, die beste Freundin des Patienten tun würde: Er gibt eine genaue und direkte Rückkoppelung des Verhaltens, der Worte, der Haltung des Patienten, sowohl in positiver wie auch negativer Richtung.

Diese Rückkoppelung ist nicht gleichbedeutend „mit "der Grausamkeit" zu sagen, wie es ist, in einer äußerlich objektiven absoluten Art und Weise, sondern mehr wie: Für mich im Hier und Jetzt, in der Beziehung mit Dir, spüre ich Dich so ...Und das kann mit Humor geschehen." (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 84).

Farrelly tritt also in eine **echte**, tiefergehende Interaktion mit dem Patienten ein, während die zuvor zitierten Therapeuten durch ihr Zögern dem Patienten eigentlich - wenn auch ungewollt - signalisieren, dass sie zögern, mit ihm in eine ehrliche, offene Interaktion einzutreten.

## 2. Die therapeutischen Ziele der Provokativen Therapie

Durch Provokation versucht der Therapeut, positive und negative Erfahrungen anzustoßen, um den Patienten zu fünf Arten des Verhaltens zu veranlassen:

1. Seinen Selbstwert zu sichern, sowohl sprachlich, als auch im Verhalten.
2. Sich sowohl bei der Erfüllung von Pflichten als auch in Beziehungen angemessen zu behaupten.
3. Sich realistisch zu verteidigen.
4. Sich auf die Prüfung der psychosozialen Realität einzulassen und die notwendigen Unterscheidungen zu lernen, um angemessen zu reagieren.
5. Sich auf Wagnisse in persönlichen Beziehungen einzulassen, insbesondere eigene Gefühle und verwundbare Stellen wichtigen Bezugspersonen unmittelbar mitzuteilen und zwar genauso, wie sie vom Patienten erlebt werden. Die schwersten Worte in Beziehungen sind oft: "Ich möchte Dich, ich vermisse dich, ich sorge mich um Dich" - weil man sich zu sehr dem anderen gegenüber festlegt. (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 74/75).

## 3. Grundthesen der Provokativen Therapie

- Menschen verändern sich - Sie wachsen innerlich, wenn sie auf eine Herausforderung reagieren. Durch Provokation dringt der Therapeut zum Klienten durch und löst Ärger eines ganz bestimmten Typs aus: "Ich habe mich gründlich satt, ich muß mich ändern!" (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 47).
- Menschen sind für ihr Handeln selbst verantwortlich.
- Patienten können sich ändern, wenn sie wollen.
- Der Mensch ist nicht Opfer seines Unterbewusstes. Therapeuten, die nicht glauben, dass Menschen für das verantwortlich sind, für das, was sie tun, dass man nicht selbst entscheidet, sondern durch alles getrieben wird, vermitteln eigentlich die Botschaft: "Du kannst nichts daran ändern" (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 48).

Neben dem Problem der Verantwortlichkeit, tritt die Frage nach den Rechten und Bedürfnissen der Patienten auf, die von manchen Therapeuten extrem betont werden. Demgegenüber ist es Aufgabe des Therapeuten, darauf hinzuweisen, dass er auch den Bedürfnissen *anderer* Menschen entgegenzukommen hat.

Dass die Überbetonung der Rechte des Patienten in einigen Therapieformen üblich ist, liegt nach Ansicht von Farrelly & Brandsma (1986, S. 50) daran, dass z. B. Sigmund Freud nur Zwei-Personenbeziehungen während seiner Therapien erlebte, aber niemals mit Ehepaar-, Gruppen- und Familientherapie arbeitete. Dort werden nämlich die Therapeuten auch mit den Problemen anderer Menschen und mit deren Rechten und Bedürfnisse konfrontiert.

Damit der Patient sich verändert, muss der Therapeut ihm die Botschaft übermitteln: „Nimm das Ruder (Deines Lebens) in die Hand!“ Dadurch wird auch die jahrelange Therapieabhängigkeit vermieden.

Man muss freundlich, aber bestimmt sagen: „Ich denke, wir haben dies genug diskutiert und interpretiert und Deine unbewussten Reaktionen ausreichend erklärt. Es ist jetzt Zeit, daß Du anfängst, einige von den Einsichten, die Du gewonnen hast, zu benutzen. Übersetzung: "Nimm Dein Ruder in die Hand" (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 52).

- Die psychische Zerbrechlichkeit der Patienten wird in hohem Maße überschätzt - von ihnen selbst und anderen. Negative Erlebnisse lösen keineswegs automatisch Neurosen und andere psychische Störungen aus. Frankl (1996), der selbst das Konzentrationslager Auschwitz überlebte, betont in seiner Logotherapie sogar „die Trotzmacht des Geistes“. Bereits in den 20er und 30er Jahren untersuchte er im Gegensatz zu der Psychoanalyse mit ihrer Überbetonung des Krankhaften das, was Menschen seelisch gesund erhält und stieß dabei darauf, dass ein sinnvoll erlebtes Leben wichtig ist. Er verglich die Daten depressiver Patienten und stellte fest, dass auch bei psychisch stabilen Frauen und Männern in deren Kindheitserinnerungen und Vorgeschichten "Wunden und Narben, Unebenheiten und Erziehungsfehler der Eltern und bei ihren Ahnen Depressionstendenzen vorkamen. Dennoch waren sie gesund geblieben“ (Lukas 1991, S. 85).
- Menschen sind leicht verstehbar, wenn man sich mit ihnen beschäftigt.
- Kurzfristiger Schmerz ist heilsamer als Nichtstun.
- Nichtsprache Signale sind wichtige Botschaften.
- Wenn der Patient von Therapeuten provoziert wird (humorvoll, mit geschärfter Wahrnehmung und innerhalb des Bezugsrahmen des Patienten, neigt der Patient dazu, sich in die entgegengesetzte Richtung zu bewegen und zwar genau entgegengesetzt der Definition, die der Therapeut von dem Patienten als Person gegeben hat. (s. Höfner & Schachtner, 1995, S. 113)
- Wenn der Patient provokativ von dem Therapeuten dazu gedrängt wird (humorvoll und mit großer Aufmerksamkeit), seine Selbstverteidigung fortzusetzen, (**Technik: "Bleib, wie Du bist"**) neigt der Patient dazu, positiveres Verhalten zu zeigen. Bietet der Therapeut genug absurde Erklärungen für das abweichende, pathologische Verhalten, wird der Patient sein Verhalten auf einfacherem Niveau erklären.

#### 4. Wachstumsbremsen

Höfner und Schachtner (1995, S. 148) beschreiben drei Wachstumsbremsen, die die persönliche Entwicklung verhindern:

- Feigheit
- Faulheit
- Eitelkeit

Deshalb ist mutiges, einsatzbereites und uneitles Verhalten notwendig, um den persönlichen Stillstand und eine eingeschränkte Lebensweise zu verhindern.

Der Patient, der sagt, dass er "nichts machen kann.", steht vor folgender Wahlmöglichkeit (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 52):

(1) Ich funktioniere nicht

(2) weil

(3) ich es nicht kann

(4) ich es nicht will

Wenn der Patient "Ich kann nicht" in den Vordergrund stellt, stimmt der provokative Therapeut, der sicher weiß, dass der Patient nicht **will**, dem humorvoll zu. Er benutzt z.B. die "Sündenbock-Technik" (Höfner & Schachtner, 1995), betont das Schicksal, die Erbanlagen, die verstorbene Urgroßmutter, das Wirken der Medien usw., um den Patienten zu provozieren, anzuerkennen, dass er nicht funktioniert, weil er nicht **will**.

Wenn der Patient (1) akzeptiert, so will er evtl. sein Verhalten sich selbst erklären, einen Grund finden, ein "weil" (2), das ihn fast unweigerlich nach (3) führt. Die Aufgabe des Therapeuten ist, ihn dazu zu bringen, zunächst (4) anzuerkennen, dann zu wählen und seine Freiheit zu behaupten. Niemand wird sie ihm geben" (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 53)

#### 5. Die Leuchtturmprinzipien

Höfner und Schachtner (1995, S. 76 f.) stellen drei „Leuchtturmprinzipien“ auf, die „ehernen Gesetze des zwischenmenschlichen Umgangs, die für ein befriedigendes Zusammenleben unerlässlich sind“:

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

Diese Einstellungen sind wichtig, weil nur so die „unverschämten“ provokativen Botschaften auf den Patienten wirken. Ohne die Leuchtturmprinzipien wäre Provokative Therapie ätzend, sarkastisch und zynisch und damit wirkungslos.

(c) Uwe Füllgrabe

## II Techniken der Provokativen Therapie

### 1. Umdeutung eines Sachverhalts (Reframing)

Die Umdeutung eines Ereignisses oder Verhaltens ist eine beliebte Technik verschiedener Therapiemethoden. Dies kann humorvoll geschehen, wie z.B. in der Provokativen Therapie oder durchaus ernsthaft, wie in folgendem Beispiel (Wippich, 1983, S. 204):

„Ein gutes Beispiel für diese Vorgehensweise gibt Leslie Cameron-Bandler aus ihrer Arbeit mit der Mutter einer Familie. Die Mutter war um ihre Familie sehr besorgt, jedoch nörgelte sie ständig an dem Sauberkeitsverhalten ihrer Angehörigen herum. Insbesondere störten sie die Fußstapfen auf dem Teppich. Leslie tat folgendes: Sie sagte: „Ich möchte, daß Sie ihre Augen schließen und sich Ihren Teppich vorstellen und daß Sie in Ihrer Vorstellung sehen, daß es nirgendwo einen einzigen Fußstapfen gibt. Er ist ganz sauber und flauschig - nirgendwo ist eine Spur zu sehen.“ Die Frau schloß ihre Augen, saß da und lächelte: sie war im 7. Himmel. Dann sagte Leslie: „Und Sie werden sich gewahr, daß das alles bedeutet, daß Sie vollständig allein sind. Und daß die Menschen, für die Sie sorgen und die Sie lieben, gar nicht mehr da sind.“ Der Gesichtsausdruck der Frau veränderte sich radikal, sie fühlte sich schrecklich. Da sagte Leslie: „Nun beginnen Sie hier und dort einen Fußabdruck hinzustellen, und schauen Sie sich diese Fußabdrücke ganz genau an, wohl wissend, daß die Menschen, um die Sie sich am meisten auf dieser Welt sorgen, ganz in der Nähe sind.“

„Prozesse des Reframing sind uralte. Sie finden sich in Anekdoten und Witzen wieder, in denen der Mensch auf verschiedenen Ebenen erreicht wird, wodurch eine plötzliche Erkenntnis, eine Einstellung oder Verhaltensänderung stattfinden kann. Je nachdem, mit welchem Ziel sie eingesetzt werden, können derartige Geschichten sehr überzeugend sein.

Das Umetikettieren kann auf einer Vielzahl von Ebenen und in zumindest zwei Formen geschehen. Gibt man einem zuvor als unerwünscht definierten Verhalten ein positives Etikett, so macht man es erwünscht. Gibt man einem vorher als erwünscht definierten Verhalten ein negatives Etikett, so heißt das, dass man es entweder als übermäßig oder übertrieben oder als dürftig und unangemessen hinstellt.

Typische Umetikettierungen sind z.B.: „Unnachgiebigkeit“ als „standhaft“ zu bezeichnen, „unreifes Verhalten“ als „Rührig erforscherisch“ oder „Feindseligkeit“ als „starke Betroffenheit“.

Weitere Beispiele für Umetikettierungen:

kontaktarm/ abgeschieden leben = sein eigenes Bewusstsein genau erforschen

auf Distanz gehen = sich um sich selbst kümmern

passiv sein = die Fähigkeit, Dinge so zu akzeptieren, wie sie sind

übertriebene Geselligkeit = seine Bekannten sorgfältig auswählen

unterwürfig sein = Autorität und Führung suchen, um sich selbst zu finden

gefühllos sein = sich vor Verletzungen schützen

verführerisch sein = auf andere Menschen anziehend und lebenswert wirken wollen

(c) Uwe Füllgrabe

umherirren = alle vorhandenen Möglichkeiten erforschen

überempfindlich = sehr lebendig, bewusst und intensiv auf andere Menschen eingestimmt sein

kontrollieren wollen = Struktur und Überblick in seine Umwelt bringen wollen

impulsiv sein = sich gehen lassen, spontan sein wollen

widerspenstig sein = seinen eigenen Weg im Leben suchen

sich selbst abwerten = sich die eigenen Fehler eingestehen

weinen = fähig sein, Gefühle, besonders schmerzhaft, auszudrücken

Diese Beispiele von Umetikettierungen besitzen alle einen positiven Beiklang und haben alle etwas Wahres an sich. Die positiven Etiketten sollen dem Klienten neue Möglichkeiten eröffnen, indem sie seiner bisherigen Haltung deutlich widersprechen. Durch derartige überraschende Umdeutungen werden Verblüffung und Überraschung erzeugt, was gerade in schwierigen und festgefahrenen Therapiesitzungen hilfreich sein kann.

Bei der Provokativen Therapie werden die Umdeutungen bis ins Absurde übertrieben:

- Alle Vorteile des problematischen Verhaltens werden aufgezählt und betont.
- Alle Vorteile eines neuen Verhaltens werden heruntergespielt.
- Alle Nachteile eines neuen Verhaltens werden aufgezählt und betont.
- Alle Nachteile des bisherigen Verhaltens werden heruntergespielt.

Dazu könnte man z.B. schildern, wozu das Problemverhalten gut sein könnte (sekundärer Krankheitsgewinn): welche Aufmerksamkeit er durch andere erhält usw. Welche absurden Verwendungsmöglichkeiten bietet das Problemverhalten? Was muss der Klient aufgeben, wenn er sein Verhalten ändert? Welche Anstrengungen würde das erfordern? Durch derartiges Herausarbeiten von Vor- und Nachteilen wird bewirkt: Die Realitäten werden in den Blickpunkt gerückt. Beim Klienten wird Widerstand gegen den derzeitigen Zustand hervorgerufen, und er wird herausgefordert (provoziert), sein Verhalten zu ändern. (Höfner & Schachtner, 1994).

Die Technik der überraschenden Umdeutung stellt eine einfache und recht wirksame Methode dar. Um sie an einem einfachen Beispiel zu verdeutlichen, möchte ich das häufige Problem ansprechen, dass Frauen sich darüber beklagten, dass sie häufig Streit mit ihrem Partner hätten. Ich habe in solchen Fällen mit der Bemerkung „Sei doch froh. Du hast eine lebendige Partnerschaft! Andere Männer reden überhaupt nicht mehr mit ihren Frauen!“ Verblüffung und eine gewisse Nachdenklichkeit ausgelöst. Denn damit hatte ich nicht die Reaktion gezeigt, die in solchen Fällen häufig kommt: Mitleid („Du hast ein schlimmes Schicksal“) oder mitfühlender Ärger („Die Männer sind eben alle schlecht!“). Bei einer derartigen Reaktion würde die Frau sich zwar verstanden fühlen, aber nicht dazu „provoziert“, aktiv ihre Partnerschaft selbst neu zu definieren und zu verändern.



Wenn man durch überraschende Umdeutungen die Situation humorvoll ad absurdum geführt hat, kann man dann von der humorvollen Atmosphäre in eine ernstere wechseln und die Realität ins Spiel zu bringen. Denn: „Manche Patienten brauchen aber nicht nur Verständnis, sondern sie müssen vor allem lernen, **andere** zu verstehen.“ (Höfner & Schachtner, 1995, S. 184).

## 2. Zukunftsszenarien

Der Therapeut schildert die Situation des Patienten in einigen Jahren. Dabei wird das Problem in überspitzter Form dramatisch dargestellt. Dadurch können z.B. Angst auslösende Gedanken mit größerem Abstand gesehen und relativiert werden. („Es kann nicht so schlimm sein, sonst würde der Therapeut es nicht so ausmalen.“) Man kann aber auch schildern, wie eine selbstschädigende Verhaltensweise immer größere Auswirkungen haben kann, welche Gefahren auftreten, wenn er wie bisher weitermacht.

Dazu folgendes Beispiel von Höfner und Schachtner (1995, S. 176):

„Einer jungen Frau von 22 Jahren zum Beispiel, die sich beklagte, dass sie sich völlig vergrabe und sich kaum noch in den Supermarkt um die Ecke traue, wird mit sanfter Stimme das Bild einer alten Jungfer beschrieben, die in einem altmodischen Raum in altmodischen Gewändern sitzt und stickt. Nur das Ticken der Uhr ist zu hören. Von draußen dringen vereinzelt Sonnenstrahlen durch die halb zugezogenen Vorhänge und spielen mit den Staubpartikeln. Ein zarter Duft von Vanille liegt in der Luft. Die alte Dame weiß nicht mehr, was draußen in der Welt vor sich geht, und das ist gut so, denn es würde sie nur erschrecken. Einmal täglich kommt eine vertraute Person und bringt ihr etwas zu essen, ansonsten stört nichts dieses Idyll. Alles geht so seinen geregelten Gang, jahraus, jahrein, ohne Angst vor Überraschungen, denn es gibt keine mehr.

Die ausführliche Beschreibung dieser Zukunftsvision hatte durchschlagende Folgen. Die Klientin lacht zwar über das Bild, war aber gleichzeitig so betroffen und entsetzt, dass sie sofort beschloss, wieder unter Menschen zu gehen und dies auch ohne Probleme bewerkstelligte.“

## 3. Sündenbocktechnik

Winzenried (1992) beschrieb die Verharmlosungs- und Entschuldigungsstrategien eines Serienmörders:

„Auffallend war auch das eifrige Bestreben von F., die von ihm zugestandenen Tötungen herabzuspielen und zu verharmlosen oder zumindest die Schuld an diesen Tötungen zu verteilen. So waren die Kinder in seinen Augen an ihrem Tode selber schuld, weil sie sich bei seinen Annäherungen falsch verhalten hatten, oder die Schuld lag bei Passanten, die im falschen Augenblick aufgetaucht waren. F. wollte nach seinen eigenen Aussagen nie ein Kind töten, sondern wurde durch die vorgenannten äußeren Umstände zu den Taten fast eigentlich gezwungen. Ein klares Reuegefühl für das, was er getan hatte, war bei F. kaum jemals zu erkennen, und wenn schon, dann bedauerte er mehr sich selber als seine Opfer oder deren Angehörige.“

F. beteuerte immer wieder, „er habe die Kinder in keinem Fall töten, sondern lediglich am Schreien hindern wollen. Außerdem sei er durch herannahende Passanten zu seinen Taten geradezu gezwungen worden. Er machte die Gesellschaft indirekt für seine Taten verantwortlich, indem sie zugelassen habe, daß er eine derart unfreundliche Kindheit und Jugendzeit verlebt hatte. Selbst den Justizbehörden, die ihn ein Jahr zuvor

(c) Uwe Füllgrabe

wegen seines Tötungsdeliktes verurteilt hatte, wies F. die Schuld einen Teil zu, hatten sie es doch unterlassen, ihn nach erfolgter Entlassung aus dem Strafvollzug richtig zu heilen oder zumindest zu betreuen.“ (S. 815). Nachdem er also nichts selbst dazu getan hatte, seine Morde zu vermeiden (etwa eine Therapie zu beginnen) oder eine enge Beziehung zu einer Frau aufzubauen, wozu er durchaus Gelegenheit gehabt hätte (s. S. 813), macht er die Gesellschaft, die Behörden u. a. für sein Verhalten verantwortlich. Vermutlich hätte er sich aber nach seiner ersten Haftentlassung dagegen gewehrt, zwangsweise einer Therapie unterzogen zu werden.

Die Argumentationen dieses Täters bieten sich geradezu für eine spezifische Technik der Provokativen Therapie an. Bei der **Sündenbocktechnik** werden die Beschuldigungen, die der Klient anführt, vom Therapeuten weiter bis zum Absurden ausgeschmückt. Dadurch wird dem Klienten deutlich, wie wenig Sinn seine Argumentation ergibt. Beschuldigt er sich selbst, könnte man noch eine Liste mit weiteren Ereignissen erfinden, an denen er auch schuld ist (z.B. dem Wetter). Beschuldigt er äußere Ursachen für sein Problem, so könnte man als äußere Sündenböcke aufführen: Erbanlagen, das Wetter, seine verstorbene Urgroßmutter, die Mafia usw.

Die Wirkung einer derartigen überspitzten Formulierung möchte ich an einem Dialog aus einem Spielfilm illustrieren, den ich verändert und auf das Thema Therapie zugeschnitten habe.

*Klient:* „An meinem Missgeschick sind die Passanten schuld.“

*Therapeut:* „Ja, die Passanten und Napoleon!“

*Klient:* „Wieso Napoleon?“

*Therapeut:* „Wieso die Passanten?“

Natürlich ergeben sich sinnvolle Dialoge dieses Typs aus einem konkreten Gespräch. Ich wollte mit diesem Beispiel aufzeigen, dass man durch solche Formulierungen (gemäß der Sündenbocktechnik) zu einem sachorientierten Gespräch kommen könnte, in dem der Klient nicht mehr seine Verantwortlichkeit für seine Taten auf andere abwälzt.

### III Provokation und der „gute Draht“ zum Klienten

#### 1. Warum wirkt die Provokation?

Warum kommen ca. 95 % der Patienten nach dem ersten Interview trotz der Provokation wieder? Farrelly und Brandsma (1986, S. 177) geben dafür folgende Erklärungen:

##### 1. „Etwas passiert hier und zwar schnell“

Nach 170 Gesprächen mit einer traditionellen Therapiemethode provozierte Farrelly plötzlich einen Patienten aus seinem depressiven Zustand heraus.

Dieser kommentierte die Benutzung des provokativen Stils: „Jetzt behandeln Sie mich eher als einen erwachsenen Menschen und nicht als einen zerbrechlichen, hilflosen Patienten, wie Sie es taten, als ich Sie zuerst konsultierte. Sie haben die Glacéhandschuhe weggelegt, und obwohl es sich in mancher Hinsicht nicht gut anfühlt, bewirkt es andererseits, daß ich mich eher wie ein Mann und Ihnen fast gleich fühle“ (S. 177).

## **2. Patienten wollen Feedback**

Sie wollen wissen, was der andere, der Therapeut, wirklich denkt!

## **3. Kontrolle / Respekt**

„Ich habe herausgefunden, daß ich die anderen Therapeuten um den kleinen Finger wickeln, sie leicht verwirren und beschämen konnte. Sie kann ich nicht einschüchtern - und das ist gut.“

„Sie und Hank (= Freund der Patienten) sind die einzigen Menschen, die ich gefunden habe, die ich nicht dazu bringen kann, durch Reifen zu springen“ (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 178)

## **4. Der Patient fühlt sich verstanden.**

Durch Provokation, durch das Parodieren des „Schicksal und Trübsinn“ verschafft sich der Therapeut, ein objektives Wissen über den Patienten zu bekommen, wie er normalerweise von seinen Bezugspersonen wahrgenommen wird: „Sie sagen genau das, wie ich selbst über mich denke und fühle.“

## **5. Humor**

Die Interaktion ist lebendig. Der Patient lernt - auch der Therapeut! - „den kraftvollen Prozeß im zwischenmenschlichen Austausch zu spüren“ (S. 189).

## **6. Der Kampfaspekt des Gesprächs**

Einige Patienten scheinen sich nach einem Kampf zu sehnen, das Gegenstück zu „einer Wasserschlacht, bei der sie weder die sozialen Vorzüge in ihrer Wortwahl beobachten, noch dafür kämpfen müssen, ein Kampf, in dem ihnen die Freiheit gegeben ist, wirklich widerwärtig und streitsüchtig zu sein. Andere Patienten zeigen den Wunsch, es mit dem Therapeuten witzig, taktisch und strategisch aufzunehmen“ (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 180).

## **7. Der Patient findet - manchmal mit gemischten Gefühlen - den Therapeuten sympathisch.**

Trotz oder gerade wegen der oft derben Sprache Farrellys löst er Sympathie aus. Ein Patient drückt diese Wirkung von Farrellys Verhalten so anschaulich aus, dass es am Ende des Buches der amerikanischen Ausgabe bei der Vorstellung der beiden Autoren, von Farrelly und Brandsma (1974, p. 197), zur Charakterisierung verwandt wurde: „Ich meine, dass Sie die freundlichste, verständnisvollste, warmherzigste, akzeptierendste Person sind, die ich in meinem ganzen Leben getroffen habe, eingewickelt in den größten Hurensohn, den ich je getroffen habe. (Therapeut und Klient lachen zusammen über diese Bemerkung)“

## **2. Provokation statt psychologischer Distanz**

Menschen wünschen zumeist mit Wertschätzung behandelt zu werden, als Individuen mit bestimmten Werten und als Objekt von Zuneigung und Fürsorge wahrgenommen zu werden.

Deshalb kann auch eine distanzierte Sprech- und Verhaltensweise als Mangel an Interesse am Wohlergehen des Gesprächspartners gedeutet werden. Gibb (1961) weist in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf die „klinisch-distanzierte“ Einstellung von Ärzten und Psychotherapeuten hin: „Die Person ist ein Studienobjekt“. Eine damit verbundene Sprechweise mit wenig Gefühlsausdruck, die wenig Wärme oder Fürsorglichkeit ausdrückt, steht in einem solchen Kontrast mit der gefühlsreichen Sprache in sozialen Situationen, dass sie gelegentlich sogar Ablehnung ausdrückt.

Im Gegensatz dazu ist eine Kommunikation, die Einfühlung hinsichtlich der Gefühle und Hochachtung für den Wert eines Zuhörers mitteilt, besonders unterstützend und frei von Verteidigung auslösenden Elementen. Beruhigung wird dadurch ausgelöst, dass der Sprecher sich mit den Problemen des Zuhörers identifiziert, seine Gefühle teilt, seine gefühlsmäßigen Reaktionen ohne Deutung akzeptiert.

Versuche, die Legitimität der Gefühle des Gesprächspartners zu leugnen, indem man ihm versichert, dass er sich nicht schlecht zu fühlen braucht, dass er sich nicht zurückgewiesen fühlen sollte oder dass er übermäßig ängstlich sei, sind oft wohl als Beruhigung gedacht. Doch sie werden nicht selten das Gegenteil bewirken und beim Gesprächspartner den Eindruck auslösen, dass man ihn und seine Probleme nicht ernst nimmt, dass das nur oberflächliche Floskeln sind, die man berufsbedingt gegenüber jedem Menschen abspult. Dann wird eine solche Reaktion ausgelöst, wie sie eine Psychologiestudentin gegenüber einer nichtdirekten Therapeutin empfand: „Und da dachte ich: Aber was denkt sie wirklich?“

Bevor Farrelly die provokative Therapie und die Bedeutung des Humors für die Therapie entdeckte, sagte er den Patienten gewöhnlich ehrlich „Ich mag Sie, ich Sorge mich um Sie“ oder „Du hast einen Wert als Mensch und Würde.“ (Wippich u. Derra-Wippich 1991, S. 41) „Aber ich mußte feststellen, daß sie über diese Aussagen oft mit folgenden Sätzen hinweggingen: „Sie sind trainiert worden, uns zu mögen.“ Oder: „Ich glaube das nicht.“ Oder: „Sie mögen alle Arten von Menschen, deshalb zählt das in Wirklichkeit nicht, daß Sie mich mögen.“ Oder: „Sie werden für den Umstand, daß sie versuchen, mich zu verstehen und zu mögen, bezahlt.“ Trotz meiner Proteste und den positiven Gefühlen den Patienten gegenüber war da meist eine unglaubliche Kluft: sie fanden meine Einstellung ungläubwürdig. Als ich aber in der provokativen Therapie damit anfang, ihnen zu sagen: „Ich kann Sie nicht ausstehen“ (Farrelly und Brandsma 1986, S. 135) oder „... ich kann es kaum ertragen, mich im selben Raum wie Du aufzuhalten. Wenn ich nicht vom Staat ausgebildet und bezahlt würde, würde ich das nicht tun.“ (Wippich u. Derra-Wippich 1991, S. 42), bekam ich die überraschende Reaktion zu hören: „Nein ich weiß, daß Sie mich wirklich mögen.“ (S. 135). Oder sie brachen in Lachen aus und sagten: „Ich weiß, Du magst mich.“ (Wippich u. Derra-Wippich 1991, S. 42).

Eine aggressive Schizophrene mit starken Wahnvorstellungen drückte es so aus: „Es kümmert mich gar nicht, was Du sagst, Frank. Ich weiß, Du magst mich“ (Wippich u. Derra-Wippich 1991, S. 32).

Derartige Reaktionen sind verständlich weil Farrelly durch seine nichtsprachlichen Signale (nahe sitzen, gelegentlich leichte Körperberührungen), das sofortige mimische und sprachliche Reagieren auf den anderen diesem signalisiert, dass er ihm psychologisch nahe ist, auf ihn eingeht, sich mit ihm beschäftigt, keine gefühlsmäßige Distanz aufkommen lässt. Dies ist wichtig. Denn: Nicht nur mit offenen beleidigenden Worten oder Gesten kann man einen Menschen vor den Kopf stoßen, sondern auch durch eine zu förmliche, distanzierte „kalte“ Haltung. Dies kann auch unbemerkt durch nichtsprachliche Signale geschehen, etwa durch eine zu große räumliche Distanz, Körperorientierung von der Person weg („man zeigt ihr die kalte Schulter“) u. Ä. Dadurch fühlt sich die Person nicht als Mensch gewürdigt, aber auch dann nicht, wenn kein Verständnis für

ihre Probleme gezeigt wird. Die Person hat dann leicht den Eindruck, gegen eine Wand zu reden.

Damit wird auch verständlich, warum paradoxerweise die provozierenden und zum Teil sehr harten Formulierungen von Farrelly positiv und nicht negativ wirken. Der Kommunikationsforscher Gibb (1961) hat nämlich bei der Beobachtung von Gesprächsrunden festgestellt, dass es ein Zuhörer als vertrauensvolles Gesprächsklima ansieht, wenn der Sprecher spontan und nicht manipulativ ist, wenn er offen ist, ihn als gleichrangig betrachtet. Dann werden auch Bewertungen der eigenen Person nicht negativ empfunden, unter Umständen noch nicht einmal wahrgenommen. Mit anderen Worten: Gibb (1961) stellte fest, dass man auch „harte“ Worte vertragen kann, wenn man sie von jemand hört, der durch Echtheit eine vertrauensvolle Kommunikation aufgebaut hat.

Hier wird also der wichtige Faktor der Echtheit des Denkens, Fühlens und Verhaltens einer Person (Kongruenz) angesprochen, der entscheidend für das Gelingen einer Kommunikation und Therapie ist. Wippich (Wippich & Wippich, 1991, S. 328) schreibt dazu aus seiner eigenen Erfahrung: „In der erzieherischen Arbeit mit jugendlichen Delinquenten und anderen jungen Männern im Hause meines Vaters war es das hauptsächlichste Ziel, kongruent zu sein. Diese Jugendlichen haben nur dem getraut, der kongruent war. Ich mußte das sehr früh lernen. Als ich zuerst Farrelly sah, entwickelte sich tief in meinem Unbewußten heraus ein sehr starkes Gefühl, aus dem dann die folgenden Worte ganz plötzlich in meinen Kopf stiegen: „Dieser Mann ist wirklich kongruent.“

In einer derartig intensiven und echten zwischenmenschlichen Begegnung und einer freundlichen angstfreien Atmosphäre kann man als „des Teufels Advokat“ auch Dinge sagen, die in einer anderen Atmosphäre wohl negative Reaktionen auslösen würden. Einer Patientin, die unter Panikattacken litt, sagte er innerhalb einer Therapiesitzung anlässlich eines Workshops (sinngemäß): „Es muss auch Menschen wie Sie geben. Wenn es keine Patienten mit Panikattacken gäbe, wären viele Ärzte arbeitslos, viele Psychologen könnten ihre Familien nicht ernähren usw.“ Derartige - gewissermaßen mit einem Augenzwinkern gemachte - Äußerungen verfehlten ihre Wirkung nicht. Farrelly hatte kein einziges Mal ihr Trost zugesprochen, ihr Problem bagatellisiert, ihr versprochen, es würde irgendwann besser o. Ä. Er hatte aber auf jede ihrer Bemerkungen sofort sprachlich und nichtsprachlich reagiert. Er hatte sich intensiv mit ihr als Mensch auseinandergesetzt. Deshalb ist es auch nicht so erstaunlich, dass die Therapeutin dieser Patientin ein Jahr nach dieser Therapiesitzung folgende Äußerung ihrer Patientin berichtete: „Farrelly war der erste, der mich ernst nahm“ - also nicht die vielen Ärzte, Professoren usw. davor, und das, obwohl er lediglich seinen provokativen Humor eingesetzt hatte! Aber gerade der Humor ist ein wichtiger bindungstiftender Faktor. Crabtree weist (1991) z.B. bei Freundschaften und Ehepaaren darauf hin: „Das Paar, das zusammen lacht, bleibt auch zusammen“ und „Wenn Du eine humorvolle Vorstellung von der Welt hast, wirst Du gewinnen“ (p. 173). Ohne auf die Provokative Therapie einzugehen, beschreibt Crabtree (1991, p. 175) das Erfolgsrezept der Provokativen Therapie „Wenn Du etwas, was Du sagst, in Humor verpackst, ist es möglich, einige sehr ernste Punkte anzusprechen. Humor bewahrt uns davor, selbstorientiert, einseitig fanatisch zu werden. Neurotiker und Machtsüchtige haben wenig Sinn für Humor.“

### 3. Sprachebenen der Provokativen Therapie

Provokative Therapie beinhaltet Bausteine, die in anderen Therapieformen nicht in dieser Form vorkommen bzw. nicht genügend betont werden. Beispielsweise ist ein ganzes Kapitel des Buches von Farrelly und Brandsma (1986) der Bedeutung der Sprachebene gewidmet:

„Es ist eine Binsenwahrheit, aber keine ganz einfache, daß man ihre Sprache sprechen muß, um wirkungsvoll mit Menschen reden zu können“ (S. 159).

Deshalb haben sich in der Provokativen Therapie vier verschiedene Arten von Sprachen entwickelt:

- der berufliche Jargon: „geschraubt, vieldeutig, tiefsinnig und meistens ängstlich.“ (Farrelly und Brandsma 1986, S. 161)
- die religiös-moralische Sprache: „elternhaft, eindrücklich, autoritär, Schwarz-Weiß-Unterscheidungen
- die Körpersprache: Position, Haltung, Gestik, Mimik, Berührung des Gegenübers
- die „Gossensprache“ oder „die Umkleideraumsprache“, wie man im Alltag häufig spricht: gefühlsbeladen, fluchend, dabei derbe Ausdrücke benutzend u. ä.

Die Provokative Therapie betont - und darin wird sie von keiner anderen Therapie übertroffen - ausdrücklich die ungeheure Wichtigkeit des „guten Drahtes“ zum Klienten. Farrelly betont deshalb in seinen Seminaren immer wieder folgendes Therapeutenverhalten: „carefully, warmly, gently, slowly.“ Aber gerade deshalb kann er dem Gesprächspartner Dinge an den Kopf werfen und derbe Formulierungen benutzen, die in einer anderen Atmosphäre verletzend wirken können. Und durch die Benutzung der „Sprache des Umkleideraumes“ durchbricht er die kommunikationshemmenden Floskeln, Beschönigungen, Euphemismen, die häufig in der Hochsprache zu finden sind.

Folgendes Beispiel zeigt auf, wie er mit dieser Sprache einer Technik der P.T. **Zukunftsszenarien** (die Konsequenzen seines Handelns in der Zukunft aufzuzeigen) einsetzt, durch die er den Klienten auf die soziale Realität hinweist (Farrelly & Brandsma, 1984, S. 96).

*Therapeut: (lakonisch): Schau, Du Dummkopf, hier stimmt die Kommunikation nicht. Du verlangst, daß Deine Familie, das Team, die Polizei und die Gerichte Deine Gefühle verstehen. Gut, aber falls Du Dich nicht auf Deine eigenen Hinterbeine stellst und anfängst, sie zu verstehen und ihre Bedürfnisse wahrzunehmen, wirst Du eine Laufbahn in der Psychiatrie machen, und dann werden sie Dich als häßlichen Affen behandeln und Dich Esel wie einen Hamburger durchkauen. Klar?*

*Klient: (Pause, gebeugter Kopf, fast unhörbar): Ja.*

*Therapeut: (seinen verdrießlichen Ton imitierend): Zum ... (lacht) ja. Was? Was ziehst Du daraus für Schlüsse?*

*Klient: (mit einem Anflug widerwilliger Resignation): Du meinst, wenn ich nicht anfangen, darauf zu achten, was sie von mir wollen, dann werde ich nicht bekommen, was ich von ihnen will?*

*Therapeut: (begräufend): Richtig, Dummkopf, und das ist der Lauf der Dinge in dieser Welt, Freundin! Erst gehst Du auf die Bedürfnisse von einigen anderen Menschen ein, und dann fangen sie an, Dich zu verstehen und möglicherweise einige Deiner Wünsche zu erfüllen.*

Diese Kommunikation - wohlgermt in einer vorher aufgebauten vertrauensvollen Atmosphäre - entspricht wohl kaum der Art und Weise des Sprechens der traditionellen Therapieformen. Aber: Wenn ein Therapeut nicht die Sprache seines Klienten spricht, dringt er nicht zu ihm durch, er bewirkt nichts. Der Therapeut mag noch so wohlmeinend sein; aber es ist wie bei einem Rundfunksender, der ein kulturell hochstehendes Programm sendet: Da niemand diese Sendung empfängt, geht die Botschaft ins Nichts! Das kann z.B. der Fall sein, wenn

- ein Therapeut dem Patienten sein theoretisches Modell aufdrücken will, was z.B. häufig das Problem bei der Psychoanalyse ist (s. Füllgrabe, 1997).
- ein Therapeut aus der Mittel- oder Oberschicht seine Gedanken einer Frau aus der Unterschicht vermitteln will.
- ein mit abstrakten Theorien überfrachteter Berufsanfänger als Psychiater oder Psychologe frisch von der Universität kommt und mit einem „ausgekochten“ Strafgefangenen mit langjähriger „krimineller Karriere“ redet. Er versteht dessen wahren Gefühle und Gedanken nicht.

Oder, noch schlimmer, der Therapeut wird nicht ernst genommen oder sogar „über den Tisch gezogen“, z.B. dadurch, dass er dem Psychiater oder Psychologen erfolgreich vorspielt, er sei „geheilt“, „ein besserer Mensch geworden“ usw.

Deshalb hat derjenige, der die wesentlichsten Pfeiler der Provokativen Therapie berücksichtigt

- Echtheit
- Humor
- die Sprachebene des anderen betreten, mehr Erfolg.

Dazu ein Beispiel von Farrelly:

„1959 hatte ich Gelegenheit mit einem Patienten zu arbeiten, der durch einen Gerichtsbeschluss eingewiesen war und als gefährlich galt. Ich hatte eine ausführliche Sozialanamnese von seiner Familie aufgenommen. Er wußte, daß ich seine Frau und Mutter gesprochen hatte und meine Befunde noch in derselben Woche dem diagnostischen Team vorlegen würde. Mit dem Psychiater und dem Psychologen hatte er bereits gesprochen, und jetzt wollte er mich sehen. In einer gut ausgedachten und geordneten Art sprach er 20 Minuten darüber daß er Zeit zum Nachdenken gehabt habe, seitdem er im Krankenhaus war. Er habe eingesehen, was für einen Mist er aus seinem Leben gemacht habe. Er sei sich dessen bewußt, daß er und seine Frau eine Eheberatung bräuchten, die er nach seiner Entlassung anstreben wolle. Darüber hinaus sehe er auch ein, daß er berufliche Bildung nötig hätte, um einige gefragte berufliche Fertigkeiten zu lernen usw.

Während dieses Vortrags saß ich da und hörte zu; am Ende fragte er mich: „Nun, Herr Farrelly, was denken Sie über meinen Fall?“ In diesem Augenblick sah ich vor meinem inneren Auge, wie auf eine Tafel geschrieben: „Da ich mit diesem Patienten keine Therapie machen werde, kann ich es mir leisten, ehrlich mit ihm zu sein.“ Als ich diesen Satz „las“, zuckte ich zusammen, aber, um Zeit zu gewinnen, fragte ich den Patienten: „Wollen Sie wirklich wissen, was ich denke?“ Der Patient nickte ernst und ehrlich und

sagte: „Ja, deshalb frage ich.“ Ich atmete tief ein und meinte: „Nun, ich denke, das ist der glatteste Betrug, den ich mir je angehört habe.“ Sich vorlehnend zischte er mit wütendem Gesichtsausdruck: „Am liebsten würde ich Ihnen sagen: Leck mich, aufstehen und hier rausgehen.“ Worauf ich antwortet: „Gut, warum tun Sie es denn nicht?“ „Weil ich an Sie rankommen will“, brüllte er. Danach veränderte sich sein Verhalten total. Mehr als eine halbe Stunde sprach er in gebrochenen Sätzen, sprang von einem Punkt zum anderen, zeigte primitive Wutausbrüche, die kaum kontrollierbar erschienen, veränderte deutlich den Ton seiner Stimme, das Sprechtempo und auch die Wahl seiner Worte. Er schien Angst zu haben, er könne „den Verstand verlieren“. Mit einem Wort, es gab einen deutlichen Kontrast zwischen der ersten und zweiten Hälfte des Gesprächs, und der zweite Teil stand unter dem unmißverständlichen Eindruck der Authentizität.

Ich erklärte ihm, daß ich innerhalb des Krankenhausareals zu einem anderen Gebäude hinüber müßte. Während wir mit dem Auto zu dem anderen Gebäude fuhren, fragte er mich: „Werde ich dem Gericht zur Verurteilung übergeben oder freigelassen?“ Ich antwortet: „Ich weiß es nicht, aber sobald ich es herausgefunden habe, nach der Sitzung des Diagnostikteams, werden Sie der erste sein, der es erfährt.“ Er fuhr fort: „Wenn ich hier rauskomme, darf ich zu einer Therapie zu Ihnen zurückkommen?“ „Warum?“ fragte ich. Er rieb nachdenklich den Autositz neben seinem Bein und antwortete sanft: „Nun, ich bin an Psychologie interessiert ...“ Irritiert erwiderte ich: „Laß' die Blumen - warum bei mir?“ Er machte eine Pause und sagte dann in einem unterwürfigen Ton: „Ich werde es Ihnen mit meinen Worten sagen:“ „Schieß' los“ antworte ich. „Weil Sie mir keinen Scheißdreck erzählen.“

Durch die Konfrontation und die „emotionale Ehrlichkeit“ mit diesem Patienten konnte ich also in einer Stunde mehr gegenseitiges Vertrauen herstellen als in monatelangen psychotherapeutischen Gesprächen mit anderen Patienten“ (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 18 f).

Die beiden Beispiele zeigen auf, dass Farrelly sehr geschickt das Auftreten „defensiver Kommunikation“ im Sinne von Gibb (1961) vermieden hat. Der Patient „mauert nicht“, er verteidigt nicht sein Selbstbild, sondern hört Farrelly genau zu, reagiert auf ihn, ist in eine aktive lebendige vertrauensvolle Kommunikation mit Farrelly eingetreten. Gerade dadurch, dass in diesen Beispielen Farrelly die Elemente „Echtheit“ und „Verständnis“/„psychologische Nähe“ benutzte, die Gibb (1961) als wichtige Bestandteile und Voraussetzungen einer vertrauensvollen Atmosphäre sieht, konnte Farrelly seine Gedanken erfolgreich vermitteln. Die Benutzung der „Sprache des Umkleideraumes“ ist besonders gut geeignet, psychologische Nähe zu bewirken und dem Klienten zu zeigen: „Er spricht meine Sprache, er versteht mich.“ Denn Gibb (1961) beobachtete, dass die klinisch-distanzierte Haltung und Sprache von Therapeuten geringe Einfühlung ausdrücken, den Eindruck auslösen „Der Therapeut versteht mich nicht“ und eine defensive ablehnende Reaktion des Klienten.

Dass Farrelly seine oben zitierten Klienten mit „Dummkopf“ ansprach (Farrelly kann sich in einer vertrauensvollen Kommunikation so etwas erlauben; es ist aber keineswegs allgemein empfehlenswert) steht übrigens keineswegs im Widerspruch zu Gibb (1961), sondern wird durch dessen Untersuchungen sogar gestützt. Obwohl Gibb (1961) als ersten Punkt einer konfliktreichen Kommunikation die Bewertung der Person (bis hin zur Beleidigung) genannt hat, betont er ausdrücklich, dass diese mögliche Störquelle der Kommunikation unter bestimmten Voraussetzungen überhaupt nicht bedeutsam wird. Wenn z.B. der Zuhörer erkennt, daß der Sprecher ihn als gleichrangig betrachtet und



offen und spontan ist, wird eine Bewertung der eigenen Person neutralisiert und, worauf Gibb hinweist - vielleicht noch nicht einmal wahrgenommen.

Dass Farrellys Sprechweise für viele Menschen ungewöhnlich klingt, liegt daran, dass man die distanzierte, problemverschleiende und konfliktmeidende vorsichtige Sprache des Alltags gewohnt ist. Doch Farrelly besitzt eine wichtige Fähigkeit, die man durch ein Universitätsstudium nicht erwirbt: Er ist „**streetwise**“ (Farrelly selbst benutzt den Begriff „streetsmart“). Dieser Begriff, der in neueren Lexika mit „clever“ übersetzt wird, stammt eigentlich aus der Welt der Slums amerikanischer Großstädte: Wer „streetwise“ ist, weiß, wie die dort lebenden Menschen denken, sprechen und handeln; eine erweiterte Begriffsdefinition bezieht sich auf die Jugendgangs, die Kriminellen, wie diese denken, deren Tricks oder z.B. die Bedeutung von Gesten und Zeichen (z. B. „Gauernerzinken“ = Markierungen mit Kreide oder Farben, um anderen Eingeweihten zu signalisieren, ob man dort mit Betteln Erfolg haben kann oder nicht).

Wenn man also erkennt, dass der andere die gleiche Sprache spricht, die gleichen Tricks kennt usw., der Therapeut also kein „weltfremder Theoretiker“ ist, sondern „streetwise“, entsteht das Gefühl der Vertrautheit, der Therapeut wird nicht als „fremd“ angesehen. Und selbst wenn das Eingehen auf das eigene Sprachniveau, die eigenen Denkweisen und Wertvorstellungen einem nur „mürrischen Respekt“ bewirkt, ist hier schon eine wichtige Grundlage für eine vertrauensvolle, erfolgreiche Kommunikation gelegt.

#### 4. Die Bandbreite therapeutischen Verhaltens

Typische Reaktionen beim ersten Kontakt mit provokativer Therapie sind: „Gut, Sie können diese Art der Therapie machen, weil Sie der Typ von Mensch dafür sind; ich kann nicht so aus mir herausgehen und Patienten so konfrontieren oder ihr pathologisches oder abweichendes Verhalten attackieren - und sei es im Spaß - oder über ihn witzeln. Ich bin nicht der Mann dafür“ (Farrelly und Brandsma 1986, S. 87).

Dies zeigt auf, dass es durchaus unterschiedliches angemessenes Therapeutenverhalten geben kann. Ähnlich hörte Elisabeth Lukas (1994, S. 210) bezüglich Logotherapie: „Liebe Frau Kollegin, von der Logotherapie halte ich nichts, aber daß so mancher Patient Ihnen zuliebe seine Symptome aufgibt, das glaube ich schon.“ Was dieser Kritiker in seiner Polemik übersah, war nicht nur, daß der (neurotische) Patient die Freiheit hat, seine Symptome aufzugeben, wofür und aus welcher Motivation immer.“ Er übersah auch, daß es doch nicht primär von der Persönlichkeit des Therapeuten abhängt, ob der Patient sich ändert, sondern von dessen Veränderungswillen.

Man kann Therapie durchaus auf unterschiedliche Art erfolgreich gestalten, man könnte auch durchaus mit unterschiedlichem Stil Provokative Therapie betreiben. Entscheidend ist aber, dass man mit dem Patienten in eine vertrauensvolle Kommunikation eintritt! Vergleicht man nun die beiden genannten Therapeuten, so findet man Verhaltensweisen, wie sie vermutlich nicht extremer sein können: das ruhige Gespräch von Elisabeth Lukas und die sehr gefühlsintensive, bisweilen derbe Kommunikation von Frank Farrelly. Besonders deutlich wird das bei dem existentiellen Problem des Sterbens. Wo z.B. ein Logotherapeut ruhig und eindringlich über den Sinn des Leidens usw. Sprechen würde (s. z. B. Lukas, 1991, S. 93 f., 218 f.) und so Trost spenden würde und den Seelenfrieden wiederherstellen würde, könnte der provokative Therapeut neben ernstesten Gedanken **auch** Humor einsetzen. (s. z. B. Lukas, 1994, S. 93 f., S. 218 f.) Bei einem Gespräch mit einer Frau, deren Vater im Sterben lag, benutzte Farrelly das gleiche Bei-

spiel aus seinem Leben, wie es Crabtree in seinem Artikel über Humor erwähnte. Als dessen Vater im Sterben lag, sagte dieser: „Die Dinge könnten schlechter sein“, und er lachte. Er sagte das immer, wenn die Dinge schlecht liefen. Er hatte Angst, war aber nicht besiegt. Manche Menschen werden es niemals“ (Crabtree, 1991, S. 175).

Ich zitiere Crabtree deshalb, um zu zeigen, dass auch bei derartigen extremen Situationen, die bei anderen Menschen Peinlichkeit oder Unsicherheit hinsichtlich des richtigen Ansprechens auslösen würde, Humor neben nachdenklichen Gedankengängen eine Rolle spielen kann. Der Vater der Logotherapie, Frankl, der auch Humor einsetzt, z. B. bei der „paradoxen Intention“ würde Crabtrees Formulierungen sogar als typisches Beispiel seiner These von der „Trotzmacht des Geistes“ ansehen: dem würdevollen Verhalten sogar oder gerade in Extremsituationen.

Die Tatsache, dass die Frau einen Tag später, als ihr Vater gestorben war, Farrelly in einem Brief ausdrücklich für das Gespräch - in dem **auch** gelacht wurde - dankte und ihm mitteilte, dass er ihr sehr geholfen habe, zeigt, dass sein Vorgehen durchaus angemessen war.

Die Tatsache, dass Farrelly erfolgreich mit Personen umgehen kann, die schon sechs oder mehr Therapeuten erlebten, zeigt, dass diese keinen „guten Draht“ zu den Patienten entwickelten. Ein Patient war Farrelly von jemand überwiesen worden, der sagte: „Versuch Farrelly - er ist ungehobelt wie ein Klotz - aber er könnte Dir helfen“ (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 101).

Dies zeigt, dass man an viele Patienten mit einer vorsichtigen, distanzierten (und damit distanzierenden) Art nicht herankommt, sondern dass es darauf ankommt, mit ihnen in eine intensive, lebendige Interaktion einzutreten. Und dazu gehört z.B. auch eine Flexibilität der Sprache, dass man die jeweilige Sprachebene des Patienten trifft.

Denn der provokative Therapeut verspottet nicht nur die Ideen und Verhaltensweisen des Patienten, sondern auch seine eigene Rolle und „professionelle Würde“. (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 137 - 138). Dann kann die Wahrheit auch eher akzeptiert werden - zumal, wenn sie im Spaß versteckt ist.

#### **IV Wie erfolgreich ist die Provokative Therapie?**

Wie bei vielen anderen Psychotherapien fehlen bei der Provokativen Therapie systematische Studien über den Therapieerfolg. Zwar berichten Personen schon nach einem Gespräch mit Frank Farrelly von einem Therapieerfolg, und die Kriterien, die sie mir über ihre Besserung berichteten, waren sehr konkret und scheinen mir glaubwürdig.

Beispielsweise sagte mir eine schwer Depressive einen Tag nach einer Therapiesitzung mit Frank Farrelly, dass sie sich besser fühle. Sie hielt dies für eine anhaltende Besserung, mit folgender Begründung: „Immer wenn ich früher einen Scheinerfolg erlebte, hatte ich am nächsten Tag wieder einen Rückfall.“ Ich beobachtete, dass diese Frau wieder herzlich lachen konnte.

Und ein Teilnehmer dieses Workshops bemerkte, dass sich offensichtlich die Körperhaltung der Frau veränderte, wodurch sie größer erschien als am Vortag.

Aber wie ist die langfristige Wirkung?

Da Frank Farrelly große Erfahrung im Umgang mit Schwerkriminellen hat, fragte ich ihn anlässlich eines Workshops im November 1996 in München nach seinen Erfahrungen. Er sieht die Erfolgsquote zwischen 70-80 % liegen, „konservativ geschätzt eher bei 70%.“ Er sieht kaum Einflussmöglichkeiten bei den Tätern, die nur noch durch wilde,

aggressive Kognitionen geleitet werden („mad dogs“). Aber bei anderen psychisch gestörten Tätern sieht er durchaus Erfolge. Nach 6 Wochen Konfrontation mit der Provokativen Therapie ist ihr Verhalten aggressionsärmer, sowohl in der Klinik als auch zuhause. Die Ehefrauen berichten, dass sie nicht mehr eine direkte Bedrohung darstellen. Sie haben gelernt, wie andere Menschen sich fühlen.

## Literatur

- Crabtree, T. (1991). You´ve gotta laugh. *Cosmopolitan* (UK), November 1991, S. 172-175.
- Farrelly, F. & Brandsma J. M. (1974). *Provocative Therapy*. Cupertino: Meta Publications.
- Frankl, V.E. (1996). *Der leidende Mensch: Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*. Bern: Hans Huber.
- Füllgrabe, U. (1997). *Kriminalpsychologie: Täter und Opfer im Spiel des Lebens*. Frankfurt: Edition Wötzel.
- Gibb, J. (1961). Defensive communication. *Journal of Communication*, Vol. 11, Nr. 3, September 1961, S. 141 -148.
- Höfner, E & Schachtner, U. (1995). *Das wäre doch gelacht*. Reinbek: Rowohlt.
- Lazarus, A. A. (1981) *The basic Id*. New York: Mc Graw Hill.
- Lukas , E. (1991). *Die magische Frage "wozu?"*. Freiburg: Herder.
- Lukas, E. (1992). *Höhenpsychologie*. Freiburg: Herder.
- Lukas, E. (1997). *Auch dein Leiden hat Sinn*. Freiburg: Herder.
- McAdams, D. P. (1996). *Das bin ich*. Hamburg: Kabel.
- Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook: Practical therapist manual*. Waterloo: Institute Press.
- Weeks, G. R. & L´Abate, L. L. (1985). *Paradoxe Psychotherapie*. Stuttgart: Enke.
- Winzenried, U. (1992). Serien- Kindermörder bewegt die Schweiz. *Kriminalistik*, Vol. 46, Nr. 12, S. 38 – 43.
- Wippich, J. (1985). *Begegnungen*. Konstanz: Rößler Verlag
- Wippich, J. & Derra- Wippich, J. (1991). *Des Teufels Advokat*. Konstanz: Rößler Verlag