

**NLP im Arzt-Patienten-Gespräch –  
Theorie, Praxis und Effekte**

Inaugural-Dissertation  
zur  
Erlangung des Doktorgrades  
der Fakultät für Heilpädagogik  
der Universität zu Köln

vorgelegt von  
Stephanie Bohn  
aus Köln

Erster Gutachter: Prof. Dr. Jörg Fengler  
Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Karl-J. Kluge  
Tag des Rigorosums: 03.11.2004

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>S.</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Fragestellung .....</b>	<b>S.</b>	<b>3</b>
<b>3.</b>	<b>Stand der Forschung .....</b>	<b>S.</b>	<b>4</b>
<b>3.1.</b>	<b>Theorie-Praxis-Curriculum der NLP-Practitioner-Ausbildung.....</b>	<b>S.</b>	<b>4</b>
	<i>Die Wurzeln der Entstehung .....</i>	<i>S.</i>	<i>4</i>
1.	<i>Baustein: Grundannahmen, Wahrnehmung, Rapport, Ankern und Augenzugangshinweise .....</i>	<i>S.</i>	<i>5</i>
	<i>Grundsätze exzellenter Kommunikation .....</i>	<i>S.</i>	<i>5</i>
	<i>Merkfähigkeit und Wirksamkeit .....</i>	<i>S.</i>	<i>9</i>
	<i>Repräsentationssysteme .....</i>	<i>S.</i>	<i>13</i>
	<i>Rapport .....</i>	<i>S.</i>	<i>15</i>
	<i>Ankern .....</i>	<i>S.</i>	<i>17</i>
	<i>Ressourcen .....</i>	<i>S.</i>	<i>21</i>
	<i>Zustände .....</i>	<i>S.</i>	<i>22</i>
	<i>Augenzugangshinweise .....</i>	<i>S.</i>	<i>24</i>
2.	<i>Baustein: Meta-Modell, Ziele und neuro-logische Ebenen .....</i>	<i>S.</i>	<i>26</i>
	<i>Meta-Modell der Sprache .....</i>	<i>S.</i>	<i>27</i>
	<i>Tilgungen hinterfragen .....</i>	<i>S.</i>	<i>28</i>
	<i>Generalisierungen hinterfragen .....</i>	<i>S.</i>	<i>29</i>
	<i>Verzerrungen hinterfragen .....</i>	<i>S.</i>	<i>31</i>
	<i>Ziele .....</i>	<i>S.</i>	<i>33</i>
	<i>Neuro-Logischen Ebenen .....</i>	<i>S.</i>	<i>36</i>
3.	<i>Baustein: Reframing .....</i>	<i>S.</i>	<i>40</i>
	<i>Reframing .....</i>	<i>S.</i>	<i>41</i>
	<i>Bedeutungsreframing .....</i>	<i>S.</i>	<i>44</i>
	<i>Kontextreframing .....</i>	<i>S.</i>	<i>47</i>
	<i>Verhandlungsreframing .....</i>	<i>S.</i>	<i>51</i>
	<i>Six-Step-Reframing .....</i>	<i>S.</i>	<i>46</i>
	<i>Die sprechenden Organe .....</i>	<i>S.</i>	<i>59</i>
4.	<i>Baustein: Milton-Modell, Trance, Metaphern, Präsuppositionen .....</i>	<i>S.</i>	<i>61</i>
	<i>Brainland .....</i>	<i>S.</i>	<i>62</i>
	<i>Milton-Modell .....</i>	<i>S.</i>	<i>63</i>
	<i>Trance und hypnotische Sprachmuster .....</i>	<i>S.</i>	<i>67</i>
	<i>Metaphern .....</i>	<i>S.</i>	<i>76</i>
	<i>Vorannahmen, Präsuppositionen .....</i>	<i>S.</i>	<i>79</i>
5.	<i>Baustein: Strategien, Modelling .....</i>	<i>S.</i>	<i>80</i>
	<i>Strategien .....</i>	<i>S.</i>	<i>80</i>
	<i>Problem-Strategie .....</i>	<i>S.</i>	<i>87</i>
	<i>Feldenkrais-Strategie .....</i>	<i>S.</i>	<i>88</i>
	<i>Einstein-Strategie .....</i>	<i>S.</i>	<i>90</i>
	<i>Modelling .....</i>	<i>S.</i>	<i>92</i>
	<i>Intuitives Modellieren .....</i>	<i>S.</i>	<i>93</i>
	<i>Master Modelling .....</i>	<i>S.</i>	<i>94</i>
	<i>Kreativitäts-Strategie .....</i>	<i>S.</i>	<i>95</i>

6.	<i>Baustein: Submodalitäten, Swish, Meta-Spiegel</i> .....	S.	99
	Submodalitäten .....	S.	99
	Techniken mit Submodalitäten .....	S.	101
	Umgang mit Schmerz .....	S.	102
	Kontrastmethode .....	S.	104
	Swish-Techniken .....	S.	106
	Meta-Spiegel .....	S.	109
7.	<i>Baustein: time line, Re-Imprinting, Phobietechniken</i> .....	S.	110
	Die Zeit, die Zeit .....	S.	111
	Die innere Zeitvorstellung von Patienten .....	S.	114
	Die Zukunft bereichern .....	S.	117
	Re-Imprinting .....	S.	121
	V/K-Dissoziation .....	S.	123
	Phobietechniken .....	S.	125
8.	<i>Baustein: Metaprogramme, Sorting Styles, SCORE-Modell</i> .....	S.	128
	Metaprogramme, Sorting Styles .....	S.	129
	SCORE-Modell .....	S.	133
<b>3.2</b>	<b>Empirische Untersuchungen</b> .....	<b>S.</b>	<b>138</b>
3.2.1.	<i>Allgemeine Wirkungsstudien</i> .....	S.	138
	Effizienz, Erlernbarkeit und Anwendung .....	S.	138
	NLP-Psychotherapie-Wirksamkeitsstudie .....	S.	139
	Anwendung von NLP-Modellen in der psychotherapeutischen Praxis .....	S.	141
3.2.2.	<i>Wirkungsstudien zu einzelnen NLP-Modellen</i> .....	S.	143
	1. Baustein: Anker kollabieren .....	S.	143
	6. Baustein: Submodalitäten .....	S.	143
	Schmerzskala .....	S.	145
	7. Baustein: Allergietechnik .....	S.	145
	Phobiebehandlungstechniken .....	S.	146
<b>4.</b>	<b>Hypothesen</b> .....	<b>S.</b>	<b>147</b>
<b>5.</b>	<b>Untersuchungsmethoden</b> .....	<b>S.</b>	<b>151</b>
<b>5.1.</b>	<b>Zur Auswahl der Teilnehmer</b> .....	<b>S.</b>	<b>151</b>
5.1.1.	<i>Bestimmung der Grundgesamtheit</i> .....	S.	151
5.1.2.	<i>Bestimmung der Stichprobe</i> .....	S.	152
<b>5.2.</b>	<b>Methodenwahl</b> .....	<b>S.</b>	<b>154</b>
<b>5.3.</b>	<b>Konzeption der Beobachtung</b> .....	<b>S.</b>	<b>156</b>
<b>5.4.</b>	<b>Konzeption der Fragebögen</b> .....	<b>S.</b>	<b>157</b>
5.4.1.	<i>Wirkungsfragebögen</i> .....	S.	157
5.4.2.	<i>Selbsteinschätzungsfragebögen</i> .....	S.	159
<b>5.5.</b>	<b>Auswertung</b> .....	<b>S.</b>	<b>160</b>
5.5.1.	<i>Aufbereitung der Daten</i> .....	S.	160
5.5.2.	<i>Analyse</i> .....	S.	161

<b>6. Untersuchungsverlauf .....</b>	<b>S. 165</b>
<b>7. Darstellung der Ergebnisse .....</b>	<b>S. 167</b>
<b>8. Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>S. 205</b>
<b>9. Schlussbetrachtung .....</b>	<b>S. 219</b>
9.1. Methodenreflexion .....	S. 219
9.2. Ausblick .....	S. 219
<b>10. Literaturliste</b>	<b>S. 221</b>
<b>11. Anhang</b>	
11.1. Beobachtungsbogen	
11.2. Fragebögen	
11.3. Hypothesen ungebundene Daten	

## Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Rahmen der Kommunikation .....	S. 9
Abbildung 2: Wir behalten .....	S. 10
Abbildung 3: Wirkungsfaktoren .....	S. 12
Abbildung 4: Augenzugangshinweise .....	S. 25
Abbildung 5: Meta-Modell .....	S. 31
Abbildung 6: Logische Ebenen, Pyramide .....	S. 35
Abbildung 7: Logische Ebenen, Kreis .....	S. 38
Abbildung 8: Kontextreframing .....	S. 48
Abbildung 9: Struktur einer Strategie .....	S. 80
Abbildung 10: Standard-Swish .....	S. 105
Abbildung 11: Dan's time line .....	S. 112
Abbildung 12: time line Skizze .....	S. 113
Abbildung 13: Negative Gefühle, limitierende Glaubenssätze .....	S. 115
Abbildung 14: Furcht, Angst, Beklemmung .....	S. 116
Abbildung 15: Ressourcen-time line .....	S. 117
Abbildung 16: Logische Ebenen und Evidenz-Prozedur .....	S. 130
Abbildung 17: Metaprogramme .....	S. 132
Abbildung 18: Anzahl der Teilnehmer nach Fachgruppen .....	S. 153
Abbildung 19: Bildschirmmaske Access Methode .....	S. 160
Abbildung 20: Bildschirmmaske Access Wie .....	S. 160
Abbildung 21: Bildschirmmaske Access Wodurch .....	S. 160
Abbildung 22: Verlauf der Untersuchung .....	S. 166
Abbildung 23: Beobachtungsphase Null, NLP-Modelle Baustein 1 .....	S. 168
Abbildung 24: Beobachtungsphase Null, NLP-Modelle Baustein 6-8 und sonstige Kommunikationsmodelle .....	S. 168
Abbildung 25: Beobachtungsphase vier, NLP-Modelle Baustein 1 .....	S. 169
Abbildung 26: Beobachtungsphase vier, NLP-Modelle Baustein 6-8 und sonstige Kommunikationsmodelle .....	S. 169
Abbildung 27: Beobachtungsphase sieben, NLP-Modelle Baustein 1 .....	S. 170
Abbildung 28: Beobachtungsphase sieben, NLP-Modelle Baustein 6-8 und sonstige Kommunikationsmodelle, Seite 1 .....	S. 170
Abbildung 29: Beobachtungsphase sieben, NLP-Modelle Baustein 6-8 und sonstige Kommunikationsmodelle, Seite 2 .....	S. 171
Abbildung 30: Selbsteinschätzung Phase 1 - Anker setzen und Anker stapeln .....	S. 173
Abbildung 31: Selbsteinschätzung Phase 1 - Anker verketteten und analoge Anker .....	S. 173
Abbildung 32: Selbsteinschätzung Phase 3 - Anker setzen und stapeln .....	S. 174
Abbildung 33: Selbsteinschätzung Phase 3 - Anker verketteten und analoge Anker setzen .....	S. 174
Abbildung 34: Selbsteinschätzung Phase 6 - Anker setzen und Anker stapeln .....	S. 175
Abbildung 35: Selbsteinschätzung Phase 6 - Anker verketteten und analoge Anker setzen .....	S. 175
Abbildung 36: Ausbildungsphase 4 - Nicht-Komplexe NLP-Modelle (S. 1) ...	S. 176
Abbildung 37: Ausbildungsphase 4 - Nicht-Komplexe NLP-Modelle (S. 2) ...	S. 177
Abbildung 38: Ausbildungsphase 4 - Nicht-Komplexe NLP-Modelle (S. 3) ...	S. 177
Abbildung 39: Ausbildungsphase 7 - Komplexe NLP-Modelle .....	S. 178
Abbildung 40: Selbsteinschätzung Phase 4 - Nicht-komplexe NLP-Modelle	S. 180
Abbildung 41: Selbsteinschätzung Phase 6 - Komplexe NLP-Modelle .....	S. 180
Abbildung 42: Verlauf Rapport herstellen .....	S. 181
Abbildung 43: Selbsteinschätzung Rapport herstellen Phase 1, 3 & 6 .....	S. 182
Abbildung 44: Selbsteinschätzung Rapport herstellen: über Kreuz - Phase 1, 3 und 6 .....	S. 183
Abbildung 45: Selbsteinschätzung Rapport herstellen: zeitlich versetzt - Phase 1, 3 und 6 .....	S. 183

Abbildung 46:	Verlauf Generalisierungen hinterfragen .....	S. 185
Abbildung 47:	Verlauf Tilgungen hinterfragen .....	S. 186
Abbildung 48:	Verlauf Verzerrungen hinterfragen .....	S. 186
Abbildung 49:	Selbsteinschätzung Zugangshinweise nutzen - Phase 1, 3 und 6 .....	S. 188
Abbildung 50:	Selbsteinschätzung Meta-Modell: Tilgungen hinterfragen - Phase 1, 3 und 6 .....	S. 189
Abbildung 51:	Selbsteinschätzung Meta-Modell: Generalisierungen hinterfragen - Phase 1, 3 und 6 .....	S. 189
Abbildung 52:	Selbsteinschätzung Meta-Modell: Verzerrungen hinterfragen Phasen 1, 3 und 6 .....	S. 190
Abbildung 53:	Ärzte mit Zusatzausbildung, Ausbildungsphase Null, NLP-Modelle Baustein 1 .....	S. 192
Abbildung 54:	Ärzte ohne Zusatzausbildung, Ausbildungsphase Null, NLP-Modelle Baustein 1 .....	S. 192
Abbildung 55:	Ärzte mit Zusatzausbildung, Ausbildungsphase vier, NLP-Modelle Baustein 1 .....	S. 193
Abbildung 56:	Ärzte ohne Zusatzausbildung, Ausbildungsphase vier, NLP-Modelle Baustein 1 .....	S. 193
Abbildung 57:	Ärzte mit Zusatzausbildung, Ausbildungsphase sieben, NLP-Modelle Baustein 1 .....	S. 194
Abbildung 58:	Ärzte ohne Zusatzausbildung, Ausbildungsphase sieben, NLP-Modelle Baustein 1 .....	S. 194
Abbildung 59:	Selbsteinschätzung Phase 1: Anker im Vergleich Ärzte mit und ohne Zusatzausbildung .....	S. 196
Abbildung 60:	Selbsteinschätzung Phase 1: Rapport im Vergleich Ärzte mit und ohne Zusatzausbildung .....	S. 196
Abbildung 61:	Selbsteinschätzung Phase 3: Anker im Vergleich Ärzte mit und ohne Zusatzausbildung .....	S. 197
Abbildung 62:	Selbsteinschätzung Phase 3: Rapport im Vergleich Ärzte mit und ohne Zusatzausbildung .....	S. 197
Abbildung 63:	Selbsteinschätzung Phase 6: Anker im Vergleich Ärzte mit und ohne Zusatzausbildung .....	S. 198
Abbildung 64:	Selbsteinschätzung Phase 6: Rapport im Vergleich Ärzte mit und ohne Zusatzausbildung .....	S. 198
Abbildung 65:	Erwartete Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf den Arzt .....	S. 200
Abbildung 66:	Erzielte Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf den Arzt .....	S. 200
Abbildung 67:	Erwartete Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf die Patienten .....	S. 202
Abbildung 68:	Erzielte Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf die Patienten .....	S. 202
Abbildung 69:	Erwartete Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf den Praxisbetrieb .....	S. 204
Abbildung 70:	Erzielte Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf den Praxisbetrieb .....	S. 204

## Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Liste der Modalitäten .....	S. 14
Tabelle 2:	Reframingmodelle .....	S. 60
Tabelle 3:	Feldenkrais-Strategie .....	S. 89
Tabelle 4:	Kontrastmethode .....	S. 104
Tabelle 5:	SUZEW .....	S. 134
Tabelle 6:	SCORE-Modell .....	S. 135
Tabelle 7:	Niedergelassene Ärzte .....	S. 151
Tabelle 8:	Niedergelassene Zahnärzte .....	S. 151
Tabelle 9:	Hypothese 1a - Deskriptive Statistik .....	S. 167
Tabelle 10:	Vorzeichentest Hypothese 1a .....	S. 167
Tabelle 11:	Hypothese 1b - Deskriptive Statistik .....	S. 167
Tabelle 12:	Vorzeichentest Hypothese 1b .....	S. 167
Tabelle 13:	Hypothese 2 - Deskriptive Statistik .....	S. 172
Tabelle 14:	Hypothese 2 - Wilcoxon-Test .....	S. 172
Tabelle 15:	Hypothese 3 - Deskriptive Statistik .....	S. 176
Tabelle 16:	Hypothese 3 - Vorzeichentest .....	S. 176
Tabelle 17:	Hypothese 4 - Deskriptive Statistik .....	S. 179
Tabelle 18:	Hypothese 4 - Wilcoxon-Test .....	S. 179
Tabelle 19:	Hypothese 5 - Deskriptive Statistik .....	S. 181
Tabelle 20:	Hypothese 5 - Vorzeichentest .....	S. 181
Tabelle 21:	Hypothese 6 - Deskriptive Statistik .....	S. 182
Tabelle 22:	Hypothese 6 - Wilcoxon-Test .....	S. 182
Tabelle 23:	Hypothese 7 - Deskriptive Statistik .....	S. 184
Tabelle 24:	Hypothese 7 - Vorzeichentest .....	S. 184
Tabelle 25:	Hypothese 7 - Deskriptive Statistik für den Indikator Leading .....	S. 184
Tabelle 26:	Hypothese 7 - Vorzeichentest Indikator Leading .....	S. 184
Tabelle 27:	Hypothese 7 - Deskriptive Statistik für den Indikator Meta-Modell .....	S. 185
Tabelle 28:	Hypothese 7 - Vorzeichentest Indikator Meta-Modell .....	S. 185
Tabelle 29:	Hypothese 8 - Deskriptive Statistik .....	S. 187
Tabelle 30:	Hypothese 8 - Wilcoxon-Test .....	S. 187
Tabelle 31:	Hypothese 8 - Deskriptive Statistik für den Indikator Zugangshinweise nutzen .....	S. 187
Tabelle 32:	Hypothese 8 - Wilcoxon-Test für den Indikator Zugangshinweise nutzen .....	S. 187
Tabelle 33:	Hypothese 8 - Deskriptive Statistik für den Indikator Meta-Modell .....	S. 187
Tabelle 34:	Hypothese 8 - Wilcoxon-Test für den Indikator Meta-Modell .....	S. 188
Tabelle 35:	Hypothese 9 - Deskriptive Statistik .....	S. 191
Tabelle 36:	Hypothese 9 - Mann- Withney-Test .....	S. 191
Tabelle 37:	Hypothese 10 - Deskriptive Statistik .....	S. 195
Tabelle 38:	Hypothese 10 - Mann-Withney-Test .....	S. 195
Tabelle 39:	Hypothese 11 - Deskriptive Statistik .....	S. 199
Tabelle 40:	Hypothese 11 - Wilcoxon-Test .....	S. 199
Tabelle 41:	Hypothese 11 - Korrelationen .....	S. 199
Tabelle 42:	Hypothese 12 - Deskriptive Statistik .....	S. 201
Tabelle 43:	Hypothese 12 - Wilcoxon-Test .....	S. 201
Tabelle 44:	Hypothese 12 - Korrelationen .....	S. 201
Tabelle 45:	Hypothese 13 - Deskriptive Statistik .....	S. 203
Tabelle 46:	Hypothese 13 - Wilcoxon-Test .....	S. 203
Tabelle 47:	Hypothese 13 - Korrelationen .....	S. 203



## **Danksagung und Würdigung**

Ich möchte all denjenigen danken, die dazu beigetragen haben, diese Doktorarbeit zu erstellen.

Einen besonderen Dank möchte ich Herrn Prof. Dr. Jörg Fengler aussprechen, meinem Doktorvater, der mir die Chance gegeben hat, über "NLP im Arzt-Patienten-Gespräch – Theorie, Praxis und Effekte" zu promovieren.

Ich möchte meinem Vater von Herzen danken, der mir als NLP-Lehr-Trainer erst ermöglicht hat, über dieses Thema zu schreiben. Seine Unterstützung, sein Einsatz, seine Geduld und seine umfassende Bibliothek haben das Schreiben um vieles leichter gemacht.

Vielen Dank an die Ärzte, die sich zur Teilnahme an diesem Forschungsprojekt bereit erklärt haben.

Ein besonders lieber Dank an Dirk, der mir durch seine Programmierung das Erfassen und Darstellen meiner Daten erleichtert hat. Er hat mir durch seine Geduld und seine Nachsicht für die vielen Wochenenden und Abende, die ich mit der Dissertation verbrachte, besonders geholfen.

Mein Dank geht an Phillip, der mich an nicht enden wollenden Tagen in Statistik und SPSS eingearbeitet hat.

Herzlichen Dank geht an alle, die meine Doktorarbeit Korrektur gelesen haben, insbesondere an Gisela und Burkhard.

Danke auch meinem Umfeld für die emotionale Unterstützung und das Verständnis.

Eine Doktorarbeit zu schreiben und damit ein eigenes Forschungsprojekt durchzuführen, ist ein besonderer Lebensabschnitt.

In der Zeit der Datenerhebung hatte ich die einmalige Chance hinter die Kulissen verschiedener Arztpraxen mehrfach zu schauen. Neben den vielen Daten konnte ich Einblicke gewinnen und Erfahrungen sammeln, die einmalig sind. Ich habe in dieser Zeit viel gelernt über Arztpraxen, Medizin und mich selbst.

Ich möchte mich bei allen Teilnehmern noch einmal herzlichst bedanken für diese einmalige Chance. Danke für die Einblicke und die Erklärungen, die mich als Patientin meine Arztbesuche jetzt aus einer anderen Perspektive sehen lassen. Danke auch für die Geduld – denn es hat doch länger gedauert diese Arbeit fertigzustellen, als erwartet.

Die Phase der Datenerhebung ließ mir kaum freie Zeit, so dass ich mein Umfeld stark vernachlässigt habe. Danke an alle die mir mit Verständnis und Unterstützung begegnet sind.

In der Auswertungsphase entdeckte ich mein erstes graues Haar. Es ist ein gutes Gefühl zu wissen, dass ich mich auch durch mühsame Aufgaben durcharbeiten kann. Trotz allem möchte ich diese Zeit nie missen.

Für alle die, die den Weg noch gehen wollen:

Es gibt ein Licht am Ende des Tunnels!

# 1. Einleitung

NLP – ein Kürzel, das in den 70er Jahren seinen Weg um Welt begann und die Menschen zunächst polarisierte: Bei einigen rief es Begeisterung hervor, andere reagierten anfangs mit Ablehnung. Viele haben von NLP gehört, einige wissen, wofür die drei Buchstaben stehen, wenige, was sich dahinter verbirgt. Während meiner Literatur-Recherche habe ich keine "Definition" oder Beschreibung gefunden, die dem nahe kommt, was ich unter NLP verstehe.

Wenn man eine Erklärung sucht, was NLP ist, findet man häufig die Entstehungsgeschichte. In den 70er Jahren – wann genau, differiert in der Literatur – haben sich der Sprachwissenschaftler John Grinder und der Psychologiestudent und Computerfachmann Richard Bandler zusammengetan, um der Frage nachzugehen, warum manche Menschen erfolgreicher sind als andere. Bandler und Grinder analysierten die Arbeitsweise drei der erfolgreichsten Therapeuten der damaligen Zeit: Virginia Satir (Familientherapie), Fritz Pearls (Gestalttherapie) und Milton Erickson (Hypnotherapie). Bandler und Grinder beobachteten die Therapeuten im Umgang mit ihren Klienten und stellten fest, dass es Übereinstimmungen sowohl in den Sprachmustern (zusammengefasst im Meta-Modell der Sprache und im Milton-Modell, vgl. später) als auch in den Bewegungen, Gesten und der Mimik der drei Therapeuten gab. Die Ergebnisse ihrer Analysen haben Bandler und Grinder in einem Modell zusammengefasst – dem "Neuro-Linguistischen-Programmieren (NLP)", um es für andere lehr- und lernbar zu machen. Das Vorgehen der beiden, das Herausarbeiten erfolgreicher Strukturen im Denken und Handeln, um es anderen zur Verfügung zu stellen, wird Modellierung (vgl. später) genannt.

Hinter der Bezeichnung **NLP** als Abkürzung für Neuro-Linguistisches-Programmieren stecken folgende Bedeutungen: **N**euro umfasst unsere gesamte Wahrnehmung, die über unsere fünf Sinne und unser Gehirn gesteuert wird. **L**inguistisch steht für die Sprache, die uns ermöglicht, unsere sinnlichen Erfahrungen, d.h. unsere Wahrnehmung, zu beschreiben und zu ordnen (Trageser/von Münchhausen, 2000). Der Begriff "Programmieren" hat viele Widersacher auf den Plan gerufen, die dem NLP eine Manipulationsabsicht zuschrieben. **P**rogrammieren bezieht sich auf veränderbare Programme im Sinne von Verhaltens- und Denkweisen, also erlernte Muster (Trageser/von Münchhausen, 2000).

Ich verstehe NLP daher als ein umfassendes Kommunikationsmodell, das zum Ziel hat, bestehende Strategien der Wahrnehmung, des Denkens und des Verhaltens, die wir im Laufe unseres Lebens erlernen, bewusst zu machen. Das Bewusstwerden vorhandener Strategien ermöglicht Veränderung hin zu neuen, nützlicheren Strategien. NLP verfolgt die Strategie "hin zum Ziel" statt "weg vom Problem".

NLP ist ein kommunikativer Werkzeugkasten, der Werkzeuge anbietet, die Kommunikation zu optimieren, die Wahrnehmung zu schärfen, die Flexibilität im Verhalten zu erhöhen und das Handlungsrepertoire zu erweitern. Da es sich um ein offenes Kommunikationsmodell handelt, das ständig weiterentwickelt wird und ideologiefrei ist, sind neben den Einflüssen aus anderen Disziplinen auch eigene Kommunikationstechniken entstanden, wie z.B. das Submodalitätenkonzept. Welche Wirkung die Werkzeuge haben, wurde oft beschrieben, jedoch selten erforscht. Effektiv – zeitsparend – sofort umsetzbar – sind einige Adjektive, die dem NLP zugeschrieben werden.

Ob die gewünschte Wirkung erzielt wird, möchte ich bezogen auf eine bestimmte Zielgruppe, die einen sehr kommunikativen Beruf ausübt, untersuchen. Im Zentrum meiner Forschung stehen niedergelassene Ärzte, die einen hoch kommunikativen Beruf haben, da sie jeden Tag mit verschiedenen Menschen – sei es mit Patienten, Mitarbeitern oder sonstigen Praxisbesuchern – umgehen. Im Laufe der Berufspraxis haben Ärzte in der Regel ihre eigenen Kommunikationsstrategien entwickelt, wie sie mit Menschen umgehen.

Im Zeitalter der Budgetierung und der individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL) ist vom Arzt eine effektive Kommunikation gefordert, die ihm während des Medizinstudiums meist nicht vermittelt wurde. Effektiv verstehe ich im Sinne von zeitsparend, d.h. den Patienten wird subjektiv das Gefühl vermittelt, der Arzt habe mehr Zeit für sie; dabei kommen beide schneller an das gewünschte Ziel. Diese führt zu mehr Zufriedenheit bei Patienten, Ärzten und ihren Mitarbeitern und somit zu einer stärkeren Patientenbindung an die Praxis und somit auch Erfolg.

Durch meine Tätigkeit in einem Kommunikationsinstitut, das einen Schwerpunkt auf Fortbildung im Gesundheitswesen gesetzt hat, bin ich immer wieder auf das Interesse von Ärzten an kommunikativer Weiterbildung gestoßen. Mein Forschungsinteresse war geweckt und ich wurde bestärkt sowie inspiriert durch meine im Jahr 2000 abgeschlossene NLP-Master-Ausbildung, NLP im Arzt-Patienten-Gespräch auf Anwendung und Wirkung zu untersuchen.

**Anmerkungen:**

Um dem Leser die Lektüre zu erleichtern, habe ich durchgängig auf doppelte Formulierungen, wie Ärztin und Arzt sowie Patientin und Patient verzichtet und stattdessen in der Regel die allgemein übliche männliche Form gewählt.

Der Teilnehmerkreis dieser Untersuchung setzt sich aus niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten zusammen. Obwohl mir die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte bewusst ist, verzichte ich im Folgenden auf eine Differenzierung. Für mich steht die Kommunikation in der Interaktion mit Patienten und ihre Auswirkung im Vordergrund, so dass der Ansatzpunkt dieser Forschungsarbeit für niedergelassene Ärzte und Zahnärzte derselbe ist.

## **2. Fragestellung**

Da bisher nur wenige empirische Untersuchungen über NLP vorliegen, möchte ich einen Forschungsbeitrag leisten, bei dem ich den Arzt als Akteur in den Mittelpunkt setze. Ich werde eine NLP-Ausbildungsgruppe begleiten, die sich aus niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten zusammensetzt. Im Theorieteil dieser Arbeit werde ich zunächst die Inhalte der NLP-Practitioner-Ausbildung vorstellen. Die zentralen Aspekte meiner empirischen Untersuchung spiegeln sich in den folgenden Fragestellungen wider.

### **1. Setzt der Arzt im Verlauf der Ausbildung NLP-Modelle im Gespräch mit Patienten ein?**

Ziel dieser Arbeit ist es zu erforschen, inwiefern Ärzte die kennengelernten Theoriemodelle der NLP-Ausbildung in den Praxisalltag umsetzen.

Die von mir begleitete Ausbildung zum NLP-Practitioner besteht aus acht Bausteinen, die im theoretischen Teil (Kapitel 3) im Einzelnen vorgestellt werden. Grundlage dieser Forschungsarbeit ist eine NLP-Ausbildung in modularer Form; sie findet an acht Wochenenden verteilt auf anderthalb Jahre statt. Mit dem "Verlauf der Ausbildung" ist somit gemeint, ob Veränderungen in der Anwendung der NLP-Modelle von Ausbildungsabschnitt zu Ausbildungsabschnitt zu beobachten sind. Veränderungen können sowohl in der Vielfalt der benutzten Modelle als auch in der Häufigkeit der Anwendung bestehen. Es wird also zu untersuchen sein, welche NLP-Modelle überhaupt und welche ggfs. öfter eingesetzt werden als andere.

Ich habe mich entschieden für die Inhalte der NLP-Ausbildung den Begriff "Modell" zu verwenden, weil er für mich am treffendsten das offene, ideologiefreie System auch jeder Übung widerspiegelt.

### **2. Verändert sich die Arzt-Interaktion durch den Einsatz der NLP-Modelle im Verlauf der Ausbildung?**

Da in dieser Arbeit die Kommunikation des Arztes im Vordergrund steht, werde ich untersuchen, ob die Ausbildung zum NLP-Practitioner Einfluss auf das Gesprächsverhalten des Arztes, die Arzt-Patienten-Interaktion und den Praxisbetrieb hat.

Der Nutzen für den Arzt durch die Teilnahme an einer NLP-Practitioner-Ausbildung sowie die dem NLP oft zugeschriebene Eigenschaft zeitsparend, effektiv und sofort umsetzbar zu sein, werden untersucht werden. In diesem Zusammenhang wird von mir auch zu klären sein, welche Erwartungen ein niedergelassener Arzt und Zahnarzt an die Ausbildung hat und ob diese nach Abschluss erfüllt werden.

### **3. Wenden Ärzte mit einer psychotherapeutischen Ausbildung ein breiteres Spektrum von NLP-Modellen an?**

NLP ist durch die Beobachtungen von drei Therapeuten (Satir, Pearls und Erickson) entstanden und hat in diesem Bereich spektakuläre Erfolge hervorgebracht. Es ist daher zu vermuten, dass gerade Ärzte, die bereits eine psychotherapeutische Ausbildung abgeschlossen haben, einen NLP-Practitioner-Kurs eher absolvieren.

Es wird zum einen zu untersuchen sein, ob Ärzte, die eine psychotherapeutische Ausbildung im Bereich der Gestalt-, Familien-, Verhaltens- oder Hypnosetherapie haben, die kennengelernten NLP-Modelle häufiger einsetzen als andere Ärzte. Weiterhin gilt es zu erforschen, ob Ärzte mit psychotherapeutischer Ausbildung vielleicht durch ihre Patienten, veranlasst werden, ein breiteres Spektrum der NLP-Modelle einzusetzen.

### **3. Stand der Forschung**

#### **3.1. Theorie-Praxis-Curriculum der NLP-Practitioner-Ausbildung**

##### **Die Wurzeln und die Entstehung des NLP**

Den Hintergrund für die ersten NLP-Modelle bilden die Arbeiten und Gedanken von Korzybski, Chomsky, Vaihinger, Bateson und Watzlawick. Sie dienen der Modellbildung und dem philosophischen Hintergrund, der sich in den NLP-Grundannahmen widerspiegelt (vgl. S. 5-8).

Korzybskis Erkenntnisse, die er in seinem Buch "Science und Sanity" beschreibt, wie Erfahrung organisiert und in Symbolen verarbeitet wird (Jochims, 1995) und Vaihingers Philosophie "Als ob", die der Beschreibung menschlicher Wahrnehmung dient, fließen in die Vorstellungen des NLP, wie Wahrnehmung repräsentiert wird, mit ein. Chomskys formales Modell unserer Sprache, einer sogenannten wohlgeformten Sprache, und die sprachliche Repräsentation finden sich im Meta-Modell der Sprache wieder, dem ersten Modell, das 1975 von Richard Bandler und John Grinder entwickelt wurde.

Mit Gregory Bateson pflegten Bandler und Grinder durch die räumliche Nähe von Santa Cruz und Palo Alto einen Diskussionsaustausch über ihre Erkenntnisse. Bateson hatte in den fünfziger Jahren bereits versucht, ein Verständnis therapeutischer Interaktion zu erarbeiten, das, wie er selber schreibt, nicht so erfolgreich war, wie das Modell von Bandler und Grinder. "In der Tat ist aber vieles, was 1955 schwer auszudrücken war, 1975 wesentlich leichter auszudrücken" (Bateson in Bandler/Grinder, 1992).

Robert Dilts, der NLP seit den siebziger Jahren entscheidend weiter entwickelt hat, war ein Student von Bateson, so dass auch auf diesem indirekten Wege Batesons Interaktions- und Kommunikationsverständnis in das NLP miteinflusste (Walker, 1996).

Paul Watzlawicks Kommunikationslehre "Man kann nicht nicht kommunizieren" ist eine der NLP-Grundannahmen. Darüber hinaus versucht auch Watzlawick, Ericksons Erfolg mit der Kurzzeittherapie zu begründen (Walker, 1996).

Ausgangspunkt des Neuro-Linguistic-Programming war die Frage: Was macht einige Menschen erfolgreicher als andere? Welche Kommunikationsmuster und welche sprachlichen Elemente benutzen Menschen, die sehr effektiv mit anderen umgehen? Bandler und Grinder beobachteten und analysierten die Kommunikation von Fritz Perls, Gestalttherapie, Virginia Satir, Familientherapie und Milton Erickson, Hypno-therapie. Sie beobachteten die Sprache, die die Therapeuten benutzten, sowie die Gestik und die Mimik (Mast, 1995). Obwohl alle drei sehr unterschiedliche Persönlichkeiten waren, wendeten sie in der Kommunikation ähnliche Muster an. Pearls und Satir hatten zum Beispiel im Umgang mit ihren Klienten eine ähnliche Art zu fragen.

Die Ergebnisse ihrer Analysen setzten Bandler und Grinder zunächst selber in ihren College-Kursen um, d.h. sie wendeten die durch die Beobachtung herausgefilterten Kommunikationsmuster an. Da sie durch den Einsatz der Strukturen auch erfolgreich waren, machten sie ihre Erkenntnisse anderen zugänglich. Das Vorgehen, typische Kommunikationsmuster und sprachliche Elemente herauszufiltern, wird im NLP 'Modelling' genannt. Diese Art zu lernen geht auch auf Alfred Korzybski zurück, der die linguistischen und philosophischen Grundprinzipien des heutigen NLP in seinem Neuro-Linguistischen Training formulierte (Jochims, 1995).

Im Folgenden werde ich die Inhalte der NLP-Practitioner-Ausbildung beschreiben, die meine Untersuchungsgruppe – 21 niedergelassene Ärzte – kennen- und anwenden gelernt haben. Die beschriebenen Übungen entstammen den verwendeten NLP-

Practitioner-Ausbildungsunterlagen. Die Quelle dieser tradierten NLP-Übungsunterlagen lässt sich nicht mehr bestimmen. Die Ausbildung umfasst acht Themenbausteine, die verteilt auf eineinhalb Jahre an acht Wochenenden vermittelt wurden.

## **1. Baustein: Grundannahmen, Wahrnehmung, Rapport, Ankern, Ressourcen, Zustände und Augenzugangshinweise**

### **Die Grundsätze der exzellenten Kommunikation**

Sportler messen seit einigen Jahren dem mentalen Training und dem Glauben an den Sieg immer stärkere Bedeutung zu. Menschen entwickeln aufgrund ihrer Überzeugung ungeahnte Kräfte. Wissenschaftliche Forschungen zeigen, dass Präparate ohne jeden Wirkstoff, Placebos, vielfach erstaunliche Heilerfolge erzielen, weil die Kranken von der Wirkung des Präparates überzeugt sind und an ihre eigene Heilung glauben. So hat ein Placebo bei Starkschmerzpatienten eine "gewisse" Erfolgsquote und Morphin eine "gewisse" Versagerquote.

Es gibt immer wieder Berichte von Menschen, die innerhalb kürzester Zeit Dinge erlernen, die sie vorher für unmöglich gehalten haben, sei es Karate oder das Laufen über glühende Kohlen. Dies gelingt ihnen, weil sie ihre Meinung geändert haben und an ihre Fähigkeiten glauben. Diese Psychophysiologie ist eine starke Kraft, die sehr motivierend wirken kann. Psychophysiologie soll hier verstanden werden als ein starkes "Überzeugtsein von" und als ein Leben dieser Überzeugung. 'Exzellente Kommunikation' lässt sich nicht allein durch das Anwenden einiger Techniken erreichen, sondern sie erfordert eine ständige Überprüfung der eigenen inneren Einstellung.

Jede Kommunikation beinhaltet auch ein Beziehungsangebot, bei dem sehr deutlich wird, mit welchem Welt- und Menschenbild wir unserem Kommunikationspartner gegenüber treten.

Die folgenden Grundannahmen bilden im NLP die Philosophie, sozusagen das Fundament, für das Kommunikationsmodell. Diese "Grundsätze der exzellenten Kommunikation" erheben keinen Anspruch auf Wahrheit oder Vollständigkeit. Es sind hypothetische Überzeugungen, die in vielen Situationen nützlich sein können, wenn man so tut, als ob sie wahr wären. Einige der Axiome mögen auf den ersten Blick provokant erscheinen, regen dadurch auch zum intensiveren Nachdenken an. Oft stellen Menschen im Laufe der Beschäftigung mit den Grundsätzen fest, dass sie in ihrem Leben bereits diverse Erfahrungen gemacht haben, die mit diesen Vorannahmen übereinstimmen.

#### **Die Landkarte ist nicht das Gebiet!**

Die Welt besteht aus unendlich vielen möglichen Sinneseindrücken, die wir nur zum Teil, d.h. selektiv, wahrnehmen. Jeder Mensch bildet seine Wahrnehmung der Welt auf seine höchst persönliche Art und Weise im Gehirn ab. Wir filtern durch unsere im Leben gemachten Erfahrungen, durch unterschiedliche kulturelle Werte und Einstellungen, so dass wir nur einen Ausschnitt der Welt wahrnehmen. Diese Abbildung der Welt kann als Landkarte bezeichnet werden.

Sie dient dem einzelnen als Orientierung und wird oftmals mit der Realität verwechselt. Jeder Mensch hat seine eigene Landkarte und damit sein eigenes Bild der Welt. Das Verhalten richtet sich nach diesem Bild und nicht danach, wie die Welt wirklich ist.

"Karten entwerfen ist eine gute Analogie für das, was wir tun; so geben wir der Welt Bedeutung. Karten sind selektiv, sie lassen ebenso sehr Information aus, wie sie Information geben, und sie sind von unschätzbarem Wert für die Erforschung eines Gebiets. Die Art der Karte, die man anlegt, hängt davon ab, was man wahrnimmt und was man erreichen will" (O'Connor/Seymour, 1992, S. 28).

So ist es durchaus möglich, dass zwei Menschen mit vergleichbaren Zahnschmerzen ganz unterschiedliche Verhaltensweisen an den Tag legen. Während der eine zum Schützenfest tanzen geht, liegt der andere "krank" im Bett.

### **Körper, Geist und Seele sind Teile desselben Systems und beeinflussen sich gegenseitig!**

Körper, Geist und Seele beeinflussen sich wechselseitig. Was innen geschieht, zeigt sich meistens auch äußerlich. Eine Ausnahme stellt das bewusst aufgesetzte Pokerface dar, um nicht auf die innere Gefühlslage schließen zu können.

Der psychische Zustand eines Menschen und die beobachtbare Physiologie sind zwei zusammengehörige Aspekte eines Phänomens. Menschen, die ihre Wahrnehmung gezielt trainieren, können die manchmal sehr feinen Veränderungen der Physiologie ihrer Gesprächspartner beobachten und darauf entsprechend reagieren. Wer hier über ein geschultes Auge (oder Feeling) verfügt, hat eine Vielzahl von Interventionsmöglichkeiten.

Innere Zustände der Psyche werden äußerlich sichtbar. Die external wahrnehmbare Physiognomie lässt Rückschlüsse auf die internale Verfassung zu.

Es ist für Ärzte sinnvoll, einem fremden Menschen oft schon von weitem (an der Tür) per Blickdiagnose anzusehen, wie es ihm geht. Der innere Zustand kann für den Arzt äußerlich auch durch den diagnostischen Händedruck sichtbar werden.

### **Wahlfreiheit ist besser als keine Wahlfreiheit!**

Ein wesentliches Ziel beim NLP-Training der exzellenten Kommunikation ist es, eine Vielfalt möglicher Verhaltensweisen zu erwerben. Je mehr Wahlmöglichkeiten und Verhaltensweisen dem Einzelnen zur Verfügung stehen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich für eine aktuelle Situation eine Verhaltensoption findet, die eine optimale Reaktion ermöglicht. Das Maximum der Möglichkeiten soll nicht dazu führen, dass der Einzelne "den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr sieht", sondern eine optimale Anzahl zur Wahl hat.

Eine oft gehörte Aufforderung in diesem Zusammenhang ist der Satz: "Wenn das, was Du bisher getan hast, nicht funktioniert, dann tue etwas anderes". Die kompetente Anwendung der exzellenten Kommunikation erfordert die Bereitschaft, jederzeit offen für neu zu Lernendes zu sein und das eigene Repertoire ständig zu erweitern.

### **So einfach wie möglich und so komplex wie nötig!**

Die Orientierung an Modellen stellt demjenigen, der seine Kommunikation wirkungsvoll verbessern möchte, sinnvolle Werkzeuge zur Verfügung. Je einfacher ein Modell beschaffen ist, desto eher kann es das, was es repräsentieren soll, treffend beschreiben. Modelle, die für den Anwender einen Nutzen aufweisen sollen, müssen dennoch der Komplexität, die sie abbilden, gerecht werden. Daher gilt für jede Form der Kommunikation folgendes Prinzip: ein nützliches Modell sollte so einfach wie möglich beschaffen sein, aber nicht einfacher.

Es ist im Arzt-Patienten-Gespräch sinnvoll, die erforderlichen Maßnahmen nicht in der medizinischen Fachsprache zu erklären, sondern dem Patienten auf dessen Landkarte zu begegnen.

### **Wir können nicht nicht kommunizieren! – oder: Wir wirken immer!**

Diese Annahme geht auf das Kommunikationsmodell von Paul Watzlawick zurück. Wenn sich zwei oder mehr Menschen begegnen, beginnt automatisch, auch ohne gewollte oder bewusste Beeinflussung, ein Prozess der Kommunikation. Dies kann mit allen fünf zur Verfügung stehenden Sinnen geschehen, weil permanent Informationen gesendet und empfangen werden. Diese Informationen wirken beim Empfänger, indem sie von diesem, gemäß seiner eigenen inneren Landkarte, interpretiert werden. Diese Interpretation wird normalerweise unbewusst auf Richtigkeit überprüft.

### **Widerstand bedeutet mangelnde Flexibilität [des Senders]!**

Der Widerstand des Empfängers ist eine deutliche Aussage über die Kommunikationsfähigkeiten des Senders. Denn in der Kommunikation hat der Sender die Verantwortung für die Kommunikation. In der Regel resultiert dieser Widerstand aus fehlendem oder mangelndem Rapport (Harmonie, Empathie; s. S. 25). Gefordert ist hier die Flexibilität des jeweiligen Senders. Dieser sollte sich auf das Modell der Welt des Empfängers einstellen, weil er die Verantwortung für die Qualität seines Verhaltens hat. Widerstand des Empfängers bedeutet auch, dass er zur Zeit keine andere Verhaltensmöglichkeit hat bzw. einsetzen kann oder will.

Im Arzt-Patienten-Gespräch wird dieser NLP-Grundsatz in der Compliance bzw. in der Non-Compliance sichtbar. Patienten, die nicht mitarbeiten im Sinne der Behandlung, haben einen inneren Widerstand gegen das Vorgehen – vielleicht ist die empfohlene Vorgehensweise für den Patienten unakzeptabel. Ziel des NLP ist es, sich auf den Patienten optimal einzustellen, in seiner Landkarte zu denken, um eine optimale Compliance zu erreichen.

### **Kommunikation ist Austausch von sinnlichen Erfahrungen!**

Menschen kommunizieren zu jeder Zeit in allen ihnen verfügbaren Repräsentationssystemen. Das Bewusstsein ist im Gespräch vorrangig auf die verbalen Botschaften ausgerichtet, unser Unbewusstes orientiert sich jedoch an ganzheitlichen Sinneseindrücken. In jedem Gespräch hören und sehen wir unseren Gesprächspartner nicht nur, eventuell fühlen und riechen wir ihn auch. Derjenige, dem dies bewusst ist, kann gezielt Sinneskanäle ansprechen, um seine Botschaften verhältnismäßig unterzubringen. Das gezielte Ansprechen eines bevorzugten Repräsentationssystems beim Empfänger kann den Rapport verstärken.

Wenn ein Arzt einem Patienten verbal eine positive Nachricht übermittelt, die gesamte Körpersprache drückt jedoch das genaue Gegenteil aus, dann wird die Kommunikation "inkongruent". Dies kann zu einem gegenseitigen Vertrauensverlust führen. Beim Überbringen von unangenehmen Nachrichten zeigen Gesten, wie z.B. das Auflegen der Hand auf die Schulter des Patienten, mehr als viele Worte.

### **Alle nützlichen Ressourcen sind vorhanden!**

Jeder Mensch trägt grundsätzlich alle Fähigkeiten, die er in seinem Leben benötigt, in sich. Es kann jedoch sein, dass bei dem einen oder anderen diese zur Zeit nicht verfügbar sind. Hilfe, um den Zugang zu den Ressourcen verfügbar zu machen, bieten hier Techniken wie das *Modelling* oder die sogenannte *als-ob-Methode*. Diese Techniken werden im weiteren Verlauf noch im einzelnen vorgestellt. Es geht oft mehr, als wir denken, wenn man mit positiver Einstellung an eine Aufgabe herangeht.

Eine Ausnahme bilden in diesem Zusammenhang Behinderungen, die den Weg zu den Ressourcen dauerhaft verschließen.

### **Menschen treffen immer die für sie zur Zeit beste Wahl!**

Menschen verhalten sich immer anhand ihres aktuellen Informationsstandes, anhand ihrer Auswahl an Verhaltensmöglichkeiten und im Einklang mit ihrer inneren Landkarte. Hätte der einzelne für sich bessere Möglichkeiten zur Verfügung, würde er diese auch einsetzen.



### **Veränderung ist nur gut, wenn sie ökologisch ist!**

Derjenige, der seinen Kommunikationspartner in einen anderen Zustand führt und damit eine Veränderung herbeiführt, trägt die Verantwortung, dafür zu sorgen, dass diese Veränderung mit dem ökologischen System seines Kommunikationspartners in Einklang steht oder es ggf. erfolgreich verstärkt. Wenn ein Patient mit Diabetes seine Ernährungsgewohnheiten umstellen soll, wird dies nur gelingen, wenn seine Ehefrau ihre Kochgewohnheiten ändert (ich setze bei diesem Beispiel voraus, dass die Ehefrau für das Kochen zuständig ist, weil ich es häufig bei männlichen Diabetes-Patienten so erlebt habe).

Jede Veränderung, die nicht ökologisch ist, verursacht Widerstände und Anstrengungen aus dem Unterbewussten, das diese Veränderung bekämpft. Dies ist im Sinne der Stabilität des Systems durchaus sinnvoll. Notwendig ist es daher, ganz bewusst nachzufragen, ob es Widerstände gibt und welchen Stellenwert diese für den Einzelnen haben. Dies wird im sogenannten Öko-Check durchgeführt (siehe Kapitel Reframing).

Diese Überprüfung ist im Hinblick auf die Compliance und bezogen auf die Effektivität (Zeitmanagement) zwischenmenschlicher Gesprächsführung von Bedeutung. Wenn innere (oder äußere) Widerstände gegen eine Vereinbarung sprechen, könnte es sein, dass der Patient alles daran setzt, eben diese Vereinbarung nicht mitzumachen (vielleicht sogar trotz besseren Wissens). Erst, wenn diese Widerstände ausgeräumt sind, besteht die Aussicht auf eine rasche, effektive und erfolgreiche Erledigung.

### **Lernprozesse erfordern eine angemessene Portionierung!**

Jeder Mensch kann alles lernen. Die Frage ist nur, in welchen Einheiten und in welcher Zeit dies möglich ist.

Die Erfahrung zeigt, dass auch komplexe Verhaltensweisen und Verhaltensveränderungen erlernt werden können, wenn sie in überschaubare Komponenten zerlegt werden. Diese Komponenten werden nach und nach zusammengefügt, bis sich daraus ein großes Ganzes ergibt. Analog hierzu steht das System der NLP-Ausbildung, die ebenfalls in einzelnen Lerneinheiten Inhalte vermittelt, die sich letztlich zu einer Komplettausbildung zusammenfügen.

### **Es gibt kein Versagen, nur Ergebnisse.**

Ergebnisse können als Feedback genutzt werden, als Möglichkeit dazuzulernen.

Die hier vorgestellten Grundannahmen erheben nicht den Anspruch auf Wahrheit und Vollständigkeit, da NLP ein offenes Modell ist, das jederzeit weiterentwickelt wird. Jeder, der neue Grundsätze entdeckt und für sich erschließt, kann diese hinzufügen. Sie bilden gewissermaßen den Boden, in dem NLP wurzelt. In manchen Situationen kann es hilfreich sein, so zu tun, als ob die Grundsätze wahr seien, um vorhandene (bewusste oder unbewusste) Denkschemata verlassen zu können, und um Situationen mit anderen Augen zu sehen.

## Merkfähigkeit und Wirksamkeit

Gespräche finden unter gewissen Rahmenbedingungen statt. Jeder kann, indem er sich dieser Tatsache bewusst wird, den Rahmen der Kommunikation so gestalten, dass die höchste Wirksamkeit erzielt wird.

### Der Rahmen

Kommunikation, und damit jede Form des Verhaltens zueinander, findet in einem Rahmen, in einem Umfeldbezug, in einem größeren Zusammenhang statt.

Es ist hilfreich, sich der Bedeutung dieser Tatsache bewusst zu sein bzw. sie sich immer wieder ins Bewusstsein zu rufen. Alles, was wir tun (selbst, wenn wir nichts tun), hat Einfluss auf unsere Umgebung. Wir können nicht nicht kommunizieren. Auch wenn wir uns der Kommunikation entziehen, kann es eine Botschaft sein (Schulz von Thun, 1981).

Es gibt jedoch Möglichkeiten, diesen Rahmen unserer Kommunikation zu gestalten. Im Zentrum steht immer die Intention der Kommunikation, z.B. Veränderungsarbeit. Diese kann jedoch nur gelingen, wenn die umliegende *Ökologie*, in die Menschen eingebunden sind, nicht aus dem Gleichgewicht gebracht wird. Um dies zu erreichen, sollte die angestrebte Veränderung in Einklang mit den Zielen des Einzelnen stehen. Kommunikation, bei der der *Rapport* nicht stimmt, birgt die Gefahr des Scheiterns. Dies ist also der umfassendste Faktor, der zeitlich wie situativ permanent eine wichtige Rolle spielt. Stimmt der Rapport, kann ich auch unangenehme Dinge ansprechen. Die folgende Grafik zeigt, in welche Anteile NLP eingebettet ist.

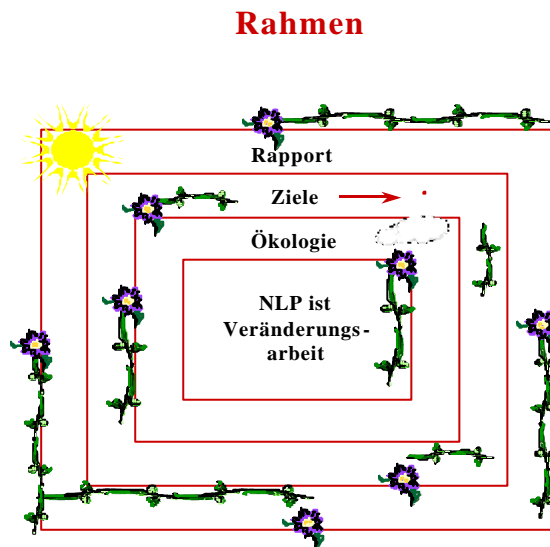


Abbildung 1: Der Rahmen der Kommunikation

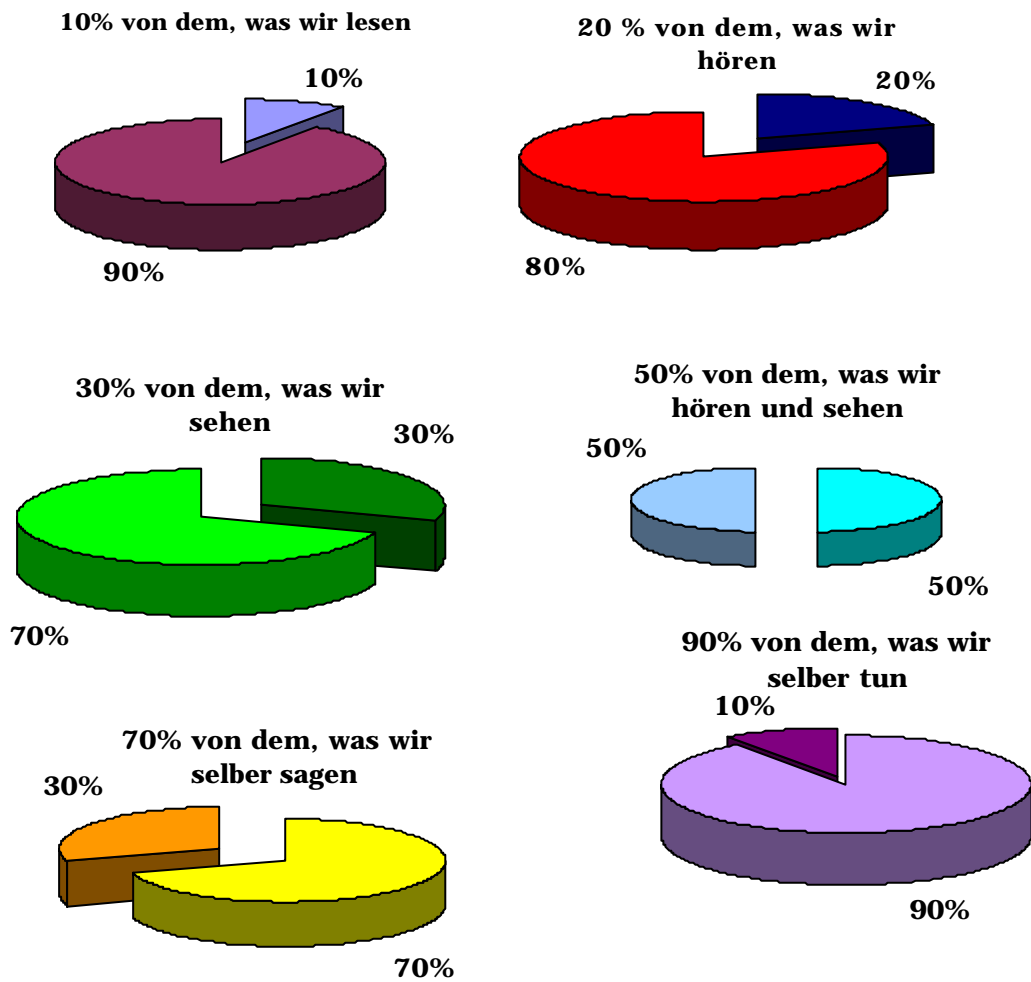
### Die Lernschritte (in angemessener Portionierung)

Bei den oben angeführten Grundannahmen wurde die entscheidende Rolle der Einheiten und "Packungsgrößen", wie wir Informationen aufnehmen, bereits beschrieben. Der Psychologe George Miller stellte 1956 die Hypothese auf, dass maximal  $7 \pm 2$  Informationseinheiten auf einmal aufgenommen werden können (Miller, 1956).

Das folgende Schaubild soll einen Eindruck davon vermitteln, dass die Art und Weise, wie wir lernen, einen erheblichen Einfluss darauf hat, wieviel des Stoffes bei uns gespeichert und auch wieder aufrufbar ist. "Die Verankerung der Lerninhalte im Langzeitgedächtnis ist um so intensiver, je mehr Wahrnehmungskanäle unseres 'sensorischen Registers' dabei aktiviert werden" (Kunz, 1986, S. 12). Die Gedächtnisforschung hat gezeigt, dass der Zusammenhang zwischen Behalten und eigener Wahrnehmungsaktivität in den Schritten wie auf nachfolgender Seite gezeigt, synergistisch verläuft.

Abbildung 2: Wir behalten

Im Durchschnitt behalten wir für längere Zeit:



(Decker, 1996 & Kunz, 1986)

## **Die vier Stufen des Lernens - Von der unbewussten Inkompetenz zur unbewussten Kompetenz**

Der Vorgang "Lernen" kann modellhaft in vier Stufen dargestellt werden. Am Beispiel des Autofahrens lässt sich dieser Verlauf anschaulich nachzeichnen.

Ein kleines Kind, das bei seinen Eltern im Auto mitfährt, macht sich zunächst keine Gedanken über die Fähigkeit, ein Auto von A nach B zu bewegen. Das Kind kann nicht Auto fahren, es ist unbewusst inkompetent in dieser Hinsicht.

Dieser Zustand ändert sich beim Heranwachsenden, der sich mit der Zeit für das Autofahren interessiert und seine Eltern genau beobachtet und dem dabei seine Inkompetenz bewusst wird. Er empfindet sie unter Umständen als Mangel. Der Jugendliche befindet sich auf der Stufe der bewussten Inkompetenz.

Abhilfe schafft die bewusste Kompetenzerlangung, in diesem Fall der Besuch einer Fahrschule. Die erste Zeit der Anwendung des Erlernten kann noch als Stufe der bewussten Kompetenz bezeichnet werden, weil Vorgänge, wie zum Beispiel das Schalten, noch mit großer Konzentration und Überlegung vonstatten gehen (O'Connor/Seymour, 1992).

Irgendwann geht vieles sozusagen "von allein". Wir setzen uns abends ins Auto, sind mit den Gedanken noch ganz bei unserem anstrengenden Arbeitstag und stehen plötzlich zu Hause vor der Tür. Dies ist die Stufe der unbewussten Kompetenz. Wir denken nicht mehr über Abläufe nach, wir machen es einfach.

Auch in der Kommunikation treten diese genannten Stufen auf. Unbewusste Kompetenz lässt sich, sei es beim Autofahren, beim Klavierspielen oder beim Anstreben der exzellenten Kommunikation, nur durch praktische Anwendung und durch ständige Übung erreichen. Daher lebt NLP und damit die Ausbildung zum Practitioner von der Anwendung. Ziel der modularen Ausbildung sollte es sein, dass die erarbeiteten Techniken nach den Seminarwochenenden in die Praxis (im wahrsten Sinne des Wortes [Arzt]-Praxis) umgesetzt werden. Verhalten kann in erster Linie durch Tests von Verhaltensalternativen geändert werden. Eine ausschließlich theoretische Auseinandersetzung bringt zwar neue Erkenntnisse, aber erst die praktische Anwendung macht sie lebendig.

### **Wir wirken immer**

Eine der Grundannahmen des Kommunikationswissenschaftlers Paul Watzlawick lautet: Wir können nicht nicht kommunizieren. Übersetzt werden könnte dies auch mit: Wir wirken immer, bewusst oder unbewusst, ob wir wollen oder nicht.

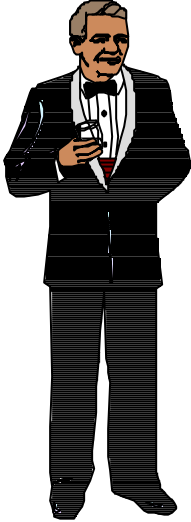
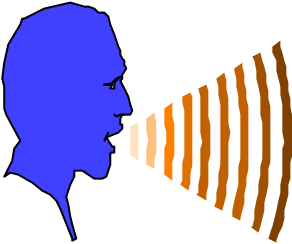
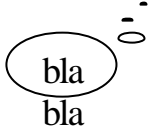
Die Darstellung auf der folgenden Seite zeigt, welchen Anteil einzelne Faktoren an unserer "Gesamtwirkung" haben. Körper und Stimme machen einen hohen Prozentsatz unserer Wirkung aus. Der Inhalt unserer Botschaften hat dagegen eine vergleichsweise geringe Beteiligung an dem Gesamteindruck, den wir beim Kommunikationspartner hinterlassen (Argyle, 1970). Es erscheint deswegen sinnvoll, die Aspekte Körper und Stimme neu zu bewerten.

Wenn wir ausschließlich versuchen, über Inhalte zu kommunizieren, und unser Körper und die Stimme nicht in Einklang dazu stehen (= Inkongruenz), so ist es ungleich schwerer bei unseren Zuhörern zu "landen", als wenn alle drei Faktoren die gleiche Sprache sprechen (= Kongruenz).

So kann es für ein Gespräch mit einem Kollegen oder Patienten z.B. von entscheidender Bedeutung sein, die Botschaft eben nicht ausschließlich über den fachlich einwandfreien inhaltlichen Aspekt anzubringen, sondern den *Rapport* auch über das *Spiegeln* der Körperhaltung, der Atmung und der Sprachmuster aufzubauen. Je nachdem, wie sich die Struktur der Patienten zusammensetzt (Herkunft, Milieu), kann es sinnvoll sein, dass das sprachliche Niveau dem jeweiligen Patienten angepasst wird.

Wenn sich ein Fachkollege Rat holt, werden Inhalte anders besprochen als mit einem Patienten, der seinen Arzt wegen der gleichen Sache aufsucht.

Abbildung 3: Wirkungsfaktoren

<b>Körper</b>	<b>Stimme</b>	<b>Inhalt</b>
		
<b>55 %</b>	<b>38 %</b>	<b>7 %</b>

(Mehrabian, 1980)

Albert Mehrabian erforschte zusammen mit Morton Wiener die Wirkung von Worten, die von professionellen Sprecherinnen mit unterschiedlicher Betonung (positiv, neutral und negativ) auf Band gesprochen wurden. Die gesprochenen Worte selbst hatten eine positive, neutrale oder negative Bedeutung. Diese Bänder wurden Versuchspersonen vorgespielt mit dem Auftrag, zu bewerten in welcher Beziehung der Sprecher zu seinem Gegenüber steht. Bei positiven Begriffen, die mit negativer Betonung gesprochen wurden, vermutete die Mehrzahl der Versuchspersonen eine negative Beziehung. Umgekehrt interpretierten die Teilnehmer bei negativen Begriffen mit positiver Betonung eine positive Beziehung zwischen Sprecher und Gegenüber. Die Betonung des Begriffes hatte eine deutlich stärkere Wirkung als die Aussage selber (Mehrabian, Wiener, 1967). "...the relative effects of verbal and non-verbal signals for emotions were compared. Single words were tape-recorded, the affective tone of the words themselves varying (e.g. Love vs. Terrible), and the tone of voice varying from positive to negative affect. It was found that judgement of the stimuli were based mainly on the tone of voice" (Argyle, 1970, S. 222). Michael Argyle griff die Untersuchung von Mehrabian auf und erweiterte das Versuchsdesign um die visuelle Komponente, indem er den Versuchspersonen Videobänder zeigte. Er fand heraus, dass die non-verbale Wirkung einen wesentlich stärkeren Eindruck bei den Versuchspersonen hinterließ (Argyle, 1970).

## Repräsentationssysteme

Informationen aus der Umwelt werden mit den fünf Sinnen aufgenommen, d.h. wir speichern die Eindrücke in Bildern (visuell), Tönen oder Geräuschen (auditiv), Gefühlen, Bewegungen sowie Berührungen (kinästhetisch), Gerüchen (olfaktorisch) und Geschmack (gustatorisch), was das Kürzel VAKOG ergibt, das im Folgenden häufiger verwendet wird.

Die innerliche Repräsentation der Erfahrung wird auf denselben neurologischen Pfaden repräsentiert, die wir beim Erleben selber benutzen. D.h. die sinnesspezifische Wahrnehmung hat einen bestimmenden Einfluss darauf, wie Erfahrung und Erlebnisse verarbeitet und gespeichert werden.

Sozialisation, Erziehung, Kultur und individuelle Erfahrungen bewirken, dass jeder Mensch ein bestimmtes Sinnessystem bevorzugt. In westlichen Kulturen werden primär das visuelle, auditive oder kinästhetische Repräsentationssystem genutzt. In den Industriegesellschaften überwiegt im Zeitalter der Medien häufig das visuelle Wahrnehmungssystem. Woodsmall gibt in seiner Arbeit über Strategien an, dass 45% der Menschen einen visuellen, 40% einen kinästhetischen und 15% einen auditiven Zugang zur Welt haben (Woodsmall, 1998).

Im NLP wird vom bevorzugten Repräsentationssystem gesprochen, da die Vorliebe für ein bestimmtes Repräsentationssystem in verschiedenen Situationen wechselt und kein Mensch ausschließlich einen Zugang verwendet. "Im Alter von elf oder zwölf Jahren haben wir schon klare Präferenzen" (O'Connor/Seymour, 1992, S. 61). In unserem primären Repräsentationssystem nehmen wir mehr Einzelheiten und feinere Unterschiede wahr.

Hinweise auf das jeweils bevorzugte Repräsentationssystem liefern die auf sinnlicher Wahrnehmung basierenden Wörter, wie z.B. Adverbien, Adjektive und Verben, die in der NLP-Literatur Prädikate genannt werden. Die Prädikate geben Aufschluss über den Zugang, der für eine Person in einer spezifischen Situation am wichtigsten ist. Verstehen, Verständnis, denken und Prozess sind Wörter, die keinem Sinneskanal zugeordnet werden können und daher neutral sind.

Um in der Kommunikation "Störungen" zu vermeiden, d.h. Missverständnisse zu verhindern, sollte das Ziel der optimalen Kommunikation das Erkennen und das Einstellen auf das sprachliche System meines Gegenübers sein.

In der Ansprache und in der Anamnese eines Patienten sollten so lange alle fünf Sinneskanäle angesprochen werden, bis der Arzt das bevorzugte Repräsentationssystem seines Patienten erkannt hat. Nach der Identifikation sollte der Arzt bei der Behandlungspräsentation und der Nutzendarstellung im bevorzugten Sinneskanal des Patienten agieren, um somit dem Patienten ein Gefühl des Angenommenseins zu vermitteln. "Aufgaben und Ziele auf der Wahrnehmungsebene des Adressaten zu formulieren, bedeutet präzise Angaben zu machen und Unsicherheit und Konfusion zu vermeiden" (Mohl, 1993, S. 40). In der Arbeit mit Gruppen ist es sinnvoll, alle Sinne anzusprechen, um jeden Teilnehmer mit einzubeziehen.

Die tabellarische Aufstellung auf der nächsten Seite ordnet Begriffe den Repräsentationssystemen zu.

Tabelle 1: Liste der Modalitäten

**Liste der Modalitäten:**

<b>visuell</b>	<b>auditiv</b>	<b>kinästhetisch</b>	<b>olfaktorisch</b>
klar	das stimmt	Kraft haben	Schnüffler
Überblick	Harmonie	ergreifen	wittern
Ansicht	Einklang	begreifen	duftend
Perspektive	Widerhall	halten	riechen
Aspekt	knistern	warm	dufte
Sehen	sang- und	befassen	Spürnase
Einblick	klanglos	empfinden	die Nase voll haben
Aufsicht	ich sage mir	entspannt sein	
schleierhaft	Echo	Kontakt	<b>gustatorisch</b>
trüb	unerhört	handhaben	
düster	betont	verärgert	schmecken
strahlend	ruhig	bedrücken	frisch
glänzend	schreien	wegstoßen	bitter
ausmalen	besprechen	bequem	salzig
Fokus	sozusagen	manuell	süß
unscharf	herbeirufen	angreifen	sauer
Farbe	heulen	packen	Leckerbissen
grau in grau	Geräusch	verletzlich	gefundenes Fressen
rosa Brille	horchen	Handlanger	
Erleuchtung	abklappern	blockiert	
Horizont	Tonart		

**Beispiele von Botschaften gespiegelt in den verschiedenen Modalitäten (VAK):**

**Aussage: Verstehen Sie mich?**

Visuell: Ich sehe, was Sie meinen.  
 Auditiv: Ich höre Sie deutlich.  
 Kinästhetisch: Ich habe das Gefühl, dass das, was Sie sagen, richtig ist.

**Aussage: Ich möchte Ihnen etwas mitteilen.**

V: Sie möchten mir etwas zeigen.  
 A: Sie wünschen sich, dass ich Ihnen zuhöre.  
 K: Sie haben die Absicht, mich mit etwas in Kontakt zu bringen.

**Aussage: Ich möchte Ihnen mein gegenwärtiges Gefühl beschreiben.**

V: Beleuchten Sie doch deutlich das Bild, das Sie jetzt sehen.  
 A: Erzählen Sie mir genauer, was Sie jetzt sagen möchten.  
 K: Wo genau in ihrem Körper spüren Sie das, was Sie belastet?

**Aussage: Ich mag die Erfahrung, die wir beide jetzt machen.**

V: Sie sehen klar und deutlich, wie sich die Zusammenarbeit entwickelt.  
 A: Das hört sich für mich wirklich gut an.  
 K: Das gibt mir ein gutes Gefühl.

**Aussage: Ich habe kaum noch Hoffnung.**

V: Die Zukunft erscheint Ihnen ziemlich düster.  
 A: Das höre ich gar nicht so gern.  
 K: Die Erkrankung bedrückt Sie doch sehr.

## **Rapport**

Rapport, auf der bewussten oder unbewussten Ebene, ist der Hauptrahmen aller Kommunikation, jeder zielgerichteten Interaktion und aller Veränderungsarbeit.

Das englische Wort "rapport" ist hergeleitet vom französischen Verb "rapporter", welches "zurückbringen" oder "sich beziehen auf" bedeutet.

Die englische Bedeutung - eine Beziehung in Harmonie, Übereinstimmung, Einklang oder Ähnlichkeit - weist auf die Wichtigkeit von Rapport in der Kommunikation hin. Ein englisches Sprichwort besagt „When people are like each other they like each other.“ Rapport ist definiert als eine Beziehung, die gekennzeichnet ist durch Harmonie, Gleichklang, Einverständnis oder Anziehung.

Karl Mast leitet Rapport in seinem Buch "Kommunikation in Weiß" aus der Hypnose und von Freud ab. Rapport wird in der Hypnose als verbaler und gefühlsmäßiger Kontakt definiert, Freud bezeichnet Rapport als Prototyp der Übertragung (Mast, 1995).

### **Wie wird guter Rapport wahrgenommen?**

Jeder Mensch nimmt Rapport auf seine eigene, subjektive Art wahr: Ich fühle mich verstanden. Ich fühle mich beachtet. Ich fühle mich wohl. Ich spüre Vertrauen. Er geht auf mich ein. Die Kommunikation ist fließend. Sie hört mir zu ... etc.

Von Rapport spricht man auch beim Tapezieren, wenn die Muster einer Tapete harmonisch geklebt sind. Rapport kann auch bei einem Tanzpaar beobachtet werden, das sich harmonisch im Takt und Rhythmus der Musik auf dem Parkett bewegt. Beim Spaziergehen oder Wandern kann beobachtet werden, dass Person A einen Zwischenschritt einlegt, um mit Person B im Gleichschritt, im Rapport, zu gehen.

### **Wie kann Rapport hergestellt werden?**

Rapport kann durch das sogenannte Pacing hergestellt werden. Das Pacing ist ein Spiegeln, Angleichen und Nachempfinden

1. der Stimme: Tonlage, Lautstärke, Rhythmus, Wortwahl (s. Modalitäten)
2. des Atems: Frequenz, Tiefe
3. der Bewegungen: Rhythmus, Geschwindigkeit
  - a. der Mimik: lächelnd - ernst
  - b. Gestik: lebhaft - ruhig, mit einer Hand oder mit beiden
4. der Körperhaltung: aufrecht, gebeugt, zu- oder abgewandt

Beim Pacing werden Bewegungen, Körperhaltung, Stimme oder Atem des Kommunikationspartners nachempfunden. Ziel des Pacen ist, eine intensivere, offenere, vertrauensvollere Kommunikation zu schaffen. Keinesfalls darf dabei der Eindruck des Nachäffens entstehen. Das Pacing ist ein synchrones Angleichen zum Beispiel der Körperhaltung, d.h. in dem Moment, in dem der Patient seine Beine übereinander schlägt, folgt der Arzt.

Das Angleichen kann vielleicht in der Arzt-Patienten-Kommunikation folgendermaßen aussehen: Der Patient setzt sich mit einem tiefen Seufzer seinem Behandler gegenüber: "Ach ja, Herr Dr. XY...", und der Arzt nimmt diesen Seufzer auf, indem er ebenfalls tief Luft holt, so dass beide "auf einer Wellenlänge" sind. Das tiefe Durchatmen sollte nicht eins zu eins gespiegelt werden, sondern um ca. die Hälfte in der Stärke reduziert werden, um den Effekt des Angenommenseins zu erzielen. Ein gleich starkes Seufzen könnte beim Patienten vielleicht die Reaktion hervorrufen: "Herr Doktor, haben Sie's auch schwer?" oder "Frau Doktor, ist es Ihnen nicht gut?".

Viele Menschen, die einen guten Zugang zu anderen haben, stellen unbewusst Rapport her. Um die Kommunikation zu optimieren, werden in der NLP-Ausbildung die bisherigen Strategien bewusst gemacht, um sie dann gezielt einsetzen zu können, bzw.



wie in den vier Stufen des Lernens beschrieben, wieder unbewusst kompetent verwenden zu können.

### **Zeitlich versetzt spiegeln**

Bewegungen des Gegenübers können auch mit zeitlicher Verzögerung ausgeführt werden, wenn sich z.B. der Patient im Stuhl zurücklehnt und der Arzt nach kurzer Zeit ebenfalls seine Sitzposition verändert.

### **Überkreuz pacen**

Atem und Bewegung werden mit einer Bewegung eines anderen Körperteils aufgenommen. Jedes Mal, wenn der Patient sich am Kinn kratzt, bewegt der Arzt z. B. den Finger auf dem Tisch.

Eine andere Möglichkeit des überkreuz spiegeln, bietet sich, indem der Rhythmus des Atems mit der Fußspitze aufgenommen wird.

### **Emotional spiegeln**

Das Spiegeln, also das respektvolle Nachempfinden der Gefühlslage eines Patienten kann besonders in Beratungssituationen eine Hilfe sein, die zum Verständnis beiträgt. Dieses "Einfühlungsvermögen" kann erheblichen Anteil daran haben, dass Patienten das Gefühl haben, dass sie in guten Händen sind.

Das Herstellen von Rapport durch Pacing der Körperhaltung hat eine sehr starke Wirkung, da wir, wie bei den Grundannahmen dargestellt, nicht nicht kommunizieren können und das körperlich Sichtbare der stärkste Wirkfaktor ist.

Rapport zwischen Arzt und Patient beginnt also beim ersten Kontakt. Durch Rapport wird der Patient da abgeholt, wo er innerlich steht.

Rapport kann nicht nur auf der interpersonellen Verhaltensebene, sondern auch auf anderen Ebenen, wie z.B. Umfeld, Kleidung, Ausdrucksvermögen, hergestellt werden. Die Praxisräume und die Ausstattung tragen zur Vertrauensbildung und zum Wohlfühlen der Patienten bei (Mast, 1995). Eine hochmoderne schwarz-weiß-gefließte Praxis mit Designerstühlen im Wartezimmer kann bei Patienten in Köln-Kalk Befremden auslösen, wohingegen eine solche Praxis in Köln-Bilderstöckchen rapportfördernden Einfluss haben kann. Der Arzt nimmt mit der Wahl des Standortes und der Praxisausstattung Einfluss auf das Patientenklintel.

Rapport-Techniken entsprechen in der Intention den Empathie-Techniken, die bei Rogers als Einfühlen in die Wahrnehmungswelt des anderen beschrieben werden. Um Empathie herzustellen, sollte der Arzt sich in einen Als-Ob-Zustand versetzen, um das Erleben der Patienten nachzuvollziehen (Geisler, 1992).

Rapport aufzubauen, ist die Basis für die gemeinsame Arbeit zwischen Patient und Arzt (für die Compliance) und die Voraussetzung für einen Veränderungsprozess. Wenn über das Pacen z.B. der angespannten, verkrampften Körperhaltung Rapport zum Patienten hergestellt wird, kann durch das Aufrichten des Körpers und das Entspannen der Muskeln der Patient in einen anderen Zustand geführt werden (Mohl, 1993).

"Pacen ist das Bauen der Brücke durch Rapport und Respekt. Leading bedeutet, Ihr Verhalten so zu ändern, dass die andere Person folgt. Führen wird ohne Rapport nicht funktionieren. Sie können jemanden nicht über eine Brücke führen, ohne zuerst die Brücke zu bauen" (O'Connor/Seymour, 1992, S. 51).

## Ankern

Im NLP wird ein Stimulus, der mit einem physiologischen Zustand verbunden ist und ihn auslöst, Anker genannt (O'Connor/Seymour, 1992). Anker sind wesentliche Bestandteile der menschlichen Orientierung. So werden z.B. bei der Ausformung der inneren Landkarten im Kopf eines jeden Menschen unzählige Reize mit inneren Reaktionen verknüpft. Normalerweise wirken Anker, ohne dass man es merkt. Sie können jedoch gezielt eingesetzt werden, um innere Zustände zu steuern. Der berühmte Knoten im Taschentuch, um sich an etwas zu erinnern, ist ein gezielter Anker, der vielleicht im Alltagsgebrauch nicht so genannt wird.

Während ihrer Beobachtungen von Satir, Perls und Erickson stellten Bandler und Grinder fest, dass die drei Therapeuten mit visuellen, auditiven und kinästhetischen Ankern arbeiteten. Satir arbeitete mit unterschiedlichen Raumpositionen der Klienten und mit Körperberührungen. Bandler und Grinder beobachteten, dass Perls ebenfalls Körperberührungen und Raumpositionen einsetzte und darüber hinaus auch mit seiner Stimme bestimmte Worte markierte. Erickson, der zu der Zeit der Beobachtung im Rollstuhl saß, setzte seine Körperbewegungen ein und variierte in der Aussprache, um Satzteile hervorzuheben (Mast, 1995).

Ankern geht auf die Erkenntnisse von Pawlows klassischem Konditionieren zurück. Pawlow stellte fest, dass es neben unbedingten, angeborenen auch bedingte, erlernte Reflexe gibt, die sich durch konditionierte Reize auslösen lassen.

Das Ankern unterscheidet sich nach Grochowiak vom Klassischen Konditionieren in folgenden Punkten:

1. Bei der Arbeit mit Ankern muss die Verbindung zwischen Reiz und Reaktion nur einmal hergestellt werden.  
Wie ich im Folgenden darstellen werde, muss der Zusammenhang zwischen Reiz und Reaktion nicht immer bei der ersten Installation funktionieren. Meiner Ansicht nach sind unter Umständen mehrere Anläufe (wie beim klassischen Konditionieren) nötig, um die Verbindung wiederaufrufbar zu machen, was sich auch mit meinen praktischen Erfahrungen als NLP-Master-Practitioner deckt.  
O'Connor und Seymour schreiben, dass Wiederholung insbesondere dann nötig ist, "wenn es keine emotionale Beteiligung gibt. Denken Sie daran, dass etwas Interessantes und Aufregendes leicht zu lernen war. Fakten, die Sie nicht interessieren, brauchten viel Wiederholung. Je weniger Sie gefühlsmäßig beteiligt sind, desto mehr Wiederholungen werden nötig, um die Verknüpfung zu lernen" (O'Connor/Seymour, 1992, S. 97).
2. Die Verstärkung eines Ankers ist nicht notwendig.
3. Innere Prozesse werden mit einbezogen. Es gibt keine Black Box wie im Behaviorismus.
4. Innere Zustände können auch als Anker dienen, z.B. kann anhaltender Hunger zum Anker für Ärger werden. (Grochowiak, 1995).

Anker gibt es in jedem Sinnessystem und sie begegnen uns täglich. Wer sich einmal am Arbeitsplatz oder auch zu Hause bewusst umschaute, wird feststellen, dass wir geradezu umzingelt sind von Ankern.

Visuelle Anker in der Arzt-Patienten-Kommunikation sind zum Beispiel die Farbe der Tablette, die mit einer guten Wirkung verbunden wird. Wenn ein neues Präparat mit demselben Wirkstoff auf den Markt kommt, jedoch eine andere Farbe und andere Form hat, kann es sein, dass der Patient subjektiv meint, die Tabletten wirken nicht oder zumindest weniger. Ein vermehrt auftretendes Problem im Zeitalter eines budgetierten Gesundheitssystems, wo der Arzt in erster Linie nur noch den Wirkstoff aufschreiben soll und der Apotheker die Wahl des Produktes trifft.

Darüber hinaus wirken als visuelle Anker Modelle, Zeichnungen – in einigen (Zahn-) Arztpraxen gibt es Backboards - oder auch Röntgenbilder, die zur Erläuterung herangezogen werden.

Der Radiowecker, der morgens das Zeichen zum Aufstehen gibt, ist ein auditiver Anker. Wenige Töne eines Liedes oder ein ganz bestimmter Geruch können schlagartig an den letzten Urlaub erinnern. Da die Zeit der Ruhe und Erholung vielleicht besonders intensiv genossen wurde, sind deshalb die Eindrücke aus dieser Zeit besonders stark verankert. Ganz intensiv wird im Bereich der Werbung mit Ankern gearbeitet (Erkennungsmelodien, Logos). Hier genügen oft wenige Töne oder Bilder, um zu wissen, welches Unternehmen gerade für sich wirbt.

Kinästhetische Anker werden durch Berührung bestimmter Körperstellen, wie zum Beispiel Arm, Hand, Schulter gesetzt. Das Trostspenden durch Handauflegen ist ein kinästhetischer Anker.

Der Geruch und der Geschmack von Speisen kann Kindheitserinnerungen ins Gedächtnis rufen. Es sind olfaktorische und gustatorische Anker.

Da wir ständig unbewusst ankern, somit auch negative Situationen ankern, wird im Neuro-Linguistic-Programming der bewusste Einsatz von Ankern gelehrt. Das Wort "Spritze" kann für manche Patienten ein negativer kinästhetischer Anker sein, wenn damit Kindheitserinnerungen verknüpft werden, in denen ein Arzt oder eine Praxismitarbeiterin in bester Absicht sagte: "Die Spritze tut nicht weh" und es piekste doch. Der Bohrer beim Zahnarzt ist für viele Menschen ein auditiver Anker, der ebenfalls meistens keine guten Erinnerungen wachruft. Im Bereich der Phobien kann ein externer Reiz einen sehr starken negativen Zustand auslösen.

Für das Arzt-Patienten-Gespräch kann das Ankern sehr wertvoll sein, weil dem Arzt ein Instrument an die Hand gegeben wird, das ihn befähigt, Patienten, die in der Regel in einem negativen körperlichen und seelischen Zustand zu ihm kommen, in einen guten Zustand zu versetzen, d.h. durch "[...] Kommunikation das Selbstwertgefühl dieses Menschen zu heben, seine inneren Fähigkeiten zu wecken, seine Physiologie zu ändern und diese dann auch besonders hervorzuheben" (Mast, 1995, S. 78).

Patienten können in einen guten emotionalen und körperlichen Zustand versetzt werden, indem Ressourcen ("Kraftquellen", s. S. 41) geankert werden. Ziel ist es, positive Ressourcen aus der Vergangenheit oder aus der vollendeten Zukunft (Als-Ob-Methode) in die gegenwärtige Situation zu übertragen. Besonders ressourcenreiche Zustände werden im NLP "Moments of Excellence" genannt. Im Arzt-Patienten-Gespräch wird der Patient dabei gebeten, sich an drei Situationen aus seinem Leben zu erinnern, in denen er ein Maximum an Energie, Zufriedenheit sowie Fähigkeiten zur Verfügung hatte und in denen er eine Leistung erbrachte, auf die er heute noch stolz ist.

Im nächsten Schritt wird aus den drei Situationen die stärkste, d.h. die positivste Erinnerung ausgesucht. Wichtig ist für den Arzt, darauf zu achten, dass es sich um einen "reinen" Moment of Excellence handelt, ohne negativen Beigeschmack.

Der Patient wird gebeten, in seiner Vorstellung in die Situation noch einmal gedanklich hineinzugehen. Der Arzt begleitet ihn verbal, indem er ihn durch alle Sinne führt. Er bittet den Patienten, Einzelheiten wahrzunehmen, auf Geräusche, Stimmen zu achten, eventuell Geruch oder Geschmack zu identifizieren, um dann das Gefühl nachzuerleben. Wenn der Patient das Gefühl am intensivsten erlebt, wird ein Anker gesetzt.

Am effektivsten sind kinästhetische Anker, z.B. durch Berühren am Arm oder am Handgelenk. Das Arbeiten mit kinästhetischen Ankern bietet sich für die Arztpraxis an, da der Arzt den Patienten aufgrund seiner Berufsrolle berühren darf.

Die Wirkung eines positiven Ankers kann getestet werden, indem er durch erneutes Berühren der Körperstelle aufgerufen wird. Hat die Verknüpfung des Erlebnisses mit dem externen Reiz funktioniert, wird der Patient den "Moment of Excellence" erleben. Sollte das Ankern dieser Ressource nicht gelungen sein, kann der Vorgang (wie, im Behaviorismus) wiederholt werden.

Eine besondere Form des Moment of Excellence ist eine Liste der ganz persönlichen "Topzustände". Der Patient schreibt seine persönlichen ressourcenreichsten Situationen in eine Liste und versieht die Erlebnisse mit je einem Codewort. In besonders anstrengenden, stressgeladenen Situationen kann ein Blick auf die Liste Energien freisetzen, indem das Lesen des Codewortes die kraftvolle Situation wieder zurückbringt.

Um erfolgreich zu ankern, sind folgende Punkte zu beachten:

- ✓ Anker sollten dann eingesetzt werden, wenn der Zustand des Nacherlebens seinen Höhepunkt erreicht hat. Der Druck der Berührung sollte der Intensität des Erlebens entsprechen.
- ✓ Der Zustand sollte rein, d.h. frei von negativen Emotionen, sein.
- ✓ Anker sollten einzigartig und charakteristisch sein, d.h. **ein** Anker sollte nur für **ein** Erlebnis stehen. Zum Beispiel steht der Knoten im Taschentuch für "Oma am Bahnhof abholen" und nicht für "Wäsche waschen, bügeln, aufräumen und Oma abholen".
- ✓ Anker sollten einfach aufrufbar und exakt in derselben Weise wiederholbar sein, d.h. ein kinästhetischer Anker sollte so gesetzt werden, dass er genau so wieder aufrufbar ist. Es empfiehlt sich daher, z.B. Handknochen zu ankern, da sie einfach und exakt wiederaufrufbar sind.
- ✓ Die Körperstelle des kinästhetischen Ankers muss neutral sein, d.h. sie darf nicht mit anderen Erlebnissen in Verbindung gebracht werden. Ein Handgelenk, das durch einen Fahrradunfall gebrochen wurde, eignet sich weniger als positive Ankerstelle. Viele Menschen haben in ihrem Verhaltensrepertoire unauffällige Gesten oder Selbstberührungen, wie z.B. das Kratzen am Kinn oder am Nacken, das Berühren der Nase oder der Haare, das Spielen mit dem (Ehe-) Ring oder mit der Uhr. In solchen Fällen sollte überprüft werden, ob eine Assoziation oder ein Gefühl mit diesen Verhaltensweisen verbunden ist.
- ✓ Anker sollten mit einem Zustand verknüpft werden, der klar und vollständig wiedererlebt wird.

Mast führt Beispiele aus seiner Praxis für den Einsatz von Ankern an. Er wendet die Technik des Ankerns bei der Krebsnachsorge an, indem er das Gefühl der Erleichterung, wenn kein bösartiges Fortschreiten auftritt, durch das Verändern seines Gesichtsausdrucks und seiner Körperhaltung kongruent zum Gefühl der Erleichterung visuell oder kinästhetisch durch Berührung ankert.

Mast setzt Anker auch zur Behandlung von traumatischen Erlebnissen, wie z.B. Autounfällen, ein, wobei er eine stressbeladene Unfallsituation mit Entspannung, Freude am Autofahren verbindet, so dass wieder eine neutrale Einstellung zum Autofahren entsteht. Mast beschreibt in diesem Zusammenhang eine beschleunigte Heilung des Halswirbelschleudertraumas (Mast, 1995).

Anker begegnen uns überall in der Umwelt. Der bewusste und gelernte Einsatz in der Arzt-Patienten-Kommunikation kann, wie Mast zeigt, Patienten helfen, eine deutliche Verbesserung der vorher geschilderten Symptome zu fühlen und begleitend zur medizinischen Behandlung den Heilungsprozess unterstützen.

Die Methode des Ankerns ist eine grundlegende Technik im NLP, die Bestandteil in vielen weiteren NLP-Interventionen ist. Die dargestellten Einsatzmöglichkeiten stellen nur einen Ausschnitt dar, verdeutlichen allerdings, dass Anker im Arzt-Patienten-Gespräch die Kommunikation optimieren.

### **Besondere Formen des Ankerns:**

#### **Anker stapeln**

Werden verschiedene Ressourcen, also positive Zustände, mit demselben externen Reiz, also Anker, verbunden, wird von Anker stapeln gesprochen. Das Stapeln von Anker empfiehlt sich z.B. bei Patienten, die sich ausschließlich an Ressourcen geringer Intensität erinnern (Mohl, 1993). Wenn mehrere Moments of Excellence gestapelt werden, erhält man einen sogenannten "Power Anchor", der noch umfangreichere Ressourcen zur Verfügung stellt.

#### **Anker verketteten**

In manchen Problemsituationen brauchen wir mehr als eine Ressource zur Bewältigung. "Anker können so verkettet werden, dass einer zum nächsten führt. Jeder Anker ist ein Kettenglied und löst das nächste aus, genau wie ein elektrischer Impuls im Körper von einem Nerv zum nächsten fließt" (O'Connor/Seymour, 1992, S. 106). Es empfiehlt sich die verschiedenen Ressourcen zum Beispiel auf den Fingerknöcheln zu ankern.

Gehen wir von einem Problemzustand Stress, Burn-out, aus, der vielen Ärzten bekannt ist. Als Ressource wird Kreativität und Entspannung definiert. Es wird eine Situation im Leben ausgewählt, in der ein hohes Maß an Kreativität vorhanden war und diese wird auf dem Fingerknöchel des Zeigefingers geankert. Der Kreativzustand wird unterbrochen und es wird eine Situation, die als besonders entspannend empfunden wurde, ausgesucht. Diese wird auf dem Fingerknöchel des Mittelfingers geankert. Gedanklich wird die Stresssituation aufgerufen und der erste Anker für Kreativität ausgelöst. Wenn das Erleben das Maximum erreicht hat, wird der Anker für Entspannung ausgelöst. Das Aufrufen von Anker, die in einer Reihe verkettet wurden, wird im NLP Feuern genannt.

#### **Anker kollabieren**

Beim Anker kollabieren werden ein nicht erwünschter negativer Zustand und ein positiver Zustand geankert. Beide Anker werden gleichzeitig ausgelöst. Es taucht in der Regel zunächst ein Zustand der Verwirrung auf, so als ob man sich heiß und kalt zugleich fühlt. Nach der Verwirrung tritt ein neues Gefühl an die Stelle des negativen Zustands.

Das Ankern ist eine Technik, die bei der Practitioner-Ausbildung unterschiedliche Reaktionen auslöst. Einige Teilnehmer haben direkt beim ersten Mal ein „Aha-Erlebnis“ andere brauchen etwas länger, um sich einen Zugang zu schaffen. Das Arbeiten mit Anker ist in der Kommunikation und der Beratung eine effektive Methode, die geübt werden will.

## **Ressourcen**

Unter Ressourcen verstehen wir unsere eigenen Kraftquellen (eigentlich Rohstoffe), die zum Erreichen eines Ziels, zum Erfolg, beitragen: Gedanken, Strategien, Erfahrungen, Fähigkeiten, Zustände, Menschen, Gegenstände. Ressourcen können in der Gegenwart und in der Vergangenheit gefunden werden. Zur Einstimmung eine kleine Geschichte:

### **Zuhören**

"Was die kleine Momo konnte wie kein anderer, das war: Zuhören. Das ist doch nichts Besonderes, wird nun vielleicht mancher Leser sagen, zuhören kann doch jeder.

Aber das ist ein Irrtum. Wirklich zuhören können nur ganz wenige Menschen. Und so wie Momo sich aufs Zuhören verstand, war es ganz und gar einmalig.

Momo konnte so zuhören, dass dummen Leuten plötzlich sehr gescheite Gedanken kamen. Nicht etwa, weil sie etwas sagte oder fragte, was den anderen auf solche Gedanken brachte, nein, sie saß nur da und hörte einfach zu, mit aller Aufmerksamkeit und aller Anteilnahme. Dabei schaute sie den anderen mit ihren großen, dunklen Augen an, und der Betreffende fühlte, wie in ihm auf einmal Gedanken auftauchten, von denen er nie geahnt hätte, dass sie in ihm steckten.

Sie konnte so zuhören, dass ratlose oder unentschlossene Leute auf einmal ganz genau wussten, was sie wollten. Oder dass Schüchterne sich plötzlich frei und mutig fühlten. Oder dass Unglückliche und Bedrückte zuversichtlich und froh wurden. Und wenn jemand meinte, sein Leben sei ganz verfehlt und bedeutungslos und er selbst nur irgendeiner unter Millionen, einer, auf den es überhaupt nicht ankommt und der ebenso schnell ersetzt werden kann wie ein kaputter Topf - und er ging hin und erzählte alles das der kleinen Momo, dann wurde ihm, noch während er redete, auf einmal auf wunderbare Weise klar, dass er sich gründlich irrte, dass es ihn, genauso wie er war, unter allen Menschen nur ein einziges Mal gab und dass er deshalb auf seine besondere Weise für die Welt wichtig war.

So konnte Momo zuhören!" (Ende, 1973, S. 15-16)

Momo ist für andere Menschen eine wichtige Ressource. Durch ihre Fähigkeit zuzuhören, hilft sie anderen, ihre Ziele zu erreichen.

Eine der beschriebenen NLP-Grundannahmen besagt, dass wir bereits über alle nötigen Ressourcen zur Veränderung verfügen und dass jedes Verhalten eine Ressource ist. Ziel ist es, diese Kräfte in uns bewusst und nutzbar zu machen.

Wenn wir uns unwohl fühlen (Problem-, Blockadezustand) haben wir keinen Zugang zu unseren Ressourcen. Es fehlt die Kraft, uns aus dem Problemzustand zu lösen. Gute Leistungen erfordern innere Energie. Je leichter wir Zugang zu unseren Kraftquellen finden, desto leichter fallen Verhaltensveränderungen. Die optimale Basis für schwierige Gespräche bildet ein Ressource-Zustand. Unsere Kraftquellen können wir in Form von inneren Bildern aufrufen. Innere Bilder sind Bestandteil gedanklicher Prozesse. Bei der Arbeit mit Ressourcen sollen die inneren Bilder genutzt werden.

## Zustände

Der folgende Abschnitt ist dem Thema *Zustände* (Was erlebe ich innerlich?) gewidmet. Zustände drücken sich in der äußerlich wahrnehmbaren Physiologie aus. Um objektiv den momentanen Zustand des Patienten zu erkennen, ist es hilfreich, alle äußerlich sichtbaren Kriterien wahrzunehmen. Es kann nämlich sein, dass das äußere Bild eines Menschen darauf schließen lässt, dass er starke Probleme hat, die Aussage von ihm aber lautet: "Es ist eigentlich ganz okay".

Das genaue, detaillierte Wahrnehmen äußerlich sichtbarer Zustände wird im NLP kalibrieren genannt. Kalibrieren bedeutet sich auf mein Gegenüber zu eichen, indem ich wahrnehme, wie Mimik, Gestik und Atem aussehen, wie sich die Stimme anhört und vielleicht auch wie sich der Händedruck o.ä. anfühlt. Wenn ich bei einer Person anrufe, die mir sehr nahe steht, kann ich anhand der Stimme, während sie sich meldet, hören, in welchem Zustand sich die Person gerade befindet.

Folgende Parameter sind im NLP beim Kalibrieren von Bedeutung:

- Atmung, Frequenz und Volumen
- Lippenform
- Gesichtsfarbe
- Muskeltonus, Muskelspannung
- Haltung
- ideomotorische, unbewusste Bewegungen
- Augen: Blickrichtung, Lidreflex, Größe, Feuchtigkeit
- Stimme, Tonlage, Lautstärke, Timbre
- Schweißproduktion (Stahl, 1998)

Strenggenommen gibt es unendlich viele Zustände und Physiognomien, da jeder Moment einzigartig ist und einmalige Wahrnehmungen bietet. Es gibt jedoch einige Grundmuster, die in vielen Situationen auftreten und die gerade dann, wenn es um Veränderungsarbeit geht, von besonderer Bedeutung sind.

Dabei kann zwischen dem Problem-Zustand oder Stuck-State, dem Unterbrecher oder Separator-State, dem Ressource-Zustand und dem Wunsch- oder Ziel-Zustand unterschieden werden.

### **Problem-Zustand**

Wenn ein Mensch sich mit einem Problem, z.B. starken Schmerzen, emotional stark assoziiert, drückt sich dies auch in körperlich sichtbaren Anzeichen aus. Er zeigt eine Problem-Physiognomie.

Menschen handeln immer so, wie es ihnen zur Zeit am besten möglich ist. Derjenige, der z.B. eine Problem-Physiognomie zeigt, hat (noch) keine andere oder bessere Möglichkeit, mit seiner Situation umzugehen.

### **Stuck State**

Eine extreme Form des Problem-Zustandes ist der Stuck State. Hier hat der Betroffene jeden Kontakt zu seinen Ressourcen verloren.

### **Separator-State**

Um einen Problem-Zustand verlassen zu können, ist es notwendig, einen Unterbrecher oder Separator (unter Beibehaltung von Rapport) zu setzen. Ein Separator ist ein neutraler Reiz, der das bisher vorherrschende Wahrnehmungsmuster durchbricht. Er ermöglicht einen Zustandswechsel.

Beispiele sind aus der Show-Hypnose bekannt, wenn der Hypnotiseur plötzlich mit den Fingern schnippt oder deutlich lauter spricht, um seinen Klienten in die Gegenwart zurückzuholen.

Im Arzt-Patienten-Gespräch kann unter Beachtung von Rapport mitten in einer Problemschilderung nach der Uhrzeit oder nach dem Befinden der Familie gefragt werden.

Dazu bedarf es eines feinen Gespürs, um den Gesprächspartner nicht vor den Kopf zu stoßen.

### **Ressource-Zustand**

Wenn der Problem-Zustand unterbrochen wurde, kann gemeinsam mit dem Patienten auf die Suche nach Ressourcen gegangen werden. Wie war es vor dem Ereignis? Gibt es Kraftquellen in der Vergangenheit, aus denen sich Energien für heute und die Zukunft schöpfen lassen? Das Arbeiten mit dem Moment of Excellence ist eine Möglichkeit, Ressourcen aufzurufen. Es sind Situationen hilfreich, aus denen sich für die augenblickliche Problemlage Reserven schöpfen lassen. Sich im Ressource-Zustand zu befinden, bedeutet alle persönlichen Fähigkeiten und Energien zur Verfügung zu haben.

Die Ressource-Physiognomie ist der Ziel-Physiognomie ähnlich. Der Unterschied besteht in der Hauptsache darin, dass die Ziel-Physiognomie sich auf die Zukunft bezieht, die Ressource-Physiognomie macht Erfahrungen aus der Vergangenheit und Gegenwart nutzbar.

### **Ziel-/Wunsch-Zustand**

In die Ziel- oder Wunsch-Physiognomie gelangt der Patient, sobald er innerlich Kontakt zu seinen Zielen herstellen kann. Das Thema Ziele ist auch Bestandteil der zweiten NLP-Practitioner-Ausbildungsstufe und wird dort näher behandelt.

### **Ankern von Ressourcen**

Ziel beim *Ankern* von *Ressourcen* ist es, positive Ressourcen aus der Vergangenheit zu nutzen, um eine gegenwärtige (Blockade-) Situation zu überwinden.

Zum Beispiel soll ein Arzt einen Vortrag vor Kollegen halten. Der Arzt hat mit (starker) Nervosität vor und bei der Rede zu kämpfen. Die Ressource, die er gebrauchen könnte, ist Gelassenheit.

### **Beim Ankern von ressourcervollen Zuständen bei anderen Menschen wird folgendermaßen vorgegangen:**

Der Gesprächspartner wird gebeten, die Situation, den Zustand (z.B. Nervosität), in der ihm eine Ressource fehlt, zu benennen und der Ressource einen Namen (z.B. Gelassenheit) zu geben. Es ist sinnvoll zu testen, ob genau diese Ressource fehlt, indem der Gesprächspartner gefragt wird, wie sich die zukünftige Situation mit der Ressource verändert. Wenn die Ressource und deren Nutzen dem Begleiter als nicht angemessen erscheinen, sollten weitere gesucht werden.

Die Person wird gebeten sich an Momente zu erinnern, die sie erlebt hat, in denen die gegenwärtig fehlende Ressource zur Verfügung stand. Aus den Situationen der Vergangenheit wird die stärkste, intensivste Ressource ausgewählt. Sollte es dem Gesprächspartner schwer fallen, eine Situation zu finden, in der die Ressource zur Verfügung stand, können andere Personen, Freunde oder Bekannte, oder auch Menschen des öffentlichen Lebens, die diese Kraftquelle haben, herangezogen werden.

Die ressourcervolle Situation wird mit einem Anker festgehalten. Es kann ein visueller Anker in Form eines Symbols, ein auditiver Anker – eine Melodie oder ein Wort – oder wahlweise ein kinästhetischer Anker gesetzt werden.



Zum Schluss wird der Gesprächspartner gebeten, an die Situation in der Zukunft (Vortrag vor Kollegen) zu denken, in der der Ressource-Zustand benötigt wird. Es wird ein Signal (visuell, auditiv oder kinästhetisch) ausgewählt, das daran erinnert, dass diese Ressource benötigt wird. Das Signal kann nach mehrfachem Einsatz selber zum Anker des Ressourcezustandes werden.

Ressourcen ankern hilft, aus Problem- und Blockadezuständen herauszukommen. Um etwas Erfahrung mit dieser Methode zu sammeln, kann es hilfreich sein, sich selbst zunächst einmal in einen ressourcervollen Zustand zu versetzen und diesen zu ankern.

### **Augenzugangshinweise**

Anhand der Augen können wir erkennen, ob eine Person gerade stärker in Bildern, Klängen oder Gefühlen denkt. Die Augenbewegungen geben Hinweise darauf, ob Erinnerungen aufgerufen werden oder etwas Neues konstruiert wird. Eine Volksweisheit sagt: "Das kann man von den Augen ablesen." Da wir unsere Augen in systematischer Weise in unterschiedliche Richtungen bewegen, kann an den Augen gesehen werden, welches Repräsentationssystem verwendet und bevorzugt wird. "Neurologische Studien haben gezeigt, dass unterschiedliche Teile des Gehirns aktiviert werden. Diese Bewegungen werden in der Literatur laterale Augenbewegungen genannt" (O'Connor/Seymour, S. 70).

Wenn jemand gefragt wird: "Welche Farbe hat der Teppich in Ihrem Wartezimmer?", werden bei dieser Frage wahrscheinlich unbewusst die Augen nach links oben schauen. Wenn **Rechtshänder** sich bekannte Bilder ins Gedächtnis rufen, gehen die Augen in der Regel nach links oben.

Wenn wir etwas visuell konstruieren, gehen unsere Augen meistens nach oben rechts. Der Zugang zum visuellen Kanal befindet sich also im oberen Bereich der Augen.

Die Augen bewegen sich nach rechts, wenn wir Geräusche, Melodien konstruieren. Erinnern wir uns an unser Lieblingslied, gehen die Augen nach links.

Rufen wir uns ein Gefühl auf, schauen wir nach unten rechts. Wenn wir in Gedanken (innerer Dialog) sind, blicken wir nach links unten.

Die meisten Rechtshänder bewegen die Augen, wie oben dargestellt. Bei Linkshändern können die Zugänge umgekehrt sein. Obwohl die Berücksichtigung von Augenbewegungsmustern auch bei der Kriminalpolizei Einzug erhalten hat, sollten keine vorschnellen Schlüsse über Konstruktion und Erinnerung gezogen werden. Die Antwort, ob das Modell der Augenbewegungen bei einer Person zutreffend ist, findet sich nur in der Person. Die Zugangshinweise einer Person bleiben immer gleich!

Möglichkeiten, das Erkennen der Augenbewegungsmuster zu üben, bieten die unten angeführten Fragen:

**visuell-konstruierend (vk):**

Können Sie sich vorstellen, wie Sie wirken würden, wenn Sie grüne Haare hätten?  
Wie würden Deine Fingernägel wohl aussehen, wenn Du nicht mehr daran knabberst?

**visuell-erinnernd (ve)**

Wie viele Stühle stehen im Wartezimmer?  
Welche Farbe hatte Dein erstes Fahrrad?

**auditiv-konstruierend (ak)**

Wie würde sich der Schrei einer Rose anhören, die gerade vom Strauch abgeschnitten wird?  
Wie klingt Dein Name rückwärts?

**auditiv-erinnernd (ae)**

Wie ist der Ton, wenn Sie beim Telefonieren ein Freizeichen haben?  
Kannst Du Deine Lieblingsmelodie summen?

**kinästhetisch (k)**

Wie fühlt sich die Salbe auf Ihrer Haut an?  
Welcher Fuß ist momentan wärmer, rechts oder links?

**innerer Dialog (Id)**

Was sagen Sie zu sich selbst, um sich zu motivieren?  
Welchen Tonfall hast Du, wenn Du mit Dir selber sprichst?

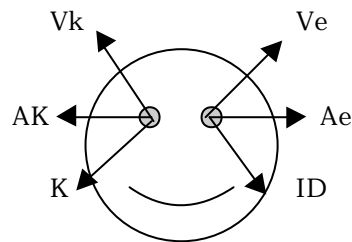


Abbildung 5: Augenzugangshinweise

Es ist häufig eine Abfolge von Augenbewegungen zu beobachten. D.h. eine Person geht eine Reihe von Gedanken durch, bevor sie auf eine bestimmte Frage antwortet. Wenn ich nach dem Ton der Praxisklingel frage, kann es sein, dass mein Gegenüber sich zunächst ein Bild vom Flur und von der Haustür macht – die Augen also nach oben rechts gehen, bevor der Ton (Augen waagrecht nach rechts) aufgerufen wird. Im Praxisalltag erhält der Arzt über die Augenmuster Hinweise auf interne Prozesse und Strategien (vgl. Kapitel Strategien, S. 158) seiner Patienten und kann sich somit auf die einzelne Situation besser einstellen.

## 2. Baustein: Meta-Modell, Ziele und neurologische Ebenen

### Das Meta-Modell der Sprache

Historisch betrachtet, ist das Meta-Modell eines der ersten eigenständigen Entwicklungen im NLP. Es basiert auf den Ergebnissen der Beobachtungen der Therapiesitzungen von Perls und Satir durch Bandler und Grinder und enthält darüber hinaus Elemente aus der Transformationsgrammatik von Noah Chomsky. Chomsky und andere Transformationsgrammatiker haben ein formales Modell der sprachlichen Repräsentation der Welt entwickelt, um die regelmäßigen Muster im (unbewussten) Gebrauch der Sprache beschreiben zu können. Da es ein Modell der Repräsentation der Welt ist, wird es Meta-Modell genannt (Bandler/Grinder, 1992).

Ziel des Meta-Modells ist es, durch Fragen Informationen zu sammeln, Zusammenhänge zu klären, einschränkende Einstellungen aufzudecken und die Wahlmöglichkeiten einer Person zu erweitern. Meiner Meinung nach ist dies ein Modell, das der Arzt in seiner täglichen Praxis bei der Anamnese umsetzen kann, um in kurzer Zeit möglichst viele Informationen vom Patienten zu erhalten.

Karl Mast, der selber Arzt für Allgemeinmedizin ist, führt an, dass es für viele ein trockenes und langweiliges Modell ist (Mast, 1995). Während meiner Practitioner-Ausbildung war es für mich eines der interessantesten, da es sofort im Alltag anwendbar ist. Ich werde dieses umfassende Modell kurz mit seinen Möglichkeiten, insbesondere für das Arzt-Patienten-Gespräch, darstellen.

Worte haben die Kraft, beim Zuhörer Vorstellungen in Form von Bildern, Klängen oder Gefühlen hervorzurufen. Wörter haben die Bedeutung, die wir ihnen gegeben haben. Sprache als Werkzeug der Kommunikation ist eine vereinbarte gemeinsame Grundlage, um mit anderen in Kontakt zu treten. Wörter geben allerdings nur ein Abbild unseres Erlebens wieder, nicht die Erfahrung selber. Die vollständige Erfahrung nennen Linguisten Tiefenstruktur. Gedanken und Gefühle fließen schneller durch den Kopf, als sie in Worte umgesetzt werden können. Das, was wir tatsächlich sagen, wird hier als Oberflächenstruktur bezeichnet. Wenn die genauen, vollständigen Sinneswahrnehmungen verbalisiert werden, verallgemeinern, verzerren und tilgen wir einen Teil des Erlebten. Ziel des Arztes kann es sein, die getilgten, verallgemeinerten und verzerrten Informationen des Patienten durch gezieltes Fragenstellen zu einem umfassenden Bild zu verdichten; d.h. das sprachlich Dargestellte in seine möglichst vollständig wahrnehmbare Form zurückzuführen.

Das Meta-Modell wird in drei Hauptäste unterteilt (vgl. Abbildung 5, Seite 60)

- Tilgungen. Wir lassen einen Teil der Informationen aus, der in der Tiefenstruktur verfügbar ist.
- Generalisierung. Wir verallgemeinern, um zu verkürzen und zu vereinfachen oder zu übertreiben.
- Verzerrungen. Wir geben eine vereinfachte Version wieder, die die Bedeutung verändert.

Dass wir in unserer Sprache tilgen, verzerren, generalisieren, hat also auch Vorteile. Für den Arzt kann es jedoch sinnvoll sein, diese fehlenden Informationen zu erfragen, um sich in der Anamnese ein umfassendes Bild zu machen. Die Kunst des Fragens besteht darin, dem Patienten nicht zu nahe zu treten und auf Rapport zu achten. Jochims weist darauf hin, dass anhand des Satzbaus und der Wortwahl die Meta-Modell-Verletzungen erkannt werden können (Jochims, 1995).

Im Folgenden werden die Hauptäste Tilgungen, Generalisierungen und Verzerrungen mit ihren Zweigen und möglichen Fragen vorgestellt.

## **Tilgungen hinterfragen**

Jede Art von Verdichtung unserer Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Punkt bedeutet, andere Aspekte von unserer direkten Wahrnehmung auszuschließen. Ärzte verdichten ihre Untersuchungsergebnisse zu einem Befund. In ihrer Dokumentation werden nicht alle Untersuchungsschritte aufgeführt (Mast, 1995). Die Fähigkeit zu tilgen ist sinnvoll, damit wir nicht von Reizen überflutet werden. So können wir bügeln, während der Fernseher läuft. Bei innerpsychischen Problemzusammenhängen kann ein Ausschluss von Erfahrungselementen mögliche Lösungen blockieren.

Tilgungen zu "entdecken" kann für den Arzt eine Möglichkeit sein, fehlende Informationen für die Behandlung zu gewinnen. Die Fragepronomen "wer, was, wie, wovor, worüber" spielen eine wichtige Rolle. Es können Nominalisierungen und Verb-, Substantiv- sowie Vergleichstilgungen unterschieden werden.

### **Tilgung durch unspezifische Verben**

Unspezifische Verben lassen die beschriebene Erfahrung im Unklaren. Es ist für den Arzt in der Regel wichtig zu wissen, wie die Dinge passiert sind, die zu einer Verletzung oder Erkrankung geführt haben. Wenn z.B. ein Patient mit einer offenen blutenden Wunde zum Arzt kommt, kann es verschiedene Ursachen geben (Hundebiss, Schnittwunde etc.) die unterschiedliche Behandlungen erfordern.

Fragewörter zur Informationssammlung sind "Wie genau?", "Wodurch?", "Auf welche Weise?"

Beispiel:

Patient: Ich bin doch *hingefallen*.

Arzt: Wie genau ist das passiert? (Mast, 1995, S. 65)

### **Tilgung durch unspezifische Substantive, Subjekte, Inhaltsbezüge**

Werden Subjekte, Inhaltsbezüge oder Substantive im Patientenbericht getilgt, entsteht der Eindruck, dass Ereignisse einfach geschehen, ohne dass der Beobachter die Möglichkeit hat, einzugreifen. Zum Beispiel: "Die Operation wurde durchgeführt." Nur weil der Satz den Operierenden ausgelassen hat, heißt das nicht, dass die Operation ohne den Arzt stattgefunden hat. Getilgte Substantive, Inhaltsbezüge, bzw. Subjekte können durch Verwenden der Fragen "Wer?" oder "Was genau" erfragt werden.

Beispiel:

Patient: Ich hatte doch diesen *Unfall*.

Arzt: Was genau ist passiert? (Mast, 1995, S. 65)

### **Tilgung des Vergleichs, der Bewertung**

Bei getilgten Vergleichen fehlt entweder der Vergleichsmaßstab oder das Objekt, mit dem etwas verglichen wird.

Bewertungen werden häufig durch Adverbien, wie z.B. offensichtlich, bedauerlicherweise, erstaunlicherweise, eingeleitet. Adverbien mit -lich oder -weise am Ende tilgen häufig die Person, die bewertet.

Getilgte Vergleiche und Bewertungen werden gern in der Werbung verwendet, wie z.B. "XY wäscht sauberer, weißer und besser". Das Produkt wird hier verglichen, jedoch fehlt der Bezug. Im Vergleich wozu sauberer, weißer, besser? Besser als ein anderes Produkt? Besser als vorher? Getilgte Vergleiche werden durch "Verglichen womit?" hinterfragt (O'Connor/Seymour, 1992).

Bei dem oben angeführten Beispiel wurde ebenfalls die Bewertung getilgt. Wessen Meinung ist es, dass XY sauberer, weißer und besser wäscht? Lautet die Antwort "Meine" kann der Maßstab oder Standard hinterfragt werden (O'Connor/Seymour, 1992).

Beispiel Vergleichstilgung:

Patient: "Es geht mir immer schlechter."

Arzt: "Womit vergleichen Sie es bitte? In Bezug worauf?"

Beispiel Bewertungstilgung:

Arzthelferin: "Sie ist bei weitem die schwierigste Patientin."

Arzt: "Wer sagt das?"

### **Nominalisierungen**

Verben, die einen fortlaufenden Prozess beschreiben und in Substantive verwandelt werden, werden im NLP Nominalisierungen genannt. "Wenn ein Substantiv nicht gesehen, gehört, berührt, gerochen oder geschmeckt werden kann, kurz, wenn man es nicht auf eine Schubkarre laden kann, ist es eine Nominalisierung" (O'Connor/Seymour, 1992, S. 155).

Nominalisierungen sind nicht falsch, sie verdecken die Handlung oder Kontinuität des Vorgangs, d.h. Ereignisse erscheinen statisch, abgeschlossen und unkontrollierbar. Ein Patient, der viele Nominalisierungen verwendet, manövriert sich selber in eine Sackgasse, da er seine Handlungsmöglichkeiten einschränkt. Wenn der Arzt die Nominalisierung hinterfragt, kann er dem Patienten den Prozess als veränderbar aufzeigen.

Beispiel:

Patient: "Ich habe keine Hoffnung."

Arzt: "Wie kommen Sie darauf?"

Ein Vorteil von Tilgungen ist die Reduktion von Informationen auf das Wesentliche, allerdings kann es sich auch nachteilig auswirken, wenn Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt werden. Im Gespräch mit Patienten erhält der Arzt durch gezieltes Hinterfragen von Tilgungen weitere Informationen und kann die Patienten zur Compliance motivieren.

### **Generalisierungen hinterfragen**

Damit das Rad nicht jeden Tag neu erfunden werden muss, generalisieren Menschen Erfahrungen. Einmal gemachte Erfahrungen können in anderen Situationen angewendet werden. Wenn sich ein Kind die Finger an einer heißen Herdplatte verbrennt, verallgemeinert es diese Erfahrung auf alle Herdplatten und andere "heiße" Objekte.

O'Connor und Seymour weisen daraufhin, dass Generalisierungen oft verallgemeinernde Substantive und unspezifische Verben enthalten. Daher kann man sie nicht streng von den Tilgungen trennen. Je ungenauer ein Satz ist, desto mehr Kategorien des Meta-Modells enthält er.

Neben ihren nützlichen Funktionen können Generalisierungen auch einschränken, indem ein Ereignis als repräsentativ für zukünftige ähnliche Situationen angesehen wird, wie das z.B. bei Phobien der Fall ist. Ein Mensch, der von einem Hund gebissen wurde, kann diese Erfahrung auf Hunde dieser Rasse und eventuell sogar auf alle Hunderassen übertragen.

Sprachliche Verallgemeinerungen zeigen sich in den Universalquantatoren: "alle, jeder, immer, nie, keiner".

Die Universalquantatoren, die den Anspruch implizieren, immer zu jeder Zeit zu gelten, können durch Übertreibungen oder Hinterfragen der Ausnahmen aufgelöst werden. Das Umkehren einer Generalisierung ermöglicht dem Arzt, einem Patienten aufzuzeigen, dass die Realität beim Problemempfinden aus komplexen Zusammenhängen

besteht. Ziel ist es, dem Patienten Zugang zu seiner Erfahrung zu ermöglichen und die Erfahrung auf etwas Konkretes zu reduzieren.

Beispiel:

Patient: "Ich *muss* mit diesen Schmerzen für *immer* leben, da mir *keiner* helfen kann."

Arzt: "Was würde passieren, wenn Sie keine Schmerzen mehr hätten?" oder "Kann Ihnen wirklich keiner helfen?"

### **Modaloperatoren der Möglichkeit und Notwendigkeit**

Modaloperatoren setzen Grenzen durch unausgesprochene Regeln. Die Konsequenzen der implizierten Verhaltensregeln gilt es zu erfragen. Es wird zwischen Modalwörtern der Möglichkeit und den Modalwörtern der Notwendigkeit unterschieden.

Modaloperatoren der Möglichkeit sind Wörter, wie "können/nicht können", "möglich/unmöglich". O'Connor und Seymour charakterisieren die Verwendung dieser Wörter als beschränkenden Glaubenssatz, der für den Zustand von Inkompetenz gehalten wird und eine Veränderung unmöglich macht (O'Connor/Seymour, 1992). Sie werden aufgedeckt, indem gefragt wird: "Was würde passieren, wenn...?", "Was hält Sie davon ab...?"

Beispiel:

Patient: "Ich kann die Kapseln wirklich nicht schlucken."

Arzt: "Was würde passieren, wenn Sie es täten?" oder "Was hält Sie davon ab, sie zu schlucken?"

Zu den Modaloperatoren der Notwendigkeit zählen Worte wie "sollte/sollte nicht, muss, darf nicht". Diese Wörter werden häufig in der Erziehung im Zusammenhang mit Verhaltenspostulaten verwendet, wie z.B. "Man redet Erwachsenen nicht ins Wort". Werden die Verhaltensregeln internalisiert, schränken sie den Handlungsspielraum ein. Diese Verhaltenseinschränkung kann offengelegt werden, indem die Konsequenzen hinterfragt werden, die das Durchbrechen der Regel nach sich ziehen würde. Es kann auch hier die Frage "Was wäre, wenn...?" gestellt werden.

Beispiel:

Person: "Du solltest nicht zu diesem Arzt gehen."

Patient: "Was würde passieren, wenn ich doch hinginge?"

## Verzerrungen hinterfragen

Die Fähigkeit zur Verzerrung von Eindrücken ist Voraussetzung für die Freisetzung von Kreativität. Jede Form von Kunst basiert auf einer Veränderung, da wir die Welt durch unsere persönliche Betrachtungsweise wahrnehmen und sie im Geist neu, u.U. verzerrt, zusammensetzen. Zwei Menschen, die das gleiche sehen, sehen noch lange nicht dasselbe. Im NLP wird dieses Phänomen in dem bereits beschriebenen Axiom: „Die Landkarte ist nicht das Gebiet“ umschrieben.

Es können folgende Verzerrungen unterschieden werden:

1. Ursache-Wirkung-, Weil-, Aber-Verzerrungen
2. Vorannahmen, Gedankenlesen
3. Verlorene Zitate, Glaubenssätze

### Ursache-Wirkungs-Verzerrungen

Sprache verleitet uns dazu, in Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen zu denken. Komplexe Beziehungen werden in kurzer Art und Weise zusammengefasst. Ziel in der Arzt-Patienten-Kommunikation sollte es sein, die Zusammenhänge zu hinterfragen.

Beispiel:

Patient: "Mein Mann macht mich depressiv."

Arzt: "Wie müsste sich Ihr Mann verhalten, damit es Ihnen gut gehen würde?"

### Weil-Verzerrung

Menschen, insbesondere depressive Patienten, suchen häufig den Grund für ihren Zustand oder ihr Gefühl bei anderen, so dass sie sich die Möglichkeit der Veränderung nehmen. Die Handlung der anderen Person wird in einen kausalen Zusammenhang zum eigenen Zustand bzw. Gefühl gesetzt.

Beispiel:

Patient: "Weil, er am Wochenende nie da ist, bin ich depressiv."

Arzt: "Sind Sie immer am Wochenende depressiv?" oder "Sie sind immer depressiv, wenn Ihr Mann am Wochenende nicht da ist?"

### Aber-Verzerrung

Wie bei der Weil-Verzerrung weist der Betroffene die eigene Verantwortung für sein persönliches Erleben von sich und macht andere (Personen, Dinge) dafür verantwortlich.

Beispiel:

Patient: "Ich möchte mich entspannen, aber mein Rücken schmerzt mich."

Arzt: "Könnten Sie sich entspannen, wenn Ihr Rücken okay wäre?"

### Verzerrungen durch Vorannahmen, Gedankenlesen

"Menschen [Patienten] neigen dazu, fehlende Informationen über innere Prozesse oder Zustände durch ihre eigenen Annahmen, Interpretationen, Meinungen zu ergänzen" (Mohl, 1993, S. 101). Die Erfahrungen, die zu der Erkenntnis geführt haben, die Gedanken, Gefühle und Wünsche sollen durch Fragen, wie z.B. "Woher wissen Sie...?" zugänglich gemacht werden.

Beispiel:

Patient: "Wenn Sie mich leiden könnten, würden Sie mir das Medikament verschreiben!"

Arzt: "Woher wollen Sie wissen, dass ich Sie nicht leiden kann?"

### Verzerrungen durch "verlorene Zitate", Glaubenssätze

Persönliche Glaubenssätze sind wichtig, um die eigenen Ziele zu erreichen. Glaubenssätze verleihen Kraft, Stabilität und Kontinuität. Sie sind aus der Erfahrung und Erziehung entstanden. Für andere ist es schwer, unsere einmal gefassten Glaubenssätze

zu widerlegen. Durch unsere Einstellung sind wir jedoch nicht mehr offen für fremde Glaubenssätze. Ärzte können in Bezug auf Medikamente mit Glaubenssätzen konfrontiert werden. Wenn Patienten Vorbehalte gegen Medikamente haben oder die Hausapotheke bevorzugen, kann es daher sinnvoll sein, diese Glaubenssätze bzw. "verlorenen Zitate" zu hinterfragen mit "Wer sagt das?", um den Patienten zur Mitarbeit zu überzeugen. Im Volksmund gebrauchte "verlorene Zitate" sind z.B. "Jungen weinen nicht" oder "Ein Indianer kennt keinen Schmerz".

Im täglichen Sprachgebrauch kommen meist mehrere Meta-Modell-Verletzungen in einem Satz vor. Normalerweise stören Tilgungen, Generalisierungen, Verzerrungen nicht, sie sind ja auch sinnvoll.

Jedoch werden im Arzt-Patienten-Gespräch, z.B. bei der Anamnese, präzise, spezifizierte, unverzerrte Informationen benötigt. Das Meta-Modell bietet einen Katalog von Fragen, um ein Gespräch mit Patienten zielgerichtet zu gestalten.

Die Warum-Frage ist kein Bestandteil dieses Modells, weil sie in der Regel Rechtfertigungen nach sich zieht, die wieder mit warum hinterfragt werden können und dem Ziel des Gespräches nicht dienlich sind.

Bei der Darstellung des Meta-Modells sind die Beispiele aus dem Kontext gegriffen, daher erscheinen die Fragen vielleicht beim Lesen banal. Ein Arzt, der das Meta-Modell anwendet, sollte daher die Fragepronomen in Sätze einbauen. Ein Aneinanderreihen oder Wiederholen von Fragen optimiert das Gespräch mit Patienten nicht, sondern kann auch als Angriff gewertet werden. Ein wichtiger Schritt in der Arzt-Patienten-Kommunikation ist das Aufbauen von Rapport (vgl. Baustein 1). Rapport ermöglicht ein intensiveres Hinterfragen von Aussagen.

Nützlich ist die Kommunikation, wenn die dargestellten Fragen weich formuliert werden, indem Konjunktive verwendet werden und die Fragen in einen Kontext eingebettet werden. Strategien, wie die Sprache weich gestaltet werden kann, bietet im NLP das sogenannte Milton-Modell, das später beschrieben wird.

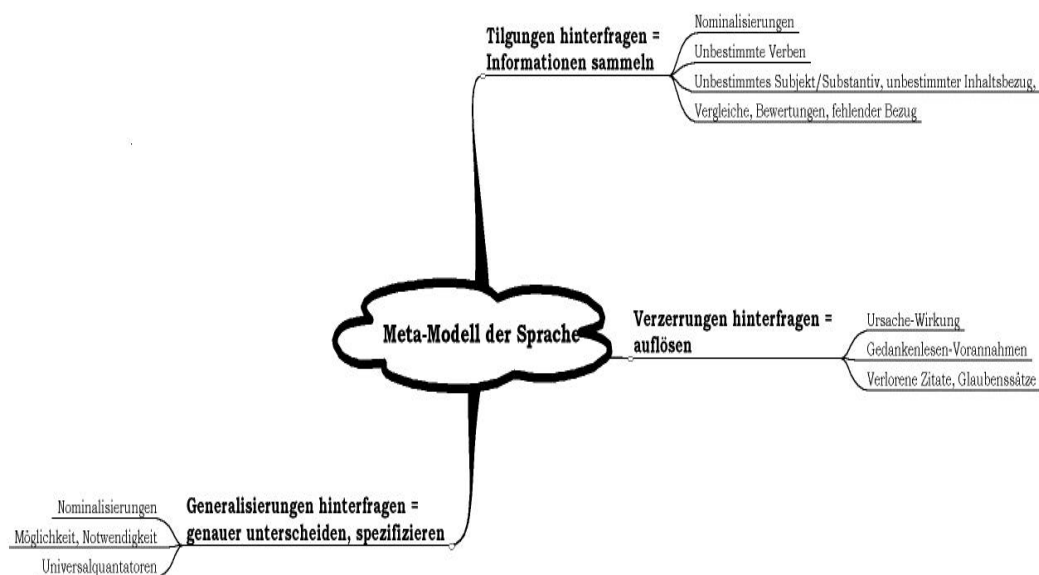


Abbildung 5: Meta-Modell der Sprache



## Ziele

"Könntest Du mir bitte sagen, wo ich jetzt hingehen soll?"

"Das hängt ganz davon ab, wo Du hinwillst", sagte die Katze.

"Eigentlich ist es mir egal", sagte Alice.

"Dann ist es auch egal, wo Du hingehst", sagte die Katze (Carroll, 1991, S. 61-62).

Wissen Patienten, wohin sie wollen oder wo der Arzt mit ihnen hin will?

Viele Menschen machen sich wenig Gedanken darüber, wie sie ein Ziel definieren, damit sie eine realistische Chance haben, es auch tatsächlich zu erreichen. Ein Grund, warum viele Silvester-Ziele auch nie erreicht werden.

Es stellen sich daher die Fragen:

- was genau wird gemacht um ein Ziel zu erreichen?
- wie wurde aus der Vielzahl von möglichen Handlungen eine Auswahl getroffen, die zum Erreichen des Ziels geführt hat?
- welchen Kriterien wurden bei dieser Auswahl genutzt?

Vielleicht kann aus den Antworten zu den oben genannten Fragen bereits ein Muster, eine Strategie abgelesen werden, nach der beim Setzen und Erreichen von Zielen vorgegangen wird. Wahrscheinlich werden viele auch festgestellt haben, dass die Realisierung eines angestrebten Zieles erheblich leichter fällt, je eindeutiger dieses Ziel und der dazu notwendige Weg definiert sind.

Wahrscheinlich kennen die meisten Ärzte das Beispiel vom Erreichen eines Diät-Zieles ihrer Patienten! Meist ist demjenigen, der abnehmen möchte, klar, dass er abnehmen möchte (und muss), in aller Regel aber nicht genau wieviel, wann und vor allem wie. Wenn dagegen ein Urlaub geplant wird, beschaffen wir uns vorher eine Vielzahl an Informationen, die es ermöglichen, tatsächlich dort hinzukommen, wo wir hinwollen. Wir wissen, wo wir hinwollen, wie lange wir für die Anreise brauchen, in welchem Hotel wir übernachten, kennen wahrscheinlich das Ausflugsprogramm und wissen, wann die Reise endet, so dass wir uns wieder auf den Rückweg machen können.

Es gibt einen spürbaren qualitativen Unterschied in diesen beiden Beispielen:

Bei der zweiten Beschreibung entsteht ein Sog-Effekt, der das Ziel erstrebenswert macht und letztlich erheblich dazu beiträgt, dass es erreicht wird. Es wird eine "hin-zu"-Strategie verfolgt, während im ersten Beispiel "weg-vom-Problem-Strategie" im Vordergrund steht. Weg vom derzeitigen Gewicht, ohne genau zu wissen, wohin die Reise gehen soll.

Damit sind die Kriterien für eine wohlgeformte Zieldefinition nicht beachtet. Diese Kriterien sind ein hilfreiches Instrument, wenn es um die Klärung und die Erreichbarkeit von Zielen geht. Dabei ist es ganz gleich, ob Ziele für einen selbst erreicht werden sollen oder mit Patienten, deren Ziele definiert werden, um ihnen größere Chancen zu eröffnen, diese Ziele tatsächlich zu erreichen.

Die Beachtung der Kriterien bei der Definition von Zielen kann die Arbeit mit Patienten noch effektiver gestalten und bei konsequenter Anwendung Zeit schenken; weil sowohl Arzt als auch Patient hinter dem vereinbarten Ziel stehen, wird die Compliance erhöht.

Der erste Schritt bei der Vereinbarung von Zielen ist zu klären, ob der gegenwärtige Zustand tatsächlich verändert werden soll.

Ein Mensch mit Problemen, zum Beispiel, der nur durch das Ausleben der Probleme Zuwendung erhält, wird seinen Zustand wahrscheinlich gar nicht verändern wollen.

Im Folgenden soll derjenige (Patient) im Vordergrund stehen, der wirklich etwas an sich und für sich tun will.

Oben war bereits die Rede von "hin-zu"- und "weg-von"-Strategien. Bei einer "weg-von"-etwas-Formulierung fehlt meistens die Alternative, die den gegenwärtigen Zustand ersetzen soll.

Ein wohlgeformtes Ziel sollte daher *positiv formuliert* sein. Negationen oder Vergleiche, wie "weniger als 87 kg wiegen, nicht mehr rauchen, keine Schmerzen mehr haben", behindern oft die Zielerreichung. "Denken Sie an das, was Sie wollen, anstatt an das, was Sie nicht wollen" (O'Connor/Seymour, 1990, S. 40). Das Rauchen-Verbot-Schild



ist eine weg-von-Strategie: Der Raucher wird durch das Schild an das Rauchen erinnert, was bei ihm ein "Schmachtgefühl", sich eine Zigarette anzuzünden zu müssen, hervorrufen kann. Mit dem Rauchen aufhören und abnehmen sind Gesundheitsziele, die sich Patienten öfter stecken, jedoch häufig nicht erreichen, weil sie negativ formuliert sind. Statt des negativen Ziels könnte man positiv formulieren: gesunde Lungen haben, eine bessere Ausdauer haben, X Kilo wiegen (Dermott/O'Connor, 1996).

Das Zielgewicht beim Abnehmen zu definieren, ermöglicht eine *sinnesspezifische Überprüfung* des Ziels: Wie sehe ich mit X Kilo aus, was werden andere sagen, wie werde ich mich fühlen...?

Das, was sich der Patient plastisch und konkret vorstellen kann (wie sieht es aus, wie hört und fühlt es sich an?), kann er auch erreichen. Der Mensch tut sich schwer mit der Erreichung abstrakter Ziele, wie z.B.: "Man sollte mehr für die eigene Gesundheit tun!" Eine Formulierung wie "Ich möchte morgens früh frisch und ausgeschlafen sein und beschwingt aufstehen" erfüllt zum einen das Kriterium positiv formuliert zu sein als auch sinnlich konkret, d.h. sinnesspezifisch (VAKOG) überprüfbar.

Eine wichtige Bedingung für Ziele ist der *Kontext*, in dem sie angestrebt und erreicht werden sollen. Wann, wo und mit wem wird das Ziel verwirklicht?

Der nächste Schritt bei der Zielvereinbarung ist die Überprüfung der *Ökologie*, hier verstanden als großer Rahmen, in dem der einzelne lebt.

Mit Ökologie ist das gesamte Umfeld desjenigen gemeint, der ein Ziel anstrebt. Es kann sein, dass durch die Erreichung eines Ziels andere beeinträchtigt werden. Wenn diese Beeinträchtigung dazu führt, dass aus dem Umfeld Widerstände gegen die Zielerreichung erwachsen, wird diese erschwert oder unmöglich. Ein Diabetes-Patient, der seine Ernährung umstellen soll, kann nur erfolgreich sein, wenn die kochende Ehefrau einer Änderung der Kochgewohnheiten zustimmt. Oder es ist zu klären, wie die Zielformulierung gestaltet werden kann, ohne das Gleichgewicht des Umfelds zu belasten. Eventuell ist das Ziel so wichtig für den Einzelnen, dass die Einwände zwar gehört, jedoch nicht beachtet werden.

Dies führt zu einem weiteren Kriterium, welches erwartet, dass Ziele selbst initiiert und erreichbar sein sollen. Sie sollen von niemand anderem abhängig sein, sondern immer unter der Kontrolle desjenigen stehen, der sie anstrebt.

Wenn die Ökologie "stimmt", wenn über alle mit dem Ziel verbundenen Veränderungen Klarheit besteht und diese bejaht werden, ist der nächste Schritt die Frage nach der *Erreichbarkeit*. Woran wird der Patient merken, dass er sein Ziel erreicht hat?

Im NLP wird ein sogenannter Future Pace gemacht, d.h. gedanklich wird ein Schritt in die Zukunft gemacht und sich vorgestellt, das Ziel sei bereits erreicht. Diese Erfahrung, bzw. dieses Bild, wird mit in die Gegenwart genommen, um den ersten Schritt in Richtung auf das Ziel zu gehen.

Ein Ziel wird nur dann angestrebt, wenn es mit den Überzeugungen und Wertvorstellungen eines jeden übereinstimmt und der langfristige Nutzen sichtbar wird. Ein Ziel sollte daher *stimmig* mit den Meta-Zielen sein.

Die **Zielkriterien** im Einzelnen:

Ziele sollten sein:

- 1. positiv formuliert**  
(Abwesenheit von Negationen)
- 2. sinnesspezifisch überprüfbar**  
(visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch, gustatorisch)
- 3. kontextualisiert**  
(wo? wann? mit wem?)
- 4. ökologisch**  
(für Gesamtorganismus und Mitwelt - Was spricht dagegen? Wie werden die anderen reagieren? Was muss aufgegeben werden? Lohnt sich der Aufwand? Angenommen, es wäre erreicht - was sind die Konsequenzen, negative und positive?)
- 5. selbst erreichbar**  
(Eigenverantwortlichkeit - Was konkret ist zu tun, um mein Ziel zu erreichen? Was ist der erste Schritt?)
- 6. stimmig**  
(Meta-Ziel - Was bringt das Ziel langfristig? Ist das Ziel in Übereinstimmung mit Werten und Überzeugungen?)

Im Arzt-Patienten-Gespräch sollten die Ziele so lange umformuliert werden, bis alle Punkte zufriedenstellend für beide Seiten ausformuliert sind. Was nützt der gut ausgearbeitete Behandlungsplan, wenn der Patient sich nicht daran hält? Arzt und Patienten sollten ein Ziel verfolgen, das sie mit einem wohlgeformten Ziel mit Hilfe der oben angeführten Kriterien erreichen.

## Die neuro-logischen Ebenen

- nach Gregory Bateson und Robert Dilts -

In unserem Wahrnehmungssystem gibt es Ebenen der Erfahrung und der Veränderung. Im NLP werden sechs **neuro-logische** Ebenen unterschieden, die (logisch) aufeinander aufbauen und sich gegenseitig bedingen. Die Bezeichnung **neuro**-logische Ebenen steht für Sinnesspezifität und sensorische Wahrnehmung.

Die neuro-logischen Ebenen können dem Arzt im Umgang mit Patienten helfen, das Gespräch zu gestalten und damit Ansatzpunkte für Veränderungen zu finden. Um andere Menschen in ihrem Verhalten oder Befinden zu verändern, ist es sinnvoll, Informationen zu sammeln (Informationen, die der Arzt teilweise durch ein jahrelanges Kennen des Patienten und vielleicht auch seiner Familie erhalten hat): die wahrnehmbaren Teile des Problems, die Ursachen für die Symptome, unter denen jemand u.U. leidet.

Es empfiehlt sich, logisch vorzugehen und Ebene für Ebene zu untersuchen bzw. zu überprüfen.

Die neuro-logischen Ebenen lassen sich wie folgt unterteilen und charakterisieren:

1. Umfeld  
Die Ebene des Umfeldes umfasst die äußeren Bedingungen, auf die der Patient reagiert: seine Umwelt und die Mitmenschen.
2. Verhalten  
Unser Verhalten besteht aus spezifischen Handlungen, die durch unser Umfeld beeinflusst werden und durch die wir unser Umfeld wieder bedingen.
3. Fähigkeiten  
Durch unsere Fähigkeiten sind wir in der Lage, bestimmte Verhaltensweisen auszuwählen, anzupassen und zu verändern. Unsere Fähigkeiten werden durch unsere "inneren Landkarten", Strategien, Methoden und Modelle geprägt.
4. Glaubenssätze, Wertesystem  
Glaubenssätze und Wertesystem können neue Perspektiven eröffnen, und auch Einschränkungen beinhalten. Sie sind unsere Leitideen, die unser alltägliches Tun beeinflussen.
5. Identität  
Die Identität vereinigt unsere Glaubenssätze zu unserem Selbstbild. Unser Selbstbild enthält unsere Werte und unsere Perspektiven, bzw. Lebensaufgabe.
6. Zugehörigkeit  
Welcher beruflichen, gesellschaftlichen oder religiösen Gruppe ordnen wir uns zu? Jede Veränderung auf dieser Ebene hat tiefgreifende Auswirkungen auf alle anderen Ebenen. Hier ist auch der Sinn des Lebens angesiedelt.

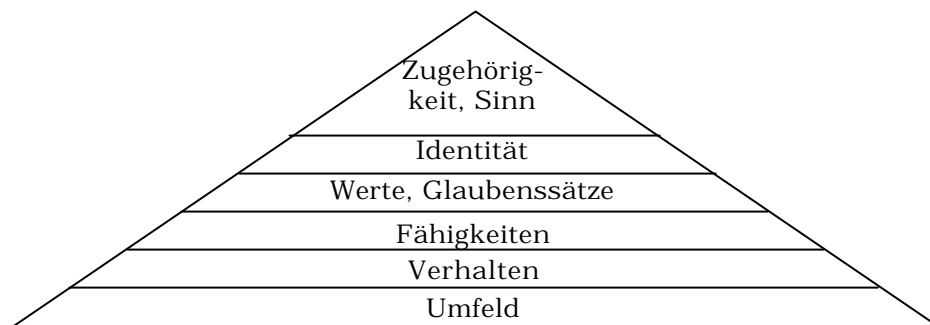


Abbildung 6: Logische Ebenen, Pyramide

Wenn man eine Veränderung auf einer höheren Ebene anstrebt, so hat das in der Regel Einfluss auf die darunterliegenden, weil jede Ebene die Information der darunterliegenden organisiert. Etwas auf einer unteren Ebene zu verändern, kann, muss aber nicht, die oberen Ebenen beeinflussen.

Hilfreich für den Umgang mit Patienten und die Arbeit mit den logischen Ebenen kann ein Zitat sein, das Albert Einstein zugeschrieben wird: "Ein Problem kann nicht auf der gleichen Ebene gelöst werden, auf der es entstanden ist" (Dilts, 1992). D.h., wenn die Ebene "Verhalten" verändert werden soll, liegt der Schlüssel möglicherweise im Bereich Umfeld, Fähigkeiten oder Glaubenssätze. Die Veränderung auf einer höheren Ebene ist durchdringender und länger anhaltend. Einstein besaß die Fähigkeit, die verschiedenen logischen Ebenen zu erkennen, Erfahrungen den entsprechenden Ebenen zuzuordnen, um Probleme zu lösen.

Oft wird Verhalten fälschlich als ein Beweis von Fähigkeit oder sogar Identität angesehen, was das Selbstvertrauen eines Menschen angreifen kann. Die neuro-logischen Ebenen werden bei dieser Annahme verwechselt bzw. vermischt. Es ist ein großer Unterschied, ob man "mal einen trinkt" (Verhalten) oder ob man "Alkoholiker" (Identität) ist, ob man eine Frage hat oder Probleme zu lösen sind.

Den sechs Ebenen können folgende Bereiche und Befindlichkeiten zugeordnet werden, die Einfluss auf die Gesundheit haben:

### **1. Umgebung - Wo und Wann?**

Bereiche: Personen, Zeit, Orte, Informationen, Ereignisse, Situationen, Prozesse, Kontext

Die Gesundheit wird durch verschiedene Umfeldfaktoren beeinflusst – von der Qualität der Luft über die Qualität der Nahrungsmittel bis hin zu Medikamenten. Die Nahrungsmittel-Skandale der letzten Jahre, seien es BSE, Maul- und Klauenseuche oder die Schweinepest, sind Umfeldfaktoren, die auf die Gesundheit wirken und eine Veränderung im Verhalten bewirkt haben, womit die Verknüpfung mit der zweiten Ebene deutlich wird.

Der Trend zur Single-Gesellschaft und das Wohnumfeld haben Einfluss auf unser Wohlbefinden, was Studien seit den 80er Jahren zeigen (Dermott/O'Connor, 1996). Roger Ulrich hat erforscht, dass die Umgebung eines Krankenhauses Einfluss auf die Genesung der Patienten hat. Die Patienten, die ein Zimmer mit Blick auf Laubbäume hatten, wurden schneller gesund und konnten das Krankenhaus schneller verlassen als die andere Versuchsgruppe, die auf eine Backsteinwand blickte (Ulrich, 1984).

### **2. Verhalten - Was?**

Bereiche: Körper, Bewegung, Sprache, Ausdruck, Rhythmik, Wahrnehmung, Sinnesgebrauch, Handlung

Befindlichkeit: aktiv - passiv, hin zu - weg von, ruhig - bewegt, konzentriert - unkonzentriert, langsam - schnell, gleichzeitig - nacheinander, stark - schwach

Bezogen auf die Gesundheit gilt es, ungesunde Gewohnheiten zu vermeiden und gesunde zu verstärken (Dermott/O'Connor, 1996).

### **3. Fähigkeiten - Wie?**

Bereiche: Erfahrungen, Konzepte, Strategien, Wissen, Weisheit, Sensibilität, Kreativität, Wahrnehmungsfähigkeit, sinnliche Verarbeitung, Orientierung, Lernfähigkeit, Zustand, Koordination

Befindlichkeit: verstehend, kompetent, sicher, stark, gelassen, sensibel, wissend, weise, flexibel, kreativ

Wir entwickeln Strategien zur Gesunderhaltung, wie z.B. für den Umgang mit Stress, Umgang mit Wut, oder die Ernährung. "Strategien sind Gedankensequen-

zen, die wir gezielt einsetzen und die daher gewohnheitsmäßige Handlungen herbeiführen" (Dermott/O'Connor, 1996, S. 34).

#### **4. Werte, Glauben - Warum?**

Bereiche: Werte, Bedürfnisse, Abneigungen, Wünsche, Weltbild, Ideale, Verallgemeinerungen, Glaubenssätze, Ziele

Befindlichkeit: engagiert, optimistisch, zufrieden, motiviert, freudig, erregt, begeistert, vorsichtig, beständig, berührt

Werte und Glaubenssätze haben einen starken Einfluss auf unsere Gesundheit, da sie unser Handeln leiten. "Die Erforschung von Placebo-Wirkungen zeigt, dass wir uns selbst heilen können, wenn wir an die Wirkung eines Medikaments glauben, unabhängig davon, ob es eine physiologische Wirkung hat oder nicht" (Dermott/O'Connor, 1996, S. 35).

#### **5. Identität - Wer?**

Bereiche: Selbstbild, Selbstwert, Selbstbewusstsein, Rolle, Mission, Würde, Selbstverwirklichung

Befindlichkeit: überlegen, aufrecht, anerkannt, eigenständig, echt, geachtet, sich behauptend, wertvoll, abgegrenzt, trotzig, ehrlich, stolz, bescheiden, stur

Insbesondere chronisch Kranke identifizieren sich häufig mit der Rolle des Patienten und des Kranken, was die Genesung nachteilig beeinflusst. Das Selbstwertgefühl des chronisch kranken Patienten ist stark beeinträchtigt. Die Wahrnehmung ist fokussiert auf Krankheit und Schmerz und trägt somit nicht zur Gesundung bei.

Viele Menschen bestimmen ihre Identität über ihren Beruf, so dass Arbeitslosigkeit und auch der Ruhestand zur Depressionen führen können (Dermott/O'Connor, 1996).

#### **6. Zugehörigkeit - Für wen?**

Bereiche: Liebe, Verbundenheit, Teamgeist, Wir-Gefühl, Familie, Gruppe, Organisation, Kultur, Religion, Ethik, Ökologie, Spiritualität, Pflicht, Verantwortung, Sinn

Befindlichkeit: vertrauend, zugehörig, verpflichtet, sinnvoll, gebraucht werden, unterstützt, in Einklang, verantwortungsvoll, geborgen

Menschen, die mit Schmerzen leben, können sich zum einen zur Gruppe der Patienten zugehörig fühlen. In vielen medizinischen Bereichen gibt es Gruppen, die den Patienten Halt geben und zu denen sie sich zugehörig fühlen, wie z.B. Ernährungsgruppen, Diabetesschulungen in Gruppen, Morbus Chron-Selbsthilfegruppen.

Die folgenden Aussagen zeigen, wie die Gesundheit durch jede der Ebenen eingeschränkt werden kann:

1. Umgebung: Meine Familie lässt mir keine Zeit zum Entspannen.
2. Verhalten: Ich arbeite im Schichtdienst und mache viele Überstunden.
3. Fähigkeit: Ich habe nicht gelernt, mich ausgewogen zu ernähren.
4. Glaubenssatz: Gesundheit zu erhalten ist schwierig.
5. Identität: Ich bin ein kranker Mensch.
6. Zugehörigkeit: Wir Patienten sind doch immer die Dummen.

Das Modell der logischen Ebenen kann sowohl bei Problemen als auch bei Erfolg angewendet werden. Erfolg kann durch jede Ebene unterstützt werden:

1. Umfeld: Mein Team trägt zum Erfolg bei.
2. Verhalten: Ich leiste viel bei der Arbeit.
3. Fähigkeiten: Ich kann meine Mitarbeiter gut motivieren.
4. Glaubenssatz: Man sollte Menschen helfen, damit sie zufrieden sind.
5. Identität: Ich bin ein guter Arzt.
6. Zugehörigkeit: In meiner Organisation fühle ich mich wohl.

Bei jeder Veränderungsarbeit ist es wichtig, ein positives Ziel zu definieren. Es gibt Ressourcen, die helfen, das Ziel zu erreichen. Sicherlich gibt es auch immer "Nebenwirkungen", wenn man das Ziel erreicht hat, für sich selbst und andere.

Manchmal kollidieren die Interessen zweier Ebenen miteinander. Auf der einen Ebene sehen wir etwas positiv, auf der anderen empfinden wir es als nicht so gut.

Die neurologischen Ebenen sind nicht nur als Hierarchie zu verstehen, da die Ebene der Zugehörigkeit Einfluss auf das Umfeld nimmt und sich somit der Kreis schließt.

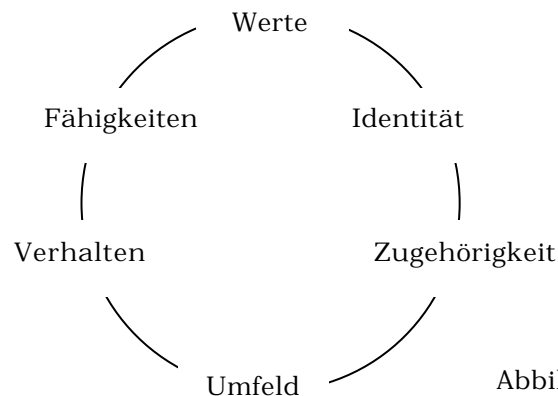


Abbildung 7: Logische Ebenen, Kreis

In der Ausbildung zum Practitioner wird neben den Kriterien für wohlgeformte Ziele auch die Zielbestimmung anhand der logischen Ebenen vermittelt.

Folgende Situation ist vorstellbar: Ein Patient kommt mit einem Problem zum Arzt. Nach kurzer Schilderung kann der Arzt davon ausgehen, dass ein Verhaltensproblem vorliegt. Er führt mit dem Patienten eine Zielbestimmung durch, um die Richtung des Verhaltens zu ergründen und den Patient in einen besseren Zustand zu versetzen. Es könnte ja sein, dass der Patient sich im Beruf überfordert fühlt und sein Verhalten als Schutz dient. Die Zielbestimmung könnte folgendermaßen aussehen:

### I. Erfragen des gegenwärtigen Zustands:

#### 1. Beschreibung/Anamnese

Wie erlebt der Patient diesen Zustand?

In welchen Situationen oder bei welchen Gelegenheiten tritt das Verhalten auf?

Gab es bereits vorher Situationen, in denen der Zustand aufgetreten ist?

#### 2. Positive Folge/sekundärer Gewinn

Hat der Patient eventuell einen Vorteil (Aufmerksamkeit, Zuwendung etc.) durch sein Verhalten?

Was sagt seine Familie dazu?

Könnte der Zustand in irgendeinem anderen Kontext sinnvoll und nützlich sein?

### II. Entwickeln der Zieldefinition im Hinblick auf den erwünschten inneren Zustand

#### 1. Zielformulierung: positiv, selbst erreichbar, motivierend:

Wie soll der Zustand aussehen, den der Patient erreichen möchten? (positiv formuliert)

#### **Umfeld:**

Welche Konsequenzen hat die Zielerreichung für die Familie?

#### **Verhalten:**

Wie wird sich der Patient verhalten, um dieses Ziel zu erreichen? (selbst erreichbar)

**Fähigkeiten**

Was hätten der Patient davon, wenn er sein Ziel schon erreicht hätte? (motivierend)

**Werte**

Was ist dem Patient wichtig an dem Ziel?

**Zugehörigkeit**

Der Patient sucht sich ein Symbol (Bild, Name, Farbe, usw.) für sein Ziel.

2. Sinnesspezifische Beschreibung und Evidenz:  
Mal angenommen, der Patient hätte sein Ziel schon erreicht:  
Wie wird er wissen, ob er sein Ziel erreicht hat?  
visuell:                    Was wird er sehen?  
auditiv:                    Was wird der Patient hören?  
kinästhetisch:            Was wird er fühlen?
3. *Ressourcen* zur Erreichung des Ziels zugänglich machen:  
Welche persönlichen Fähigkeiten/Möglichkeiten kann der Patient zum Erreichen seines Ziels einsetzen?  
Was fehlt ihm noch dazu?  
Wie kann er zu den noch fehlenden Ressourcen kommen?
4. Realitäts-Check:  
Steht das Ziel mit anderen Personen, Situationen in Verbindung?  
Welche Aktivitäten und Schritte sind jetzt sinnvoll und angebracht?
5. Ökologie-Check:  
Welche Auswirkungen wird die Erreichung des Zieles auf seine Beziehungen, seinen Beruf, sein Selbstverständnis haben?  
Der Patient wird gebeten drei Nachteile, die das Erreichen des Ziels mit sich bringt, zu nennen. Welche Möglichkeiten hat er, diesen Schwierigkeiten zu begegnen?



### 3. Baustein: Reframing

Robert Ornstein schreibt in seinem Buch "Multi-Mind": Ein neues Modell des menschlichen Geistes geht davon aus, dass wir eine gemischte Struktur sind. Der Geist enthält einen komplexen Satz von "Begabungen, Modulen und Strategien". Diese Bestandteile können voneinander unabhängig handeln und aktiv werden, unter Umständen mit ganz verschiedenen Vorrängen (Ornstein, 1990).

Sieht ein Kind eine hochschwängere Frau und fragt: "Warum hast Du denn einen so dicken Bauch?"

Die werdende Mutter antwortet: "Da ist mein Baby drin."

Kind (empört): "Hast Du das denn gar nicht lieb?"

Die Mutter: "Doch - natürlich - sehr!"

Kind: "Aber warum hast Du es dann aufgegessen?"

Ein etwas makabrer Scherz, zugegeben!

Aus kindlicher Sicht waren die Äußerungen, gekoppelt mit der sichtbaren Situation, selbstverständlich anders zu bewerten als aus der Sicht der Mutter. Wir haben es hier mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen zu tun.

Wir beginnen jetzt, die Ergebnisse der etwa 100 Jahre "jungen" modernen Psychologie, und die Entwicklungen der fünfzigjährigen modernen Hirnforschung zusammenzutragen, und wir erkennen: Unsere Vorstellungen von uns selbst und anderen Menschen sind nicht nur lückenhaft, sondern auch irreführend. Warum setzen wir uns erst dann in Bewegung, wenn schreckliche Unglücke geschehen? Warum brauchen wir Schockierendes oder weshalb sind so viele nur in der Weihnachtszeit wohl tätig? Wie ist es möglich, dass Menschen tagsüber in Konzentrations- und Gefangenenlagern quälen, foltern, ja sogar töten und abends liebevoll mit den eigenen Kindern spielen?

Es ist seltsam. Wir tun viele Dinge, die inakzeptabel für uns selbst sind.

Hier entsteht ein neues Bild über die Natur des menschlichen Gehirnes und des Geistes. Der oben zitierte Hirnforscher Ornstein sagt: "Es liegt vielleicht daran, dass wir nicht einen einzigen Geist, sondern mehrere haben. Der Teil von uns selbst, der gerade urteilt, ist unabhängig von dem Teil der sich gerade verhält, der etwas tut" (Ornstein, Multimind, 1990, S. 23). Ornstein geht davon aus, dass wir eine Vielzahl von hochspezialisierten und voneinander durchaus abgetrennten kleinen "Geistern" besitzen und eine Koalition derer sind. In diesem Kapitel werden Veränderungsmodelle vorgestellt, die gerade von dieser These aktiv Gebrauch machen.

Im Ausbildungsabschnitt über Reframing wird im NLP gelehrt, dass es möglich ist, an einem Persönlichkeitsanteil Veränderungen zu vorzunehmen, ohne dass es die Gesamtpersönlichkeit betreffen muss.

Es wird bei unangemessenen Verhaltensweisen gefragt: "Was ist die gute Absicht, die dahinter steckt, oder gibt es Persönlichkeitsanteile, die mit unerwünschten Verhaltensweisen nicht nur zurecht kommen, sondern diese zur Lösung ihrer Aufgabe gerade benötigen?" Das sogenannte "*Teilemodell*" bietet Strategien, die **hin zur Lösung, statt weg vom** Problem ausgerichtet sind.

Im NLP gibt es die Vorannahme, Veränderungen mit Lernen gleichzusetzen. Also, Veränderungsprozesse gleich Lernprozesse. Der inzwischen verstorbene Hirnforscher Gregory Bateson (1985) spricht von der Einteilung des Lernens in Lernprozesse verschiedener logischer Ebenen:

### **Veränderungstechniken 1. Ordnung:**

diese geben Gesprächs- oder Verhandlungspartnern, Freunden, Verwandten oder Kunden die Möglichkeit, für eine bestimmte Situation (Kontext) eine bestimmte Reaktion neu zu erlernen.

### **Veränderungstechniken 2. Ordnung:**

entsprechen dem Lernen des Lernens. Wir können bei uns selbst oder bei anderen neue Reaktionen bzw. Verhaltensweisen verfügbar machen, das heißt Zugänge dazu erleichtern (Bateson, 1985).

Lösungen von Problemen (= Aufgaben) auf der *"Meta-Ebene"* werden im NLP "Reframing" genannt. Re-framing bedeutet etwas in einem anderen Rahmen zu sehen oder auch umzu deuten, also etwas auf eine andere Art und Weise wahrzunehmen.

Nicht die Realität selbst macht den Menschen manchmal zu schaffen, sondern unsere Einstellungen, Wertvorstellungen, Gefühle und Gedanken. Durch Reframing als grundlegendes Modell können wir diese Erkenntnis in unzähligen Situationen, besonders bei Konflikten, Schwierigkeiten und Problemen nutzen.

Witze sind typisch für Reframing. Zielen sie doch alle darauf ab, eine Situation (plötzlich) in einem anderen Licht erscheinen zu lassen (Pointe!). Wie wäre es mit diesem (Kalauer):

Fragt ein Bekannter: "Hat die Behandlung bei Dr. Mictio Dein Ziel, die Bettnässerei endlich loszuwerden, erreicht?"

"Nein", antwortet der so Befragte, "ich pinkle immer noch ins Bett, aber jetzt stört es mich nicht mehr".

Die Veränderung in diesem Beispiel hat auf der Ebene "Bewertung der Situation" stattgefunden. Das Verhalten ist geblieben. Paul Watzlawick sagt: Es reicht, die Bewertung eines Problems zu ändern, statt das Problem zu verändern (Watzlawick, 1990a).

Wie der Bettnässer auf Dauer mit der Lösung zurecht kommt, ist eine andere Frage. Nur der Betroffene kann beurteilen, ob die Lösungsqualität für ihn akzeptabel ist. Baron schreibt in ihrem Buch "Meta-Medizin" über einen Kollegen, der eine Herzattacke erlitten hatte (und selbst Herzspezialist war): "A. Jakobs war ein Opfer, er war nach seinem Herzanfall von Furcht gelähmt. Die Laborenzymwerte entsprachen der Art, wie er über sich und seine Krankheit dachte und fühlte. Ihm ging es schlecht.

In diesem Zustand kam eines Tages ein Assistenzarzt zu ihm ins Zimmer und verkündete, dass Jakobs Enzymwerte auf normale Werte gefallen wären.

Jakobs Gesicht hellte sich auf, und an diesem Morgen wusch und kleidete er sich selbst an, ohne Hilfe von Schwestern, seine Stimme war freundlich und er begann die Diagnose in Zweifel zu ziehen. Als er sich über die mangelnde differentialdiagnostische Abklärung beim Oberarzt beschweren wollte, kam ihm auf dem Stationsgang eine Schwester entgegen, die sagte, "Ich wurde gebeten, Ihre Kardialenzyme zu überprüfen" und sie fügte rasch hinzu, "es tut mir wirklich leid, aber ich muss neue Blutproben bekommen."

"Warum?", fragte Jakobs und starrte die Frau zornig an.

"Das Gerät war nicht richtig eingestellt. Alle Messwerte waren heute morgen ungewöhnlich niedrig", sagte sie zu ihm. Jakobs brach in einem Stuhl zusammen und musste in sein Zimmer gefahren werden. Er stimmte danach passiv einer Herzoperation zu, blieb aber anschließend mutlos. Er nahm seine Praxis nie mehr auf und sah jede normale, auch intellektuelle Tätigkeit als Gefahr für sein Herz-Kreislauf-System an" (Baron, 1990, S. 140-141).

Die Autorin resümiert: "Die Bedeutung, die wir einer Krankheit zuschreiben, bestimmt in hohem Maße, was diese Krankheit ist. Mit anderen Worten, die Inhalte unserer Gedanken definieren das Leiden. Nirgends ist dies auffälliger als bei der Variationsbreite von Toleranz zwischen einzelnen Menschen oder sogar zwischen kulturellen Gruppen in der Gesellschaft. Die einzelnen Denkmuster können Himmel oder

Hölle in den Körpern der jeweiligen Personen erzeugen" (Baron, 1990, S. 141).

Am Beispiel von Dr. Jakobs wurde gezeigt, welche gravierende Auswirkung die jeweilige Sicht auf eine bestimmte Situation haben kann. Ein anderes Beispiel ist von Leslie Cameron-Bandler beschrieben worden (Cameron-Bandler, 1992). Zu ihr kam eine Frau mit einem, wie wir sagen würden, "Putzfimmel". Diese Frau rastete vor allem dann aus, wenn sie auf dem über alles geliebten Teppich immer wieder die Fußstapfen ihrer drei Kinder entdeckte, die auch noch die Teppichfransen total in Unordnung brachten.

Leslie Cameron-Bandler ging mit der Klientin folgendermaßen vor:

"Ich möchte", sagte sie zu ihr, "dass Sie die Augen schließen und Ihren Teppich vor sich sehen, und Sie sehen, dass nirgendwo auch nur ein einziger Fußabdruck ist, und alle Fransen am Rand sind sauber nebeneinander ausgerichtet. Er ist sauber und flauschig, ganz ohne Makel". Die Frau schloss die Augen, sie war im siebten Himmel und lächelte verzückt. Dann sprach Leslie weiter: "Und machen Sie sich bewusst, dass das bedeutet, dass Sie vollkommen allein sind, die Menschen, für die Sie sorgen und die Sie lieben, sind nirgendwo in ihrer Nähe".

Der Gesichtsausdruck der Frau veränderte sich schlagartig, sie fühlte sich entsetzlich. Dann fuhr Leslie fort: "Jetzt sehen Sie vor Ihrem geistigen Auge ein paar Fußstapfen auf dem Teppich und betrachten sich diese Fußstapfen, und Sie wissen, dass die Menschen, die Ihnen in der Welt am wichtigsten sind, auch in Ihrer Nähe sind." Und da fühlte sie sich natürlich wieder gut" (Bandler/Grinder, 2000, S. 18 ).

Durch diese Intervention wurde es der Klientin ermöglicht, auf behutsame Art und Weise eine neue, konstruktive Sicht zu produzieren. Die Fußstapfen blieben gleich, aber sie waren kein Anlass zum Ärger mehr, sondern ein Grund zur Freude.

Bevor die Veränderungsmöglichkeiten, also die Reframingmodelle, vorgestellt werden, möchte ich noch auf zwei Punkte aufmerksam machen:

Zum einen kann in jedem fehlerhaften Verhalten auch eine Stärke gesehen werden, wer z.B. an der Theaterkasse drängelt, mag ein gutes Durchsetzungsvermögen besitzen, wer an der Supermarktkasse eher schüchtern im Hintergrund bleibt und Drängler vorlässt, besitzt vielleicht sehr viel Rücksichtnahme, nur ist in manchen Gegebenheiten vordrängeln unangemessen, so wie Schüchternheit in manchen Situationen nicht angebracht ist. In entsprechenden Fällen sollte der jeweils Betroffene etwas Neues hinzulernen, nämlich, das als fehlerhaft empfundene Verhalten in anderen Situationen als Stärke zu akzeptieren. Denn beide, die Fähigkeit sich durchzusetzen, und die Fähigkeit rücksichtsvoll zu sein, sind wertvoll.

Zum anderen wird niemand veranlasst sich zu ändern, aber wir können uns selbst und auch anderen, z.B. Patienten, Angebote machen, dazulernen. Eine der Grundannahmen im NLP besagt ja, dass hinter jedem Verhalten, auch hinter dem schlimmsten Fehler, ein Nutzen oder eine positive Absicht für den betreffenden Menschen bestehen kann. Manchmal ist diese Absicht nicht ohne weiteres zu entdecken, aber es kann gut sein, sie herauszufinden und auf eine sinnvollere Art und Weise zu erfüllen.

## **Bedeutungsreframing**

Unsere Vorstellung von der Welt bestimmt, welche Bedeutung wir einer Situation geben. Das Bedeutungsreframing wird immer dann verwendet, wenn der Stimulus eines Problemverhaltens nicht unbedingt verändert werden muss, da er an sich nicht schlecht ist.

### **Generelles Ziel aller Veränderungstechniken ist:**

1. Gegenüber dem Symptomerleben und Verhalten soll eine neue Einstellung gewonnen werden.
2. Einflüsse von außen bleiben (oft) bestehen, Einstellung und Handlungsfähigkeit ändern sich.

Kommt z.B. ein Patient mit einem "Problem" zu seinem Hausarzt. Der Hausarzt kann das "Problem" "reframen" durch Nutzung des Begriffes "Herausforderung".

Dass ein und dasselbe Szenario viele verschiedene Bedeutungen haben kann, zeigt ein weiteres Beispiel – eine orientalische Geschichte, in der von einem Vater, der mit seinem kleinen Sohn an einem sehr heißen Tag auf einer staubigen Landstraße unterwegs ist, die Rede ist.

Der Vater führt den Esel, auf dem der Kleine reitet. Es kommt ihnen eine Gruppe von Menschen entgegen, und der Vater hört ihr Gespräch: "Schaut euch das an! Der Vater geht zu Fuß, und der Bub sitzt auf dem Esel. Wie der Vater diesen Kerl verwöhnt! Was soll denn aus dem einmal werden?" Als der Vater das hört, nimmt er den Sohn vom Esel herunter, steigt selbst auf, und sie gehen weiter. Da kommt wieder eine Gruppe daher, die sagt: "Schaut euch bloß den an. Er reitet, und der Kleine muss an einem solch heißen Tag zu Fuß gehen. Hat er kein Mitleid mit dem Kind?". Darauf holt der Vater den Sohn zu sich auf den Esel. Nach einiger Zeit kommt ihnen die dritte Gruppe entgegen, die spricht: "Zu Zweien reiten sie auf dem armen Tier. Haben die kein Herz?" Darauf steigt der Vater ab, nimmt den Jungen vom Esel und beide beginnen, den Esel zu tragen. Es kommt eine weitere Gruppe aus der Gegenrichtung und... Ich überlasse es dem Leser, sich vorzustellen, was die sagen.

Veränderungsmethoden sind nicht neu. In Legenden, Märchen, Fabeln, in der Werbung oder in Witzen (siehe die etwas makabere Geschichte vom Baby im Bauch der Schwangeren zu Beginn) werden neue Rahmen für alte Sichtweisen dargestellt, die verblüffen, irritieren oder einen "Aha-Effekt" bringen können. Bandler und Grinder sehen darüber hinaus das inhaltliche Reframing als eine wichtige Technik für Verkaufsgespräche an, da die Fähigkeit bei Einwänden gegen den Preis einen Reframe einzusetzen, hilfreich sein kann. (Bandler/Grinder, 2000).

Dem Arzt und seinem Umfeld eröffnen sich neue Blickwinkel für die Kommunikation, wenn akzeptiert wird, dass eine Situation, ein unerwünschtes Verhalten, aus der Historie heraus beurteilt, sinnvoll sein kann.

Der Arzt kann z.B. mit seinem Patienten erforschen, worin der Sinn lag, und prüfen, ob diese Situation oder sein Verhalten zur Zeit noch Nutzen bringt oder nicht. So kann nach Abklärung anderer Ursachen der übergewichtige Mensch mit Magenbeschwerden der sein, der alles in sich "hineinfrisst" und sich damit Kammerspeck zulegt. Wenn Ärzte diese Aspekte ansprechen, machen sie ein Bedeutungsreframing. Eine anderer Möglichkeit besteht, den Patienten auch zu fragen, wofür Magenbeschwerden oder Übergewicht gut sein können. Oder zu fragen, was sich in seinem Leben verändern würde, wenn er kein Übergewicht mehr hätte. Diese Art zu fragen ist sehr ungewöhnlich (für den Patienten). Er wird nämlich veranlasst, **selbst** über seine Situation (bzw. deren Veränderung) nachzudenken.

Ärzte wissen aus Erfahrung, dass ein gewisser Teil ihrer Patienten zu ihnen kommt, um eigene Probleme bei ihnen abzugeben. Manche geben sich, bzw. ihre Körper, buchstäblich zur Reparatur und lehnen es oft (unausgesprochen) innerlich ab, irgendwelche Verantwortung für sich selbst zu übernehmen.

Die hier vorgestellten Gesprächsinterventionen mit dem Ziel der Veränderung der Sicht eines anderen sind Möglichkeiten, die sehr hilfreich, nützlich und wirksam sein können. Sie sollen nichts in der Arzt-Patienten-Kommunikation ersetzen, gegebenenfalls ergänzen, zielgerichtet und effektiv.

### **Übungsformat zum Bedeutungsreframing:**

Patient beklagt: "Ich fühle mich Y, wenn X passiert".

Zum Beispiel sagt Herr Müller: "Ich bin ziemlich angespannt und gestresst (Y), weil ich so viel zu tun habe (X)", oder Frau Meier stöhnt: "Mir tut der ganze Rücken weh (Y), seitdem mich der Meister ins Magazin geschickt hat (X)."

Das Vorgehen des Arztes kann folgendermaßen aussehen:

1. Sich selber ein inneres Bild machen, genau hinhören und nachfühlen.
2. Sich überlegen: Gibt es einen anderen "Rahmen", in dem dieses Symptom/Verhalten einen positiven Wert hätte? Welcher Aspekt könnte einen anderen "Rahmen" bieten, der dem Patienten unbekannt ist?
3. Über Alternativen des gefundenen neuen "Rahmens" (neuen "Bildes") nachdenken und eine auswählen, von der eine Reaktion erhofft wird.  
Hinweis: Auf gutes Angleichen (Pacing) und gefühlvolles Führen (Leading) achten.
4. Der Patient wird gebeten, seine Aussage zu wiederholen. Die "andere Bedeutung" wird angeboten und die nonverbalen Veränderungen beobachtet.

Das Angebot für Herrn Müller könnte lauten:

"Glauben Sie, dass Sie das ganze Jahr so viel arbeiten werden?"

oder zu Frau Meier: "Haben Sie schon einmal daran gedacht, wie es wäre, selbst Meisterin zu sein?"

Ein weiteres Beispiel: "Immer, wenn ich gut gelaunt bin, kommt meine Partnerin und sagt etwas Unangenehmes zu mir."

Reframeangebote:

"Hast Du schon einmal darüber nachgedacht, was Du daraus lernen kannst?"

oder:

"Hast Du schon einmal die Idee gehabt, die Chance zu nutzen, noch mehr zu erfahren?"

oder:

"Probier doch mal aus, Dich für jeden Hinweis zu bedanken."

Beispiel: "Ich fühle mich hundeelend, wenn ich diesen Dreck sehe."

Der Arzt fragt sich: Gibt es einen anderen Rahmen, in dem diese Reaktion einen positiven Wert hätte?

Oder: Wie sonst könnte ich diese Situation beschreiben?

Bedeutungsreframe, Angebot:

Wie wäre es, wenn Sie diesen Schmutz als wichtiges Signal sehen könnten?

### **Chunking**

In der Computerwelt wird das "hoch-" oder "runterfahren" von Informationen (größere oder kleinere Aufteilungen, Wechsel logischer Kategorien in darüber- oder tieferliegende Ebenen) als Chunking bezeichnet. Beim Bedeutungsreframe wird gefragt: "Gibt es einen größeren oder anderen Rahmen, in dem das Verhalten einen positiven Wert hätte?" Es wird das Problem auf eine höhere Ebene "gechunkt".

Bedeutungsveränderung ist angebracht bei Meta-Modellverletzungen "Ursache-Wirkung" (siehe Baustein 2), das heißt bei Verzerrungen, bei denen wir das Weltmodell relativieren können:

"Deine Kleidung finde ich unmöglich."

"Es ärgert mich, dass meine Frau immer so hektisch ist."

"Ich bin traurig, weil mein Partner mich verlassen hat."

"Ihre Vorwürfe verletzen mich."

"Wenn ich den ganzen Dreck im Treppenhaus sehe, dreht sich mir der Magen um."

Es wichtig zu beachten, dass eine Bedeutung angeboten wird, die dem sozialen Lebensumfeld und den Werten des Patienten nahe kommen.

Der Arzt sollte sein Reframingangebot ernsthaft vortragen und keinen anderen Kontext präsentieren.

Wirkliche Wahlmöglichkeiten hat man nur dann, wenn man von einer Realität in eine andere wechseln kann und gleichzeitig auch eine Perspektive für die abgelaufenen Prozesse hat.

Für Ärzte als verantwortungsvolle Menschen ist es eine bedeutsame Qualifikation, nach Kenntnis der Inhalte eines Problems eine Lösung zu finden.

Es geht hier darum, ein Gefühl, ein Verhalten, einen Umstand oder ein Geschehen, das der Patient beklagt, positiv umzudeuten (Wechsel im Erleben erwirken, unabhängig von anderen erforderlichen Maßnahmen).

Das Bedeutungsreframing kann durch Verblüffung, Unterbrechung, in Frage stellen, Gegenbeispiele, Übersteigerung, ja Provokation erreicht werden. Der angebotene neue Rahmen wirkt dann, wenn er in das Persönlichkeitssystem des Patienten passt.

Eine erfolgreiche Umdeutung kann man erkennen an:

- einer Veränderung der Physiologie
- einer Verblüffung, Überraschung oder auch Verwirrung
- einer veränderten Verbalisierung

## Kontextreframing

### Symptome oder Verhalten in einem anderen Rahmen erlebbar machen

Die Grundannahme zu diesem Kapitel der NLP-Practitioner-Ausbildung lautet: Jedes Verhalten (auch drastische Fehler) hat einen Nutzen und eine positive Absicht für die betreffende Person. Oft ist die positive Absicht nicht sofort zu erkennen. Sie herauszufinden, ermöglicht vielfach erst den Zugang zu denkbaren und sinnvollen Lösungen.

Wir können davon ausgehen, dass hinter jedem kommunikativen Fehlverhalten auch eine Stärke steckt. Die Kunst der exzellenten Kommunikation besteht darin, dem Gesprächspartner, dem Patienten, einen Zugang zu "neuer" Sicht zu verschaffen. Das Prinzip des Arztes sollte sein, nichts wegzunehmen (keiner muss sich ändern), sondern ein Angebot zu machen (etwas hinzuzulernen).

Der Lernschritt besteht darin, die Qualitäten des Verhaltens, die bisher als "Fehler" abgelehnt wurden, in anderen Situationen als Stärken anzusehen. Diese "Sichtveränderung" ist nicht nur im kommunikativen Verhalten hilfreich, sondern hat auch im Bereich der fachspezifischen Symptome, mit denen der Arzt täglich zu tun hat, Gültigkeit.

Als Beispiel möchte ich Frau Belter heranziehen, die gerade anderthalb Stunden im Stuhl des Zahnarztes verbracht hat. Frau Belter schildert ihrer Freundin den "Prozess" und endet mit den Worten: "Sind Schmerzen nicht etwas Wunderbares?" Ein neutraler Beobachter könnten Frau Belter möglicherweise für etwas makaber halten. Den meisten Menschen fällt es schwer, den positiven Wert von Schmerzen anzuerkennen, wenn sie sich gerade den Finger an der Herdplatte verbrannt haben.

Gibt es nicht gute Gründe, sich manchmal vorzustellen, wie es wäre, wenn wir z.B. keine Schmerzen empfinden könnten? Dann wäre es nämlich möglich, sich geistesabwesend zwanzig Minuten auf eine angeschaltete Herdplatte zu stützen, bis wir vielleicht zufällig feststellen würden, dass statt der Hand nur noch ein verkohltes "Endstück" übrig geblieben ist (andere Sinneswahrnehmungen, z.B. olfaktorische, einmal außer Acht gelassen).

Wenn wir keine Schmerzen empfinden, könnte es vorkommen, dass wir zu Hause beim Schuhe anziehen feststellten: "Oh, mir fehlt ja der halbe Fuß. Irgendwie kam mir mein Gang heute so komisch vor!"

Zu makaber? Natürlich wissen wir über die wertvolle, positive Seite von körperlichen Schmerzen. Sie sind ein permanentes Feedback in Bezug auf das, was wir tun oder besser lassen sollten, also ein nützliches Alarmsystem.

"Die Erfahrung emotionaler Schmerzen funktioniert nach dem gleichen Schema. Emotionale Schmerzen sind ein Hinweis darauf, dass die Haltung geändert oder die Dinge anders gesehen werden sollten. Wenn ein Freund oder Bekannter von jemandem verletzt, enttäuscht oder verlassen wurde, könnte die Botschaft lauten: "Liebe die Menschen in Deinem Leben ohne Erwartungen. Nimm sie an, wie sie sind, und nimm an, was sie zu geben haben, ohne darüber zu urteilen."

Eine andere Botschaft wäre: "Das Verhalten anderer sollte nicht Dein Selbstwertgefühl zerstören" (Mathews, 1992, S. 31).

Die "tollen" Schmerzen beim Zahnarzt, die abgestützte Hand auf der heißen Herdplatte, der halb fehlende Fuß oder die -Fähigkeit, Menschen so zu nehmen, wie sie sich geben, sind unter Umständen Betrachtungen in oder aus einem ganz anderen (ungewöhnlichen) Rahmen.

Ob das Glas Wein schon wieder halb leer (Pessimist) oder noch halb voll ist (Optimist), ist abhängig davon, mit welcher Brille oder mit welchem Rahmen die Situation gesehen wird (Bedeutungsreframe).

Bandler und Grinder schreiben in ihrem Buch "Reframing": "Will man das inhaltliche Umdeuten lernen, sollte man Virginia Satir studieren, die ein Meister auf diesem

Gebiet ist. Ihr wichtigstes Manöver für das Ankern neuer Reaktionen in einer Familie ist das inhaltliche Reframing. [...] Virginia arbeitete mit einer Familie. Der Vater war Bankier und von geradezu professioneller Steifheit. Man hätte ihm einen Preis dafür verleihen sollen. Nicht, dass er ein schlechter Kerl gewesen wäre, er meinte es sogar sehr gut. Er sorgte gut für seine Familie und war auch betroffen genug, mit zu der Therapie zu kommen. Aber im Prinzip war er ein steifer Kerl. Die Frau war, um es in Virginias Terminologie auszudrücken, ein extremer Beschwichtiger (placator). Für diejenigen unter Ihnen, die das nicht kennen: ein Beschwichtiger ist ein Mensch, der allem zustimmt und sich für alles entschuldigt. Wenn man sagt: "Was für ein schöner Tag", dann sagt der Beschwichtiger: "Ja, tut mir leid!"

Die Tochter war eine interessante Mischung aus den beiden Elternteilen. Ihren Vater hielt sie für den Bösen und die Mutter für einen großartigen Menschen. Sie stand also immer auf Seiten der Mutter, *handelte* aber wie der Vater.

Der Vater beklagt sich in dieser Sitzung ständig darüber, dass die Mutter ihre Sache bei der Erziehung der Tochter nicht gerade gut gemacht habe, denn die Tochter sei so stur. Als er diesen Vorwurf noch einmal wiederholte, unterbrach Virginia das Geschehen. Sie drehte sich um, schaute den Vater an und meinte: "Sie sind doch ein Mann, der es im Leben zu etwas gebracht hat. Stimmt das?"

"Ja."

"Wurde Ihnen das alles einfach geschenkt? Gehörte die Bank Ihrem Vater und der brauchte nur zu sagen, 'nimm sie, du bist der Präsident'?"

"Nein, nein. Ich habe mich hochgearbeitet."

"Dann sind Sie ganz schön beharrlich, nicht wahr?"

"Ja."

"Nun gut, es gibt also einen Teil von Ihnen, der es Ihnen ermöglicht hat, dort hinzukommen, wo sie sind, und ein guter Bankier zu sein. Und manchmal müssen Sie Menschen Dinge abschlagen, die Sie ihnen lieber gewähren würden, einfach weil Sie wissen, dass später etwas Unangenehmes daraus erwachsen könnten, wenn Sie es täten."

"Ja."

"Gut, es gibt einen Teil von Ihnen, der stur genug ist, um sie auf verschiedene Weise effektiv zu schützen."

"Nun, ja. Aber Sie wissen, dass man solche Dinge nicht außer Kontrolle geraten lassen kann."

"Jetzt möchte ich, dass Sie sich umdrehen und Ihre Tochter anschauen und sich unmissverständlich klar machen, dass Sie ihr beigebracht haben, stur zu sein und für sich einzustehen, und dass das etwas Unbezahlbares ist. Diese Fähigkeit, die Sie ihr mitgegeben haben, kann man nicht kaufen, und vielleicht kann sie ihr das Leben retten. Stellen Sie sich vor, wie wertvoll diese Fähigkeit sein wird, wenn Ihre Tochter zu einer Verabredung mit einem Mann geht, der schlechte Absichten hat." (Bandler/Grinder, 2000, S. 20-21).

Vielleicht ist das Muster dieses weiteren sachbezogen bzw. inhaltsbezogen Modells herauszuhören: Jedes Erlebnis und jedes Verhalten ist im entsprechenden Rahmen, Kontext, angemessen und sinnvoll.

Kontextreframe bezieht sich auf Bemerkungen wie:

"Ich bin zu X."

"Er muss immer Y."

"Sie will ständig Z."

Es liegt eine *Meta-Modell-Verletzung* vor: *Tilgung* des Vergleichs, *Generalisierung* (s. Ausbildungsbaustein 2). Die Klage oder Beschwerde eines Patienten wird als vergleichende Generalisierung über sich selbst oder einen anderen Menschen geäußert, wobei der Kontext getilgt ist.

Als Technik beim Kontextrahmenwechsel kann der Arzt für den Patienten ein neues Verhalten für den alten Kontext

**oder**

einen neuen Kontext für das alte Verhalten anbieten. Das Ergebnis sollte sein: Neubewertung des alten Verhaltens, da es in einem neuen Kontext jetzt sinnvoll ist.



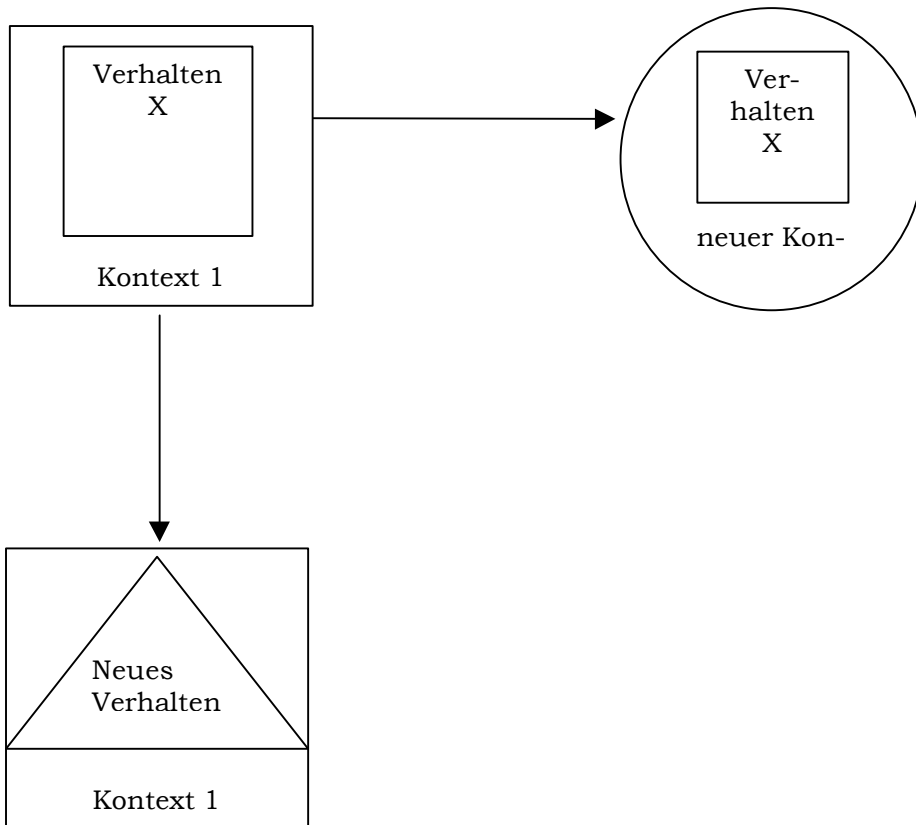


Abbildung 8: Kontextreframing

Nach diesem Schema kann der Arzt in passenden Gesprächssituationen mit Patienten, Mitarbeitern oder anderen Praxisbesuchern nachfolgendes Kontextreframingformat einsetzen:

**Patient: "Ich bin viel zu X!"**

1. Ausbildung einer inneren Repräsentation, ein Bild machen, genau hinhören, nachfühlen.
2. Reflexion  
In welchem Kontext hätte dieser Zustand einen Wert?
3. Wenn mehrere Angebote möglich sind, wird das "stimmigste" ausgewählt. Entweder humorvoll, kritisch, ernst, beratend; unter Beibehaltung von Rapport
4. Angebot  
Der Patient wiederholt seine Klage. Der Arzt bietet dann den "neuen Rahmen" an und beobachtet die nonverbalen Veränderungen.

Hier einige Beispiele für den Kontext-Rahmenwechsel:

Ich bin zu blaß:

In Millionärskreisen ist das jetzt in.

Ich bin zu geizig:

Lieber geizig als arm.

Ich bin zu feige:

Lieber feige als tot; oder: Leichtsinn ist kein Mut.

Ich bin zu aufbrausend:

Lieber spritzig als abgestanden.

Ich bin zu vorlaut:  
Kluge Köpfe haben eine schnelle Zunge.

Ich bin zu klein:  
So kommt man überall durch.

Mein Freund ist zu dünn:  
Andere können ihr Glück "gar nicht fassen".

Die Kontext-Rahmenveränderung wird, sollte die Klage als Vorwurf oder sogar als Beschimpfung vorgetragen werden, auch als Schlagfertigkeit bezeichnet (s.o.).

Zu beachten gilt: Es sollten Kontexte ausgewählt werden, die der sozialen Wirklichkeit und dem Wertesystem der Patienten entsprechen. Falls Humor nicht "passend" erscheint, auf ernsthaftes Anbieten des Reframes achten. Auch, wenn die Reaktion Verblüffung ist, kann es hilfreich sein, nach dem Angebot unter Umständen einige Sekunden nichts zu sagen (die Macht des Schweigens einzusetzen). Bei klarer Kontext-Situation sollte keine andere Bedeutung offeriert werden.

Peter Frankenfeld hat uns auch ein Beispiel hinterlassen, wie ein "schlagfertiger" Ober verschiedene Reframings, die sich alle auf die Beschwerde eines Gastes beziehen, formuliert. Der Gast sagt: "Herr Ober, hier ist eine Fliege in meiner Suppe!"

Hier eine Auswahl möglicher Antworten des Obers:

"Nicht so laut, sonst wollen alle eine!"

"Wir haben kein DDT mehr in der Küche, darum ertränkt sie der Koch!"

"Na so was, die fressen aber auch jeden Dreck!"

"Meine Güte, nun gönnen Sie ihr doch das bisschen Suppe!"

"Oh, dann bekommen wir besseres Wetter!"

"Die ist gleich weg! Sehen Sie die Spinne auf dem Tellerrand?"

Zum Abschluss des Kapitels über inhaltliche Reframings möchte ich Andrew Matthews zitieren:

"Schmerzen veranlassen uns dazu, Dinge zu überdenken, die Richtung zu wechseln. Sie lassen uns die Dinge anders sehen. Wenn wir eine Dummheit begehen, erleben wir emotionale oder körperliche Schmerzen. Wir könnten sagen: "Also, es sollte eigentlich nicht weh tun. Ich will nicht, dass es weh tut", doch wird der Schmerz weiterbestehen.

Manche Menschen bringen es fertig, vierundzwanzig Stunden am Tag und dreihundertundfünfundsechzig Tage im Jahr unter etwas zu leiden. Sie merken nie, dass es an der Zeit ist, die Hand von der heißen Herdplatte zu nehmen" (Matthews, 1992, S. 31).

Ein Beispiel aus der Arzt-Patienten-Kommunikation:

Arzt: Wie lange haben Sie diese Schmerzen schon?

Patient: Das weiß ich noch genau, es fing an, als mein Sohn zwei Jahre alt war.

Arzt: Und wie alt ist ihr Sohn heute?

Patient: 36!

Hier noch einmal der Hinweis: Die NLP-Practitioner-Ausbildung bezieht sich auf den kommunikativen Umgang mit Menschen. Inwieweit die Modelle dieses Konzeptes auch als Therapie genutzt werden, entscheidet jeder Arzt selber. "Für eine erfolgreiche Arbeit mit NLP ist es wichtig zu wissen, welche Prozedur für welche Art von Problemen funktioniert" (Bandler/Grinder, 2000, S. 30).

## Verhandlungsreframing

Robert Ornstein ist Professor für Psychologie und Humanbiologie an der Stanford-Universität in Kalifornien, USA. Er beschäftigt sich mit Evolutionsbiologie, Hirnforschung, Sozialpsychologie, mit Persönlichkeits- und Intelligenzforschung.

In seinem Buch "Multimind" bietet er ein neues Modell des menschlichen Geistes als Ergebnis seiner Forschungsarbeiten an. Er führt aus: "Die Computer-Simulations-Wissenschaftler und viele andere Nachfahren von Aristoteles leiden an einer "Störung", die man als "Academiomemesis" bezeichnen kann. Es ist die Störung, die einen Menschen dazu führt zu glauben, dass ein menschliches Wesen in Wahrheit ein kleiner Akademiker ist. In diesem Konzept glaubt man, dass ein lebendiges menschliches Wesen einzig und allein durch seine verbalen und logischen Prozesse definiert ist. Ein Opfer dieser Störung beachtet die vielen anderen Dimensionen einer Person nicht: Gefühle, persönliche Kümernisse, körperliche Bedürfnisse, die Fähigkeit zu singen oder zu tanzen oder die Fähigkeit, mit ziemlich unterschiedlichen Menschen klarzukommen.

Aber so albern es auch erscheinen mag: diese eingeschränkte Betrachtung des Menschen ist kein Spaß. Es ist nach wie vor die dominante Sichtweise der "westlichen, intellektuellen Tradition" (Ornstein, 1990, S 36). Es besteht immer noch die Annahme, dass das, was wir Geist nennen, die Summe der traditionellen, intellektuellen Fähigkeiten sei, wie: diskutieren, beschreiben, analysieren, zurückweisen, rational zu handeln, zu denken und entsprechende Schlussfolgerungen zu ziehen."

Tatsache ist, dass die meisten Menschen kaum versuchen, die Dinge ihres Lebens zu bestimmen und zu beeinflussen. Normalerweise versuchen sie, einigermaßen klarzukommen, zu essen, zu schlafen, und (selbstverständlich) sich zu reproduzieren. Mit anderen Worten: Wir sind hauptsächlich damit beschäftigt, zu überlegen, wie wir uns in einer komplexen und sich ändernden Welt organisieren können. Wir sind demnach mehr mit Anpassung als mit Schlussfolgerung beschäftigt. Dabei nehmen wir auch noch an, dass andere so sind wie wir, und wir beurteilen andere nach unseren Wertmaßstäben (Ornstein, 1990).

Ornstein resümiert: Der Glaube, dass eine Person **einen** Geist hat, gut oder schlecht, ist eine Illusion.

Es gibt keinen einzelnen Geist, sondern viele. Wir sind im Prinzip eine Koalition in uns selbst.

Wir sind nicht konsistent, wir sind nicht kohärent. Wir entscheiden Dinge nicht vernünftig. Wir bekommen nicht mit, wie wir entscheiden und noch nicht einmal, "wer" in uns entscheidet (Ornstein, 1990).

Tatsächlich haben wir eine Vielzahl von "Geisten" spezialisiert, sehr unterschiedliche Aufgaben zu übernehmen.

Unser Geist ist ein Mental Operating System (=MOS). Dieses mental operierende System ist vielfältig und komplex. Es enthält eine wandelbare Zusammenstellung unterschiedlicher Arten von "kleinen Geistern", z.B. in der Form von festgelegten Reaktionen, Begabungen oder flexiblem Denken. Diese verschiedenen Einheiten werden von Zeit zu Zeit eingesetzt, das heißt, ins Bewusstsein hineingebracht oder hineingerollt und dann wieder gekündigt, das heißt abgestellt, nach Gebrauch an ihren Platz zurückgebracht (Ornstein, 1990).

Die Ergebnisse von Ornstein besagen, dass der menschliche Geist nach wenigen Prinzipien aufgebaut ist, z.B.

### **1. "Was war gerade eben los?"**

Wir reagieren sehr sensibel, wenn es um "taufrische" Informationen geht. Katastrophen oder schreckliche Unglücke beeindrucken uns für eine gewisse Zeit, schlechte Gefühle verschwinden relativ rasch. Es gibt viele Leute, z.B. Politiker, die Reformen "anleiern" und dann ihre Aufmerksamkeit anderen Dingen zuwenden (Ornstein, 1990).

### **2. "Ruf mich bitte nicht, bevor nicht irgend etwas wirklich Aufregendes und Neues passiert"- oder "Weck mich, wenn es etwas Neues gibt"**

Allem Anschein nach sind wir nur an plötzlichem Auftauchen von bisher nicht Bekanntem wirklich interessiert. Ein ungewohntes Geräusch schreckt uns hoch; Gleichbleibendes, Monotones verschwindet rasch aus unserem Bewusstsein. Wenn das Benzin alle zwei Monate um ein, zwei Cent erhöht wird, regen wir uns nicht besonders auf, sollte der Preis plötzlich verdoppelt werden, wird das die ganze Nation erschüttern. Wer täglich mit dem Auto von der Arbeit nach Hause fährt, hat vielleicht am Ende der Routinefahrt auch schon erlebt, dass man sich selber fragt, "Wie bin ich eigentlich hergekommen?", weil man sich mental im Augenblick wichtigeren Themen als der Fahrt von der Arbeit nach Hause beschäftigt (Ornstein, 1990).

### **3. "Im Vergleich womit?"**

Der Psychologe und Komiker H. Youngman wurde einmal gefragt: "Wie sehr mögen Sie Ihre Frau?". Er antwortete: "Im Vergleich womit?" und weist damit auf zwei Phänomene hin. Wir beurteilen ständig durch Vergleiche und unsere Beurteilung hängt immer davon ab, womit wir zur Zeit vergleichen.

Wenn jemand seinen Mitarbeitern am Ende des Jahres 1.000,- Euro Prämie gibt, sind sie überrascht und hocherfreut. Sollte allerdings am Jahresanfang von 5.000,- Euro Prämie gesprochen worden sein, aber nur 1.000,- Euro gegeben werden können, werden die so Bedachten sehr enttäuscht sein.

Unsere Bewertungsstandards sind also sehr unterschiedlich. Ein anderes Beispiel: Wenn wir sehen, und sei es nur im Film, was andere machen und wir finden das phantastisch, kann es sein, dass wir, wenn es unser eigener Ehepartner macht, plötzlich eine ganz andere Meinung dazu haben (Ornstein, 1990).

### **4. "Los, bring's gefälligst auf den Punkt"**

Unser Geist bestimmt in Bezug auf herankommende Informationen die Bedeutung des jeweiligen Ereignisses und die Bedeutung für die eigene Person.

In vielen Fällen werfen wir im Rahmen der Informationsverarbeitung ganze Informationspakete, die uns erreicht haben, wieder hinaus.

Ein Beispiel: Wir haben im vergangenen Frühjahr vielleicht einige Millionen Blüten an Bäumen, an Sträuchern oder Blumen wahrgenommen. An wie viele einzelne Blüten erinnern wir uns heute noch ganz genau?

Ähnlich ist es, wenn wir zu Hause im Wohnzimmer sitzen und Geräusche hören, denen wir sofort eine bestimmte Bedeutung zuordnen, nämlich dass der Sohn oder die Tochter nach Hause kommt. Wir nehmen nicht das Geräusch an sich bewusst wahr, sondern interpretieren sofort. Alle diese Strategien und Vorgehensweisen haben zum Ziel, die Informationsmengen zu reduzieren.

Die strategische Fähigkeit, etwas auf den Punkt zu bringen, hilft uns, uns nur auf die Bedeutung von Gesprächen, Treffen, Informationen zu konzentrieren und nur sie abzuspeichern. Das ist für Ärzte in ihrem Beruf eine besonders wichtige Fähigkeit und es ist im kommunikativen Umgang mit Patienten von besonderer Bedeutung. (Ornstein, 1990).

Wie schnell "Reframings" ablaufen können, zeigt das Folgende Beispiel:

Die Leitung der Firma hatte eine Vollversammlung aller Angestellten und Arbeiter einberufen. "Meine Freunde", sagte der Chef des Managements, "ich muss Ihnen mitteilen, dass vom nächsten Monat an die gesamte Fabrik vollständig automatisiert sein wird."

Die gesamte Zuhörerschaft stöhnte auf.

"Alle Arbeitsabläufe werden von Maschinen durchgeführt werden. Das heißt, die Arbeit wird besser getan, schneller und auch mit mehr Profit."

"Aber, was ist mit uns?" rief jemand aus.

"Es gibt absolut keinen Grund zur Beunruhigung. Ihr werdet alle wie gewohnt bezahlt, mit jährlichen Steigerungen. Ihr werdet die gleiche subventionierte Kantine und alle betrieblichen Sporteinrichtungen behalten. Alles, was Ihr zu tun haben werdet, ist freitags zum Büro zu kommen, um Eure Gehälter abzuholen."

Nasrodin, ein Gewerkschaftsfunktionär, erhob sich.

"Ich hoffe, dass wir nicht jeden Freitag kommen müssen."

Idries Shah: *The Subtleties of the Inimitable*, Mullah Nasrodin (zitiert aus Ornstein, 1990, S. 95)

Auch im Arzt-Patienten-Gespräch vergleichen Patienten im Geiste Informationen und Inhalte ständig mit den eigenen Erfahrungen, um unter Umständen Dissonanz zu reduzieren.

Als Beispiel nehmen wir zwei Aussagen von Patienten:

1. Ich weiß, dass Zigarettenrauchen Krebs mitverursachen kann.
2. Ich rauche.

Rational denkende Menschen könnten mit diesem Widerspruch nicht sehr lange klar kommen. Raucher lösen dieses Problem unter Umständen auf verschiedene Arten:

Sie hören mit dem Rauchen auf oder sie sagen, dass Krebs gar nicht so schlimm ist, oder sie hoffen, dass bis zum Zeitpunkt, an dem sie selbst an Lungenkrebs erkranken, eine Therapiemethode entwickelt wurde, oder sie leugnen den Zusammenhang total.

Leon Festinger, Sozialpsychologe, hat festgestellt, dass Menschen sogar aufhören, Berichte über die Schädlichkeit des Rauchens zu lesen, um sich nicht dissoziationsauslösenden Informationen auszusetzen (Festinger, 1957). Mit unseren Rahmenveränderungsmethoden versuchen wir, statt einer Weg-von-Strategie eine Hin-zu-Strategie zu entwickeln, die uns oder Menschen, mit denen wir es zu tun haben, hilft, Wahlmöglichkeiten zu schaffen. Einen Umstand auch anders sehen zu können heißt: Ich habe die Wahl!

Die kleinen "Geiste", die laut Ornstein als Koalition einen Gesamtgeist bilden, sind Persönlichkeitsanteile in uns, die sich manchmal auch entsprechend fraktioniert äußern. Formulierungen wie:

- ✓ "einerseits"/"andererseits" oder
- ✓ "ich war nicht ich selbst" oder
- ✓ "ja, das sehe ich schon ein, aber etwas in mir hindert mich"

sind sprachliche Beispiele für die Existenz konkurrierender Teile. Aus Goethes *Faust* stammt der Ausspruch: "Zwei Seelen wohnen, ach, in meiner Brust!"

Solche Zustände erleben wir dann besonders negativ, wenn diese Seelen in ihrem Streben, in ihrer Absicht in Konflikt geraten und sich gegenseitig behindern, stören oder sogar blockieren.

Diese Phänomene kommen im menschlichen Leben nicht selten, sondern ziemlich häufig vor und zwar bei ganz normalen Alltagsproblemen, entweder in beruflichen oder auch in privaten Situationen.

Z.B. ist es im Hochsommer für Mitarbeiter sowie Inhaber einer Arztpraxis ziemlich schwierig, die Abrechnung fertig zu machen, wenn dabei die Lust aufkommt, schwimmen zu gehen. Andere wiederum möchten sparsam sein und erwischen sich immer wieder beim unnötigen Geld ausgeben. Solche Phänomene sich störender Persönlichkeitsanteile können Hintergrund schwerwiegender Probleme sein. Von Konzentrationsschwäche bis hin zur Impotenz, zum Beispiel.

Wenn wir einmal davon ausgehen, dass hinter einem geschilderten Problemzustand zwei unterschiedliche Tendenzen, Bestrebungen, Antriebe, Kräfte, Seelen oder Persönlichkeitsanteile stecken, die sich in dem, was der jeweilige Patient erreichen

möchte, behindern, dann haben wir eine typische Situation für ein Verhandlungsreframing vor uns.

Das Lösungsprinzip besteht darin, eine Vereinbarung aushandeln zu lassen, die darauf abzielt, dass Tendenz X und Tendenz Y sich wechsel- und gegenseitig bei ihrer Aufgabenerfüllung nicht mehr in die Quere kommen.

Um ein Verhandlungsreframe durchzuführen, ist zu prüfen, ob zwei Persönlichkeitsanteile am Problemzusammenhang beteiligt sind, die sich wechselseitig stören.

Im Arzt-Patienten-Gespräch sollte der Arzt als Begleiter beide Persönlichkeitsanteile des Patienten gleichermaßen würdigen. Sollte der Patient Schwierigkeiten haben, die Persönlichkeitsanteile in sich aufzurufen, bzw. anzusprechen, können diese auch externalisiert werden, indem er z.B. in die Hände visualisiert, den einen in die rechte und den anderen Anteil in die linke Hand. Der Patient kann, wenn er über einen Anteil spricht, sich auf einen Stuhl und wenn er über einen anderen spricht, sich auf einen anderen Stuhl setzen.

Man kann auch mit zwei Papierstückchen auf dem Boden (Raumanker) oder auf dem Schreibtisch arbeiten oder auch zwei Geldmünzen oder x-beliebige Gegenstände nehmen, die nur als Symbol für die zwei Anteile, die miteinander konkurrieren, gelten sollen.

Das nachfolgende Schema kann in einer Arzt-Patienten-Situation durchgearbeitet werden, indem der Arzt erst jeweils dann zum nächsten Schritt übergeht, wenn jeder einzelne Persönlichkeitsanteil eindeutig und ohne Vorbehalte den jeweiligen Schritt gemacht hat. Auch wenn der Patient eine abwertende Sprechweise über einen eigenen Persönlichkeitsanteil benutzt, begleitet der Arzt wertfrei.

Hier die einzelnen Schritte für ein Verhandlungsreframe:

1. Der Patient beklagt und der Arzt identifiziert einen Zustand, z.B. "Immer, wenn ich X will, passiert Y", oder "Ja schon, aber..." oder "Einerseits ja, andererseits nein."
2. Persönlichkeitsanteile separieren  
Zum Beispiel, wie oben erwähnt, dissoziiert entweder in den Händen (mit der Gestik machen Menschen das vielfach intuitiv sowieso) oder auf dem Schreibtisch oder mit einer Namengebung (gibt es ein Wort, mit dem man den einen Aspekt, gibt es ein Wort, mit dem man den anderen Aspekt bezeichnen könnte?).
3. Teile charakterisieren  
Der Patient beschreibt die konkurrierenden Anteile. Wie sieht es innerlich aus? Welchen Klang gibt es? Sind Symbole da? Welche Aufgabe hat welcher Anteil? Gibt es Altersunterschiede? usw.
4. Positive Absicht ermitteln (mit jedem Teil einzeln)  
Der Arzt fragt nach dem Einverständnis zur Kommunikation für diesen Prozess, z.B. "Ist das oder der, der in Ihnen für X zuständig, verantwortlich ist, bereit, mit uns überhaupt darüber zu sprechen?"  
Nachdem jeder einzelne Anteil, Bereitschaft erklärt hat, zu kommunizieren, nächster Schritt:
5. Anteile miteinander kommunizieren lassen  
Auch hier ist ein kleines Ritual häufig sehr hilfreich, z.B. können sich die konkurrierenden Anteile gegenseitig besuchen oder miteinander telefonieren. Die Bedürfnisse und Defizite werden geklärt und eine gemeinsame Zielvorstellung entwickelt.
6. Ressourcen austauschen  
Motto: Was braucht der eine, was kann der andere geben? Das können vorhandene Fähigkeiten oder auch Ressourcen von außen sein, es können auch Farben

oder Symbole sein, durch die es hier zur Versöhnungsstrategie, zum Verständnis füreinander, kommt.

#### 7. Vereinbarung

Wenn Wege gefunden wurden, zukünftig miteinander auszukommen, sollte die Vereinbarung besiegelt werden, das neue Verhalten integriert werden, unter Umständen mit einer Probezeit bis zur nächsten Konsultation.

Falls der Patient die Problemsituation mit der rechten und der linken Hand demonstriert hat, wird er gebeten, beide Hände zusammenzuführen und damit einen Verschmelzungsprozess zu vollziehen (Integration).

Sollte der Prozess mit Papierstückchen begleitet worden sein, kann das Gleiche mit Übereinanderlegen bewirkt werden. Ziel: Aus den beiden bisherigen Anteilen entsteht eine neue Vereinbarung, ein neuer Anteil.

#### 8. Ökologiecheck

Hier wird überprüft: Gibt es weitere Beteiligungen Dritter? Falls ja, zurück zu Schritt 3. Falls hier noch Vorbehalte für die Vereinbarung geäußert werden, sollten die Teilbereiche den Prozess erneut bewusst durchlaufen, um neue Lösungswege oder Vereinbarungen zu finden.

Falls Unterstützung notwendig ist, zunächst den Patienten bitten, ob sein Bewusstsein Hilfestellung für die einzelnen Persönlichkeitsanteile geben kann. Hinweis: Nach dem oben beschriebenen Teilemodell (den kleinen "Geisten") steht uns eine Vielzahl von Wahlmöglichkeiten zur Verfügung, die außerhalb der direkt Beteiligten liegen. Alle sind Ressourcen und somit ein "Heer" von unter Umständen wichtigen Helfern.

#### 9. Absicherung für die Zukunft

Der Patient sollte ein angemessenes Lob für seine Fähigkeit erhalten, kooperativ mit Persönlichkeitsaspekten, die in ihm stecken, umzugehen. Gleichzeitig ist der Hinweis auf die Verfügbarkeit in der Zukunft hilfreich, weil der gefundene Weg, der ausgehandelt worden ist, für ähnliche Situationen, die erneut auftauchen können, gleichermaßen und erneut nutzbar ist.

Das Problemverhalten ist die Folge einer Interaktion von zwei Persönlichkeitsanteilen in einer Person. Diese stören sich gegenseitig: Immer, wenn X aktuell wird, stört Y. Die Lösungen im Verhandlungsmodell bestehen darin, dass

- ✓ die beiden Teile sich gegenseitig kennenlernen,
- ✓ die beiden Richtungen sich gegenseitig ihre positive Absicht für das Gesamtsystem mitteilen,
- ✓ jeder Anteil den anderen für seine Absicht innerhalb des Gesamtsystems würdigt,
- ✓ jeder Aspekt der Persönlichkeit für sich eine Wertehierarchie aufbaut,
- ✓ sich die beiden Teile der Synergiekraft bewusst werden,
- ✓ und so ein Klima für neue Abmachungen geschaffen wird.

Es macht Sinn, nach guten Absichten hinter schwer zu verstehenden Verhaltensweisen zu suchen und gleichzeitig den Versuch zu starten, sich zu einigen. Wir gehen dabei davon aus, dass wir über eine Vielzahl von Möglichkeiten verfügen, die beiden Verhandlungspartnern zugänglich sein sollten (übrigens, der Disput über die Auseinandersetzung bleibt als zusätzliche Möglichkeit grundsätzlich erhalten).

Die Verhandlung über den Datenaustausch hat den Vorteil, dass Synergieeffekte möglich sind. Damit sind auch kreative Lösungen denkbar und wir gewinnen wieder mehr Wahlmöglichkeiten. Dieses Win-Win-Prinzip handelt auch nach dem Motto hinzu statt weg-von. Die Denkrichtung lautet "Einwände willkommen heißen", sie ernst und wichtig nehmen.

## Six-Step-Reframing

Ziel des Six-Step-Reframing ist es, für ein unerwünschtes Verhalten neue Wahlmöglichkeiten zu erhalten. Das Verhaltensmuster ist entweder "Ich möchte mit X aufhören, aber ich kann nicht" oder "Ich möchte X machen, aber etwas hält mich zurück". Eine starre Haltung, wenig einsichtsvolles Verhalten, Blockaden im Gespräch sind alltägliche Kommunikationssituationen, ohne dass sofort von psychosomatischer Störung gesprochen werden kann.

Im ersten Baustein der NLP-Ausbildung wurde die Grundannahme vorgestellt: Verhaltensweisen von Menschen sind in der Situation, in der sie sie zeigen, immer ihre beste Wahl, gleichgültig, wie unpassend, nicht zu verstehen oder paradox sie auch erscheinen mögen. Hätten sie eine bessere Wahl zur Verfügung, würden sie sie nutzen.

Die überwiegende Anzahl von Verhaltensweisen ist erworben. Irgendwann wurden sie erlernt, das heißt, irgendwann waren sie sinnvoll und erfüllten einen guten Zweck. Da im Laufe des Lebens Entwicklung stattfindet und sich Umstände ändern können, tritt der ursprünglich positive Zweck manchmal in den Hintergrund (Paul Watzlawick nennt dieses Verhalten in seinem Buch "Anleitung zum Unglücklichsein": "... mehr desselben!", Watzlawick, 1990 a).

Negative Folgen des Verhaltens wirken störend, es entstehen Probleme oder Konflikte. Wenn dann keine alternativen Verhaltensweisen verfügbar sind (wir lernen keine neue, weil wir ja eine haben), landen wir im "stuck-state", in der Sackgasse: "Frau Dr. Schulze, ich weiß jetzt nicht mehr, was ich machen soll."

Diese Situation ist veränderbar. Wenn der ursprüngliche positive Zweck durch eine andere neue Verhaltensweise sichergestellt werden kann, entsteht kein Verzicht, sondern ein Zugewinn. Strategie: hin zu, statt weg von!

Es geht im Wesentlichen darum, das Problem zu identifizieren und die positive Absicht von dem Problemverhalten zu trennen (unter Umständen sind diese Absichten nicht bewusst). Um dann neue Verhaltensweisen zu finden und zu testen, die gut, leicht und wirksam oder wirksamer sind, als das Problemverhalten. Es ist auch die Kommunikation mit dem Unbewussten des Patienten, die Erweiterung seiner Wahrnehmung, indem das Verhalten und die Absicht angesprochen werden. Der Patient lernt, die positive Absicht im Problemverhalten zu erkennen. Steht ihm eine angemessene Alternative zur Auswahl, wird er die "Störung", also die unangemessene Verhaltensweise ablegen können.

Die sechs Schritte auf einen Blick:

1. Rollenverhalten, Symptom bestimmen

2. verantwortlichen Persönlichkeitsanteil identifizieren und Kommunikation etablieren

3. Absicht von Verhalten trennen

4. Neue Möglichkeiten finden, evtl. durch "Kreativabteilung"

5. Überprüfung (Öko-Check)

6. Vertrag, Vereinbarung (Future Pace)



Die sechs Schritte an sich oder auch das geschilderte Problemverhalten bzw. das Symptom eines Patienten können je nach Situation darauf hinweisen, dass hier ein größerer Zeitbedarf besteht. Für den Arzt ist zu überlegen, wenn er mit diesem Format arbeiten möchte, ob sein Zeitmanagement eine sofortige Intervention zulässt oder ein anderer Termin, z.B. in der Selbstzahler-Sprechstunde empfehlenswert ist. Da Veränderungen auch schnell gehen können, ist eine sofortige Intervention mit dem Six-Step ebenfalls denkbar.

Die sechs Schritte im Einzelnen. Das Problemverhalten/Symptom ist mit X bezeichnet. Zu jedem Schritt sind einige Fragemöglichkeiten als Beispiel formuliert.

0. Das Problemverhalten (= X) wird angesprochen  
"Gibt es etwas, ein Verhalten oder eine Gewohnheit in Ihrem Leben, das Sie ändern möchten?"
1. Symptom, Problemverhalten werden genau bestimmt  
"Fühlen Sie sich durch X immer oder nur manchmal gestört?"  
"Worum geht es genau?"  
"Ist es X, das Sie behindert, oder ist X nur ein Teil des Problems?"  
"Taucht X in bestimmten Situationen auf?"
2. Kontakt mit dem unbewussten Persönlichkeitsanteil wird aufgenommen  
"Ich bitte Sie, einmal ganz nach innen zu gehen und sich an den für X verantwortlichen Teil zu wenden und zu fragen, ob dieser Bereich (s. Teilemodell) bereit ist, jetzt mit Ihrem Bewusstsein zu kommunizieren."  
"Sie kennen ja verschiedene Möglichkeiten, von innen heraus Signale zu senden. Zum Beispiel Bilder vor Ihrem geistigen Auge, Worte, Klänge, die hörbar sind, oder auch Körperempfindungen wie Schütteln oder Wärmegefühl."  
"Gehen Sie jetzt bitte ganz nach innen, und schauen Sie einmal nach, welche Bilder da sind ... oder ... hören Sie bitte in sich hinein und achten darauf, ob Klänge, Geräusche oder Stimmen zu hören sind."
3. Die positive Absicht/Funktion (= Y) des Problemverhaltens X wird erfragt  
Der Arzt wendet sich an den für X zuständigen Bereich: "Gibt es eine positive Absicht, die Du, ohne es zu wissen, mit diesem Verhalten verfolgst?" [In diesem Schritt wird die Absicht (oft des Unbewussten) vom Verhalten (unter Umständen das Bewusste) getrennt. Die internale Kommunikation wird mit "Du" vorgegeben.]
4. Neue Wege suchen  
Der Arzt bittet den Patienten, sein Inneres zu fragen: "Bist Du bereit, auch andere Wege zu gehen, um diese positive Absicht zu erreichen, wenn diese Wege ebenso gut, sicher und wirksam (oder besser) sind?"  
Dann überlege Dir bitte 3 Möglichkeiten, mit denen Du Deine positive Absicht X auch anders erreichen kannst" (Falls nichts oder nur wenig kommt, Kommunikation mit der "Kreativabteilung" etablieren, einem anderen Persönlichkeitsanteil nach dem "Teilemodell". Jeder hat auch die internalen Kreativen, die sehr hilfsbereit sind).
5. Eventuelle Einwände überprüfen (Ökologie-Check)  
Der Patient wird gebeten sein Inneres zu fragen: "Überlege bitte jetzt, ob es irgendwelche Einwände gegen diese neuen Wege gibt?" (Die "Du-Anrede", weil der Patient immer noch einen internalen Dialog mit sich selbst führt.) Bei ja: "Bitte verändere diese Wege, bis alle Einwände behoben sind."
6. Vertrag (Verantwortung übernehmen, Future Pace)  
Der Arzt bittet den Patienten sich von X oder Y (u.U. auch von anderen involvierten Anteilen) die Bereitschaft zu holen, die Vereinbarung über einen Zeitraum (Z) für die Durchführung zu übernehmen. Der Patient fragt sich innerlich: "Traust Du

(der für X zuständige Bereich) Dir zu, diese neuen Wege verantwortlich auszuprobieren?" Im Falle der Zustimmung: "Nimmst Du an, dass es funktioniert?" Bei ja: "Dann sind wir am Ziel!"

Falls der Test verneint wird, zurück zu Schritt 4 oder 5! Wird die Funktion verneint, sollte der Arzt empfehlen, es dennoch zu probieren. Der Behandler kann die Formel 3x3 anbieten: drei neue Möglichkeiten in den nächsten drei Wochen zu testen.

Hinweis: Wichtig ist die ernsthafte und für den Patienten stimmige Trennung von Verstand (Wachbewusstsein) und dem Unbewussten.

Bandler empfiehlt, den Future Pace vor den Öko-Check zu setzen, weil die Persönlichkeitsanteile beim Future Pace kontextualisiert werden und das Verhalten in der Vorstellung getestet wird. "Wenn man das future-pace erst am Schluss macht, tauchen möglicherweise Einwände auf, und wenn Sie dann nicht gerade höchst wachsam für Anzeichen von Inkongruenz sind, merken Sie es vielleicht gar nicht." (Bandler/Grinder, 2000, S. 154).

Das Besondere an diesem Modell ist, dass eine Möglichkeit besteht, mit allen "beteiligten Anteilen" unserer Persönlichkeit respektvoll umzugehen (ohne zu "verteufeln"). Wir unterstellen jedem Anteil eine gute Absicht für den Gesamtorganismus. Damit ist sichergestellt, dass z.B. der Patient sich als Gesamtperson okay fühlen kann, wenn einem unerwünschten Verhalten/Symptom eine positive Absicht unterstellt wird.

Es kann sein, dass im Gespräch bei Schritt 3 bereits nonverbal Zustimmungssignale zu beobachten sind (Nicken, Lächeln etc.), der Patient verbal noch Zweifel über eine gute Absicht z.B. seiner Schmerzen äußert. Diese Signale sind ein Zeichen dafür, dass der Patient vom Verstand her versucht, das Geschehen nachvollziehbar zu machen, während sein Unterbewusstes schon eingebunden ist. Hier geschieht für den Patienten (je nach Lebenseinstellung) etwas ganz Außergewöhnliches. Es kann sein, dass er selbst und der Arzt als Vertrauensperson erstmalig in seinem Leben auf besondere Art und Weise (wertschätzend) mit bestimmten (unerwünschten) Anteilen seiner Persönlichkeit umgeht (kommuniziert).

Einschränkend ist der Zeitbedarf, der je nach Inhalt unterschiedlich ist. Verkürzend wirkt der Übungszustand (am Anfang dauert es meist länger). Der Arzt kann die sechs Schritte auch auf verschiedene Konsultationen verteilen.

## Die sprechenden Organe

Eine Variation des Six-Step-Reframings wurde von Hickey (1994a) entwickelt. Sie empfiehlt folgendes Vorgehen:

### 1. Problembestimmung

- a) Patienten mit körperlichen konkreten Beschwerden oder diffusen Allgemeinsymptomen oder
- b) Patienten mit psychischen Problemen, wie z.B. depressiven Verstimmungen.

### 2. Einleitende Worte/Tranceinduzierung

Für die Patientengruppe a):

"Der Körper äußert sich ja oft mit Beschwerden, Schmerzen, Druckgefühl, weil das seine Art und Weise ist, Probleme auszudrücken. Der eine bekommt Migräne, der andere Druck im Magen, der nächste einen verspannten Nacken. Bei Ihnen hat sich jetzt Organ X gemeldet."

Für die Patientengruppe b):

"Für das Verständnis Ihrer seelischen Probleme ist es wichtig, dass diese sich oft nicht nur durch ein allgemeines Unwohlsein bemerkbar machen, sondern häufig auch über Beschwerden bestimmter Organe."

### 3. Identifizierung des Organs oder Körperteils

"Horchen Sie jetzt mal in Ihren Körper und spüren Sie nach, welcher Teil oder welches Organ sich unwohl fühlt..." "Wenn Sie in letzter Zeit Schmerzen hatten, wo waren Sie besonders stark?"

### 4. Intensivierung des Zustandes

"Gehen Sie jetzt noch einmal in diesen Schmerz hinein, spüren sie ihm genau nach, was sehen, hören (evtl. riechen, schmecken) Sie?"

### 5. Elizitieren der Probleme

"Wenn der Schmerz sprechen könnten, was würde er Ihnen sagen? Was gefällt ihm nicht, was wünscht er sich, was würde er ändern, wenn er könnte?" ...

### 6. Weiterarbeiten mit anderen Formaten

Je nach Problemstellung weiterarbeiten mit anderen Formaten (Verhandlungsreframing, logische Ebenen, Moment of Excellence)

Hickey führt folgende Kasuistiken an:

#### Der sprechende Uterus:

##### 1. Problembestimmung

Eine 23jährige Patientin kommt in einem depressiven, suizidalen Zustand in die Praxis, da sie ihr Mann gerade wegen einer anderen Frau verlassen hat. Sie ist völlig hilflos, aber auch wütend und möchte ihren Mann unter allen Umständen zurückgewinnen.

##### 2. Einleitende Worte/Tranceinduzierung und 3. Identifizierung des Organs

Im Verlaufe des Gespräches, in dem die Patientin in Trance in den Körper hinein fühlt, spürt sie einen spontanen Druck und Schmerz zunächst im gesamten Bauch, bei näherem Nachfragen im Unterbauch und dort im Uterus.

##### 4. Intensivierung des Zustands und 5. Elizitieren der Probleme

Bei weiterer Konzentration auf dieses Organ äußert sie völlig erstaunt und überrascht: „Komisch – die Gebärmutter spricht ja! Wissen Sie, was die zu mir sagt? Von dem kommt mir kein Kind herein, vielleicht später mal, von einem anderen Mann, aber nicht von ihm. Und ich habe mich immer gewundert, warum wir keine Kinder

bekommen, obwohl wir beide untersucht wurden und gesund sind und uns seit vier Jahren Kinder wünschen!“

Sie schien völlig überrascht von der Erkenntnis, dass ihr Körper aus noch unerklärlichen Gründen eine Schwangerschaft verhindert haben könnte. Hier vermittelte die Sprachfähigkeit des Organs alleine schon den Übergang in einen ressourcenreichen Zustand, aus dem heraus die Patientin neue Perspektiven für ihre Partnerschaft (in diesem Fall für eine neue Partnerschaft) erkennen konnte, die in weiteren Gesprächen Grundlage für ihre Problemlösungen waren.

## **Der sprechende Nacken:**

### **1. Problembestimmung**

Eine 36jährige Patientin kommt mit verspanntem Schulter-Nacken-Bereich und in letzter Zeit häufig auftretenden Kopfschmerzen.

### **2. Einleitende Worte/Tranceinduzierung und 3. Identifizierung des Organs**

In leichter Trance stellt sie Kontakt zu der Muskelpartie dieses Körperbereiches her und lässt sie zu Wort kommen. Diese habe eine zu starke Last zu tragen, die sich zunächst nicht spezifizieren ließe.

### **4. Intensivierung des Zustands und 5. Elizitieren des Problems**

Nach Vertiefung der Trance und Intensivierung des Zustandes kommt ein Bild auf, in dem die Patientin eine große Kugel auf dem Kopf trägt, die hohl und angefüllt ist mit Päckchen verschiedener Größe. Jedes einzelne beinhaltet eine Verantwortung, teils anderen Personen gehörend.

### **6. Weiterarbeiten mit anderen Formaten**

Die Patientin schlägt als Lösungsmöglichkeit vor, die Verantwortung jeweils an die entsprechenden Personen zurückzugeben. Nachdem jeder den entsprechenden Teil der Verantwortung zurückbekommen hat, die Patientin selbst jedoch den ihr zugehörigen Teil behalten hat, stellt sich spontan ein "Leichtigkeit- und Entspannungsgefühl" im Schulter-Nacken-Bereich ein, was nachfolgend zu einem deutlichen Rückgang der Kopfschmerzhäufigkeit führte (Hickey, 1994a).

Lebensbereiche der Patienten in einem anderen, neuen Rahmen sehen zu können, ist unter Umständen genauso wertvoll, wie Patienten in die Lage zu versetzen, Aufgaben oder Probleme, Störungen oder unerwünschtes Verhalten neu zu betrachten und Wahlmöglichkeiten verfügbar zu haben.

Die vorgestellten Modelle beziehen sich entweder auf den Inhalt oder den Prozess des Geschehens. Für viele Menschen ist es neu, unerwünschtes Verhalten zunächst zu würdigen!

Heraklit sagte: "Nur die Veränderung hat Bestand" und Paul Watzlawick: "Um ein Problem zu verändern, reicht es manchmal aus, die Bewertung des Problems selbst zu verändern".

Nichts bleibt so, wie es ist. Dieses grundlegende Gesetz wird häufig vergessen und eine Menge Enttäuschung und Schmerzen werden erfahren: "Herr Grübner, die Frau Goldberg hat sich aber negativ verändert." - "Früher haben Sie mir das doch auch empfohlen." - "Warum haben Sie Ihre Öffnungszeiten geändert?"

Die Dinge verändern sich, sie sind dynamisch. Wenn Patienten nicht länger erwarten, dass die Zukunft eine Fortsetzung der Vergangenheit ist, verschafft der Arzt ihnen mehr Zufriedenheit.

Die Reframing-Modelle können dabei helfen, wirklich das loszulassen, was Patienten eigentlich nicht mehr wollen, nicht mehr brauchen, nicht mehr benutzen.

Tabelle 2: Reframingmodelle

<b>Inhaltsbezug</b>		
Bedeutungsmodell	Y macht mich X.	Kontext bleibt erhalten, Symptom wird verändert, z.B. Was wäre, wenn X nun Z (Alternative) bedeutet?
Kontextmodell	Ich bin zu X.	Symptom bleibt erhalten, Kontext wird verändert, z.B. In welchem Zusammenhang wäre X hilfreich?
<b>Prozessbezug</b>		
Verhandlungsmodell	Einerseits möchte ich X, andererseits ist Y schädlich.	Würdigung von beiden Teilen, akzeptables Feld aushandeln.
6-Schritte-Modell	Ich möchte nicht mehr X.	Absicht von Verhalten trennen, neues Verhalten "wohlgeformt" aufbauen.

## 4. Baustein: Milton-Modell, Trance, Metaphern, Präsuppositionen

### Das "Brainland"

Mit "Brainland" ist alles das gemeint, was im Inneren des Kopfes vor sich geht. Und zwar nicht nur das, was heute einigermaßen erforscht ist bzw. vom medizinischen Standpunkt aus nachweisbar ist, sondern auch das, wofür es noch keine schlüssigen, unwiderlegbaren Beweise gibt (Phantasie, Kreativität, Träume, das Konstruieren von inneren Bildern, Klängen oder Tönen). Dass es diese Phänomene gibt, ist unbestritten. Wenn das so ist, liegt der Gedanke nahe, sie sich zu Nutze zu machen.

Die moderne Hirnforschung weiß heute, dass die beiden Hälften des Gehirns ganz unterschiedliche Funktionen haben. Die linke Seite dieses faszinierenden Organs ist zuständig für Logik, Ordnung, Genauigkeit, detaillierte Planung und Pünktlichkeit. In der rechten Hirnhälfte ist eher der Ort für Kreativität, Künstlerisches, Phantasie, Träume und Musik.

In der westlichen Welt gibt es in der Wertschätzung ein Übergewicht der linken Seite. Wünschenswert wäre eine Ganzheitlichkeit, in der beide Elemente ihren Raum haben und die Vorteile beider Seiten zum Tragen kommen.

Ziel dieses vierten Abschnitts der NLP-Practitioner-Ausbildung ist es, den Teilnehmern Möglichkeiten an die Hand zu geben, die den Zugriff auf die rechte Seite des Gehirns erleichtern.

Wenn wir lernen, unsere rechte Gehirnhälfte stärker zu aktivieren - die Seite also, die die Intuition und Kreativität beflügelt, die für Einfälle, bildhaft-komplexe Zusammenhänge, für Phantasie zuständig ist, beeinflussen wir gleichzeitig unsere Gehirntätigkeit in Richtung Alpha-Wellen. Uns stehen alle Kräfte und Informationen, auch aus den entferntesten Ecken unseres Unterbewusstseins zur Verfügung. Plötzlich können ganze Lösungsbilder vor einem stehen.

Es ist bekannt, dass Archimedes das Problem "löste", ob eine königliche Krone aus reinem Gold bestand, als er in die Badewanne stieg und diese überlief. In diesem Augenblick wurde ihm klar, dass dies die Antwort auf sein Problem war. Er soll nackt aus der Wanne gesprungen sein, in die Straßen gelaufen sein und sein berühmtes "Heureka" (= ich hab's gefunden) ausrufend.

Je mehr die Gehirntätigkeit im Normalzustand bereits im Beta-Bereich liegt, umso schneller bringen verstärkte Stress-Situationen (wie z.B. starke Schmerzen) sie in die Gamma-Zone. Bewegt man sich im Tagesgeschehen jedoch im Alpha-Bereich, umso weniger bringen einen Stress-Situationen aus dem Gleichgewicht.

Ein starkes Instrument für den Zugang zum Unbewussten ist das **Milton-Modell** der Sprache.

## Das Milton-Modell

Das Milton-Modell, das 1974 von Bandler und Grinder als zweites Modell des Neuro-Linguistic-Programming kreiert wurde, entstand durch das sogenannte Modellieren der Arbeitsweise von Milton Erickson. Unter Modellieren wird im NLP das Herausarbeiten einer Strategie eines Menschen, der eine Aufgabe hervorragend erledigt, verstanden. Das Modell erhielt deshalb auch seinen (Vor-) Namen.

Das Milton-Modell ist die Umkehrung des vorher beschriebenen Meta-Modells, da es nach Grochowiak (1995) darum geht, Sprache vage und unbestimmt zu lassen und trotzdem innere Erlebnis-Prozesse zu steuern. Damit kann der Kommunikator Aussagen machen, die spezifisch klingen, aber so allgemein gehalten sind, dass das Erleben des Hörers adäquat begleitet werden kann, ganz gleich, um was es sich handelt. Dadurch kann der Hörer die Leerstellen seinerseits mit seinem eigenen inneren Erleben aus der Tiefenstruktur her auffüllen. Im ersten Baustein der NLP-Practitioner-Ausbildung sind die Grundannahmen vorgestellt worden. Eines der bekanntesten Axiome lautet: Die Landkarte ist nicht das Gebiet. Die Landkarten im Kopf jedes Einzelnen werden gezeichnet durch Erfahrungen und Wahrnehmungsfilter und sind zu einem großen Teil im Bereich des Nicht-ständig-Bewussten (Unbewussten) abgelegt.

Beim Milton-Modell werden Tilgungen, Generalisierungen und Verzerrungen bewusst eingesetzt. O'Connor und Seymour führen drei Intentionen des Milton-Modells an:

1. Die Wirklichkeit eines Menschen zu pacen und zu führen.
2. Das Bewusstsein abzulenken und nutzbar zu machen.
3. Das Unbewusste und seine Ressourcen zugänglich zu machen" (O'Connor/Seymour, 1992, S. 180).

Das Milton-Modell beinhaltet hypnotische Sprachmuster, um Lernvorgänge zu induzieren und Zugang zu verborgenen Fähigkeiten zu gewinnen (Mast, 1995). Milton Erickson ging davon aus, dass seine Klienten alle nötigen Ressourcen, Fähigkeiten, in sich hatten, jedoch der Zugang blockiert war. Diese Annahme wurde im NLP zu einem Axiom.

Das Arbeiten mit hypnotischen Sprachmustern kann im Arzt-Patienten-Gespräch eingesetzt werden. Anwendungsmöglichkeiten werden im Folgenden näher beschrieben.

Patienten kommen in der Regel mit einem Problem oder mit Schmerzen in die Praxis, so dass sich ihre Aufmerksamkeit vorwiegend auf ihre Beschwerden konzentriert und weniger auf das, was der Arzt sagen möchte. Um Patienten eine Botschaft zu vermitteln, kann es hilfreich sein, durch Verbindungswörter einen Zusammenhang zwischen der Aussage von Patienten und der Botschaft des Arztes herzustellen (Mast, 1995).

Die Übergänge können als hypnotische Sprachmuster mit Hilfe der Wörter "und, wie, wenn, während, obwohl" und Ursache-Wirkungs-Verzerrungen (wenn - dann) eingeleitet werden.

Soll die Compliance der Patienten gefördert werden, möchte ein Arzt z.B. zur Mithilfe bei einer Diät motivieren, können hypnotische Sprachmuster sinnvoll sein. Durch das Auslassen (Tilgen) von Informationen wird ein Denkanstoß gegeben. Fehlende Informationen werden durch eigene Erfahrungen ersetzt.

Beispiel: *"Gemüse ist für Sie besser und gesünder."* Der Vergleich wurde getilgt, damit der Diätpatient eigene Maßstäbe internal einsetzen kann (Schokolade, Fleisch, Eis, ...). Der Prozess, der Kommunikation Bedeutung verleiht, wird im NLP Transderivati-on genannt.

## Beispiele für Sprachmuster, die im Milton-Modell Anwendung finden:

### A. Informationen weglassen

#### 1. Nominalisierungen:

Wörter wie: Neugier, Hoffnung, Erfahrung, Hypnose, Lernen etc. sind Nominalisierungen, die in einem Satz die Stelle eines Nomens einnehmen, obwohl sie eigentlich Verlaufsformen (Prozessworte) sind (Grinder/Bandler, 2000).

Nominalisierungen regen die Kreativität an, ermöglichen dem Zuhörer, eigene Deutungen zu finden und tragen zur Entspannung bei:

"... und während Sie Ihren Atem wahrnehmen und das Zucken Ihrer Haut spüren ... werden Sie immer mehr diesen entspannten Zustand genießen können ... und selbst das Schlucken erlaubt Ihnen immer mehr, die Wärme in Ihren Gliedmaßen zu empfinden ..." (Mast, 1995, S.104).

Der Gebrauch von Nominalisierungen ermöglicht, eine Instruktion zu geben, die wenig konkret ist, damit der Patient den verwendeten Nominalisierungen eigene persönliche Erfahrungen zuschreibt. Der Gefahr dem inneren Erleben des Patienten zu widersprechen, wird somit aus dem Weg gegangen (Grinder/Bandler, 2000).

#### 2. Unbestimmte Verben:

"Sie kann sich entspannen."

"Das kann man leicht lernen."

Je unspezifischer ein Verb ist, desto mehr ist der Hörer gezwungen, die Bedeutung des Wortes selbst einzusetzen, z.B. "Ich möchte, dass Sie lernen" (es wird weder erklärt, was gelernt werden soll, noch wie es gelernt werden soll).

#### 3. Unbestimmter Inhaltsbezug, unbestimmte Substantive:

Das Hauptwort, auf das sich die Aussage des Satzes bezieht, ist unspezifiziert:

"Sie können eine bestimmte Empfindung spüren."

Die Aussagen laden den Hörer ein, den Satz einfach auf sich selbst zu beziehen, um ihn zu verstehen.

#### 4. Tilgung des Vergleichs:

"Ich weiß, dass Sie neugierig sind."

Da in diesem Satz das Objekt völlig fehlt, muss der Zuhörer die Leerstelle mit dem ausfüllen, was seinem Erleben nach wichtig ist.

Die Entspannung wird unterstützt, wenn der Arzt mit weicher Stimme spricht und diese auf die Atemfrequenz der Patienten abstimmt. Möchte ein Arzt den Patienten durch den Einsatz unspezifischer Verben, unbestimmter Substantive oder durch Nominalisierungen zur Mithilfe bei einer Therapie oder zur eigenen Problemlösung bewegen, sollte seine Aussage so wenig Inhalt wie möglich haben, damit keine Kollisionen mit den Erfahrungen der Patienten entstehen und sie selber Details zunächst in ihrer Vorstellung ausfüllen können.

### B. Semantische Fehlgeformtheit:

#### 1. Kausalitäten oder Verknüpfungen schaffen:

Es werden Worte benutzt, die eine Ursache-Wirkungs-Beziehung andeuten. Es wird eine Verbindung zwischen etwas, das bereits der Fall ist und vom Patienten überprüft werden kann und etwas anderem, das der Arzt beabsichtigt, aufgebaut. Dies legt dem Patienten nahe, so zu reagieren, als ob das eine tatsächlich das andere "verursacht".

Es werden drei verschiedene Intensitätsgrade der Verknüpfung unterschieden:

##### a. die Verbindung mit "**und**"

Die Und-Verbindung stellt die schwächste Art der Kausalität dar. Es werden zwei unterschiedliche Aussagen, die sonst nicht zusammenhängen, miteinander verknüpft.

"Sie hören den Klang meiner Stimme **und** beginnen sich zu entspannen."



- b. die zeitliche Verknüpfung  
Um einen zeitlichen Zusammenhang herzustellen, werden Wörter wie, **“während“**, **“wenn“**, **“indem“** eingesetzt.  
"Während Sie so dasitzen und lächeln, werden Sie langsam in Trance gehen."  
"Indem Sie sich vor- und zurückwiegen, können Sie sich mehr und mehr entspannen."
- c. direkte kausale Verknüpfung  
Durch Wörter, wie **bewirken**, **verursachen**, **zwingen**, **erfordern** wird die stärkste Form der Verknüpfung eingeleitet.  
"Ihr Kopfnicken bewirkt, dass Sie sich noch besser entspannen."

Bei allen diesen kausalen Verknüpfungsarten beginnt der Arzt mit etwas, das bereits aufgetreten ist und verbindet damit etwas, was erst eintreten soll.  
Empfehlenswert ist, zunächst mit einer sehr schwachen Verknüpfungsart zu beginnen und dann stufenweise zu den stärkeren überzugehen.

- 2. Gedankenlesen:  
Der Einsatz des Gedankenlesens suggeriert dem Patienten, dass der Arzt über das innere Erleben bereits Bescheid wüsste. Der Patient wird angeregt, die Aussage nachzuvollziehen: "Sie wissen ja, wie verträglich das Medikament ist."  
"Sie fragen sich vielleicht, was ich als nächstes sagen werde."  
"Sie möchten sicher etwas mehr über die Hypnose erfahren."
- 3. Anonyme Aussagen  
Der Sprecher, der eine bewertende Aussage macht, bleibt ungenannt.  
"Es ist gut, dass Sie sich völlig entspannen können."  
"Es ist nicht wichtig, dass Sie sich weiter in den Sessel sinken lassen."
- 4. Erweiterung des Weltmodells:
  - a. Universalquantatoren:  
Das Verwenden von Universalquantatoren wie "alle, immer, jeder" schließt den Patienten mit ein bzw. regt ihn zum Nachdenken an, ob er dazugehört. "Alle Patienten haben das Medikament gut vertragen."  
"Sie wissen über Ihre Situation immer mehr, als Sie denken."
  - b. Modalwörter:  
Begriffe wie: sollen, müssen, etwas nicht können etc. deuten auf eine Einschränkung der Entscheidungsfreiheit hin; z.B.:  
"Manche Leute können sich in der Trance überhaupt nicht mehr bewegen."

Das Milton-Modell der Sprache weist im Vergleich zum Meta-Modell einige Besonderheiten auf, die das Einleiten einer Trance erleichternd unterstützen.

### C Spezialitäten im Milton-Modell

- 1. Doppeldeutigkeit, syntaktische Vieldeutigkeit:
  - a. Phonologische Mehrdeutigkeit  
Es wird mit Wörtern "gespielt", die mehrere Bedeutungen haben, sogenannte "Teekesselchen", wie z.B. das Kreuz, als Figur und Körperteil.
  - b. Mehrdeutigkeit des Satzbezuges  
Ein Wort wird doppelt verwendet: Das Objekt eines Satzes wird übergangslos zum Subjekt des Folgesatzes. Z.B. Gedanken haben kein Gewicht Ihres Körpers ... und Sie hören meine Stimme immer tiefer fallen Sie in Trance. Sie horchen vielleicht auf die ersten Anzeichen für eine tiefere Ruhe senkt sich auf Sie herab.
- 2. Eingebettete Fragen:  
In hypnotische Sprachmuster können Fragen eingebettet werden, die nicht als direkte Fragen formuliert werden und somit keine ausgesprochene Antwort zulassen: *Ich frage mich, ob Sie daran denken, dass es wichtig ist, die Tabletten vor dem Essen zu nehmen.*

Ziel ist es, beim Patienten ein Reaktionspotential aufzubauen.

3. eingebettete Kommandos/versteckte Befehle:

Statt einer expliziten Anweisung kann eine Instruktion in einen längeren Satz eingebettet werden.

Ich glaube, bald können Sie spüren: Es geht Ihnen besser! Und während Sie so dasitzen: Entspannen Sie sich! Mein Freund sagte kürzlich zu mir: Nimm Dir mehr Zeit für Dich!

4. Negative Kommandos/verneinte Befehle:

Indirekte negative Befehle wirken oft wie positive Aufträge: Ich möchte nicht, dass Sie heute noch viel tiefer loslassen. Sie brauchen mir gar nicht zuzuhören! Und Sie müssen sich überhaupt nicht fragen ... Denken Sie nicht an einen rosaroten Elefanten!

5. Konversationspostulate:

"Konversationspostulate sind Ja/Nein-Fragen, die statt einer Antwort normalerweise eine bestimmte Reaktion bewirken. Wenn Sie zum Beispiel auf der Straße jemanden ansprechen und fragen: „Können Sie mir sagen, wie spät es ist?“ wird der Angesprochene im Allgemeinen nicht mit Ja oder Nein antworten, sondern Ihnen sagen, wie spät es ist" (Grinder/Bandler, 2002, S. 325).

Wissen Sie, was es heute Abend im Fernsehen gibt? Können Sie die Tür schließen? Können Sie die Augen auf einen Punkt fokussieren? Werden sich Ihre Augen bald oder erst nach einer ganzen Weile schließen?

6. Analoges Markieren:

Indirekte Aufträge können durch Markieren auf den verschiedenen Bewusstseinssebenen übermittelt werden: durch Verändern der Stimmlage, des Sprechtempos, der Richtung beim Sprechen, evtl. ergänzt durch eine Geste. Die markierten Wörter des folgenden Satzes stellen die Botschaft dar:

Wenn Sie sehr früh erwachen, können Sie vielleicht mit Freude dem ersten Morgengesang der Vögel lauschen und während Ihr erster Blick auf den von rosigem Schimmer veränderten Nachthimmel fällt, können Sie einen Zustand großen Friedens erfahren.

Manchmal fragen Sie sich, wie Sie erkennen werden ...

Zusammengesetzte hypnotische Sprachmuster, in eine Geschichte gefasst, induzieren eine Trance. Trance beschreibt O'Connor als Zustand höchster Motivation, der einen Zugang zu inneren Ressourcen ermöglicht und kein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Arzt und Patient impliziert (O'Connor/Seymour, 1992).

Ein Arzt, der sich seiner ethischen Verantwortung bewusst ist, wird das Milton-Modell zielgerichtet und behutsam einsetzen. In der Werbung hingegen ist der Einsatz von hypnotischen Sprachmustern zwar ebenfalls zielgerichtet, da die Kunden das beworbene Produkt kaufen sollen, jedoch stellt sich die Frage, wieweit die Verantwortlichkeit geht.

Das Milton-Modell bietet keine elementar neuen Erkenntnisse, da die Sprachmuster aus der Hypnosetherapie bekannt sind. Im NLP wurden die effektivsten Sprachmuster von Erickson systematisiert und vermittelt, so dass sie leicht erlernbar und nachvollziehbar sind (Bierbaum, 1990). Meiner Ansicht nach betont Bierbaum allerdings den Handlungsvorteil durch den bewussten Einsatz eines geschulten NLP-Anwenders zu stark.

### **Bewusstseinszustände**

Ein Bewusstseinszustand wird definiert durch die sinnlichen Wahrnehmungen, derer sich ein Individuum zu einem ganz bestimmten Zeitpunkt bewusst oder nicht bewusst ist; mit anderen Worten: entscheidend ist, welches Leitsystem (also das System, mit dem Informationen aufgenommen werden) und welches Repräsentationssystem (das System, mit dem Informationen Bedeutung gegeben wird), der Mensch benutzt. So erfordert z.B. das Spielen eines Musikinstrumentes einen anderen Bewusstseinszustand als z.B. eine Mathematikprüfung.

### **Trance und hypnotische Sprachmuster**

Viele niedergelassene Ärzte haben bereits Erfahrungen mit Entspannungsmethoden, wie Autogenem Training, Yoga oder Tai Chi. Die Elemente dieses Bausteins der NLP-Ausbildung sind als Ergänzung und zusätzliche Bereicherung für die tägliche Arbeit mit Patienten oder auch für den Arzt selber gedacht.

### **Warum eigentlich Phantasie Reisen und Trance?**

Die Phantasie des Menschen braucht ständiges Training, genau wie die Muskeln, sonst verkümmert sie. Die Phantasie ist eine Fähigkeit, die Sinneseindrücke, Bewusstseins- und Erlebnisinhalte so zu kombinieren und umzugestalten, dass neue Vorstellungsbilder entstehen. Durch Phantasie Reisen und Träume wird das Bewusstsein erweitert. Es werden auch neue Möglichkeiten der Konfliktbewältigung oder des Umgangs mit Schmerzen oder Angst gefunden. Die Hinwendung auf die erlebten Bilder in der eigenen Phantasie bewirken einen tiefen Ruhe- und Erholungszustand. Durch einen herabgesetzten Muskeltonus, verlangsamten Puls sowie Atemrhythmus kommt es zu einer nicht nur körperlichen, sondern auch seelischen Entspannung.

In diesem Zustand ist die Chance, einen sinnvollen Weg zum Umgang mit dem Alltag zu finden, erheblich größer als unter dem ständigen Druck beispielsweise schwieriger Berufsbelastungen.

Trance soll hier verstanden werden als "Blick nach innen", als Reise in das eigene Unbewusste. Viele werden das Gefühl kennen, an einem schönen Sommertag nach getaner Arbeit in der Sonne zu sitzen, mit einem leichten Spiel des Windes auf der Haut, und ein wenig zu träumen. Auch das ist eine leichte Trance.

Viele Menschen machen es sich selbst schwer, weil sie befürchten, in Trance die Kontrolle über sich selbst zu verlieren und von außen, gegen ihren Willen, gesteuert zu werden.

Menschen, die sich selbst erlauben, Kontakt mit ihrem Unbewussten aufzunehmen, werden mehr Kontrolle über sich selbst gewinnen. Sie können ihren Atem, ihren Pulsschlag, ja sogar die Art und Weise wie sie etwas hören oder sehen, kontrollieren und beeinflussen. Sie können Bilder größer, heller, leuchtender, farbiger, schneller machen oder Stimmen und Töne leise, gedämpft, langsam, fast flüsternd hören. Derjenige, der in Trance geht, hat enorme Kontrollmöglichkeiten über sich selbst. Eine Vielzahl von Verhaltensweisen wird durch das Unbewusste gesteuert. In direktem Kontakt mit diesem Unbewussten ist der Einfluss, den man auf sein Verhalten ausüben kann, also erheblich größer, als wenn man ihm "hilflos ausgeliefert" ist. Der praktische Nutzen für die tägliche Arbeit eines Arztes kann z.B. in der Erhöhung der Effektivität in einer Gesprächssituation oder in der größeren Entspannung der Patienten liegen:

Wenn der Arzt hypnotische Sprachmuster verwendet, könnte er z.B. einen Patienten in einen Zustand versetzen, der es ihm wirklich erlaubt, Handlungsalternativen zu finden oder zu entwickeln, ohne dabei ständig an sein Problem zu denken, da der Patient in Trance Zugang zu unbewussten Ressourcen finden kann.

Patienten, die insbesondere beim Zahnarzt Angst vor Injektionen haben, können vielleicht durch den Einsatz hypnotischer Sprachmuster besser entspannen, weil ihre Gedanken auf einen anderen Weg – weg von der Kanüle hin zur Analgesie geleitet werden.

Judith Mariott (1997) schreibt in ihrem Bericht "Kombinierte Anwendung von NLP-Techniken und Hypnose" über eine einunddreißigjährige Frau, verheiratet, mit einem Kind, die seit zehn Jahren keinen Zahnarzt aufgesucht hatte und ihren Sohn nicht zum Zahnarzt begleiten konnte, da der Geruch, der mit der Praxis verbunden war, in ihr ein unkontrollierbares Bedürfnis auslöste, "schreiend davonzulaufen".

Die Patientin hatte Schwierigkeiten, ein Gebäude zu betreten, in dem sich eine Zahnarztpraxis befand, und sie hatte eine Aversion gegen die Vorstellung, in ihrem Mund und vor allem an ihren Zähnen berührt zu werden. Eine Zahnbehandlung war nun wegen Abszessen, die sich an zwei Zähnen gebildet hatten, und wegen kariöser Zähne notwendig geworden.

Die Patientin erinnerte sich daran, dass sie als Kind mit Gewalt in einem Zahnarztstuhl festgehalten worden war. Bei kleineren chirurgischen Eingriffen in Narkose erlebte sie nach dem Erwachen ein starkes Gefühl tiefer Trauer und weinte unkontrolliert. Gegenwärtig nahm sie keine Medikamente, nur gelegentlich Aspirin gegen Zahnschmerzen.

Im ersten Gespräch wurde der Klientin eine meditationsähnliche Übung gezeigt, die sie auch zu Hause durchführen konnte, und sie wurde in einen sehr leichten Trancezustand durch Armlevitation versetzt. In der Trance wurden ihr allgemeine ichtstärkende Suggestionen gegeben, in denen Selbstvertrauen und Unabhängigkeit betont wurden.

Es wurde festgestellt, dass ihr Lieblingsplatz der Strand am Meer war und sie sich dort in der Vorstellung gut entspannen konnte. Die Patientin wurde zunächst dazu aufgefordert, sich an ihren Lieblingsplatz zu erinnern, am Strand ... das Wasser und ... den Himmel zu sehen... die Wellen zu hören ... den Sand zu spüren ... die salzige Luft zu riechen ... Als sie bestätigte, dass sie diese Vorstellung intensiv erlebte, wurde das Gefühl an der rechten Schulter geankert. Während die Patientin sich in der angenehmen Vorstellung befand, wurde ihr erklärt: "Sie sitzen in einem Zahnarztstuhl ..." Sie reagierte mit Zittern, verstärkter Atmung und offensichtlicher Aufregung.

Sie wurde sofort wieder an ihren Lieblingsplatz durch Auslösen des Ankers zurückversetzt: "Sie sind wieder am Strand ... der blaue Himmel ... das Geräusch der Wellen ... die Vögel in der Entfernung ... das Gefühl des Sandes ... der Geruch des Meeres ...", und als sie sich sichtbar entspannte ... "und Sie ... denken nur ... Sie denken nur wie in einem Traum ... daran, in einem Zahnarztstuhl zu sitzen."

Sie reagierte wieder stark emotional, als ihr gesagt wurde: "Riechen Sie das Betäubungsmittel ... hören Sie das Klappern der Instrumente ... spüren Sie den STUHL ... unter sich ...", und bei dem Wort "Stuhl" wurde ihre Schulter berührt und die Vorstellungen am Strand zu sein, wurde erneut aktiviert.

Die oben dargestellte Prozedur wurde mehrere Male wiederholt, um auch Entspannung im Zahnarztstuhl zu erreichen. Das gute Gefühl, am Strand zu sein, das Entspannungsgefühl, wurde mit dem "im Stuhl" geankert (der Lehnstuhl, in dem sie während der Hypnose saß), was eine Entspannungsreaktion in Verbindung mit dem Zahnarztstuhl und der zahnärztlichen Behandlung auslösen sollte.

Darüber hinaus wurde mit einer Hebelinduktion gearbeitet. Die Patientin wurde aufgefordert ihren rechten Arm auszustrecken, während ihr gesagt wurde: "Ihr Arm ist vollkommen steif ... sehr steif und ausgestreckt ... und wenn Sie versuchen, den Arm zu beugen, wird er ... noch steifer werden ... und je mehr Sie VERSUCHEN, ihn zu beugen, um so steifer wird Ihr Arm ... und wenn Sie das bemerken ... werden Sie sich auch der Eigenschaften von Kraft ... bewusst werden ... und der Stärke ... in Ihrem Bewusstsein ... von denen Sie zuvor nicht wussten, dass Sie über sie verfügen ... VERSUCHEN Sie nun, Ihren Arm zu beugen ... VERSUCHEN Sie es" (Sie versuchte es ohne Erfolg). "Sie sehen, wie stark Ihr Bewusstsein (Geist) ist ... viel stärker als ein Muskel ... Ihr Bewusstsein hindert Sie daran, Ihren Arm zu beugen ... gleichgültig, wie sehr ... Sie es versuchen ...."

Durch Auslösen des Ankers an der Schulter wurde die Patientin an ihren Lieblingsplatz versetzt. ... "Sie sitzen jetzt in einem Stuhl ..." (die Schulter wurde wieder berührt) ... "in einem Zahnarztstuhl ... der Zahnarzt ist bei Ihnen ... bald wird er Sie auffordern, den Mund zu öffnen, und Sie werden es tun ... Sie werden es tun, weil ...

Sie wissen ... je mehr Sie es versuchen ... Ihren Mund geschlossen zu halten, um so weiter wird er sich öffnen. Sie werden wieder ... diese Stärke bemerken ... diese Macht ... Ihres Geistes ... Öffnen Sie nun Ihren Mund."

Die Patientin öffnete langsam den Mund und ließ ihn ohne sichtbare Anstrengung geöffnet, während mit einem Spatel sanft auf ihre Zähne geklopft und schließlich Druck auf ihre Zunge ausgeübt wurde. Sie blieb dabei passiv.

In einer weiteren Konsultation wurde die obige Prozedur wiederholt und getestet, um die Wirksamkeit des Ankers sicherzustellen. Die Patientin wurde gebeten, ihren Zahnarzt anzurufen und einen Termin zu vereinbaren.

Die Patientin rief eine Woche später an, um mitzuteilen, dass sie um zehn Uhr einen Zahnarzttermin habe. Da sie jetzt sehr nervös war, wurde die Trance am Telefon mit Hilfe des Lieblingsplatzes induziert und mit denselben Suggestionen wie zuvor gearbeitet mit der zusätzlichen Anweisung, den Telefonhörer sicher auf ihrer rechten Schulter aufliegen zu lassen und ganz bequem sitzen zu bleiben - und dann wurde die Strandszene mit den Ereignissen kollabiert, die im Vorfeld der Behandlung eintreten würden: "Sie gehen jetzt in das Behandlungszimmer hinein ... und fühlen sich so ruhig, so entspannt, als ob ... Sie am Strand seien ... die Wellen ... der Geruch des Meers ... der Sand ... und nun in dem Zahnarztstuhl ... in dem Stuhl ... Sie lehnen sich entspannt zurück ... als ob ... Sie am Strand sitzen würden ... oder sich im Stuhl entspannen ... mit dem Rücken an einen Baum gelehnt, aufs Meer hinausschauend ... sich Ihrer Stärke bewusst, der Macht ... Ihres Geistes ... und Sie hören, wie der Zahnarzt Sie bittet, den Mund zu öffnen ... und Sie spüren, wie leicht es Ihnen fällt, den Mund zu öffnen ... und Sie freuen sich darauf, wieder dieses Gefühl der Kraft zu spüren ... und zwar so sehr, ... dass Sie ... je näher Sie dem Zahnarzt kommen ... sich um so zuversichtlicher fühlen ... um so entspannter ... Sie freuen sich darauf, die Kraft Ihres Geistes zu spüren ..." Sie wurde dann aufgeweckt. Die gesamte Sequenz dauerte kaum länger als fünf Minuten.

Die Patienten berichtete zwei Wochen später, dass der erste Termin beim Zahnarzt "großartig" verlaufen sei und sie habe versucht, Angst zu spüren, sei aber nicht dazu in der Lage gewesen. Je näher die Behandlung gerückt sei, um so besser habe sie sich gefühlt. In dem Stuhl und während der ganzen Behandlung habe sie sich "wunderbar gefühlt". Der Zahnarzt sei "einsame Klasse" gewesen und habe ihr gesagt, dass noch viel an ihren Zähnen zu machen sei.

Nach einem Monat berichtete die Patienten, dass alles gut laufe, sie sich keine Sorgen mehr wegen des Zahnarztes mache und die Angst nicht mehr aufgetreten sei. Darüber hinaus konnte sie jetzt ihren Sohn zum Zahnarzt begleiten (Mariott: Kombinierte Anwendung von NLP-Techniken und Hypnose in: Bretto et al, 1997).

Das Milton-Modell der Sprache ist ein starkes Werkzeug, um den Zugang zum Unbewussten zu erleichtern. Oft haben Menschen alles, was ihnen bewusst an Möglichkeiten zur Verfügung stand, um mit ihren Aufgaben oder Problemen umzugehen, bereits ausprobiert. Diese Menschen haben wahrscheinlich in ihrem Inneren eine Reihe von Ressourcen, zu denen sie im Moment keinen Zugang haben, die ihnen jedoch helfen können. Durch den gezielten Einsatz von hypnotischen Sprachmustern kann ihnen geholfen werden, die "schlummernden" Möglichkeiten zu entdecken, wie die oben beschriebene Fallstudie zeigt.

### **Beispiele für inhaltsfreie hypnotische Sprachmuster:**

"Sie können in Kontakt bleiben mit dem Klang meiner Stimme, wie laut oder leise sie auch sprechen mag, und auf ihre Worte in Ihrer eigenen Weise reagieren ... in dem Wissen, dass es dabei kein richtiges Reagieren gibt, auch kein falsches, denn nur die Ihnen eigene Art zu antworten kann richtig sein."

"Und sollte etwas Unvorhergesehenes, wie z.B. ein Problem – Probleme sind immer Aufgaben -, auftauchen, das Ihre bewusste Aufmerksamkeit braucht, so kann Ihr Unbewusstes Sie automatisch und sofort in Ihr normales Wachbewusstsein schicken, aufmerksam und bereit, in der richtigen Art zu reagieren."

"Und sogar, während Ihr Unbewusstes zuhört und Worte sammelt, kann Ihr Unbewusstes gleichzeitig beginnen, zu lernen, und zwar viele Dinge zugleich, und

manchmal, genauso wie Öl und Wasser sich nicht vermischen, kann Ihr Bewusstsein sich vieler Dinge, die das Unbewusste lernt, nicht bewusst sein, und das ist gut so, denn nur die Dinge, die Sie auch unbewusst ausführen können, können Sie wirklich so, dass Sie sie mühelos ausführen können, und dann, wenn dies der Fall ist, mag das Unbewusste es auch erlauben, dass das Bewusste Selbst es bemerkt, gerade zum richtigen Zeitpunkt. Und ich möchte, dass Sie auch erfahren, dass Sie aus jeder Trance, mag sie leicht sein oder tief, verändert hervorgehen werden, und dass Sie nur dann in Trance gehen können, wenn Ihnen das wirklich bewusst wird."

"Denn jeder von uns hat in seiner persönlichen Geschichte Erfahrungen mit Aufgaben, einige davon sehr unangenehme, und gerade diese unangenehmen Erfahrungen bilden oft die Grundlage für spätere Fähigkeiten und Stärken, die andere Menschen, die von solchen Erfahrungen nicht gefordert wurden, gar nicht entwickeln können."

"Es kann direkt angenehm sein, sich an Erfahrungen gelöster Aufgaben zu erinnern, aus der Vergangenheit und dabei voller Zufriedenheit zu wissen, dass sie nie wieder geschehen werden, denn sie sind die Grundlage für innere Stärken von heute, und so kann es sehr angenehm sein, solche Erfahrungen zu erinnern, wie unangenehm sie auch gewesen sein mögen."

"Und jedesmal, wenn Sie in eine solche Trance gehen, kann sich Ihr Unbewusstes noch viel tiefer entspannen lassen, als je zuvor ..."

Eine "wohlgeformte" Trance (auch wenn diese nur eine oder zwei Minuten dauert) besteht im wesentlichen aus drei Elementen:

1. Der Einleitung
2. Der eigentlichen Trance oder Phantasiereise  
(diese enthält dann z.B. eine Botschaft)
3. Der Ausleitung aus dem "Dämmerzustand"

### **Trance einleiten**

Um das "Umschalten" von Aufmerksamkeit nach außen zum Blick nach innen zu ermöglichen und zu erleichtern, ist es sinnvoll, der Trance eine Einleitung voranzustellen. Vielleicht ist das Verfahren der "Ruhetönung" beim Autogenen Training, das dem gleichen Grundsatz folgt, bekannt.

Es gibt eine Reihe von Möglichkeiten der Trance-Induktion. Um die Trance-Einleitung zu finden, die einem am sympathischsten ist, sollten mehrere Variationen ausprobiert werden.

Eine Trance oder Phantasiereise kann eingeleitet werden, indem alle Sinne angesprochen werden (situativ passend), da jedes Erleben eine visuelle, eine akustische und eine kinästhetische Dimension hat. Auch bei einer Trance ist das Aufrechterhalten von Rapport und das Kalibrieren durch Pacen der Atmung und Körperhaltung Voraussetzung. Unter Beibehaltung von Rapport wird der Begleitete, der Patient, durch die Trance geführt (geleadet). Es empfiehlt sich mit dem Wahrnehmungssystem anzufangen, das der Patient dem Arzt anbietet, um auch das Repräsentationssystem zu pacen.

Eine weitere einfache Induktion ist das Zurückgreifen auf frühere Trancezustände. Der Arzt lässt sich vom Patienten in allen Einzelheiten der Reihe nach erzählen, was geschah, als er das erste Mal in einen Trance-Zustand verfiel. Durch das Zurückversetzen wird der Patient den Trance-Zustand erneut erinnern (Grinder/Bandler 2000).

Das Grundrezept der Induktion ist das Beobachten der physiologischen Anzeichen für ein verändertes Bewusstsein. Anzeichen für einen Trancezustand sind folgende Signale:

Zu den äußerlich wahrnehmbaren Zeichen zählen:

- \* Glattes, entspanntes Gesicht
- \* Lidflattern; Augen schließen sich von selbst
- \* Lidschlagreflex verändert
- \* sparsame oder keine Bewegungen
- \* verlangsamte Atmung

- \* Änderung des Schluckreflexes (anfangs oft verstärkt)
- \* ideomotorische Bewegungen

Sollte man sich selbst in einen guten Zustand versetzen wollen, gibt es auch einige internale Zeichen, die anzeigen, dass man in einen Entspannungszustand geht. Dies sind z.B.:

- \* Ruhiger Puls
- \* Verstärkte Sinneswahrnehmung
- \* Kribbeln oder Pulsieren in Fingern/Zehen
- \* Dissoziiertes Körpergefühl

Zu den spontanen Trance-Phänomenen zählen:

- \* Amnesie
- \* Anästhesie
- \* Katalepsie
- \* Regression
- \* Zeitversetzung

Der Begleiter macht Angebote für Bilder, Klänge und Gefühle und beachtet die Reaktionen. Wenn der Begleiter positive, zustimmende Signale erhält (Lächeln, Entspannung), kann er weitergehen. Falls nicht, sollte ein neues Angebot gemacht werden.

**Trance-Einleitung VAKOG – ein Beispiel:**

Nehmen Sie die Körperhaltung ein, die Sie von früheren Entspannungen her kennen und erlauben Sie Ihrem Körper alle Veränderungen, bis er sich total wohl und geborgen fühlt.	frühere Erfahrungen Vorannahme: der Körper kann sich geborgen fühlen
Schließen Sie Ihre Augen bitte noch nicht, sondern nehmen Sie Ihre Umgebung vorher genau wahr.	Eingebettetes Kommando und Vorannahme
Schauen Sie umher in diesem Raum, schauen Sie auf die Farben, welche Farben herrschen vor?	<b>visuell</b> , pacen der linken Hemisphäre
Und dann beginnen Sie langsam die Feinheiten zu erkennen - jeder Gegenstand hat seinen eigenen Schatten. Farben sind nicht immer gleich, sie haben je nach Lichteinfall Schattierungen.	<b>visuell</b> , leaden zur rechten Hemisphäre Vorannahme, Realitäten
Und während Sie all das weiterhin wahrnehmen, beginnen Sie Ihre Aufmerksamkeit langsam auf die Zwischenräume zu lenken. Zwischenräume sind zufällig. Räume zwischen dem Fenster und dem Boden oder den Abstand von einem Stuhlbein zum anderen.	rechtshemisphärisch Vorannahme, Realitäten
Und während Sie das tun, hören Sie auf die Geräusche außerhalb dieses Raumes. Alle Geräusche erinnern Sie daran, dass Sie hier in Geborgenheit loslassen können.	<b>auditiv</b> Überladung Vorannahmen
Und Sie hören auch Geräusche in diesem Raum, meine Stimme, die Stille zwischen meinen Worten, vielleicht noch andere Geräusche.	Von fern zu nah
Und während Sie mir weiterhin entspannt zuhören und meine Worte genau so weit aufnehmen, wie es für Sie gut ist,	Vorannahme Erlaubnis

beginnen Sie, die Luft um sich herum deutlicher wahrzunehmen. Meist merken Sie eine kühle Empfindung an den Nasenflügeln beim Einatmen und lassen diese Frische aufsteigen zu den Augen. Und ich weiß nicht, ob diese sich schon jetzt schließen wollen oder erst später - und versprechen Sie sich selbst, weiterhin so wach und aufmerksam mit dabei zu sein,	<b>olfaktorisch</b> Realität  Wachheitsvertrag Eingebettete Fragen Vorannahmen
während Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die Schwerkraft lenken. Nehmen Sie wahr, wie Sie getragen werden und wie Sie dadurch vertrauensvoll loslassen können.	<b>kinästhetisch</b> Atemrhythmus spiegeln mit dem Rhythmus der eigenen Worte
Kämmen Sie nun mit Ihrer inneren - Aufmerksamkeit den Körper durch und beginnen Sie bei den Füßen, spüren Sie die Berührung mit der Unterlage - und die Waden, das Knie, die Kniebeuge, die Oberschenkel, das Gesäß, die Hüften - wo hebt sich die Wirbelsäule von der Unterlage ab - zu den Schulterblättern - der Halsbeuge - dem Kopf - und weiter zu den Schultern, die Oberarme, wie nehmen Sie die Ellenbogenbeuge wahr - die Unterarme - die einzelnen Finger.	Wahrnehmung des Körpers der Situation anpassen und Kleidung, Haltung und Reaktionen <b>utilisieren.</b>
Und während Sie weiterhin alles loslassen können, können Sie Ihrem Unterbewusstsein erlauben, Sie an den Ort zu führen, der Ihnen viel bedeutet und Ihnen immer wieder Kraft gibt.	Transderivationale Suche
<b>Nun folgt der individuelle Kern der Phantasie</b>	Atem pacen

### Weitere Beispiele von Trance-Induktionen:

#### Der Lieblingsplatz

Eine Vorgehensweise zur Hinführung in eine Trance ist der "Lieblingsplatz". Der zu Begleitende, z.B. der Patient, wird gebeten, sich den Ort, Platz, die Gegend vorzustellen, an dem er/sie sich am liebsten aufhält oder wäre. Dies kann ein Ort in der Natur sein, das eigene Bett oder auch der Arbeitsplatz. Der Begleiter verstärkt die Vorstellung durch den Einsatz hypnotischer Sprachmuster. Der Begleiter lässt den Patienten dort sein und alles erleben, was genau diesen Platz für ihn/sie so wichtig und einzigartig macht. Wenn der Begleiter an der Physiognomie erkennt, dass der Patient angekommen ist, kann er mit der Kernbotschaft beginnen, mit der "Arbeit", die in der Trance geleistet werden soll.

#### Augenfixierung

Milton Erickson verwendete gerne Fragen, um die Aufmerksamkeit seiner Klienten in eine bestimmte Richtung zu lenken.

Die Augenfixierung beginnt mit einer Frage, die eine bewusste Entscheidung und einen Willensakt erfordert und endet bei Fragen, die nur durch unbewusste Prozesse beantwortet werden können.

Die Aufmerksamkeit des Patienten wird dadurch gebunden, dass er auf eine bestimmte Stelle sieht. Nach einer Weile wird der Patient Spannungen im Bereich der Augenmuskeln bemerken; die Augen werden möglicherweise brennen und beginnen feucht zu werden und zu tränen. Das Gesichtsfeld wird verschwommener werden



und dann wieder schärfer. Möglicherweise tritt auch eine Tunnelvision auf. In diese voraussagbaren Phänomene verwebt der Begleiter nach und nach Suggestionen der Müdigkeit der Augen und die Anweisung, die Augen langsam zu schließen.

1. Können Sie die Stelle finden, die Sie bequem anschauen können?
2. (oder: Welche inneren Bilder faszinieren Sie immer wieder?)
3. Möchten Ihre Lider blinzeln, während Sie weiterhin auf diese Stelle schauen?
4. Werden Ihre Lider wohl gemeinsam oder jedes für sich blinzeln?
5. Werden sie das schnell oder langsam tun?
6. Werden sie sich plötzlich schließen oder sich noch eine Weile wie von selbst bewegen?
7. Werden sich Ihre Augen schließen, je mehr Sie sich entspannen?
8. Gut. Können Ihre Augen jetzt geschlossen bleiben, während Ihre Entspannung tiefer wird, so wie beim Einschlafen nachts, wenn Sie sehr müde sind?
9. Kann diese Entspannung sogar noch tiefer werden, so dass Sie die Augen lieber ganz geschlossen halten?
10. Oder würden Sie es lieber ausprobieren und herausfinden, dass Ihre Augen geschlossen bleiben wollen?
11. Und wie bald werden Sie Ihre Augen überhaupt vergessen haben, weil Ihr Unbewusstes sich ganz den inneren Bildern widmen möchte?

### **Zählen**

Dem Patienten wird suggeriert, dass er eine Treppe mit z.B. 20 Stufen hinabsteigt, hinunter in einen Raum, zu dem nur er Zugang hat, mag er ihm nun vertraut oder fremd oder neuartig erscheinen. Der Arzt begleitet den Patienten auf seinem Weg hinunter, Stufe um Stufe, durch langsames Zählen, und indem der Arzt um die einzelnen Zahlen Geschichten und Metaphern webt. Raum und Treppe sind Metaphern für den hypnotischen Zustand und dessen Vertiefung.

### **Hebelinduktion**

Die Hebelinduktion wird eingesetzt, indem eine geschlossene Verhaltenseinheit, wie z.B. das Händeschütteln, unterbrochen wird. Wenn ich jemandem meine Hand entgegenhalte, streckt derjenige in der Regel im Gegenzug seine Hand aus. Wird das Programm des Händeschüttelns unterbrochen, indem ich die Hand meines Gegenübers am Handgelenk nehme und sanft nach oben hebe, kann ich den Hebel ansetzen und mit einer entsprechenden Induktion beginnen, wie z.B.:

"Wenn es Ihnen recht ist, können Sie Ihrem Arm erlauben, mit Ihnen eine Erfahrung zu machen, die Sie vielleicht schon kennen oder vielleicht noch nicht:

Nehmen Sie wahr, wie sich der Arm anfühlt, nehmen Sie Kontakt auf und erlauben Sie ihm dann sich zu senken, und nur so schnell, wie Sie in Ihrer Erinnerung einen bequemen Ort und einen angenehmen Zeitpunkt finden können, wo Sie einmal von allem Abstand nehmen konnten, so dass sich Ihr Arm nicht schneller senkt, als sich Ihre Augen unwillkürlich, ohne Ihr Zutun, schließen und wenn die Hand dann auf Ihrem Oberschenkel liegt, nachdem er langsam gesunken ist - Sie mit einem Gefühl des Loslassens, das Sie vorher anders erwartet haben - langsam zurückkommen in Ihre Zeit und weiterhin die Ruhe in sich wahrnehmen - gut..." (Grinder/Bandler, 2000).

### **5 - 4 - 3 - 2 - 1-Methode**

Bei der 5 - 4 - 3 - 2 - 1-Methode beginnt der Begleiter mit fünf Aussagen: vier, die sich auf sinnlich Wahrnehmbares beziehen und eine, die inneres Erleben anspricht. Die Aussagen werden mit Konjunktionen, wie während, wenn, oder, und übergeleitet. Im nächsten Schritt werden drei verifizierbare Aussagen mit zwei inneren Prozessen verbunden; dann zwei sinnlich konkrete Tatsachen und drei Suggestionen und schließlich eine und vier. Durch das Anbinden innenorientierter Aussagen an tatsächlich Wahrnehmbares wird auch hier erst gepaced und dann geführt (Grinder/Bandler, 2000).

sinnlich konkret wahrnehmbare Realitäten	Bindewort, Übergang (link)	Suggestionen
Sie sitzen auf einem Holzstuhl (1), während Ihre Augen sich im Raum umschauen (2). Und automatisch passt sich der Fokus dabei der Helligkeit an (3). Ihr Atem geht ein und aus (4)	und ... das bewirkt,	das sie anfangen können, sich wohl zu fühlen
<b>Drei</b> Realitäten <b>Zwei</b> Realitäten <b>Eine</b> Realität	und und und	<b>zwei</b> Suggestionen <b>drei</b> Suggestionen <b>vier</b> Suggestionen

### Natürlich hypnotische Zustände

Beispiele: Am Kaminfeuer sitzen, in eine Kerzenflamme schauen, dem Treiben von Schneeflocken zusehen, in einem warmen Bad liegen, einem Konzert zuhören, in bewegtes Wasser schauen, am Strand liegen, Eisenbahnfahren, ... (Grinder/Bandler, 2000).

### Münztechnik

Der Patient nimmt eine Münze in die Hand, schließt die Finger fest zusammen und streckt den Arm aus, wobei die Finger nach unten zeigen und der Daumen gerade zur Seite. Er richtet seine Aufmerksamkeit auf den Daumennagel. Der Begleiter zählt von 1 nach 10, und während er dies tut, entspannt sich der Patient und öffnet mehr und mehr seine Finger, so dass schließlich die Münze bei der Zahl 10 zu Boden fällt. Der Begleiter lenkt die Aufmerksamkeit des Patienten auf die verschiedenen Aspekte dieser Erfahrung und geht über zu Suggestionen, die eine fortschreitende Entspannung während des Zählens implizieren.

Das Aufschlagen der Münze auf den Boden wird das Signal für den Patienten sein, die Augen zu schließen und tief in Trance zu fallen.

### Handfixierung

Der Patient streckt beide Arme mit den Handflächen nach unten aus. Nach einer Weile bittet ihn der Begleiter, die Handflächen nach oben zu drehen. Für den Patienten wird das so erscheinen, als ob die Handflächen sich jetzt kälter anfühlen. Auch seine Arme und Finger werden sich ein bisschen krümmen und deshalb werden seine Hände etwas näher zum Körper kommen. Der Begleiter spricht diese Effekte an und beginnt, Suggestionen zu geben, dass die Hände noch näher kommen und/oder etwas weiter nach oben gehen werden.

### Trancen ausleiten

Folgende Punkte sind beim Wecken aus der Trance zu berücksichtigen:

Dem Patienten sollte ausreichend Zeit gelassen werden, damit er in seiner eigenen Geschwindigkeit die Trance beenden kann. Der Arzt kann z.B. durch Zählen zurück von 10 nach 1 begleiten.

Alle Suggestionen, die während der Trance gegeben worden sind, werden wieder aufgehoben (z.B. alle Gefühle der Leichtigkeit, der Schwere, Amnesie, etc.). Suggestionen, wie: "Wenn Sie Ihre Augen öffnen, können Sie sich sehr erfrischt, ausgeruht und wach fühlen" werden verwendet. Posthypnotische Befehle ermöglichen dem Patienten, das nächste Mal noch leichter und tiefer in Trance zu gehen. Es ist sicherzustellen, dass der Patient den Trance-Zustand wirklich verlassen hat, indem die Reaktionen und die Funktion der Sinne überprüft werden.

**Die Trance-Ausleitung sollte analog der Induktion geführt werden, wenn**

- von 10 resp. von 5 zurückgezählt wurde und der tiefste Zustand bei 1 erreicht wurde, wird jetzt von 1 vorwärts nach 5 bzw. 10 gezählt.
- die Trancevertiefung so gewählt wurde, dass z.B. eine Treppe verwendet wurde, die in die Tiefe führt und somit die Stufen von 1 bis 10 gezählt wurden, wird jetzt rückwärts von 10 nach 1 gezählt.

Beispiel:

"Ich zähle jetzt von 1 bis 5 und bei 5, erst bei 5, öffnen Sie dann wieder Ihre Augen, fühlen sich dann ganz hellwach, frisch und froh und munter und in jeder Beziehung völlig wohl."

Jede Zahl wird immer etwas lauter gesprochen, **Crescendo** ist der Wachzustand:

"**Eins:** Alle Schwere und Müdigkeit verfliegt jetzt aus Ihren Füßen und Beinen, Ihre Beine und Füße werden wieder ganz leicht und frei und füllen sich mit frischer Kraft und Energie."

"**Zwei:** Alle Schwere und Müdigkeit verfliegt aus Ihren Händen und Ihren Armen, Ihre Hände und Arme werden wieder ganz leicht und frei und füllen sich mit Frische, Kraft und Energie."

"**Drei:** Alle Schwere und Müdigkeit verfliegt jetzt auch aus Ihrem Kopf und aus Ihren Augen wie eine kleine Wolke im Wind, Kopf und Augen sind jetzt wieder ganz leicht und frisch."

"**Vier:** Der ganze Körper ist jetzt wieder ganz leicht und frei, alle Müdigkeit und Schwere ist nun aus Ihrem Körper verfliegen."

Atmen Sie jetzt bitte einmal ganz kräftig ein und wieder aus und spüren Sie dabei, wie frische Kraft und Energie in Ihren ganzen Körper hineinströmt ...

Nehmen Sie wahr, ob sich zuerst Ihre Zehen oder Ihre Finger bewegen wollen und verstärken Sie den Impuls ..."

"**Fünf:** Öffnen Sie jetzt wieder Ihre Augen. Nehmen Sie wahr, wie wach Sie jetzt sind, wie frisch und froh und munter und in jeder Beziehung völlig wohl."

"Vielleicht möchten Sie sich noch recken und strecken ..."

Große Bedeutung für eine Trance oder Phantasiereise haben der Beginn und das Ende der jeweiligen "Reise". Beides soll sorgfältig durchgeführt werden, um das Abschalten und Entspannen zu ermöglichen bzw. zu erleichtern und auch sicherzustellen, dass der Dämmerzustand (der Blick nach innen) wirklich beendet wird.

Die eigentliche Botschaft der Trance, das Ziel der Phantasiereise, kann eingebettet werden in eine Metapher.

## Metaphern

Eine gute Methode, um eine Botschaft (z.B. Problemlösung) in einer Trance oder Phantasie Reise zu "verpacken", sind Metaphern. Das Wort "Metapher" stammt aus dem griechischen und kann übersetzt werden mit „hinübertragen“. Metaphern sind älter als das geschriebene Wort, und wurden in der prä-schriftlichen Zeit eingesetzt, um Einsichten zu vermitteln und zu überzeugen.

Metaphern umfassen im NLP Gleichnisse, Analogien, Parabeln und Geschichten, die z.B. einen Vergleich beinhalten und die verwendet werden, um etwas bildlich auszudrücken. Sie geben einen Sachverhalt verschlüsselt, d.h. symbolisch, wieder. Die enthaltene Botschaft ist nicht unmittelbar erkennbar.

**Einfache Metaphern** implizieren einen direkten Vergleich zwischen einem bekannten Gegenstand oder einer realen Person und etwas Unbekanntem.

**Komplexe Metaphern** übermitteln indirekte Botschaften, die auf unser Unbewusstes wirken. Das Unbewusste versucht, die Bedeutung der Metapher durch gemachte Erfahrungen zu entschlüsseln. Es können Geschichten mit vielen Bedeutungsebenen sein, die das Bewusstsein ablenken und die unbewusste Suche nach Bedeutung aktiviert.

Hilfreich kann es sein, die Metapher über etwas zu bilden, was den anderen interessiert, wie z.B. ein Hobby. Bei der Bildung von Metaphern zur Lösung eines Problems sollte man sich auf die Elemente konzentrieren, die im gegenwärtigen und im erwünschten Zustand wichtig sind. Eine Liste mit diesen Elementen erleichtert das Einkleiden in eine Geschichte. Die Reaktion auf die Metapher zeigt, wie erfolgreich sie war.

### Das Bilden von Metaphern:

1. Informationen sammeln:
  - beteiligte Personen identifizieren
  - Problemsituation bestimmen:
  - erwünschten Zustand/Ziel definieren
  - Was hat der Patient in der Vergangenheit getan, um mit ähnlichen Problemen umzugehen?
  - Was hindert sie/ihn, die gewünschten Veränderungen vorzunehmen?
2. Metapher anhand der gesammelten Informationen bilden:
  - Kontext auswählen
  - Metapher bilden, d.h. zuerst entstehen Anfang und Ende. Möglicher **Anfang** einer Metapher: Das rollentypische Verhalten der beteiligten Personen wird bis zur Katastrophe übertrieben, ebenso typische Erlebnisweisen.  
**Ende** der Metapher: Das rollentypische Verhalten der Person hat sich geändert, ebenso deren Erlebniswerte.
  - Lösung anbieten mit gewünschter Veränderung, indem
    - ↘ die Katastrophe zum Rollenwechsel führt
    - ↘ Synästhesien in der Erlebnisweise auftauchen (Beispiel: Während sie sich traurig fühlte, fing sie an, den Kopf zu heben, und alles wurde heller).
    - ↘ ein Reframing (siehe Baustein 3) der ursprünglichen Erlebnisweise enthalten ist: Nicht das Verhalten ist das Problem, sondern die falsche Nutzung (von gut bis schlecht zu manchmal nützlich bis unnützlich)
3. Metapher erzählen  
In das Erzählen von Metaphern fließen viele bereits beschriebene NLP-Elemente mit ein: Rapport aufbauen durch Pacing und Leading, Anker, Milton-Modell und Trance sowie Reframings.  
Eine Metapher beschreiben O'Connor und Seymour als eine Reise vom gegenwärtigen zum erwünschten Zustand (O'Connor/Seymour, 1992).

Metaphern, die gezielt aus Informationen aufgebaut werden, helfen bei der Veränderung von Verhalten und Einstellung. Metaphern bieten die Möglichkeit die Situation des Patienten symbolisch zu verdeutlichen und Ressourcen freizusetzen. Baretta und Baretta berichten von folgendem Fallbeispiel:

Bei Donna, einer sechzigjährigen Frau, wurde im April 1979 von ihrem Hausarzt Krebs im Endstadium mit einer Lebenserwartung von ca. sechs Wochen diagnostiziert. Donna war nicht bereit zu sterben und war der Überzeugung 'Knochenkrebs als Belohnung für ihr lebenslanges Nettsein bekommen zu haben'. Die bevorstehende Chemotherapie deprimierte sie und rief bei ihr Angst hervor.

Als Vorbereitung auf die Chemotherapie wurde ihr von einem großen Grundstück in Virginia erzählt, das von Unkraut überwuchert war. Die Eigentümer des Grundstücks waren unterschiedlicher Meinung über den möglichen Erfolg der Unkrautvernichtung. Norma war mutlos, wohingegen ihr Mann Phil überzeugt war mit "Unkraut-ex" der Lage Herr zu werden. Unkraut-ex ist ein selektiver Unkrautvernichter, der das Unkraut beseitigt und die Pflanzen düngt sowie regeneriert. Donna, die Patientin, bemerkte an dieser Stelle der Geschichte, dass Unkraut-ex tatsächlich aus ihrer Erfahrung als Hobby-Gärtnerin funktioniere. Es zerstört das Unkraut und verschont das Gras und lässt es wachsen. Donna hatte ihre Einstellung zur Chemotherapie 'reframed'. Die Therapie verlief sehr gut mit wenigen Nebenwirkungen. Donna lebte bis Dezember 1983 und starb im Schlaf. (Baretta/Baretta in Bretto et al, 1997).

In einer Metapher unterstützende Glaubenssätze zu installieren, sind Ressourcen für die Patienten.

Dermott und O'Connor weisen daraufhin, dass allerdings besonders in der Medizin die Metaphorik des Krieges verwendet wird, da z.B. von **Angriffen** auf das Immunsystem gesprochen wird, von **eindringenden** Krankheitserregern und von der Stärkung der **Abwehrmechanismen**. Obwohl Metaphern weder richtig noch falsch sind, ziehen sie Konsequenzen nach sich. Statt der "Kriegsmetaphern" kann es für den Patienten hilfreich sein, eine andere Metapher zu verwenden, die Gesundheit als Gleichgewicht ansieht. Eine Infektion stört dann das Gleichgewicht, anstatt es anzugreifen, und Fieber kann als Zeichen gewertet werden, dass das Immunsystem an der Wiederherstellung des Gleichgewichtes arbeitet.

Da unterschiedliche Metaphern verschiedene Denkweisen ermöglichen, sollte jeder für sich prüfen, welche Metaphern für die eigene Genesung nützlich sind. Die allopathische Medizin legt ein anderes Modell der Welt zu Grunde als zum Beispiel die Akkupunktur, so dass unterschiedliche Weltanschauungen auch verschiedene Metaphern haben (Dermott/O'Connor, 1997).

Da Patienten – insbesondere chronische Schmerzpatienten – eher in Problemen denken, kann es hilfreich sein, unterstützende Glaubenssätze zu installieren. Einige Beispiele für unterstützende Glaubenssätze (Affirmationen):

### **Schmerz, Gesundheit und Körper**

1. Ich bin gesund und voller Tatendrang.
2. Je entspannter ich bin, desto besser arbeitet mein Immunsystem.
3. Meine geistige Energie steigert mein körperliches Wohlbefinden.
4. Mein Körper ist mein Zuhause, ich pflege ihn mit liebevoller Hingabe.
5. Ich spüre eine große Erleichterung, wenn ich mich von Nutzlosem trenne.
6. Ich spüre genau, wann ich satt und zufrieden bin.
7. Ich bin frei, meine echten inneren Bedürfnisse wahrzunehmen.
8. Ich akzeptiere mich so, wie ich bin.
9. Ein Körpersignal ist eine wichtige Information für mich.

### **Leistung und Konzentration**

1. Konzentration ist die Faszination des Augenblicks.
2. Ich richte mich genau auf das aus, was ich tue.
3. Ich richte meine Aufmerksamkeit auf die Ruhe in mir.
4. Meine Zielwünsche begleiten mich konstant.
5. Je gelassener und entspannter ich bin, desto leichter fällt es mir, zu lernen, mit meinen Sorgen umzugehen.
6. Jede Tätigkeit hat einen reizvollen Aspekt - und sei es der Gewinn, den ich durch meine Konzentration erziele.
7. Ich schätze all mein Tun.
8. Die Qualität liegt in der Tiefe.

### **Geld, Erfolg**

1. Ich verdiene Fülle.
  2. Mein innerer Reichtum darf sich im Außen spiegeln.
  3. Alles, was ich tue, bringt mir Lebendigkeit und Bereicherung.
  4. Wunder sind Liebe in Aktion.
  5. Ich habe einen einzigartigen, besonderen Beitrag zu leisten.
  6. Alles, was ich tue, ist ein Geschenk an mich selbst. Während ich gebe, empfangen ich.
  7. Der Erfolg anderer trägt zu meinem Erfolg bei.
  8. Ich bin ein Wesen ohne Grenzen. Ich kann erschaffen, was ich will.
  9. Ich bin reich an wertvollen Fähigkeiten und Talenten.
  10. Ich kenne meinen Wert und achte mein Verdienst.
- (Bohn-Kommunikation, unveröffentlichte Ausbildungsunterlagen)

### **Symbole**

Symbole sind wahrnehmbare Sinnbilder, die stellvertretend für etwas nicht Wahrnehmbares stehen, in denen also Wahrnehmbares und Nichtwahrnehmbares zusammentreffen. Es handelt sich um Bilder, die ihre Bedeutung assoziativ zur Anschauung bringen. Damit wird der Zugang zur rechten Hirnhälfte erleichtert. Symbole, die in einer Metapher verwendet werden können:

#### **Natursymbole**

Abgrund:	Unbestimmte, schreckliche Gefahr
Baum:	Wachstum, der Körper
Berg:	Übersicht, Weite, schwere Aufgabe
Erde:	Wandel, Wachstum, Mütterlichkeit, Kraft, Wärme
Feuer:	Psychische Energie, Reinigung
Fluß:	Ablauf des Lebens
Garten:	Wachstum, das persönliche Leben und die Umgebung, für die jemand verantwortlich ist
Stein:	Hindernis, Härte
Wald:	Das Unbewusste, Gefahr
Wasser:	Unbewusste psychische Energie
Wüste:	Vereinsamung, Stillstand, Warnsignal

#### **Symbole menschlichen Lebens**

Haus:	Die Person
Kind:	Neue Möglichkeiten, neue Bewusstseinslage
Kleid:	Maske und Verwandlung
unbekannter Mann:	Animus, männliche psychische Energie
unbekannte Frau:	Anima, weibliche psychische Energie
Kristall:	Integration
Tanz:	Psychische Energie; in Bewegung geraten

### **Symbole der "Dingwelt"**

Brücke:	Kommunikation, Integration
Brunnen:	Stärkung, Reinigung aus dem Unbewussten
Buch:	Wissen, natürliche Hypnose
Felsen:	Verteidigung, Festigkeit, Unveränderlichkeit
Flugzeug:	Freiheitswille
Speer:	Tugenden
Labyrinth:	Hilflosigkeit, Verwirrung, Problem
Licht:	Bewusstwerdung
Reise:	Suche, Ablauf des Lebens
Kreuzung:	Entscheidung
Treppe:	Bewusstwerdung (Aufstieg), Verdrängtes aufsuchen (Abstieg)

### **Handlungssymbole:**

Bad:	Reinigung, Erneuerung
Versammlung:	Übereinstimmung, Glaube, Hoffnung
Pilgerreise:	Selbstfindung

(Bohn-Kommunikation, unveröffentlichte Ausbildungsunterlagen)

### **Vorannahmen (Präsuppositionen)**

Aus persönlichen Erfahrungen bilden wir Glaubenssätze, Einstellungen und Erwartungen, die wir als Vorannahmen in Sätze einbauen. "Präsuppositionen sind Sätze, die andere Sätze als wahr voraussetzen, damit sie überhaupt Sinn haben" (Grochowiak, 1995, S. 175).

### **Einfache Präsuppositionen**

Bei der Verwendung von simplen Vorannahmen wird die Existenz einer Sache/eines Wesens vorausgesetzt, einfach durch die Tatsache, dass sie/es erwähnt wird. Beispiele für syntaktische Umgebungen, in denen einfache Präsuppositionen auftreten:

- a) Eigennamen  
*Hans* hat die Äpfel gestohlen. (Die Existenz von Hans wird vorausgesetzt)
- b) Pronomen  
Ich sah *ihn* vorbei kommen. (Es gibt ein männliches Wesen)
- c) nähere Beschreibungen  
Ich mag den Lehrer mit den *roten* Schuhen. (Es gibt einen Lehrer, der rote Schuhe besitzt)
- d) Gattungsbegriffe, die eine Gruppe beschreiben  
Wenn junge *Wolpertinger* aus dem Nest fallen bevor sie fliegen können, werden sie leicht von der Eule geholt.
- e) Universalquantatoren.  
*Immer* wenn mich Frauen so anschauen, muss ich sie einfach *alle* küssen.

**Komplexe Präsuppositionen** sind unter anderem in Sätzen enthalten, die durch Wörter, wie weil, wenn, während, falls, bereits, bisher gekennzeichnet sind. Es wird mehr als die Existenz nur einer Einheit vorausgesetzt.

- a) temporale Nebensätze, z.B. bevor, nachdem, während, seit, wenn ...  
"Möchten Sie sich setzen, bevor Sie sich entspannen?"  
"Ich würde gern etwas mit Ihnen durchsprechen, bevor Sie dieses Projekt zu Ende führen."
- b) Ordnungszahlen:  
Begriffe wie: noch ein, zuerst, zweitens, drittens usw. weisen auf eine Reihenfolge hin:  
"Vielleicht sind Sie neugierig, welche Seite Ihres Körpers sich *zuerst* entspannen wird."

- c) Verben, die eine örtliche Veränderung beschreiben: kommen, gehen, verlassen, ankommen, abfahren, betreten, starten, landen...  
„Wenn die Katze das Haus *verlässt*, ist sie verloren.“
- d) Verben des Wahrnehmens, der Zustandsveränderung:  
"Merken Sie, wie tief *entspannt* Ihr Körper schon ist?"  
"Wussten Sie, dass Sie schon oft in Ihrem Leben in Trance gegangen sind?"  
"Haben Sie *bemerkt*, wie einladend diese Gemälde das Zimmers wirken lassen?"
- e) Adverbien und Adjektive, die eine Wiederholung ausdrücken: auch, ebenfalls, wieder, erneut, entweder - oder, noch einmal ...  
"Sind Sie *auch* gespannt auf den Trancezustand, den Sie entwickeln werden?"  
"Sind Sie *wieder* tief in Trance?"  
"Wie leicht fällt es Ihnen, sich noch einmal zu entspannen?"
- f) Wechselnder Gebrauch von Verben und Adverbien der Zeit: beginnen, beenden, aufhören, anfangen, fortfahren, voranschreiten, sonst noch, weiter ...  
"Und Sie können sich weiter entspannen."  
"Sind Sie noch an Hypnose interessiert?"
- g) Kommentierende Adjektive und Adverbien: toll, prima, dufte, unglaublich, glücklicherweise, notwendigerweise, zum Glück, unbeabsichtigt, freudig ...  
"Glücklicherweise brauche ich nicht genau zu wissen, was Sie jetzt denken, um Ihnen helfen zu können."

Die Auflistung der semantischen und syntaktischen Möglichkeiten für Vorannahmen erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll einen Einblick geben, wie häufig wir unbewusst Präsuppositionen verwenden.

Mehrere Vorannahmen in einem Satz steigern die Wirkung einer Trance. Je mehr im Voraus angenommen wird, desto schwieriger ist es für den Gesprächspartner, den Satz auseinanderzunehmen und irgendeine der Vorannahmen in Frage zu stellen. Darüber hinaus hat dieses Vorgehen einen verwirrenden Effekt und steigert dadurch zusätzlich die Disposition, in Trance zu fallen.

Es ist daher für das Arzt-Patienten-Gespräch nützlich, auf Präsuppositionen im Sprachgebrauch zu achten. Der Arzt sollte die Vorannahmen, die Patienten mitbringen, hinterfragen und darauf achten, dass er selber möglichst wenig Präsuppositionen verwendet, um die höchstmögliche Compliance zu erzielen (es sei denn der Patient soll in Trance gehen).

Der virtuose Einsatz des Milton-Modells der Sprache und das "Spielen" mit verschiedenen Elementen erfordert Übung. Die Verwendung von Symbolen, Vorannahmen und Metaphern kann in die tägliche Arbeit eines Arztes eingebettet werden - auch einmal in ein ganz "normales" Patientengespräch. Entscheidend ist, was für die Effektivität des Arzt-Patienten-Gesprächs sinnvoll ist: Wenn es um die Aufnahme von Rapport (= guten Kontakt) geht, kann der Einsatz des Milton-Modells der Sprache hilfreich sein. Braucht der Arzt schnell präzise Informationen von seinem Patienten, kann er sich des Meta-Modells der Sprache (Baustein 2) bedienen.

Milton Erickson benutzte besondere Sprachmuster, die so vage und unbestimmt blieben, dass der jeweilige Zuhörer den konkreten Bezug zu sich aus seinem eigenen inneren Erleben herstellen musste. Er verstand es, seine Klienten in eine Trance zu führen, die Kreativität und Phantasie in Gang setzt, die im Alltag vielfach nicht zugänglich ist. Patienten, die mit Problemen zu ihrem Arzt kommen, haben wahrscheinlich vieles, was sie rein rational denkend zur Lösung ihrer Probleme beitragen können, bereits ausprobiert. Mit Hilfe einer Trance oder Phantasie Reise kann der Blockadezustand, in dem sich Patienten u.U. befinden, für eine kurze Zeit unterbrochen werden und vielleicht neue Ideen und Wege zur Unterstützung der Problemlösung für den Patienten gefunden werden.

Der gezielte Einsatz von hypnotischen Sprachmustern kann dazu beitragen, die "schlummernden" Möglichkeiten (Ressourcen) zu entdecken, um damit auch die weiteren medizinisch notwendigen Maßnahmen zu unterstützen.



## 5. Baustein: Strategien, Modelling

### Strategien

Wer hat sich nicht auch schon mal gefragt, warum manche Menschen erfolgreiche Komponisten sind oder warum andere besonders gut verkaufen können oder wieder andere Kommunikationstalente sind? Was hatte Mozart, was ihm das Komponieren so leicht fallen ließ? Was ist der Unterschied zwischen Top-Verkäufern und Durchschnitts-Verkäufern? Warum fällt es einigen leichter als anderen, ihre Probleme zu bewältigen?

Ist es nicht interessant zu wissen, welche Strategien diese Personen hatten bzw. haben, um erfolgreich zu sein?

Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt auf der Analyse und Notation von Strategien, sowie auf dem TOTE-Modell. Um sich auf Patienten gut einstellen zu können, ist es nützlich, deren Problembewältigungsstrategien zu kennen.

#### Strategie - was ist das?

Das Wort Strategie stammt vom griechischen "strategos" und bedeutet ursprünglich: allgemein, General. Im weitesten Sinne ist eine Strategie ein Plan, um ein Ziel zu erreichen. Eine Militärstrategie umfasst die Theorie und Praxis der Führung von Kriegshandlungen. In der Kommunikation beinhaltet eine Strategie die Schritte eines mentalen Prozesses, die zu einem bestimmten Ziel bzw. Ergebnis führen. Die einzelnen Schritte sind gekennzeichnet durch den Gebrauch eines oder mehrerer Repräsentationssysteme.

Strategien im NLP sind auf ein positives Ziel gerichtet. Sie bestimmen, wie wir die Welt wahrnehmen. Es können u.a. Erinnerungs-, Entscheidungs-, Lern-, Kreativitäts-, Motivations-, Glaubens- und Realitätsstrategien unterschieden werden.

Jeder Mensch hat ein Repertoire an Strategien. Viele sind unangemessen, wenn wir etwas nicht, respektive nicht so gut, wie andere können. Wir können unsere eigenen Strategien verbessern, indem wir Vorbilder modellieren.

Patienten kann geholfen werden, indem z.B. Problembewältigungsstrategien analysiert werden und bei Bedarf effektivere Strategien bewusst durch den Arzt installiert werden.

Als verantwortungsvoller Begleiter hat der Arzt unter Umständen die Aufgabe, Informationen, die er im Anamnese-Gespräch von den Patienten erhält (Input), aufzunehmen und schnell zu verarbeiten. Der Arzt nimmt den Input des Patienten durch seine Repräsentationssysteme auf und verarbeitet die Information internal, indem er sie organisiert, vergleicht und bewertet (Prozess). Nach der Verarbeitung sendet der Arzt an den Patienten Signale, z.B. durch Gesten oder Worte (Output). Die Reaktion auf den Input des Patienten wird Feedback genannt.

Wenn wir uns die Struktur einer Strategie, wie der gerade beschriebenen Zuhörstrategie, anschauen, sieht sie folgendermaßen aus:

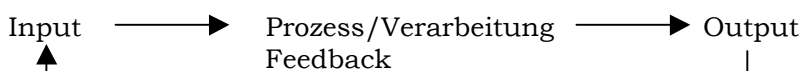


Abbildung 9: Struktur einer Strategie

## Die Analyse von Strategien - Die Vorbereitung

Das Ziel der Analyse einer Strategie bestimmt, wie detailliert die Analyse sein wird. Informationen, die sich wiederholen, können von Bedeutung sein und sind daher besonders beachtenswert.

Um eine Strategie plastischer analysieren zu können, ist es hilfreich, den Patienten nach Verhaltensbeispielen zu fragen. Bei der Analyse sollte der Arzt vom Allgemeinen (von großen Chunks) zum Speziellen vorgegangen werden und bewusst wahrgenommen werden, da non-verbale Reaktionen meist vor der Verbalisierung folgen.

Der Patient wird *assoziiert* in die konkrete Situation, in der er z.B. motiviert war, Entscheidungen getroffen oder Probleme bewältigt hat, hineingeführt. Eine Strategie als mentales Programm läuft nur wenige Sekunden. Eine Regel lautet: Achte mehr auf den Prozess als auf den Inhalt, d.h. beobachte exakt, was sich genau äußerlich wahrnehmbar ändert: In welche Richtungen bewegen sich die Augen, welche Repräsentationssysteme werden genutzt, wie ist die Atmung usw.

Die Kontrastmethode zu nutzen, d.h. auch Situationen zu analysieren, in denen die Strategie nicht zum gewünschten Erfolg führt hat, ist auch ein Weg die Strategie zu beleuchten. In diesem fünften Baustein der NLP-Practitioner-Ausbildung fließen die Erkenntnisse der vorherigen Stufen mit ein.

Bei der Analyse ist zu beachten, dass die Sinnessysteme dreifach aktiv werden können:

- \* Reizaufnahme = Input
- \* interne Reizverarbeitung = Verarbeitung, Operation
- \* Signale senden = Output

Die Aktivitäten der Sinnessysteme laufen nach einem geordneten Schema ab. Um den Ablauf der sinnesspezifischen Aktivitäten, der eine Strategie ausmacht, herauszufinden, gibt es verschiedene Möglichkeiten:

### 1. Analyse mit Hilfe von Prädikaten

Es wird besonders auf die verwendeten Prädikate geachtet. Beispiel:

Patient: "Ich fühle mich zu schwach, um die schwere Arbeit zu machen."

fühle = Prädikat, schwach = Adverb, schwere = Adjektiv → kinästhetisches Repräsentationssystem

### 2. Analyse mit Hilfe von Augenbewegungen

Die Augenbewegungen werden beobachtet, um Hinweise auf das Repräsentationssystem zu erhalten.

### 3. Analyse mit Hilfe von Fragen

Die Analyse kann durch gezielte Fragen (VAKOG) nach dem Ablauf der Strategie durchgeführt werden: "Wie fühlt sich das Problem an?" "Was machen Sie kurz vor Auftreten des Problems?" "Können Sie dem Problem eine Farbe zuschreiben?"

Um eine Strategie zu analysieren, ist es für den Arzt bzw. für seine Patienten erforderlich, sich die Strategie zu vergegenwärtigen. Es gibt auch bei der Vergegenwärtigung (**Evokation**) verschiedene Vorgehensweisen:

#### 1. Tatort-Evokation

Der Patient wird physisch in die Auslöse-Situation der Strategie geführt. D.h. der Arzt geht mit dem Patienten an den (Tat-) Ort, wo die Strategie zuletzt ausgelöst wurde, wenn es möglich ist.

#### 2. Evokation durch Simulation

Die Auslöse-Situation der Strategie wird in einem Rollenspiel simuliert.

#### 3. Evokation durch Übertreibung

Um leichter Zugang zur Strategie zu finden, kann der Arzt den Patienten einen Teil der Strategie übertrieben darstellen lassen.

#### 4. Evokation durch Fragen

Durch das Stellen von Fragen kann der Arzt versuchen, die Strategie auszulösen. Fragen, die z.B. Einschlaf-Strategien vergegenwärtigen sollen, können folgendermaßen formuliert werden:

Können Sie mir sagen, wann Sie gut einschlafen?  
Was brauchen Sie, um gut einzuschlafen?  
Woher wissen Sie, dass Sie gut einschlafen können?  
Wie schlafen Sie gut ein? (Mohl, 1993)

Das folgende Beispiel soll das Vorgehen bei der Evokation und Analyse einer "Muskelkater"-Bewältigungsstrategie darstellen:

1. Die Muskelkater-Bewältigungsstrategie wird evoziert.  
Dem Patienten werden Fragen gestellt, die ihn veranlassen, die persönliche Schmerzbewältigung auszulösen. "Wann haben Sie zuletzt Muskelkaterschmerzen gehabt?" "Was genau ist passiert, als Sie diese Schmerzen zu bewältigen hatten?"
2. Die Muskelkater-Bewältigungsstrategie wird analysiert.  
Der Patient wird gebeten, dem Arzt genau zu erzählen, wie er solche Muskelkaterschmerzen bewältigt. Besonders zu beachten sind dabei die Augenbewegungen und die verwendeten Prädikate. Der Ablauf der sinnesspezifischen Aktivitäten (VAKOG) wird hinterfragt.
3. Die Strategie der Nicht-Bewältigung von Muskelkaterschmerzen wird vergegenwärtigt.  
Es werden Situationen erfragt, in der die Schmerzen nicht bewältigt wurden, um die Nicht-Bewältigungsstrategie auszulösen (auch emotionale Schmerzen).  
"Können Sie sich an eine Situation erinnern, in der Sie Schmerzen nicht bewältigen konnten?" "Wie ist das, den Schmerz nicht zu bewältigen?" (z.B. lieber eine "Schonhaltung" einzunehmen)
4. Die Strategie der Nicht-Schmerzbewältigung wird analysiert.  
Gleiches Vorgehen wie in Punkt 2. Der Patient wird gebeten zu berichten. Augenbewegungen werden beobachtet, Prädikate werden beachtet und Fragen gestellt.
5. Die Unterschiede werden überprüft.  
Der Patient wird gebeten, zu prüfen, ob es Unterschiede in der erfolgreichen Schmerzbewältigung im Vergleich zum Nicht-Bewältigen gibt. Die jeweilige Wirkung wird durch den Begleiter überprüft.
6. Die Schmerzbewältigung wird getestet.  
Der Grad der Schmerzbewältigung kann anhand einer Schmerzskala getestet werden. Im Baustein 6 wird für die Arbeit mit Submodalitäten eine Schmerzskala vorgestellt, die dem Arzt helfen kann, selbst kleine Fortschritte der Schmerzreduktion darstellbar zu machen.

### **Notation von Strategien**

Zur Darstellung von Strategien brauchen wir Zeichen, um sie zeitsparend notieren zu können. Im Verlauf der NLP-Practitioner-Ausbildung haben die teilnehmenden Ärzte verschiedene Abkürzungen kennengelernt.

Die Repräsentationssysteme werden abgekürzt:

V = visuell  
A = auditiv  
K = kinästhetisch  
O = olfaktorisch  
G = gustatorisch

Im Baustein 2 wurden die Augenbewegungen vorgestellt, anhand derer die Konstruktion (k) und die Erinnerung (er) unterschieden werden kann.

Ver = visuell erinnernd  
Vk = visuell konstruierend  
Aer = auditiv erinnernd  
Ak = auditiv konstruierend  
K = kinästhetisch  
Id = innerer Dialog

Um Strategien zu notieren, ist es sinnvoll, weitere Abkürzungen zu kennen. Ob Reize extern aufgenommen werden oder intern erzeugt werden, wird im NLP folgendermaßen notiert:

Ve = visuell external  
Vi = visuell internal  
Ae = auditiv external  
Id = innerer Dialog (auditiv internal)  
Ke = kinästhetisch external  
Ki = kinästhetisch internal

Mit Hilfe dieser Zeichen können die meisten Strategien notiert werden, ohne dass lange Mitschriften zu erstellen sind. Da Ärzte in der Regel bereits eine Notations-Strategie haben, wie z.B. o.B. = ohne Befund, ist zu überprüfen, ob die bisherige nützlich ist oder ob die oben angeführten Abkürzungen im Gespräch mit Patienten effizient sind.

#### **Beispiel einer Notation:**

Eine Arzthelferin äußert sich einer Patientin gegenüber, die ihre Termine nicht einhält, folgendermaßen:

"Nun, Frau X, wie ich sehe, kommen Sie nicht zum ersten Mal eine Stunde zu spät zum Termin. Ich frage mich deshalb, wie das noch weitergehen soll? Ich fühle mich dafür verantwortlich, dass das nicht wieder vorkommt."

Die Notation der Entscheidungsstrategie der Praxismitarbeiterin sieht so aus:

Ve → Id → Ki → Exit

Exit bedeutet, dass die Strategie verlassen wird. Es kann allerdings sein, dass die Strategie mehrmals durchlaufen wird. Aufgrund eines unbefriedigenden Gefühls kann sie wiederholt werden. Bei einem guten, zufriedenstellenden Gefühl wird die Strategie wie oben im Beispiel beim ersten Durchlauf verlassen.

Die Notation einer Strategie, die wiederholt wird, sieht so aus:

Ve → Id → Ki<sup>-</sup> → Ki<sup>+</sup> → Exit

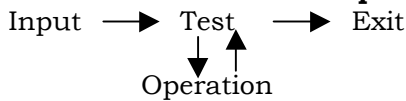
Notation einer weiteren Strategie:

Ein Arzt soll die Behandlung eines Patienten von einem Kollegen übernehmen. Er hat gerade die Unterlagen seines Kollegen gelesen und soll auf Grund dieser Informationen die Entscheidung treffen, ob er die Behandlung übernimmt:

"Wenn ich mir das ansehe (die Augen sehen auf das Papier, dann hält er inne und atmet tief durch, wobei seine Augen kurz nach rechts unten wandern und dann nach links), habe ich das Gefühl, dass etwas fehlt (streicht sich durch die Haare). Um diese wichtige Entscheidung treffen zu können, brauche ich ein klares Verständnis von dem Befund. (Die Augen richten sich nach rechts oben, gehen seitlich hin und her, richten sich nach rechts unten). Ich weiß nicht, ob ich die Behandlung übernehmen soll.

Ve → K → Ak → Id → Exit

## Die Struktur des Test - Operate - Test - Exit - Modells



Das **Test-Operate-Test-Exit-Modell** ist eine geordnete Hierarchie von Operationen mit Rückkopplung (Test). Es stammt aus der Kybernetik (von Miller, Gallanter und Pribram) und dient der Beschreibung von Strategien.

"Das T.O.T.E-Konzept beinhaltet, dass es bei allen mentalen Programmen und bei allen Verhaltensprogrammen um ein festes Ziel und um variable Mittel geht, mit deren Hilfe man das Ziel erreichen kann" (Dilts, 1994, S. 392)

Der Test, der zweimal in diesem Modell vorkommt, erfüllt 3 verschiedene Funktionen:

1. Er liefert Informationen über die Konsequenzen einer Reaktion.
2. Er sorgt für positive oder negative Verstärkung.
3. Er motiviert zum Weiterführen der Handlung und trägt dazu bei, dass das Verhalten steuerbar wird.

Eine einfache Strategie, wie das Trinken eines Glases Wasser, ist ein Beispiel für eine Rückkopplung.

Der Durst ist der Input, der das Gedächtnis aktiviert, eine gespeicherte Handlung auszuführen. Es werden Signale gesendet, um die Handlung (Arm- und Handbewegungen) auszuführen.

Das Gehirn erhält Informationen über den Abstand zwischen Hand und Glas. Dieser Ist-Wert wird mit dem Soll-Wert (Endzustand) verglichen (Test). Solange Ist- und Soll-Wert voneinander abweichen, werden weitere Signale gesendet, die die Bewegungen in die gewünschte Richtung führen. Diese Operationen wiederholen sich solange bis die Hand das Glas berührt. Ähnliche Rückkopplungsschleifen werden für das Zugreifen, Zum-Mund-Führen des Glases, das Trinken, das Durst Löschen sowie das Glasabstellen aktiviert (Zimbardo, 1983).

Diese einfache Rückkopplungsschleife übertragen auf die Arbeit mit Strategien in der Kommunikation sieht so aus:

\* Input

Der Input umfasst die Reizaufnahme.

\* Test

Der erste Test ist der Entscheidungspunkt. Er löst die Strategie aus. Der zweite Test vergleicht den Ist-Zustand mit dem Soll-Zustand.

Fragen zum Test des Auslösers:

Woran merken Sie, dass es Zeit ist, X\* auszulösen?

Woran erkennen Sie X?

Wie entscheiden Sie sich für X?

\* X = eine bestimmte Strategie

Fragen zum Test des Vergleichs:

Woran merken Sie, dass X zufriedenstellend war?

Woran erkennen Sie, dass es Ihnen nicht geglückt ist, zu "Xen"?

Woher wissen Sie, dass Ihre X-Strategie noch nicht abgeschlossen ist?

Was zeigt Ihnen, dass Sie erfolgreich X getan haben?

\* Operation

Die Operation besteht aus einer Abfolge von Repräsentationen und Handlungen, die zum Erreichen des Ziels beitragen. Die Schritte sind nicht immer bewusst.

Fragen zum Herausfinden der Operation:

Was tun Sie genau, um X auszulösen?

Können Sie die einzelnen Schritte für eine erfolgreiche X-Strategie beschreiben?

\* Exit

Exit ist der Ausgang der Strategie. Wenn das Gefühl zufriedenstellend, das Ziel erreicht bzw. die Handlung erfolgreich ist, wird die Strategie beendet. Es werden zwei Gefühle im inneren Dialog miteinander verglichen.

Effektive Strategien können anhand folgender Merkmale erkannt werden:

- \* sinnvolle Vergleiche (Tests)
- \* klare Ziele
- \* wechselnde Operationen (Repräsentationen)
- \* der Ist-Wert ist eindeutig
- \* die Zeit für Prozesse ist angemessen

### **Installieren von Strategien**

Das Installieren von Strategien kann ein hilfreiches Angebot für Patienten sein, da manche Patienten besser mit Problemen umgehen können als andere. Es kann sinnvoll sein, Patienten neue Strategien zugänglich zu machen, wenn die eigenen nicht effektiv sind, z.B. bei der Schmerzbewältigung. Der Lösungsprozess kann durch eine andere Strategie beschleunigt werden. Vor dem Installieren einer neuen Strategie sollte der Arzt die bestehende Strategie des Patienten kennen (analysieren), um diese am richtigen Punkt zu unterbrechen und die neue Strategie einfügen zu können.

Das Ziel der Installation ist es, die geplante Strategie so natürlich funktionieren zu lassen, wie die bisherige. Jeder Strategieschritt muss automatisch den nächsten auslösen.

Folgende Installationsmöglichkeiten werden in der NLP-Practitioner-Ausbildung vorgestellt:

- A. Installation mit Hilfe von Ankern
- B. Installation durch Einüben

#### **A. Installation mit Hilfe von Ankern**

Bei der Arbeit mit Ankern besteht die Möglichkeit, die einzelnen Sequenzen der Strategie Schritt für Schritt zu ankern und sie beim Installieren durch die Reihenfolge des Auslösens zusammenzufügen.

Ein Arzt möchte zum Beispiel bei einem Patienten folgende Strategie zum Umgang mit Stressphänomenen installieren:

Ve → Id → Ki<sup>+</sup> → Exit

##### 0. Öko-Check der Strategie

Es wird überprüft, ob die Strategie mit der gesamten Lebenssituation des Patienten vereinbar ist.

##### 1. Ankerstelle testen

Der Patient wird gebeten, drei neutrale, nicht negativ belegte Stellen zu nennen, an denen drei Anker gesetzt werden können.

##### 2. Ve Anker setzen

"Denken Sie bitte an eine Zeit, wo Sie sehr genau sehen konnten, was in Ihrem Umfeld vorging (Ersten Anker setzen, wenn die Augen nach oben links gehen, Anker halten). Schauen Sie sich um, was passiert. Können Sie Details erkennen? Welche Menschen sind beteiligt? Welche Farbe hat das Bild?"

##### 3. Id ankern

"Suchen Sie einen Zeitpunkt, an dem Sie zu sich selbst gesprochen haben (sobald die Augen nach unten links wandern, ankern und halten). Hören Sie genau auf die Worte, die Sie zu sich sagen."

4.  $Ki^+$  ankern  
"Denken Sie bitte an eine Situation, in der Sie sich für etwas Positives entscheiden mussten. Rufen Sie sich das Gefühl wieder auf (Dritten Anker setzen, wenn die Augen nach rechts unten wandern. Anker halten). Erleben Sie das Gefühl, die richtige Entscheidung getroffen zu haben."
5. Strategie installieren  
"Ich möchte nun, dass Sie sich Ihren Umgang mit Stress so lange anschauen, bis Sie (ersten Anker aufrufen) die Dinge und deren Bedeutung klar sehen können ... und während Sie sich eine Situation nach der anderen anschauen, sollen Sie intern zu sich sprechen (ersten Anker loslassen, zweiten Anker auslösen), und sich sagen, wie jede Situation aussieht und was sie bedeutet ... und während Sie das tun, möchte ich, dass Sie mit Ihren Gefühlen in Kontakt kommen und gefühlsmäßig überprüfen (zweiten Anker loslassen, dritten Anker aktivieren), bis Sie das Gefühl haben, dass Sie alles richtig gesehen und beurteilt haben (dritten Anker loslassen).
6. Strategie testen  
Die Strategiesequenz wird an einem weiteren Lebensbeispiel des Patienten getestet, ohne die Anker auszulösen.

## **B Installieren durch Einüben**

Beim Installieren von Strategien durch Einüben wird jeder Strategieschritt so lange geprobt, bis die Strategie als automatischer Ablauf verfügbar ist. Der Begleiter gibt dabei Anweisungen, was genau getan werden soll. Es reichen häufig nur wenige Minuten aus, um die Strategie zu internalisieren. Das Einüben ist eine effektive Alternative, wenn der Begleiter zur Arbeit mit Ankern bisher keinen Zugang gefunden hat.

Über das Proben der einzelnen Strategieschritte hinaus können die Zugangshinweise eingeübt werden. Die Patienten werden instruiert, wohin sie den Kopf und die Augen richten sollen. Mit Übung kann man diese Methode auch verdeckt einsetzen, indem der Patient durch Gesten und Bewegungen der Augen des Arztes in die entsprechende Zugangsposition gelenkt wird (Leading).

Der Ablauf des Einübens am Beispiel einer Motivationsstrategie könnte folgendermaßen aussehen:

$Id \rightarrow Vi \rightarrow Ki^+ \rightarrow Exit$

1.  $Id \rightarrow Vi$  üben  
"Hören Sie sorgfältig auf Ihre innere Stimme und achten Sie auf die Bilder, die durch Ihren Kopf gehen. Wenn Sie ein Bild gefunden haben, wo Sie hoch motiviert waren, hören Sie wieder auf die innere Stimme und lassen Sie ein anderes Bild entstehen, bei dem aus der Motivation Erfolg wurde. Suchen Sie sieben Bilder."
2.  $Vi \rightarrow Ki^+$   
"Wählen Sie dasjenige Bild aus, das am besten zu Ihrer inneren Stimme passt. Schauen Sie sich das Bild an und verwandeln Sie es in ein Gefühl. Vielleicht in ein Gefühl von Motivation, von Spaß an der Arbeit und von Erfolg. Wiederholen Sie den Prozess, bis Sie aus dem Bild sieben Gefühle erzeugt haben."

Der Begleiter beobachtet genau, ob Physiologie und Augenbewegungen mit den Anweisungen überein stimmen. Gegebenenfalls werden mehrere Durchläufe mit Tipps, wie die Körperhaltung sein soll, gemacht (Mohl, 1993).

## **Problem-Strategie**

Ein bestimmter internaler Organisationszustand und ein bestimmtes externes Verhalten erzeugen das, was als Problem erfahren wird. Dieser Problemzustand repräsentiert eine Strategie, die elegant arbeitet, sie erreicht nämlich als Ergebnis, was die Person als Problem erfährt. Es ist sehr wichtig für die Ökologie des Patienten, dass herausgefunden wird, wie er davon profitiert, dieses Problem zu haben. Würde er etwas vermissen, wenn er das Problem nicht mehr hätte?

### **Der Rahmen des Problemzustandes**

1. Was hindert den Patienten, das gewünschte Ergebnis zu erzielen?  
Die Frage bringt normalerweise die Person in den Problemzustand.
2. Der externe Auslöser  
Was im äußeren Umfeld lässt den Patienten wissen, dass es an der Zeit ist, in den spezifischen Problemzustand zu gehen? Der Patient wird gebeten, seine Empfindungen zu beschreiben.
3. Internale Prozesse  
Welche Strategie benutzt der Patient? Augenbewegungen, Atemwechsel, Gestik, Wortwahl, VAKOG werden beobachtet.
4. Was wird wie repräsentiert? Was ist dem Patienten bewusst?
5. Wie ist die Strategiesequenz? Wie ist die Abfolge der beobachteten Informationseinheiten?
6. Was ist der positive Nebeneffekt (wenn er da ist), dieses Problem zu haben? Wenn ein positiver Nebeneffekt da ist, muss er in das gewünschte Ergebnis einbezogen werden.

Mögliche Fragen über den Problemzustand:

1. Wie wissen Sie, dass X ein Problem ist? (VAKOG)
2. Woher wissen Sie, dass Sie X haben, wann beginnt X? (Auslöser)
3. Wann und mit wem geschieht X? (Kontext)
4. Wie und für wen ist X nützlich? (positiver Nebeneffekt)

Elemente der Problembestimmung:

- \* K (= negatives Gefühl) ist ein Ergebnis
- \* ein innerer Prozess führt zu K
- \* wer etwas als Problem bezeichnet, nimmt ein negatives Gefühl wahr
- \* die Problemstrategie funktioniert zu 100%
- \* es gab sicher einmal eine andere Situation ohne X (Differenz, Kontrast)
- \* einige Elemente der inneren Prozesse haben einen Nebeneffekt, einen positiven Nutzen



## Die Feldenkrais-Strategie

Moshé Feldenkrais, geboren 1904, Physiker, wurde mit 50 Jahren diagnostiziert, dass sein Knie irgendwann steif sein würde. Durch diese Information angeregt, forschte er in den 40er Jahren im Bereich der Neuro- und Verhaltensphysiologie und dachte nach, wie er das Steifwerden seines Knies verhindern könnte. Seine Physik-Kenntnisse halfen ihm, ein Flussdiagramm zu entwickeln, mit dem er sich selbst heilte. Feldenkrais wurde 80 Jahre alt ohne Knieprobleme (er starb 1984). Zur Einstimmung auf seine Strategie ein Auszug aus dem Buch:

### Abenteuer im Dschungel des Gehirns

"Wenn ich es mit einer gestörten Funktion zu tun habe, gebe ich mir Mühe, nicht in Wörtern zu denken. Ich versuche dann, nicht logisch und nicht in richtig gebildeten Sätzen zu denken, sondern ich habe mir angewöhnt, mir die betreffenden Nervenstrukturen gleichsam mit meinem inneren Auge vorzustellen. Ich stelle mir einen Teil vor, der eine Strömung erzeugt - wie das Fließen einer Flüssigkeit. Eine andere Strecke lang fließt sie elektrisch. Nach vielen solchen Umwandlungen endet die Strömung in einer Muskelkontraktion, und das Muskelspiel führt zu einer Handlung, die von außen sichtbar ist und die den Körper oder Teile des Körpers in Aktion setzt und seine unmittelbare Umgebung betrifft oder verändert.

Manchmal bleibe ich dabei an einer Stelle stecken, wo ich mir das Schema eines solchen Fließens nicht weiter vorstellen kann und auch nicht die möglichen Hindernisse seiner Bahn. Eine Dämpfung? Eine Abzweigung? Eine Unterbrechung der Kontinuität? Oder ist hier eine jener Umwandlungen verunmöglicht worden?

Diese Art, mir das vorzustellen, habe ich so ergiebig gefunden, dass ich ohne sie nicht mehr auskäme. Oft zeigt sie mir, wo mein Wissen ungenügend ist, so dass ich dann genau weiß, was ich suche, und somit auch bei wem oder in welchen Büchern ich die nötigen Informationen finden kann. Ich mache mir dann eine Arbeitshypothese, die ich im Lichte weiterer, neuer Beobachtungen ändere. Dadurch erkenne ich, welche Daten mir noch fehlen und was für Beobachtungen ich noch anstellen muss, um meine Hypothese vervollständigen und anwenden zu können.

Diese Art des Denkens führt zu Erfolgen oft in Fällen, wo Spezialisten, die mehr wissen als ich, versagt haben. Niemand ist wissend genug, um sich mechanisches Denken erlauben zu können. Ich beginne jeden Fall so, als wäre er mein erster, und stelle mir vielleicht mehr Fragen, als dies meine Assistenten oder Kritiker jemals tun" (Feldenkrais, 1981, S. 30-31).

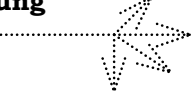
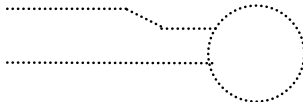
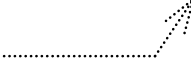
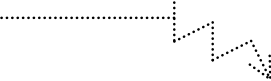
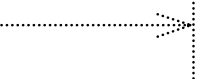

Das in Feldenkrais' Text über das Abenteuer im Dschungel des Gehirns beschriebene Fließen findet sich auch in seiner Problemidentifikations- und Lösungsstrategie wieder. Sie geht davon aus, dass Probleme entstehen, wenn der Fluß gestört wird. Die Störung des Fließens kann verschiedene Ursachen haben, wie z.B. Streuung, Dämpfung, Abzweigung, Antriebsverlust, Unterbrechung, Umwandlung.

Die Feldenkrais-Strategie umfasst folgende Schritte:

1. Visualisierung des ganzen Systems, mit dem gearbeitet wird. Einteilung des Systems in:
  - \* Umgebung
  - \* Elemente - welche sind beteiligt?
  - \* Wie wird die Information übermittelt?
2. Visualisierung der maßgeblichen Information als einen Fluss von Farbe, Energie, Strom durch das System.
3. Erkennen der Störungen der Bewegung des Flusses. Wo ist der Fluss unterbrochen oder behindert?
4. Identifizierung der Sequenz als Streuung, Dämpfung, Umleitung, Verlust des Antriebs, Unterbrechung oder Umwandlung.
5. Visualisierung der Lösung, wie z.B. Zusammenbringen der Informationen, Reinigung des Informationsweges, Ausrichten des Informationsflusses in die richtige

Spur, Verstärkung des Informationssignals, Anschluss des Informationsträgers, Umgehung der Schwachstelle.

Tabelle 3: Feldenkrais-Strategie

<b>Streuung</b> 	zusammenbringen	Meta-Modell, Zielbestimmung, Submodalitäten
<b>Dämpfung</b> 	Widerstand entfernen	„reinigen“, Reframing, MoE bei Ängsten: Phobietechnik, v/k Dissoziation
<b>Abzweigung</b> 	ausrichten	„balancieren“, Zielbestimmung, Anker verketten, Kriterienhierarchie, Zu- gangshinweise
<b>Verlust des Antriebs</b> 	Quelle stärken	Ressourcen, Submodalitäten, Power anchor, Anker stapeln
<b>Unterbrechung</b> 	wieder verbinden	Strategien, Timeline, Change History, Re-Imprinting
<b>Verunmöglichte Umwandlung</b> 	neue Wege finden	Zielbestimmung, Reframing, Swish, Re-Imprinting, Change History

(NLP-Practitioner-Ausbildungsunterlagen)

## **Einstein-Strategie**

Einstein gilt in der Welt als Physik-Genie. Viele wissen allerdings nicht, dass er auch Experte in der Nutzung psychologischer Prozesse war (Dilts, 1992).

Seine Strategie ist deshalb interessant zu betrachten, da er sich bewusst war, dass er den visuellen und kinästhetischen Sinneskanal bevorzugte. In einem Gespräch mit Wertheimer (Begründer der Gestaltpsychologie) beschreibt Einstein, dass die Sprache für seine Erfindungen eine untergeordnete Rolle gespielt hat:

"Diese Gedanken kamen nicht in irgendeiner sprachlichen Formulierung. Ich denke überhaupt sehr selten in Worten. Ein Gedanke kommt, und ich kann hinterher versuchen, ihn in Worten auszudrücken."

Einstein beschreibt sein Vorgehen bei Erfindungen in einem Brief an den Kognitionswissenschaftler Jaques Hadamard so:

"Die Wörter der Sprache, so wie sie geschrieben oder gesprochen werden, scheinen für meine Denkweise keine Rolle zu spielen. Die geistigen Gebilde, die mir als Elemente des Denkens zu dienen scheinen, sind bestimmte Zeichen und mehr oder weniger klare bildhafte Vorstellungen, die sich absichtlich reproduzieren und kombinieren lassen.

Natürlich besteht eine gewisse Beziehung zwischen jenen Elementen und einschlägigen logischen Begriffen. Auch ist klar, dass die emotionale Grundlage dieses ziemlich vagen Spiels mit den erwähnten Elementen der Wunsch ist, letztendlich zu einem logisch kohärenten System von Begriffen zu gelangen. Aus psychologischer Sicht jedoch scheint dieses kombinatorische Spiel das entscheidende Merkmal produktiven Denkens zu sein - bevor irgendeine Verbindung zu logischen Konstrukten in Form von Wörtern oder in Form anderer Arten von Zeichen entsteht, die man anderen Menschen mitteilen kann.

Die oben erwähnten Elemente sind in meinem Fall visueller und gelegentlich muskulärer Art. Herkömmliche Wörter oder andere Zeichen müssen erst in einer zweiten Phase mühsam gesucht werden, nachdem sich das erwähnte assoziative Spiel genügend etabliert hat und sich beliebig reproduzieren lässt, visuell und motorisch. Wenn das Stadium erreicht ist, in dem Wörter anfangen, eine Rolle zu spielen, tauchen sie bei mir rein auditiv auf, doch sie mischen sich, wie bereits erwähnt, erst in der zweiten Phase ein." (Dilts, 1992, S. 19-20)

Der Leser wird bei näherem Hinsehen feststellen, dass sich der kreative Denkprozess Einsteins in inneren Bildern vollzieht (Vk), begleitet von motorischen bzw. muskulären kinästhetischen Gefühlen (Ke). Erst nach der bildhaften, kreativen Phase übersetzt Einstein die Bilder in Worte bzw. mathematische Formeln (Id, Innerer Dialog, auch auditiv digital genannt). Die Wörter mischen sich, wie Einstein es beschreibt, in seine Strategie ein. Sie dienen lediglich dazu, die Ergebnisse zu beschreiben.

Seine geschilderte Strategie kann wie folgt notiert werden: Vk/Ke ("kombinatorisches Spiel") → Ki ("innere Gefühle") → Id ("logische Begriffe") → Exit

Robert Dilts hat Einsteins Strategie übertragen auf die Kommunikation und daraus ein Schema für persönliche Veränderung entwickelt, die im Folgenden dargestellt wird (Dilts, 1992).

Persönliche Konflikte entstehen durch sich widersprechende Glaubenssätze bzw. Identitätskonflikte: Ein Patient glaubt zum Beispiel, wenn er keinen Stress mehr hat, von seiner Familie weniger Zuwendung zu erhalten. Ziel ist die Integration der Gegensätze. Nach der Einstein-Denkstrategie kann folgendermaßen vorgehen werden:

1. Identifikation der gegensätzlichen Bezugsrahmen (z.B. Stressfreiheit contra Zuwendung), die mit der gewünschten Veränderung assoziiert sind.
2. Es empfiehlt sich, nach Möglichkeit mit räumlichen Ankern zu arbeiten, was auch in der Arztpraxis gut möglich sein sollte. Zunächst sollte mit dem Patienten die sogenannte *dritte Position – ein neutraler Ort* - gekennzeichnet und mit einer Karte geankert werden. Der Patient wird gebeten, seinen Konflikt erneut zu formulieren: "Einerseits möchte ich keinen Stress mehr haben, andererseits erhalte ich dann weniger Zuwendung." Die Zielworte werden je auf eine Karte geschrieben, hier im Beispiel: Stressfreiheit und Zuwendung, und im Raum so ausgelegt, dass ihr Verhältnis zueinander wiedergespiegelt wird.
3. Der Patient wird aufgefordert, sich in den Bezugsrahmen "Stressfreiheit" zu versetzen: "Stellen Sie sich *assoziiert* auf den Anker Stressfreiheit und erleben Sie den Bezugsrahmen Stressfreiheit mit allen Sinnen (VAKOG)." Das Ziel ist, den Wert des Bezugsrahmens nach den logischen Ebenen herauszufinden.
4. Mit dem Bezugsrahmen Zuwendung wird gleichermaßen verfahren.
5. Auf der neutralen 3. Position wird der Patient gebeten:
  - \* den Zeitrahmen zu verändern
  - \* einen neuen Standpunkt zu finden, von dem aus das Problem betrachtet wird. Eine Hilfestellung kann gegeben werden, indem der Patient sich vorstellt, wie andere Personen diesen Gegensatz sehen würden.
  - \* Um von der Denkebene, auf der das Problem aufgetreten ist, auf eine andere überzuwechseln, werden die logischen Ebenen gemeinsam betrachtet, und Fähigkeiten, Werte, Intentionen usw. hinterfragt.
6. Wenn der Patient die einschränkenden und gegensätzlichen Glaubenssätze oder Vorannahmen identifiziert hat, werden diese neu bewertet.
7. Die Gemeinsamkeit aller Bezugsrahmen wird festgestellt. Das kann beispielsweise eine bestimmte Intention, ein Wert, eine Fähigkeit, eine Zielrichtung sein.
8. Der Patient wird gebeten, von der 3. Position aus die Widersprüche der Bezugsrahmen "Stressfreiheit" und "Zuwendung" in Einklang unter Beachtung der in Punkt 7 gefundenen Gemeinsamkeiten zu bringen. Ziel ist das Herstellen einer Synergie.

## Modelling

Das Modellieren im NLP ist ein Verfahren, das Höchstleistungen durchschaubar und nachvollziehbar macht. Das Modelling kann Aufschluss geben, welche Muster Patienten zur Problembewältigung haben. "Der Verhaltensmodellierungsprozess soll die wesentlichen Denk- und Handlungselemente identifizieren, die erforderlich sind, um eine bestimmte erwünschte Reaktion oder ein bestimmtes erwünschtes Ergebnis zu erzielen" (Dilts, 1999, S. 17).

Modellieren ist das Vergegenwärtigen und in die eigene Persönlichkeit integrieren einer Erfolgsstrategie. "Der Bereich des Neurolinguistischen Programmierens (NLP) hat sich aus dem Modelling von Verhaltensweisen und Denkprozessen außergewöhnlicher Menschen aus vielen Bereichen entwickelt. Mit NLP-Modelling-Verfahren werden die mentalen Strategien ('Neuro'), die eine Person einsetzt, identifiziert, indem man die Sprachmuster ('linguistisch') und die nonverbalen Muster dieser Person analysiert. Die Ergebnisse dieser Analyse werden dann in Schritt-für-Schritt-Strategien oder -Verfahren ('Programmieren') umgesetzt, mit denen Fertigkeiten anderen vermittelt und auf andere Kontexte angewendet werden" (Dilts, 1999, S. 17).

In den USA wird das Master-Modelling im Verkauf seit Jahren angewendet. Es werden die Strategien der besten Verkäufer analysiert, indem sie bei der Arbeit beobachtet werden. Die Elemente, die alle Verkaufsgenie gemeinsam haben, werden herausgefiltert. Diese Aspekte werden zusammengetragen und in ein Modell integriert, das Master-Modell. Nach diesem Master-Modell werden durchschnittliche Verkäufer trainiert, um ähnlich erfolgreich zu werden wie die Top-Verkäufer.

In den 70er Jahren griffen der Mathematiker Richard Bandler und der Sprachwissenschaftler John Grinder die Idee des Master-Modellings für den Bereich der Therapie auf.

Der Modellierungsprozess besteht aus drei Phasen:

### 1. Modellieren der Fertigkeiten

Ziel der ersten Phase ist es, ein intuitives Gespür für die Fertigkeiten des Modells zu entwickeln. Die gewünschten Verhaltensweisen werden durch die Als-Ob-Technik übernommen. Die modellierten Fertigkeiten werden in der Haut des Modells in einem Kontext ausprobiert, um sie anschließend in die eigene Persönlichkeit zu integrieren. Die erste Phase ist abgeschlossen, wenn man annähernd die gleichen Ergebnisse erzielt hat, wie die modellierte Person.

Die Fähigkeiten werden aus der *zweiten Position* heraus modelliert.

## **Exkurs: Erste, Zweite, Dritte (Wahrnehmungs-) Position**

### **Erste (Wahrnehmungs-) Position**

Mit der ersten Position ist das assoziierte Erleben gemeint. Ich spreche im inneren Dialog mit mir in der "Ich"-Form. Ich höre mit meinen Ohren, sehe mit meinen Augen und erlebe Gefühle.

### **Zweite (Wahrnehmungs-) Position**

Die zweite Position ist der dissoziierte Wahrnehmungszustand (im inneren Dialog rede ich mich mit "Du" an, z.B. "Was machst Du da bloß wieder ...").

*Beim Modelling dissoziiert man sich aus sich selbst und versucht die Welt mit den Augen des anderen wahrzunehmen.*

### **Dritte (Wahrnehmungs-) Position**

Die dritte Position ist die eines Regisseurs, der sich alles von außen auf einer Meta-Ebene anschaut und bei Bedarf den Film anhalten kann oder sich Szenen noch mal ansieht (Ich sehe mich vor meinem geistigen Auge vor meinem Fernseher sitzen, wie ich mir ein Video anschau, auf dem ich selbst zu sehen bin.). Anredeform im inneren Dialog "Der da ...".

## 2. Verfeinerung des Modells

In der zweiten Phase werden einzelne Sequenzen des Modellverhaltens ausgelassen, um festzustellen, ob diese wirklich notwendig sind. Bewirkt das Auslassen einen Unterschied im Ergebnis, dann ist es ein wesentlicher Teil des Modells. Dies ist die Phase des Verstehens des Modells.

Modelling, das die Grundlage für beschleunigtes Lernen darstellt, nimmt zuerst alle Elemente auf einmal auf und streicht dann einige weg, um zu sehen, was wesentlich ist (Substraktionsprozess). Dagegen wird im traditionellen Lernen Stück für Stück hinzugefügt bis alles komplett ist.

Kinder modellieren auf natürliche Art und Weise, indem sie durch Nachahmen lernen.

## 3. Modellentwicklung

In der letzten Phase wird ein Weg entworfen, wie diese Fähigkeiten anderen beigebracht werden können.

Bezogen auf die tägliche Arbeit eines Arztes heißt das, dass er zunächst modelliert, warum jemand besonders erfolgreich, z.B. im Umgang mit Schmerzen ist, dann das Erfolgskonzept in einem Modell verdichtet und es anderen Patienten somit zugänglich macht.

Wer erfolgreich modelliert, kann die gleichen Ergebnisse erzielen wie das Modell. Es ist allerdings nicht möglich, ein zweiter Einstein, Mozart oder Beckenbauer zu werden, da jede Person ihre eigenen einzigartigen Ressourcen hat, sowie eine eigenständige Persönlichkeit ist. Das Modelling hilft, zu lernen, wie das Modell zu denken, indem man sich so verhält, als ob man jemand anders wäre. Die Anwendung dieser Denkweise bringt persönliche, verborgene Ressourcen zum Vorschein und dadurch werden neue Talente entdeckt. (O'Connor/Seymour, 2002).

Zwei Modelle des Modelling werden in der NLP-Practitioner-Ausbildung vermittelt: Intuitives Modellieren und Master Modelling.

### **Intuitives Modellieren**

**A** Ziel des intuitiven Modellieren ist es, über eine bestimmte Eigenschaft mehr zu erfahren, z.B. Motivation, Beweglichkeit, Fitness, eine Tätigkeit, die man selber nicht so gut beherrscht. Nehmen wir an, es gibt eine Person, die besonders gut durch Tiefschnee Ski fahren kann.

**B** Setting:

Es wird mit Raumankern für die erste Position (Ich assoziiert) und für die dritte Position (Meta-Position) gearbeitet.

1. Der Partner, den ich modellieren will, wird auf der Meta-Position gefragt, welche Lebenssituation ihm zu der Qualität "Ski fahren durch den Tiefschnee" einfällt, über die ich mehr erfahren möchte. Mein Modelling-Partner wird gebeten, die Sequenz zu beschreiben, die am repräsentativsten ist.
2. Auf der ersten Position stellt sich mein Modelling-Partner die Abfolge assoziiert vor und empfindet sie ohne Worte mit seinem Körper nach, d.h. er tut so, als ob er durch Tiefschnee fährt. Nach dem "Vorspielen" geht man von der "Bühne" auf die dritte Position.
3. Auf der ersten Position spiele ich die Bewegungen unter Beobachtung meines Modells nach. Wichtig dabei ist, dass der Ausdruck der Eigenschaft stimmt. Anschließend Wechsel auf die dritte Position.

4. Auf der Meta-Position gibt mir das Modell Feedback. Der Modell-Partner hat die Funktion eines Regisseurs und gibt Anweisungen, was noch prägnanter gespielt werden kann.
  5. Der Modell-Partner macht nochmals vor und betont die wesentlichen Bewegungen, Körperhaltungen.
  6. Nach den erlebten Anweisungen spiele ich auf der ersten Position erneut die Bewegungen, Körperhaltung und Gestik des Modells nach. Ich empfinde nach, welche Bewegungen neu sind, welche Körperhaltungen oder Geschwindigkeiten noch nicht bekannt waren. Die neue Erfahrung wird mit einem Wort oder einem Symbol geankert.
  7. Der Vorgang wird so lange wiederholt wie nötig. Eine ganz genaue Spiegelung ist nicht sinnvoll, da das Konzept nicht nur nachgeahmt werden soll, sondern in die eigene Persönlichkeit integrieren werden soll.
  8. Future Pace: Wann kann ich diese Eigenschaft in meinem Leben das nächste Mal gebrauchen?
- C** Über das eigentliche intuitive Modellieren hinaus kann aus erfolgreichen Konzepten, ein Modell entwickelt werden, anhand dessen andere geschult werden (NLP-Practitioner-Ausbildungsunterlagen).

### **Das Master-Modelling**

Eine Patientin äußert den Wunsch, einen austrainierten Körper und gute physische Fitness haben zu wollen. Trotz drei Abenden in der Woche im Fitness-Studio hat sie ihr Ideal noch nicht erreicht. Um der Patientin zu helfen, kann der Arzt nach dem Master-Modelling so vorgehen:

1. Die persönliche Problemsituation der Patientin wird mit Hilfe der Problembeurteilung definiert.
2. Mit der Patientin wird ein Ziel definiert. Die Patientin wird nach einer Fähigkeit gefragt, die sie für ihre Fitness gerne hätte und die ihr bisher nicht zur Verfügung stand. Diese fehlende Ressource wird benannt.
3. Die Patientin wird gefragt, ob sie ein Modell kennt, das die gewünschte Fitness besitzt. Nehmen wir einmal an, die Patientin in unserem Beispiel nennt Steffi Graf.

Falls der Patientin kein Modell einfällt, kann der Arzt Hilfestellung geben, indem er Ideen anbietet.

4. Die Patientin wird gebeten, an dieses Modell (Steffi Graf) in allen Einzelheiten zu denken. Die Patientin kann sich zum Beispiel innerlich einen Film drehen: Wie würde sich Steffi Graf in ihrer Problemsituation (mangelnde Fitness) verhalten und wie würde sie wirken? Die Patientin kann ihr Modell aus verschiedenen Perspektiven vor dem geistigen Auge beobachten. Was nimmt sie wahr, welche Eigenschaften in Mimik, Gestik und Sprache, die diese besondere Fähigkeit (Top Fitness) von Steffi Graf unterstreichen?
5. Die Patientin wird gebeten sich das Modell von vorn vorzustellen: "Gehen Sie vom Standpunkt eines außenstehenden Beobachters in Gedanken um den Menschen herum, bis Sie ihn von hinten wahrnehmen. Gehen Sie immer näher an ihn heran."
6. Der nun folgende Schritt ist das Kernstück des Modelling. Die Patientin wird gebeten, sich external zu assoziieren, d.h. sie soll sich in ihr Modell, Steffi Graf, versetzen, bis sie mit den Augen von Steffi Graf sieht, mit ihren Ohren hört, in ihren Schuhen steht.

Was und wie sieht die Patientin die Situation jetzt? Wie ist ihr Körpergefühl in dieser Situation? Gibt es Geräusche, Stimmen, Geruch oder Geschmack o.ä., was aus der Perspektive besonders wichtig ist?

7. Ein oder zwei markante Merkmale können als Anker festgehalten werden. Wenn der Arzt möchte, kann er auch einen kinästhetischen Anker setzen, den die Patientin immer wieder aufrufen kann.
8. Die Patientin löst sich wieder aus dem Modell. Der Patientin kann der Anker "mitgegeben" werden, indem der kinästhetische Anker aufgerufen wird und der Patientin die geankerte Stelle genau gezeigt wird. Bei auditiven Ankern wird der Ankers verbal wiederholt oder bei visuellen Ankern das Symbol aufgezeichnet.
9. Future Pace: "Denken Sie daran, wenn Sie das nächste Mal ein ähnliches Gefühl haben, Ihr Körper sei nicht austrainiert oder Ihre physische Fitness sei nicht optimal, testen Sie den gefundenen Anker und rufen Sie die beobachteten Eigenschaften auf. Erleben Sie, wie Sie die Situation jetzt mit den neuen Verhaltensmöglichkeiten meistern." (NLP-Practitioner-Ausbildungsunterlagen)

Mit der Methode des Modelling wurde ein Verfahren vorgestellt, das die Möglichkeit bietet, Höchstleistungen durchschaubar und nachvollziehbar zu machen. Erläuterungen, warum es Menschen gibt, die mehr Erfolg haben, zitieren häufig das angeborene Talent oder hartes Training. Das Modelling umgeht in gekonnter Weise beide Wege. Es ermöglicht Menschen, die kein angeborenes Talent haben, z.B. schnell zu lesen, es in begrenzter Zeit ohne hartes Training zu lernen (O'Connor/Seymour, 2002).

Dadurch, dass das Modell als Ganzes erfahrbar gemacht wird, bleibt es nicht nur beim Nachahmen eines Modells, sondern es kommt zum Entwickeln einer neuen eigenen Strategie. Wenn diese erfolgreich ist, gibt sie wieder Anlass für andere Menschen, die Strategie zu modellieren. Wenn wir Erfolg und Höchstleistungen ganzheitlich betrachten, können wir diese bis ins kleinste Detail analysieren.

Das Modelling vergrößert unsere Wahlfreiheit, denn ein NLP-Axiom heißt: Wahlfreiheit ist besser als keine Wahlfreiheit.

### **Kreativitätsstrategie**

Walt Disney, bekannt durch seine zahlreichen Filme, die viele Menschen auf der Welt begeistern, war ein erfolgreicher und sehr kreativer Mensch.

Walt Disney wird eine blühende Phantasie nachgesagt, die ihm half, die Filme zu entwickeln. Walt Disney entwarf zunächst eine Vision seiner Filme, indem er die einzelnen Filme als Ganzes vor seinem geistigen Auge sah. Träume stehen vor jedem Ziel und sind der erste Schritt zum Ziel (O'Connor/Seymour, 2002).

Nach der kreativen Phase, in der er sich auch in die Gefühle der einzelnen Figuren versetzte, folgte die Realisierungs-Phase. In der Realisierungs-Phase mussten unter anderem die Finanzierung, die Besetzung, die Drehtage geklärt werden, damit der Traum Wirklichkeit werden konnte.

Im letzten Schritt nahm er die Perspektive eines kritischen Zuschauers ein und fragte sich, ob der Film interessant und unterhaltsam würde oder ob es überflüssigen Ballast gäbe. Er wägte im inneren Dialog die Kriterien ab und fragte sich, was wichtig ist.

Das Vorgehen Disneys unterteilt sich in 3 Abschnitte, in der er 3 verschiedene Positionen einnimmt:

1. Phase:
  - Position des Träumers
  - Wahrnehmungsebene: visuell
  - Suche nach Zielen und Visionen



2. Phase:  
 Position des Realisierenden/Realisten  
 Wahrnehmungsebene: kinästhetisch  
 kurz- und mittelfristige Planung der Mittel sowie Wege zur Umsetzung
3. Phase:  
 Position des Kritikers/Beraters  
 Wahrnehmungsebene: auditiv + innerer Dialog  
 Abwägen von Vor- und Nachteilen

Da diese Phasen in der Reihenfolge beliebig austauschbar sind, war Walt Disney für seine Mitarbeiter in Konferenzen unberechenbar, da sie nie wussten, welche Rolle er gerade übernahm. Sie bemerkten allerdings, dass er "3 Gesichter hatte". Walt Disney übernahm in Meetings die Rolle, die von seinen Mitarbeitern am wenigsten repräsentiert war (O'Connor/Seymour, 2002).

Diese nach Walt Disney benannte Kreativitätsstrategie ist dann sinnvoll einzusetzen, wenn man etwas erreichen möchte und immer wieder an der gleichen Stelle scheitert oder der Zugang zu einer der 3 Phasen fehlt oder eine Position zu dominant ist. Daher ist dieses Modell nicht nur im kreativen Bereich, sondern auch als Problemlösungsstrategie einsetzbar.

Zum Beispiel blockt die innere kritische Stimme eines Patienten viele Wünsche ab, so dass er häufig in sehr schlechter Stimmung ist.

### **1. Setting**

Der Patient wird gebeten im Raum vier Stellen auszusuchen, die ihm angenehm sind. Eine für den Träumer, eine für den Realisten, eine für den Kritiker und eine neutrale Meta-Position. Die Stellen können im Raum mit einem Blatt Papier (Raum-Anker) markiert und mit der jeweiligen Position beschriftet werden. Es ist auch möglich im Arzt-Patienten-Gespräch mit Papierstücken auf dem Tisch zu arbeiten.

Dem Patienten werden die Eigenschaften der drei Phasen erläutert:

- \* Der Träumer lässt vorwiegend bildlich konstruierte Phantasien zu, mit allen visuellen Details (V<sub>k</sub>, dissoziiert).
- \* Der Realist bringt die Phantasien auf den Boden der Tatsachen zurück. Dominant sind die Gefühle (K, assoziiert).
- \* Der Berater verschafft sich Gehör. Fremde Stimmen, Kommentare von außen und der eigene innere Dialog kennzeichnen diese Position (A<sub>e</sub>, I<sub>d</sub>).

### **2. Zugänge klären und finden**

Der Patient wird gebeten, an eine Zeit zu denken, in der er wirklich kreativ war. Er wird gebeten, in die Träumerposition zu gehen, d.h. sich im Raum auf die markierte Position des Träumers zu stellen. Es empfiehlt sich, mit dem Träumer zu beginnen, da die meisten Menschen einen guten Zugang zum visuellen Sinneskanal haben. Der Arzt begleitet den Patienten verbal in die kreative Situation, indem er den visuellen Sinneskanal anspricht und sich berichten lässt, was der Patient sieht. Es wird ein Anker z.B. an der Schulter gesetzt, wenn der Patient im völligen Erleben ist. Danach wird der Patient zunächst auf die Meta-Position gebeten.

Der Patient soll sich dann eine Situation auswählen, in der das Gefühl einer sorgfältigen Planung nachempfunden werden kann. Eine Zeit, als er einen Plan in die Tat umgesetzt hat. Der Patient stellt sich auf die Position des Realisten. Der Patient wird assoziiert in das Erleben geführt, bis er das gute Gefühl spürt, das er in der ausgesuchten Situation hatte. Das Gefühl wird z.B. am Ellenbogen geankert. Bevor der Patient die letzte Position des Beraters einnimmt, wird er gebeten, sich auf die Meta-Position zu stellen.

Auf der Berater-Position soll der Patient wiedergeben, was andere Personen zu dem Plan gesagt haben. Gab es etwas zu kritisieren, welche Schwachstellen und Probleme wurden genannt, was hat er selber zu sich gesagt? Der Patient wird gebeten, genau in die Situation hineinzuhören. Der Arzt ankert dann z.B. am Handgelenk. Anschließend gehen beide wieder auf die Meta-Position.

Dieser erste Durchlauf durch die drei Phasen dient dem Patienten zum Vertrautwerden mit den Eigenschaften der einzelnen Positionen. Wahrscheinlich wird der Patient feststellen, dass ihm der Zugang zu einer Position leichter fällt als zu den beiden anderen. Jede Position ist eine Strategie für sich.

### **3. Wunsch formulieren, etwas zu verbessern oder zu erreichen**

- a. Bei diesem Durchlauf wird an dem formulierten Wunsch des Patienten gearbeitet. Der Patient wünscht sich z.B. statt regelmäßig wiederkehrender depressiver Phasen im Leben mehr Kreativität und Euphorie.  
Der Patient wird gebeten, sich auf die Position des Träumers zu stellen, in der er seinem Geist freien Lauf lassen kann. Der Träumer braucht nicht realistisch zu sein. Träume sind in der Regel bildhaft, daher spricht der Begleiter in erster Linie den visuellen Kanal an:  
"Sehen Sie sich, wie Sie gerne sein möchten: euphorisch. Schmücken Sie sich die Situation aus. Lassen Sie alle euphorischen Ideen zu, erleben Sie Kreativität und Phantasie. Beschreiben Sie Bilder, Farben, Formen Symbole, machen Sie einen Film der Euphorie."  
Der Traum wird geankert. Wenn der "Film abgedreht" ist, wird der Patient wieder auf die neutrale Position zurück gebeten.
- b. Der Patient soll jetzt in die Position des Realisten schlüpfen. Der Arzt bittet ihn, das Gefühl zu beschreiben, das er in der erträumten Situation hatte. Ziel ist es, die Phantasie greifbar zu machen.  
Die emotionalen Qualitäten des Traums werden geankert. Damit das Umdenken in die nächste Position leichter fällt, wird ein Separator gesetzt (Meta-Position).
- c. Der Patient stellt sich jetzt auf die Position des Beraters. Das bewusste, körperliche Stehen auf dem Raumanker hilft in der Regel, die Zugänge zu finden und zu unterscheiden. Der Arzt als Begleiter sollte grundsätzlich etwas schräg hinter dem Patienten stehen, um ihn gut begleiten und die Anker setzen zu können. Diese ungewöhnliche Art der ärztlichen Vorgehensweise erfordert sicherlich auch etwas Mut, um sie in der Praxis umzusetzen.  
Der Patient wird gebeten auf Stimmen, Geräusche oder Klänge zu hören, die sich zum Traum äußern. Der Begleiter hilft dem Patienten, z.B. die Stimmen nach fremden, nach eigenen, nach unterstützenden und nach abwertenden zu sortieren. Die fremden Stimmen können in einem Regal oder in einer Galerie abgelegt werden, so dass nur noch der innere Dialog des Patienten bleibt. Diese Stimmen werden geankert und anschließend zur Meta-Position zurück gekehrt.

### **4. Hinweise des inneren Beraters mitnehmen**

Mit den Informationen des Beraters geht der Patient zurück zum Träumer, um der Vision die neuen kreativen Hinweise hinzuzufügen. Der Patient bekommt die Zeit, die er braucht, den Traum zu verändern.

Dies ist ein wichtiger Punkt, da die Informationen transferiert werden müssen. Cave: Der Berater sollte weder den Träumer noch den Realisten kritisieren. Der Berater hinterfragt nur den Plan, die Vision. Manche Leute verstehen selbst Fragen als Kritik, statt sich auf die Sache zu beziehen, und fühlen sich schlecht.

Auf der Position des Träumers:

"Sehen Sie sich wieder in der erwünschten euphorischen Situation und nehmen Sie die neuen Möglichkeiten des Beraters dazu. Schauen Sie sich an, wie die Vision sich verändert."

Das visuell konstruierte Bild wird erneut an gleicher Stelle (z.B. Schulter) wie die vorherigen beiden Male geankert.

Auf der Position des Realisten:

"Erleben Sie jetzt, wie sich die Vision anfühlt und wie die Umsetzung Gestalt annimmt."

Das Gefühl wird wieder geankert.

Auf der Position des Beraters:

"Und jetzt hören Sie auf Ihre innere Stimme, die Sie ausgewählt haben, und ermuntern die beratende Stimme, Ihnen noch mehr zuzusprechen." Falls noch Einwände von innen gegen den Traum kommen, wird der Vorgang der Hinweisaufnahme beliebig wiederholt. Einwände von außen werden wieder abgelegt.

## **5. Integrationsprozess**

Der Patient wird gebeten durch alle Positionen zu gehen, ohne stehen zu bleiben. Das Tempo bestimmt der Patient. Die Zugänge der Positionen sollen klar und deutlich auseinandergehalten werden. Wenn das Abschreiten gut funktioniert, dann hat sich der Prozess integriert. Die drei gesetzten Anker kann der Patient sich beliebig aufrufen.

## **6. Future Pace**

"Wie wird es sein, wenn Sie wieder in eine depressive Phase kommen und Sie sich die Vision durch Abrufen der Anker zugänglich machen?"

Die Kreativitätsstrategie ist eine ausgewogene Strategie, da die drei primären Repräsentationssysteme beteiligt sind. Die neutrale Meta-Position bietet die Möglichkeit, aus der Strategie auszusteigen, wenn sich die internen Prozesse im Kreis drehen. Sie ermöglicht, den Prozess aus der aktuellen Realität, dem "Hier und jetzt" anzuschauen.

Die Walt-Disney-Strategie ist nicht nur bei Blockaden sehr effektiv, sondern auch bei Träumen (z.B. von bisher nicht realisierten Vorhaben, wie berufliche Veränderungen, private Neuerungen, längere Reisen usw.), deren Realisierung man durch Anwenden der Strategie näherkommt. Die Walt-Disney-Strategie ist in variiert Form auch geeignet für die Arbeit mit Teams bzw. im Team, indem jede Position von einer anderen Person übernommen wird.

Walt Disney wird der Satz zugesprochen: If you can dream it, you can do it! Dieses Motto von Walt Disney kann als Ermunterung verstanden werden, neue Dinge auszuprobieren.

## 6. Baustein: Submodalitäten, Swish, Meta-Spiegel

### Submodalitäten

In der Ausbildung zum NLP-Practitioner wurden im ersten Baustein die Wahrnehmungskanäle visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch und gustatorisch vorgestellt. Beim internalen Aufrufen eines Bildes können das Bild und seine Details unabhängig davon, was auf dem Bild zu sehen ist, beschrieben bzw. hinterfragt werden. Zum Beispiel: Ist es bunt oder schwarz/weiß, ist es nah oder weit weg, wird das Bild in 3D oder flach gesehen?

Genauso kann ein Gespräch als laut oder leise, stereo oder mono wahrgenommen werden. Ein Gefühl kann warm oder kalt sein, eng oder weit. Diese Unterscheidungen werden im NLP Submodalitäten genannt. "Submodalitäten sind die kleinsten qualitativ wahrnehmbaren Einheiten in den einzelnen Repräsentationssystemen" (Grochowiak, 1995 S. 135). Sie ermöglichen, Schilderungen und Erzählungen spannend und lebendig werden zu lassen, Gefühle zu intensivieren und Beobachtungen zu präzisieren.

Die Repräsentation einer angenehmen Erfahrung ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich. "[...] Der Grad des Vergnügens ist eine direkte Folge der Größe, Helligkeit und Entfernung der visuellen Vorstellung [...]" (Bandler/MacDonald, 1990, S. 21).

Anhand der nachfolgenden Fragen können die Submodalitäten der drei Hauptwahrnehmungskanäle für ein positives Ereignis herausgearbeitet werden.

Wenn wir uns eine angenehme Erinnerung in Form eines Bildes aufrufen, welche Details nehmen wir wahr? Sehen wir uns selbst (dissoziiert) oder sind wir im Bild aktiv und sehen uns mit unseren eigenen Augen (assoziiert)? Erinnern wir uns, indem wir ein Standbild sehen oder läuft ein Film vor uns ab?

Als nächstes könnten wir auf Geräusche, Klänge, Rhythmen, die wir mit der Erinnerung verbinden, hören. Ist die Erinnerung an Stimmen geknüpft oder ist ein Lied charakteristisch? Sind die Geräusche laut oder leise?

Wenn wir uns jetzt Gefühle aufrufen, die mit der Erinnerung einhergehen: Ist das Gefühl mehr in der Magen- oder Brustkorb-Gegend? Ist es ein bewegliches oder ein starres Gefühl?

Die Repräsentationssysteme VAKOG sind die Modalitäten, mit denen wir die Welt erfahren. Die Submodalitäten ermöglichen innerhalb des Systems genauer zu spezifizieren. Unser Gehirn sortiert und kodiert Erfahrungen in Submodalitäten. Das Submodalitäten-Konzept ist die erste eigene Erfindung des NLP, die nicht auf das Modell der Therapeuten Satir, Erickson und Perls zurück geht.

Einen kleinen Überblick über die Vielfalt der Submodalitäten bietet die folgende Tabelle:

#### Beispielliste für Submodalitäten

##### Visuell

Helligkeit	Größe	Farbsättigung
Tönung	Kontrast	Lichteinfallrichtung
Tiefe	Klarheit	Bewegung, Tempo
hell/dunkel	assoziiert/dissoziiert	vorne/hinten
oben/unten	3D/flach	farbig/schwarzweiß
klar/diffus	Dia/Film	Ort im Raum
Schärfe	Symmetrie	Perspektive
Schattierung	begrenzt/offen	Entfernung
Kipprichtung	Drehung	Vorder-/Hintergrund
Dichte	Durchsichtigkeit	Verhältnis v. Höhe z. Breite

### **Auditiv**

Tonhöhe	Tempo Lautstärke	
Klangfarbe	assoziiert/dissoziiert	stetig/unterbrochen
Dauer	stereo/mono	mit welchem Ohr
aktiv/passiv	sprechen/zuhören	deutlich/undeutlich
harmonisch/disharmonisch		aus welcher Richtung
Tonquellen	Rhythmus	digital/analog
laut/leise	external/internal	Entfernung

### **Kinästhetisch**

Druck	Position	Umfang
Temperatur	Anzahl	Bewegung
Intensität	Frequenz	warm/kalt
hart/weich	stumpf/scharf	statisch/dynamisch
eng/weit	fest/flüssig	voll/leer
langsam/schnell	halten/loslassen	anregend/beruhigend
Rhythmus	Spannung	Größe
Dauer	Form	schwer/leicht
fließend/ruhend	Feuchtigkeit	stechend/beißend

### **Olfaktorisch, gustatorisch**

Geschmack	Geruch	wohlriechend
stinkend	frisch	beißend
blumig	abgestanden	miefig
würzig/fad	süß/salzig/bitter	stark/schwach

Einige Submodalitäten sind gegenläufig, so dass nur die eine oder andere Unterscheidungsmöglichkeit zutreffend ist, wie z.B. dissoziiert oder assoziiert. Ein internal aufgerufenes Bild können wir nicht gleichzeitig assoziiert und dissoziiert wahrnehmen. Im NLP sprechen wir von digitalen Submodalitäten. Die meisten Submodalitäten, die sogenannten analogen, können kontinuierlich über ein Spektrum verändert und variiert werden, z.B. können wir die Helligkeit eines Bildes je nach Wunsch verändern (Bandler/MacDonald, 1990).

### **Wozu lassen sich Submodalitäten verwenden?**

Besonders interessant könnte für den Arzt im Umgang mit Patienten der Aspekt sein, dass Submodalitäten verändert werden können. Submodalitäten ermöglichen wirkungsvolle Interventionen, da sie beschreiben, wie wir Erfahrung kodieren. Alle Erinnerungen, Ängste, Hoffnungen und Überzeugungen sind in entsprechenden Submodalitäten strukturiert.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Veränderung bei Patienten ist die Bereitschaft, die Submodalitäten bewusst zu bearbeiten.

Ereignisse an sich können nach dem Stattfinden nicht mehr verändert werden, jedoch kann die Erinnerung an das Ereignis durch Veränderung der Submodalitäten bearbeitet werden. Verändern wir die Submodalitäten, bekommt die Erfahrung eine andere Struktur und somit eine andere Bedeutung. In der Arbeit mit Patienten sind besonders die kritischen Submodalitäten beachtenswert, weil sie Wirkung auf andere Submodalitäten, sowohl innerhalb desselben Repräsentationssystems als auch in anderen Systemen, ausüben. "Bei einigen Menschen wird die Entfernung sowohl die Größe als auch die Helligkeit und Farbe beeinflussen. Wenn sie ein Bild weiter bewegen, wird es auch kleiner, dunkler und weniger farbig. [...] Selbst kleine zusätzliche Veränderungen in einer kritischen Submodalität können eine große Wirkung haben, weil so viele andere Dinge mitverändern" (Bandler/MacDonald, 1990, S. 72).

Folgendes Beispiel für die Arbeit mit Submodalitäten im Arzt-Patienten-Gespräch wäre denkbar: Ein Patient berichtet seinem Arzt ein problematisches Ereignis, das ihn belastet. Der Patient ist assoziiert in seiner Erinnerung (im Bild), so als ob er das Erlebnis aktiv nachempfindet. Der Patient wird dann gebeten, sich zu dissoziieren, d.h. einen Schritt aus dem Bild herauszugehen und sich dort agieren zu sehen. Dies wird wahrscheinlich sein Gefühl für das Ereignis verändern. Wenn der Patient sich von seiner Erinnerung dissoziiert, verliert diese emotionale Macht. Beachtenswert sind Mimik und Atmung des Patienten. Ein unangenehmes Erlebnis verliert ein wenig an Problematik, ein angenehmes ein bisschen das Vergnügen. Um unangenehmen Dingen aus dem Weg zu gehen, kann es Patienten helfen, sich, wenn negative Ereignisse hochkommen, zu dissoziieren. Angenehmes kann durch assoziiertes Erleben länger genossen werden (O'Connor/Seymour, 2002).

Das Submodalitäten-Konzept in Kombination mit Strategiearbeit könnte in der Schule angewendet werden, um Schülern das Lernen zu erleichtern. Kinder, die als lernbehindert eingestuft werden, merken sich den Stoff häufig auditiv statt visuell, so dass er für sie nicht mehr abrufbar ist. Das Ändern der Lernstrategie, nämlich die Wahl eines anderen Zugangs, ermöglicht eine bessere Leistung. Bandler empfiehlt statt von einer Lernbehinderung von einer Lehrbehinderung zu sprechen, da leider viele Lehrer beim Vermitteln von Inhalten nur einen Sinneskanal ansprechen, z.B. den auditiven, und die Schüler, die primär einen kinästhetischen Zugang haben, nicht erreichen (Bandler/MacDonald, 1990).

Der Arzt kann mit Patienten, die problematische Erinnerungen haben, eine Dissoziationsübung durchführen, um die Bewertung zu verändern. Die visuell-kinästhetische Dissoziation als Methode zur Phobiebehandlung wird im siebten Baustein der NLP-Ausbildung vorgestellt.

### **Techniken mit Submodalitäten - Vertiefen, Hervorrufen eines Zustandes, eines Gefühls**

Diese Technik kann bei depressiven Patienten hilfreich sein, da schöne, angenehme Ereignisse und Gefühle verstärkt werden.

Das Gefühl sollte eine so starke Ressource werden, dass sie dem Patienten bei depressiven, schmerzhaften Momenten im Leben hilft, diese durch die Kraft des Gefühls schneller und leichter zu überwinden. Die Vorgehensweise sieht folgendermaßen aus.

1. Der Patient wird gebeten, einen angenehmen Zustand oder ein erfreuliches Gefühl auszuwählen. Es sollte ein Gefühl (Zustand) sein, das er vertiefen möchte und das ihm in anderen Situationen, z.B. in depressiven Phasen, als starke Ressource zur Verfügung steht.
2. Der Patient wird aufgefordert, sich eine Situation, ein Bild zu dem Gefühl vorzustellen. Die Submodalitäten, die das Gefühl am schönsten machen, werden abgefragt, notiert und geankert.
3. Um die Ressource zu verstärken, wird mit dem Patienten erarbeitet, welche Submodalitäten die Situation, das Gefühl noch vertiefen und verschönern würden. Die zutreffenden Submodalitäten, die das Gefühl verstärken, werden geankert.
4. Der Patienten kann das Gefühl durch weitere Submodalitäten näher bestimmen.
5. Der Patient wird gebeten, die Augen zu schließen und das vertiefte Gefühl neu zu erleben.  
Die verstärkenden Submodalitäten werden bei gehaltenem Anker wiederholt.

Das vertiefte Gefühl ist eine besondere Ressource, die der Patient sich jederzeit wieder aufrufen kann, wenn er sich in einen guten Zustand versetzen möchte.

Eine andere Technik ist die Möglichkeit, **von einem unangenehmen Zustand in einen ressourcervollen Zustand zu finden.**

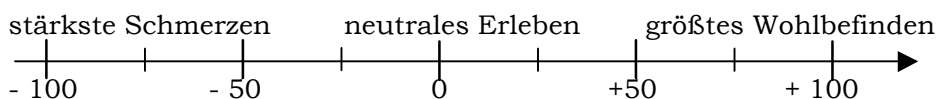
Diese Technik kann beispielsweise angewendet werden, wenn eine Patientin über Trennungsschmerz klagt, weil z.B. der einzige Sohn aus dem Elternhaus ausgezogen ist.

1. Die Patientin spricht assoziiert über den unangenehmen Zustand und ihr schmerzhaftes Gefühl, das sie seit der räumlichen Trennung von ihrem Sohn hat. Die Submodalitäten, die das schmerzhaftes Gefühl ausmachen, werden erfragt und notiert.
2. Der Arzt formuliert für sich von allen erfragten Submodalitäten das Gegenteil, die andere Polarität.
3. Die Patientin wird gebeten, die Augen zu schließen und das Bild oder Gefühl anzunehmen, das entsteht, wenn ihr die gegensätzlichen Eigenschaften der erfragten Submodalitäten vorgelesen werden, die bei Punkt zwei erarbeitet wurden. Jeder Begriff wird geankert.
4. Future Pace  
Es werden Anwendungsmöglichkeiten für die neue Zusammensetzung der Submodalitäten aufgezeigt. Vielleicht kann die Patientin durch diese Übung Chancen aus der Trennung von ihrem Sohn sehen und nutzen, so dass der Trennungsschmerz überwunden wird.

### Umgang mit Schmerz

Im NLP wurde eine Technik mit Submodalitäten für den Umgang mit Schmerzen entwickelt. Einige Ärzte arbeiten bei Schmerzpatienten bereits mit einem Schmerztagbuch, das das Einführen einer Körpererlebnis-Skala, die ich im weiteren vorstellen möchte, für den Schmerzpatienten vielleicht erleichtert.

#### A. Erarbeiten einer persönlichen Körpererlebnis-Skala für Schmerzpatienten



Dies ist eine Möglichkeit, wie eine Körpererlebnis-Skala aussehen kann. Wichtig bei der Skala ist, dass die Problemdarstellung auf einer Seite und die Lösungsdarstellung auf der anderen Seite zu sehen ist. Der Schmerzpatient sollte die Einheiten der Skala nach seinem Gefühl bestimmen. Es ist zum Beispiel denkbar, dass der Patient sich sein Problemerleben auf einer Skala von - 100 bis + 100 (s.o.) vorstellen kann. Das ist eine wichtige Grundlage für das weitere Arbeiten mit der Körpererlebnis-Skala.

#### B Schmerzreduktion mit der Körpererlebnis-Skala

1. Diese Übung kann der Patienten auch selber anwenden, wenn er Schmerzen reduzieren möchte. Der Patient ordnet die Intensität seiner Schmerzen einer der Minuszahlen zu, z.B. bei - 70.
2. Der Arzt bittet den Patienten, sich zu entspannen und sich auf seinen Atem zu konzentrieren. Der Patient kann, wenn er möchte, die Augen schließen.

3. Mit dem Schmerzpatienten werden die Submodalitäten des Schmerzes erarbeitet: Lokalisation, Größe, Farbe, Helligkeit, Temperatur, Ton; begrenzt/auslaufend, bewegt/ruhig, stechend/ziehend.
4. Der Schmerzpatientet wird gebeten, jede Submodalität zu verändern und die Wirkung zu erforschen.  
Was passiert, wenn der Patient die Farbe verändert? Der Patient konzentriert sich auf die Farbe (z.B. grün), bei der sich die Schmerzempfindung in Richtung neutral und Wohlbefinden verschiebt und um wieviel Punkte. Alle Submodalitäten werden nach dem gleichen Verfahren durchgearbeitet. Der Patient bestimmt die drei effizientesten.
5. Während der Patient bewusst atmet, soll er die drei effizientesten Submodalitäten verändern und kontrollieren, um wie viele Punkte der Schmerz weiter reduziert werden konnte.
6. Der Arzt fährt gemeinsam mit dem Schmerzpatienten auf diese Art und Weise fort, soweit sich der Schmerz reduzieren lässt.  
Wenn es erforderlich ist, kann der Schmerzpatientet auch versuchen, das Problem um halbe Schritte zu reduzieren, z.B. von - 65 auf - 64,5.  
(NLP-Practitioner-Ausbildungsunterlagen)

### **Kontrastmethode**

Wenn bei einem Patienten ein Ereignis in der Zukunft, z.B. eine bevorstehende Prüfung oder die nächste Zahnbehandlung, Angst oder Verwirrung auslöst, kann die Kontrastmethode angewendet werden. In der Kontrastmethode kehren neben den Submodalitäten Elemente aus den vorherigen Bausteinen, wie Glaubenssätze, Anker, Augenzugangshinweise, wieder.

1. Verwirrung  
"Stellen Sie sich die Prüfungssituation in der Zukunft vor."  
Der Arzt macht mit dem Patienten eine sogenannte VAKOG-Hypnose. Die Submodalitäten werden erfragt und Glaubenssätze, die mit der Prüfung verbunden sind. Die Augenbewegungen können dem Arzt Hinweise auf die inneren Prozesse geben.  
Die Ängste und Einwände, die die bevorstehende Prüfung bei dem Patienten hervorruft, werden geankert. Ein möglicher Glaubenssatz könnte lauten: "Bei Prüfungen falle ich immer durch."
2. Gelungene Situation finden  
Gemeinsam mit dem Patienten sucht der Arzt nach einer Situation, in der eine Prüfung für den Patienten erfolgreich verlaufen ist. Die Situation sollte so ähnlich wie möglich und so unterschiedlich wie nötig sein. Das Erlebnis der gelungenen Prüfung wird geankert.
3. Die Unterschiede der beiden Situationen können in einer Tabelle festgehalten werden.  
Welche Submodalitäten hat der Patient bei der Beschreibung der Ängste verwendet und welche bei dem Bericht über die gelungene Prüfung? Wie unterscheidet sich die Körperhaltung bei den Situationen? In welchem Sinnessystem spricht der Patient? Welche Glaubenssätze hat er?  
Die Tabelle kann folgendermaßen aussehen:



Tabelle 4: Kontrastmethode

	<b>Submodalitäten</b>	<b>Prüfungsangst</b>	<b>Prüfungserfolg</b>
<b>visuell</b>	Helligkeit		
	Standbild/Film		
	Rahmen/offen		
	Entfernung: weit weg/nah		
	Größe: groß/klein		
	farbig/schwarzweiß		
	Bildschärfe		
	assoziiert/dissoziiert		
	Detail/Überblick		
	Licht/Schatten		
<b>auditiv</b>	Musik/Geräusch/Stimme		
	woher im Raum? Richtung		
	external/internal		
	weit weg/nah		
	laut/leise		
	Dauer		
	Tempo		
	Rhythmus		
	stereo/mono		
	einzelne/miteinander		
<b>kinästhetisch</b>	wo im Körper?		
	kalt/warm		
	Druck		
	starr/beweglich		
	eng/weit		
	schwer/leicht		
<b>o/g</b>	Geruch		
	Geschmack		

4. Transport  
Die negativen Submodalitäten werden durch die positiven ersetzt. Dazu soll der Patient den Glaubenssatz annehmen: "Ich werde es schaffen!"
5. Der Patient wird gebeten, erneut an die zukünftige Prüfung zu denken. Der Arzt liest die erarbeiteten Submodalitäten vor und lässt sich beschreiben, wie sich die Situation verändert. (NLP-Practitioner-Ausbildungsunterlagen)

## Swish-Techniken

Wer Kinder hat, wird den Swish vielleicht eingesetzt haben, ohne es zu wissen. Viele Eltern pusten, wenn sich ihr Kind den Kopf gestoßen hat oder hingefallen ist. Dieses Pusten ist eine Form von Swish. Ziel beim Swish ist es, die Aufmerksamkeit abzulenken, z.B. von dem Schmerz, hin zu der kühlen Luft vom Pusten.

Der Swish ist ein Veränderungsmuster, mit dem wir eine bestimmte Verhaltensstrategie durch Ablenkung unterbrechen und unsere Aufmerksamkeit auf etwas anderes lenken können. Bei unerwünschten Verhaltensweisen, wie z.B. dem Nägelkauen, kann der Swish eingesetzt werden, um das unerwünschte Verhalten durch eine sinnvollere Alternative zu ersetzen. Der Swish ermöglicht dem Gehirn, eine neue Richtung einzuschlagen, und ist geeignet, alle zwanghaften Verhaltensweisen von Patienten, wie z.B. Naschen, Waschzwänge oder auch das Rauchen zu bearbeiten.

### Standard Swish

Beim Standard-Swish wird mit visuellen Submodalitäten gearbeitet, weil sie in der Regel für Menschen am einfachsten vorstellbar sind. Um eine Veränderung des Verhaltens eines Patienten zu erzielen, ist es notwendig, das innere Auslösebild des Verhaltens zu identifizieren, also den Reiz, der die Reaktion auslöst. Ziel des Standard-Swish ist es, das innere Auslösebild so zu verändern, dass es für das zukünftige Verhalten nicht mehr geeignet ist. Das Auslösebild wird mit Hilfe von drei Submodalitäten verändert: Größe, Helligkeit und dem Übergang zwischen assoziiert und dissoziiert. Das Bild vom Auslöser soll durch das Verändern der Submodalitäten verblassen und somit das unangenehme Gefühl vermindert werden. Durch die Bearbeitung der Submodalitäten entsteht ein weiteres Bild, genannt das Zielbild. Das Zielbild bringt uns dem erwünschten Verhalten näher. Das Zielbild wird durch die Bearbeitung der Submodalitäten heller und somit anziehender gemacht.

Die Veränderung interner Bilder verändert auch unser Verhalten. Wenn der Swish erfolgreich war, wird das unerwünschte Verhalten nicht mehr wie bisher ablaufen, sondern ab einem bestimmten Punkt eine andere Richtung nehmen. Das neue Verhalten, das das Unerwünschte ersetzt, kann dem Idealbild des Patienten nahekommen oder es tatsächlich erreichen.

Grafisch dargestellt läuft der Standard-Swish so ab:

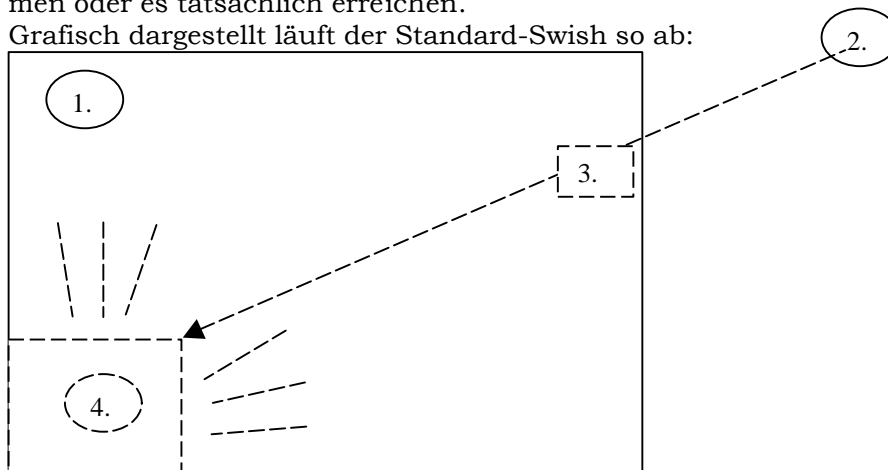


Abbildung 10: Standard-Swish

### **Vorgehensweise beim Standard-Swish:**

0. Identifizierung des Kontextes  
Der Arzt arbeitet mit einer jungen Patientin, die zwanghaft an den Nägeln kaut, so dass es schmerzt und blutet.
1. Identifizierung des auslösenden Kontextbildes  
"Ich möchte, dass Du herausfindest, was Du in dem Moment siehst, bevor Du an den Fingernägeln kaust. Wenn es Dir schwerfällt, kann es Dir vielleicht helfen, wenn Du tatsächlich das tust, was dem Nägelkauen vorangeht, um herauszufinden, wie das Bild aussieht."  
Die Patientin sollte assoziiert im Bild sein.
2. Schaffung eines Zielbildes (Nr. 2)  
"Mache Dir nun bitte ein zweites Bild, auf dem Du Dich siehst, wie Du schöne, lange Fingernägel hast. Stell Dir vor, Du hättest die gewünschte Veränderung bereits erreicht. Bitte ändere das Bild so lange bis es Deiner Idealvorstellung entspricht."  
Das Zielbild sollte dissoziiert sein. Die Physiognomie der Patientin sollte strahlend sein.
3. Ökologie-Check  
"Überprüfe bitte, ob es irgendwelche Einwände gibt, das Fingernägelkauen zu überwinden."  
Wenn Einwände der Patientin kommen, sollte eine andere Veränderungsmethode gewählt werden, wie z.B. Reframing. Der Swish in der Standardform wäre dann nicht mehr geeignet.
4. Swish  
"Sieh das erste auslösende Bild vor Dir, groß und hell. Setze, als Zielvorstellung, ein kleines noch unscharfes Bild in die rechte obere Ecke (Nr. 3). Lass das kleine, dunkle Bild größer und heller werden, bis es das erste ganz bedeckt. Das erste Bild wird währenddessen blasser und kleiner; und lass es nach links "auswandern" (Nr. 4). Nimm das neue Bild farbig wahr. Öffne die Augen und lösche somit die Bildfläche. Wiederhole den Vorgang (Swish) fünfmal und öffne nach jedem Mal die Augen, um das Bild auszuradiieren."  
Der einzelne Vorgang sollte so schnell ablaufen, wie die Patientin Swish sagen kann.
5. Test  
"Stelle Dir jetzt das erste Bild vor. Was passiert?"  
Wenn das der Patientin schwerfällt, hat der Swish funktioniert, weil das Gehirn auf das Zielbild "programmiert" wurde. Durch den Swish entsteht ein Sog, der weg vom Problem hin zum Ziel zieht (Übungsformat aus den NLP-Practitioner-Ausbildungsunterlagen).

Das Verhalten, das bisher in Nägelkauen endete, führt jetzt zu einer anderen Handlung und läuft genauso automatisch ab.

### **Swish-Variationen**

Es gibt Aufgaben, um die wir uns drücken, obwohl wir genau wissen, dass es besser ist, sie zu erledigen. Allein der Gedanke an die Aufgabe versetzt uns in einen schlechten Zustand. Je länger wir sie vor uns hinschieben, desto unangenehmer wird es, daran zu denken.

Ein Patient hat zum Beispiel ein Magengeschwür und nach Konsultation des Arztes weiß er genau, dass es besser ist, ins Krankenhaus zu gehen. Auf der anderen Seite will er aber seine Familie nicht alleine lassen.

Folgendes Schema der Swish-Variation kann dem Behandler bei der Arbeit mit seinem Patienten helfen:

1. Der Patient wird gebeten, an etwas sehr Angenehmes, Schönes zu denken, das auf ihn starke Anziehungskraft ausübt. Etwas, dem der Patient nicht widerstehen kann, auch wenn er es möchte, wie z.B. Spaziergänge mit seiner Familie am Sonntag, die er so gerne mag.
2. Der Patient soll daraus ein Bild entstehen lassen und es wahrnehmen, wie es ist, wenn er es live erlebt, d.h. wenn er live in dieser Situation drin ist. Gefühle werden erfragt, Atem und Puls beobachtet. Wie sieht er das Bild? Welche Farbe, Größe hat es?
3. Der Patient wird gebeten, dem Bild einen Rahmen zu geben und sich die Farbe des Rahmens zu merken.
4. Neben diesem Bild soll er ein weiteres entstehen lassen von dem bevorstehenden Krankenhausaufenthalt. Der Patient soll sich vorstellen, dass der Aufenthalt und eine eventuelle Operation sehr gut verlaufen sind.
5. Der Arzt bittet den Patienten, das zweite Bild vor das erste mit dem Rahmen zu setzen.
6. Test  
Der Arzt fragt ihn, ob der Patient die Qualitäten des ersten Bildes noch kennt. Er wird gebeten, zu prüfen, wie groß ein Loch sein müsste, um die Qualitäten des ersten Bildes durchscheinen zu lassen, damit ihn die motivierenden Gefühle erreichen. Der Patient soll sich den Vorgang und die Größe des Bildes merken.
7. Veränderung  
Der Arzt bittet den Patienten, den folgenden Vorgang zu wiederholen, zuerst langsam dann schneller.  
"Lassen Sie das Loch kleiner werden, so dass nur noch das zweite Bild zu sehen ist. Rubbele ein Löchlein frei, das gerade so groß ist, dass die Qualitäten des Bildes mit Rahmen durchstrahlen und die Gefühle Sie erreichen. Schließen Sie das Loch wieder, nur so schnell, wie Sie die Gefühle von Bild 1 aufrechterhalten können."
8. Future Pace  
"Denken Sie an den Krankenhausaufenthalt und die Operation - sind die Gedanken angenehmer, beruhigender? Nehmen Sie die Gefühle wahr."  
Eventuell kann der Vorgang noch einmal mit dem Patienten wiederholt werden (Übungsformat aus den NLP-Practitioner-Ausbildungsunterlagen).

Bandler schreibt in seinem Buch "Der feine Unterschied" über die Anwendung der Swish-Technik in der Arbeit mit einem katatonischen Patienten. Bandler arbeitete den Auslöser für die Katatonie heraus: Das Gesichtsfeld des Patienten verengte sich, es wurde dunkler und unschärfer. Der Patient baute ein dunkles assoziiertes Bild auf, in dieser Welt war er umringt von Ungeheuern, was zur Bewegungslosigkeit führte. Bandler bat den Patienten, während er sich in der Welt der Ungeheuer befand, einen Knopf zu suchen, wie an einem Fernseher. Der Knopf hatte die Funktion,

Blickwinkel, Helligkeit und Schärfe zu verändern. Der Patient konnte sich einen solchen Knopf vorstellen, so dass Bandler ihn bat, die Farbe zunächst dunkler zu drehen. Anschließend drehte der Patient den Knopf andersherum, so dass, was er sah, breiter, heller und schärfer wurde. Das veränderte Bild ermöglichte dem Patienten, aus diesem Bild auszusteigen. Die Prozedur wurde mehrfach wiederholt. Der Patient erhielt somit ein Instrument, um auch in katatonischen Phasen die Kontrolle über sich zu haben (Bandler/MacDonald, 1990).

Die Anwendung der Swish-Techniken dauert in der Regel nur wenige Sekunden – auch das Pusten bei Kindern, die sich weh getan haben, oder das Kopfschütteln mit dem jemand, der sich den Kopf gestoßen hat den Schmerz bekämpft, sind Sekundenphänomene.

Die Swish-Technik ist ungewöhnlich und effektiv. Sie wird von vielen Menschen auf unterschiedlichste Art und Weise angewandt und bietet die Möglichkeit, negative Angewohnheiten durch positive Zielbilder zu ersetzen. Voraussetzung für den Erfolg ist natürlich auch bei dieser Technik die Bereitschaft zur Veränderung.

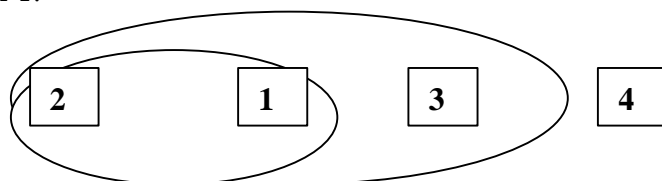
### Meta-Spiegel (Meta-Mirror)

Der Vollständigkeit halber möchte ich den zu Baustein sechs der Practitioner-Ausbildung gehörenden Meta-Spiegel vorstellen – ein interessantes Format, das von der Annahme ausgeht, Probleme, die ein Mensch mit sich herumträgt, spiegeln sich in der external sichtbaren Physiognomie (Mimik, Gestik, Körperhaltung, Atmung, Augenbewegungen etc.). Motto: "Wie außen - so innen."

Der Meta-Spiegel ist geeignet für Menschen mit Problemen im Umgang mit anderen. Zum Beispiel, wenn es darum geht, Projektionen zurückzunehmen.

Die einzelnen Schritte sind mit Buchstaben von A - I gekennzeichnet:

- A **Setting:** Der Patient hat Kommunikationsprobleme mit seiner Mutter. Er stellt sich seine Mutter in Gedanken auf Platz 2 vor und setzt sich ihr gegenüber auf Position 1.



Während der Patient seine Mutter (2) **assoziiert** aus der Ich-Position (s. Wahrnehmungspositionen 1, 2, 3 Baustein 5) von (1) aus betrachtet, beginnt er, die Charakterzüge zu benennen, die die Kommunikation so schwierig machen.

- B Der Patient geht gedanklich einen Schritt zurück in die 3. Position und betrachtet sich in der Interaktion mit seiner Mutter. Er benennt sein eigenes Verhalten in Bezug auf seine Mutter.
- C Der Patient wird gebeten wahrzunehmen, wie seine Verhaltensweisen das Verhalten der Mutter beeinflussen, unterstützen oder Reaktionen auslösen. Wenn er nicht da wäre, wie würde seine Mutter anderen Personen gegenüber ihr Verhalten dann fortsetzen?
- D Wie könnte der Patient auf seine Mutter in anderer Weise reagieren? Vielleicht hat er bereits versucht, seine Reaktionen in dieser Beziehung zu verändern - was veranlasst ihn, wieder und wieder in dieser Art und Weise zu reagieren?

- E Der Patient geht nun noch einen weiteren Schritt zurück auf Position 4 (Meta-four) und schaut, wie er sich selbst in der Interaktion mit seiner Mutter behandelt. Er wird gebeten wahrzunehmen, auf welchem Niveau (Verhalten, Fähigkeiten, Glauben, Identität) sich die verschiedenen Reaktionen bilden.
- F Der Patient wird gebeten nun aus dieser Meta-Position (4) heraus die Position 3 mit der Position 1 zu vertauschen.  
Welche Veränderungen in den Reaktionen ergeben sich durch dieses Austauschen?
- G Der Patient soll sich mit der veränderten Position 1 assoziieren und wahrnehmen, wie sich die Reaktionen und Ansichten geändert haben. Auch mit jeder anderen Position soll sich der Patient assoziieren, um neue Perspektiven zu gewinnen.
- H Die Positionen werden so lange gewechselt, bis eine neue Lösung für das frühere Kommunikationsproblem gefunden wird.
- I Future Pace (Mal angenommen das nächste Gespräch mit der Mutter wäre bereits vorbei, was hat sich verändert?)

(Übungsformat aus den NLP-Practitioner-Ausbildungsunterlagen)

## 7. Time line, Re-Imprinting, Phobietechniken

### Die Zeit, die Zeit!

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts befinden wir uns am Anfang einer neuen Epoche des Verstehens. Die moderne Hirnforschung entdeckt mehr und mehr Elemente, die die Persönlichkeit eines Menschen ausmachen.

Der vielfach verwandten altgriechischen Tempelinschrift "Erkenne dich selbst" ging immer die Frage voraus "Wer sind wir eigentlich?". In der Vergangenheit war man sich einig, dass unsere früheren Erfahrungen bestimmen, wer wir sind und wie wir uns verhalten. Nur das Problem ist, dass wir in bestimmten Situationen nicht wissen, wie wir unsere Erinnerungen beeinflussen können (das hat auch Einfluss auf Problempempfindungen, Problembewertungen und Problembeeinflussungen). Im Laufe des Lebens werden Erinnerungen gespeichert, und sie können im Lauf der Zeit mehr und mehr an Einfluss gewinnen.

Insofern ist unsere Zeitlinie (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft) eine Erinnerungscodierung unseres Gehirns. Sie stellt die Art und Weise dar, wie wir unsere Erinnerungen codieren und speichern, damit wir den Unterschied zwischen einer früheren Erinnerung und einer zukünftigen Vision überhaupt feststellen können. Die Entdeckung der Tatsache, dass wir in uns eine Zeitlinie (ein Zeitgefühl) haben, versetzt uns in die Lage, eine Anzahl von Erinnerungen eines einzelnen Menschen in kurzer Zeit zu verändern.

Natürlich wird unser Verhalten auch von Entscheidungen geleitet, die wir in der Vergangenheit treffen mussten. Bewusst oder unbewusst haben diese Entscheidungen Einfluss auf unser gegenwärtiges Verhalten. Sie werden gespeichert in dem, was NLP time line nennt, und über diese Linie erhalten wir Zugang zu ihnen.

Wenn wir an den Umgang mit Patienten denken, dann erwachsen viele Schwierigkeiten oder Problemsituationen aus der Tatsache, dass die Art, wie Erinnerungen gespeichert werden, die Sicht des Gegenübers beeinflusst und nicht das aktuelle Ereignis. Weiß ein Arzt, wie er seine Zeit speichert und wie seine Patienten? Menschen, die auf die Zukunft orientiert sind, so schreiben O'Connor/Seymour, erholen sich schneller von Krankheit (O'Connor/Seymour, 2002). McDermott/O'Connor weisen darüber hinaus darauf hin, dass die Zeitlinienarbeit bei schwerkranken Patienten besonders wichtig sein kann, da "Hoffnung auf Genesung entsteht, wenn der Kranke eine Zukunft 'sehen' kann und mit der Vergangenheit aufräumt" (McDermott/O'Connor, 1997, S. 91). Ergo könnte die Frage für den Arzt interessant sein, wie Patienten Zeit wahrnehmen. Liegt die Vergangenheit direkt vor einem Patienten oder sieht er seine Zeitlinie von links nach rechts verlaufen oder vielleicht von oben nach unten?

Edward T. Hall schreibt in seinem Buch "The dance of Life", dass es nach seinen Forschungen zwei Arten von Zeit und damit zwei Arten von Zeittypen gibt. Zum einen die anglo-europäische Zeit und zum anderen die arabische Zeit. Der anglo-europäische Zeittyp wird häufig "through time" genannt und er stellt die Zeitlinie meistens von links nach rechts (manchmal von rechts nach links) dar oder durch irgendeine andere Möglichkeit, in der sich die gesamte Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft **vor** dem jeweiligen Individuum befindet.

Den arabischen Zeittypen nennt Hall "in time". Hier wird die Zeitlinie von vorn nach hinten dargestellt oder auch auf eine Art, wo sich Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft als ein Stück der Zeitlinie im oder durch den jeweiligen Körper des Individuums befinden. Der anglo-europäische Zeittyp soll sich aus der industriellen Revolution heraus entwickelt haben, als es darum ging, in Fabriken mit Fließbandarbeit sehr pünktlich zu sein. Weiterhin war die ordentliche Abfolge einer Reihe von Ereignissen (Fließbandeffekt von rechts nach links oder umgekehrt) prägend.

Arabisch-islamische oder andere südliche Länder haben ein völlig anderes Konzept von Zeit. Dort wird Zeit als etwas empfunden, was sich im Augenblick abspielt. Wenn sich ein Arzt zum Beispiel um 14:00 Uhr mit einem Kollegen verabredet und der Kollege erscheint um 14:30 Uhr, wird sich niemand daran stören, weil der Arzt sowieso noch andere Dinge zu tun hatte. Viele Geschäftsleute haben im arabischen Raum damit praktische Erfahrung gemacht: Gesprächstermine finden erstens nie pünktlich statt und zweitens werden unter Umständen auch persönliche Verabredungen als Gruppentermine mit neun oder zehn anderen gleichzeitig wahrgenommen (Hall, 1984).

Wenn ein Arzt beginnt, Zeitlinien von Patienten zu untersuchen, wird er bald feststellen, dass diese Linien in einer beliebigen Zahl von Möglichkeiten angeordnet sein können. Es gibt exakte Speicherungen von Menschen "in time" oder "through time" oder auch eine Variationen von beiden. Es gibt auch Vorstellungen von Spiralen oder Schleifen und verschiedene Kombinationen aus beidem. Jede dieser Anordnungen in der Vorstellung eines Menschen hat Auswirkungen auf die jeweilige Person und ihre Wahrnehmung von Zeit. Diese Anordnungen von Erinnerungen auf der Zeitlinie oder bezogen auf zukünftige Ereignisse hat normalerweise voraussagbare Auswirkungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit.

Die Hauptunterscheidung, die ein Arzt am Anfang machen sollte, ist die Frage, ob ein Teil der Zeitlinie hinter dem betreffenden Patienten liegt. Wenn ja, ist diese Person "in time", wenn nein, ist sie oder er "through time".

"Through time-Menschen" codieren ihre Erinnerungen von rechts nach links oder von links nach rechts, so dass sich die gesamte Zeit vor ihnen befindet. "Through time-Menschen" erinnern sich normalerweise dissoziiert, das heißt, sie sehen sich selbst in der Erinnerung. Für sie ist die Zeit linear, sie hat eine Länge, und sie sehen zum Beispiel den Wert eines Arztes oder Beraters durch die Zeit ausgedrückt, die er mit ihnen verbringt. Sie wollen Leistung in Form von Zeit. "Through time-Menschen" sind normalerweise pünktlich, sie wissen fast immer, wie spät es gerade ist. Sie haben die Zukunft und auch die Vergangenheit ständig vor sich. Eine schöne Sache, wenn die vergangenen Erfahrungen positiv waren.

Auf der anderen Seite haben sie auch die Vergangenheit immer vor sich, die Probleme enthielt und kommen mit dieser Situation unter Umständen weniger gut zurecht. Diese Menschen haben manchmal Probleme, eine ganz bestimmte Erinnerung herauszusuchen, weil sie Erinnerungspakete/Erinnerungsnetze besser aufrufen können. Für "through time-Menschen" ist Arbeit etwas Ernstes, etwas Geordnetes, etwas Geregelter und Geplantes. Sie setzen sich Fristen, nehmen Fristen wahr und erwarten das auch von anderen.

Eine "in time-Person" codiert Erinnerungen vornehmlich von vorne nach hinten (arabisches Modell). Sie lassen die Vergangenheit hinter sich oder blicken auf sie zurück. Sie ist ihnen nicht immer zugänglich ohne sich dafür umzuschauen. "In time-Menschen" gehen in Erinnerung bis zu einem bestimmten Zeitpunkt zurück und erleben ihn dann meistens assoziiert. Sie schauen durch ihre eigenen Augen hindurch und fühlen das erneut, was zurückliegt. Sie können sich dadurch zu einem ganz bestimmten Punkt zurückziehen, sie sind einfach da, wo sie sind. Ihnen ist die Zeitdauer nicht so bewusst, deshalb sind sie auch eher mal unpünktlich oder benötigen viel Zeit.

"In time-Personen" fällt das Hier und Jetzt wesentlich leichter, als der zuvor beschriebenen Kategorie. Sie können ihre Aufmerksamkeit sehr gut oder leicht auf etwas fokussieren und konzentriert bei der Sache bleiben, auch in chaotischen Situationen. Sie gelten manchmal als etwas unzuverlässig, benötigen Unbegrenztheit und ziehen es vor, ihre Möglichkeiten offen zu lassen. Sie zögern häufig, eine Entscheidung zu treffen, um sich nicht einzuschränken.



"In time-Menschen" betrachten Arbeitszeit und Freizeit oft als ein und dasselbe. Arbeit wird mehr als Spiel angesehen. Sie sind oft weniger geordnet, eher spontan, und auch flexibel. Sie planen weniger und nehmen vieles so, wie es kommt. Sie haben ein starkes Bedürfnis, sich Optionen offen zu halten (James/Woodsmall, 1992).

Wer vielleicht jetzt seine eigene time line entdecken möchte, dem mag unter Umständen das folgende Protokoll der Herausarbeitung einer Zeitlinie dabei helfen.

Tad: "Also Dan, kannst Du Dich daran erinnern, wie Du fünf Jahre alt warst?"

Dan: "Ja."

Tad: "Hm, aus welcher Richtung kam denn die Erinnerung?"

Dan: "Hier."

Tad: "Gut. Ist das hinter Dir?"

Dan: "Nein, mehr vorn auf meiner Seite" (zeigt auf die linke Seite).

Tad: "Auf Deiner Seite. Wenn Du in diese Richtung schaust, siehst Du dann all Deine Erinnerungen aus der Vergangenheit?"

Dan: (überrascht) "Oh ja."

Tad: "Du siehst da drüben auf der linken Seite eine Menge Deiner Erinnerungen?"

Dan: "Ja."

Tad: "Gut! Die Vergangenheit ist also auf Deiner linken Seite - und wo ist die Zukunft?"

Dan: "Hier drüben rechts."

Tad: "Und siehst Du zukünftige Ereignisse dort drüben?"

Dan: "Ja."

Tad: "Also ist Dir bewusst, dass die Erinnerung aus der Vergangenheit und die Erinnerung aus der Zukunft in einer Linie angeordnet sind, die von links nach rechts verläuft?"

Dan: "Ja."

Tad: "Das ist dann Deine Zeitlinie."

(James/Woodsmall, 1992, S. 43)

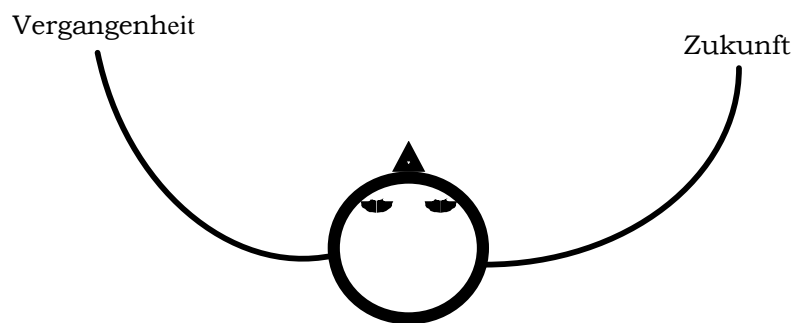


Abbildung 11: Dan's time line

Anhand einiger Erinnerungen aus der Vergangenheit und zukünftiger Überlegungen kann jeder feststellen, wie sein Gehirn Vergangenheit und Zukunft anordnet.

Bei der Zeitlinienarbeit kann eine einfache Skizze, die der Arzt nach den Angaben des Patienten erstellt, hilfreich sein (z.B. für Erinnerung, Status, Zielvereinbarung).

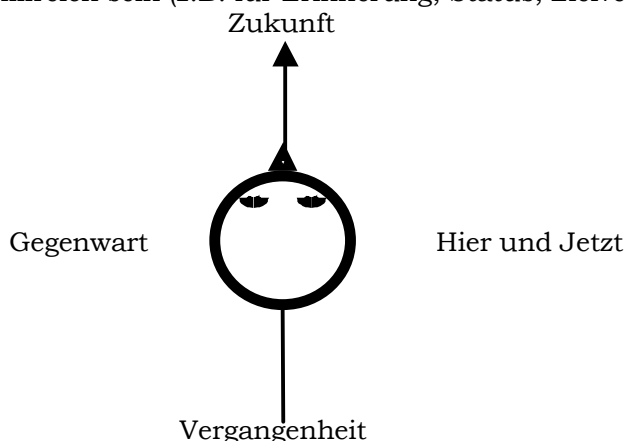


Abbildung 12: time line-Skizze

Zeitgefühl, die Anordnung der internalen Vorstellung einer Zeitlinie, ist individuell verschieden. Im unterscheidet man das through time-Modell, in dem die Zeitlinie meistens (leicht) gekrümmt von rechts nach links (oder umgekehrt) vor der betreffenden Person verläuft, von dem in time-Modell, das die Zeitlinie mehr von vorn (Zukunft) nach hinten (Vergangenheit) vorstellbar macht.

Es gibt Menschen, die eine Kombination aus beiden Modellen benennen oder auch eine dreidimensionale Repräsentation besitzen.

Die Codierung von Ereignissen (durchlebten oder halluzinierten) auf der Zeitlinie macht die Vorstellung und Identifizierung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft möglich. Die Codierungen können, falls erwünscht oder erforderlich, verändert werden.

### **Die innere Zeitvorstellung der Patienten**

Vorausgesetzt der Arzt möchte mit diesem Zeitlinienmodell am Patienten arbeiten, kann er die individuelle time line des jeweiligen Patienten vollständig erforschen. Er kann sich vergewissern, wie er innerlich Zeit speichert. Viele Patienten werden eine ganz andere Zeitspeicherung als der Arzt selber haben. Deshalb ist es wichtig, das zu überprüfen, um eine erwünschte Wirkung der Zeitlinienarbeit zu gewährleisten. Eine Grundvoraussetzung ist, dass der Arzt sich dem inneren Empfinden seines Patienten anpasst (durch Rapport, Pacing, Leading).

Wenn der Arzt Patienten befragt, um festzustellen, ob sie intime oder through-time wahrnehmen, können folgende Fragen Auskunft geben:

- "Wo befindet sich für Sie Vergangenheit?" oder
- "In welcher Richtung liegt Ihre Zukunft?"

Die meisten Patienten werden ohne Probleme antworten: "Meine Zukunft liegt vor mir und meine Vergangenheit links hinter mir" oder in ähnlicher Weise.

Es gibt Menschen, die haben Schwierigkeiten, Zugang zur räumlichen Bestimmung ihrer Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zu finden. Sollte der Arzt mit einem solchen Patienten arbeiten, ist es hilfreich, sich etwas mehr Zeit zu nehmen und ihn zu bitten, ein Ereignis aus möglichst früher Kindheit (aus den Lebensjahren eins bis fünf) wachzurufen. Der Arzt kann den Patienten auf dieses Alter ansprechen und ihn fragen, aus welcher Richtung die Erinnerung auf ihn zukommt (siehe vorher). Wenn der Patient an ein Ereignis in der Zukunft denkt, woher kommen die Gedanken dann?

Wenn der Arzt damit noch nicht weiterkommt, kann er auch die Frage stellen: "Können Sie sich an irgendetwas erinnern, als Sie 6 Jahre alt waren?" Beim Nicken des Patienten kann der Arzt ihn dann auf die Richtung ansprechen, aus der diese Erinnerung kommt. Falls das auch noch nicht hilft, ist es möglich, den Patienten zu bitten, bis zum nächsten Praxisbesuch darauf zu achten, aus welcher Richtung die Erinnerung auf ihn zukommt (James/Woodsmall, 1992).

Warum ist es wichtig, die Zeitlinienvorstellung des Patienten so exakt zu kennen? Der Arzt könnte zum Beispiel eine temporale Sprache benutzen und würde zum Patienten sagen: "Sie sehen vor sich Aspekte des zukünftigen Lebens" und der Patient sieht das mehr auf der rechten Seite. Damit ist das Risiko, den Rapport zu brechen, sehr hoch und der Zugang erschwert. Wenn der Arzt die Zeitlinie des Patienten kennt, kann er die Patientenführung mit entsprechenden Sprachelementen sicherstellen.

Es gibt manchmal recht faszinierende interne Modelle: es gibt zum Beispiel Menschen, deren Vergangenheit vor ihnen liegt oder Menschen, die bestimmte Lebensphasen in ihrer Erinnerung auf bestimmten Körperregionen abspeichern: Bis zum 7. Lebensjahr in der Körpermitte und danach wird die Erinnerung in Kopfhöhe gespeichert.

Bandler empfiehlt in seinem Buch "Time for a change" Ärzten und Sozialarbeitern im Umgang mit Süchtigen die Zeitlinienarbeit anzuwenden. Er geht davon aus, dass bei Süchtigen die Vergangenheit hinter ihnen liegt und eine kurzsichtige Zukunft vor ihnen. Die Entzugserscheinungen und die negativen Folgen des Drogenkonsums lassen die Süchtigen hinter sich und nehmen wieder Drogen. Bandler beschreibt das Vorgehen mit süchtigen Patienten folgendermaßen: "Lasst diese Leute ihre Zeitlinie dort packen, wo sie in die Vergangenheit geht, und sie kreisch vor sich in ihr Blickfeld bringen. Lasst sie hören, wie eine Bolzentür zuschlägt. Lasst sie ihre Zeitlinie anschauen, ob sie wollen oder nicht. Lasst sie sehen, wie oft sie zu einem Junkie geworden sind und wie produktiv ihr Leben als Folge dessen geworden ist" (Bandler, 1995, S. 178).

Durch das time line-Modell hat der Arzt die Möglichkeit, mit sich selbst und mit Patienten Gedächtnismanagement zu betreiben. Viele Menschen machen intuitiv ein zukünftiges Ereignis, etwas Angenehmes, das auf sie zukommt, in ihrer Phantasie attraktiver. Wahrscheinlich haben viele Menschen auch bestimmte Erlebnisse aus der Vergangenheit aus ihrem Gedächtnis herausgenommen, manchmal verdrängt oder auch eliminiert. Diese Art und Weise mit Vergangenheit oder Zukunft umzugehen, kann man Gedächtnismanagement nennen. Wer davon überzeugt ist, unangenehmes Erleben aus der Vergangenheit herausnehmen zu können, der kann genauso gut mit dem Zeitlinienmodell eine gezielte Veränderung der persönlichen Geschichte vornehmen.

Die Erfahrung zeigt, dass wir genauso, wie wir Ereignisse der Zukunft gestalten können, auch Ereignisse aus der Vergangenheit verändern können. Wenn wir gedanklich zurückgehen und Ereignisse wieder aufrufen, verändern wir sie schon. Erlebnisse oder auch Entscheidungen aus der Vergangenheit können das Erreichen eines in der Zukunft liegenden Ziels beeinträchtigen. Die Arbeit mit der Zeitlinie ermöglicht das Beseitigen dieser Hindernisse. Lücken auf der time line, Bereiche, an die wir uns nicht erinnern können (oder wollen), verbrauchen unsere Energie im Hinblick auf die Erreichung eines zukünftigen Ziels. Dunkle Stellen oder Lücken auf der Zeitlinie deuten häufig auf traumatische Erfahrungen hin (James, 1993).

Wird eine Entscheidung aus der Vergangenheit bearbeitet, ist es sinnvoll, diese zu ersetzen, sei es in veränderter Form oder durch eine andere Entscheidung. Wird dies nicht gemacht, wird die ursprüngliche Entscheidung erneut auftauchen, da das Gehirn bestrebt ist, weiße Flecken auf der Landkarte der Erinnerung wieder aufzufüllen (James, 1993).

Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen, das wir jahrelang mit uns herumtragen, kann uns davon abhalten, Ziele, die wir uns gesetzt haben, zu erreichen. Wie Gefühle, die vom jeweiligen Zeitzusammenhang abhängig sind, bearbeitet werden können, möchte ich am Beispiel "schlechtes Gewissen" darstellen.

Im folgenden Text wird lediglich eine Frage zu lesen sein, die Hauptbestandteil dieser Übung ist, d.h. es wird nichts über das schlechte Gewissen gesagt oder anderweitig Stellung bezogen.

Ich gehe gedanklich auf meiner Zeitlinie entlang bis zu dem Ereignis, bei dem ich mich schuldig gefühlt habe. Wenn ich eine Situation gefunden habe, sollte es etwas sein, was mir ein schlechtes Gewissen verursacht hat. Sollte dies nicht der Fall sein, dann kann es auch etwas sein, dessen ich mich schäme (Schamgefühl ist dem schlechten Gewissen ähnlich). Nachdem ich mir das Ereignis und die damit verbundenen Gefühle aufgerufen habe, gehe ich jetzt in Gedanken, vielleicht mit geschlossenen Augen, über meine Zeitlinie und so weit in die Vergangenheit zurück, bis ich zeitlich betrachtet eine Minute vor dem Ereignis, das mir ein schlechtes Gewissen oder Schamgefühl macht, angekommen bin. Ich schaue von der Vergangenheit in die Gegenwart mit all meinen Erfahrungen und meinem jetzigen Wissen und frage mich:

### **Wo ist das schlechte Gewissen jetzt?**

Liegt es vor mir oder ist es **jetzt verschwunden**?

Dieser Gedanke kann dazu führen, dass das schlechte Gewissen oder Schamgefühl in Bezug auf die Erinnerung beseitigt ist.

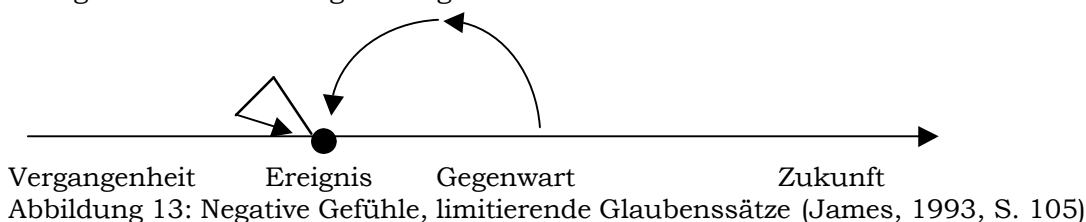


Abbildung 13: Negative Gefühle, limitierende Glaubenssätze (James, 1993, S. 105)

Sollte das nicht der Fall sein, dann gibt es vielleicht einen Persönlichkeitsanteil, der eine Veränderung erfordert. Man könnte (siehe Baustein 3 Reframing, Teilemodell) diesen Persönlichkeitsanteil also fragen, ob es okay ist, wenn ich ihm behilflich bin, seine positive Absicht auf andere Art und Weise zu erreichen. Wenn ich dem innerlich aus der Perspektive des zuständigen Persönlichkeitsaspekts zustimme, sehe ich jetzt an meiner Zeitlinie entlang bis zum Jetzt und frage: "Wo ist das schlechte Gewissen jetzt?" Falls es weg ist, in Ordnung und ich komme zum Hier und Heute zurück und öffne die Augen.

Wenn bei dieser Zeitlinienarbeit das schlechte Gewissen oder auch Schamgefühl nicht zu beseitigen ist, benötigt der dafür zuständige Persönlichkeitsanteil eine Veränderung.

Schlechtes Gewissen und Scham sind nach Meinung vieler Menschen zwei der unangenehmsten Gefühle, die es gibt, und wir können alle darüber nachdenken, sie abzuschaffen, weil sie wenig wertvoll und nützlich sind.

Viele Menschen werden durch Scham oder ein schlechtes Gewissen davon abgehalten bestimmte Dinge zu tun. Es wäre daher sinnvoller, ein anderes oder neues Wertesystem bzw. eine neue Verhaltensrichtlinie zu übernehmen. Ein schlechtes Gewissen oder Scham gehen immer von einer negativen Grundvoraussetzung aus.

So wie ein schlechtes Gewissen oder Schamgefühl durch Zurückgehen auf der Zeitlinie in die Vergangenheit relativiert oder beseitigt werden können, ist es möglich, Furcht und Angst durch Vorwärtsschreiten auf der Zeitlinie zu relativieren oder ebenfalls zu beseitigen. Auch hier möchte ich eine kleine Übung beschreiben und den Leser einladen, sie vielleicht aktiv mitzumachen, bei der es darum geht, an ein Ereignis zu denken, das ein Furcht- und Angstgefühl verursacht.

Wenn ich ein Ereignis gefunden habe, dann kann ich versuchen, mich wieder auf meine Zeitlinie zu begeben - mit geschlossenen Augen, hinaus in die Zukunft für etwa eine Minute, nachdem das Ereignis, weswegen ich Furcht oder Angst habe, erfolgreich geendet hat (ich stelle sicher, dass das Ereignis so ausgeht, wie ich es möchte). Also, ich bin jetzt eine Minute weiter in meiner Vorstellung auf der Zeitlinie in die Zukunft gegangen als das Ereignis stattfand, es hat also vor einer Minute geendet und ging gut aus.

Ich drehe mich gedanklich auf meiner Zeitlinie jetzt um und schaue zurück: **Wo ist meine Angst jetzt?** Ich stelle fest, ich habe überlebt und lächle vielleicht selbst in mich hinein, denn Furcht und auch Angst gibt es außerhalb von Zeit nicht (James, 1993).

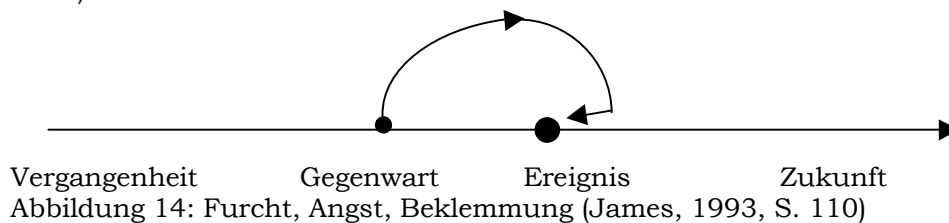


Abbildung 14: Furcht, Angst, Beklemmung (James, 1993, S. 110)

## Die Zukunft bereichern: Ressourcen-time-line

Die Ressourcen-time-line eignet sich ebenfalls, um Ereignisse, die in der Zukunft liegen und Furcht, Angst oder Beklemmung hervorrufen, zu bearbeiten. Die Ressourcen-time-line kann eingesetzt werden, um die Angst vor der nächsten Spritze, der nächsten Prüfung oder Ähnliches zu behandeln. Ausgangspunkt bei dieser Variante sind die positiven Erfahrungen, die Erfolgserlebnisse aus der Vergangenheit, die das zukünftige Ereignis bereichern können und in einem anderen Licht erscheinen lassen. Schematisch dargestellt sieht der Ablauf für die Arbeit mit der Ressourcen-time-line folgendermaßen aus:

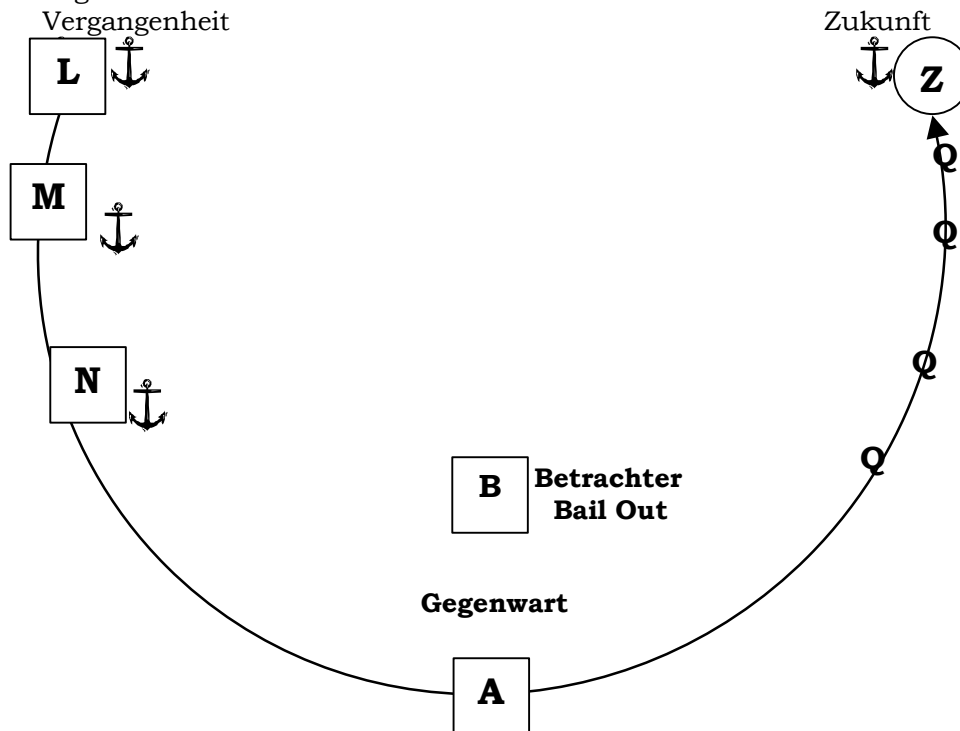


Abbildung 15: Ressourcen time line (NLP-Practitioner-Ausbildungsunterlagen)

Der Arzt etabliert zunächst einen Unterbrecher (bail out, Position B) und bestimmt mit dem Patienten von da her die Zeitlinie im Raum: "Wir tun so, als ob wir Ihre Erlebnisse in Ihrem Leben auf einer Linie aufreihen könnten. Welche Farbe hätte diese Linie? Wo ist die Gegenwart? Wo ist die Vergangenheit, die Zukunft?" Die jeweiligen Punkte können mit Kärtchen ausgelegt werden.

Der Arzt bittet den Patienten, drei ressourcenreiche Ereignisse auf der Linie der Vergangenheit zu platzieren. Hilfreich für den Patienten kann eine VAKOG-Hypnose sein, um Erfolgssituationen in der Vergangenheit aufrufen zu können. Der Patient ankert die Situationen räumlich je mit dem Alter und einem Kennwort (Positionen L, M, N).

- ✓ Der Arzt begleitet den Patienten durch eine VAKOG-Hypnose, um ihn assoziiert in das jüngste dieser Ereignisse hineinzuführen, und bittet ihn, die stärksten Qualitäten und Werte wahrzunehmen. Für die meisten Menschen ist es hilfreich, körperlich auf der Zeitlinie zurückzugehen und sich auf den Raumanker zu stellen, um assoziiert nachfühlen zu können.
- ✓ Dito mit den beiden anderen Ereignissen.

Vom bail out Anker her (Position B):

Der Patient beschreibt und visualisiert eine mögliche Situation in der Zukunft, auf die er sich gerne vorbereiten will. Er bestimmt den Anker räumlich auf der Zeitlinie (Position Z).

Der Patient wird gebeten, in die Zeitlinie auf den Ort der Gegenwart (Position A) zu gehen und sein Ziel Z zu visualisieren sowie die Qualitäten zu benennen, die er auf

dem Weg dorthin und in der visualisierten Situation gebrauchen könnte.

Vom bail out Anker her (Position B):

"In welchen der drei vergangenen Situationen finden Sie diese oder eine unterstützende Qualität?"

- ✓ Der Patient geht auf die entsprechende Position (L, M, N) und erlebt die Qualität assoziiert. Der Arzt achtet auf die Submodalitäten und verankert sie kinästhetisch.
- ✓ Der Patient trägt diese Qualität von der Gegenwart (A) in Richtung Zukunft (Z), indem der Arzt den Anker auf dem Weg aktiviert. Der Patient soll die Bereicherung assoziiert erleben.

Der Patient prüft die Situation vom bail out her und entscheidet, welche Ressourcen noch benötigt werden und holt diese ggf. jeweils aktiv aus der Vergangenheit. Dieser Vorgang wird so lange wiederholt, bis sich Zufriedenheit einstellt.

Der Arzt bittet den Patienten einen Schritt weiter als die Zukunftssituation (Z) auf der Zeitlinie zu gehen und zurückzuschauen, wie sich die vollendete Zukunft ereignet hat. Wie sieht das zukünftige Ereignis aus, wie fühlt es sich jetzt an?

Robert B. Dilts, der NLP entscheidend weiter entwickelt hat, schreibt in seinem Buch "Identität, Glaubenssysteme und Gesundheit" über seine Mitarbeiter, die einmal mit einem Mann gearbeitet haben, der Flugangst hatte. Sie berichten, dass die betreffende Person viel versucht hatte, um diese Angst loszuwerden, aber damit keinen Erfolg hatte.

Es wird weiter geschildert, dass die Therapeuten ihn dazu brachten, Zugang zu Gefühlen zu bekommen, die mit dem Fliegen für ihn verbunden waren, und ihn anschließend auf der Zeitlinie zurück zu anderen Ereignissen führten, wo er ein ähnliches oder dasselbe Gefühl erlebt hatte.

Immer wieder berichtete der Klient von einer Leere im Kopf und die Therapeuten würdigten diesen Aspekt, indem sie zu verstehen gaben, dass es durchaus sein könne, dass diese Leere ziemlich wichtig für ihn sei, und empfahlen ihm, sich genau darauf, auf die "Leere", zu konzentrieren. Anschließend wurde dem Klienten eine Metapher erzählt, die davon handelte, wie nachts bei starkem Nebel ein Hund gesucht wurde und die Suchenden in ihrer Gegend, obwohl sie nichts sahen, genau wussten, wo sich bestimmte Dinge befanden und dadurch auch weiterkamen.

Nach etwa zehn Minuten berichtete der Klient von Einzelbildern, die er sah und die mit seiner Jugend zu tun hatten. Mehr und mehr setzten sich die Bilder zu einem Film über ein frühes Kindheitserlebnis zusammen, das auf der bewussten Ebene des Klienten keine Erinnerung mehr brachte.

Wie sich herausstellte, war genau das bedeutend für seine Flugangst, denn er hatte mit anderen kleineren Kindern auf einem Gelände gespielt, wo ein defekter Kühlschrankschrank lag und einer der Spielkameraden in den Kühlschrankschrank kletterte und durch den Riegelmechanismus eingeschlossen wurde. Obwohl der Junge gerettet wurde, weil man Hilfe holte, hatte der Klient in seiner Phantasie die Position mit dem Eingeschlossenen getauscht und dessen Panik erlebt. Der Vater des Klienten hatte nach der Rettung des Eingeschlossenen davon gesprochen, dass es ihm eine Lehre sein sollte, sich niemals an einen Ort zu begeben, aus dem "du nicht wieder problemlos herauskommen kannst". Diese Prägung führte zu der Flugangst des Mannes im Erwachsenenalter. Anschließend wurde der Prozess des Re-Imprintings, den ich vom Ablauf her noch beschreiben möchte, benutzt, um diesem Mann neue Wahlmöglichkeiten in Bezug auf seine Gefühle beim Fliegen zu geben. Nach der Behandlung berichtet der Betroffene, dass er sich inzwischen beim Fliegen so wohl fühlt, dass er sogar oft einschläft, weil er drei bis vier Mal im Monat im Rahmen seiner Arbeit auf das Benutzen eines Flugzeuges angewiesen ist (Dilts, 1991a).

Eine Prägung ist ein wichtiges Ereignis aus der Vergangenheit, in der der jeweils Betroffene einen Glaubenssatz oder mehrere zusammenhängende Glaubenssätze in sich gefestigt hat. Im Grunde genommen geht ja jede Form von Heilung, sowohl medizinisch-körperliche als auch psychische, davon aus, dass der gegenwärtige Zustand

oder die gegenwärtige Verhaltensweise oft durch vergangene Ereignisse geformt, geschaffen oder geprägt wurden. Manchmal wird in entsprechenden Behandlungsprozessen nur der Inhalt dessen, was in der Vergangenheit geschehen ist, behandelt. Besonders erfolgreich kann es sein, sich darüber hinaus mit dem Eindruck oder dem Glauben zu beschäftigen, den die Person aufgrund eines Ereignisses in der Vergangenheit gebildet hat. Solche Prägungen beinhalten sehr häufig unbewusste Rollenübernahmen von anderen wichtigen Personen, die in der Vergangenheit mit dem jeweiligen Ereignis zu tun hatten. Die Bezeichnung Prägung stammt von Konrad Lorenz, der das Verhalten vor allem von Gänsen und Enten studierte. Er zog sie auf, und entdeckte, dass Gänse- oder Entenküken sich die Mutterfigur am ersten Lebenstag auf besondere Weise einprägten: Wenn sich kurz nach dem Eischlüpfvorgang etwas bewegte, folgten sie diesem Bewegungsreiz und machten genau das zur Leitfigur. In entsprechenden Versuchsanordnungen bewegte sich Konrad Lorenz, und die Enten folgten ihm. Er fand heraus, dass sie später, mit ihrer eigenen Mutter konfrontiert, diese ignorierten und ihm weiterhin folgten. Es ist sogar vorgekommen, dass ein an dem gerade geschlüpften Küken vorbeierollender Tennisball diese Prägung verursachte und das jeweilige Küken ihn, den Tennisball, zur Mutter erkor (Lorenz, 1977). Bis zum siebten Lebensjahr dauert die Prägephase beim Menschen, in der häufig Phobien entstehen, die den Menschen ein Leben lang begleiten. Es wird zu einer bedeutsamen Situation ein Glaubenssatz gebildet. Timothy Leary untersuchte die Prägung beim Menschen und stellte fest, dass Prägungen neugeprägt (durch das sogenannte Re-Imprint) werden können. Robert Dilts entwarf das entsprechende Modell dazu (Dilts, 1991b).



## **Re-Imprinting**

Durch die Methode des Re-Imprinting werden mit der jeweiligen Person fehlende Ressourcen gesucht, um den Glaubenssatz (die Prägung) zu verändern und das Rollenmodell, das sich entwickelte, auf den aktuellen, realen Alltag des Klienten anzupassen. Prägungen sind mehr als einfach nur schlechte Erinnerungen. Selbstverständlich können Prägungen signifikante positive Erfahrungen sein, die zu nützlichen Glaubenssätzen führen. Sie können aber auch traumatische oder problematische Erfahrungen sein, die einschränkende Glaubenssätze zur Folge haben und damit auch identitätsformende Ecksteine der Persönlichkeit eines Menschen sind. Glaubenssätze und unbewusste Rollenübernahmen, die in der Kindheit erworben wurden, treten im Erwachsenenalter auf. Unser Selbstbild wird beeinflusst durch die Erwachsenen-Modelle, mit denen wir aufgewachsen sind. So kann es sein, dass Menschen, die als Kinder von ihren Eltern geschlagen wurden, sich verletzt und verwirrt gefühlt haben und als Erwachsene selber ihre Kinder schlagen.

Nun zum Ablauf des Re-Imprinting selbst: Ich werde 7 Schritte schildern, die der Arzt unter Rücksichtnahme auf entsprechende Veränderungswünsche seitens seiner Patienten anwenden kann.

### **Schritt 1**

Der Patient wird gebeten, ein einschränkendes Verhalten, das geändert werden soll, zu identifizieren. Die individuelle Zeitlinienvorstellung wird mit dem Patienten ermitelt.

### **Schritt 2**

Der Patient identifiziert die entsprechenden Gefühle bzw. Symptome, wie Vorstellungen, Formulierungen, Empfindungen, die mit seinem Verhalten verbunden sind. Der Arzt hinterfragt den diesem Verhalten zugrunde liegenden Glaubenssatz. Kennzeichen für Glaubenssätze können sein: das Gefühl der Hoffnungslosigkeit, der Hilflosigkeit oder das Gefühl, nichts wert zu sein. Diese Schilderungen werden geankert mit einer für den Arzt sympathischen Technik (kinästhetischer Anker, Wortanker, Bildanker). Der Arzt eliziert die Submodalitäten, die sein Patient ihm als dazugehörig schildert. Spontannennungen, die wahrgenommen werden, können auch geankert werden.

### **Schritt 3**

Der Patient geht nun mit dem Anker auf seiner Zeitlinie zurück, die sich der begleitende Arzt vorab schildern ließ. Der Arzt bittet den Patienten gedanklich in die Vergangenheit zu gehen und sich an frühere Ereignisse zu erinnern, bei denen er das bei Schritt 2 identifizierte Gefühl hatte. Der Arzt macht sich zu jeder Erinnerung einen Vermerk, z.B. "1993 Autounfall". Der Patient wird gebeten, so weit in seiner Erinnerung "zurückzuschweben", bis er an die Stelle kommt, wo er die früheste Erfahrung mit diesem Gefühl oder Symptom gemacht hat. Der Arzt fordert den Patienten auf, an dieser Stelle den prägenden Glaubenssatz zu finden oder auch die Generalisierung herauszuarbeiten, die aus dieser Situation als Lerneffekt gewonnen wurde.

### **Schritt 4**

Der Patient wird gebeten, noch einen weiteren Schritt auf der Zeitlinie in Richtung Vergangenheit zurückzugehen, bis zu dem Punkt, wo dieses Ereignis noch nicht stattgefunden hatte. Der Arzt bittet den Patienten anschließend aus seiner time line heraus und führt ihn in die Gegenwart zurück. Er wird dann gebeten, dissoziiert auf seine Zeitlinie zu schauen, um auf die prägende Erfahrung in der Vergangenheit zu blicken. Welche Auswirkungen des Prägeereignisses auf sein späteres Leben nimmt der Patient wahr?

Vielleicht findet der Patient weitere Glaubenssätze oder Generalisierungen, die sich im Lauf der Zeit nach dem prägenden Ereignis herausgebildet haben. Falls vorhanden, wird der Patient gebeten, diese zu identifizieren.

### **Schritt 5**

Es geht jetzt darum, die positiven Absichten oder den Sekundärnutzen wie auch die guten Auswirkungen, die mit dieser Erfahrung gekoppelt sein können, zu finden. Es ist auch wichtig, beteiligte Personen, die zu diesem Ereignis gehören, ausfindig zu machen. Sollte das der Fall sein, sollte auch für diese Personen ihr entsprechendes Verhalten und die positive Absicht ermittelt werden. Der Arzt hinterfragt die positiven Absichten der beteiligten Personen.

### **Schritt 6**

Der Arzt führt den Patienten durch die Rollen aller beteiligten Personen, die mit dem Prägeereignis in Verbindung stehen:

- A Der Patient wird gebeten, aus einer dissoziierten Betrachtungsweise die Ressourcen oder Möglichkeiten herauszufinden, die der Person damals, als sie an dem Prägeereignis beteiligt war, nützlich gewesen wären oder die sie damals gebraucht hätte, aber nicht zur Verfügung hatte.  
Die Punkte, die genannt werden, kann der Patient symbolisch der Person zusenden oder als Ressource-Anker stapeln.
- B Der Patient sollte mit all diesen Ressourcen in die Erfahrung desjenigen hineingehen (assoziiieren), der sie damals bei der Prägesituation benötigt hätte. Diese Ressourcen sollen voll wirken, eventuell vorhandene Anker sollen aktiviert werden. Anschließend wird der Patient gebeten, dass er diese Person die gesamte Situation mit den neuen Qualitäten wieder erleben lassen soll (Versöhnungsstrategie).
- C Der Patient wird gebeten, wieder aus der Vergangenheit herauszutreten und dissoziativ diese gemachte Erfahrung neu einzuschätzen.  
Zum Beispiel kann der Arzt fragen: "Wie hat sich Ihre Wahrnehmung der Situation, der herausgebildete Glaubenssatz oder die Generalisierung, die mit der Prägung in Verbindung steht, verändert? Welche neue Lernerfahrung können Sie aus der gesamten Erfahrung jetzt für sich machen?"

### **Schritt 7**

Der Arzt bittet den Patienten, die wichtigste Ressource zu finden, die er gebraucht hätte, und macht diese besonders deutlich (Anker). Mit dieser Prägung geht der Patient auf der Zeitlinie erneut in Richtung Vergangenheit und zwar bis zu einem Punkt, der kurz vor der damals gemachten Erfahrung liegt.

Der Arzt gibt seinem Patienten diese wichtigste Ressource, die jetzt in seiner Vorstellung seinem jüngeren Selbst zur Verfügung steht, so dass er sie vollständig aufnehmen kann. Der Patient wird gebeten, mit dieser Vorstellung von dem Punkt vor der ursprünglichen Erfahrung die gesamte Zeitlinie hindurch bis zum Hier und Heute, bis zur Gegenwart, zu durchschreiten. Der Patient soll die Veränderungen wahrnehmen, die durch diesen Prozess stattgefunden haben.

Der Re-Imprinting-Prozess setzt voraus, dass der Patient die spezifischen Gefühle in Form von Worten oder bildhaften Vorstellungen identifiziert, die mit dem Gefühl "Sackgasse" oder einem Veränderungswunsch verbunden sind. Viele Menschen nehmen eine Vermeidungshaltung ein, weil es für sie unangenehm ist, diese Gefühle aufzurufen. Es ist aber wichtig, sie daran zu erinnern, dass durch eine Vermeidungshaltung die Einschränkung (es ist ja eine Prägesituation, die in der Vergangenheit liegt) nicht aufgelöst wird.

Der Patient sollte bei dieser Methode besonders respektvoll mit sich selbst umgehen, da es darum geht, die positive Absicht oder den Sekundärgewinn dieser negativen Prägung herauszufinden. Darüber hinaus ist es wichtig, auch andere Beteiligte herauszuarbeiten und deren positive Absicht oder Absichten ihrer Verhaltensweisen festzustellen. Die positive Absicht der beteiligten Personen kann der Patient elezitieren, indem er diese Menschen in seiner Vorstellung, die er bildhaft internal repräsentiert, direkt fragt.

Besonders bemerkenswert ist die oben angeführte "Versöhnungsstrategie", die mit diesem Prozess verbunden ist. So ist z.B. die Frage: "Was hätte Ihre Mutter damals gebraucht, um sich Ihnen als Kind gegenüber anders zu verhalten?" unter Umständen ein Prozess, der in dem Patienten sehr nahegehende Erinnerungen und Gedanken wachruft, gleichzeitig aber auch Möglichkeiten eröffnet, einen Verarbeitungsbedarf wirksam zu beenden.

Es ist auch bedeutsam für den Patienten, das Erlebnis aus den Augen dieses Menschen sehen zu lassen. Das Ende dieses Re-Imprinting-Prozesses wird damit erreicht, dass der Patient in sein "jüngeres Selbst" von damals gedanklich "einsteigt", um die Situation und die erinnerten Ereignisse bis zur Gegenwart mit neuen Möglichkeiten (Ressourcen) zu erleben.

Unter Umständen ist ein mehrfaches Durchgehen sinnvoll. Die neue Erfahrung sollte genauso stark sein wie die ursprüngliche Prägung.

### **V/K-Dissoziation**

Eine Phobie ist eine heftige Angst vor bestimmten Dingen, Ereignissen oder Situationen. Charakteristisch ist die Verkopplung von äußeren Reizen und inneren Zuständen. Ein Blockadezustand verhindert den Einsatz von Ressourcen und führt zu Kontrollverlust, die Angst ist überwältigend. Phobien, meist durch traumatische Ereignisse erzeugt, sind Schutzreaktionen, um sich vor weiteren Traumata zu bewahren. Subjektiv geht es oft um Leben und Tod, daher wird die Reaktion als absolut zwingend empfunden. Erfolge sind über die gezielte Entkopplung des inneren Zustandes vom äußeren Reiz möglich. Die Anwendung der Phobietechnik setzt eine optimale Vertrauenssituation zwischen Arzt und Patienten voraus. Kernpunkt ist die doppelte Dissoziation. Die V/K-Dissoziation (visuell/kinästhetisch) ist eine Technik mit Phobie- und Trauma-Problemen erfolgreich umzugehen. Diese Kurzzeittechnik hat NLP berühmt gemacht.

Das Prinzip der Wahlmöglichkeit bleibt grundsätzlich erhalten. Durch die Betrachtung von außen ist ein Verständnis für "die Lernsituation der phobischen Reaktion" möglich.

Phobien können äußerst vielfältig sein, sie reichen von der Angst vor dem Fliegen bis zur Angst vor engen Räumen, von der Angst vor der kleinen Feldmaus bis zur Angst, eine befahrene Straße oder eine Brücke zu überqueren. Diese Angst kann überwältigend sein, ganz unabhängig von den Ursachen ist die Reaktion, die bei solchen Menschen auftritt.

In gewisser Weise stellt eine Phobie eine echte Leistung dar. Wir stellen fest: Eine starke und sich wiederholende Reaktion stützt sich auf ein einziges Ereignis. Die betroffenen Menschen vergessen nie ihre Reaktion zu bekommen, wenn ein entsprechender Auslöser registriert wird. Eigentlich sollte es reichen, sich einmal schlecht zu fühlen – in der Situation selbst und nicht ein Leben lang.

Unangenehme Gefühle aus der Vergangenheit werden durch entsprechende assoziierte Bilder wiederbelebt. Wir sind in der damaligen Situation und sehen mit unseren Augen und fühlen genau, was war. Wenn wir dissoziiert eine Erinnerung in uns wachrufen, d.h. uns das Geschehen mit Abstand anschauen, von außen quasi, wird das Erleben in der Gegenwart anders, d.h. schwächer.

Diese Beobachtung ist der entscheidende Faktor, der es ermöglicht, schlechte Gefühle, die an vergangene Ereignisse gekoppelt sind, eigentlich auszulöschen, so dass wir aus einer für uns akzeptablen Perspektive darauf zurückschauen können. Auch wenn mit dem nachfolgend beschriebenen Prozess der Phobietechnik (V/K-Dissoziation) auch eigene Phobien angegangen werden können, ist zu empfehlen sich einen Begleiter zu suchen, der in der Lage ist, wertvolle Unterstützung zu geben bei der Arbeit an schwierigen persönlichen Problemen.

### **V/K-Dissoziation**

Der Arzt hat einen Patienten mit einer traumatischen Situation bzw. einer Phobie vor sich.

1. Der Patient wird auf einer für ihn unter Umständen schwierigen Reise in die Vergangenheit begleitet und es ist wichtig, dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, dass er mit seinem Arzt zusammen ganz sicher sein kann. Deshalb bietet es sich an, auf die Gegenwart bezogen, quasi im Hier und Jetzt einen Sicherheitsanker einzurichten, der mit der Erfahrung assoziiert wird, dass es in der Vergangenheit Situationen gab, in denen sich der Patient sehr sicher gefühlt hat. Der Arzt veranlasst den Patienten, sich diese Szene auszumalen, ein Bild zu gestalten, Worte zu hören und das sichere Gefühl zu erleben.  
Der Arzt ankert diese Sicherheit, wenn sie voll empfunden wird, kinästhetisch, z.B. durch eine Berührung auf der Hand oder Handhalten an sich. Es kann sinnvoll sein, diesen Anker die ganze Zeit hindurch zu halten oder nur dann, wenn es dem Arzt als Begleiter sinnvoll erscheint.
2. Der Patient wird gebeten sich vorzustellen, dass er vor dem Fernseher oder auch im Kino sitzt und auf den Bildschirm bzw. auf die Leinwand schaut und dort ein unbewegtes Standbild sieht.  
Eine weitere Dissoziation ist möglich, indem der Patient sich als nächstes von außen (z.B. durch ein Fenster) vor dem Fernseher oder vor der Leinwand sitzen sieht. Sollte das Bild noch heftige Reaktionen hervorrufen, sind weitere Dissoziationsstufen einzubauen. "Diese Dissoziation kann dem Phobiker ermöglichen, sich an die Erinnerung eines traumatischen Erlebnisses auf relativ unbedrohliche Weise anzunähern" (Bandler, 1990, S. 29).
3. Der Patient wird gebeten, auf seiner Zeitlinie zurückzugehen bis zu dem Ereignis, das die Phobie zum ersten Mal auslöste. Vielleicht findet der Patient nicht die allererste, aber wenigstens die frühestmögliche Erinnerung. Der Patient soll jetzt auf dem Bildschirm oder auf der Leinwand einen Film ablaufen lassen, der mit einer Szene aus der Zeit beginnt, als der Patient vor einem belastenden Ereignis noch in Sicherheit war, und der Film soll weiter laufen bis unmittelbar zu dem Punkt, an dem das unangenehme Ereignis vorüber und er wieder in Sicherheit war. "In der Erinnerung wird er sich von einem sicheren Platz durch das Ereignis hindurch zu einem anderen sicheren Platz bewegen. Dies stellt das traumatische Ereignis in einen größeren Erfahrungsrahmen" (Bandler, 1990, S. 29). Der Patient sieht diesen Film aus der zweifach dissoziierten Position. Er schaut dabei zu, wie er vor dem Fernseher sitzt und die Leinwand betrachtet, auf der sein jüngeres Selbst auf der Leinwand die Erfahrung erlebt. Sinn dieser Prozedur ist es, die erforderliche emotionale Distanz aufrechtzuerhalten. Aus dieser zweifach dissoziierten Position heraus beobachtet der Patient seine eigene Physiognomie, seinen eigenen Zustand in der Sitzposition, wenn er auf die Leinwand schaut. Wenn der Arzt anhand der sichtbaren Veränderung (Physiognomie) erkennt, dass der Patient in den phobischen Zustand zu kommen droht, wird der Patient aufgefordert, die Szene sofort auszublenden und die Leinwand leer zu sehen.  
Während der Patient den Film noch einmal ablaufen lässt, verändert der Arzt die Submodalitäten, d.h., die Bilder werden auf verschiedene Art und Weise verändert, z.B. werden sie dunkler oder heller, weiter weg oder näher, größer oder kleiner, klarer oder verschwommener. Ziel dieser Submodalitätenarbeit ist es, die

Intensität der belastenden Gefühle abzuschwächen. Auch das trägt dazu bei, mit dem Ereignis besser zurechtzukommen.

Fällt der Patient in das Ereignis zurück, wird er sofort ins Hier und Jetzt geholt und die angenehmen Sicherheitsanker werden aufgerufen und verstärkt.

Der Erfolg ist dann sichergestellt, wenn es gelingt, den Film der belastenden Situation einmal in Ruhe ganz zu sehen.

4. Wenn der Film zu Ende ist, kann dem Patienten gratuliert werden: Er hat das Ereignis erlebt, ohne in die negativen Emotionen zu verfallen.
5. Der Patient wird gebeten, in die Leinwand hineinzugehen und seinem jüngeren Selbst (das Ereignis liegt ja in der Vergangenheit) Hilfe und Unterstützung, Mut und Zuversicht zukommen zu lassen. Der Patient selbst kann seinem jüngeren Selbst in der Vergangenheit glaubhaft versichern: "Du, ich bin aus Deiner Zukunft und ich weiß, dass Du es gut überlebt hast, und es ist alles in Ordnung. Du brauchst dieses Ereignis von jetzt an nie mehr durchzumachen."  
Es ist durchaus möglich, dass die traumatische Situation, die Phobie, im Ursprung eine tatsächliche Gefahr für den Patienten war, so dass es nützlich sein kann, einen gewissen Respekt zu behalten. Wenn es sich um eine Spinnenphobie handelte, ist der Respekt vor bestimmten Spinnen weiterhin gesund. Die lähmende Furcht sollte jedoch verschwunden sein.
6. Hat das der "jüngere Mensch" verstanden, wird der Patient gebeten, das Bild auf dem Bildschirm oder auf der Leinwand in seinen eigenen Körper zurückzubringen, um die unter Umständen tiefgreifenden Veränderungen zu integrieren.
7. Der Patient soll nun einen Schritt in die Zukunft machen. Er wird gebeten, sich assoziiert eine Situation vorzustellen, die ähnlich wie die vergangene verlaufen könnte. Dies kann unter Umständen Angst hervorrufen, es sollte aber nicht die vorhergehende, lähmende Angst sein (Übungsformat aus den NLP-Practitioner-Ausbildungsunterlagen).

Als Alternative möchte ich eine leichte Variation zu dem gerade Beschriebenen in Kurzform anbieten, um die Möglichkeiten der V/K-Dissoziation noch etwas zu verdeutlichen.

### **Phobietechniken**

1. Auslösesituation herausarbeiten  
Der Patient kennt die Situation und beschreibt die Einbettung in sein Leben. Gegebenenfalls wird er durch den Arzt auf der Zeitlinie zurück geführt.
2. Dissoziation aufbauen  
Um die Auslösesituation sicher und im Gleichgewicht erleben zu lassen, Schwarzweißfoto vom Zeitpunkt unmittelbar vor dem Eintreten des Ereignisses auf eine Leinwand projizieren; gegebenenfalls mehrfach dissoziieren.
3. Aus der Dissoziation das Foto in einen Film verwandeln und den Film von vorher bis nachher anschauen, den Sinn der Angst erkennen und würdigen und feststellen lassen, woraus der Organismus gelernt hat, Angst zu haben (reframen). Die Frage stellen, "Wie kann ich mich in Zukunft schützen?"
4. Einen guten Zustand im Hier und Jetzt finden (unterbrechen). Dem Patienten helfen, Ressourcen zugänglich zu machen, die dem jüngeren Selbst bevor die Phobie gestellt wurde gegeben werden können. Es sollen Fähigkeiten aus dem Erwachsenen-zustand zufließen, um eine andere Wahrnehmung des Zustandes zu ermöglichen.

5. Ressourcen verankern und stapeln. Die Ressourcen so einrichten, dass sie für das jüngere Selbst und für die Situation von damals passend sind.
6. Der Patient wird gebeten, den Film mit den gegebenen Ressourcen erneut ablaufen zu lassen und in dem Moment der Weichenstellung (Ereignis) diese Ressourcen zu aktivieren (feuern). Der Patient nimmt bewusst wahr, wie das jüngere Selbst die Sache mit den Ressourcen meistert.
7. Unter Umständen ist der Film rückwärts schnell ablaufen zu lassen und assoziiert zu sehen, um dann vorwärts mit Ressourcen weitere Veränderungen zu ermöglichen. Der Arzt sollte Submodalitäten einsetzen (heller/dunkler, näher/weiter, größer/kleiner, deutlicher/verschwommener usw.).
8. Überprüfung: Sind alle Persönlichkeitsanteile des Bekannten mit der Prozedur einverstanden? Der Arzt klärt ab, ob alles in Ordnung ist. Sollte es Vorbehalte oder Zweifel geben, prüft der Arzt gegebenenfalls, einen erneuten Durchlauf zu starten, unter Umständen erst bei einem weiteren Termin (Übungsformat aus den NLP-Practitioner-Ausbildungsunterlagen).

Eine weitere Möglichkeit, diese Technik einzusetzen, ist es, ein neues Verhalten zu schaffen, Verhalten zu verändern oder zu verbessern. Hier die einzelnen Schritte, die mit Patienten durchgegangen werden können:

1. "Stellen Sie sich selbst oder ein Modell von Ihnen auf einer Plattform vor. Etablieren Sie in Ihrer Phantasie das neue erwünschte Verhalten dissoziiert (visuelle Konstruktion)."
2. "Versetzen Sie sich in die Rolle eines Regisseurs, was Ihnen die Dissoziation bewusst macht. Kreieren Sie ein Bühnenstück oder einen Videofilm. Formulieren Sie das, was Sie sehen und hören. Beschreiben Sie auch das Umfeld und die beteiligten Personen (visuell und auditiv konstruieren)."
3. "Wenn das Drehbuch im Kopf fertig ist, gehen Sie in Gedanken assoziiert auf die Plattform und erleben Sie ganzkörperlich: fühlen, hören Sie die Szene. Betrachten Sie die Mitspieler und das Umfeld. Hören Sie, was die anderen sagen und welche Geräusche es gibt (kinästhetisch)."
4. "Stellt dieses Verfahren mit neuen Verhaltensweisen Ihre Vorstellungen oder Ziele dar? (Falls nein, sollten die Punkte 1 bis 3 noch einmal bearbeitet werden, bis Zufriedenheit erreicht ist [kinästhetisch positiv])."
5. "Überlegen Sie sich ein inneres oder äußeres Symbol (Anker), das Sie als Auslöser für das neue Verhalten benutzen können."
6. "Stellen Sie sich in der Phantasie eine zukünftige Situation vor und machen Sie einen Probedurchgang. Lösen Sie dabei den gewählten Anker auf (Symbol) und erleben Sie das neue Verhalten." (Übungsformat aus den NLP-Practitioner-Ausbildungsunterlagen).

Bandler empfiehlt die Phobie-Technik in fünf Minuten durchzuführen und so lange zu wiederholen, bis die Erinnerung zerstört wird. Damit die Veränderung Bestand hat, muss die Phobie-Technik schnell durchgeführt werden (Bandler, 1992). Bei der Ultrakurzzeittherapie wird aus der Tragödie eine Komödie gemacht, indem der Film mit Zirkusmusik unterlegt wird (bei einem auditiven Zugang zu empfehlen) oder der Film rückwärts laufen gelassen wird.

McDermott und O'Connor skizzieren die Einsatzmöglichkeiten der Phobietechnik in der Behandlung von Allergien. Sie schreiben, dass Allergien die Phobien des Immunsystems sind. Bei einer Allergie gegen Pferdehaar, Hausstaub, Gräser o.ä. reagiert das Immunsystem ähnlich wie der Mensch auf eine Spinne. Bei der Spinnenphobie zeigt die Person beim Anblick eine heftige Reaktion entgegen aller Vernunft.

Die Substanzen bedrohen bei der Allergie das Immunsystem nicht, aber es reagiert dementsprechend. Symptome für Allergien sind tränende Augen, Niesen, laufende Nasen, Hautausschlag, Kurzatmigkeit etc.

Eine Allergie tritt häufig in der Kindheit auf bei einer schlechten Erfahrung mit dem Allergen. Die Reaktion bleibt häufig ein Leben lang. Das Allergen fungiert als Anker, das die Allergie auslöst. Die Allergie-Technik im NLP kann begleitend zur medizinischen Therapie eingesetzt werden, um leicht zu identifizierende Auslöser zu behandeln. Die dahinter steht die Anker-Technik: das Immunsystem wird neu geankert, indem die Verbindung zwischen Reiz (Allergen) und Reaktion (Allergie) unterbrochen wird (McDermott/O'Connor, 1997).

Beschreibung der Allergie-Methode in Kurzform:

1. Der Arzt richtet einen Notausgang ein: Hierbei handelt es sich um eine angenehme, allergiefreie, entspannte Erinnerung, auf die der Patient zurückgreifen kann, wenn die Methode ihn zu sehr anstrengt. Diese Erinnerung wird durch eine Berührung am Arm geankert, so dass der Patient bei erneuter Berührung in den Entspannungszustand zurückkehren kann.
2. Der Arzt bittet den betroffenen Patienten, sich vorzustellen, er befände sich gerade in der Nähe des Allergens. Er hinterfragt, wie sich die allergische Reaktion bemerkbar macht, wenn der Patient dem Allergen ausgesetzt ist. Der Arzt kalibriert die Anzeichen der Allergie (feuchte Augen, Veränderung der Hautfarbe, Veränderung der Atmung), so dass beide die Anzeichen leicht wiedererkennen können.
3. Der Arzt erklärt dem Patienten das Ursache-Wirkungsprinzip und wie sich das Immunsystem irrt und dass diese Methode sinnvoll ist und auf der Basis medizinischer Forschung entwickelt wurde.
4. Der Arzt prüft den Sekundärnutzen und klärt die Bereitschaft zur Aufgabe der Allergie ab: Wie würde für den Patienten ein Leben ohne Allergie sein? Welchen Nutzen bringt ihm die Allergie? Arzt und Patient suchen eine Lösung, den Nutzen ohne die Allergie beibehalten zu können. Vielleicht müssen neue Möglichkeiten im Umgang mit Stresssituationen gesucht werden und ein Reframing durchgeführt werden.
5. Der "Ersatzstoff" sollte dem Allergen so ähnlich wie möglich sein, ohne jedoch die allergische Reaktion auszulösen. Es ist also denkbar bei einer Allergie auf Bienenstiche, eine Wespe, als Ressource zu nehmen oder bei einer Gräserallergie Blüten. Der Patient wird gebeten, sich in einem assoziierten Bild den Kontakt mit diesem Hilfsmittel vorzustellen. Hierbei sollte keine allergische Reaktion auftreten. Der Arzt schafft durch eine Berührung am Arm einen Hilfsanker für diesen Zustand und hält den Anker bis zum Ende des Vorgangs (bis zu Punkt 9).
6. Der Patient wird gebeten sich zu dissoziieren, indem er sich vorstellt, dass er hinter einer gut abgedichteten Glaswand steht.
7. Der Arzt bittet den Patienten, sich in der Nähe des Allergens zu sehen: Er beobachtet sich selbst, wie er auf der anderen Seite der Glaswand ganz normal auf das Allergen reagiert.
8. Der Arzt führt den Patienten zu sich selbst zurück: Der Patient wird gebeten die Wand zu entfernen und in sein Ich zu schlüpfen, sich zu assoziieren.

9. Der Patient stellt sich vor, wie er in der Zukunft auf das Allergen trifft, und der Arzt beobachtet, ob eine allergische Reaktion auftritt. Falls es möglich und der Situation angemessen ist, testet der Arzt vorsichtig mit der Substanz, auf die der Patient früher allergisch reagierte (McDermott/O'Connor, 1997).

Für den Leser mag der Erfolg der Allergiemethode vielleicht schwer nachvollziehbar sein. Ich habe selber während meiner NLP-Master-Ausbildung die Wirkung miterlebt. Da wir im Sommer die Möglichkeit nutzten, im Freien die NLP-Methoden zu üben, trat bei einem Teilnehmer eine heftige allergische Reaktion auf (Augen tränen, Nase laufen). Unser NLP-Lehrtrainer führte die NLP-Allergie-Methode mit dem Teilnehmer durch und er hatte an diesem und an den weiteren Wochenenden keine weiteren allergischen Reaktionen.

Weitere Einsatzmöglichkeiten der Zeitlinienarbeit bieten sich in der Beseitigung von Lernhemmungen, die auch auf negativen Erlebnissen in der Vergangenheit (meist aus der Schulzeit) beruhen. Bei der Veränderung einer Lernhemmung wird das spezifische Gefühl des Schwerfallens identifiziert. Mit diesem Gefühl wird auf der Zeitlinie die erste Erfahrung dieses Widerstandes gesucht. Der Patient dissoziiert sich von der Erfahrung, indem er den Widerstand als Film betrachtet, in dem er selber mitspielt. Die positive Absicht des Widerstandes wird erarbeitet und Ressourcen bzw. Wahlmöglichkeiten werden identifiziert, die der Patient damals gebraucht hätte und die ihm nicht zur Verfügung standen. Der Patient wiederholt den Film und sieht sich mit diesen Ressourcen, die er damals gebraucht hätte. Anschließend begibt er sich assoziiert in den Film hinein. Der Vorgang kann immer wiederholt werden, wenn etwas Neues gelernt werden soll, wie z.B. weitere berufliche Abschlüsse.



## 8. Baustein: Metaprogramme, Sorting Styles, SCORE-Modell

### Metaprogramme, Sorting Styles

Es ist manchmal äußerst schwierig, einem Mitmenschen eine Verhaltensempfehlung überzeugend zu vermitteln. Die Ursache liegt oft darin, dass es Patienten nicht möglich ist, das neue Verhalten mit der Art und Weise in Einklang zu bringen, wie sein entsprechendes Umfeld wahrgenommen und gedeutet wird (s. Ausbildungsbaustein 1, Die Landkarte ist nicht das Gebiet).

Die Schlussfolgerungen aus Wahrnehmung und Deutung nennen wir "Glaubenssätze" (beliefs). Sie enthalten Erfahrungen, die "vor" dem jeweiligen Verhalten bzw. vor der guten Kommunikation gemacht wurden. Diese Erfahrungen stellen quasi einen "Vorbeitrag" zur Verfügung, auf welche Art und Weise die Welt erkannt und gedeutet wird.

In dem Modell von Korzybski (General Semantics, Science and Sanity, 1930) wird zwischen Beschreibungen und Schlussfolgerungen (Glaubenssätzen) unterschieden. Auch Patienten handeln häufig nicht auf der Basis von Beschreibungen, sondern auf der Basis von Urteilen (Glaubenssätzen). Nicht die Beschreibung: "Ich habe erhebliche Probleme mit meiner Zeitorganisation", motiviert einen Menschen, sich Rat zu suchen. Eine Beschreibung wie diese ist "weitgehend" neutral. Sie motiviert zunächst zu nichts. Allerdings wird die Beschreibung bewertet. "Ich stehe so unter Stress, dass ich es nicht mehr aushalte." Oder: "Der Stress wird sich schon wieder legen." Oder: "Ein Arbeitskollege hat mir doch erzählt, dass ein entfernter Bekannter, der auch täglich so gestresst war, einen Hörsturz erlitten hat. Ob mir auch so etwas passieren kann?" Ein "neutrales" Beispiel: "Es regnet." Diese Feststellung fördert erst dann den Willen, einen Regenschirm zur Hand zu nehmen, wenn man das Haus verlassen möchte (Verhalten) und es mir unangenehm ist (Erfahrung von früher), nass zu werden.

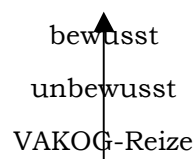
Glaubenssätze und in Glaubenssätzen enthaltene Werte sind daher erforderlich, um Verhalten in Gang zu setzen. Sie entstehen erst auf einer sehr hohen Ebene (Abstraktion) der Verarbeitung von Sinneseindrücken.

Im Modell Korzybskis sind Glaubenssätze Abstraktionen höherer Ordnung. Sie sind Interpretationen von Wahrnehmungen, Ideen, Gefühlen und Intentionen.

Glaubenssätze sind Verallgemeinerungen über

- Zusammenhänge,
  - Bedeutungen,
  - Grenzen,
- die sich auf
- die Welt um uns herum,
  - spezielle Verhaltensweisen,
  - Fähigkeiten,
  - unsere Identität (Dilts, 1991a)

beziehen. Gregory Bateson beschrieb Glaubenssätze als eine Form des Meta-Learnings. Metalearning ist das "Lernen zu lernen" (s. Pawlow, klassische Konditionierung). Glaubenssätze sind ein Teil des semantischen Kontextes, in dem einem Reiz vom kognitiven System eine Bedeutung zugewiesen wird. Sie wirken daher wie WahrnehmungsfILTER. Reihenfolge der Verarbeitung konkreter, sinnesspezifischer Informationen (Jochims, 1995):



Wenn das "Lernen zu lernen" vieltausendfach im Laufe von Lebensjahren als Kind, Jugendlicher oder Erwachsener auch durch und mit Glaubenssätzen (im Sinne von Schlussfolgerungen) stattfindet, bilden sich dadurch (neben anderen vorhandenen) Metaprogramme (Sorting Styles), die nach ganz bestimmten Kriterien "geschaltet" bzw. benutzt werden.

Dazu einige Beispiele von Metaprogramm-Mustern, die wir (auch als Patienten) verfügbar haben. Verfügbar als Grundausrüstung, die je nach Situation zugänglich bzw. nicht zugänglich (blockiert) ist.

- \* Annäherung an Aufgaben/Probleme
  - ✎ auf das Positive zu, pro-aktiv
  - ✎ vom Negativen weg, reaktiv
- \* Chunk-Größen
  - ✎ große Chunks, Generalisierungen
  - ✎ kleine Chunks, Details
- \* Zeitrahmen
  - ✎ kurzfristig, mittelfristig, langfristig
  - ✎ Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft
- \* Lösungsannäherungen
  - ✎ Aufgaben (Leistungen)
    - a) Wahlmöglichkeiten, Ziele
    - b) Prozedere, Operationen
  - ✎ Beziehungen (Einfluss, Geltung, Zugehörigkeit)
    - a) Selbst (ich, mein, mir)
    - b) Andere (du, sie, ihr, sein)
    - c) Kontext (wir, uns, das Unternehmen, die Branche)
- \* Vergleichsmethoden
  - ✎ Ähnlichkeiten (Match) - Konsens
  - ✎ Unterschiede (Mismatch) - Konfrontationen
- \* Denkstile
  - ✎ Vision
  - ✎ Aktion
  - ✎ Logik
  - ✎ Emotion
  - ✎ Ratio
  - ✎ Kreativität

Natürlich "sortieren" wir unsere Schlussfolgerungen, Glaubenssätze und Wertvorstellungen. Unsere Ziele stehen in einem Zusammenhang mit unseren Kriterien. Die Evidenz steht in Zusammenhang mit dem, was Kriterien-Äquivalenz genannt wird.

Kriterien und Werte sind gewöhnlich sehr allgemein, abstrakt, auch mehrdeutig. Sie können viele Formen annehmen. Meine eigene Kriterien-Äquivalenz ist meine spezifische sensorische oder verhaltensmäßige Demonstration oder die (Referenz-) Erfahrung, die ich benutze, um zu wissen, ob ein Kriterium eines Wertes erfüllt ist. Der Verlauf der Klarstellung, des Augenscheins verbindet das "warum" mit dem "wie" (Evidenz-Prozedur) (Dilts, 1991a).

Zum Beispiel: Die Form der sensorischen Evidenz, die ein Arzt benutzt, um eine Idee zur Beratung eines Ratsuchenden zu bewerten, beeinflusst in erheblichen Maße, ob er selbst jene Idee akzeptieren und verstärken (dem Patienten anbieten) oder ablehnen und ignorieren wird. Ein Schlüsselfaktor bei Evidenz-Prozeduren ist der Bezugsrahmen. Auch hier ein Beispiel: Benutzt ein Arzt seine eigene Reaktion oder die Reaktion eines anderen Menschen; d.h., achtet er bei einer Überlegung, wie er einen Patienten zu behandeln gedenkt, mehr auf sein Gefühl bzw. wird bei der Überlegung (Ratio) ein bestimmtes Gefühl (Emotio) erzeugt? Es gibt auch die Möglichkeit, dass er seinen Lösungsplan gleich gedanklich auf die mögliche Reaktion des Gegenübers hin überprüft.

Tauchen dabei Zweifel auf, wird er unter Umständen seine geplante Vorgehensweise modifizieren, bevor er ihn an- oder ausgesprochen hat.

Diese Metaüberlegungen (Sorting Styles) sind gleichermaßen auch bei Patienten vorhanden und bestimmen die Mitarbeit (Compliance) und damit in hohem Maße, gerade bei Patienten mit psycho-somatischen Beschwerden, den Beratungserfolg.

Ein Mensch, der aufgrund seiner persönlichen Probleme eine Psychotherapie verordnet bekommt, und das Kriterium Hemmung oder Scham (so etwas tut man doch nicht) als Barriere empfindet, wird (abhängig von der Problemintensität) diese Lösung nicht nutzen, unter Umständen nicht einmal seine (innere) Ablehnung verbal äußern. Der Ablehnungsdruck kann aber auch von "außen" (s.o.) kommen. Z.B.: Der Arbeitskollege sagt: "Wer hat Dir denn das verordnet? Da gibt es doch wesentlich bessere Möglichkeiten." Das nachfolgende Schema mag dieses Phänomen etwas deutlicher darstellen:

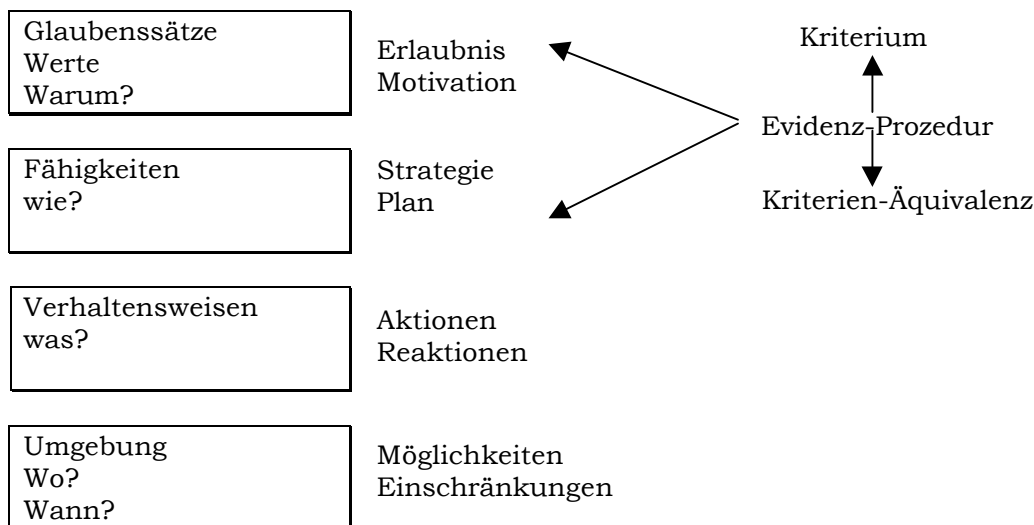


Abbildung 16: Logische Ebenen und Evidenz-Prozedur (NLP-Ausbildungsunterlagen)

Kriterien stellen für uns einen nützlichen Weg dar, um unser Leben mit Hilfe von Verallgemeinerungen zu organisieren. Es sind häufig Nominalisierungen, die auf verschiedene Kontexte angewendet werden können, um Ziele zu bewerten.

Wir kennen positive oder fördernde Kriterien, Dinge, Beziehungen und Bedürfnisse, auf die wir uns (hoffentlich) zubewegen und negative limitierende Kriterien, die wir vermeiden wollen.

Sie werden auch als "Sortierzugänge" (Sorting Gates) benannt, deren Erreichung durch Metaprogramme oder auch Sorting Styles beschrieben werden.

Hier eine Auswahl von möglichen Werten, Kriterien, Bedürfnissen und Intentionen, die jeder nach Belieben ergänzen kann:

- |                  |                  |                |
|------------------|------------------|----------------|
| Achtung          | Gerechtigkeit    | Kreativität    |
| Aktivität        | Geschmack        | Lässigkeit     |
| Anerkennung      | Geselligkeit     | Liebe          |
| Akzeptanz        | Gesundheit       | Lust           |
| Ausgeglichenheit | Glaube           | Luxus          |
| Bildung          | Gleichheit       | Macht          |
| Beziehung        | Glück            | Menschlichkeit |
| Distanz          | Harmonie         | Mitgefühl      |
| Disziplin        | Heiterkeit       | Mut            |
| Ehre             | Herkunft         | Neugier        |
| Ehrlichkeit      | Humor            | Nähe           |
| Einfluss         | Höflichkeit      | Natur          |
| Erfolg           | Individualismus  | Nützlichkeit   |
| Familie          | Jungfräulichkeit | Objektivität   |

Freiheit	Kameradschaft	Offenheit
Freude	Klugheit	Ordnung
Freundschaft	Komfort	Persönlichkeit
Frieden	Kompetenz	Pflichtbewusstsein
Gastlichkeit	Korrektheit	Phantasie
Pünktlichkeit	Rechtmäßigkeit	Vergnügen
Redegewandtheit	Spaß	Vernunft
Reichtum	Stärke	Vertrauen
Ruhe	Tapferkeit	Wahrheit
Ruhm	Tatkraft	Wechsel
Sauberkeit	Toleranz	Weisheit
Schönheit	Treue	Zärtlichkeit
Überleben	Zeitersparnis	Selbstverwirklichung
Sexualität	Umweltschutz	Zeitlosigkeit
Sicherheit	Unabhängigkeit	Zugehörigkeit
Sinn	Verantwortung	_____

Nach welchen Kriterien legen Ärzte und ihre Patienten Prioritäten fest? Wie wird mit Hilfe von Metaprogrammen "sortiert"? Vielleicht ist die kleine Zeichnung auf der nächsten Seite hilfreich, um sich ein Bild zu machen.

## Metaprogramme Sorting Styles

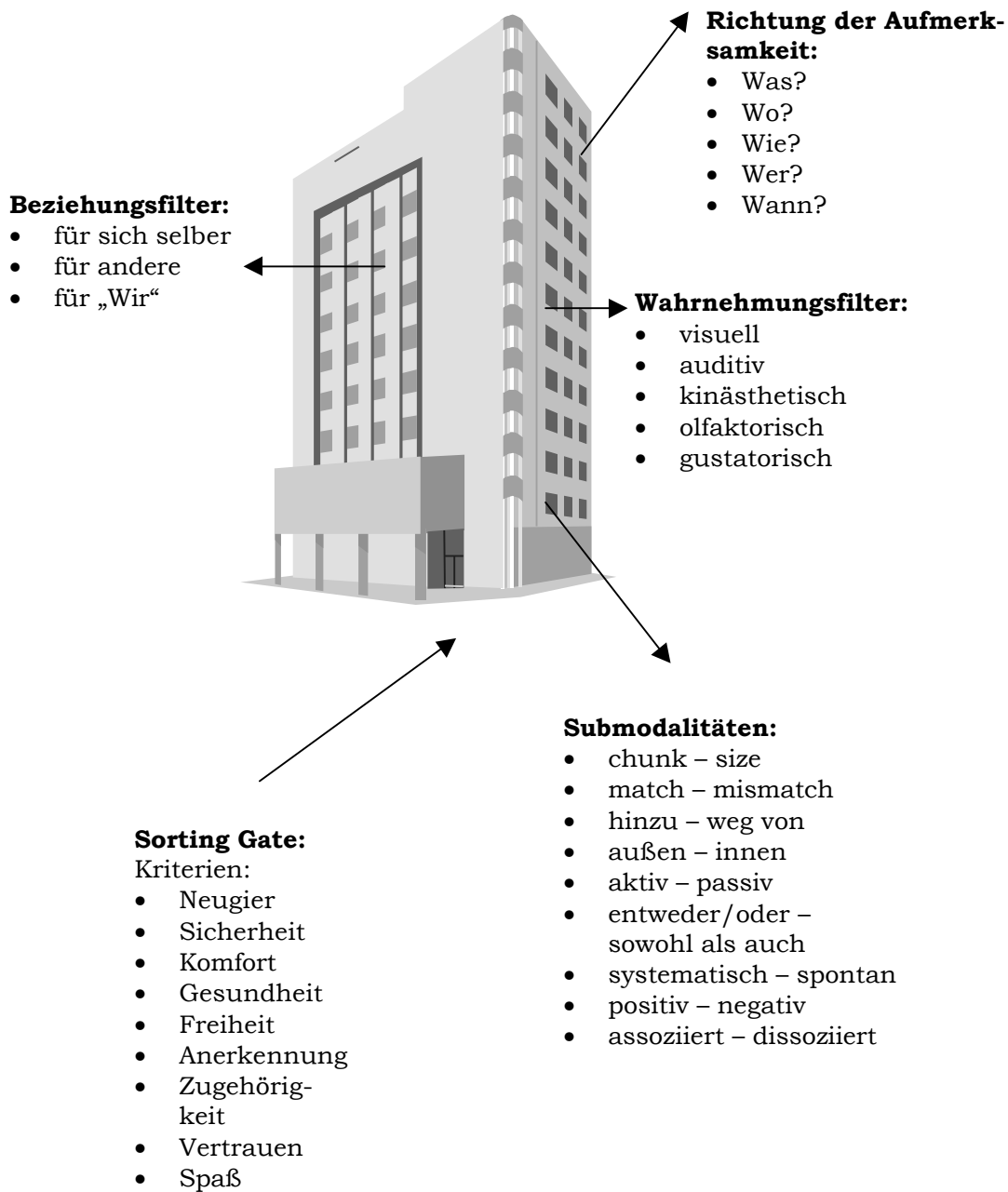


Abbildung 17: Metaprogramme (NLP-Practitioner-Ausbildungsunterlagen)

## SCORE-Modell

Dieses Veränderungsmodell SCORE oder auf deutsch SUZEW zeigt die primären Komponenten auf, die notwendig sind, um Informationen über jede Art von Zielsetzung oder Veränderung effektiv zu organisieren. Folgende Elemente repräsentieren die Mindestmenge an Informationen, die zusammengebracht werden muss, um Veränderungen zu bewerkstelligen.

Die Buchstaben stehen bei SUZEW für:

**S**ymptome  
**U**rsachen  
**Z**iele oder erwünschter **Z**ustand  
**E**nergiequellen  
**W**irkungen

Die Buchstaben bei SCORE (engl.) stehen für:

**S**ymptoms  
**C**auses  
**O**utcomes  
**R**essources  
**E**ffects

- \* Symptome  
sind gewöhnlich und typischerweise die am leichtesten erkennbaren und bemerkbaren Aspekte eines sich darstellenden Problems oder eines gegenwärtigen Zustandes.  
"Hallo Heinz, ich kann vor lauter Problemen nicht mehr klar denken!"
- \* Ursachen (Causes)  
sind die zugrundeliegenden Elemente, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptome beitragen bzw. dafür verantwortlich sind.
- \* Ziele (Outcomes)  
bzw. die erwünschten oder geplanten Zustände, auch Ergebnisse werden angestrebt, um an die Stelle der Symptome gesetzt zu werden.
- \* Energiequellen (Resources)  
sind Elemente, mit deren Hilfe ein Ziel erreicht werden kann. Die Energie-"Rohstoffe" können in die Vergangenheit, in die Gegenwart und in die Zukunft eines Gesamterlebens eingebracht werden. Wo und wie die Energie- oder Kraftquellen, also Ressourcen, eingebracht werden sollen, ergibt sich aus der Wahl der Veränderungstechnik.
- \* Wirkungen (Effects)  
sind Ergebnisse, auch Antworten, Resultate des Erreichens von Zielen. Sie können auch Reaktionen auf das Erreichen eines bestimmten Ergebnisses (Zieles) sein. Oft wird die erwünschte Wirkung eines Ergebnisses irrtümlich für das Ergebnis selbst gehalten. Diese positiven Wirkungen sind oft der Grund oder die Motivation dafür, überhaupt ein Ergebnis anzustreben. Daher ist die Darstellung des Nutzens sinnvoller als die Darstellung der sachlichen Tatsache. Zum Beispiel statt "... Ihre Probleme werden sich lösen", besser "... dann können Sie am Wochenende wieder einmal richtig ausspannen."

Um das "SUZEW-Modell" der Veränderung effektiv im Umgang mit Patienten oder Mitarbeitern anwenden zu können, wird der Arzt besonders auf "Wichtige Hinweise" achten.

Wichtige Hinweise sind die spezifischen Charakteristika oder Merkmale, die mit jedem der oben beschriebenen Elemente verbunden sind.

- \* Zugangshinweise (Augenbewegungsmuster)

- \* Prädikate (zeigen Repräsentationssysteme an)
- \* Meta-Modell-Muster (Sprachmuster)
- \* Körperhaltung, Mimik, Gestik
- \* kritische Submodalitäten
- \* Meta-Programm-Muster
- \* Kriterien
- \* Überzeugungen (Glaubenssätze)

In einem Gesprächsverlauf wird der Arzt sich vielleicht auch "verhaltensmäßige Demonstrationen" zeigen lassen. Sie sind spezifische beobachtbare und aktuelle Beispiele für die "wichtigen Hinweise".

Eine Verhaltensdemonstration sollte für jedes der "SUZEW"-Elemente elizitiert werden. Ein weiterer Aspekt in diesem Veränderungsmodell ist die jeweilige "Ebene der Veränderung" (s. logische Ebenen). Sie stehen in der hier dargestellten hierarchischen Beziehung zueinander:

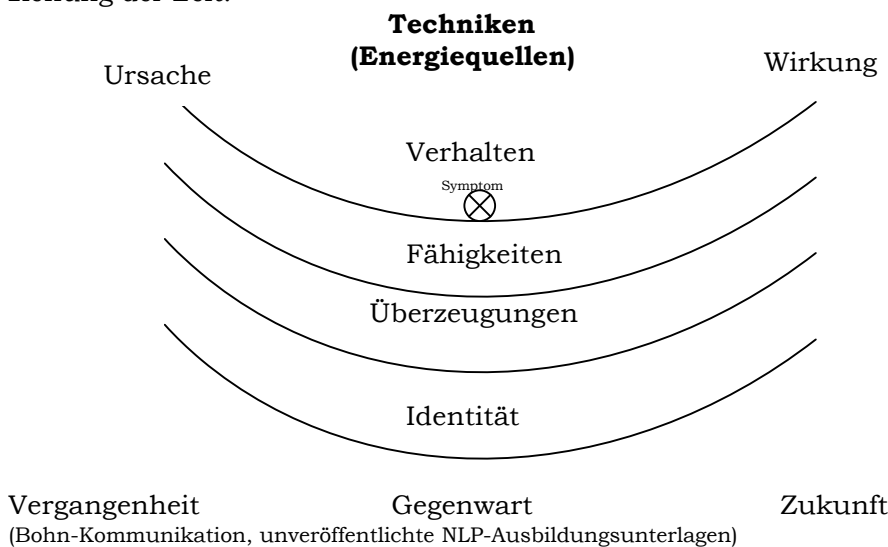
- \* Verhalten (spezifisches ...)
- \* Fähigkeiten
- \* Überzeugungen (Glaubenssätze)
- \* Identität

Jede dieser Ebenen ist umfassender und einflussreicher als die ihr vorhergehende. Deshalb ist es wichtig, zu wissen, auf welcher Ebene die SUZEW-Elemente auftreten.

Tabelle 5: SUZEW

<b>Symptome</b> gegenwärtiger Zustand	<b>Ursachen</b> Problemzu- stand	<b>Ziele</b> erwünschter Zustand	<b>Energiequellen</b> Techniken	<b>Wirkungen</b> Ökologie, Resultate
wichtige Hin- weise verhaltens- mäßige De- monstration	wichtige Hin- weise verhaltens- mäßige De- monstration	wichtige Hin- weise verhaltens- mäßige De- monstration	wichtige Hin- weise verhaltens- mäßige De- monstration	wichtige Hin- weise verhaltens- mäßige De- monstration
Ebene der Ver- änderung	Ebene der Ver- änderung	Ebene der Ver- änderung	Ebene der Ver- änderung	Ebene der Ver- änderung

Eine andere Möglichkeit der Darstellung (und der eventuellen Nutzung) ist die Einbeziehung der Zeit:



Zu guter Letzt möchte ich anhand des SCORE-Modells einen Überblick über die auf den vergangenen Seiten vorgestellten Inhalte der NLP-Practitioner-Ausbildung geben:

Tabelle 6: SCORE-Modell

<b>Methode</b>	<b>Symptom, Störung</b>	<b>Cause, Ursache</b>	<b>Outcome, Ziel</b>	<b>Ressource, Energiequelle</b>	<b>Effekt, Ergebnis</b>
<b>Problembestimmung</b>	Unklarheit, negativer Zustand	fehlende Kraft, Überforderung	Position ermitteln	Assoziation, Dissoziation, VAKOG	Ausrichtung, Vorbereitung neue Wege zu gehen
<b>Zielbestimmung</b>	Ziellosigkeit, Unklarheit, Unentschlossenheit	es war noch kein Wunsch da; mangelnde Motivation; Vergangenheitsorientierung	Zukunftsorientierung, lohnenswertes Ziel; Lebenswille	positive Ahnungen, Visionen; Imagination	Zielmagnetismus, Lebensfreude, neue Ziele, Tatkraftorientierung
<b>Ankern</b>	Blockierung, K-, Steckenbleiben, Verwirrung, Ineffizienz	mangelhafte Flexibilität und Wahlmöglichkeiten, ungünstige, unbekannte Abfolge eines Prozesses; zu große Schritte	neutralisieren, fließen, Grenzerweiterung, VAKOG, Effizienz, autonomes Weiterkommen, zweckmäßige Sequenz	positive Zustände, andere Personen, kleinere Schritte, andere Zustände, optimale Sequenz, Modelling, Ankern, VAKOG	neue Möglichkeiten und Ausrichtungen, neue - Ebene der Effektivität und des Vertrauens, neues Funktionieren
<b>Moment of Excellence</b>	Angst, fehlendes Selbstvertrauen, K-	Unsicherheit, früheres Versagen, mangelnde Kraft	aktuelle Situation angemessen meistern, Wechsel -/+	Zugang zu positiven Fähigkeiten wieder herstellen	Vollkommenheit, Gelassenheit, Ruhe, Selbstvertrauen
<b>Meta-Modell</b>	diffuse Beschreibung, gestörte Kommunikation, schwebt in den Wolken	Tilgungen, Verzerrungen, Generalisierungen	präzisieren, fokussieren	von der Oberflächenstruktur zur Tiefenstruktur, Fragen	Klarheit, Bewusstwerden, Realitätsnähe
<b>Logische Ebenen</b>	persönliche Inkongruenz ; Ich tue etwas, was für mich nicht stimmt	Konflikt zwischen Persönlichkeitsebenen; Unbewusstheit, Fremdbestimmung	Kongruenz, Lernmöglichkeiten erkennen, Standort bestimmen	Entwickeln der Ebenen, stimmiger Neuentwurf, Mentor, Alig-nement, assoziiert, dissoziiert	Ganzheitlichkeit, Einklang, Sicherheit, Einschätzbarkeit des Selbst



<b>Methode</b>	<b>Symptom, Störung</b>	<b>Cause, Ursache</b>	<b>Outcome, Ziel</b>	<b>Ressource, Energiequelle</b>	<b>Effekt, Ergebnis</b>
<b>Kontext-reframing</b>	Verhalten ist in einer Situation unangemessen	Situationen werden verwechselt, Inkongruenz, Werte contra Verhalten	angemessenes neues Verhalten, Orientierung, Kontext finden	Erfahrungen, Wissen, Vorstellungen, Vorbilder	Wahlmöglichkeiten, Neustart
<b>Verhandlungsreframing</b>	Zerrissenheit, innerer Konflikt, Entscheidungsprobleme	Konflikt innerer Teile, Teile arbeiten gegeneinander, Teile kennen sich nicht	Versöhnung, Ergänzung erkennen, beide Wünsche erfüllen, Kompromisse finden -	Verständnis und Ressourcenaustausch, gute Absichten erkennen	Synergie, Zusammenwirken aller Einzelteile
<b>6-step-reframing</b>	unerwünschtes Verhalten, Zwang, Blockierung	innerer Teil mit guter Absicht und nur einer Möglichkeit im Verhalten	neue Wahlmöglichkeiten, Erkennen der guten Absicht	kreativer Teil, neue Möglichkeiten, Identität und Verhalten getrennt	sinnvolles Verhalten, Lösung von Problemen
<b>Milton-Modell, Metaphern, Trance</b>	zu schmerzhafter Problemzustand; verborgenes Wissen; keine konkreten Ratschläge möglich, Stress	einseitige Wahrnehmung, zu stark im Detail verhaftet; Blockade von Kreativität; Kopflastigkeit	neue Möglichkeiten, neues Empfinden, kreative Lösungen, Entspannung	allgemeine, vage Sprache, Symbole; Geschichten; positive Erfahrungen in Entspannung	Entspannung, neue Wege, Visionen, Zufriedenheit
<b>Disney-Strategie</b>	kann Wünsche nicht realisieren, stuck-state, mangelnde Kreativität -	Teilpersönlichkeiten streiten sich oder kennen sich nicht	mit vereinten Kräften zu neuen Zielen, Erfolg	Träumer, Realist, Beträuer; stärken der Teilpersönlichkeiten, Disney als Modell	Synergie, Genie, Ausgewogenheit, Flexibilität

<b>Methode</b>	<b>Symptom, Störung</b>	<b>Cause, Ursache</b>	<b>Outcome, Ziel</b>	<b>Ressource, Energiequelle</b>	<b>Effekt, Ergebnis</b>
<b>Submodalitäten, Swish</b>	zwanghafte Reaktion, Sucht, stuck state, Schmerz, Schwarzseherei	Submodalitäten der Repräsentation, Wahrnehmung wurde fixiert	neutrale Reaktion; Realisieren eines Wunsches, neue Wahrnehmung	Veränderung der Repräsentation; Zugang zu Submodalitäten schaffen	Freiheit, spontanes Verhalten, Verhaltensflexibilität
<b>1. 2. 3. Person, Meta-Mirror</b>	Konflikte, Kommunikationsschwierigkeiten, Projektionen	einseitige Wahrnehmung, (z.B. nur Ich-Wahrnehmung), Unverständnis	gute Kommunikation, Verständnis, Selbsterkenntnis	neue Standpunkte einnehmen, alle Repräsentationssysteme VAKOG, Flexibilität, Modelling	Gemeinsamkeit, Synergie, fließende Kommunikation
<b>Change History, Timeline, Re-Imprinting</b>	negatives Gefühl, K-, negativer Glaube, behindernder Wert, unerwünschte Reaktionen, behindernde Programme	vergangene negative Erfahrung, Ressource fehlte, Ängste, Zwänge in Vergangenheit, negative Prägung	stressfreie Erfahrung, stärken der Identität	positive Lebenserfahrung, negatives Gefühl zur negativen Situation verändern; andere Personen, Dissoziation	innere Unabhängigkeit, zentriert sein; Harmonie, freigesetzte Energie
<b>v/k-Dissoziation, Phobietechnik</b>	Angst, K-, Panik, Bild bzw. Situation löst unangemessene negative Gefühle aus	gelerntes Verhalten; generalisieren eines negativen Erlebnisses; verankerte schreckhafte Erfahrung, Trauma	neutrales Verhalten, angstfrei leben können	neue Einsichten durch Betrachten aus gesicherter Distanz, Flexibilität der Wahrnehmung, Dissoziationsfähigkeit	verändertes Erleben, Stabilität, Sicherheit, Entspannung

## **3.2 Empirische Untersuchungen**

### **3.2.1 Allgemeine NLP-Wirkungsstudien**

#### **Effizienz, Erlernbarkeit und Anwendung**

Andreas Machatzky hat im Rahmen seiner Diplomarbeit an der Universität Oldenburg die Ansprüche des NLP, nämlich effizient, leicht erlernbar, universell anwendbar, ganzheitlich und harmlos zu sein, durch Befragung potentieller Anwender untersucht. An der Untersuchung haben sich sechs NLP-Ausbildungsinstitute beteiligt, die die Fragebögen an NLP-Absolventen weiterleiteten oder die Adressen zur Verfügung stellten.

Machatzky hat seine Daten anhand der Auswertung von 143 Fragebögen ermittelt. Es nahmen 74 Männer und 69 Frauen an der Befragung teil

#### **Effizienz**

Viele der befragten Personen wenden NLP im privaten als auch beruflichen Umfeld an. Es wird als effizientes und nützliches Kommunikationsmodell eingeschätzt. Machatzky stellte fest, dass die NLP-Elemente Rapport, Meta-Modell und Zielvereinbarung am häufigsten angewendet werden.

#### **Erlernbarkeit**

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Kenntnisstand des NLP und Anwendung. Je höher das NLP-Ausbildungsniveau, desto häufiger wird mit NLP-Elementen gearbeitet und desto positiver wird NLP bewertet. Machatzky kommt zu dem Schluss, dass NLP nicht als leicht erlernbar eingestuft werden kann, da Veränderungsarbeit mit NLP erst nach mehreren Ausbildungen umgesetzt wird.

Anmerkung: Es gibt im NLP neben der Grundstufe des NLP-Practitioner, den NLP-Master-Practitioner, den NLP-Trainer und den NLP-Lehrtrainer.

#### **Anwendungsgebiete**

Es wurden unter anderem 15 Ärzte und Heilpraktiker von Machatzky befragt, die angaben, in ihrer beruflichen Tätigkeit sehr viel mit NLP zu arbeiten. Im medizinischen und psycho-sozialen Bereich wird NLP am vielfältigsten umgesetzt, d.h. es werden mehrere NLP-Modelle angewendet.

Bei der Untersuchung wurde festgestellt, dass mit NLP in den Bereichen allgemeine Lebensberatung, Erwachsenenbildung, Coaching und ambulanter Psychotherapie am häufigsten gearbeitet wird, wohingegen in der Suchtberatung NLP wenig umgesetzt wird. Machatzky folgert, dass NLP vielfältig einsetzbar ist. Befragte Personen, die neben NLP andere therapeutische Kommunikationsansätze kennen, schätzen NLP positiver ein als Personen, die nur NLP kennen.

#### **Ganzheitlichkeit**

Durch die Befragung stellte Machatzky fest, dass NLP nicht nur ein Sammelsurium von Einzeltechniken ist, sondern als ganzheitliches Konzept angewandt wird.

#### **Harmlosigkeit**

Die Gefahr unerwünschter Begleiterscheinungen durch NLP-Methoden kann nicht ausgeschlossen werden, jedoch werden die aufgetretenen unerwünschten Effekte von Machatzky als "normale" Nebenwirkungen in therapeutischen Prozessen charakterisiert, was aber nicht heißt, dass sie als harmlos bezeichnet werden können.

Abschließend resümiert Machatzky, dass die Ansprüche des NLP effizient, universell anwendbar und ein ganzheitliches Konzept zu sein, durch seine empirische Untersuchung bestätigt werden.

Der Anspruch des NLP leicht erlernbar zu sein, wurde nicht bestätigt und die Harmlosigkeit konnte aufgrund fehlender Informationen weder bestätigt noch widerlegt werden (Machatzky, 1996 a und b).

## NLP-Psychotherapie-Wirksamkeitsstudie

Martina Genser-Medlitsch hat im Rahmen ihrer Diplomarbeit zwischen 1993 und 1996 die Wirksamkeit der psychotherapeutischen NLP-Modelle anhand der Veränderung klinisch-psychologischer Merkmale bei Klienten, die bei ausgebildeten NLP-Psychotherapeuten in Behandlung waren, erforscht.

Die Stichprobe umfasste 142 Personen im Alter von 19 bis 57 Jahren, die aus eigenem Antrieb oder durch Überweisung eines Arztes in psychotherapeutischer Behandlung begaben. Die Stichprobe wurde in eine Therapiegruppe von 64 Personen und in eine Kontrollgruppe von 78 Teilnehmern unterteilt.

In die Kontrollgruppe ohne Behandlung wurden Personen aufgenommen, die auf einen Therapieplatz warteten. Die Wartegruppe ermöglichte Genser-Medlitsch zu unterscheiden, ob die Veränderungen in der Therapiegruppe auf die Wirkung der NLP-Psychotherapie oder auf Spontanphänomene zurückzuführen sind. Die Kontrollgruppe füllte an zwei Messzeitpunkten Fragebögen aus; zum einen nach der Anmeldung zur Therapie und zum anderen eine Woche vor Beginn der Therapie.

Die Therapiegruppe erhielt vor Beginn der Therapie, nach der letzten Sitzung sowie sechs Monate nach Therapie-Ende einen Fragebogen. Die Stichprobe war hinsichtlich der Problem- und Störungsbilder inhomogen. Die Symptomatik reichte von Depressionen, Ängstlichkeit und phobischen Reaktionen über psychosomatische Phänomene, Aggressionsverhalten und Neurosen bis hin zu paranoidem Denken.

Da 37 Therapeuten mit NLP-Ausbildung an der Studie mitarbeiteten, ist ein hohes Maß an Objektivität und Übertragbarkeit gegeben. Der persönliche Einfluss des einzelnen Therapeuten ist aufgrund der großen Anzahl eher gering und der Erfolg der Behandlung kann auf die Wirkung der NLP-Psychotherapie zurückgeführt werden. Die Therapeuten erhielten zu Therapie-Beginn und -Abschluss einen Fragebogen.

Als Diagnoseinstrument verwendete Genser-Medlitsch die International Classification of Diseases ICD-9 und als Meßinstrumente folgende standardisierte Fragebögen:

1. die individuelle Beeinträchtigungsliste nach Tausch & Tausch  
Die Klienten gaben maximal zehn Beschwerden bzw. Beeinträchtigungen an, die sie auf einer vierstufigen Skala einschätzten. Die Bewertung der Beeinträchtigungsliste wurde zu zwei Messzeitpunkten erhoben.  
Ziel war die Erfassung der unterschiedlichen subjektiven Beschwerden und ihre Veränderung durch NLPt.
2. den IPC-Fragebogen zur Kontrollüberzeugung nach Krampen  
Drei Skalen mit insgesamt 24 Items messen die personenspezifischen Kontrollüberzeugungstendenzen:
  - \* Internalität
  - \* Externalität durch subjektive Machtlosigkeit
  - \* Externalität, die durch Fatalismus bedingt istDer IPC-Fragebogen diente der Überprüfung, inwieweit durch NLPt die Selbstkontrolle über das Leben der Klienten zunahm.
3. das Self-Report-Symptom-Inventory, Revised SCL 90 R nach Derogatis  
Die Klienten beurteilten belastende, klinische Symptome selber. Zu neun klinisch-psychologischen Faktoren wurden den Klienten jeweils zehn Items vorgegeben.  
Ziel war es, die Veränderung der Auswirkung der klinischen Symptomatiken zu untersuchen.
4. den SVF Stressverarbeitungsfragebogen nach Janke  
Darüber hinaus wurden den Teilnehmern soziodemographische Fragen und Fragen über wichtige Ereignisse, psychotherapeutische Beratungen und den Erfolg der Therapie gestellt.

Genser-Medlitsch erhielt aus der Therapiegruppe von den 64 Teilnehmern 55 vollständige und aus der Kontrollgruppe von 78 Personen 60 Abschlußbögen, so dass 115 Ergebnisse ausgewertet werden konnten.

Es ergaben sich signifikante Unterschiede bei 25 von 33 Skalen zwischen der Therapie- und der Kontrollgruppe. Der Einsatz von psychotherapeutischen NLP-Modellen bewirkte bei 76% der erhobenen Merkmale eine eindeutige Veränderung in Richtung Therapieziel.

59,3% der Klienten in der Therapiegruppe schätzten ihre Befindlichkeit deutlich besser ein als vor der Therapie, 38,9% fühlten sich besser als beim ersten Messzeitpunkt und 1,8 % gaben an, sich genau so wie zu Therapiebeginn zu fühlen.

Die Therapeuten schätzten den Therapieerfolg folgendermaßen ein: 49% als sehr gut bis gut, 47% als mittel und 4% als gering bzw. gar nicht einschätzbar.

In der Kontrollgruppe gaben 47,5% der Teilnehmer an, keine Veränderungen wahrzunehmen und 9,8% fühlten sich vor Therapiebeginn sogar schlechter als zuvor.

Die Variablen Dauer der Therapie, Geschlecht und Alter ergaben signifikante Einflüsse auf die Veränderung. Klienten, die sich länger in Therapie befanden – mehr als zehn Sitzungen – zeigten ein breiteres Spektrum der Veränderung. Ältere Klienten erwiesen sich therapieresistenter als jüngere und bei Männern ergaben sich stärkere Therapieeffekte als bei Frauen. 92% der erhobenen Veränderungen blieben auch sechs Monate nach Abschluss der Therapie stabil. 52% der Klienten fühlten sich immer noch deutlich besser, 28% besser, 8% schlechter und 12% fühlten sich genau so wie vor Therapiebeginn (Genser-Medlitsch, 1996).

1996 wurde an der Universität von Tampere eine weitere noch nicht veröffentlichte NLP-Psychotherapie-Wirksamkeitsstudie mit 62 Klienten durchgeführt, die zu ähnlichen Ergebnissen gelangt, wie Genser-Medlitsch (Ojanen et. al., 1996).

## **Anwendung von NLP-Modellen in der psychotherapeutischen Praxis**

Elisabeth Schulz, NLP-Psychotherapeutin, dokumentiert seit Jahren die Anwendung ihrer NLP-Modelle in der Arbeit mit Patienten. Da die Daten zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht werden sollen, stellte mir Elisabeth Schulz im persönlichen Gespräch ihre Vorgehensweise anhand von Fallstudien dar.

Zum Klientel von Elisabeth Schulz gehören zum einen Kinder mit Lern- und Aufmerksamkeitsstörungen und zum anderen Erwachsene, die aus verschiedenen Gründen – von der Lebensberatung über die Phobie bis hin zur Persönlichkeitsstörung – die NLP-Psychotherapeutin aufsuchen.

Um Rapport zu den Patienten herzustellen, elizitiert Elisabeth Schulz den Führungskanal des Repräsentationssystems anhand der sprachlichen Zugangshinweise und der Augenbewegungsmuster. Rapport ist für sie die Grundlage, der Schlüssel, um weitere NLP-Modelle nutzbringend einzusetzen.

Nachdem das bevorzugte Repräsentationssystem der Klienten erkannt wurde und die NLP-Psychotherapeutin sich sprachlich darauf einstellt hat, richtet sie ihre weitere Therapie dementsprechend aus.

In der Arbeit mit Kindern, die eine Lernstörung haben, elizitiert Elisabeth Schulz die Lernstrategie mit Hilfe der logischen Ebenen und übt mit den Kindern eine neue nützliche Strategie ein bzw. versetzt auch die Eltern in die Lage mit den Kindern die Strategie zu trainieren. (vgl. Kapitel 3.5). Im Fall des zehnjährigen Sascha, der in seinen motorischen Fähigkeiten nicht altersentsprechend entwickelt war, hat die NLP-Psychotherapeutin die Glaubenssätze und Meta-Programme herausgearbeitet. Sascha hatte für sich den Glaubenssatz gebildet: "Ich kann nicht Fahrrad fahren". Die Wirkung der Negation auf das Denken und Handeln, welche nach Bandler zu einer Verwirrung des kinästhetischen Repräsentationssystems führen, da sich beide Hemisphären in diesem System überkreuzen, wurde bei Sascha durchbrochen, indem er immer wieder bestärkt wurde durch den Satz "Du kannst Fahrrad fahren". Nach drei Wochen hatte Sascha einen neuen Glaubenssatz gebildet und entdeckte Radfahren als neues Hobby.

In einem anderen Fall hatte ein Junge, der eine Ganztagschule besuchte, den Glaubenssatz gefasst: "Zuhause habe ich Freizeit", so dass er nachmittags nichts mehr für die Schule tat – unabhängig davon, ob er seine Hausaufgaben in der Nachmittagsbetreuung fertiggestellt hatte oder nicht. Da der Junge den Sinn im Lernen nicht erkannte, setzte Elisabeth Schulz die positive Zielbestimmung ein und machte das Ziel mit Hilfe der Sinnesspezifität so attraktiv, dass der kleine Klient einen Sog verspürte, das Ziel zu erreichen. Durch das faszinierende Ziel machte für ihn Lernen einen Sinn.

Die mehrfachbehinderte Bianca war in ihrer Aufmerksamkeit durch visuelle und kinästhetische Reize nicht erreichbar. Das Einstellen auf das von Bianca bevorzugte auditive Repräsentationssystem ermöglichte, Kontakt mit ihr herzustellen, um mit der Overlap-Technik weiterzuarbeiten.

In der Arbeit mit Kindern beschreibt Elisabeth Schulz den Einsatz von Phantasieren, Geschichten und Metaphern als wirkungsvoll. Den Six-Step-Reframing verkleidet sie bei Kindern in eine Geschichte.

Bei erwachsenen Klienten arbeitet die NLP-Psychotherapeutin schwerpunktmäßig mit dem Milton-Modell. Nach dem Herstellen von Rapport wird das Problem in der ersten Sitzung bestimmt; und um den Patienten in einem guten Zustand aus der ersten Stunde zu entlassen, macht Elisabeth Schulz eine zielorientierte Trance. Darüber hinaus setzt sie Raumanker und Metaphern ein. Bei klar abgegrenzten Phobien verwendet sie die Fast-Phobia-Technik oder arbeitet mit dem 6-Step-Reframing die positive

Absicht heraus, um in einem weiteren Schritt die Time Line oder das Re-Imprinting einzusetzen.

Elisabeth Schulz, die über die Verhaltens- und Gesprächstherapie zum NLP gekommen ist, hebt besonders die Strukturen und die Zielorientierung der NLP-Modelle, wie z.B. 6-Step-Reframing und Fast-Phobia-Technik hervor, die NLP effektiver machen als andere Therapierichtungen (Gespräch mit Elisabeth Schulz geführt am 29.04.2003).

### 3.2.2 Wirkungsstudien zu einzelnen NLP-Modellen

#### Baustein 1: Anker kollabieren

Horst W. Reckert untersuchte die Wirkung des Anker kollabierens als Kurzzeittherapie im Vergleich zum mentalen Training bei 25 Studenten.

Während einer fünfundvierzigminütigen Sitzung wurde bei der Untersuchungsgruppe, die aus zwölf Teilnehmern bestand, die Problem- und Ressourcephysiologie an beiden Handgelenken geankert und kollabiert. Die Kontrollgruppe, zu der 13 Teilnehmer gehörten, wurde mental trainiert, d.h. die Prüfungssituation wurde in allen Repräsentationssystemen (VAKOG) aufgerufen.

Reckert stellte sowohl beim mentalen Training als auch beim Anker kollabieren dieselben Fragen zu den Submodalitäten, wodurch er gleiche Ausgangsbedingungen schuf.

Er führte die Studie maximal drei Wochen vor einer mündlichen Prüfung durch. Die Prüfungsangst wurde mittels Fragebogen und Herzrate erfasst. Die Probanden, zwölf Frauen und dreizehn Männer, füllten die Fragebögen zu vier Messzeitpunkten aus:

- \* vor dem Training (T<sub>1</sub>)
- \* nach dem Training (T<sub>2</sub>)
- \* kurz vor der Prüfung (T<sub>3</sub>)
- \* unmittelbar nach Bekanntgabe der Note (T<sub>4</sub>)

Die Herzrate wurde während des Trainings selber ermittelt.

Die Wirkung des Anker kollabierens war in der Untersuchungsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe an den Messzeitpunkten T<sub>2</sub>-T<sub>4</sub> signifikant, was sowohl die Auswertung der Fragebögen als auch der Herzrate ergab. Ängstliche und sehr ängstliche Probanden zeigten bei den Messzeitpunkten T<sub>1</sub> und T<sub>2</sub> die gleiche Wirkung. Reckert konnte anhand seiner Daten die Wirkung des Anker kollabierens belegen (Reckert, 1993).

#### Baustein 6: Das Submodalitätenkonzept

Rupprecht Weerth erforschte in der Zeit von 1990 bis 1992 die drei Basismodelle des Submodalitätenkonzeptes:

1. "Abschwächung nicht erwünschter Emotionen mit Hilfe einer Submodalitätenveränderung in abschwächender Richtung, z.B. ein unangenehmes Vorstellungsbild kleiner machen und weiter von sich wegschieben" (Weerth, 1992, S. 10).
2. "Abschwächung oder Auflösung stärkerer nicht gewünschter Emotionen mit Hilfe einer schnellen submodalen Veränderung in verstärkender Richtung, im folgenden auch Schwellenüberschreitung genannt, z.B. eine angstausslösende akustische Vorstellung sehr schnell immer lauter und höher machen. Das Verfahren ähnelt der Reizüberflutung in der Verhaltenstherapie" (Weerth, 1992, S. 10).
3. "Wechsel von einem emotionalen Problemzustand (z.B. gelangweilt) in einen emotionalen Wunschzustand (z.B. motiviert) durch Angleichung der Submodalitäten, die den Problemzustand charakterisieren, an diejenigen, die den Wunschzustand charakterisieren; z.B. von unscharf und langsam zu scharf und schnell" (Weerth, 1992, S. 10)

Die drei Basismodelle wurden den Versuchspersonen in Seminaren von maximal einhalb Tagen Dauer vermittelt. Die Versuchspersonen sollten anhand dieser Basismodelle eigene Probleme bzw. Veränderungswünsche bearbeiten. Zur Vermittlung der drei Basismodelle wählte Weerth folgende Submodalitäten aus:

#### Visuelle Submodalitäten:

Helligkeitsgrad, Größe, Farbe, Bewegung (unbewegt – langsam – schnell), Entfernung, Schärfe, Wahrnehmungspositionen (assoziiert – dissoziiert), eigene Größe im Verhältnis zu anderen.



### **Auditive Submodalitäten**

Lautstärke, Tonhöhe, Klangqualität (monoton – lebhaft), Geschwindigkeit, Entfernung, Deutlichkeit, Klangquelle (im Kopf – außerhalb des Kopfes), eigene Lautstärke im Verhältnis zu anderen.

Weerth untersuchte die Wirkung auf Emotionen und Verhalten im Seminar selber und in einer Nachuntersuchung. Die Nachuntersuchung diente dem Ziel zu erforschen, welches Modell mit welcher Wirkung im Alltag umgesetzt wurde. An vier Seminaren haben insgesamt 29 mehrheitlich weibliche Teilnehmer im Alter von 21 bis 67 Jahren teilgenommen.

Den Versuchsteilnehmern wurden zu den drei Basismodellen Fragenkomplexe gestellt. Es wurde die unmittelbare Wirkung einzelner Submodalitätsveränderungen und die submodalen Charakterisierungen verschiedener Emotionen erfragt. Die Erfolgskontrolle der einzelnen Veränderungsmodelle während des Seminars und die Umsetzung und Weiterführung des Gelernten im Alltag der Versuchspersonen wurde erforscht.

Weerth stellte fest, dass mit dem ersten Basismodell alle Teilnehmer eine Verbesserung ihres emotionalen Zustandes erzielten. Dreiviertel der Versuchspersonen erreichte mit dem zweiten Basismodell eine Schwellenüberschreitung und schaffte auch den Wechsel von einem Problemzustand in einen Wunschzustand mit dem dritten Basismodell. Es stellte sich heraus, dass die Submodalitäten "dissoziiert, leiser, visuell und auditiv langsamer, kleiner, größer, Distanz" zur Abschwächung eines unerwünschten emotionalen Zustandes beitragen. Den Einfluss des Helligkeitsgrades konnte Weerth nicht nachweisen.

Bei der Schwellenüberschreitung wirkten die Submodalitäten "visuell und auditiv näher, visuell schneller und größer" am stärksten.

Zum dritten Basismodell ergaben sich zwei Besonderheiten: Erstens wurde ein unsicherer Zustand mit einer dissoziierten Wahrnehmung charakterisiert und die Assoziation mit Sicherheit, was der Annahme widerspricht, dass eine Dissoziation immer zu einer Abschwächung führt. Zweitens konnte von einem traurig-depressiven Zustand nicht in einen fröhlich-optimistischen Zustand gewechselt werden. Die Submodalitätsveränderungen in eine positive Richtung verschlimmerten den traurig-depressiven Zustand.

Bei der postalischen Nachuntersuchung, an der 24 Versuchspersonen teilnahmen, gaben 50 Prozent an, durch die Submodalitätenmodelle eine anhaltende positive Veränderung erreicht zu haben. Zwei Drittel wendeten das Submodalitätenkonzept im Alltag in verschiedenen Situationen an, z.B.:

- \* zum besseren Verständnis der Erlebniswelten anderer Mitmenschen
- \* zur Relativierung gegenwärtiger Probleme
- \* als Gegenmittel zum negativen inneren Dialog
- \* zur Beruhigung
- \* zur Milderung zahlreicher psychosomatischer Symptome
- \* zur Abschwächung panikartiger Gefühle
- \* vor und zu Beginn von Klausuren
- \* zur Verbesserung des Selbstwertgefühls und bei Unsicherheit
- \* zum Tempohalten beim Musizieren
- \* im Sport zur Steigerung der Schnelligkeit unter Beibehaltung von Spaß
- \* um schöne Erlebnisse intensiver nachempfinden zu können.

(Weerth: Das Submodalitätenkonzept in Multimind 3/92)

## **Baustein 6: Schmerzskala**

Kathrin Gerhardt und Kirstin Burghard untersuchten die Wirkung der schmerzbezogenen Psychotherapie mit NLP-Methoden. 20 chronische Schmerzpatienten im Alter von 15 bis 75 Jahren mit Symptomen Migräne, Wirbelsäulensyndrome, musuloskelettale Schmerzen über postoperative Schmerzen bis hin zu zentralen Schmerzen, wie z.B. Thalamusschmerzen, wurden in 20 Sitzungen mit NLP-Methoden behandelt. Bei der Schmerztherapie wurden die NLP-Modelle Zielbestimmung, Rapport, Submodalitäten und Strategiearbeit zur Schmerzverarbeitung eingesetzt. Darüber hinaus wurden je nach Bedarf die Reframingmodelle, Werte- und Glaubenssatzarbeit sowie das Re-Imprinting eingesetzt.

Die Befragung nach Abschluß der Therapie zeigte, dass durch die NLP-orientierte Psychotherapie eine subjektive Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden konnte. Die Behandlung führte des Weiteren zu einer Steigerung der Selbsthilfemöglichkeiten in folgenden Lebensbereichen:

- Schmerzerleben
- Familienerleben
- Stresserleben
- Allgemeine Lebensfreude (Burghard/Gerhardt: NLP und Schmerz in MultiMind 5/93)

## **Baustein 7: Allergietechnik**

Judith Swack ging 1989 der Frage nach, wie viele Patienten auf die Allergietechnik ansprechen, indem sie symptomfrei werden, und wie lange diese Immunreaktion anhält. Swack untersuchte zehn Patienten (8 Frauen und 2 Männer), die seit mehr als fünf Jahren an einer Allergie litten. Sie testete die Reaktion unmittelbar nach der Behandlung mit der Allergietechnik und regelmäßig zwei Jahre lang. Swack wählte als Erfolgsindikator die völlige Symptomfreiheit - eine Verbesserung der Symptome zählte nicht als Erfolg.

Sieben der zehn Versuchspersonen haben zunächst auf die Allergiemethode angesprochen, indem sie symptomfrei wurden. Eine langfristige Veränderung konnte bei vier Versuchspersonen festgestellt werden, die zwei Jahre nach Durchführung der Allergietechnik immer noch symptomfrei waren. Bei drei Personen traten die Symptome innerhalb eines Jahres wieder auf.

Die Versuchspersonen, die nicht dauerhaft oder gar nicht auf die Allergiemethode ansprachen, wurden erneut mit einer modifizierten Allergietechnik behandelt, so dass die Quote des Ansprechens und des Anhaltens erhöht werden konnte. Swack konnte feststellen, dass Patienten, die mehrere Allergien haben, mehrere Sitzungen benötigen, um dauerhaft frei von Allergien zu sein (Swack: Die Allergie-Technik, in: MultiMind 3/1993).

## **Baustein 7: Phobiebehandlungstechniken**

In der Vergleichsstudie von Horst W. Reckert wurden 50 Klienten im Alter von 20 bis 70 Jahren mit spezifischen sowie mit sozialen Phobien behandelt mit dem Ziel die unmittelbare Wirkung der NLP-Methoden zu untersuchen. Insgesamt partizipierten 36 weibliche und 14 männliche Versuchspersonen.

Reckert unterteilte die Stichprobe in Probanden mit leichten und schweren Phobien. In der Gruppe mit leichten Phobien (N=12) wurden:

- 3 Klienten mit der NLP-Methode "Jüngerer Selbst" in zwei Sitzungen
- 6 Klienten mit der NLP-Methode "Rückwärts-Technik" in zwei Sitzungen und
- 3 Klienten mit der systematischen Desensibilisierungs-Technik in vier Sitzungen behandelt.

In der Gruppe mit schweren Phobien (N=28) wurden:

- 15 Klienten mit den NLP-Modellen "Jüngerer Selbst", "Anker verschmelzen" und "Glaubenssätze verändern" in vier Sitzungen
- 10 Klienten mit den NLP-Modellen "Rückwärts-Technik", "Anker verschmelzen" und "Glaubenssätze verändern" in vier Sitzungen
- 13 Klienten mit der systematischen Desensibilisierungs-Technik in sechs Sitzungen behandelt.

Für alle Behandlungsgruppen führte er vier Wochen, drei und sechs Monate nach der letzten Therapiesitzung eine Nachuntersuchung mittels Fragebogen durch.

Bei den leichten Phobien zeigten sich nur signifikante Effekte bei der Phobiebehandlung mit der Rückwärts-Technik.

Bei den schweren Phobien erhielt Reckert signifikante Ergebnisse bei allen Behandlungsmethoden, so dass die Studie die Wirkung bei stärkeren Phobien über einen Zeitraum von sechs Monaten bestätigt. Zwischen den einzelnen Behandlungsmethoden konnte Reckert keine signifikanten Unterschiede feststellen. Leider wählte Reckert bei seiner Studie weder die gleiche Anzahl an Sitzungen noch an Probanden, so dass die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden können (Reckert, 1998).

## 4. Hypothesen

NLP als ein noch sehr junges Kommunikationsmodell bietet ein breites Feld an Forschungsmöglichkeiten an. Es gibt einige Behauptungen, die NLP eine besondere Wirkung zuschreiben und es berühmt und auch berüchtigt gemacht haben. Ziel meiner Arbeit ist es, einige dieser Vermutungen, die das Arzt-Patienten-Gespräch betreffen, an der Realität der (Arzt-) Praxis zu überprüfen.

Folgende Hypothesen haben sich für mich aus der Literatur, den bisherigen Forschungen und meiner beruflichen Tätigkeit, der Fortbildung von Ärzten, als interessant und spannend herausgestellt, um sie näher zu erforschen.

Niedergelassene Ärzte üben einen kommunikativen Beruf aus, weil sie täglich mit Menschen umgehen. Neben seinen Patienten hat sich der niedergelassene Arzt auch auf seine Mitarbeiter und auf andere Praxisbesucher, wie z.B. Pharmareferenten, immer wieder einzustellen.

Es mag in der Allgemeinheit der Irrtum vorliegen, dass Ärzte Kommunikation im Studium gelernt hätten. 1997 habe ich im Rahmen einer Befragung niedergelassener Ärzte gezeigt, dass der Anteil der Kommunikationsausbildung im Medizinstudium weit unter zehn Prozent liegt. Über 50% der Befragten gaben an, dass im Medizinstudium der Anteil der Kommunikation bei 0% liegt. Ein Viertel der Ärzte schrieb der kommunikativen Ausbildung im Rahmen ihres Studiums mit zehn Prozent den höchsten Wert zu. Die Befragten wünschten sich in der Mehrzahl eine Erhöhung des Kommunikationsanteils in der Ausbildung (Bohn, 1997).

Da Ärzte die Schlüsselqualifikation "Kommunikation" in der Regel nicht in ihrem Studium vermittelt bekommen, bilden sie oft im Laufe ihrer Praxis eigene Kommunikationsstrategien für das Gespräch mit Patienten aus oder lernen am Modell im Krankenhaus. Das Interesse von Ärzten an kommunikativen Fortbildungen ist daher nachvollziehbar.

Die Ausbildung zum NLP-Practitioner soll eine Bewusstmachung der bisherigen Kommunikationsstrategien ermöglichen, um in einem weiteren Schritt zu überprüfen, ob es nützlichere Strategien der Kommunikation gibt. Ziel des NLP ist es, die Wahlmöglichkeiten zu erweitern.

Machatzky hat mit seiner Untersuchung gezeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Stand der NLP-Ausbildung und der Anwendung der NLP-Modelle gibt (Machatzky, 1996 a).

Auf der Basis des Stands der Forschung und meiner beruflichen Praxis stelle ich folgende Hypothesen auf:

1. Ärzte setzen im Verlauf der NLP-Ausbildung ein zunehmend breiteres Spektrum von Kommunikationsmodellen ein.
2. Ärzte geben an, im Verlauf der NLP-Ausbildung NLP-Modelle häufiger einzusetzen.

Die von mir im Stand der Forschung beschriebenen Inhalte der NLP-Practitioner-Ausbildung lassen sich in zwei Abschnitte einteilen:

1. In den Ausbildungsbausteinen eins bis vier werden den Teilnehmern kommunikative Grundlagenmodelle demonstriert und praktisch eingeübt. Durch das ABC-Übungssystem werden die NLP-Modelle im Seminar umgesetzt und sind sofort in der Praxis anwendbar. Im ABC-Übungssystem übernimmt der Teilnehmer einmal die Rolle des Patienten (A), die Rolle des Begleiters (B) und die Rolle eines neutralen Beobachters, so dass die Wirkung der NLP-Modelle (C) aus verschiedenen Perspektiven im Seminar wahrgenommen werden.

Die Basismodelle Rapport, Anker, Zielbestimmung, Zugangshinweise, logische Ebenen, Kontext- und Bedeutungsreframing, hypnotische Sprachmuster und das Meta-

Modell der Sprache sind Kommunikationsmodelle, die der Arzt in jedes Gespräch mit Patienten einfließen lassen kann.

2. In den Ausbildungsstufen fünf bis acht werden weiterführende Modelle vermittelt, die die Basistechniken voraussetzen und integrieren. Es handelt sich um komplexe Interventionen, die über das Gespräch mit Patienten hinaus als Psychotherapie eingesetzt werden können. Durch den von Machatzky gezeigten Zusammenhang zwischen der Ausbildungsstufe und der Anwendung der NLP-Modelle, werden komplexe Modelle eher von einem NLP-Master angewendet. Ich stelle daher folgende Vermutungen auf:

3. Ärzte wenden eher solche NLP-Modelle an, die weniger komplex sind.

4. Ärzte geben an, eher solche NLP-Modelle anzuwenden, die weniger komplex sind.

Eine Grundfertigkeit des NLP ist das Herstellen von Rapport. Rapport schafft eine harmonische Gesprächsatmosphäre, ein Klima des Vertrauens und des Angenommenseins. Der Gesprächspartner – der Patient – wird da "abgeholt", wo er innerlich gerade steht, indem der Arzt sich auf den Patienten einstellt ("kalibriert"), d.h. durch das Beobachten der Zugangshinweise wird Rapport hergestellt, so dass der Patient ein Gefühl der Wertschätzung erfährt.

Die Möglichkeiten des Rapportherstellens legen folgende Vermutungen, wie auch aus der Literatur zu entnehmen ist, nahe:

5. Ärzte stellen im Verlauf der NLP-Practitioner-Ausbildung einen empathischeren Kontakt zum Patienten her.

6. Ärzte geben an, im Verlauf der NLP-Practitioner-Ausbildung einen empathischeren Kontakt zum Patienten herzustellen.

Eine der NLP-Grundannahmen lautet "Widerstand bedeutet mangelnde Flexibilität". Im Fall der Arzt-Patienten-Kommunikation bedeutet das: Hat der Patient Einwände, dann sollte der Arzt sein eigenes Kommunikationsverhalten überprüfen und flexibel reagieren. Da NLP sich zum Ziel gesetzt hat, die Wahlmöglichkeiten zu erweitern (O'Connor/Seymour, 2002), hat der Arzt eine Vielzahl an Modellen zur Verfügung, um auf den Patienten einzugehen.

Ein weiteres Axiom "Die Landkarte ist nicht das Gebiet" drückt die Patientenorientierung des NLP aus. Der Arzt stellt sich auf die Landkarte des Patienten ein, indem er die Zugangshinweise (Sprachmodalitäten, Repräsentationssysteme und Augenbewegungen) des Patienten beobachtet, dadurch in die Lage versetzt Rapport herzustellen und flexibel durch Pacing und Leading auf den Patienten zu reagieren.

Daraus ergeben sich für mich folgende Hypothesen:

7. Ärzte gehen im Verlauf der NLP-Practitioner-Ausbildung besser auf Patienten ein.

8. Ärzte geben an, im Verlauf der NLP-Practitioner-Ausbildung besser auf Patienten einzugehen.

NLP als ein umfassendes Kommunikationsmodell bietet ein breites Repertoire für den Einsatz in jedem Arzt-Patienten-Gespräch an. Da NLP aus der Beobachtung von Psychotherapeuten entstanden ist, ist es nicht verwunderlich, dass es komplexe Modelle für therapeutische Interventionen anbietet, wie z.B. Re-Imprinting, Phobie-Techniken, Modelling, Kreativitätsstrategie, Veränderung der Meta-Programme. In diesem Zusammenhang ist Machatzkys Erkenntnis interessant, dass Personen, die andere therapeutische Kommunikationsansätze kennen, NLP positiver einschätzen (Machatzky, 1996). Im Hinblick auf meine Forschung, stelle ich folgende Vermutungen auf:

9. Ärzte, die eine psychotherapeutische Ausbildung haben, wenden ein breiteres Spektrum von NLP-Modellen an.

10. Ärzte, die eine psychotherapeutische Ausbildung haben, geben an, ein breiteres Spektrum von NLP-Modellen anzuwenden.

Wer sich zu einer NLP-Ausbildung anmeldet, investiert Zeit und Geld in die eigene Fortbildung, so dass mit der Teilnahme in der Regel auch Erwartungen hinsichtlich des späteren Nutzens verbunden sind.

NLP als Werkzeugkoffer bietet dem Arzt die Möglichkeit, Modelle nicht nur für Patienten einzusetzen, sondern auch für sich selber Ressourcen zugänglich zu machen und sich in einen guten Zustand zu versetzen, um dem viel zitierten Burnout bei Heilberufen vorzubeugen. Hickey schreibt, dass NLP nicht nur Werkzeuge anbietet, die dem Patienten helfen, sondern auch für den Arzt und seine Berufsprobleme Lösungsvorschläge machen kann (Hickey, in *Multimind 2/1994*).

Die Untersuchungen von Genser-Medlitsch (1996) und Weerth (1992) zeigen, dass durch den Einsatz der NLP-Modelle die Befindlichkeit, die Zufriedenheit mit sich selber, als positiv eingeschätzt wird.

Ich möchte daher folgende Hypothese untersuchen:

11. Die von Ärzten formulierten Erwartungen an die Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf sich selber wird mehrheitlich im Verlauf der Ausbildung erfüllt.

Karl Mast, niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin, schreibt in seinem Buch "Kommunikation in Weiß", dass lange Zeit die Fachautorität des Arztes reichte, um beim Patienten das erwünschte Verhalten zu bewirken. Insbesondere durch die gesundheitliche Aufklärung und die Fitness- und Wellness-Bewegung gibt es die sogenannten 'mündigen' Patienten, die durchaus die Therapie des Arztes hinterfragen und entscheiden, ob sie die ärztlichen Anweisungen befolgen (Mast, 1995). Um das Therapieziel zu erreichen, ist der Arzt auf die sogenannte Compliance der Patienten angewiesen. Mit Compliance ist die "Bereitschaft des Patienten, Hinweise und Verordnungen des Arztes zu befolgen" (DUDEN, 1985, S. 186) gemeint.

Die Fähigkeit des Arztes, die Patienten zu überzeugen, zu motivieren und somit die Compliance zu fördern, sieht Bettina Griepentrog-Wiesner, ebenfalls Fachärztin für Allgemeinmedizin, in der Ausbildung zum NLP-Practitioner optimiert (Griepentrog-Wiesner, 1998).

Martina Genser-Medlitsch konnte mit ihrer Studie zeigen, dass der Einsatz der NLP-Modelle eine eindeutige Veränderung in Richtung Therapieziel bewirkt. Patienten gehen davon aus, dass die Ärzte, die sie aufsuchen, fachlich gut ausgebildet sind und "gute Medizin" machen. Da Patienten aber in der Regel die fachliche Qualifikation des Arztes nicht beurteilen können, entscheidet der Grad der Zuwendung, ob die Patienten mit der Arztpraxis zufrieden sind und ob sie wiederkommen.

Die Zufriedenheit eines Patienten hängt zum einen vom Praxisumfeld ab und zum anderen von der Zuwendung des Arztes und seines Teams. Durch die im NLP vermittelten Modelle, wie z.B. das Herstellen von Rapport zum Patienten, kann der Arzt Zuwendung praktizieren und den Patienten das Gefühl des Angenommenseins vermitteln, das sie an die Praxis bindet. Durch die Arztdichte in Deutschland und die Veränderungen im Gesundheitswesen (Budgetierung) ist die Patientenbindung ein wichtiger Faktor zum Überleben des Unternehmens Arztpraxis. Ich möchte daher folgende Hypothese formulieren:

12. Die von Ärzten formulierten Erwartungen an die Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf die Patienten werden mehrheitlich im Laufe der Ausbildung erfüllt.

Wie oben angeführt, entscheidet die Zufriedenheit über die Patientenbindung. Was macht Zufriedenheit aus? Patienten sind zufrieden, wenn Arzt und Praxisteam Zuwendung praktizieren. Ich möchte einen Schritt weitergehen und die Praxismitarbeiter mit einbeziehen. Die Ausbildung zum NLP-Practitioner umfaßt auch Modelle, die in der Mitarbeiterführung eingesetzt werden können. Die logischen Ebenen bieten die Möglichkeit, Gespräche zu strukturieren; die Zielkriterien erleichtern das Zielvereinbarungsgespräch; das Meta-Modell hält einen Fragenkatalog bereit, so dass ein NLP-geschulter Arzt vielleicht auch zufriedener Mitarbeiter hat.

NLP ist bekanntgeworden durch die schnelle Wirksamkeit der Fast-Phobia-Technik, bei der Phobien innerhalb weniger Minuten beseitigt werden. Zeit ist ein limitierender Faktor aller Menschen, der vielleicht in einer Arztpraxis eine besondere Rolle spielt. Denn welcher Patient wartet schon gerne? Das Einhalten des Bestellplans ist im Sinne der Patienten, weil sie dann kurze Wartezeiten haben und im Sinne des Arztes, weil ihm nach der Sprechstunde Zeit bleibt, seine administrativen Aufgaben zu erledigen, um dann im Anschluss seine "Batterie" in der Freizeit wieder "aufzuladen". Der Patient, der im Behandlungszimmer sitzt, möchte allerdings auf der anderen Seite die volle Zuwendung (und auch Zeit) des Arztes in Anspruch nehmen. Mehr Zuwendung wird von einigen Ärzten mit mehr Zeitaufwand gleichgesetzt. NLP erhebt den Anspruch durch den Einsatz der Kommunikationsmodelle schneller ans Ziel zu kommen. D.h. durch die Anwendung von NLP kann z.B. dem Patienten in einer fünfminütigen Arztkonsultation das Gefühl vermittelt werden, das Gespräch dauere eine halbe Stunde (Griepentrog-Wiesner, 1998). Wenn der Arzt durch den Einsatz der NLP-Modelle schneller ans Ziel kommt, kann er die gewonnene Zeit für weitere Patienten einsetzen oder in freie Zeit umwandeln. In diesem Zusammenhang stelle ich die folgende Hypothese auf:

13. Die von Ärzten formulierten Erwartungen an die Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf die Praxis werden mehrheitlich im Laufe der Ausbildung erfüllt.

## 5. Untersuchungsmethoden

### 5.1 Zur Auswahl der Teilnehmer

Meine Untersuchung beschäftigt sich mit praktizierenden niedergelassenen Ärzten.

#### 5.1.1 Bestimmung der Grundgesamtheit

In Deutschland gab es zur Zeit meiner Untersuchung insgesamt 297.893 berufstätige Ärzte und 78.579 Zahnärzte; davon waren 121.675 Ärzte und 54.562 Zahnärzte im niedergelassenen Bereich tätig. Die für mich interessanten Fachgruppen, die ich in meine Untersuchung mit einbeziehe, möchte ich tabellarisch darstellen:

Tabelle 7: Niedergelassene Ärzte

<b>Fachgruppen</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>	<b>Anzahl Frauen</b>	<b>Prozent</b>
Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte	39.995	32,84%	14.396	35,33%
Anästhesiologie	2.604	2,14%	1.241	3,05%
Chirurgie	3.975	3,26%	395	0,97%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	9.961	8,18%	4.168	10,23%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	4.002	3,29%	1.059	2,60%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	3.467	2,85%	1.576	3,87%
Innere Medizin	17.599	14,45%	3.730	9,15%
Kinderheilkunde	6.112	5,02%	2.900	7,12%
Orthopädie	5.193	4,26%	491	1,21%
Psychiatrie/Kinder- und Jugendpsychiatrie	813	0,67%	410	1,01%
Urologie	2.604	2,14%	145	0,36%

(Quelle: Statistik der Bundesärztekammer 31.12.2001)

Die größte niedergelassene Fachgruppe stellten die Allgemeinmediziner und die praktischen Ärzte mit 32,84% dar, gefolgt von den Internisten mit 14,45%. Alle weiteren Fachgruppen lagen weit unter zehn Prozent.

Von den insgesamt 121.675 niedergelassenen Ärzten waren ca. ein Drittel weiblich (40.743). Insbesondere in den Fachgruppen Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie und Urologie waren Frauen weniger vertreten.

Tabelle 8: Niedergelassene Zahnärzte

<b>Niedergelassene Zahnärzte</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>	<b>Anzahl Frauen</b>	<b>Prozent</b>
Zahnmedizin	54.462	100%	18.702	34,34%

(Quelle: Statistik der Bundeszahnärztekammer 31.12.2001)

Auch bei den niedergelassenen Zahnärzten lag der Anteil der Frauen mit 34,34% bei ca. einem Drittel.



Die Gruppe der Zahnärzte habe ich mit berücksichtigt, da sie aus kommunikativer Sicht häufig mit besonderen Gesprächssituationen konfrontiert sind, wie z.B. bei Schmerz- oder Angstpatienten.

### **5.1.2 Bestimmung der Stichprobe**

Für mein Forschungsprojekt hatte ich mir zum Ziel gesetzt, wenigstens 20 Ärzte für die Teilnahme an der Ausbildung zum NLP-Practitioner und somit für meine Untersuchung zu gewinnen. Da ich die Erhebung zeit- und kostensparend durchführen wollte, lag es nahe, zunächst niedergelassene Ärzte aus der Nähe zu akquirieren. Ich habe anfangs ca. 1.000 Ärzte aus dem Erftkreis angeschrieben und meine Rekrutierung auf die Gebiete Köln, Aachen, Düren, Euskirchen, Bonn, Rheinisch-Bergischer Kreis und Düsseldorf ausgedehnt. Da sich meine Untersuchung auf bestimmte geographisch begrenzte Flächen beschränkt, handelt es sich um eine sogenannte Klumpenstichprobe (Atteslander, 1995).

Die Adressen der niedergelassenen Ärzte habe ich dem AOK-Ärzte-Verzeichnis entnommen. Die AOK-Listen umfassen alle niedergelassenen Ärzte der verschiedenen Fachgruppen. Das Verteilungsverhältnis der Ärzte über die Fachgruppen innerhalb der Kreise entspricht der Verteilung in der Grundgesamtheit aller niedergelassenen Ärzte und ist somit repräsentativ. Durch die zufällige Auswahl der Ärzte innerhalb der Klumpenstichprobe handelt es sich um eine mehrstufige Bestimmung (Atteslander, 1995).

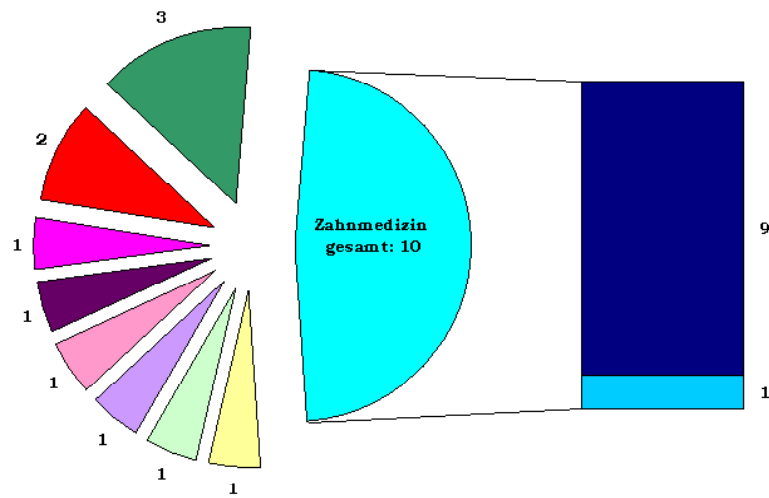
Insgesamt wurden 8.103 niedergelassene Ärzte angeschrieben. Das Anschreiben enthielt Informationen über die (kostenpflichtige) Ausbildung zum NLP-Practitioner und die damit verbundene empirische Untersuchung. Es bestand die Möglichkeit, Informationsmaterial über NLP und das Forschungsprojekt anzufordern, sowie einen Termin für ein persönliches Informationsgespräch zu vereinbaren. Auf die Mailingaktion haben 95 Ärzte reagiert, was einer Responsequote von 1,23% entspricht. Die Quote kam einem normalen Rücklauf im medizinischen Bereich gleich, der erfahrungsgemäß zwischen einem und drei Prozent liegt. Wenn man berücksichtigt, dass es sich bei meinem Mailing um die Teilnahme an einer Ausbildung handelte, die an acht Wochenenden stattfand und die Kursgebühr bei brutto DM 4.350,00 lag, sowie die Bereitschaft beinhaltete, der Forscherin Einblicke in das berufliche Umfeld zu gewähren, war ich mit der Antwortquote sehr zufrieden.

Von den 95 Reagenten haben 66 Ärzte Informationsmaterial erbeten und 34 ein persönliches Gespräch gewünscht. Fünf Ärzte haben beide Möglichkeiten wahrgenommen. Insgesamt haben 21 Ärzte an der Ausbildung und somit an der Untersuchung teilgenommen, wovon 17 vorab einen Gesprächstermin genutzt und 4 Informationsmaterial erhalten haben. Die Anmeldequote der Reagenten lag insgesamt also bei 21,42%, aufgrund der schriftlichen Informationen bei 6,06% und mit Vorgespräch bei 50,00%. Die 21 Teilnehmer entsprachen 0,26% der angeschriebenen Ärzte.

Die größte Gruppe innerhalb der Stichprobe bildeten neun Zahnärzte, gefolgt von drei Allgemeinmedizinern und zwei Gynäkologen. Die weiteren Fachrichtungen: Anästhesie, Chirurgie, innere Medizin, Kieferorthopädie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie, und Urologie waren jeweils durch einen Arzt vertreten. Verglichen mit der Grundgesamtheit sind die Zahnärzte mit 9 Teilnehmern sowie die Gynäkologen mit 2 Teilnehmern überrepräsentiert, Allgemeinmediziner (3) und Internisten (1) eher unterrepräsentiert. Die 21 Teilnehmer stellen daher keine repräsentative Auswahl aus der Grundgesamtheit dar.

Die Kieferorthopädie ist eine Weiterbildung für Zahnärzte und wird daher zur Zahnmedizin, wie unten dargestellt, gerechnet.

### Fachgruppen



■ Anästhesie	■ Chirurgie	■ Kinderheilkunde
■ Innere Medizin	■ Kinder- und Jugendpsychiatrie	■ Urologie
■ Frauenheilkunde und Geburtshilfe	■ Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte	■ Zahnärzte
■ Kieferorthopädie		

Abbildung 18: Anzahl der Teilnehmer nach Fachgruppen

Von den 21 Ärzten haben neun weibliche und zwölf männliche Teilnehmer im Alter von 36 Jahren bis 69 Jahren die Ausbildung begonnen.

## 5.2 Methodenwahl

Den Entschluss, eine Forschungsarbeit über NLP zu schreiben, habe ich bereits während des Verfassens meiner empirischen Diplomarbeit gefasst.

Da ich die Kommunikationsmuster niedergelassener Ärzte im Gespräch mit Patienten erfassen wollte, lag für mich die Beobachtung als Untersuchungsmethode auf der Hand. "Unter Beobachtung verstehen wir das systematische Erfassen, Festhalten und Deuten sinnlich wahrnehmbaren Verhaltens zum Zeitpunkt des Erlebens" (Atteslander, 1995, S. 87). Um Rückschlüsse auf die Theorie des NLP ziehen zu können, kam für mich nur eine quantitative Untersuchung in Frage.

Mit der quantitativ-orientierten Beobachtung gehen grundlegende Probleme einher: zum einen die selektive und möglicherweise voreingenommene Wahrnehmung des Beobachters und zum anderen die Teilnahme im Feld, die Einfluss auf das Ergebnis haben können.

Um den Vorwurf der selektiven Wahrnehmung möglichst weitgehend zu entkräften, habe ich mich für ein strukturiertes Beobachtungsschema entschieden. Der strukturierte Beobachtungsbogen ermöglicht anderen NLP-geschulten Personen die Wiederholung der Untersuchung. Darüber hinaus sollten zwei (oder mehrere) beobachtende Personen die gleichen Ergebnisse erhalten.

Die strukturierte Beobachtung gewährleistet die Quantifizierbarkeit, Kontrollierbarkeit und Vergleichbarkeit der Daten, um die subjektive Interpretation gering zu halten. Die Beobachtungskategorien waren durch die NLP-Modelle vorgegeben. Das Beobachtungsschema wurde anhand der Ausbildungsinhalte in Multiple-Choice-Form erstellt (Näheres zur Konzeption im nächsten Kapitel), so dass für den NLP-kundigen Beobachter das schnelle Auffinden der Modelle möglich ist. Das konzipierte Schema befähigt zur zeitgleichen Aufzeichnung der Art und Häufigkeit der angewendeten NLP-Modelle durch Ankreuzen und durch Striche.

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, zusätzliche Kategorien zu notieren, so dass die Wahrnehmung offen gehalten wird.

Da ich die Ärzte während der NLP-Ausbildung begleitet habe, war eine verdeckte Beobachtung nicht möglich. Die teilnehmenden Ärzte haben sich für die NLP-Practitioner-Ausbildung angemeldet in dem Bewusstsein, dass sie Teilnehmer eines Forschungsprojektes sind, zu dem die Beobachtung in der Praxis gehört.

Den Patienten, deren Reaktion auf die Anwendung von Kommunikationsmodellen ich beobachtet habe, wurde ich in der Regel als "junge Kollegin" vorgestellt, die eine Praxisstudie durchführt.

Einem möglichen Gefühl des Misstrauens habe ich vorgebeugt, indem ich bei fast allen Ärzten ein Vorgespräch vor der Teilnahme geführt habe. Mögliche Verhaltensänderungen durch die Beobachtung kann ich nicht vollständig ausschließen. Ich habe aber versucht, diese möglichst gering zu halten, da ich auf Aufzeichnungsgeräte verzichtet habe. Meine Beobachtungen habe ich mit Klemmbrett, Schema und Stift durchgeführt.

Ich habe mich für eine passiv-teilnehmende Beobachtung entschieden, damit ich mich ganz auf meine Rolle als forschender Beobachter konzentrieren konnte und mich nicht aktiv an der Interaktion beteilige (Atteslander, 1995). Durch die passiv-teilnehmende Beobachtung sollten, wie oben bereits angeführt, die Ergebnisse der Beobachtungen vom Untersucher weitgehend unabhängig sein.

Aufgrund der grundlegenden Problematik der Doppelrolle als Beobachter und Forscher, habe ich meine Untersuchung durch weitere Methoden abgesichert.

Für die zusätzliche Abklärung meiner Hypothesen habe ich die stark strukturierte Befragung mittels Fragebogen gewählt.

Ich habe vor Beginn und zum Abschluss der Ausbildung der Ärzte einen standardisierten intervallskalierten Fragebogen eingesetzt, um vergleichbare Daten auswerten

zu können. Der Fragebogen hat am ersten Messzeitpunkt die erwartete Wirkung der Teilnehmer an die NLP-Practitioner-Ausbildung und am zweiten Messzeitpunkt die erzielte Wirkung erfasst. Der Fragebogen wurde von mir im Rahmen eines strukturierten Interviews entsprechend der Angabe der teilnehmenden Ärzte ausgefüllt. Der Verzerrungsfaktor der persönlichen Befragung ist meines Erachtens in der von mir gewählten Form sehr gering, da die Antwortkategorien des standardisierten Wirkungsfragebogens durch eine Skala vorgegeben sind. Darüber hinaus ist der Fragebogen derart selbsterklärend gestaltet, dass die Teilnehmer ihn auch ohne mein Dabeisein hätten ausfüllen können.

Um die Bereitschaft der Teilnehmer zu erhöhen, die weiteren Fragebögen im Laufe der Ausbildung selbständig auszufüllen (diese wurden an den Seminarwochenenden verteilt und eingesammelt), habe ich mich bezüglich der ersten Anwendung für das standardisierte Interview im Rahmen einer persönlichen Befragung entschieden.

Ein standardisierter Fragebogen kann in der Regel als objektiv bezeichnet werden, da er Antwortkategorien vorgibt, die statistisch vom Forscher selber oder von einem Beauftragten quantitativ ausgewertet werden können. Darüber hinaus ist er zuverlässig (reliabel), weil "sich die mit diesem vorgenommenen Messungen prinzipiell reproduzieren lassen" (Diehl/Kohr, 1994, S. 380).

### 5.3 Konzeption der Beobachtung

Mein Ziel, die Praxis und die Effekte der NLP-Modelle im Arzt-Patienten-Gespräch zu untersuchen, lässt sich durch die passiv-teilnehmende Beobachtung realisieren, weil die wissenschaftliche Beobachtung sinnlich wahrnehmbares Verhalten zum Zeitpunkt des Geschehens erfasst (Atteslander, 1995).

Die Ausbildung zum NLP-Practitioner für meine Untersuchungsgruppe fand an acht Wochenenden statt. Da ich die Veränderung des Gesprächs der Ärzte mit Patienten im Verlauf der Ausbildung beobachten wollte, habe ich acht Beobachtungszeitpunkte angesetzt. Die erste Beobachtungsphase fand vor dem Start des ersten Seminars statt, um das bisherige Kommunikationsverhalten der Ärzte zu erheben. Nach den Ausbildungswochenenden eins bis sieben erfolgte jeweils eine Beobachtungsphase. Auf eine Erhebung nach dem achten Wochenende habe ich verzichtet, weil an diesem das Abschluss-Testing stattfand und somit für meine Untersuchung keine weiteren relevanten Modelle vermittelt wurden.

Meine Beobachtungen führte ich in der jeweiligen Arztpraxis der Teilnehmer durch, d.h. "in ihrer natürlichen Umwelt unter den dort herrschenden Bedingungen ohne diese gezielt zu verändern" (Atteslander, 1995, S. 99).

Entweder hospitierte ich in der Vor- oder Nachmittagssprechstunde, je nach Organisation der Arztpraxis. In der Regel war ich mit dem behandelnden Arzt und dem Patienten alleine im Behandlungszimmer. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der Zahnärzte, wo eine Mitarbeiterin zur Assistenz zumindest zeitweise anwesend war.

Wie bereits bei der Methodenwahl dargestellt, wurde ich den Patienten in meiner Rolle als passiv-teilnehmende Beobachterin des Arztes vorgestellt und das Einverständnis der Patienten eingeholt.

Ziel der Beobachtung war es, die angewandten Kommunikationsmuster zu erfassen. Atteslander definiert eine Beobachtungseinheit als "denjenigen Teilbereich sozialen Geschehens, der konkreter Gegenstand der Beobachtung sein soll" (Atteslander, 1995, S. 100). Demzufolge ist in dieser Untersuchung eine Beobachtungseinheit das vom Arzt eingesetzte Kommunikations- resp. NLP-Modell. Das Modell kann verbal oder non-verbal angewandt werden, so dass eine Beobachtungseinheit einen Satz oder eine Geste bzw. Körperbewegung umfassen kann.

Das eingesetzte Beobachtungsschema beinhaltet alle in der NLP-Ausbildung vermittelten Modelle, die ich im Kapitel "Stand der Forschung" beschrieben habe; darüber hinaus allgemeine Kommunikationsmethoden, wie z.B. das aktive Zuhören, Fragearten, Einwandbehandlung, Reizworte und Elemente des klassischen Arztgespräches.

Der Beobachtungsbogen ist im Multiple-Choice-System aufgebaut (s. Anhang). Das Modell mit seinen Facetten steht jeweils waagrecht in einer Zeile. Die eingesetzten NLP-Modelle können durch Ankreuzen erfasst werden. Bei wiederholter Anwendung wurden Striche (| |) für die Häufigkeit gemacht. Ich verwendete für jeden Patienten, der den jeweiligen Arzt konsultierte, ein neues Schema, so dass meine Aufzeichnungen für die spätere Auswertung übersichtlich blieben. Die Beobachtungsbögen wurden in jeder Phase durchnummeriert, d.h. beim ersten Messzeitpunkt vor der NLP-Ausbildung erhielt das erste Gespräch die Nummer 0/1. Ich habe zunächst die Phase und dann das Gespräch mit einer Ziffer versehen. Auf dem Beobachtungsschema hielt ich das Datum der Erhebung, den Namen des Arztes und seine Fachgruppe fest. Bei der PC-gestützten Erfassung wurde die Beobachtung in so weit anonymisiert, dass jedem Arzt eine Nummer zugeordnet wurde.

## 5.4 Konzeption der Fragebögen

Nach der Entscheidung, eine empirische Arbeit über NLP zu schreiben, habe ich auf der Basis der Literatur und aufgrund meiner beruflichen Erfahrung die Fragestellung gebildet, die meine Forschungsarbeit leitet. Aus der Fragestellung ergaben sich theoriegeleitet die Hypothesen. Mit der Formulierung der Hypothesen, die mein Forschungsinteresse widerspiegeln, wurde der Einsatz von Fragebögen zur Überprüfung notwendig. "Der Fragebogen ist die schriftlich fixierte Strategie einer Befragung" (Atteslander, 1995, S. 193).

### 5.4.1 Wirkungsfragebogen

Der von mir konzipierte Wirkungsfragebogen (s. Anhang), der an zwei Messzeitpunkten eingesetzt wurde, umfasst die Themenbereiche "Wirkung auf den Arzt", "Wirkung auf die Patienten" und "Wirkung auf den Praxisbetrieb".

Als Einstieg in den Wirkungsfragebogen zum ersten Messzeitpunkt ( $t_1$ ) habe ich die demographischen Daten: Fachrichtung, Zusatzqualifikation, Geburtsjahr und Zeitpunkt der Niederlassung erfragt. Diesen Fragen dienten als 'Aufwärmphase' und als neutraler Einstieg.

Vor Beginn der Ausbildung – beim ersten Beobachtungsdurchlauf - wurden die Ärzte bzgl. der Fragestellung interviewt "Welche Wirkung erwarten Sie von der NLP-Practitioner-Ausbildung?". Der zweite Wirkungsfragebogen stand bei der achten und letzten Beobachtungsphase unter der Fragestellung "Welche Wirkung hat die NLP-Practitioner-Ausbildung erzielt?".

Der erste Themenbereich "**Wirkung auf den Arzt**" beinhaltete folgende acht Punkte:

- erhöhte Zufriedenheit
- mehr Energie im Alltag
- empathischere Kontaktaufnahme
- informativeres Anamnese-Gespräch
- erweitertes Handlungsrepertoire im Gespräch
- breiteres Kommunikationsspektrum
- flexibler Umgang mit Einwänden im Gespräch
- verstärktes Eingehen auf die Signale des Patienten
- zusätzliche Erwartungen

Darüber hinaus hatte der Arzt die Möglichkeit, zusätzliche Erwartungen zu benennen, die er an die Wirkung der Ausbildung knüpfte. Die Themenbereiche "Wirkung auf die Patienten" und "Wirkung auf den Praxisbetrieb" umfassten jeweils fünf Items und boten dem Arzt auch die Möglichkeit, Ergänzungen zu machen.

#### **Wirkung auf die Patienten**

- verbesserte Compliance
- stärkere Bindung an die Praxis
- verkürzte Wartezeiten
- subjektiv längere Konsultationszeiten
- subjektiver Gewinn von Zuwendung
- zufriedener Patienten
- zusätzliche Erwartungen

### **Wirkung auf den Praxisbetrieb**

- Zeitgewinn pro Tag
- mehr Zeit pro Patient
- verbessertes Betriebsergebnis
- höhere Patientenzahlen
- kontrollierte Kontakte pro Patient im Quartal
- zufriedenerer Mitarbeiter
- zusätzliche Erwartungen

Unter Berücksichtigung der Zielgruppe habe ich im medizinischen Bereich feststehende Begriffe gewählt (z.B. Anamnese oder Compliance), die Ärzten bekannt sind, jedoch nicht der Alltagssprache entsprechen ("Krankheitsvorgeschichte", "Bereitschaft des Patienten, Hinweise des Arztes zu befolgen").

Um vergleichbare Daten zu erhalten, habe ich mich für die Verwendung einer Antwortskala entschieden. "Die Skalierungsverfahren ermöglichen, in kurzer Zeit gezielte Informationen über Einstellungen und Meinungen zu gewinnen. Skalierungsverfahren sind Verfahren, die verschiedene Dimensionen qualitativ erfassen und anhand von Skalen quantitativ messen und darstellen. Bei Skalierungsverfahren wertet der Befragte Statements auf die einleitende Frage in ihrer Ausprägung" (Atteslander, 1995, S. 261).

Ich habe die Antwortkategorien intervallskaliert, damit den Items so Zahlen zugeordnet werden, "dass gleiche Differenzen der Zahlen gleichen Differenzen in den Ausprägungen des gemessenen Merkmals bei den Objekten entsprechen" (Diehl/Kohr, 1994, S. 11-12). Bei der Intervallskala ist der Nullpunkt willkürlich und bedeutet nicht ein Nichtvorhandensein des Merkmals (Diehl/Kohr, 1994). Null bedeutet bei der von mir verwendeten Skala, dass keine Veränderung in der Ausprägung des Merkmals erwartet wird.

Der Wirkungsfragebogen ist in Anlehnung an das von Atteslander beschriebene Polaritätsprofil konzipiert worden. "Mit Hilfe des Polaritätsprofils lassen sich Einstellungen und Stereotype erforschen, indem anhand von Eigenschaftsdimensionen geprüft werden kann, welchen Eindruck bestimmte Begriffe oder Objekte der Umwelt auf die befragte Person machen" (Atteslander, 1995, S. 269). Die Einschätzung war auf einer siebenstufigen Intervall-Skala von -3 (starke Verschlechterung) über Null (keine Veränderung) bis +3 (starke Verbesserung) anzugeben. "Die äußeren Kästchen bilden die Extremwerte, d.h. der Intensitätsgrad schwächt zur Mitte hin ab" (Atteslander, 1995, S. 269). Bei einer hohen Erwartung an die erhöhte Zufriedenheit durch die NLP-Practitioner-Ausbildung sollte der Arzt sein Kreuz bei +3 setzen. Erwartet er z.B. keine Veränderung der Compliance ist die Null anzukreuzen, und sollte die erwartete Wirkung bei den Wartezeiten eine Verschlechterung vorsehen, ist z.B. bei -2 eine Markierung zu setzen.

### 5.4.2 Selbsteinschätzungsfragebogen

Neben der Beobachtung als Fremdeinschätzung des Arzt-Patienten-Gesprächs, die nur eine Momentaufnahme eines halben Praxistages darstellt, wurden die Ärzte um ihre Selbsteinschätzung gebeten. Unter der Fragestellung "Welche Methoden haben Sie im Gespräch mit Patienten wie oft eingesetzt?" werden die Teilnehmer beim Seminar gebeten, den Zeitraum nach dem letzten Ausbildungswochenende zu reflektieren.

Der erste Selbsteinschätzungsbogen kam also beim zweiten NLP-Wochenende zum Einsatz, um die in der Zwischenzeit angewendeten Modelle zu erfassen. Ich setzte diesen Bogen an sechs Messzeitpunkten ein: (T<sub>1</sub>) beim zweiten Seminar zur Erfassung der Modelle des ersten Bausteins, (T<sub>2</sub>) beim dritten, (T<sub>3</sub>) beim vierten, (T<sub>4</sub>) beim fünften, (T<sub>5</sub>) beim sechsten und (T<sub>6</sub>) beim siebten Seminar. Beim letzten Wochenende habe ich, wie schon erwähnt, aufgrund des Abschluss-Testings auf eine Selbsteinschätzung der siebten Ausbildungsphase verzichtet.

Die einzuschätzenden Kategorien entsprachen den im Seminar kennengelernten NLP-Modellen. Bei dem Fragebogen zu Baustein eins schätzte der Arzt den Einsatz ausschließlich der NLP-Modelle des ersten Ausbildungswochenendes ein. Beim zweiten Meßzeitpunkt (T<sub>2</sub>) erhob ich neben den Modellen aus Baustein zwei zusätzlich die des ersten Wochenendes, um Veränderungen feststellen zu können. D.h. von Erhebungszeitpunkt zu Erhebungszeitpunkt nimmt der Fragebogen an Volumen zu. Entgegen der Empfehlung von Atteslander, Bekanntes an den Anfang zu setzen (Atteslander, 1995), habe ich das Neue zu Beginn abgefragt, um es in den Fokus zu setzen, so dass die Modelle von Baustein 1 immer weiter nach hinten rückten.

Zur Beurteilung und Einordnung der Intensität des Einsatzes habe ich folgende Skala mit sieben Punkten verwendet:

Nie	sehr selten	selten	ab und zu	häufig	oft	immer
1	2	3	4	5	6	7

Jede Antwortmöglichkeit wird mit einer ganzen Zahl codiert. Der Einheitlichkeit wegen, habe ich auch hier, wie bei den Wirkungsfragebögen, eine siebenstufige Skala eingesetzt.



## 5.5 Auswertung

"Zur Auswertung werden dabei sämtliche Arbeiten gezählt, die in irgendeiner Form mit der Aufbereitung, Analyse und Interpretation zu tun haben, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt diese innerhalb des Forschungsablaufs anfallen" (Atteslander, 1995, S. 336).

### 5.5.1 Aufbereitung der Daten

#### Erfassung der Beobachtungsdaten

Die Daten aus den Beobachtungen wurden unter ACCESS in eine Bildschirmmaske eingegeben, die die direkte beobachtungsgerechte Dateneingabe ermöglicht.

Die Maske wurde eigens zur Erfassung der Beobachtungsdaten erstellt. Analog zum Beobachtungsschema werden Ausbildungsphase und Patientennummer eingegeben; der Arzt wird aus einer Liste ausgewählt. Die Benutzeroberfläche sieht folgendermaßen aus:

Reihenfolge	Methode	Methodenschritt	Wie	Wodurch	Effekt	Bemerkung	Anzahl
R	R	Rapport herstellen					
*							

Abbildung 19: Bildschirmmaske Access - Methode

Beim Erfassen der Daten klappt durch das Eingeben des Anfangsbuchstaben des verwendeten Modells, z.B. "R" wie *Rapport* ein Menü auf, das alle mit "R" beginnenden Modelle umfasst. Nach der Auswahl des Modells springt man waagrecht in die Nachbarzelle und gibt ein, "wie" *Rapport* hergestellt wird. Auch hier besteht die Möglichkeit ein Menü aufzuklappen, in dem nur die Möglichkeiten aufgelistet sind, "wie" *Rapport* hergestellt werden kann, also *pacing*, *über Kreuz spiegeln* und *zeitlich versetzt*.

Reihenfolge	Methode	Methodenschritt	Wie	Wodurch	Effekt	Bemerkung	Anzahl
R	R	Rapport herstellen	Pacing				
*							

Abbildung 20: Bildschirmmaske Access - Wie

In gleicher Zeile in der nächsten Zelle gibt man das "wodurch" ein; in diesem Beispiel entweder *Atem*, *emotional*, *Körperhaltung*, *Repräsentationssystem (vakog)*, *Rhythmus der Bewegung* oder *Stimme*. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, einen Effekt (leading) einzugeben.

Reihenfolge	Methode	Methodenschritt	Wie	Wodurch	Effekt	Bemerkung	Anzahl
R	R	Rapport herstellen	Pacing	Atem			
*							

Abbildung 21: Bildschirmmaske Access 1 - Wodurch

Dadurch, dass die Bildschirmmaske nach der Methodenwahl nur noch die zugeordneten Punkte "wie", "wodurch" und "Effekt" anbietet, ist die Wahrscheinlichkeit eines Eingabefehlers gering. Sollte dem Erfasser doch ein Fehler unterlaufen sein, so wird dieser bei der graphischen Darstellung sichtbar, weil Farben nur realistischen Kombinationen zugeordnet sind.

### **Erfassung der Fragebogendaten**

Die durch die Fragebögen gewonnenen Daten werden zur graphischen Darstellung in Excel eingegeben. Die Eingabemaske ist mit dem Fragebogendesign identisch, so dass auch hier falsche Eingaben minimiert werden. Um Fehler bei der Auszählung auszuschließen, werden die Daten noch von einer weiteren Person überprüft. Durch die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wird die Aufbereitung erleichtert, da keine Kategorien mehr gebildet werden müssen. Zusätzliche Erwartungen werden bei der Eingabe berücksichtigt und der Vollständigkeit halber, wird die Kategorie "keine Angabe" bei den Selbsteinschätzungsfragebögen ergänzt.

Sowohl die Beobachtungsdaten als auch die Informationen aus den Fragebögen wurden für die Inferenzstatistik durch das Programm SPSS 11.0 für Windows aufbereitet. Da SPSS die spaltengenaue Eingabe der Daten erfordert, wird die Eingabe von zwei resp. drei Personen vorgenommen, um evtl. Eingabefehler zu vermeiden.

### **5.5.2 Analyse**

"Der Begriff Analyse bezeichnet einerseits die statistische Beschreibung der Beobachtungs- und Befragungsdaten (deskriptive Statistik) wie auch die Überprüfung von Hypothesen mit der Hilfe der schließenden (analytischen) Statistik [Inferenzstatistik]" (Atteslander, 1995, S. 354).

Für die deskriptive Statistik werden die Daten mit Hilfe der oben angeführten Programme (Access, Excel) aufbereitet und die Häufigkeiten graphisch durch Säulen-, Flächen- und Kreisdiagramme dargestellt. Bei den Grafiken wird auf eine einheitliche Skalierung zugunsten einer verbesserten Darstellung verzichtet. Auch werden Modelle, die nicht angewandt wurden, nicht angezeigt.

Zur Überprüfung der Hypothesen werden die Daten mit Hilfe von SPSS berechnet. Da der Stichprobenumfang unter 30 liegt, habe ich mich für verteilungsfreie Tests entschieden. Wegen der verschiedenen Messzeitpunkte innerhalb einer Stichprobe spricht man von abhängigen Stichproben. "Wenn wir ein und dieselbe Stichprobe von Individuen zwei- oder mehrmals – etwa in einem gewissen zeitlichen Abstand oder unter veränderten Bedingungen – auf ein bestimmtes Merkmal hin untersuchen, so haben wir es [...] mit abhängigen Stichproben zu tun. Dabei liefert also jedes Individuum zwei oder mehr Beobachtungen" (Bortz/Lienert, 2000, S. 16).

Die bei den Wiederholungsmessungen der abhängigen Stichproben gefundenen Mittelwertsdifferenzen werden bzgl. ihrer Signifikanz zum einen durch den Vorzeichentest und zum anderen durch den Wilcoxon-Rangsummentest geprüft.

Liegen Häufigkeitsdaten vor, wie es bei meiner Beobachtung der Fall ist, wird der Vorzeichentest zur Signifikanzprüfung herangezogen. Beim Vorzeichentest werden die Differenzen zwischen den Beobachtungsphasen anhand der Vorzeichen gezählt (Bortz/Lienert, 2000).

Handelt es sich um kardinalgestufte Daten – wie es bei meinen intervallskalierten Fragebogendaten der Fall ist – erfolgt die Signifikanzprüfung durch den Wilcoxon-Rangsummentest. "Liegen für 2 abhängige Stichproben nicht nur Einschätzungen der Richtung (wie im Vorzeichentest), sondern auch der Größe der Veränderung vor, wendet man statt des Vorzeichentests besser den von Wilcoxon (1945, 1947) entwickelten Vorzeichenrangtest an" (Bortz/Lienert, 2000, S. 259).

Die Entscheidung über die statistischen Signifikanz erfolgt in jedem Falle über die Betrachtung des von SPSS ausgegebenen P-Wertes. Bei diesem Wert handelt es sich um "eine sogenannte Irrtumswahrscheinlichkeit  $p$ , die angibt, mit welcher Wahrscheinlichkeit man sich irren würde, wenn man die fragliche Hypothese akzeptiert. Um die Hypothese annehmen zu können, sollte diese Irrtumswahrscheinlichkeit natürlich möglichst klein sein" (Bortz, 1999, S. 12).

Der Auswertplan für die einzelnen Hypothesen sieht so aus:

### **1. Hypothese:**

Um zu überprüfen, ob im Verlauf der NLP-Ausbildung die Ärzte zunehmend mehr Kommunikationsmodelle im Gespräch mit Patienten einsetzen, werden die Beobachtungsphasen Null, vier und sieben verglichen. Bei jedem Arzt wird geprüft, ob die Anzahl der Kommunikationsmodelle:

- in Beobachtungsphase vier signifikant größer ist als in Phase Null
- in Beobachtungsphase sieben signifikant größer ist als in Phase vier und
- in Beobachtungsphase sieben signifikant größer ist als in Phase Null

Hierbei werden über die NLP-Modelle hinaus auch andere beobachtete Kommunikationsmodelle berücksichtigt. Die Anzahl der eingesetzten Kommunikationsmodelle pro Arzt wird durch die Anzahl der geführten Patientengespräche dividiert, um vergleichbare Daten zu erhalten. Die Signifikanzprüfung erfolgt durch den Vorzeichentest, der eine positive Differenz angibt, wenn der später beobachtete Wert größer ist (also:  $4 > 0$ ,  $7 > 4$  und  $7 > 0$ ). Die Darstellung erfolgt durch ein in Access erstellte Balkendiagramme normiert auf 100 Patienten.

### **2. Hypothese:**

Es wird mit Hilfe des Wilcoxon-Rangsummentest untersucht, ob die Teilnehmer im Verlauf der NLP-Ausbildung angeben, die kennengelernten Modelle signifikant häufiger anzuwenden. Zur Prüfung der Hypothese werden die Selbsteinschätzungsfragebögen zu den Ausbildungsphasen eins, drei und sechs herangezogen. Die graphische Darstellung erfolgt in Excel über Balkendiagramme.

### **3. Hypothese:**

Die von den Teilnehmern in Beobachtungsphase vier eingesetzten nicht-komplexen NLP-Modelle und in Beobachtungsphase sieben angewandten komplexen NLP-Modelle werden im Rahmen der deskriptiven Statistik durch Balkendiagramme gewichtet auf 100 Patienten in Access dargestellt.

Der Vergleich dieser Phasen bietet sich an, weil in der Ausbildungsphase vier die Vermittlung der NLP-Basis-Techniken abgeschlossen wird. Zu den nicht-komplexen Modellen gehören: Rapport herstellen, Ankertechniken, Zugangshinweise nutzen, Meta-Modell, Zielbestimmung, Logische Ebenen, Reframingtechniken, Milton-Modell, Trance, Metaphern, Präsuppositionen (s. S. 10-155).

Die Ausbildungsbausteine fünf bis acht beinhalten die komplexeren Modelle, hierfür wird die letzte Beobachtungsphase (sieben) herangezogen. Die komplexen NLP-Modelle umfassen: Strategiearbeit, Modelling, Kreativitätsstrategie, Swish-Techniken, Submodalitäten, Meta-Spiegel, Time line, Re-Imprinting, Phobietechniken, Kriterienhierarchie, Sorting Styles (s. S. 156-261).

Um vergleichbare Daten zu haben, wird für jeden Arzt das arithmetische Mittel der in Ausbildungsphase vier eingesetzten nicht-komplexen und in sieben verwandten komplexen NLP-Modelle pro Patientengespräch berechnet.

Der Vorzeichentest prüft, ob signifikante Unterschiede zwischen der Anwendung der komplexen und nicht-komplexen Modelle bestehen.

### **4. Hypothese:**

Im Rahmen der Selbsteinschätzungsfragebögen geben die Ärzte an, welche NLP-Modelle sie wie oft anwenden.

Für die nicht-komplexen NLP-Modelle wird der Selbsteinschätzungsbogen vier herangezogen. Aufgrund des Testings wurde beim achten Ausbildungswochenende auf eine Befragung mittels Selbsteinschätzung zu Baustein sieben verzichtet. Es wird für die komplexen NLP-Modelle der Fragebogen zu Ausbildungsphase sechs berücksichtigt.

Die Hypothese wird mittels Wilcoxon-Rangsummentest geprüft. Die Darstellung des Einschätzungsverhaltens erfolgt mit Hilfe von Flächendiagrammen in Excel.

### **5. Hypothese:**

Als Indikator für die empathische Kontaktaufnahme gilt im NLP das Herstellen von Rapport. Um die Veränderung im Verlauf der Ausbildung überprüfen zu können, werden die Beobachtungsphasen Null, vier und sieben herangezogen.

Die beobachtete Häufigkeit wird pro Arzt ermittelt und durch die Anzahl der Patientengespräche dividiert, so dass pro Teilnehmer das arithmetische Mittel der empathischen Kontaktaufnahme in der jeweiligen Ausbildungsphase vorliegt. SPSS berechnet den Vorzeichentest, um signifikante Unterschiede im Herstellen von Rapport festzustellen.

Durch Access wird im Rahmen der beschreibenden Statistik der Verlauf der Häufigkeiten – gewichtet auf 100 Patienten – dargestellt.

### **6. Hypothese**

Der Verlauf des Indikators "Rapport herstellen" wird für die Selbsteinschätzungsbögen eins, drei und sechs in Excel dargestellt und mit dem Wilcoxon-Rangsummentest in SPSS auf signifikante Unterschiede überprüft.

### **7. Hypothese:**

Als Indikator für ein besseres Eingehen auf die Patienten wird hier das Herstellen von Rapport unter besonderer Berücksichtigung des Effektes (Leading) sowie Nutzung des Meta-Modells der Sprache herangezogen.

Eingehen auf die Patienten heißt im NLP, den Patienten in ihrer Landkarte zu begegnen. Durch das Herstellen von Rapport stellt sich der Arzt auf die Patienten ein. Rapport wird als Harmonie und Verständnis empfunden. Wenn sich der Patient (durch Rapport) angenommen fühlt, kann der Arzt ihn durch das Gespräch führen (Leading). Gute Kommunikatoren sind in der Lage, Sprache zu verwenden, die der Landkarte des Gegenübers entspricht und genau zu bestimmen, was der andere mit seinen Wörtern ausdrücken möchte. Das Meta-Modell der Sprache bietet eine Vielzahl von Fragen an, um die Bedeutung der Kommunikation zu klären. Durch das Hinterfragen geht der Arzt auf das Gesagte des Patienten ein.

Um den Verlauf der Ausbildung zu erfassen, werden bei dieser Hypothese die Beobachtungsphasen Null, vier und sieben herangezogen; diese werden in SPSS mit Hilfe des Vorzeichentests analysiert. Zur Vorbereitung auf die Signifikanzprüfung wird bei jedem Arzt das arithmetische Mittel für die Indikatoren bestimmt, so dass die Häufigkeit pro Gespräch vorliegt.

Die Darstellung des Verlaufs erfolgt durch ein in Access erstelltes Balkendiagramm.

### **8. Hypothese:**

Bei der Auswertung der Selbsteinschätzungsbögen eins, drei und sechs werden die Antworten zu den Indikatoren "Rapport herstellen" und "Zugangshinweise nutzen" berücksichtigt. Da das Meta-Modell der Sprache Bestandteil des zweiten Ausbildungswochenendes ist, fließen hierbei nur die Selbsteinschätzungen drei und sechs in die Auswertung ein. Damit sich die Daten zum Vergleich eignen, werden zunächst die Mittelwerte über die Indikatoren berechnet. Mit Hilfe des Wilcoxon-Rangsummentest wird die Hypothese statistisch geprüft.

Der Verlauf der Selbsteinschätzung wird in Excel durch Balkendiagramme dargestellt.

### **9. Hypothese:**

Um zu überprüfen, ob aus dem Teilnehmerkreis, die Ärzte, die eine psychotherapeutische Zusatzausbildung haben, mehr NLP-Modelle anwenden, vergleiche ich die Vielfalt der Anwendung der NLP-Modelle in den Beobachtungsphasen Null, vier und sieben der Ärzte mit Zusatzausbildung mit den Ärzten ohne Zusatzausbildung. Im Rahmen der Inferenzstatistik berechne ich mit Hilfe des Mann & Whitney-U-Test die Signifikanz. Den Mann & Whitney-U-Test ziehe ich zum Vergleich der beiden Gruppen heran, weil er für Daten aus zwei unabhängigen Zufallsstichproben, bei denen abhängige Variablen gemessen werden, geeignet ist (Bortz, 2000).

Die Darstellung der eingesetzten NLP-Modelle in den ausgewählten Beobachtungsphasen erfolgt durch Balkendiagramme zum einen für die Gruppe der Ärzte mit Zusatzausbildung und zum anderen für die Ärzte ohne Zusatzausbildung, jeweils gemittelt auf 100 Patientengespräche.

#### **10. Hypothese:**

Zum Vergleich der Selbsteinschätzung der Ärzte mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung und der Teilnehmer ohne psychotherapeutische Zusatzausbildung ziehe ich die Selbsteinschätzungsfragebögen eins, drei und sechs heran. Auch hier werde ich zur Signifikanzprüfung mit dem Mann-Whitney-U-Test arbeiten, um zu überprüfen, ob es einen signifikanten Unterschied im Einschätzungsverhalten bezüglich der Häufigkeit der angewandten NLP-Modelle gibt.

Die Darstellung erfolgt in Excel in Form von Flächendiagrammen.

#### **11. Hypothese:**

Vor Beginn der Ausbildung werden die teilnehmenden Ärzte um ihre Einschätzung der erwarteten Wirkung der NLP-Ausbildung auf sich selber gebeten. Um zu klären, ob die Erwartungen mehrheitlich im Laufe der Ausbildung erfüllt werden konnten, werden am Ende der Ausbildung die Ärzte nach der Einschätzung der erzielten Wirkung gefragt.

Die auf der siebenstufigen Intervallskala angegebenen Werte für die Items werden summiert und durch die Anzahl der Items dividiert, so dass für jeden Arzt der Mittelwert vorliegt.

Zur Hypothesenprüfung werden zwei statistische Verfahren herangezogen: Zum einen wird mittels Wilcoxon-Rangsummentest geprüft, ob sich die erzielte Wirkung signifikant von der erwarteten unterscheidet. Wenn die erzielte Wirkung der erwarteten Wirkung entspricht, ist der Wilcoxon-Test nicht das geeignete Verfahren. Deshalb wird zusätzlich mit Hilfe von Spearmans Rho getestet, ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen erwarteter und erzielter Wirkung besteht.

Die Darstellung der erwarteten und erzielten Wirkung erfolgt in Excel durch zwei Balkendiagramme.

#### **12. Hypothese:**

Die Angaben der Ärzte zu den einzelnen Items werden addiert und durch die Anzahl der Items geteilt, so dass für die erwartete Wirkung auf die Patienten und für die erzielte Wirkung der Mittelwert für jeden Teilnehmer vorliegt. SPSS prüft über den Wilcoxon-Test auf signifikante Unterschiede und über Spearman-Rho auf signifikante Zusammenhänge. In Excel erfolgt die Darstellung der beiden Messzeitpunkte.

#### **13. Hypothese:**

Als Vorbereitung auf die Signifikanzprüfung werden auch hier für die erwartete und erzielte Wirkung die Mittelwerte für jeden Teilnehmer gebildet. Die Werte der zwei Messzeitpunkte werden mit Hilfe des Wilcoxon-Test auf signifikante Differenzen und mit Spearman-Rho auf einen signifikanten Zusammenhang überprüft.

Die in Excel erstellten Balkendiagramme verdeutlichen die Ergebnisse grafisch.

## 6. Untersuchungsverlauf

Mit der Eingabe der Arztadressen habe ich im März 2001 begonnen und die Erfassung im August 2001 beendet. Die ersten Anschreiben wurden am 16.03.2001 bei der Post eingeliefert. Im Vier-Wochen-Rhythmus habe ich jeweils 1.000 niedergelassene Ärzte angeschrieben. Das erste Informationsmaterial über das Forschungsvorhaben verließ am 02.04.2001 das Haus und mein erstes Vorabgespräch habe ich am 26.03.2001 geführt.

Die erste Anmeldung eines Arztes zur NLP-Practitioner-Ausbildung und damit zu meinem Forschungsvorhaben konnte ich am 05.04.2001 nach einem Informationsgespräch mitnehmen. Die letzte Anmeldung bekam ich am 23.10.2001, kurz vor dem Start des ersten NLP-Wochenendseminars am 27. und 28. Oktober.

Da die erste Beobachtungsphase vor Beginn der NLP-Practitioner-Ausbildung (zum Zeitpunkt Null) abgeschlossen sein sollte, beobachtete ich im Zeitraum vom 22.07. bis 26.10.2001 alle 21 teilnehmenden Ärzte in der Praxis im Gespräch mit ihren Patienten.

Parallel zu der NLP-Practitioner-Arzt-Gruppe, die an meiner Untersuchung teilnahm, verlief eine weitere NLP-Ausbildung, an der in erster Linie Personen aus dem medizinischen Umfeld teilnahmen, wie z.B. Arzthelferinnen, Pfleger und Apotheker. Diese Parallelgruppe ermöglichte bei Terminengpässen den Forschungsteilnehmern das Ausweichen. Da die Inhalte bei beiden Gruppen von demselben NLP-Lehrtrainer vermittelt wurden, sind "Versuchsleitereffekte" auszuschließen. Zwei Ärzte nahmen beim ersten NLP-Baustein den Ausweichtermin wahr.

Die zweite Beobachtungsphase in den Praxen erfolgte im Anschluss an das erste Seminar, also vom 29.10. bis 06.12.2001. Das zweite NLP-Wochenende wurde vom 08. bis 09.12.2001 durchgeführt. Zwei Ärzte nutzten die Parallelgruppe, um die NLP-Modelle des zweiten Bausteins kennenzulernen.

Der dritte Durchlauf der Beobachtung fand im Zeitraum vom 10.12.2001 bis 30.01.2002 statt. Am dritten NLP-Wochenende nahmen leider nur 14 Ärzte über die gesamte Zeit teil. Um das Forschungsprojekt nicht zu gefährden, wurde den Ärzten, die bei Teil drei gefehlt hatten, die Möglichkeit angeboten zum einen an der Parallelgruppe teilzunehmen oder einen extra Termin wahrzunehmen. Fünf Teilnehmer entschieden sich für den Sondertermin, ein Arzt nutzte sowohl den Sondertermin als auch die Parallelgruppe und ein weiterer Arzt besuchte das Seminar in der Ausweichgruppe.

Bis zum vierten NLP-Ausbildungsabschnitt am 16. und 17.03.2002 beobachtete ich die Teilnehmer in der Praxis im Gespräch mit ihren Patienten. Teil vier der NLP-Practitioner-Ausbildung haben alle Ärzte am vorgesehenen Wochenende absolviert.

Leider bricht ein Teilnehmer die Ausbildung zum NLP-Practitioner aus beruflichen Gründen nach der vierten Beobachtungsphase, die von Mitte März bis Ende April stattfand, ab. Das fünfte NLP-Seminar fand vom 27. bis zum 28.04.2002 statt und wurde von 17 Ärzten vollständig besucht. Ein Arzt war nur samstags anwesend und scheidet nach dem fünften Beobachtungsdurchlauf aus Zeitmangel aus. Drei Ärzte nutzten den Ausweichtermin in der Parallelgruppe, um die Modelle kennenzulernen.

Am sechsten NLP-Wochenende vom 15. bis 16.06. sind 19 Teilnehmer anwesend. Zwei Ärzte holen den Termin in der anderen Gruppe nach. Ein Arzt hört mit der Ausbildung nach der sechsten Beobachtungsphase auf.

Das siebte NLP-Seminar besuchten am 14. und 15.09. 13 Ärzte, drei Teilnehmer nehmen den Ausweichtermin wahr und zwei einen Sondertrainingstag. In der letzten Beobachtungsphase habe ich 18 Ärzte im Gespräch mit Patienten beobachtet, so dass der Drop-Out bei insgesamt drei Ärzten lag. Von den verbliebenen 18 Teilnehmern haben 14 Ärzte das Testing-Wochenende erfolgreich absolviert. Vier Ärzte haben auf den Abschluss als Practitioner of the Art of Neuro-Linguistic-Programming verzichtet, was auf das Forschungsprojekt keinen Einfluss hatte, da die Erhebung mit der letzten Beobachtungsphase vor dem Testing abgeschlossen wurde.

Der Verlauf auf einen Blick:

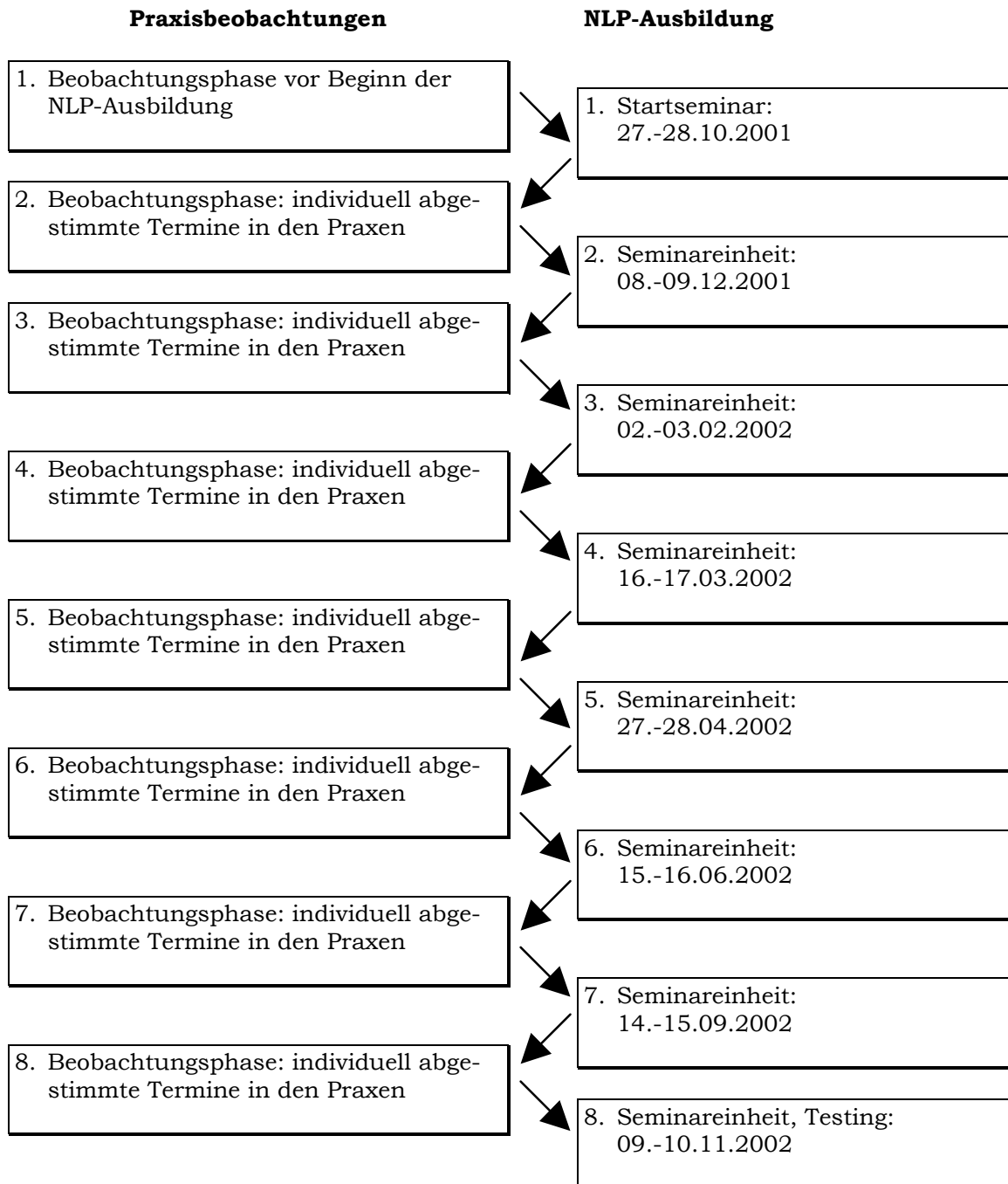


Abbildung 22: Verlauf der Untersuchung

## 7. Darstellung der Ergebnisse

### 1. Hypothese:

**Ärzte setzen im Verlauf der NLP-Practitioner-Ausbildung ein breiteres Spektrum an Kommunikationsmodellen ein.**

Bei den Berechnungen werden alle beobachteten Kommunikationsmodelle der Phasen Null, vier und sieben berücksichtigt.

**Tabelle 9: Hypothese 1a - Deskriptive Statistiken**

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>MEAN_0</b>	21	7,4094	2,3568	5,15	15,78
<b>MEAN_4</b>	21	13,0673	2,5556	9,00	20,10
<b>MEAN_7</b>	18	14,2642	4,03173	9,33	24,43

**Tabelle 10: Hypothese 1a - Statistik für Vorzeichenstest**

	MEAN_4 - MEAN_0	MEAN_7 - MEAN_4	MEAN_7 - MEAN_0
<b>Exakte Signifikanz (2-seitig)</b>	,000(a)	,238(a)	,000(a)
a Verwendete Binomialverteilung.			
b Vorzeichenstest			

Im Folgenden werden ausschließlich die beobachteten NLP-Modelle der Phasen Null, vier und sieben in die Berechnung mit einbezogen:

**Tabelle 11: Hypothese 1b - Deskriptive Statistiken**

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>MEAN_0</b>	21	2,0803	1,3585	,50	6,67
<b>MEAN_4</b>	21	6,4087	2,1009	3,15	12,70
<b>MEAN_7</b>	18	7,6988	3,03256	3,78	14,57

**Tabelle 12: Hypothese 1b - Statistik für Vorzeichenstest**

	MEAN_4 - MEAN_0	MEAN_7 - MEAN_4	MEAN_7 - MEAN_0
<b>Exakte Signifikanz (2-seitig)</b>	,000(a)	,481(a)	,000(a)
a Verwendete Binomialverteilung.			
b Vorzeichenstest			



**Grafische Darstellung der Häufigkeit der beobachteten Kommunikationsmodelle, exemplarisch:**

**Auswertung der Beobachtungen**

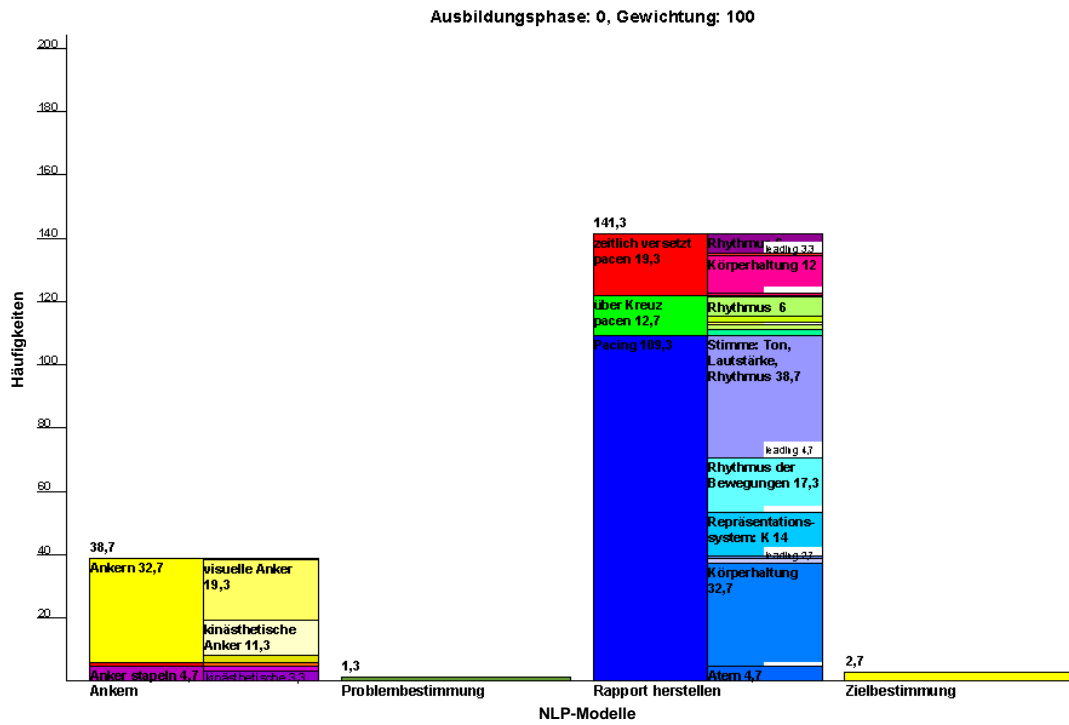


Abbildung 23: Ausbildungsphase Null – NLP-Modelle Baustein 1

**Auswertung der Beobachtungen**

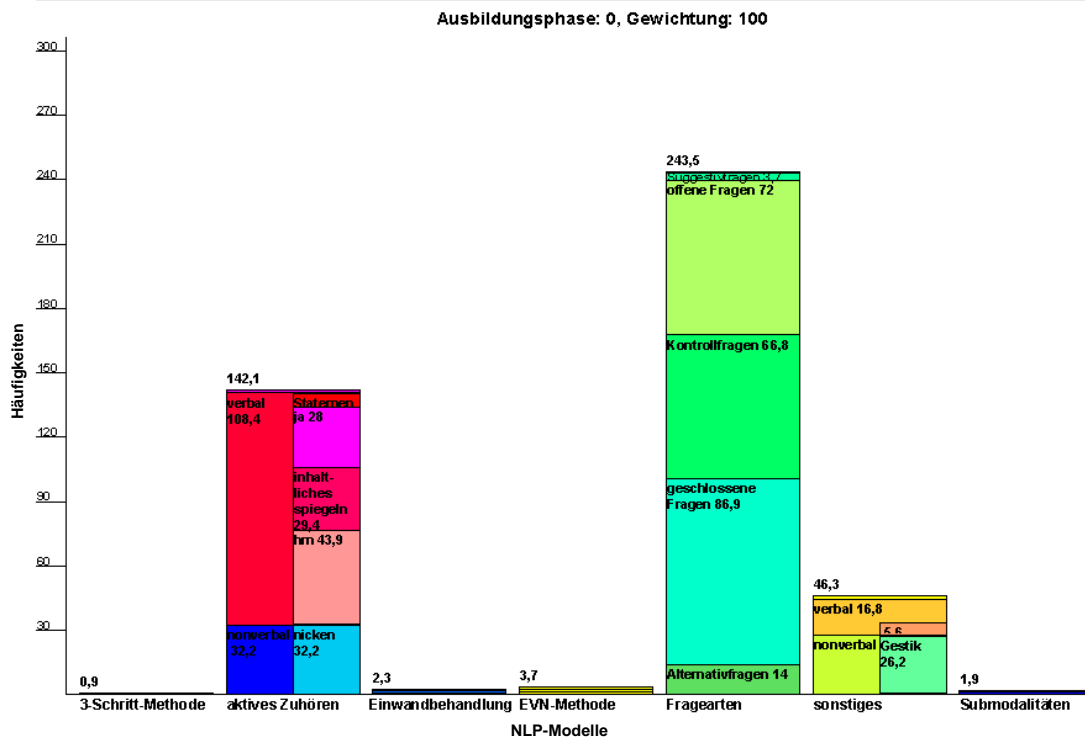


Abbildung 24: Ausbildungsphase Null – NLP-Modelle Baustein 6-8 und sonstige Kommunikationsmodelle

## Auswertung der Beobachtungen

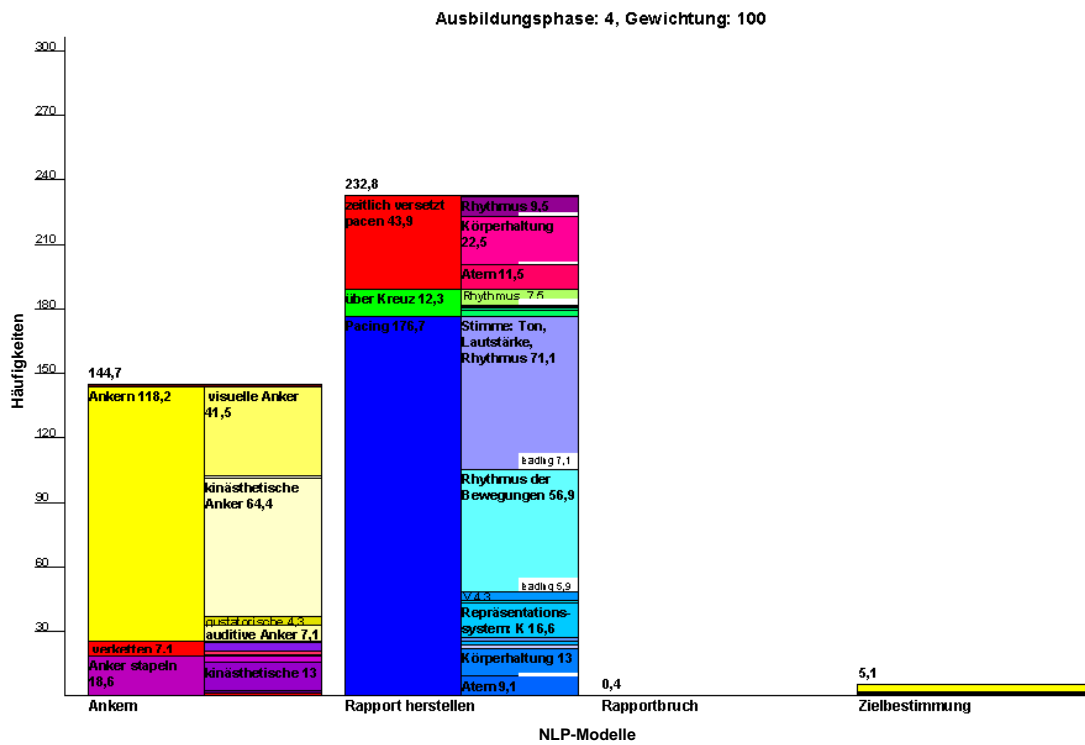


Abbildung 25: Ausbildungsphase vier – NLP-Modelle Baustein 1

## Auswertung der Beobachtungen

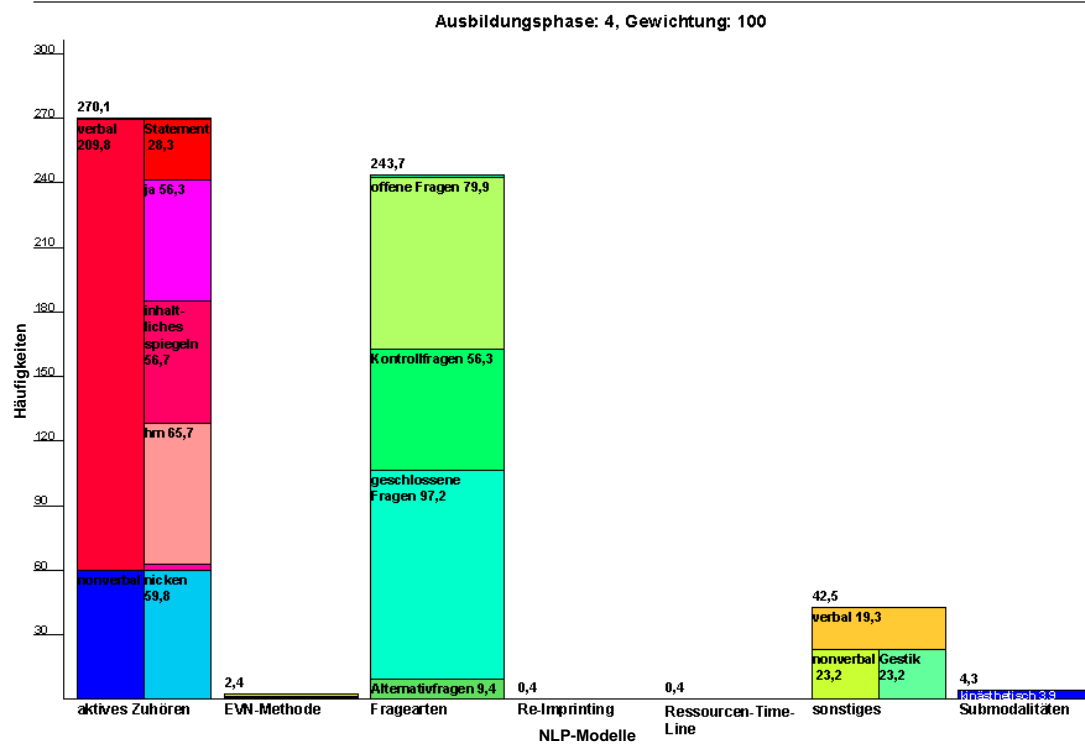


Abbildung 26: Ausbildungsphase vier – NLP-Modelle Baustein 6-8 und sonstige Kommunikationsmodelle

## Auswertung der Beobachtungen

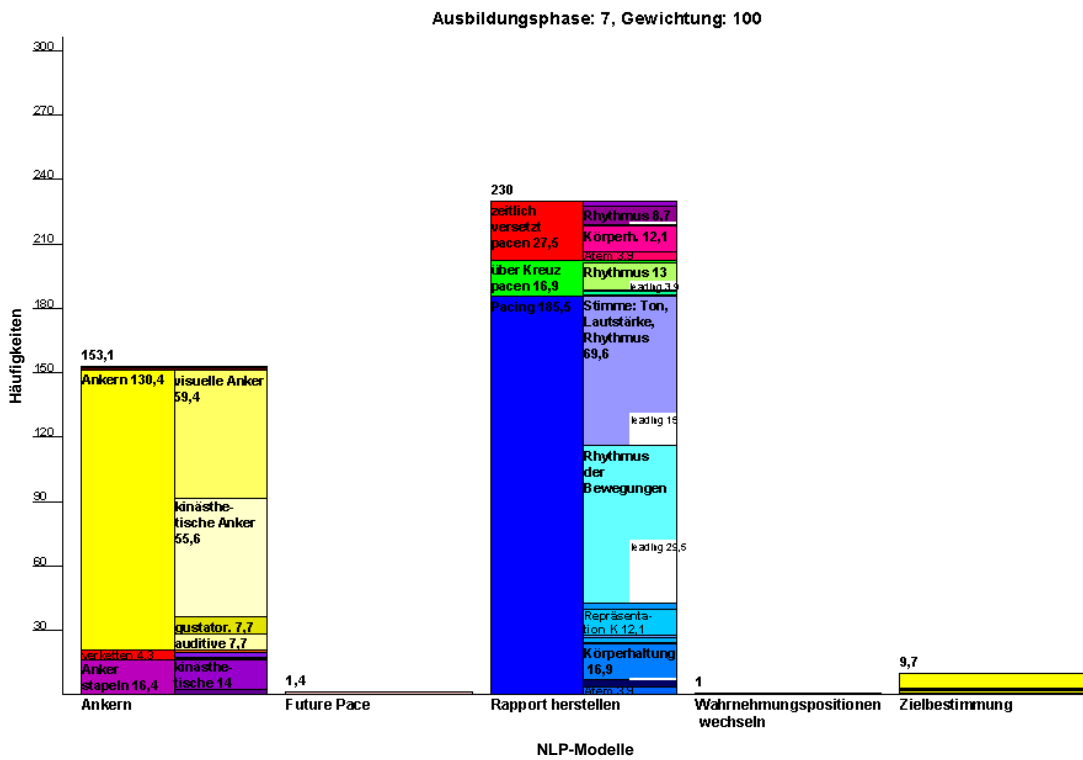


Abbildung 27: Ausbildungsphase sieben – NLP-Modelle Baustein 1

## Auswertung der Beobachtungen

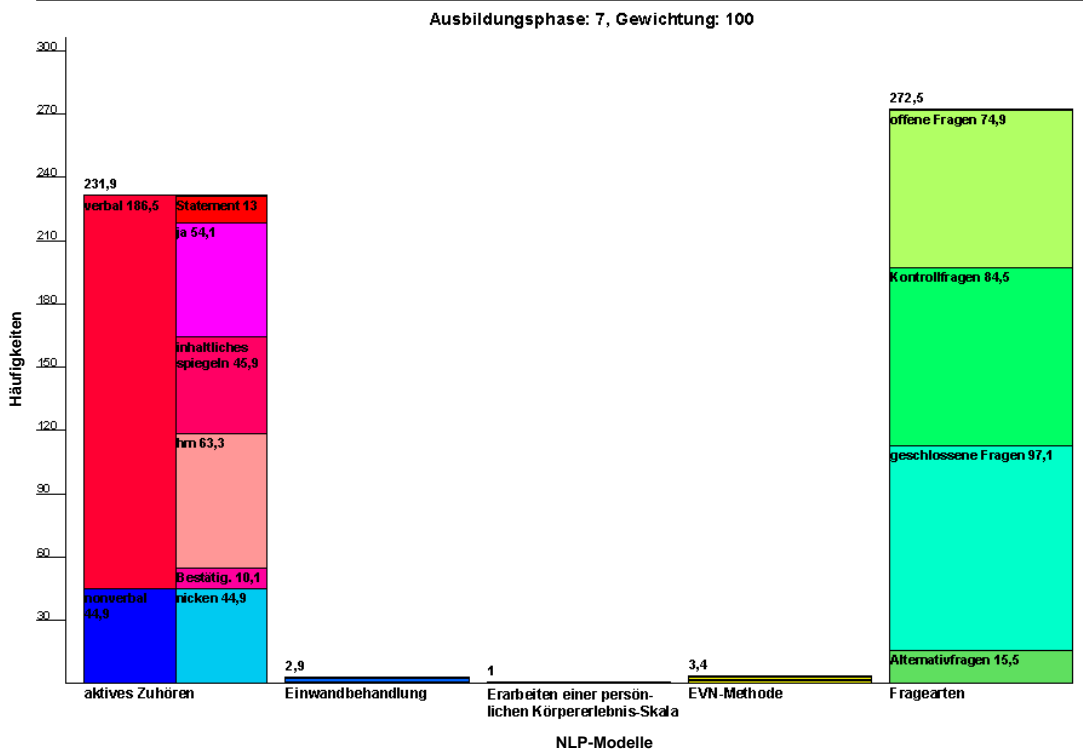


Abbildung 28: Ausbildungsphase sieben – NLP-Modelle Bausteine 6-8 und sonstige Kommunikationsmodelle, Seite 1

## Auswertung der Beobachtungen

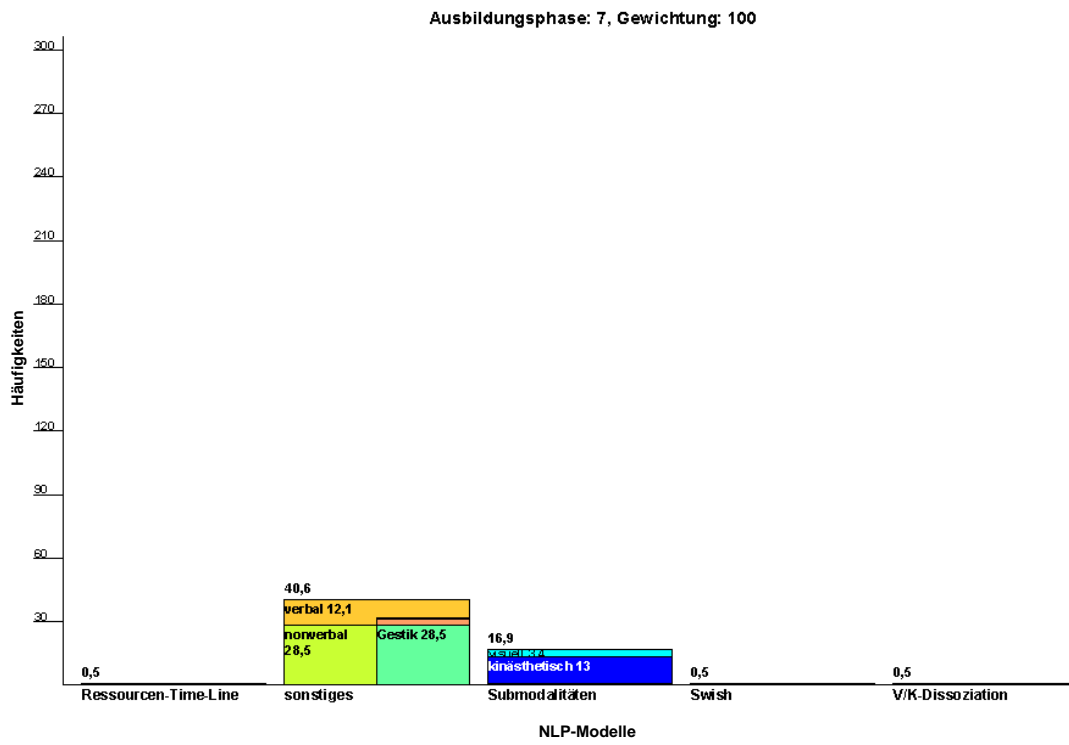


Abbildung 29: Ausbildungsphase sieben – NLP-Modelle Bausteine 6-8 und sonstige Kommunikationsmodelle, Seite 2

**2. Hypothese:  
 Ärzte geben an, im Verlauf der NLP-Practitioner-Ausbildung,  
 NLP-Modelle häufiger einzusetzen.**

Bei den folgenden Berechnungen fließen die Werte aus den Selbsteinschätzungsfragebögen eins, drei und sechs mit ein. Berücksichtigt werden für den Vergleich von Fragebogen eins mit Fragebogen drei sowie Fragebogen eins mit sechs ausschließlich die NLP-Modelle, die bereits nach Ausbildungsphase eins bekannt waren. Gekennzeichnet sind die Zeilen in den unten angeführten Tabellen durch **.1** hinter der Ausbildungsphase. Zum Vergleich der Fragebögen drei und sechs werden die Modelle einbezogen, die bis Ausbildungsphase drei einschließlich demonstriert und eingeübt wurden. Sie sind in den folgenden Tabellen mit **.3** markiert.

**Tabelle 13: Hypothese 2 - Deskriptive Statistiken**

	<b>N</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Standardabweichung</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
HÄUFIG_1.1	21	3,0476	,84097	1,76	5,08
HÄUFIG_3.1	21	3,6539	,96121	1,51	5,92
HÄUFIG_6.1	17	3,9523	,91051	2,41	6,11
HÄUFIG_3.3	21	3,7381	,76683	1,50	5,16
HAUFIG_6.3	17	3,9430	,75914	2,47	5,38

**Tabelle 14: Hypothese 2 Statistik für Wilcoxon-Test**

	<b>HÄUFIG_3.1 - HÄUFIG_1.1</b>	<b>HÄUFIG_6.1 - HÄUFIG_1.1</b>	<b>HÄUFIG_6.3 - HÄUFIG_3.3</b>
<b>Z</b>	-2,694(a)	-3,290(a)	-2,234(a)
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	,007	,001	,011
a Basiert auf negativen Rängen.			
b Wilcoxon-Test			

**Grafische Darstellung der angegebenen Häufigkeiten, exemplarisch:**

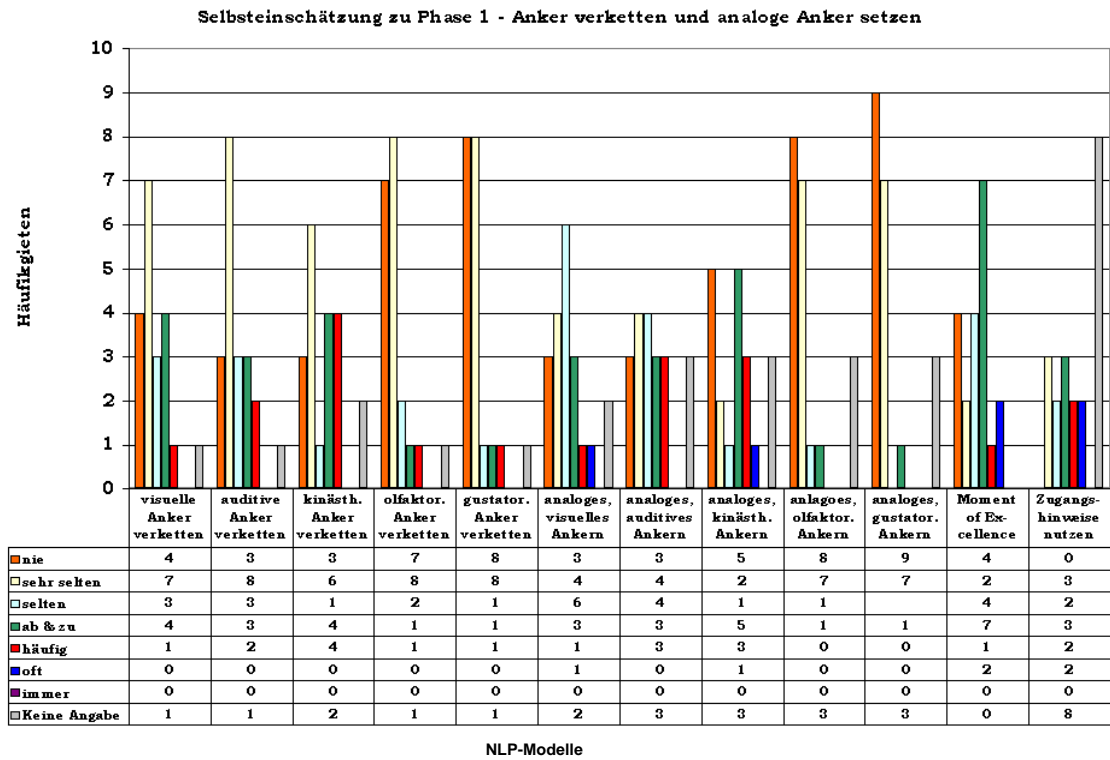


Abbildung 30: Selbsteinschätzung Phase 1 – Anker setzen und Anker stapeln

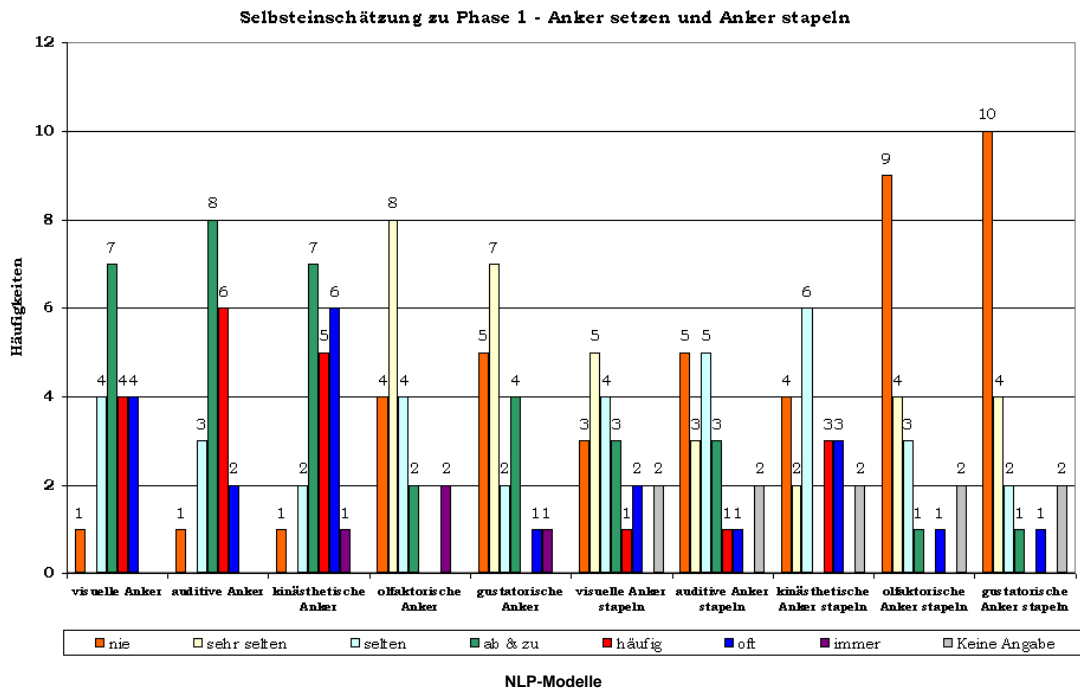


Abbildung 31: Selbsteinschätzung Phase 1 – Anker verketten und analoge Anker setzen

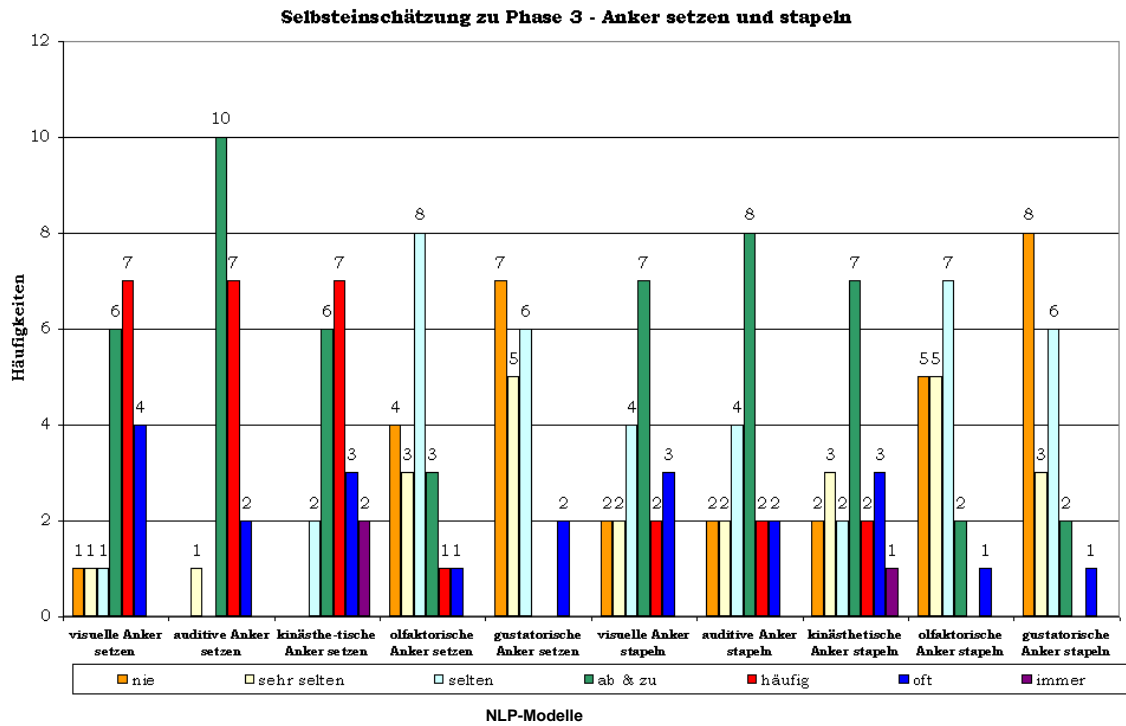


Abbildung 32: Selbsteinschätzung Phase 3 – Anker setzen und stapeln

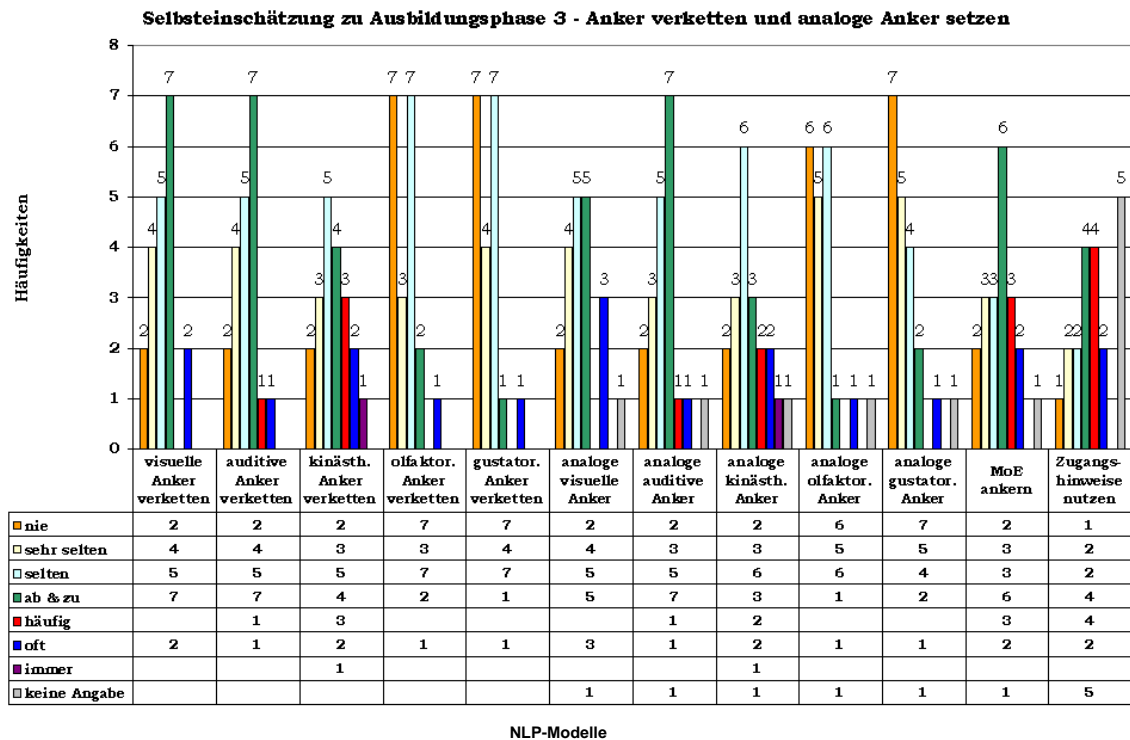


Abbildung 33: Selbsteinschätzung Phase 3 – Anker verketteten und analoge Anker setzen

Selbsteinschätzung zu Phase 6 - Anker und Anker stapeln

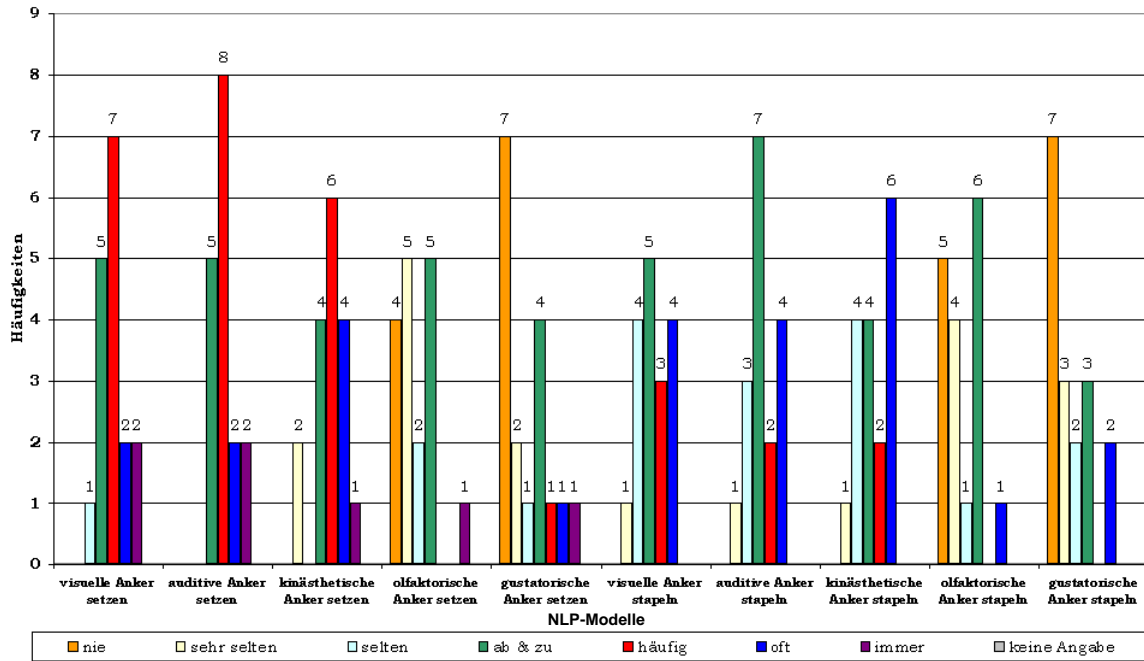


Abbildung 34: Selbsteinschätzung Phase 6 – Anker setzen und Anker stapeln

Selbsteinschätzung zu Phase 6 - Anker verketteten und analoge Anker setzen

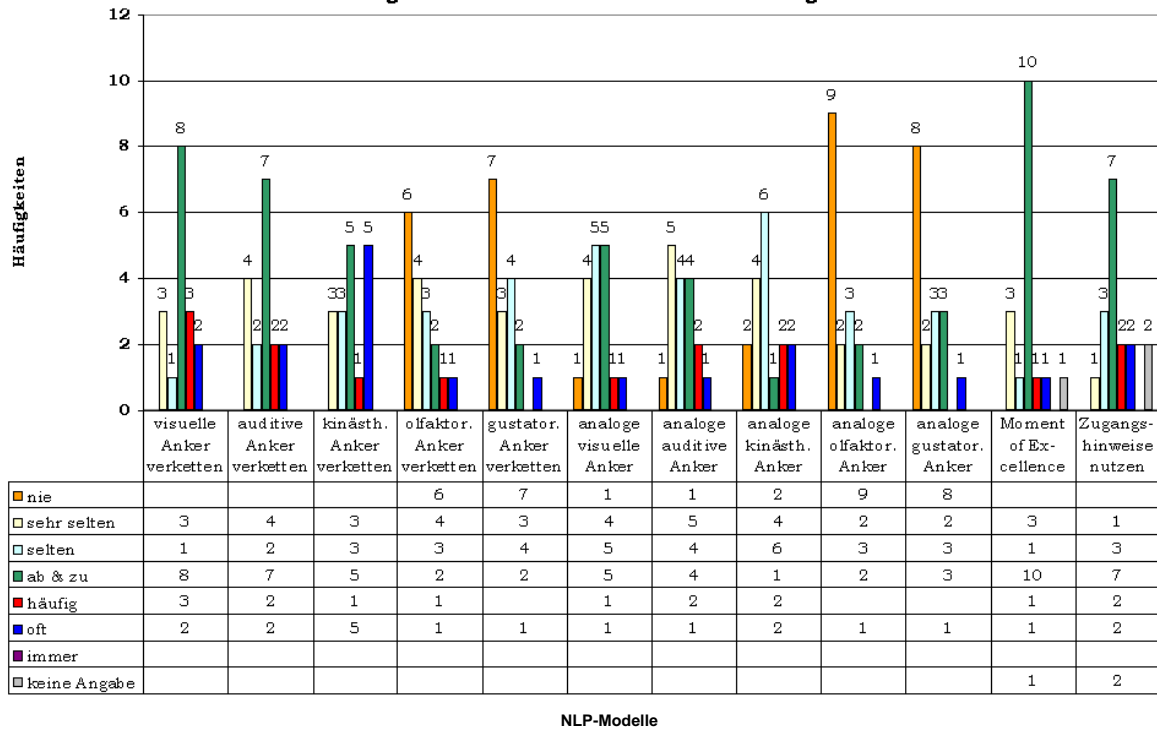


Abbildung 35: Selbsteinschätzung Phase 6 – Anker verketteten und analoge Anker setzen



### 3. Hypothese: Ärzte wenden eher solche NLP-Modelle an, die weniger komplex sind.

Für die Signifikanzprüfung werden die Beobachtungsphasen vier und sieben herangezogen. Die vierte Ausbildungsphase bildet den Abschluss der nicht-komplexen NLP-Modelle. In den Ausbildungsphasen fünf bis acht werden komplexe NLP-Modelle vorgestellt und eingeübt. Für die Anwendung der komplexen Modelle wird die siebte Beobachtungsphase berücksichtigt.

**Tabelle 15: Hypothese 3 - Deskriptive Statistiken**

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
nicht komplexe Modelle_4	21	6,4917	2,1636	3,15	12,60
komplexe NLP-Modelle_7	18	,2922	,27050	,00	1,00

**Tabelle 16: Hypothese 3 - Statistik für Vorzeichentest**

	MEAN_7 - MEAN_4
Exakte Signifikanz (2-seitig)	,000(a)
a Verwendete Binomialverteilung.	
b Vorzeichentest	

#### Grafische Darstellung der nicht-komplexen NLP-Modelle:

### Auswertung der Beobachtungen

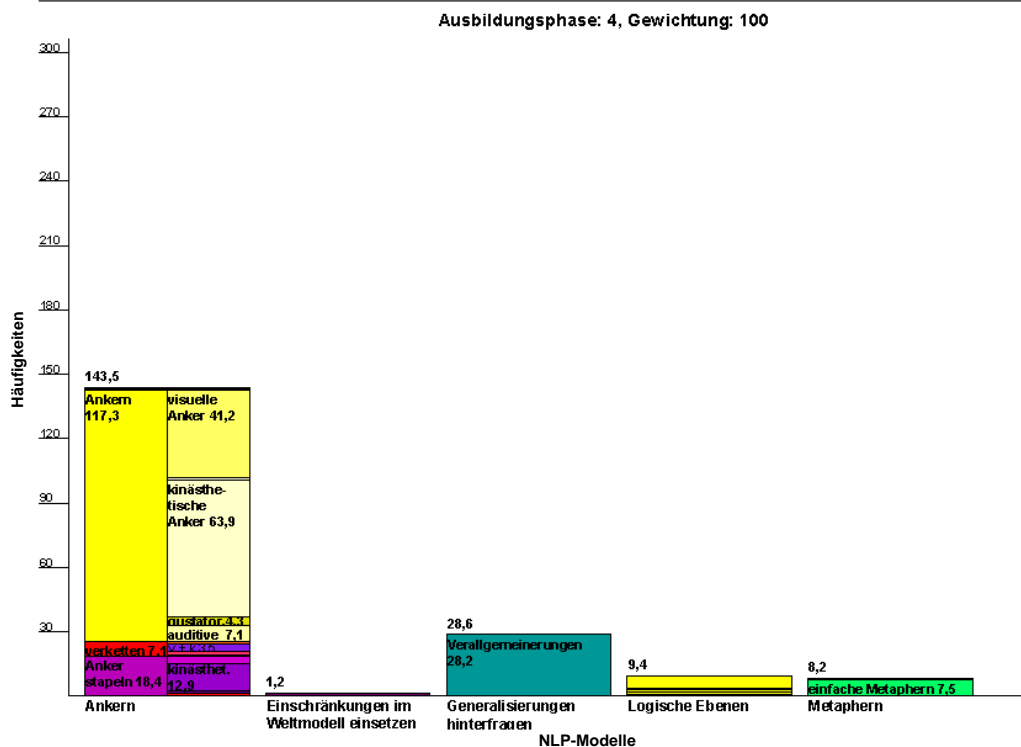


Abbildung 36: Ausbildungsphase 4 - Nicht-Komplexe NLP-Modelle (Seite 1)

## Auswertung der Beobachtungen

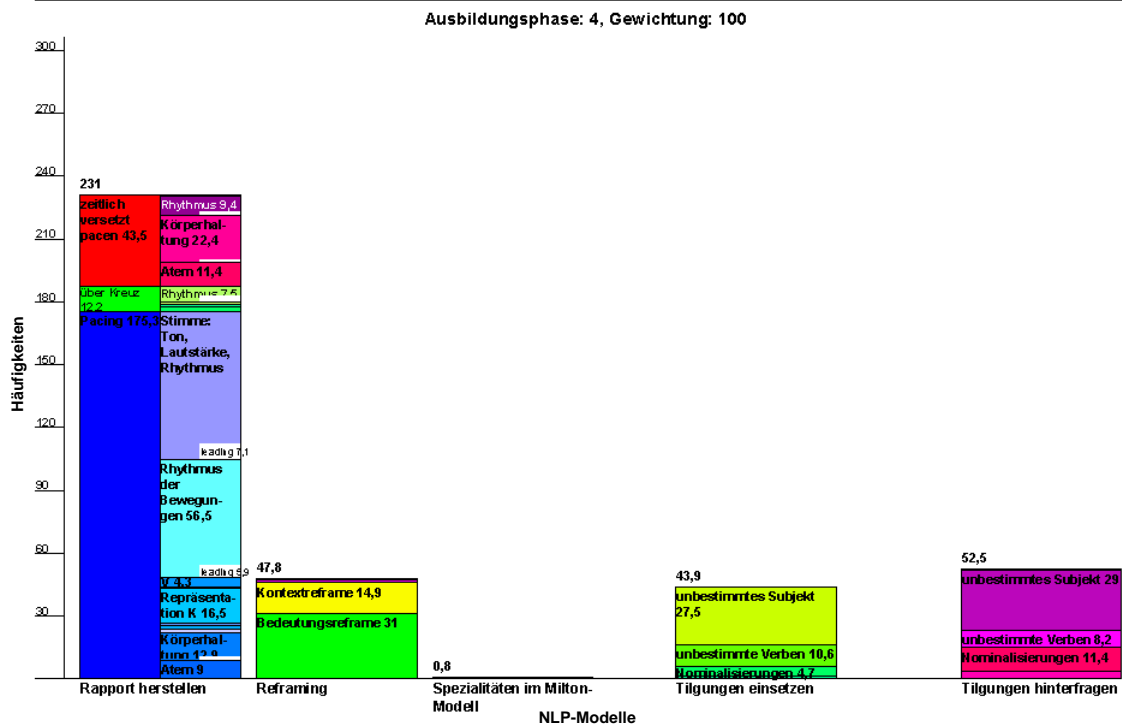


Abbildung 37: Ausbildungsphase 4 - Nicht-Komplexe NLP-Modelle (Seite 2)

## Auswertung der Beobachtungen

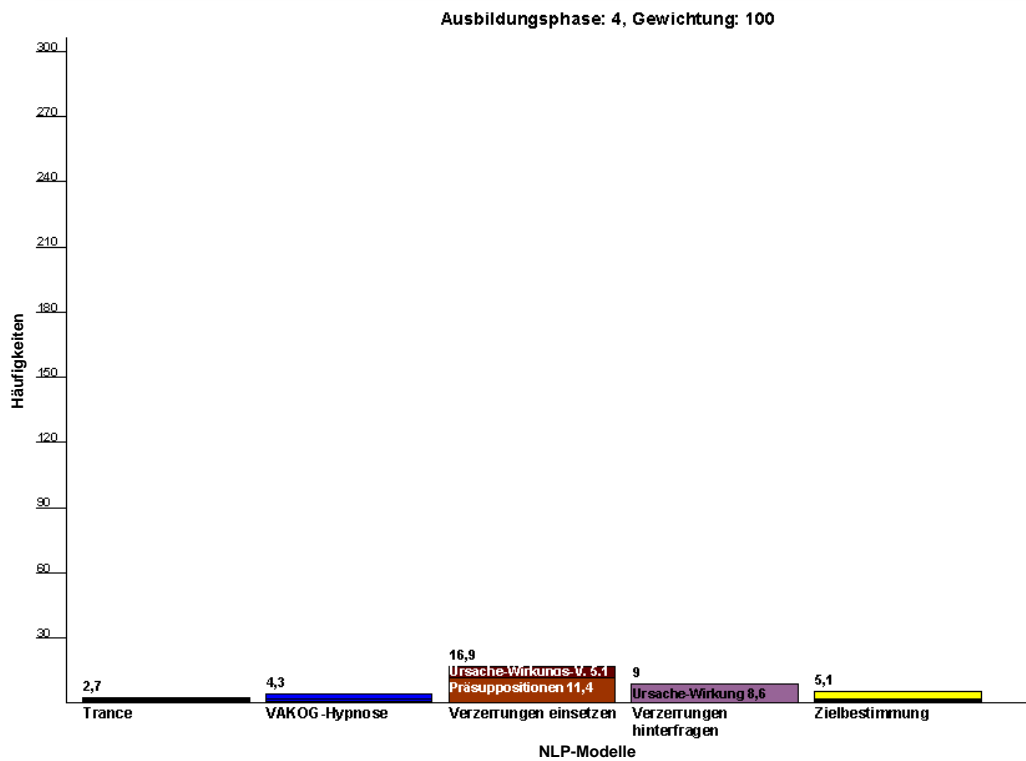


Abbildung 38: Ausbildungsphase 4 - Nicht-Komplexe NLP-Modelle (Seite 3)

## Grafische Darstellung der komplexen NLP-Modelle: Auswertung der Beobachtungen

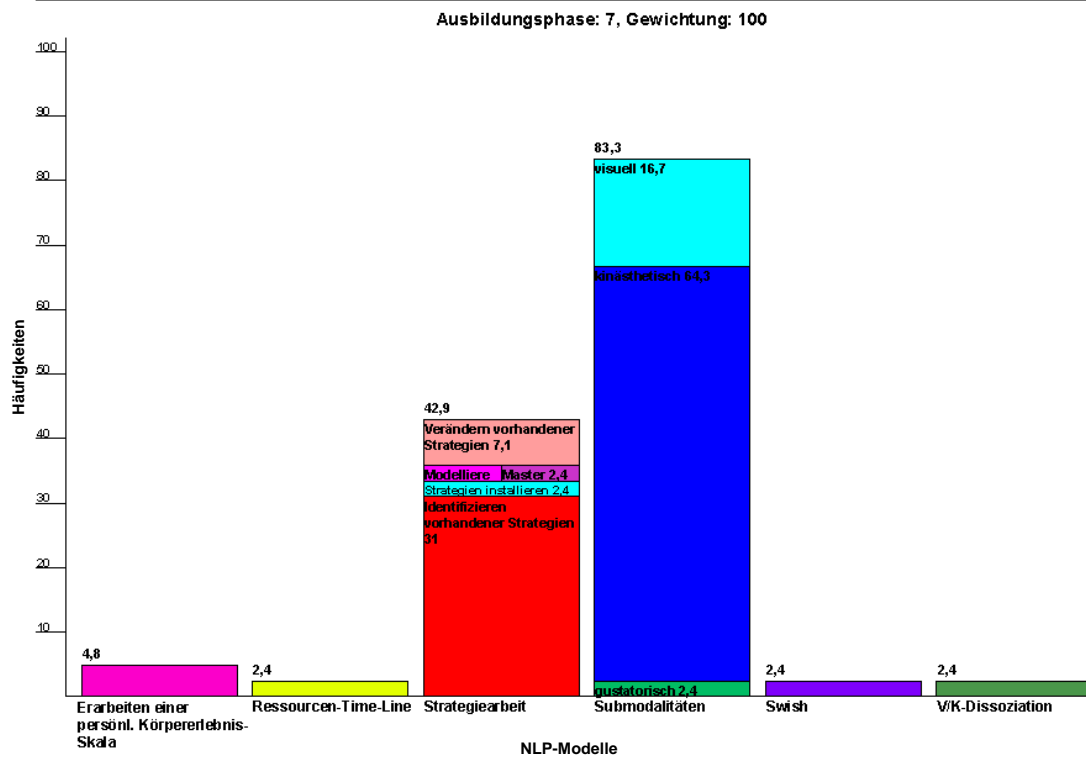


Abbildung 39: Ausbildungsphase 7 - Komplexe NLP-Modelle

**4. Hypothese:  
 Ärzte geben an, eher solche NLP-Modelle anzuwenden, die weniger komplex sind.**

Zur Signifikanzprüfung werden die Selbsteinschätzungsfragebögen zu den Ausbildungsphasen vier und sechs miteinander verglichen. Der vierte Selbsteinschätzungsfragebogen wird für die nicht-komplexen NLP-Modelle herangezogen. Beim sechsten und letzten Selbsteinschätzungsfragebogen werden ausschließlich die komplexen NLP-Modelle berücksichtigt.

**Tabelle 17: Hypothese 4 - Deskriptive Statistiken**

	<b>N</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Standardabweichung</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
<b>Nicht komplexe</b>	20	3,5951	,64461	2,51	4,80
<b>komplexe</b>	17	3,1674	1,03247	1,15	5,46

**Tabelle 17: Hypothese 4 - Statistik für Wilcoxon-Test**

	<b>komplexe - nicht komplexe Modelle</b>
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	,007
a Basiert auf positiven Rängen.	
b Wilcoxon-Test	

## Grafische Darstellung der Einschätzung:

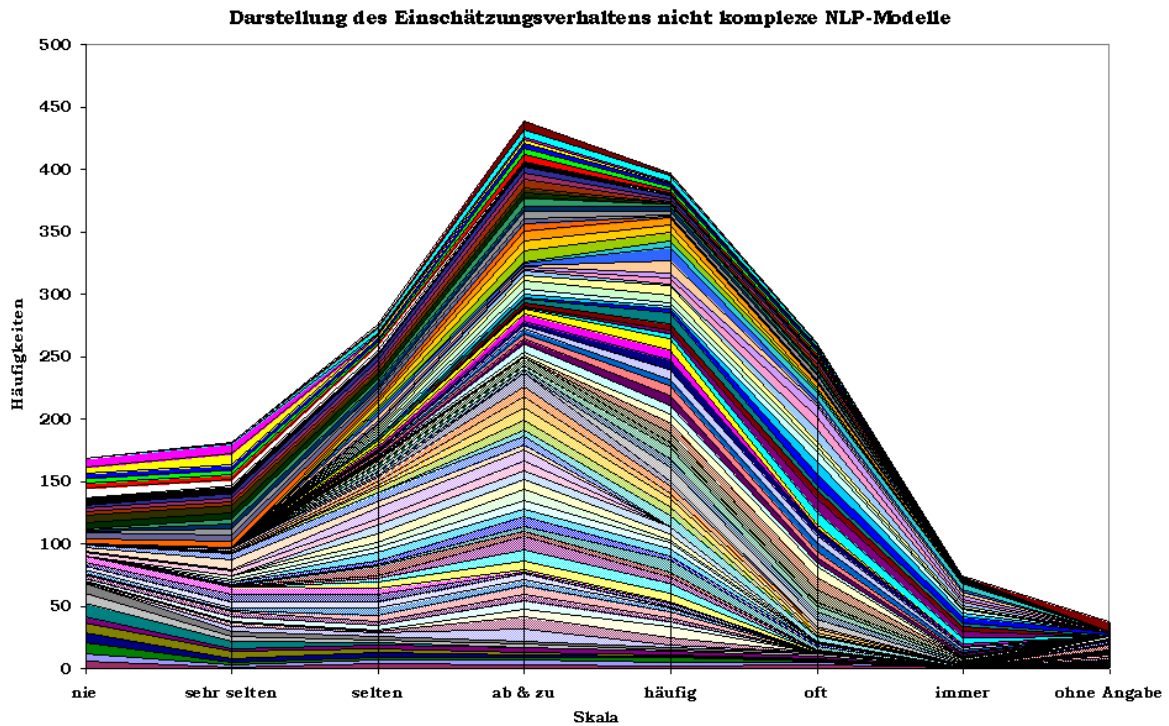


Abbildung 40: Selbsteinschätzung Phase 4 – Nicht-komplexe NLP-Modelle

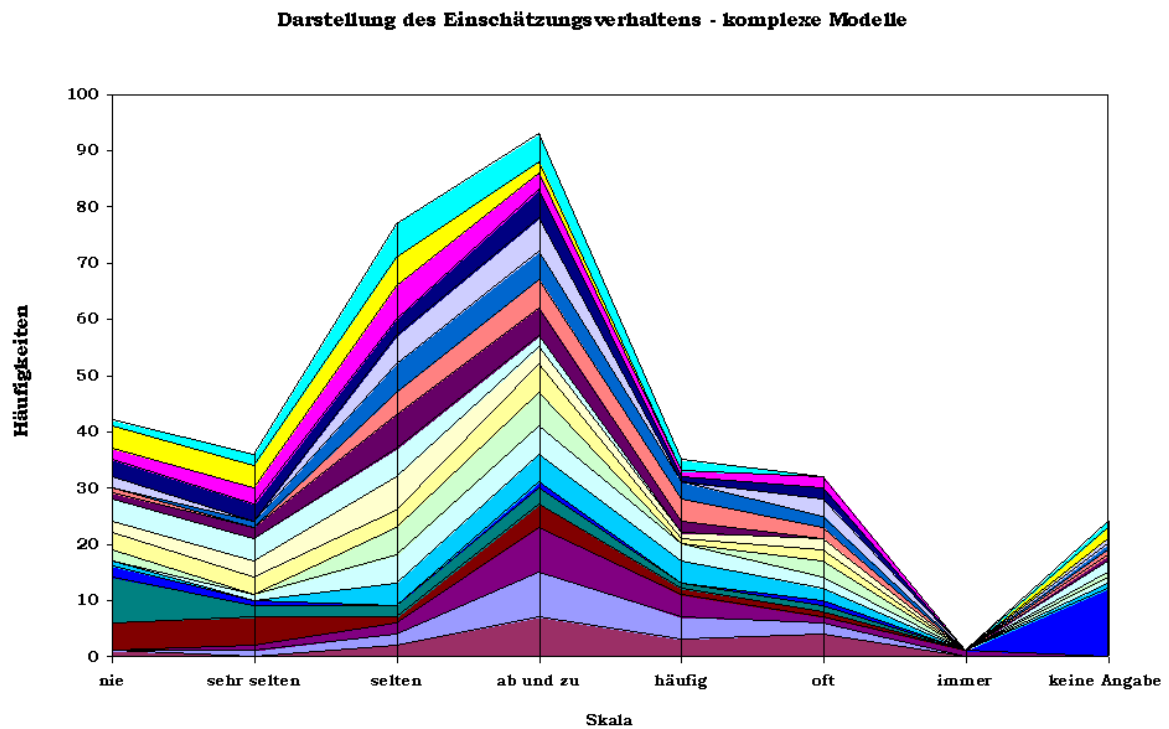


Abbildung 41: Selbsteinschätzung Phase 6 – Komplexe NLP-Modelle

**5. Hypothese:  
Ärzte stellen im Verlauf der NLP-Practitioner-Ausbildung einen empathischeren Kontakt zu Patienten her.**

Zur Prüfung der Hypothese wird das Rapport herstellen als Indikator für die empathische Kontaktaufnahme zum Patienten in den Ausbildungsphasen Null, vier und sieben herangezogen.

**Tabelle 19: Hypothese 5 - Deskriptive Statistiken**

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Rapport herstellen_0	21	,9814	,5089	,17	2,11
Rapport herstellen_4	21	2,3650	,6056	1,27	3,86
Rapport herstellen_7	18	2,2972	,5936	1,44	3,43

**Tabelle 20: Hypothese 5 - Statistik für Vorzeichentest**

	Rapport herstellen_4 – Rapport herstellen_0	Rapport herstellen_7 - Rapport herstellen_4	Rapport herstellen_7 - Rapport herstellen_0
<b>Exakte Signifikanz (2-seitig)</b>	,000(a)	1,000(a)	,000(a)

a Verwendete Binomialverteilung.  
b Vorzeichentest

**Grafische Darstellung der Beobachtungen des Indikators Rapport herstellen:**

**Auswertung der Beobachtungen für Rapport herstellen**

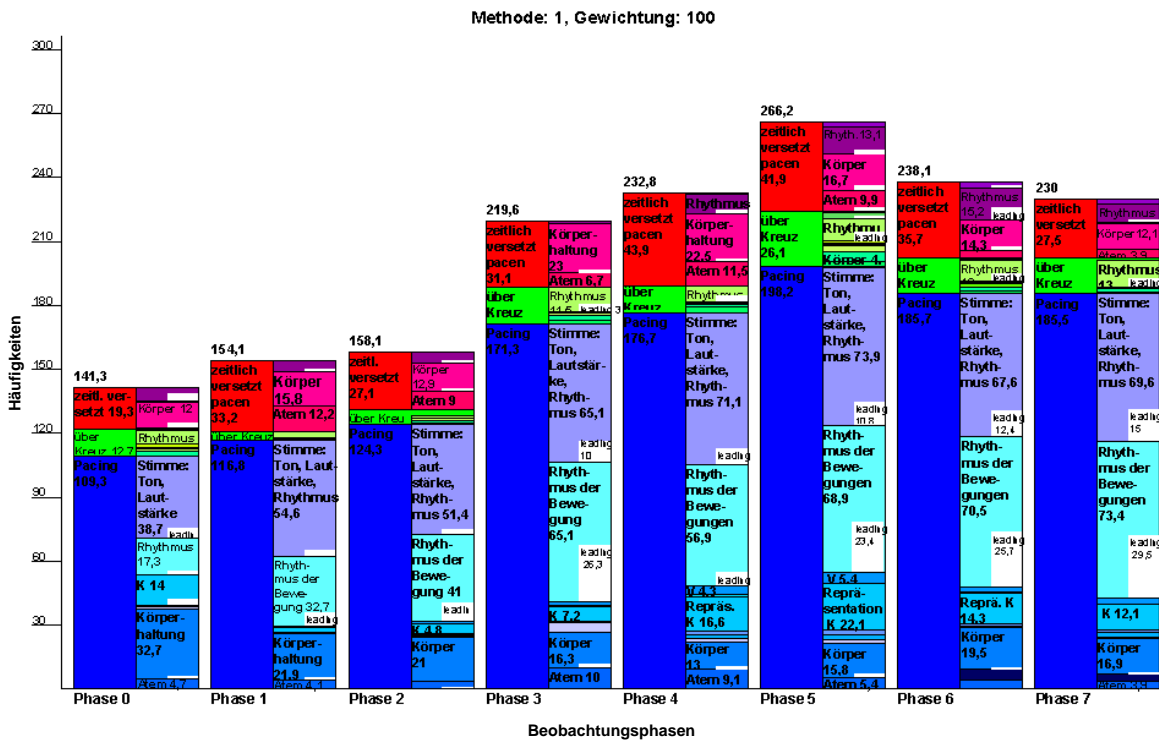


Abbildung 42: Verlauf Rapport herstellen

**6. Hypothese:  
 Ärzte geben an, im Verlauf der NLP-Practitioner-Ausbildung einen empathischeren Kontakt zu Patienten herzustellen.**

Für die Berechnung wird die Selbsteinschätzung zu den Ausbildungsphasen 1, 3 und 6 im Hinblick auf das Herstellen von Rapport herangezogen:

**Tabelle 21: Hypothese 6 - Deskriptive Statistik**

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>EMPA_1</b>	21	3,68	,85130	2,00	5,16
<b>EMPA_3</b>	21	4,43	,97877	1,53	5,87
<b>EMPA_6</b>	17	4,67	1,07079	2,67	6,60

**Tabelle 22: Hypothese 6 - Wilcoxon-Test**

	EMPA_3 - EMPA_1	EMPA_6 - EMPA_3	EMPA_6 - EMPA_1
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	,002	,326	,000
a Basiert auf negativen Rängen			
b Wilcoxon-Test			

**Grafische Darstellung der Einschätzungen für den Indikator Rapport herstellen:**

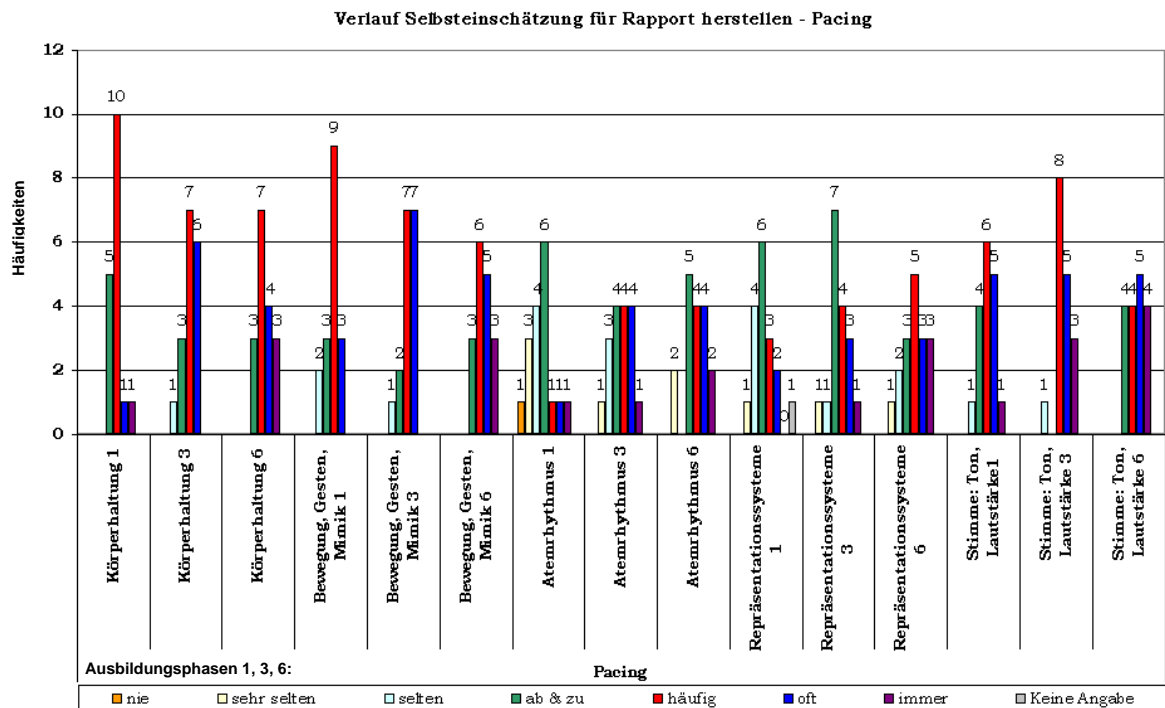


Abbildung 43: Selbsteinschätzung Rapport herstellen: Pacing - Phase 1, 3 und 6

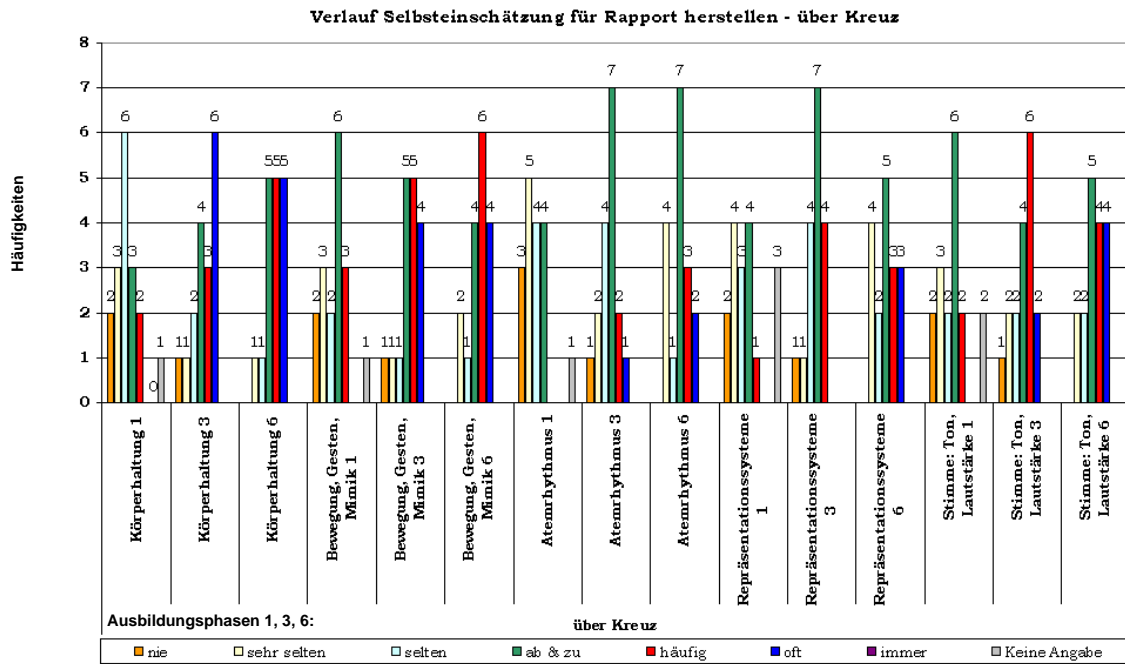


Abbildung 44: Selbsteinschätzung Rapport herstellen: über Kreuz - Phase 1, 3 und 6

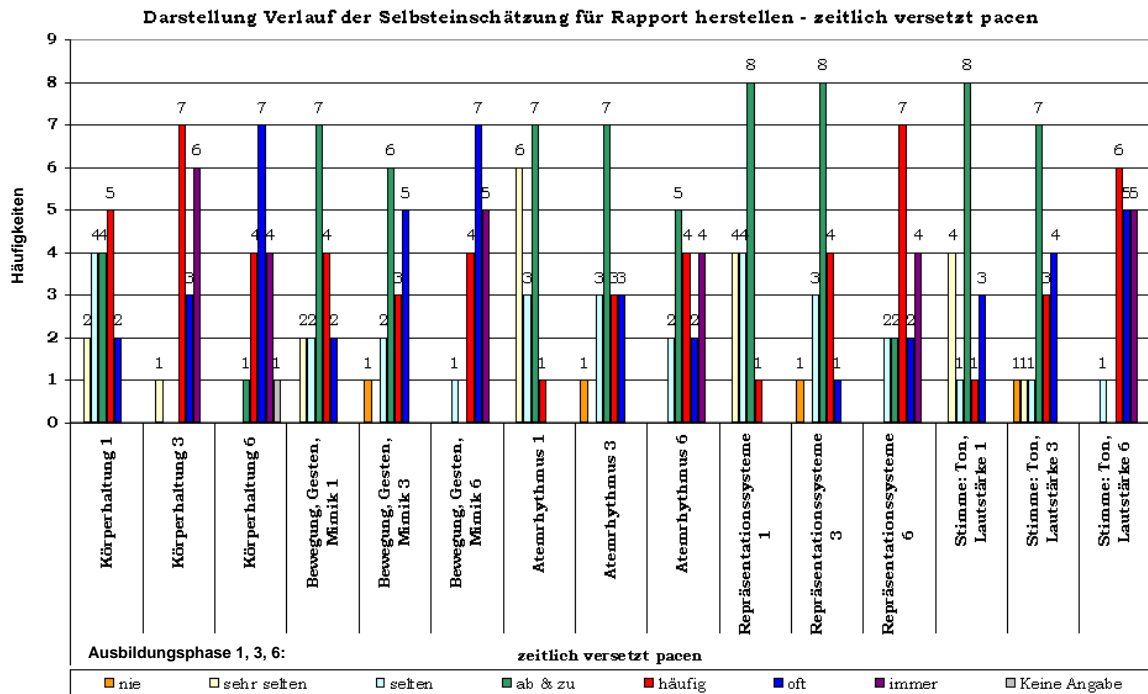


Abbildung 45: Selbsteinschätzung Rapport herstellen: zeitlich versetzt - Phase 1, 3 und 6



## 7. Hypothese:

### Ärzte gehen im Verlauf der NLP-Practitioner-Ausbildung besser auf Patienten ein.

Es werden die Beobachtungsphasen Null, vier und sieben zur Überprüfung der Hypothese herangezogen. Als Indikatoren für das bessere Eingehen auf die Patienten dienen: das Herstellen von Rapport unter besonderer Berücksichtigung des "Leadings" sowie das Meta-Modell der Sprache.

**Tabelle 23: Hypothese 7 - Deskriptive Statistik**

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>Eingehen_0</b>	21	1,3143	,82766	,25	3,89
<b>Eingehen_4</b>	21	3,4645	,98698	2,10	5,75
<b>Eingehen_7</b>	18	3,9867	1,40826	1,91	7,36

**Tabelle 24: Hypothese 7 - Statistik für Vorzeichentest**

	EINGEHEN_4 - EINGEHEN_0	EINGEHEN_7 - EINGEHEN_0	EINGEHEN_7 - EINGEHEN_4
<b>Exakte Signifikanz (2-seitig)</b>	,000(a)	,000(a)	,096(a)
a Verwendete Binomialverteilung.			
b Vorzeichentest			

**Tabelle 25: Hypothese 7 - Deskriptive Statistiken für den Indikator Leading**

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>leading_0</b>	21	,1080	,1411	,00	,47
<b>leading_4</b>	21	,2089	,1875	,00	,63
<b>leading_7</b>	18	,4935	,2865	,00	1,14

**Tabelle 26: Hypothese 7 - Statistik für Vorzeichentest**

	leading_4 - leading_0	leading_7 - leading_4	leading_7- leading_0
<b>Exakte Signifikanz (2-seitig)</b>	,238(a)	,008(a)	,000(a)
a Verwendete Binomialverteilung.			
b Vorzeichentest			

**Tabelle 27: Hypothese 7 - Deskriptive Statistiken für den Indikator Meta-Modell**

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>META-MODELL_0</b>	21	,2249	,36138	,00	1,44
<b>META-MODELL_4</b>	21	,8905	,58653	,22	2,25
<b>META-MODELL_7</b>	18	1,1960	,93246	,00	3,27

**Tabelle 28: Hypothese 7 - Statistik für Vorzeichentest**

	META-MODELL_4 - META-MODELL_0	META-MODELL_7 - META-MODELL_4	META-MODELL_7 - META-MODELL_0
<b>Exakte Signifikanz (2-seitig)</b>	,000(a)	,096(a)	,002(a)
a Verwendete Binomialverteilung.			
b Vorzeichentest			

**Grafische Darstellung der Beobachtungen des Indikators Meta-Modell der Sprache:**

### Auswertung der Beobachtungen für Generalisierungen hinterfragen

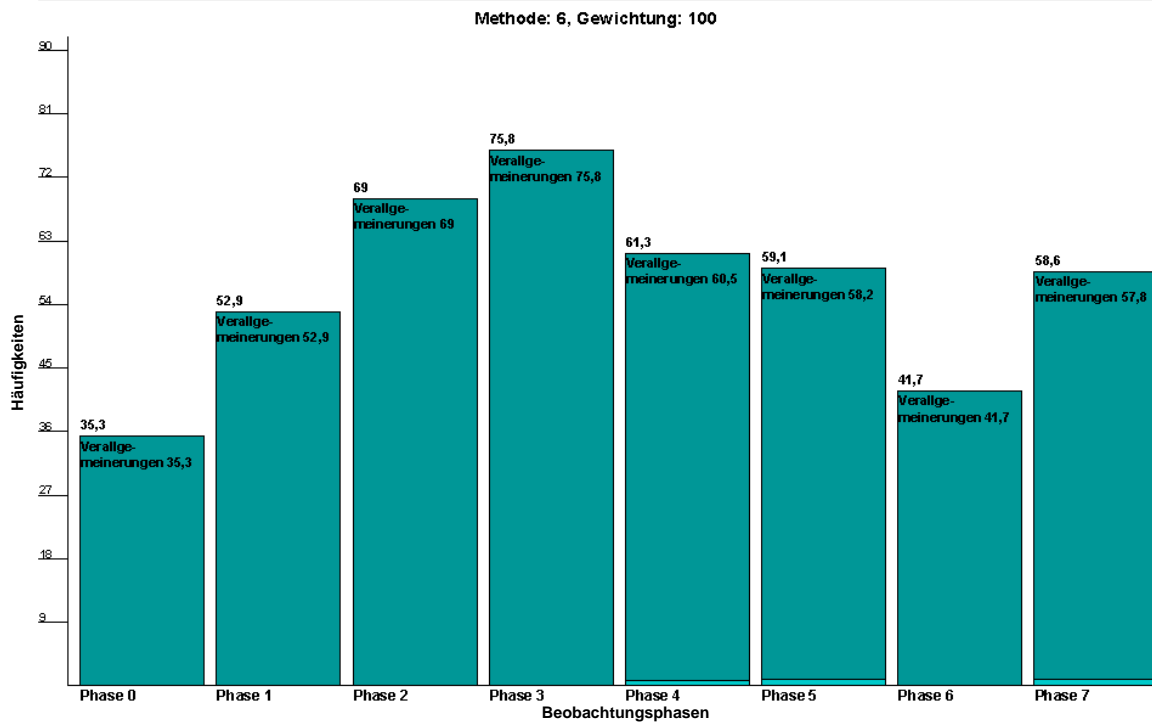


Abbildung 46: Verlauf Generalisierungen hinterfragen

## Auswertung der Beobachtungen für Tilgungen hinterfragen

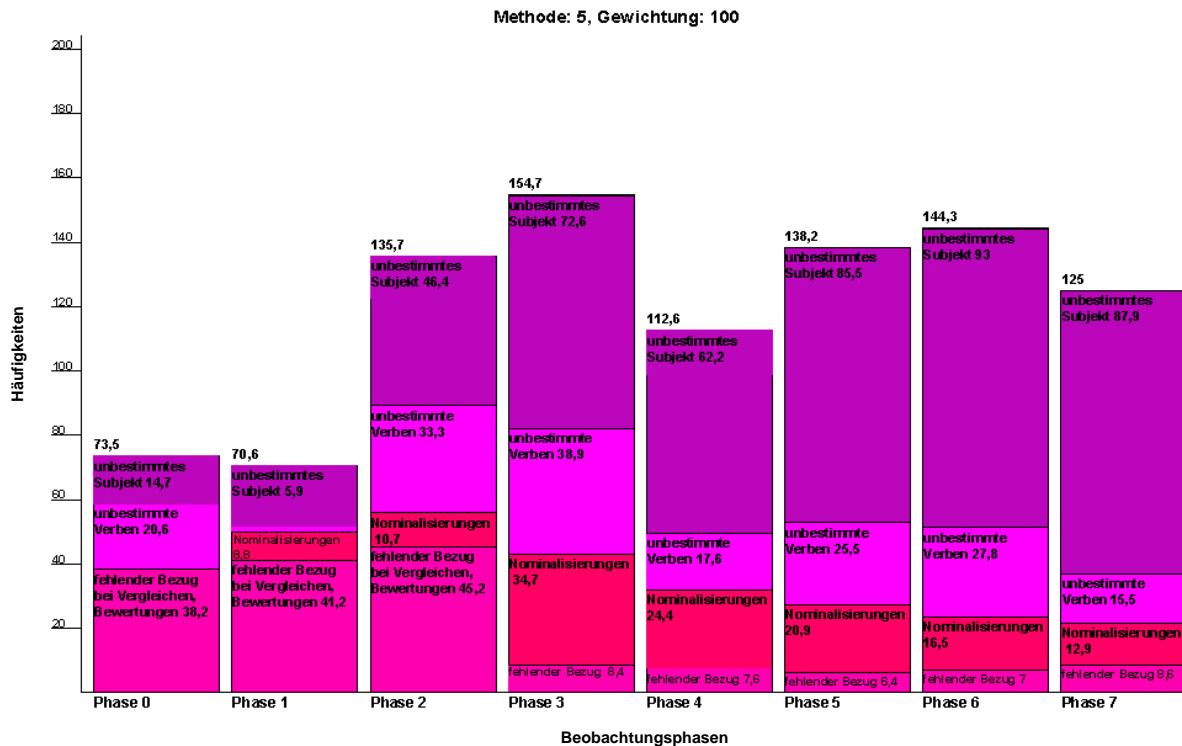


Abbildung 47: Verlauf Tilgungen hinterfragen

## Auswertung der Beobachtungen für Verzerrungen hinterfragen

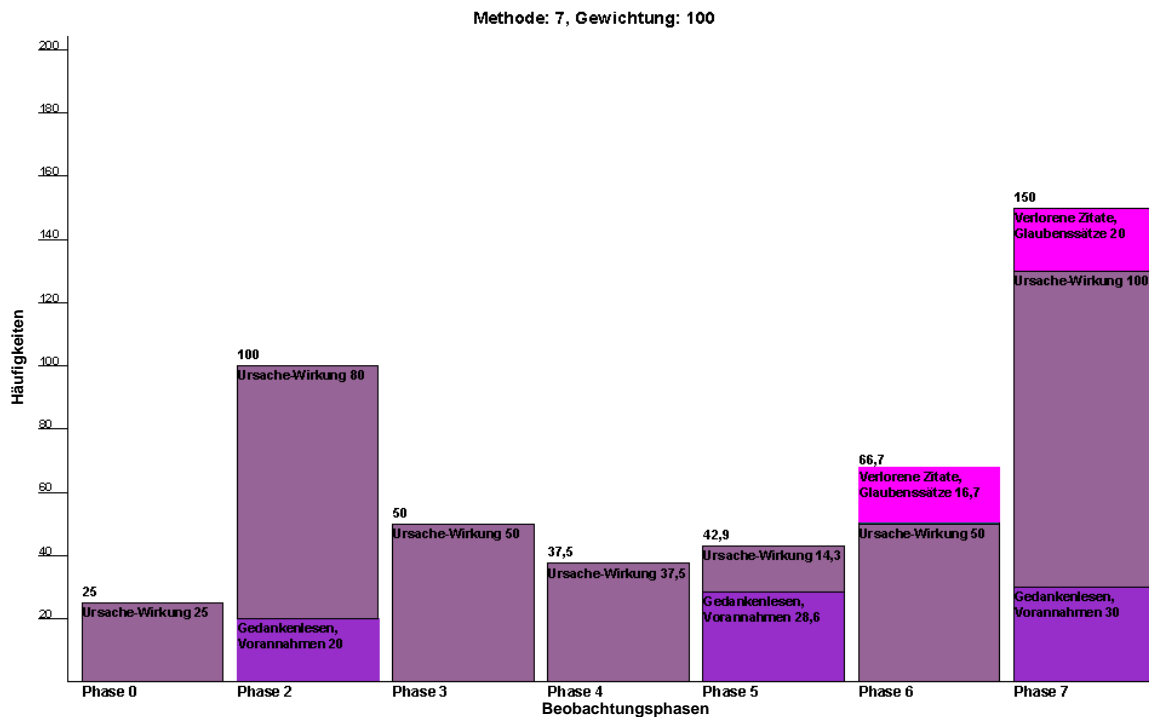


Abbildung 48: Verlauf Verzerrungen hinterfragen

**8. Hypothese:  
Ärzte geben an, im Verlauf der NLP-Practitioner-Ausbildung besser auf Patienten einzugehen.**

Zur Prüfung dieser Hypothese werden die Indikatoren Rapport herstellen, Anwenden des Meta-Modells der Sprache und das Nutzen der Zugangshinweise herangezogen. Es werden die Selbsteinschätzungs-Fragebögen zu den Ausbildungsphasen eins, drei und sechs berücksichtigt.

Dargestellt wird zunächst die für die Hypothesenprüfung relevante Auswertung und im Anschluß die Einschätzung der einzelnen Indikatoren.

**Tabelle 29: Hypothese 8 - Deskriptive Statistiken**

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>Eingehen_1</b>	21	3,5863	,83514	1,88	4,81
<b>Eingehen_3</b>	21	4,1981	,78531	1,60	5,52
<b>Eingehen_6</b>	17	4,4024	,97565	2,40	5,64

**Tabelle 30: Hypothese 8 - Statistik für Wilcoxon-Test**

	Eingehen_3 - Eingehen_1	Eingehen_6 - Eingehen_3	Eingehen_6 - Eingehen_1
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	,004	,134	,002

**a. Indikator Zugangshinweise nutzen:**

Der Indikator fließt ausschließlich in die Auswertung dieser Hypothese ein, da die Nutzung der Zugangshinweise (Augenbewegungsmuster u.ä.) der Patienten durch den Arzt nicht von außen beobachtet werden kann.

**Tabelle 31: Hypothese 8 - Deskriptive Statistiken für den Indikator Zugangshinweise nutzen**

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>Zugangshinweise_1</b>	21	2,19	2,228	0	6
<b>Zugangshinweise_3</b>	21	3,00	2,168	0	6
<b>Zugangshinweise_6</b>	17	3,59	1,698	0	6

**Tabelle 32: Hypothese 8 - Statistik für Wilcoxon-Test**

	Zugangshinweise_1 - Zugangshinweise_3	Zugangshinweise_3 - Zugangshinweise_6	Zugangshinweise_1 - Zugangshinweise_6
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	,155	,547	,018

**b. Indikator Meta-Modell der Sprache**

Da das Meta-Modell der Sprache im zweiten Ausbildungsbaustein vermittelt und eingeübt wurde, können nur die Selbsteinschätzungen zu den Ausbildungsphasen drei und sechs berücksichtigt werden.

**Tabelle 33: Hypothese 8 - Deskriptive Statistiken für den Indikator Meta-Modell**

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>Meta-Modell_3</b>	21	3,9524	,73415	1,67	5,00
<b>Meta-Modell_6</b>	17	4,0392	1,13308	1,22	5,44

**Tabelle 34: Hypothese 8 - Statistik für Wilcoxon-Test**

	<b>Meta-Modell_6 – Meta-Modell_3</b>
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	,517

**c. Rapport herstellen**

Das Darstellen des Indikators Rapport herstellen der Selbsteinschätzungs-Fragebögen erfolgte bereits bei Hypothese sechs (s. S. 343-345)

**Grafische Darstellung der Einschätzungen:**

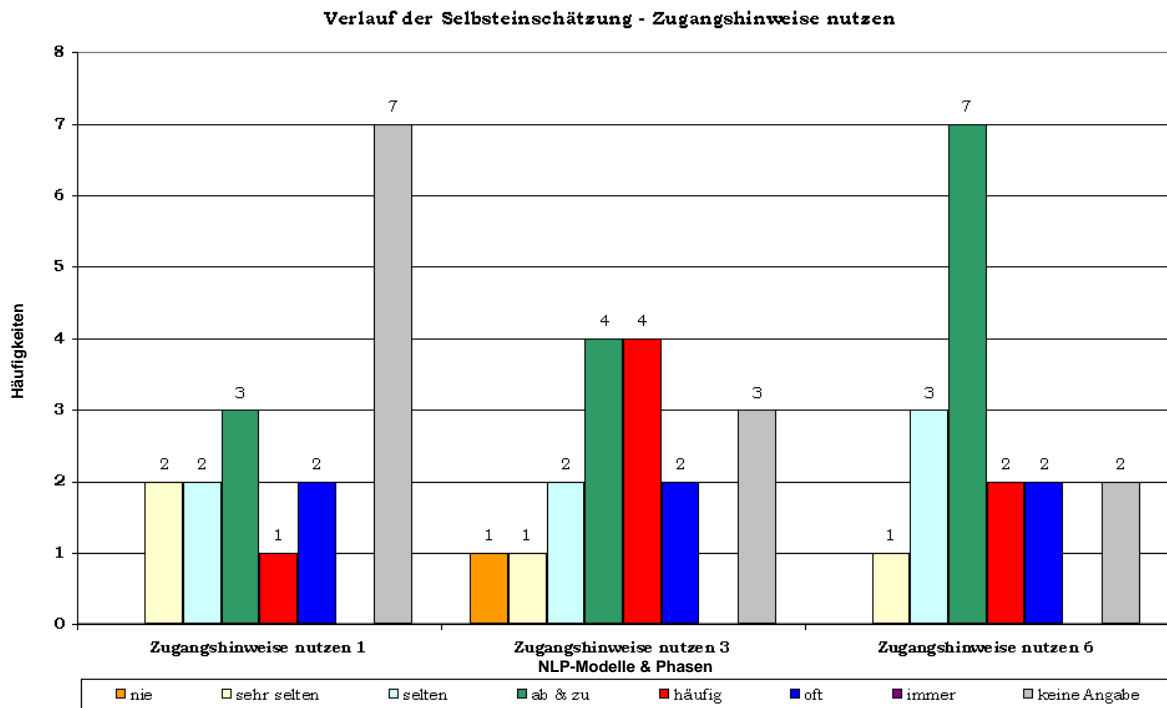


Abbildung 49: Selbsteinschätzung Zugangshinweise nutzen Phase 1, 3 und 6

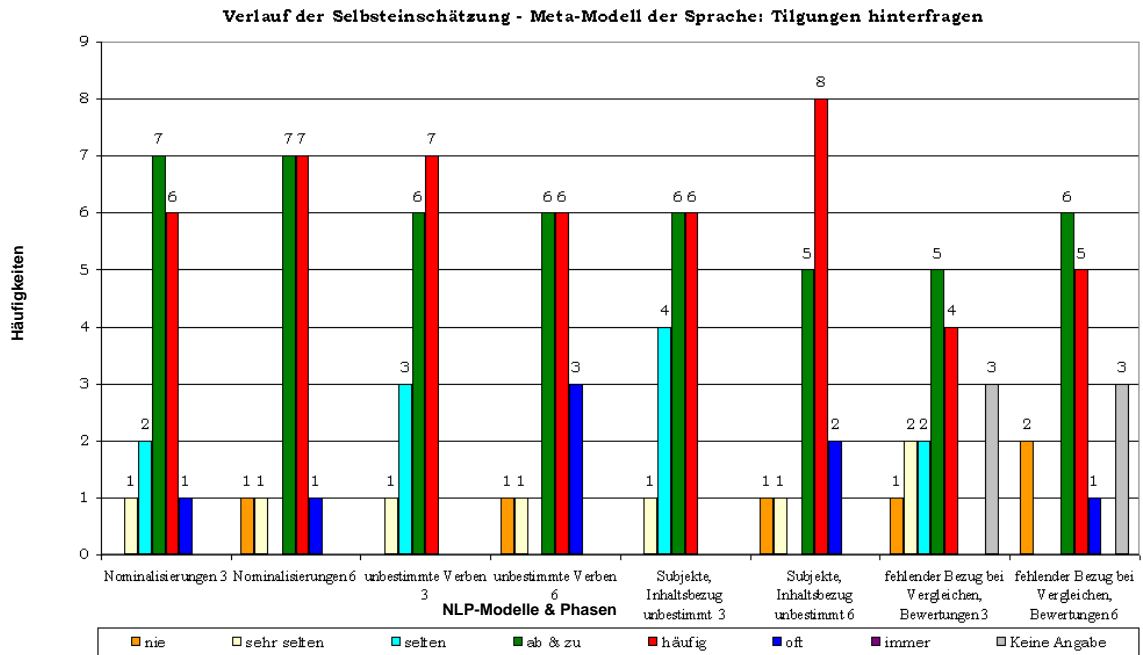


Abbildung 50: Selbsteinschätzung Meta-Modell – Tilgungen hinterfragen Phase 1, 3 und 6

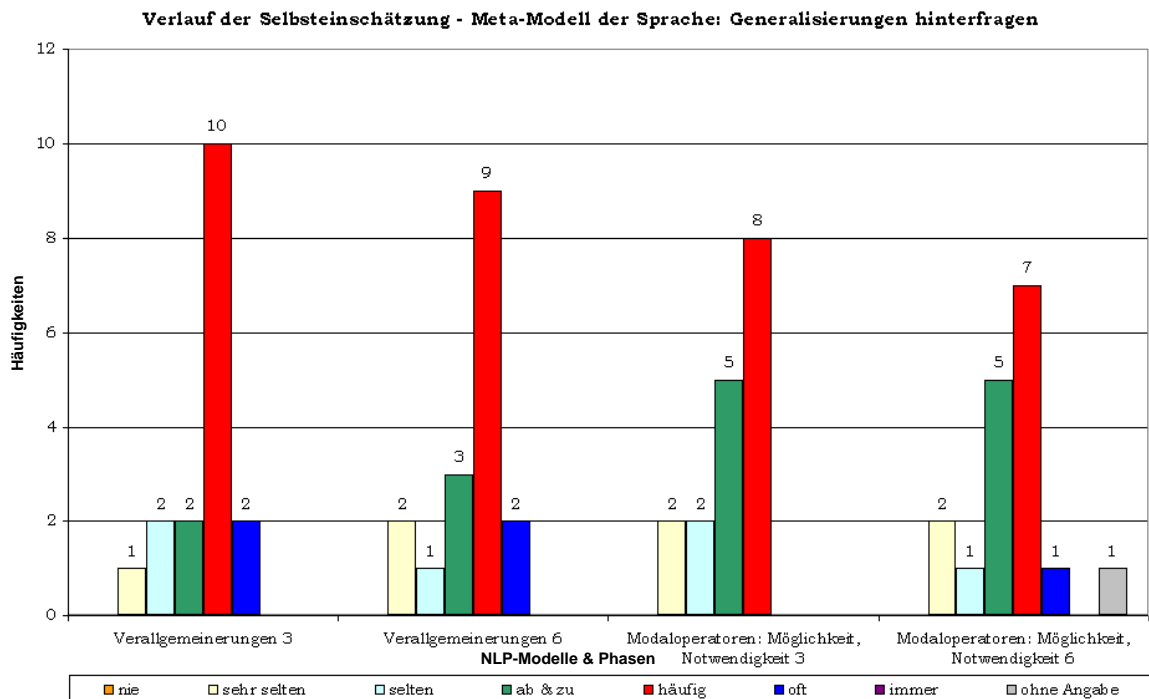


Abbildung 51: Selbsteinschätzung Meta-Modell – Generalisierungen hinterfragen Phase 1, 3 und 6

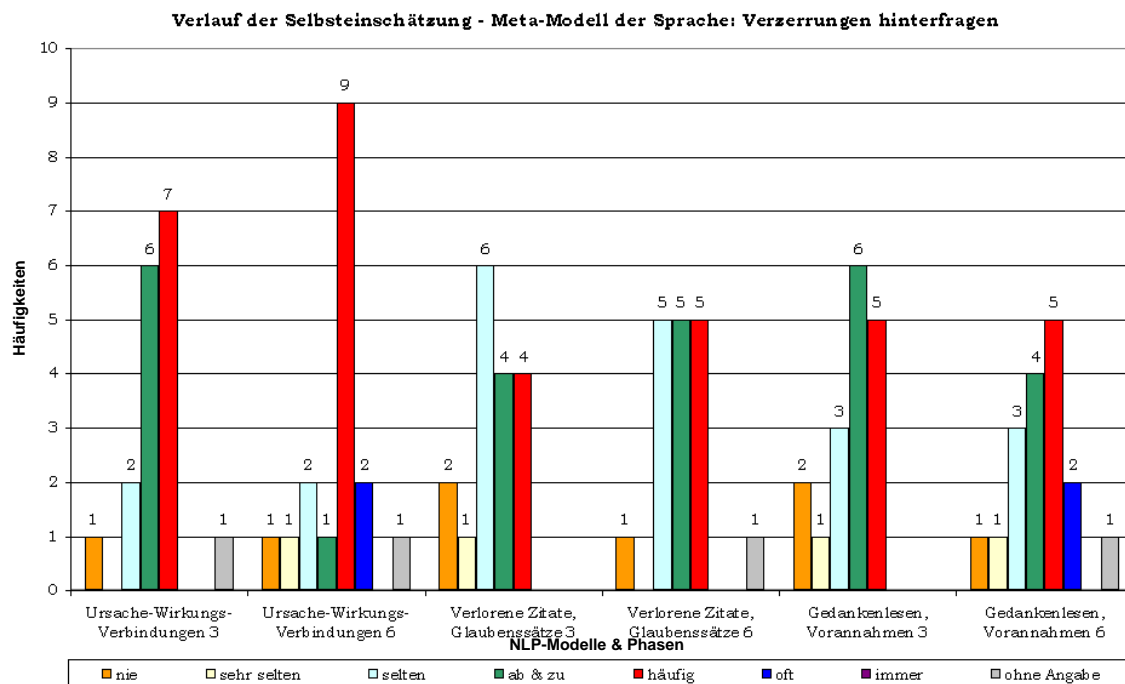


Abbildung 52: Selbsteinschätzung Meta-Modell – Verzerrungen hinterfragen Phase 1, 3 und 6

**9. Hypothese:  
 Ärzte, die eine psychotherapeutische Zusatzausbildung haben,  
 wenden ein breiteres Spektrum von NLP-Modellen an.**

Zur Prüfung der Hypothese werden die Teilnehmer der Practitioner-Ausbildung in zwei Gruppen eingeteilt: in Ärzte mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung und in Ärzte ohne psychotherapeutische Zusatzausbildung. Das Spektrum der eingesetzten NLP-Modelle in den Ausbildungsphasen Null, vier und sieben der beiden Gruppen wird verglichen.

**Tabelle 35: Hypothese 9 - Deskriptive Statistiken**

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>MEAN_0</b>	21	2,0803	1,3585	,50	6,67
<b>MEAN_4</b>	21	6,4087	2,1009	3,15	12,70
<b>MEAN_7</b>	18	7,6988	3,03256	3,78	14,57
<b>THERAPIE</b>	21	,19	,40	0	1

**Tabelle 36: Hypothese 9 - Statistik für Mann-Whitney-Test**

	MEAN_0	MEAN_4	MEAN_7
<b>Mann-Whitney-U</b>	,000	4,000	6,000
<b>Wilcoxon-W</b>	153,000	157,000	111,000
<b>Z</b>	-3,046	-2,687	-2,336
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	,002	,007	,019
<b>Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]</b>	,000(a)	,004(a)	,018(a)
a Nicht für Bindungen korrigiert.			
b Gruppenvariable: THERAPIE			



## Grafische Darstellung der Beobachtungen, exemplarisch: Auswertung der Beobachtungen

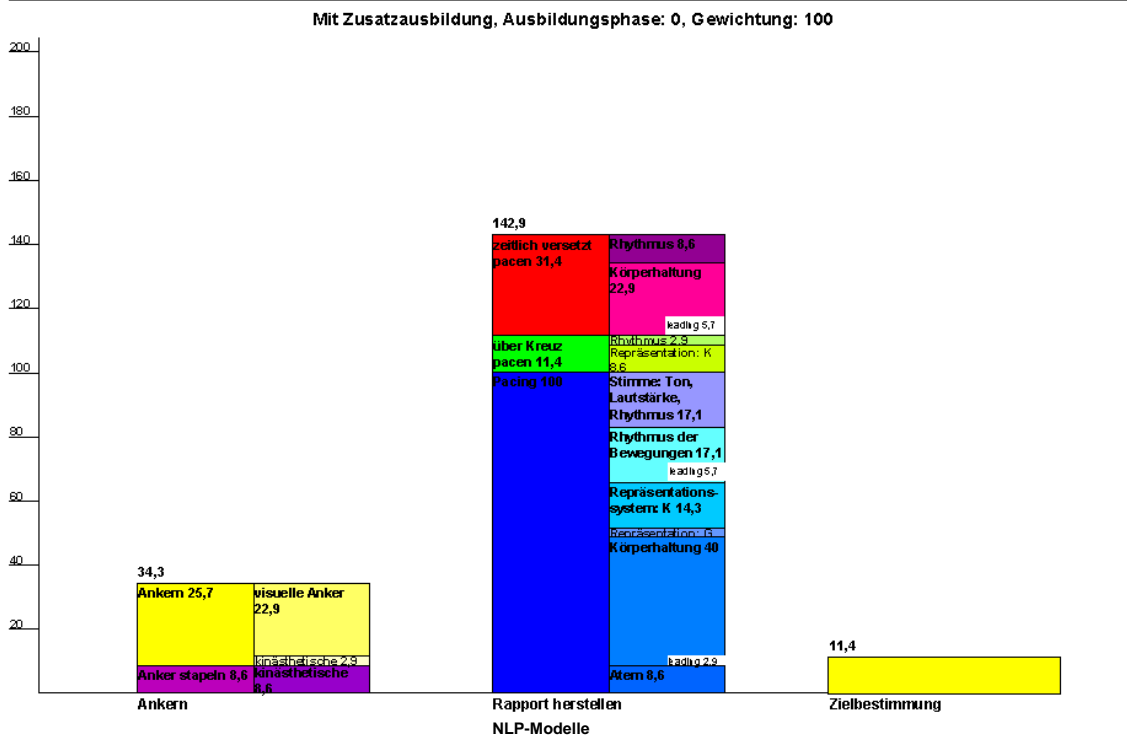


Abbildung 53: Ärzte mit Zusatzausbildung, Ausbildungsphase Null, NLP-Modelle Baustein 1

## Auswertung der Beobachtungen

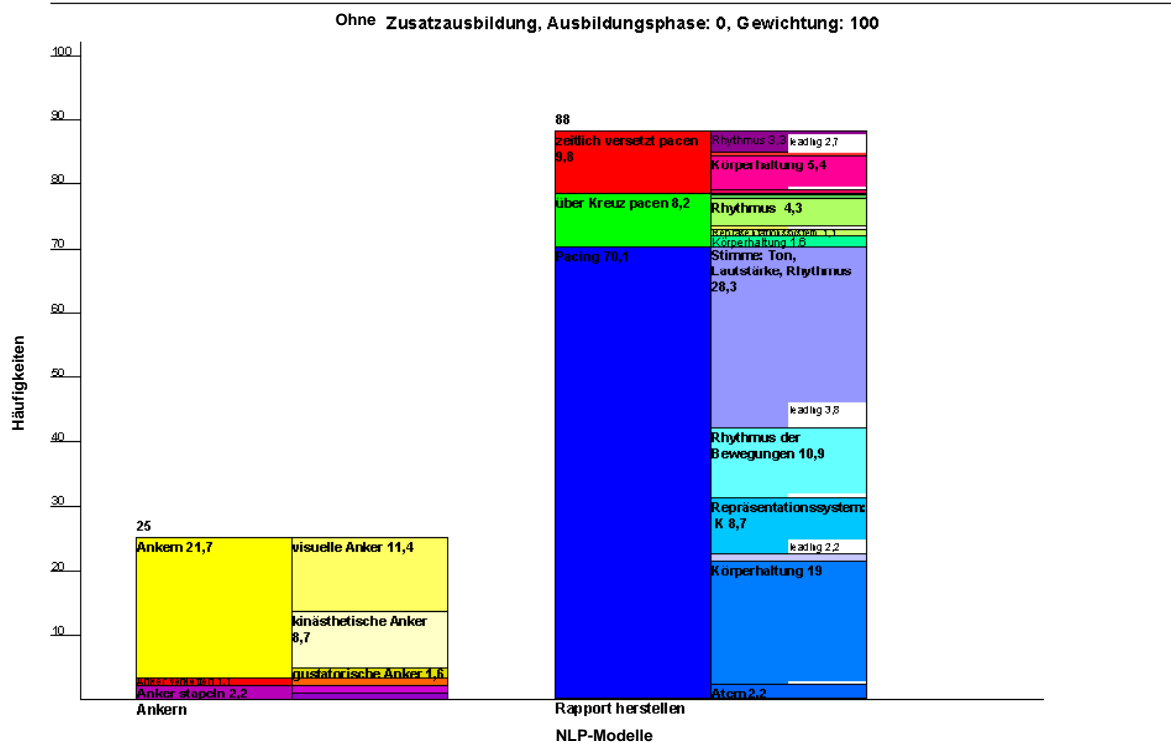


Abbildung 54: Ärzte ohne Zusatzausbildung, Ausbildungsphase Null, NLP-Modelle Baustein 1

## Auswertung der Beobachtungen

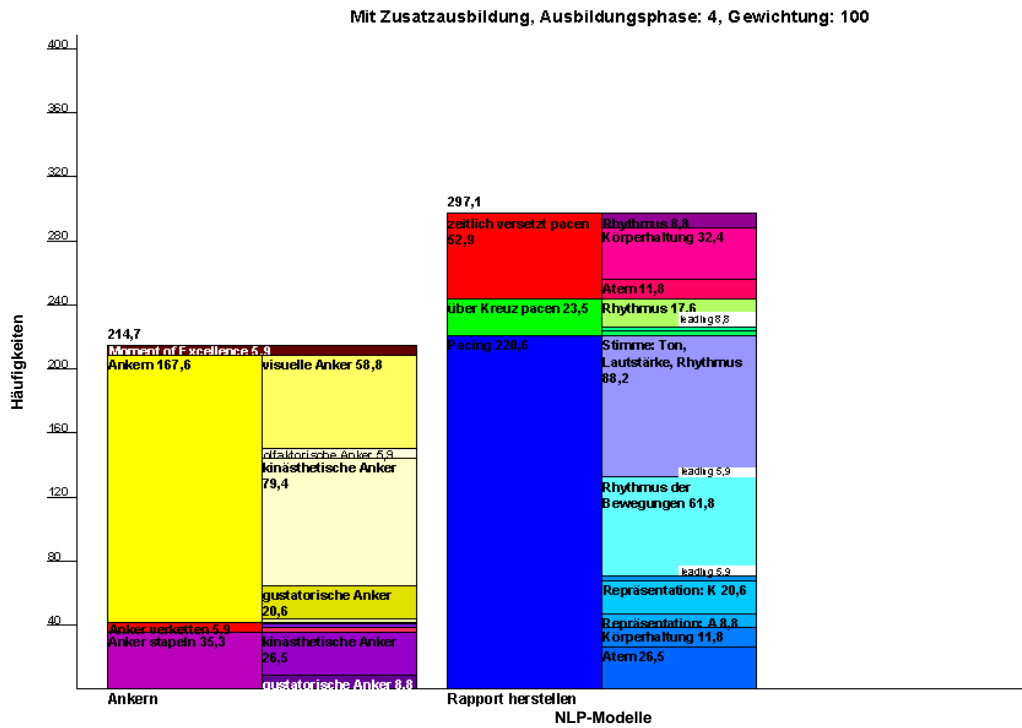


Abbildung 55: Ärzte mit Zusatzausbildung, Ausbildungsphase vier, NLP-Modelle Baustein 1

## Auswertung der Beobachtungen

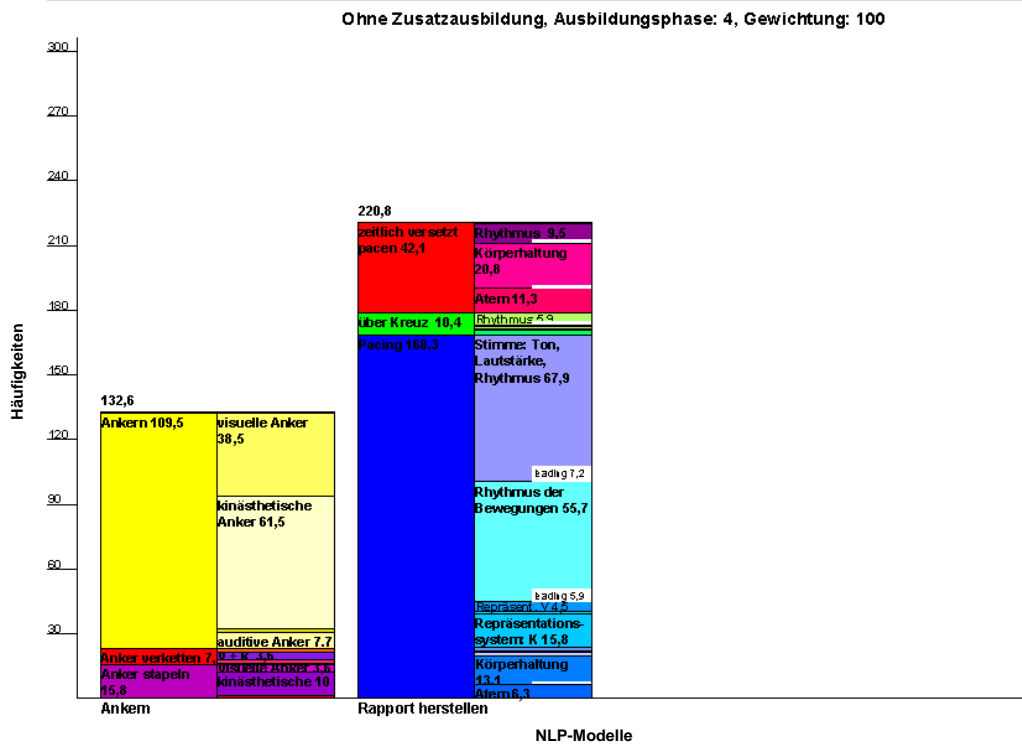


Abbildung 56: Ärzte ohne Zusatzausbildung, Ausbildungsphase vier, NLP-Modelle Baustein 1

## Auswertung der Beobachtungen

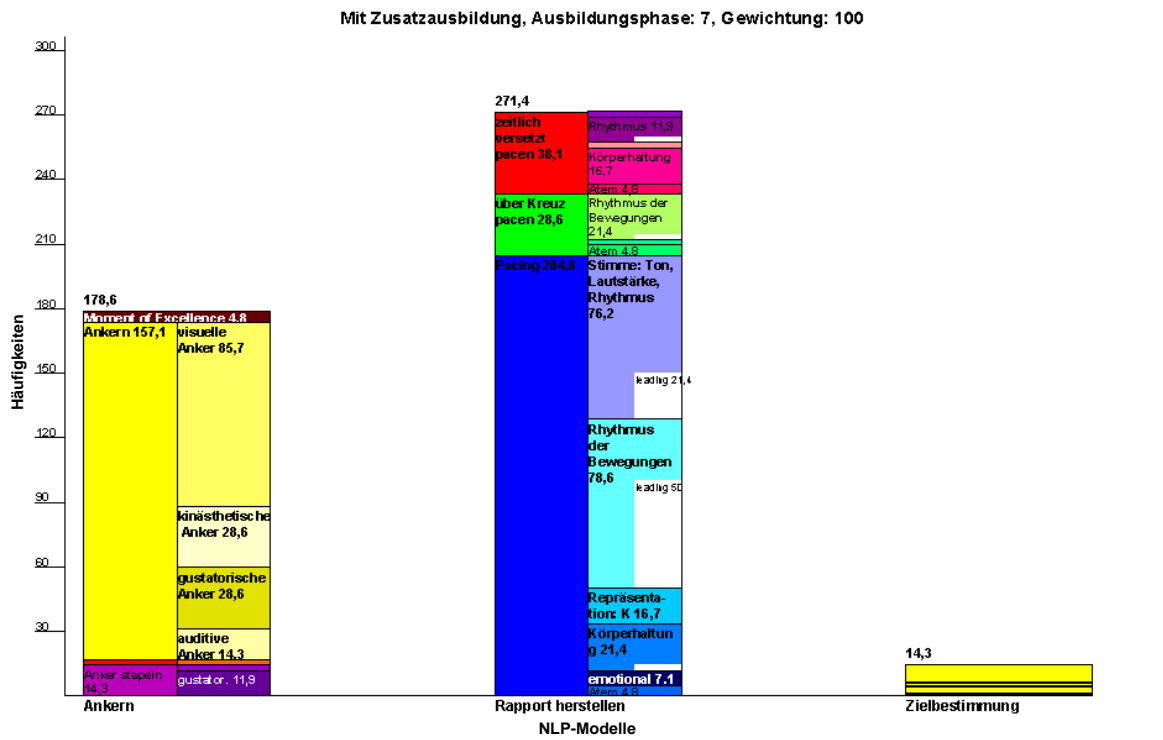


Abbildung 57: Ärzte mit Zusatzausbildung, Ausbildungsphase sieben, NLP-Modelle Baustein 1

## Auswertung der Beobachtungen

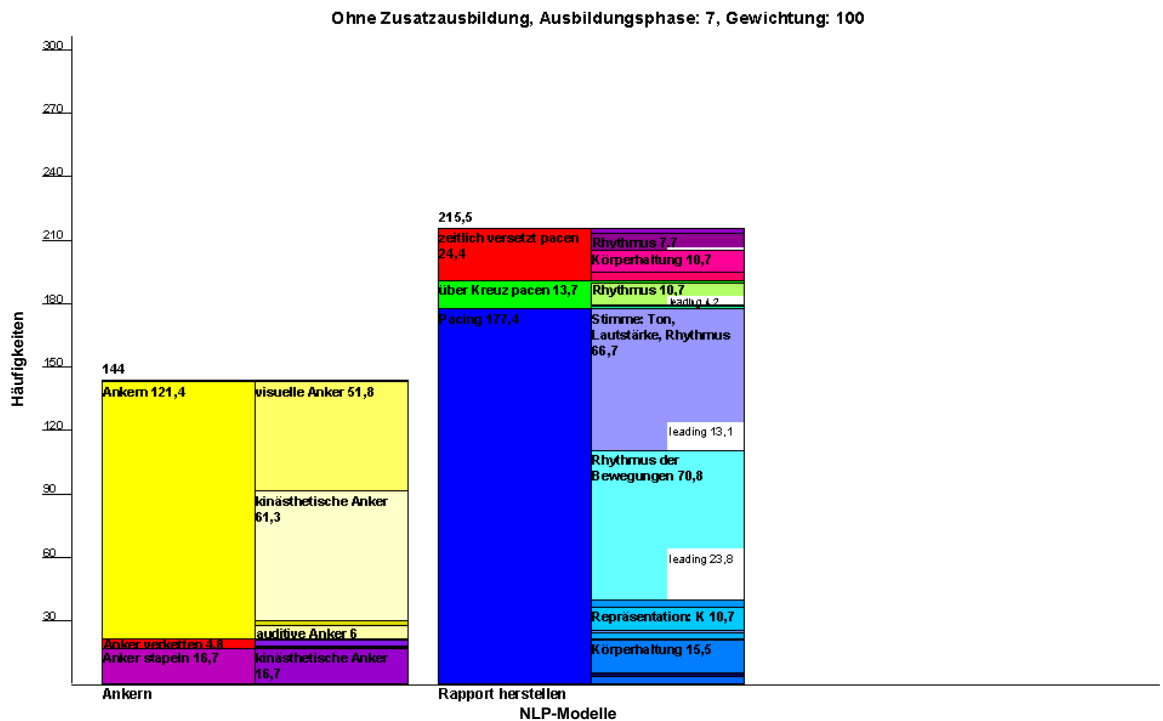


Abbildung 58: Ärzte ohne Zusatzausbildung, Ausbildungsphase sieben, NLP-Modelle Baustein 1

**10. Hypothese:**

**Ärzte, die eine psychotherapeutische Zusatzausbildung haben, geben an, NLP-Modelle häufiger anzuwenden.**

Es werden zur Prüfung dieser Hypothese die Fragebögen zu den Ausbildungsphasen eins, drei und sechs herangezogen und die Gruppe der Psychotherapeuten mit den anderen Teilnehmern verglichen.

**Tabelle 37: Hypothese 10 - Deskriptive Statistiken**

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>HÄUFIG_1</b>	21	112,76	31,12	65	188
<b>HÄUFIG_3</b>	21	239,24	49,08	96	330
<b>HÄUFIG_6</b>	17	377,88	84,24	208	541
<b>PSYCHO</b>	21	,19	,40	0	1

**Tabelle 38: Hypothese 10 - Statistik für Mann-Whitney-Test**

	HÄUFIG_1	HÄUFIG_3	HÄUFIG_6
<b>Mann-Whitney-U</b>	9,000	17,500	13,000
<b>Wilcoxon</b>	162,000	170,500	104,000
<b>Z</b>	-2,239	-1,479	-1,472
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	,025	,139	,141
<b>Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]</b>	,024(a)	,144(a)	,163(a)
<b>Exakte Signifikanz (2-seitig)</b>	,024	,149	,163
<b>Exakte Signifikanz (1-seitig)</b>	,012	,076	,082
a Nicht für Bindungen korrigiert.			
b Gruppenvariable: Therapie			

## Grafische Darstellung der Einschätzungen, exemplarisch:

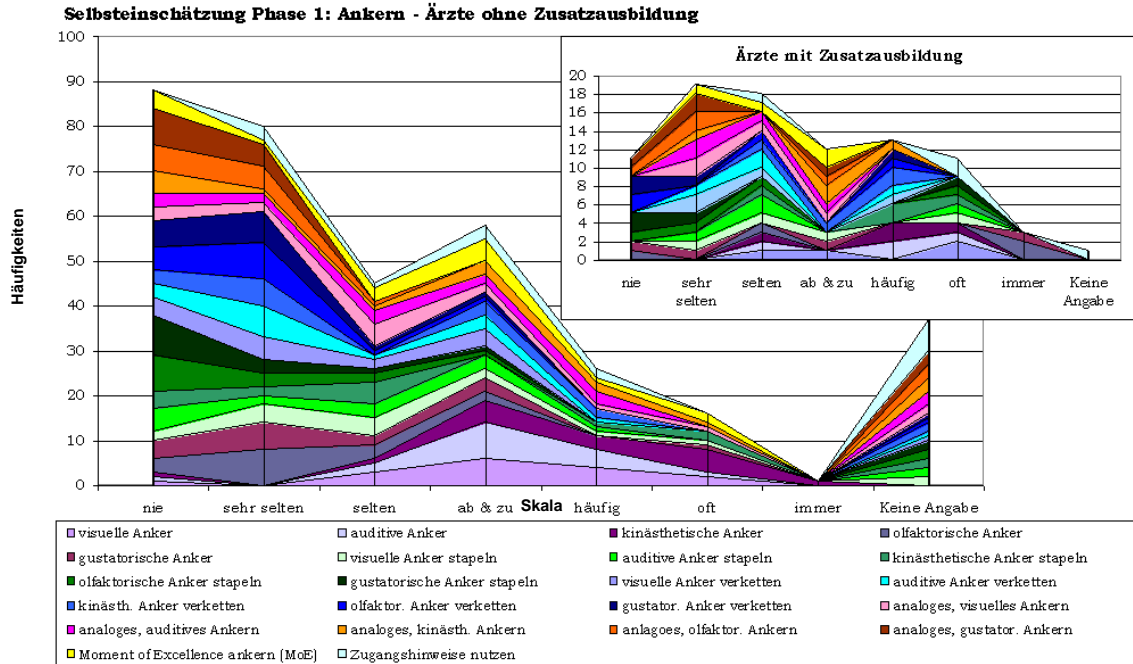


Abbildung 59: Selbsteinschätzung Phase 1: Anker im Vergleich Ärzte mit und ohne Zusatzausbildung

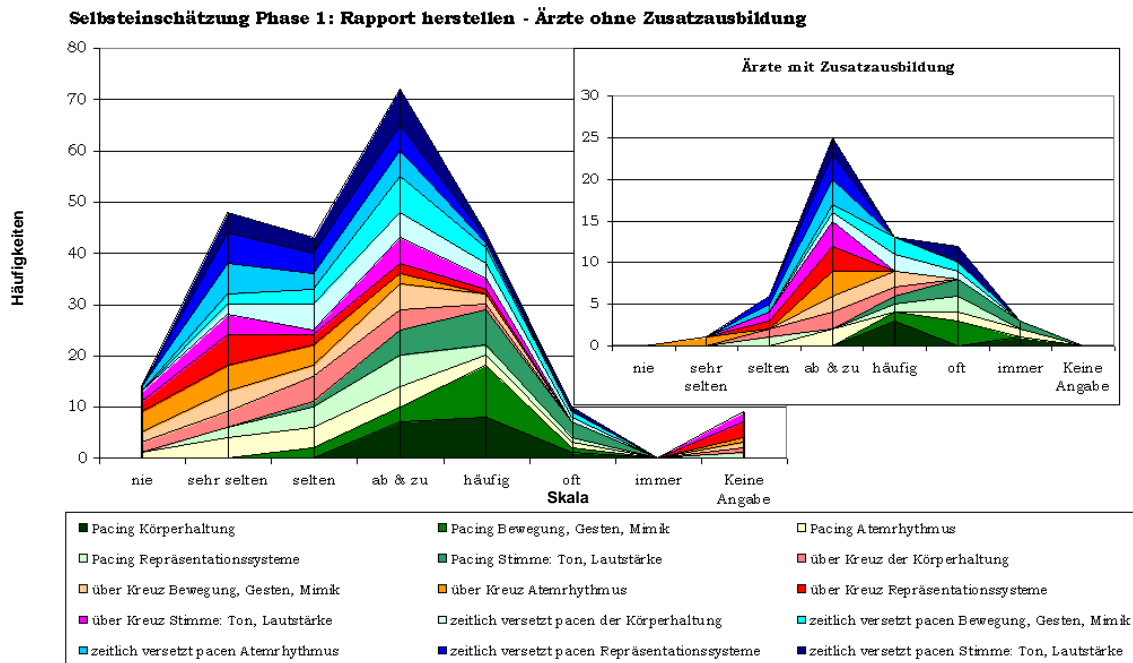


Abbildung 60: Selbsteinschätzung Phase 1: Rapport im Vergleich Ärzte mit und ohne Zusatzausbildung

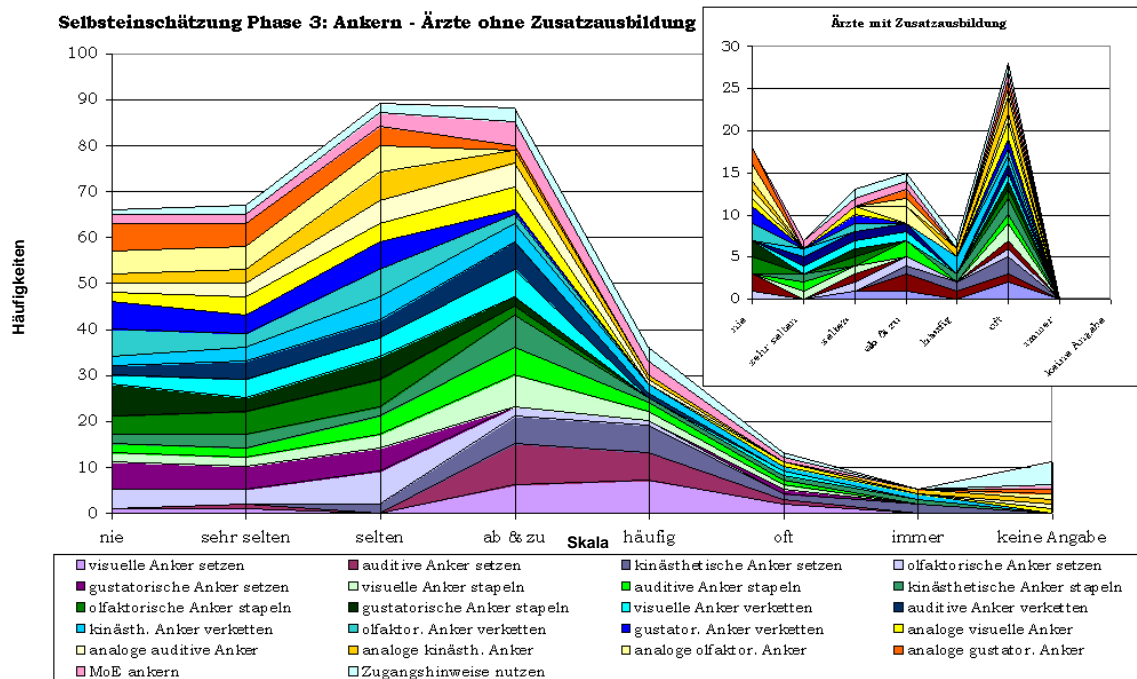


Abbildung 61: Selbsteinschätzung Phase 3: Ankern im Vergleich Ärzte mit und ohne Zusatzausbildung

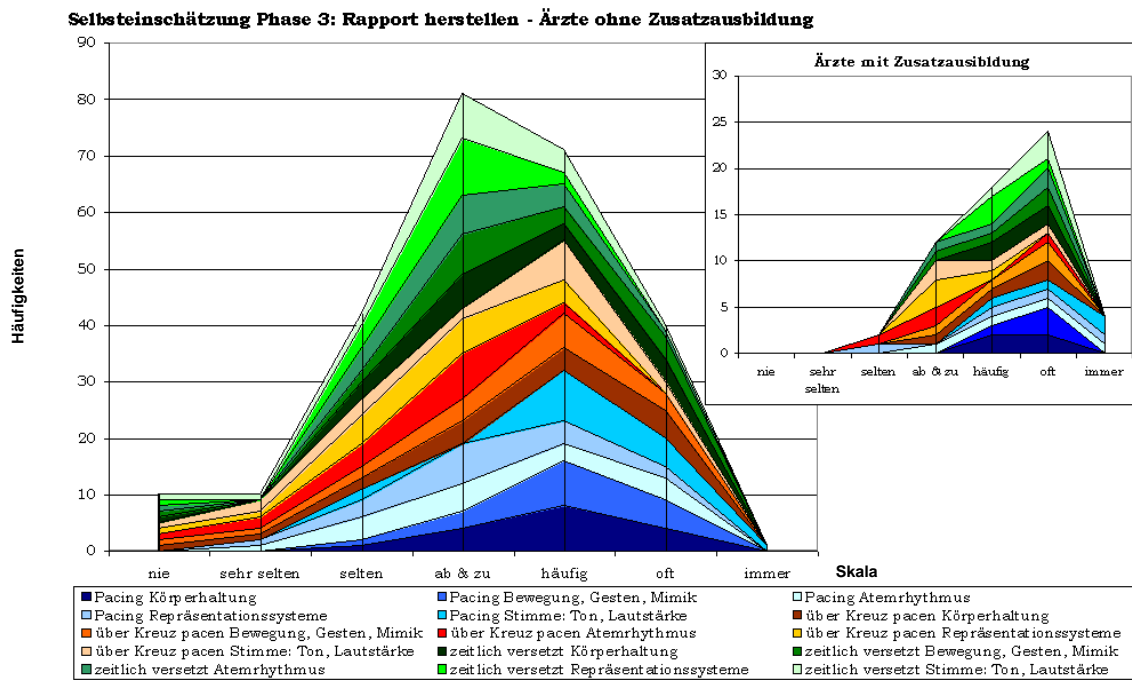


Abbildung 62: Selbsteinschätzung Phase 3: Rapport im Vergleich Ärzte mit und ohne Zusatzausbildung

**Selbsteinschätzung Phase 6: Ankern - Ärzte ohne Zusatzausbildung**

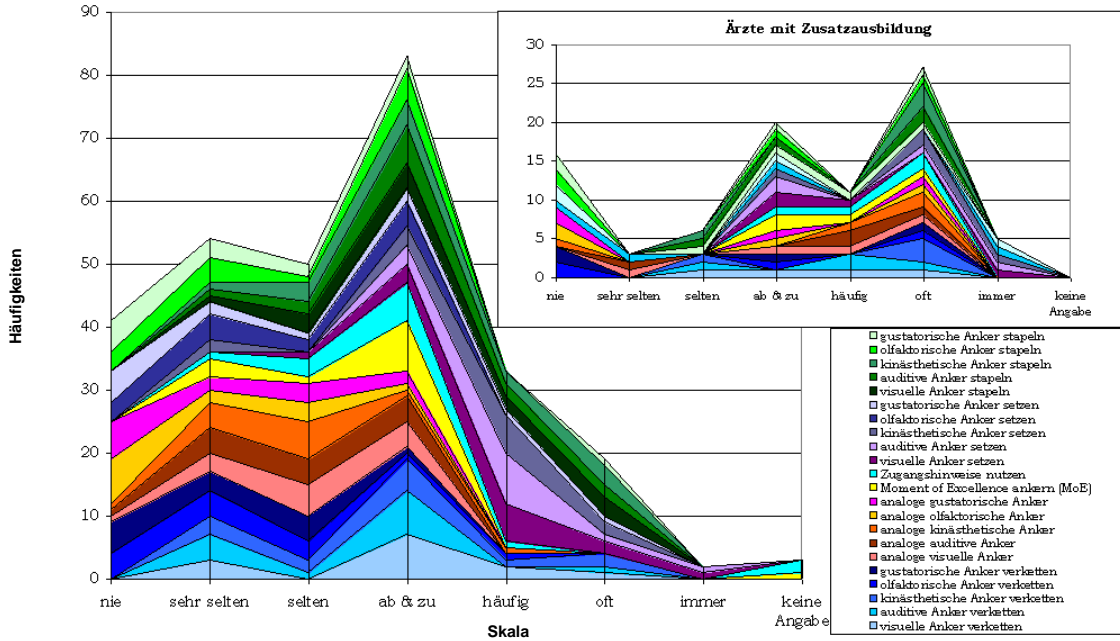


Abbildung 63: Selbsteinschätzung Phase 6: Ankern im Vergleich Ärzte mit und ohne Zusatzausbildung

**Selbsteinschätzung Phase 6: Rapport herstellen - Ohne Zusatzausbildung**

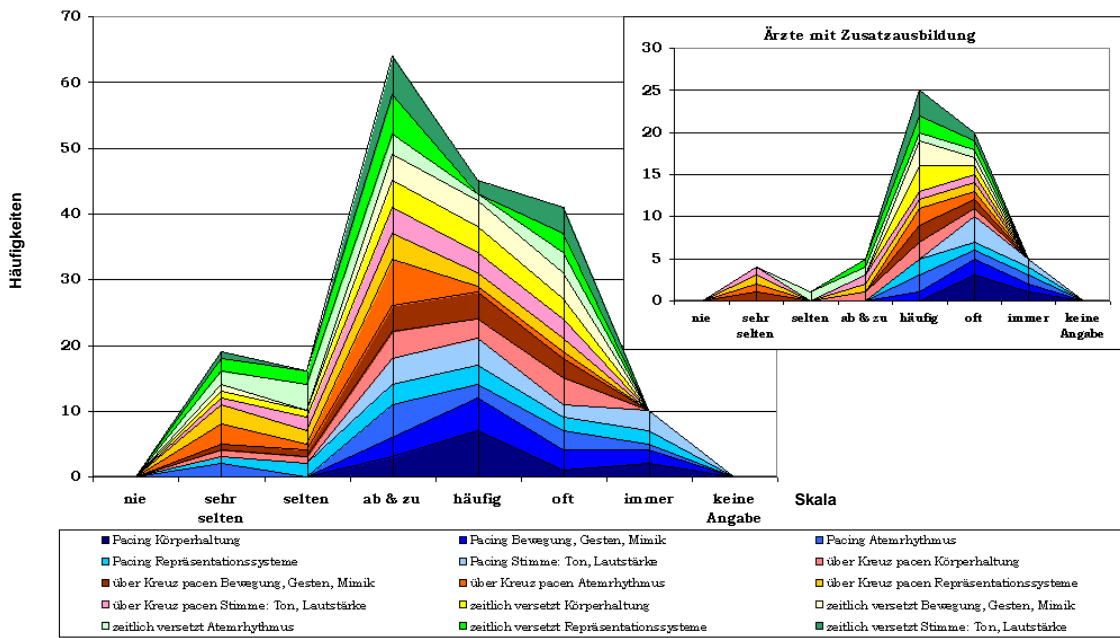


Abbildung 64: Selbsteinschätzung Phase 6: Rapport im Vergleich Ärzte mit und ohne Zusatzausbildung

**11. Hypothese:**

**Die von Ärzten formulierten Erwartungen an die Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf die eigene Person werden im Verlauf der Ausbildung mehrheitlich erfüllt.**

**Tabelle 39: Hypothese 11 - Deskriptive Statistiken**

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>ARZTERW1</b>	18	5,5617	,57606	4,56	6,56
<b>ARZTERZ2</b>	18	5,4568	,73297	4,11	6,67

**Tabelle 40: Hypothese 11 - Statistik für Wilcoxon-Test**

	<b>ARZTERZ2 - ARZTERW1</b>
<b>Z</b>	-,596(a)
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	,551
a Basiert auf positiven Rängen.	
b Wilcoxon-Test	

**Tabelle 41: Hypothese 11 - Korrelationen**

			<b>ARZT- ERW_1</b>	<b>ARZT- ERZ_2</b>
<b>Spearman-Rho</b>	<b>ARZT- ERW_1</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	1,000	,578(*)
		<b>Sig. (2-seitig)</b>	,	,012
	<b>ARZT- ERZ_2</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	,578(*)	1,000
		<b>Sig. (2-seitig)</b>	,012	,
* Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant (2-seitig).				
a Listenweises N= 18				



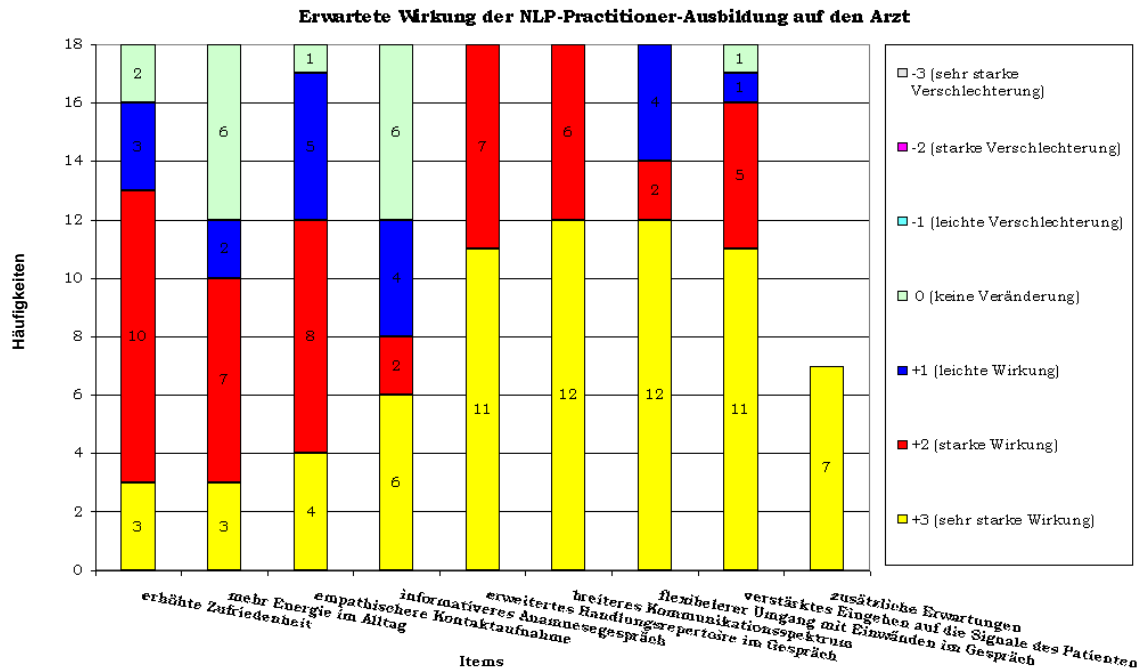


Abbildung 65: Erwartete Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf den Arzt

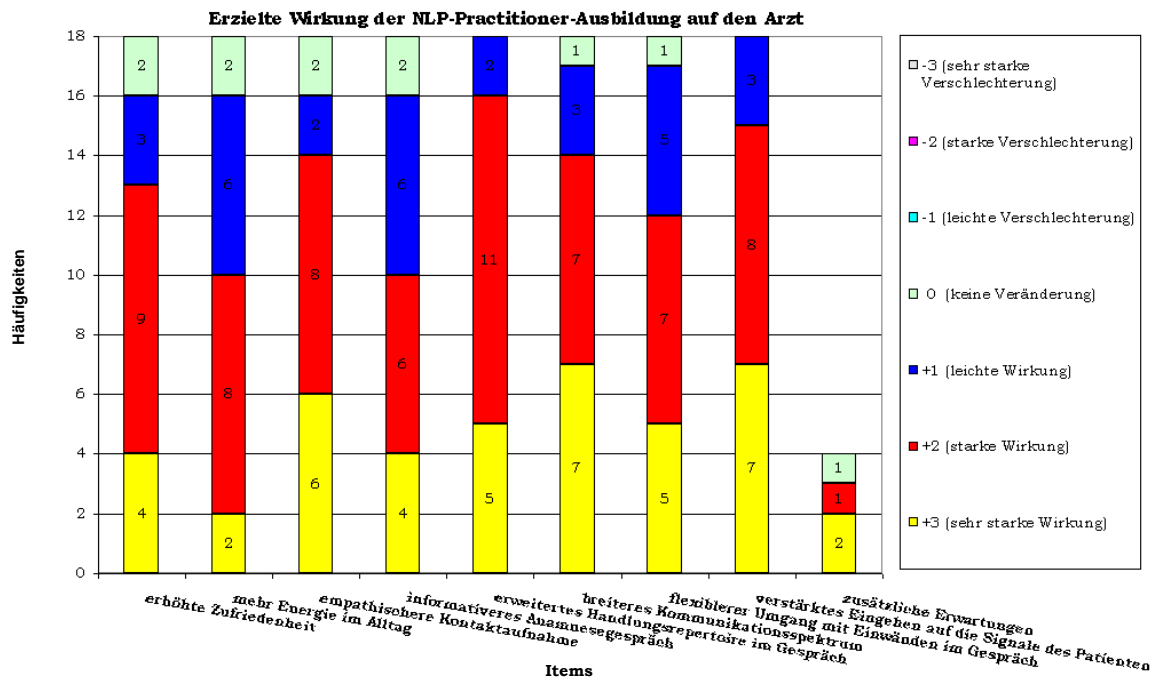


Abbildung 66: Erzielte Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf den Arzt

**12. Hypothese:**

**Die von Ärzten formulierten Erwartungen an die Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf die Patienten werden im Verlauf der Ausbildung mehrheitlich erfüllt.**

**Tabelle 42: Hypothese 12 - Deskriptive Statistiken**

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>PATERW1</b>	18	4,8492	,80436	3,43	6,14
<b>PATERZ2</b>	18	4,1667	,85046	2,71	6,43

**Tabelle 43: Statistik für Wilcoxon-Test**

	<b>PATERZ2 - PATERW1</b>
<b>Z</b>	-2,310(a)
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	,021
a Basiert auf positiven Rängen.	
b Wilcoxon-Test	

**Tabelle 44: Hypothese 12 - Korrelationen**

			<b>PATERW1</b>	<b>PATERZ2</b>
<b>Spearman-Rho</b>	<b>PATERW1</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	1,000	-,032
		<b>Sig. (2-seitig)</b>	,	,900
	<b>PATERZ2</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	-,032	1,000
		<b>Sig. (2-seitig)</b>	,900	,
a Listenweises N= 18				

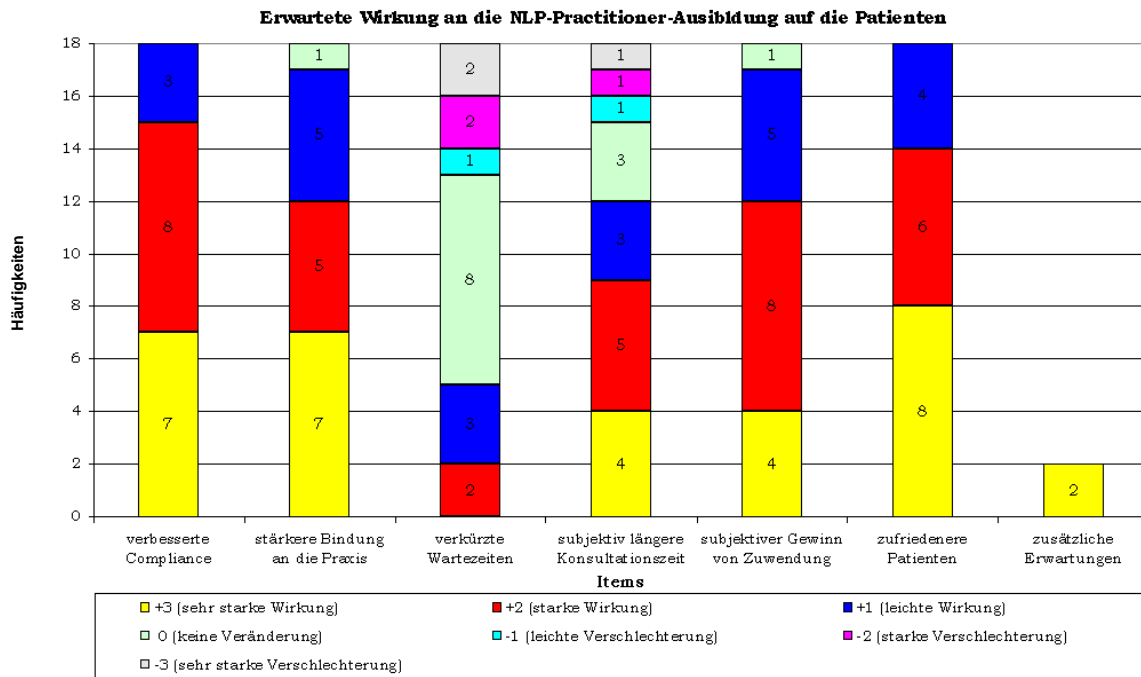


Abbildung 67: Erwartete Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf die Patienten

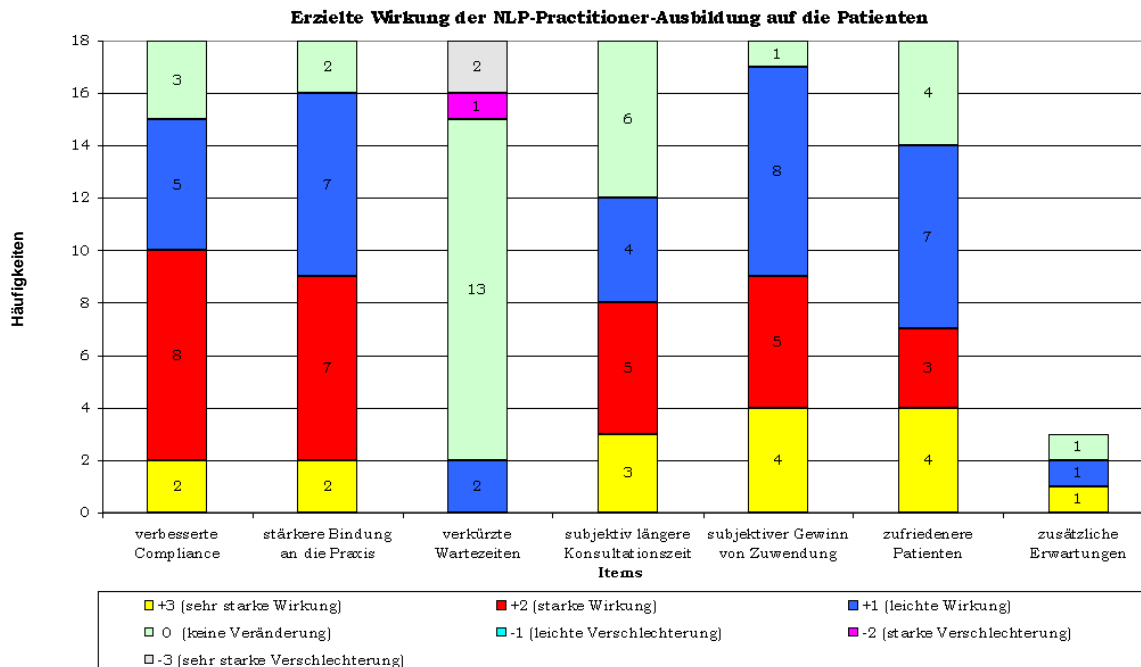


Abbildung 68: Erzielte Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf die Patienten

**13. Die von Ärzten formulierten Erwartungen an die Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf die Praxis werden im Verlauf der Ausbildung mehrheitlich erfüllt.**

**Tabelle 45: Hypothese 13 - Deskriptive Statistiken**

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>PRAXERW1</b>	18	4,5159	,71536	3,57	6,00
<b>PRAXERZ2</b>	18	4,1667	,85046	2,71	6,43

**Tabelle 46: Hypothese 13 - Statistik für Wilcoxon-Test**

	<b>PRAXERZ2 - PRAXERW1</b>
<b>Z</b>	-1,384(a)
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	,167
a Basiert auf positiven Rängen.	
b Wilcoxon-Test	

**Tabelle 47: Hypothese 13 - Korrelationen**

			<b>PRAX- ERW_1</b>	<b>PRAX- ERZ_2</b>
<b>Spearman-Rho</b>	<b>PRAXERW1</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	1,000	,149
		<b>Sig. (2-seitig)</b>	,	,556
	<b>PRAXERZ2</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	,149	1,000
		<b>Sig. (2-seitig)</b>	,556	,
a Listenweises N= 18				

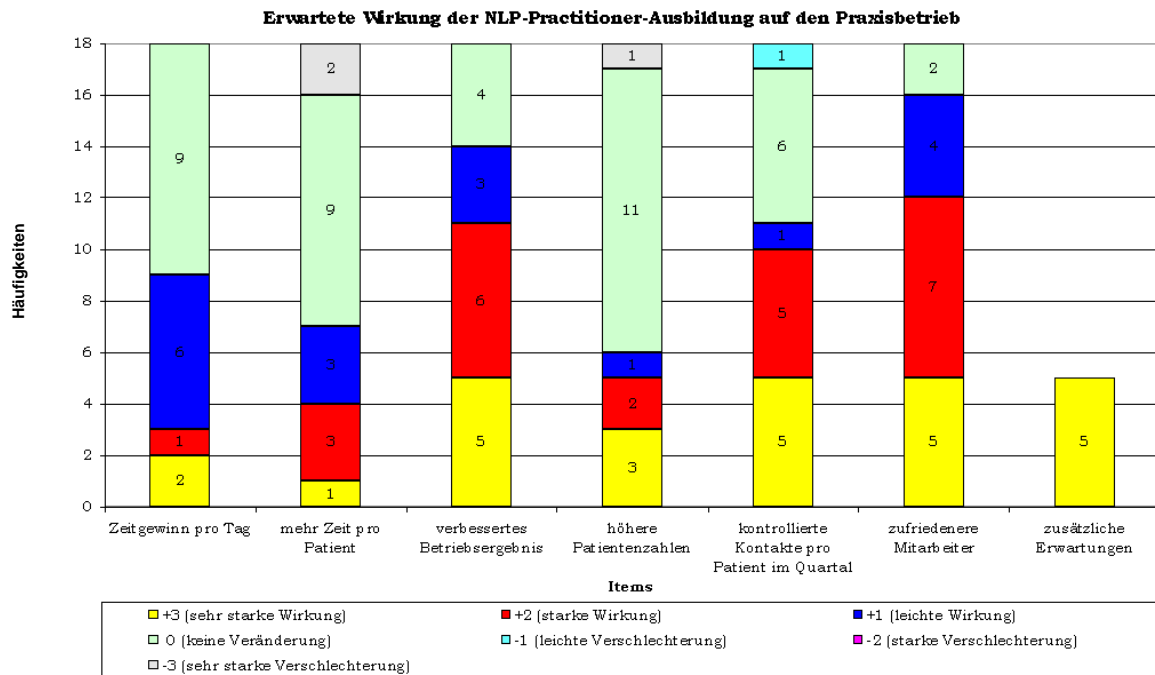


Abbildung 69: Erwartete Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf den Praxisbetrieb

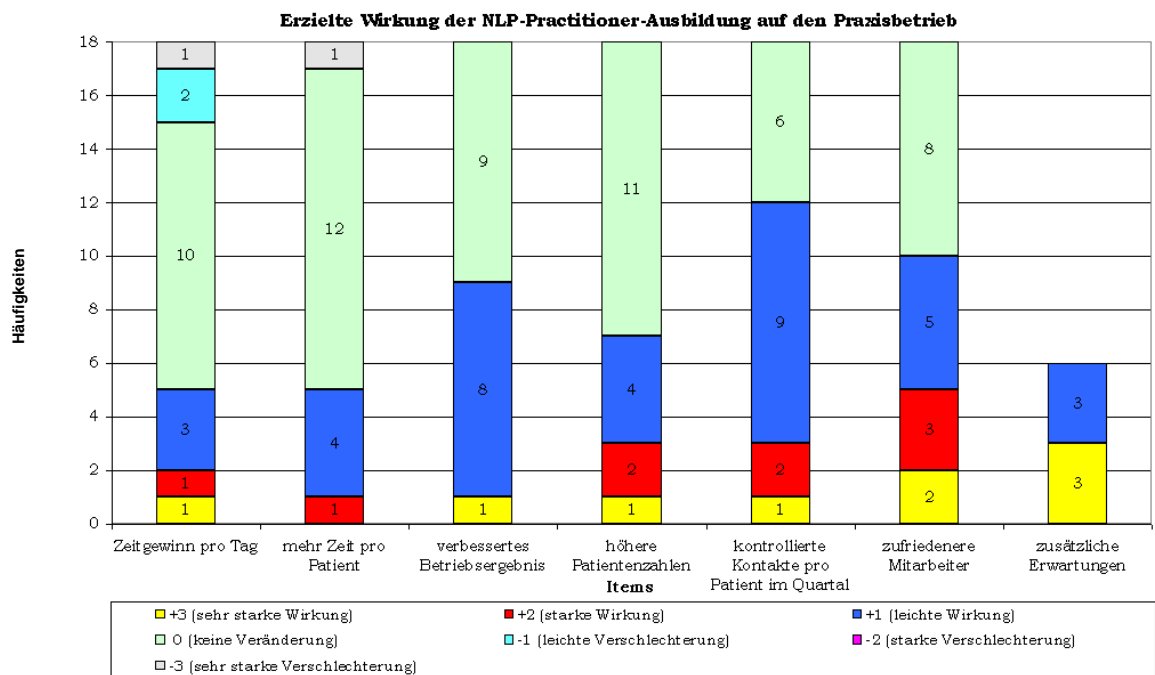


Abbildung 70: Erzielte Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf den Praxisbetrieb

## 8. Diskussion der Ergebnisse

### 1. Hypothese:

**Ärzte setzen im Verlauf der NLP-Practitioner Ausbildung ein zunehmend breiteres Spektrum an Kommunikationsmodellen ein.**

Vor Beginn der NLP-Practitioner-Ausbildung haben die teilnehmenden Ärzte Kommunikationsmodelle im Gespräch mit Patienten eingesetzt, die sich im Laufe der Praxis für sie als nützlich herausgestellt haben. Besonders hervorzuheben ist neben den Fragetechniken das aktive Zuhören, das durchweg von allen Teilnehmern praktiziert wurde. In der Beobachtungsphase null wurden durchschnittlich 7,41 Kommunikationsmodelle im Gespräch mit Patienten eingesetzt und insgesamt wurden 21 Modelle beobachtet. Unbewusst wurden zu diesem Zeitpunkt im Mittel zwei NLP-Modelle von jedem Arzt angewendet, wie z.B. die emphatische Kontaktaufnahme zum Patienten durch das Herstellen von Rapport (s. S. 315).

Beim vierten Beobachtungsdurchlauf in der Mitte der Ausbildung setzten die Teilnehmer durchschnittlich 13,07 Kommunikationsmodelle (6,4 NLP-Modelle) im Patientengespräch ein. Es konnten insgesamt 24 verschiedene Modelle – davon 17 NLP-Modelle – beobachtet werden.

In der letzten Beobachtungsphase lag der Mittelwert der eingesetzten Kommunikationsmodelle pro Arzt bei 14,26. 29 unterschiedliche Kommunikationsmodelle kamen im Gespräch mit den Patienten zum Einsatz. Durchschnittlich wurden dabei 19 NLP-Modelle beobachtet.

Die Anzahl der durchschnittlich eingesetzten Kommunikationsmodelle pro Arzt hat sich im Laufe der Ausbildung fast verdoppelt. Wird das Spektrum der eingesetzten Kommunikationsmodelle vor Beginn der Ausbildung (Beobachtungsphase null) mit der Bandbreite am Ende (Phase sieben) und in der Mitte (Phase vier) der Ausbildung verglichen, sind die Ergebnisse stark signifikant.

Der Unterschied in der Vielfalt der eingesetzten Kommunikationsmodelle zwischen Beobachtungsphase vier und sieben hingegen ist nicht signifikant.

Es kommt daher zu einem sogenannten Deckeneffekt, der aus kommunikationspsychologischer Sicht folgendermaßen erklärbar ist:

Nach den vier Stufen des Lernens wird dem Teilnehmer bei der Demonstration neuer Kommunikationsmodelle an den Ausbildungswochenenden bewusst, dass er sie noch nicht anwenden kann, also bewusst inkompetent ist. Durch das Einüben im Seminar erhält der Teilnehmer eine bewusste Kompetenz der neuen Kommunikationsmodelle. Wenn der teilnehmende Arzt den Wert der kennengelernten Modelle für sich erkennt, wird er sie im Gespräch mit Patienten zunächst bewusst anwenden. Der wiederholte Einsatz der Modelle führt zur unbewussten Kompetenz, die es ermöglicht ohne nachzudenken intuitiv das Modell einzusetzen. Wenn eine Handlung in "Fleisch und Blut" übergeht, steht sie nicht mehr im direkten Fokus und wird dadurch weniger oft angewendet als zuvor durch den bewussten Einsatz.

Darüber hinaus wurde an den ersten Ausbildungswochenenden (Teil eins bis vier) ein breiteres Spektrum an NLP-Modellen demonstriert und eingeübt, das in jedes Patientengespräch miteinfließen kann. In den Phasen fünf bis acht wurden komplexere Modelle demonstriert, die teilweise eines gewissen zeitlichen Aufwandes bedürfen. Die Palette der eingesetzten Kommunikationsmodelle steigt daher von Beobachtungsphase vier bis sieben nur geringfügig an (von durchschnittlich 13,06 auf 14,26). Trotz des Deckeneffektes ist meines Erachtens die Hypothese eins bestätigt, weil im Verlauf der

Ausbildung ein breiteres Spektrum an Kommunikationsmodellen eingesetzt wurde. Die Bandbreite wächst zwischen Phase null und vierdeutlich stärker als zwischen vier und sieben.

## **2. Hypothese:**

### **Ärzte geben an, im Verlauf der NLP-Practitioner-Ausbildung NLP-Modelle häufiger einzusetzen.**

Der Fragebogen, den die Ärzte zur Selbstreflexion des ersten Ausbildungsbausteins ausfüllten, umfaßte 37 Items. Diese 37 Items wurden zum Vergleich von Baustein eins mit Baustein drei sowie Baustein eins mit Baustein sechs herangezogen. Der dritte Fragebogen enthielt insgesamt 64 Items, die zur Berechnung der Differenz zwischen Selbsteinschätzung drei und sechs berücksichtigt wurden.

Beim ersten Fragebogen gaben die Ärzte rückblickend an, die NLP-Methoden selten im Gespräch mit Patienten eingesetzt zu haben. Auf der siebenstufigen Intervallskala entspricht 3,05 einer seltenen Anwendung. Die Bandbreite der Selbsteinschätzung reicht von nie (eins) bis häufig (fünf). Beim dritten Meßzeitpunkt liegt der Mittelwert bei 3,65, so dass eine Tendenz von der "seltenen" Anwendung hin zum "Ab und zu"-Einsatz erkennbar ist, was sich auch beim sechsten Fragebogen bestätigt. Hier liegt der Mittelwert bei 3,95. Die Palette der Einschätzung liegt bei einem Minimalwert von 2,41 und einem Maximum von 6,11, d.h. von sehr selten bis oft.

Die Ergebnisse sind sowohl beim Vergleich von Fragebogen eins mit drei als auch von Fragebogen eins mit sechs sowie von Fragebogen drei mit sechs stark signifikant, so dass die Hypothese auf dem 1% Signifikanzniveau angenommen wird.

Die Tendenz wird auch graphisch deutlich, wenn man sich z.B. die Entwicklung der auditiven Anker ansieht. Während beim Fragebogen 1 noch drei Teilnehmer eher selten und ein Teilnehmer nie auditive Anker einsetzten (s. S. 324), gab es beim dritten Meßzeitpunkt nur noch einen Teilnehmer, der auditive Anker sehr selten setzte (s. S. 326). Beim sechsten Fragebogen verwendete die Mehrzahl der Teilnehmer auditive Anker häufig im Gespräch mit Patienten (s. S. 329).

Der Trend die NLP-Modelle im Verlauf häufiger einzusetzen, läßt sich auch beim Verketteten von kinästhetischen Anker verfolgen. Im Fragebogen eins verketteten neun Teilnehmer nie bis sehr selten kinästhetische Anker (s. S. 325). Beim dritten Meßzeitpunkt waren es nur noch fünf (s. S. 326) und beim sechsten ausschließlich drei Teilnehmer, die sehr selten kinästhetische Anker verketteten (s. S. 330).

Die Tendenz keine Angabe zu bestimmten Items zu machen, nahm im Verlauf immer weiter ab, weil die NLP-Termini mehr "verinnerlicht" wurden.

Interessanterweise verzeichnet sich bei den Selbsteinschätzungsfragebögen auch von Phase drei nach sechs ein signifikanter Anstieg in der Häufigkeit der Anwendung.

Im Vergleich dazu ergab sich bei der Fremdbeobachtung zwischen Phase vier und sieben kein signifikanter Unterschied (s. Hypothese 1, S. 317).

Um sicherzustellen, dass es nicht an den verschiedenen Ausbildungsphasen lag, die in die Berechnung einfließen, habe ich die erste Hypothese erneut mit den Daten der Phasen eins, drei, sechs zum Vergleich berechnet:

**Tabelle 48: Hypothese 1b - Statistik für Vorzeichentest**

	<b>BREITE 3 - BREITE 1</b>	<b>BREITE 6 - BREITE 1</b>	<b>BREITE 6 - BREITE 3</b>
<b>Exakte Signifikanz (2-seitig)</b>	,000(a)	,001(a)	1,000(a)
a Verwendete Binomialverteilung.			
b Vorzeichentest			

Auch hier kommt es zum Deckeneffekt. Wie oben bereits angeführt, ist der stetige Anstieg in der Häufigkeit bei der Selbsteinschätzung durch eine intensiveren Beschäftigung mit den Modellen und Termini im Laufe der Zeit zu sehen.

Es ist auch möglich, dass bei den späteren Beobachtungsphasen wegen der Vielfalt der eingesetzten Modelle nicht mehr alle bewusst wahrgenommen wurden.

Die Hypothese, dass Ärzte angeben, NLP-Modelle im Verlauf der Ausbildung häufiger einzusetzen, ist auf jeden Fall bestätigt.

### **3. Hypothese:**

**Ärzte wenden eher solche NLP-Modelle an, die weniger komplex sind.**

Als nicht-komplexe NLP-Modelle habe ich alle Modelle, die in den Ausbildungsphasen eins bis vier vermittelt wurden, definiert. Diese Modelle bilden die NLP-Basistechniken, die häufig Bestandteil der komplexeren Modelle sind.

Im Verlauf der NLP-Practitioner-Ausbildung wurden sowohl elf nicht komplexe als auch elf komplexe Modelle vorgestellt, demonstriert und eingeübt.

Zu den nicht komplexen Modellen gehören: Rapport herstellen, Anker, Zugangshinweise nutzen, Meta-Modell, Zielbestimmung, Logische Ebenen, Reframing, Milton-Modell, Trance, Metaphern, Präsuppositionen (s. S. 5-80).

Die komplexen NLP-Modelle umfassen: Strategiearbeit, Modelling, Kreativitätsstrategie, Submodalitäten, Swish, Meta-Spiegel, Time line, Re-Imprinting, Phobie-Techniken, Kriterienhierarchie, Sorting Styles (s. S. 81-138).

Nach der vierten Ausbildungsphase, als alle nicht-komplexen NLP-Modelle den Teilnehmern bekannt waren, wurden im Mittel 6,49 nicht-komplexe Modelle pro Arzt beobachtet. Die Spannbreite lag bei 3,15 bis 12,60 Modellen pro Patient.

Bei der letzten Beobachtungsphase wurden von den Ärzten durchschnittlich 0,29 komplexe NLP-Modelle im Gespräch mit Patienten eingesetzt. Maximal wurde eine komplexe Methode pro Gespräch verwendet.

Der Vergleich der nicht-komplexen mit den komplexen Modellen, die die teilnehmenden Ärzte im Gespräch eingesetzt haben, führt zu einem stark signifikanten Unterschied. Die Hypothese wird auf dem Ein-Prozent-Signifikantenniveau ( $\alpha = 0,01$ ) als bestätigt angenommen.

Dadurch, dass die nicht-komplexen NLP-Modelle in jedes Patientengespräch eingebaut werden können, kamen sie auch wesentlich öfters zum Einsatz. Alle nicht-komplexen



Modelle erweitern das Handlungsrepertoire des Arztes und können ohne Wissen des Patienten in die Konsultation einfließen.

Die Mehrzahl der komplexen NLP-Modelle dient der Veränderung von unerwünschten Verhaltensweisen; diese Modelle erfordern die Mitarbeit des Patienten. Darüber hinaus bedürfen diese Modelle eines zeitlichen Rahmens, der die Dauer der Kassensprechstunde in der Regel überschreitet.

Durch die Veränderungen im Gesundheitswesen in Richtung mehr Eigenanteil für Patienten ist es für mich durchaus denkbar, dass die komplexen NLP-Modelle an Stellenwert gewinnen werden.

Der Arzt könnte als USP (Unique Selling Proposition) seiner Praxis dem Angstpatienten ein Re-Imprinting oder den Schmerzpatienten die Behandlung mit Hilfe der Schmerzskala anbieten. Da es sich um Zusatzleistungen handelt, die direkt mit den Patienten abgerechnet werden, ist es für die Ärzte ein lukratives Zubrot, wofür sicherlich auch Freiräume im Terminkalender geschaffen werden können. USP bedeutet für mich eine Besonderheit anzubieten, wodurch sich der Arzt von der Konkurrenz abhebt.

Einige niedergelassene Ärzte haben die Zeichen der Zeit bereits erkannt und zusätzlich zur Praxis ein Gesundheitszentrum eröffnet. Hier steht häufig der Wellness- und Ernährungsaspekt im Vordergrund. Um Patienten zu einer Ernährungsumstellung zu bewegen, bieten sich die komplexen NLP-Modelle aus der Strategiearbeit an.

Die Auswertung der Beobachtungsdaten der komplexen und nicht-komplexen NLP-Modelle hat bei mir zu einem intensiven Nachdenken über die Reihenfolge der NLP-Bausteine geführt.

Meines Erachtens sollten die Submodalitäten, die in Baustein sechs vermittelt und eingeübt werden, Bestandteil der nicht-komplexen NLP-Modelle sein, weil sie in jedes Gespräch eingebaut werden können. Der Einsatz von 83,3 Submodalitäten bei 100 Gesprächen verdeutlicht die häufige Anwendung. Darüber hinaus sind die Submodalitäten hilfreich und auch notwendig, um mit hypnotischen Sprachmustern zu arbeiten. Durch die Tatsache, dass die Submodalitäten erst nach dem Milton-Modell in der Ausbildung gelehrt wurden, lässt sich vielleicht erklären, warum das Milton-Modell mit seinen hypnotischen Sprachmustern relativ selten zum Einsatz kam. Das Milton-Modell scheint für mich eine nützliche Technik zu sein, Patienten zu entspannen, sei es bei der Blutabnahme, Zahnsteinentfernung usw.

Im Reframing-Baustein (Teil 3) wurden mit dem Verhandlungs- und Six-Step-Reframing zwei Modelle vermittelt, die sich auch für komplexe Interventionen eignen. Kontext- und Bedeutungs-Reframing als "Schlagfertigkeitmodelle" wurden von der Mehrzahl der Teilnehmer in vielen Patientengesprächen angewendet. Six-Step- und Verhandlungs-Reframings habe ich nur bei einem Arzt beobachtet, der auch diese Modelle in Patientengespräche einbaute. In der grafischen Darstellung ist der Anteil so gering, dass sie unkenntlich bleiben.

Meines Erachtens ist es daher sinnvoll, den dritten Baustein zum Thema Reframing mit dem sechsten Baustein mit den Inhalten Submodalitäten und Swish zu tauschen, so dass Baustein eins bis vier alle Werkzeuge enthält, die für jedes Arzt-Patienten-Gespräch nützlich sind.

Bei meiner nächsten NLP-Practitioner-Ausbildung, die ich begleite, werde ich die geänderte Reihenfolge der Bausteine testen.

Gemäß der hier ermittelten Ergebnisse werden die weniger komplexen NLP-Modelle als nützliche Hilfsmittel für die zielgerichtete Kommunikation im Patientengespräch eingesetzt. Wenn Ärzte mit der Absicht an einer NLP-Practitioner-Ausbildung teilnehmen, ihr Handlungsrepertoire und ihr Kommunikationsspektrum zu erweitern, dann ist der Besuch der ersten vier Bausteine ausreichend und am effektivsten.

#### **4. Hypothese:**

##### **Ärzte geben an, eher solche NLP-Modelle anzuwenden, die weniger komplex sind.**

Für die nicht-komplexen NLP-Modelle wurde der Selbsteinschätzungs-Fragebogen nach Ausbildungsphase vier benutzt und für die komplexen der letzte eingesetzte Selbsteinschätzungs-Fragebogen nach Baustein sechs.

Auf der siebenstufigen Intervallskala liegt der Mittelwert der Einsatzintensität für nicht-komplexen Modelle bei 3,60. Die teilnehmenden Ärzte geben an, nicht-komplexe NLP-Modelle pro Patient durchschnittlich "ab und zu" anzuwenden. Die Bandbreite der pro Gespräch eingesetzten nicht-komplexen Modelle reicht von 2,51 bis maximal 4,80; also von selten bis häufig. Der Mittelwert der komplexen Modelle liegt bei 3,17, was einer seltenen Anwendung entspricht. Das Spektrum der pro Patient durchschnittlich eingesetzten komplexen Modelle reicht von 1,15 (sehr selten) bis 5,46 (häufig) bei einer hohen Standardabweichung von 1,0.

Auffällig ist bei dem Vergleich der Maximalwerte, dass das Maximum bei den komplexen Modellen größer ist als bei den nicht komplexen.

Beim Vergleich der Mittelwerte ergibt sich in vier Fällen, dass die durchschnittliche Einschätzung der Einsatzintensität der komplexen Modelle größer ist als der nicht komplexen. Dies könnte auch der Grund sein, warum der Maximalwert höher ist.

Bei der graphischen Darstellung des Einschätzungsverhaltens steigt die Kurve bei den nicht-komplexen Modellen zunächst nur leicht an von "nie" auf "selten". Von "selten" zum Zenit bei "ab und zu" ist ein steiler Anstieg erkennbar, der bis zum Datenpunkt häufig nur leicht abfällt.

Die Darstellung bei den komplexen Modelle zeigt, dass die "nie" eingesetzten Modelle sich mit den sehr selten angewandten fast die Waage halten. Von sehr selten bis selten ist ein deutlicher Sprung sichtbar. Von dem Datenpunkt "selten" bis zum Höhepunkt bei "ab und zu" steigt die Kurve etwas flacher an, um dann bis "häufig" stark auf das Niveau von "sehr selten" abzufallen.

Da die Signifikanzprüfung einen stark signifikanten Unterschied zu Gunsten der nicht-komplexen Modelle ergeben hat, ist die Hypothese bestätigt.

Das Selbstbild eher solche NLP-Modelle einzusetzen, die weniger komplex sind, stimmt mit der Fremdeinschätzung durch die Beobachtung überein.

## **5. Hypothese:**

### **Ärzte stellen im Verlauf der NLP-Practitioner-Ausbildung einen empathischeren Kontakt zu Patienten her.**

Empathie bzw. Rapport ist hilfreich, um eine Atmosphäre des Vertrauens, der Harmonie zu schaffen. Der Arzt baut durch Rapport eine Brücke zum Patienten, die als Angenommensein und Verständnis empfunden wird. Um zu überprüfen, ob es im Laufe der NLP-Ausbildung Änderungen in der emphatischen Kontaktaufnahme gab, wurden zur Prüfung der Hypothese die Beobachtungsphasen null, vier und sieben herangezogen. Betrachtet wurde jeweils, ob Rapport hergestellt wurde, was als Indikator für die emphatische Kontaktaufnahme diente.

Beim Vergleich der Beobachtungsphase vier mit Phase null ergeben sich ausschließlich positive Differenzen, so dass das Ergebnis auf dem 1%-Niveau signifikant ist. Auch die Gegenüberstellung von Beobachtungsphase null mit sieben liefert ausnahmslos positive Differenzen, und bestätigt damit die Hypothese als stark signifikant.

Der Mittelwert liegt vor Beginn der Ausbildung bei 0,98, d.h. der Arzt stellt in jedem Gespräch auf eine Art und Weise Rapport her. Sowohl in Beobachtungsphase vier (2,37) als auch in Beobachtungsphase sieben (2,30) nimmt der Arzt den emphatischen Kontakt auf mehr als einer Ebene auf. Der Vergleich von Phase vier mit sieben liefert leider keinen signifikanten Unterschied. Es ist hier ein leichter, minimaler Rückgang zu verzeichnen.

Auch bei dieser Hypothese ergibt sich ein Deckeneffekt dadurch, dass der Unterschied von Phase vier zu sieben nicht signifikant ist. Die graphische Darstellung (s. S. 342) verdeutlicht die statistischen Ergebnisse: Vor Start der NLP-Ausbildung stellten die Teilnehmer bei 100 Patienten auf 141,3 verschiedenen Wegen Rapport her. In Phase vier konnten 232,8 Varianten der emphatischen Kontaktaufnahme beobachtet werden. Der Maximalwert wurde nach Ausbildungsphase fünf mit 266,2 angewandten Möglichkeiten erreicht. In Beobachtungsphase sieben fällt die beobachtete Bandbreite mit 230 leicht unter das Niveau von Phase vier zurück.

Das Niveau von Phase drei bis sieben würde ich tendenziell als ähnlich bezeichnen. Die Schwankungen in den Ausprägungen hängen von der Tagesform und/oder von den Patienten ab. Zum einen ist auch ein niedergelassener Arzt nicht jeden Tag in gleicher Stimmung und zum anderen gibt es auch Patienten, die einem die emphatische Kontaktaufnahme erschweren.

Über alle Ausbildungsphasen hinweg wurde Rapport in erster Linie durch das "Pacen" (blaue Markierungen) hergestellt. Das Pacen des Rhythmus der Bewegungen hat sich im Laufe der Ausbildung am stärksten entwickelt, indem sich der Wert vervierfacht hat.

Berufsbedingt haben viele Ärzte die Fähigkeit einen emphatischen Kontakt zu Gesprächspartnern herzustellen. Durch die NLP-Ausbildung wurde das Handlungsspektrum erweitert. Weil die Intensität bzw. Häufigkeit mit der die Teilnehmer im Gespräch mit Patienten Rapport herstellen von Beobachtungsphase vier bis sieben gleich hoch bleibt, ist die Hypothese bestätigt.

Es wäre sicherlich interessant zu untersuchen, ob die emphatische Kontaktaufnahme ein Jahr nach Abschluß der Ausbildung in gleicher Vielfalt hergestellt wird. Wenn das Herstellen von Rapport ab Beobachtungsphase drei in die unbewusste Kompetenz übergegangen ist, sollte eine Retrospektive die Ergebnisse bestätigen.

## **6. Hypothese:**

### **Ärzte geben an, im Verlauf der Ausbildung einen empathischeren Kontakt zum Patienten herzustellen.**

Als Indikator für die empathische Kontaktaufnahme zum Patienten werden die Angaben der Ärzte über die Häufigkeit des Rapport herstellens berücksichtigt. In der deskriptiven Statistik verdeutlicht der Vergleich der Mittelwerte der Selbsteinschätzungs-Fragebögen zu den Ausbildungsbausteinen eins, drei und sechs eine Zunahme von Phase zu Phase. Während der Mittelwert nach Ausbildungsbaustein eins bei 3,68 liegt, was für ein seltenes Herstellen von Rapport im Durchschnitt spricht, steigt er nach Phase drei auf 4,43 bis zu 4,67 nach Baustein sechs.

Die Bandbreite der emphatischen Kontaktaufnahme liegt zu Beginn zwischen sehr selten und häufig und reicht am Ende tendenziell von selten bis immer.

Durch die inferenzstatistische Überprüfung zeigt sich ein stark signifikanter Unterschied zwischen Fragebogen eins und drei ( $\alpha = 0,02$ ) sowie zwischen drei und sechs ( $\alpha = 0,00$ ). In diesen beiden Fällen wird die Hypothese auf dem 1%-Signifikanzniveau bestätigt.

Der Vergleich der Fragebögen drei und sechs bringt jedoch kein signifikantes Ergebnis ( $\alpha = 0,33$ ). Allerdings überwiegen auch hier die positiven Ränge, so dass die Mehrzahl der Ärzte ihre Kontaktaufnahme gegen Ende der Ausbildung emphatischer einschätzen als nach Phase drei.

Bei der Darstellung des Herstellens von Rapport durch Pacing ist zu erkennen, dass die Teilnehmer bei den Items "Körperhaltung" und "Bewegung, Gestik, Mimik" bereits nach Baustein eins eine häufige Anwendung angeben. Die Entwicklung dieser Items geht hin zum öfteren Einsatz bzw. zum Anwenden in jedem Patientengespräch.

Das "über Kreuz" Herstellen von Rapport wurde aus Sicht der Ärzte weniger eingesetzt, was auch der Fremdbeobachtung entspricht.

Beim zeitlich versetzten Herstellen von Rapport möchte ich besonders auf die Entwicklung beim Pacen der Atemrhythmen hinweisen. Während beim ersten Fragebogen die Mehrzahl der Ärzte noch angab "sehr selten" bis "ab und zu" den Atemrhythmus der Patienten "zeitlich versetzt" zu pacen, schätzen die Ärzte dies bei Fragebogen sechs überwiegend mit "ab und zu" bis "immer" ein.

Beachtenswert ist auch der Trend beim zeitlich versetzten Pacen der Stimme: Im letzten Fragebogen schätzen alle Teilnehmer (bis auf eine Ausnahme), dass sie mehr als häufig über diesen Weg emphatischen Kontakt aufnehmen.

Wie bei der Fremdbeobachtung, ergibt sich auch in der Selbsteinschätzung ein Dekeneffekt. Dadurch, dass es von Fragebogen drei bis sechs keinen Einbruch in der emphatischen Kontaktaufnahme gibt, sondern die Einschätzung auf dem gleichen hohen Niveau bleibt, möchte ich auch diese Hypothese als bestätigt annehmen.

## **7. Hypothese:**

### **Ärzte gehen im Verlauf der NLP-Practitioner-Ausbildung besser auf Patienten ein.**

Für die Überprüfung dieser Hypothese werden als Indikatoren das Rapport herstellen unter besonderer Berücksichtigung des Leadings und das Meta-Modell der Sprache in den Beobachtungsphasen null, vier und sieben herangezogen.

Wie bereits bei Hypothese fünf (s. S. 391) beschrieben, schafft Rapport Vertrauen und einen harmonischen Kontakt. Das Leading ermöglicht das Führen des Patienten, was nicht ohne Rapport funktioniert. "Die besten Lehrer [Ärzte], die Rapport aufbauen und sich in die Welt des Lernenden [Patienten] hineinbegeben und es auf diese Weise für den Lernenden [Patienten] einfacher machen, ein größeres Verständnis für das jeweilige Thema oder die Fertigkeit [Behandlung] zu entwickeln. Sie kommen gut mit ihren Schülern [Patienten] aus, und die gute Beziehung macht die Aufgabe [Behandlung] leichter" (O'Connor/Seymour, 2001, S. 51). Dieses abgewandelte Zitat verdeutlicht, welche Möglichkeiten das Pacing und Leading (Mitgehen und Führen) für die Arzt-Patienten-Beziehung eröffnet.

Auf Patienten eingehen bedeutet im NLP-Sinne ihnen in ihrer Landkarte zu begegnen (s. Grundannahmen, S. 10-17). Da es für den Arzt im Gespräch mit Patienten wichtig ist, präzise zu kommunizieren, bietet das Meta-Modell der Sprache eine Vielzahl von Fragen, um auf den Patienten einzugehen. Fragen vermitteln Interesse an dem Gesagten und führen durch das Gespräch.

Betrachtet man die Entwicklung der Mittelwerte der Indikatoren, so verdreifachte sich die durchschnittliche Anzahl der beobachteten Mittelwerte von 1,31 in Beobachtungsphase null bis auf 3,46 in Phase vier bis hin zu 3,99 in Phase sieben.

Durch die Inferenzstatistik ergibt sich folgendes Ergebnis:

Der Vergleich der Ausbildungsphasen null und vier sowie null und sieben führt zu einem stark signifikanten Unterschied. Die Differenz zwischen Phase vier und sieben ergibt eine Signifikanz von 0,96, was keine eindeutige Bestätigung ergibt. Die positiven Differenzen überwiegen auch beim Vergleich dieser Phasen, so dass das Ergebnis tendenziell für die Bestätigung der Hypothese spricht.

Wenn man sich den Indikator "Leading" isoliert anschaut, zeigt sich hier im Vergleich von Phase null bis vier noch kein signifikanter Anstieg. Dafür ist allerdings der Unterschied zwischen Phase vier und sieben stark signifikant (0,08).

Der Indikator "Meta-Modell" für sich betrachtet, führt zu einem stark signifikanten Unterschied zwischen Phase null und vier, sowie null und sieben. Die graphische Darstellung verdeutlicht bei "Tilgungen" und "Verzerrungen hinterfragen" einen deutlichen Anstieg in Beobachtungsphase zwei nachdem die Modelle im Seminar vorgestellt und eingeübt wurden.

Erstaunlich ist der überproportional hohe Anstieg bei den Verzerrungen in der Beobachtungsphase sieben (s. S. 347). Bei Verzerrungen handelt es sich häufig, um einschränkende Einstellungen, die durch Hinterfragen identifiziert werden. Insbesondere bei den Verzerrungen bedarf es ein wenig der Übung und eines guten Rapports, damit die Fragen nicht als Angriff gewertet werden. Vielleicht wurden deshalb die Verzerrungen erst am Ende der Ausbildung im Gespräch mit Patienten vermehrt hinterfragt.

Diese beiden Faktoren (Leading und Meta-Modell) zusammen ergeben folgendes Bild: Da der Arzt den Patienten nicht über die Brücke führen kann, ohne sie zuerst zu bauen, sind alle drei Indikatoren "Rapport herstellen", "Leading" und "Meta-Modell" unabhängig für die Prüfung der Hypothese.

Obwohl sich der Unterschied zwischen Phase vier und sieben als nicht eindeutig signifikant herausgestellt hat, ist die Hypothese bestätigt. Das Eingehen auf die Patienten nimmt im Verlauf der NLP-Practitioner-Ausbildung zu.

## **8. Hypothese:**

### **Ärzte geben an, im Verlauf der NLP-Practitioner-Ausbildung besser auf Patienten einzugehen.**

Als Indikatoren dienen die Items "Rapport herstellen", "Meta-Modell der Sprache" und "Zugangshinweise nutzen" der Fragebögen eins, drei und sechs.

Im ersten Fragebogen ergab die Auswertung der Indikatoren Rapport herstellen und Zugangshinweise nutzen einen Mittelwert von 3,59. Der Wert liegt auf der siebenstufigen Intervallskala zwischen einer "seltenen" Anwendung und einem "ab und zu" einsetzen.

Die deskriptive Statistik von Fragebogen drei zeigte, dass die Mittel aller Indikatoren bei 4,20 lagen, d.h. die Indikatoren für das Eingehen auf die Patienten wurden ab und zu verwendet. Der Mittelwert erreichte im sechsten Fragebogen 4,40. Die Entwicklung von Fragebogen eins bis sechs ist also positiv, was der Wilcoxon-Rangsummentest belegt, da die positiven Differenzen bei allen Vergleichen überwiegen.

Die Signifikanzprüfung führte für den Vergleich von Fragebogen eins mit drei sowie der Selbsteinschätzung eins mit sechs zu einem stark signifikanten Ergebnis.

Der Unterschied zwischen Fragebogen drei und sechs ist, wie bei der Beobachtung, nicht signifikant. Die Mehrzahl der Ärzte gab beim sechsten Fragebogen an, häufiger als noch nach Ausbildungsbaustein drei auf Patienten eingegangen zu sein. In elf Fällen ist die Differenz positiv, so dass das Eingehen auf die Patienten weiterhin verstärkt praktiziert wurde. Das in der Mitte der Ausbildung erreichte Niveau blieb bis zum Ende stabil. Die Hypothese ist daher bestätigt.

Obwohl das Modell "Zugangshinweise nutzen" im ersten Baustein vermittelt wurde, zeigt die Darstellung, dass die Teilnehmer zunächst in sieben Fällen keine Angaben machen konnten. Mit Hilfe der Inferenzstatistik konnte ausschließlich der Unterschied zwischen Fragebogen eins und sechs als signifikant festgestellt werden.

Das Meta-Modell der Sprache für sich betrachtet, liefert kein signifikantes Ergebnis beim Vergleich der Erhebungsphase drei und sechs. Wie die graphischen Darstellungen zeigen, sind die Veränderungen minimal.

Die Entwicklung des Rapport-Herstellens habe ich bereits bei Hypothese sechs ausführlich diskutiert.

## 9. Hypothese:

### **Ärzte, die eine psychotherapeutische Zusatzausbildung haben, wenden ein breiteres Spektrum von NLP-Modellen an.**

Die Gruppe mit Zusatzausbildung bestand aus vier Ärzten, die über eine abgeschlossene Hypnoseausbildung verfügen. Da diese vier Ärzte auch die NLP-Ausbildung erfolgreich beendeten, konnten sie in Beobachtungsphase null, vier und sieben zum Vergleich mit den anderen Teilnehmern herangezogen werden.

In den Beobachtungsphasen null, vier und sieben setzten die Ärzte mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung ein signifikant breiteres Spektrum an Kommunikationsmodellen ein. Der Unterschied zwischen den mittleren Rängen erweist sich in Phase null und vier als stark signifikant. Die Differenz beim letzten Beobachtungsdurchlauf ist auf dem Fünf-Prozent-Niveau signifikant.

Die Hypothese bestätigt sich also, dass Ärzte mit einer psychotherapeutischen Zusatzausbildung ein wesentlich breiteres Spektrum an NLP-Modellen im Gespräch mit Patienten einsetzen. Da vier Ärzte eine sehr kleine Gruppe darstellen, ist ein Absichern der Hypothese durch weitere Forschungen wünschenswert.

Es gibt zwischen Hypnoseausbildung und der NLP-Practitioner-Ausbildung inhaltliche Überschneidungen. Im NLP sind Teile einer Hypnoseausbildung im Ausbildungsbau-stein über Trance nach Milton Erickson enthalten. In der ärztlichen Hypnoseausbildung werden auch NLP-Modelle, wie Reframing und time line behandelt. Ärzte, die eine solche Zusatzausbildung haben, verfügen also über einen anderen Kenntnisstand. Meine Ergebnisse untermauern die Feststellung von Andreas Machatzky, dass es einen Zusammenhang zwischen Kenntnisstand und Anwendung gibt. Der Unterschied in der Anwendungsintensität bei meinen beiden Untersuchungsgruppen ist allerdings im Verlauf der Ausbildung kleiner geworden.

Die graphische Darstellung verdeutlicht, dass vor Beginn der NLP-Ausbildung die vier Ärzte mit Hypnoseausbildung neun verschiedene NLP-Modelle verwandten, wohingegen die anderen 17 Ärzte nur vier einsetzten (s. S. 354-356). Neben der vielfältigeren Anwendung ist der Grafik auch zu entnehmen, dass die Ärzte mit Zusatzausbildung NLP-Modelle häufiger gebrauchten. Auf jeweils 100 Patienten gemittelt, stellten diese Ärzte 142,9 mal Rapport her (s. S. 354) und die anderen Ärzte 88 mal (s. S. 355). Geankert wurde bei den Ärzten mit Zusatzausbildung 34,3 mal (s. S. 354) im Vergleich zu 25 Ankern in der Vergleichsgruppe (s. S. 355).

In der vierten Beobachtungsphase umfasste das angewendete Spektrum der NLP-Modelle bei den Ärzten mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung elf verschiedene NLP-Modelle. Bei den anderen Ärzten konnten sechs verschiedene NLP-Modelle zu diesem Zeitpunkt der Ausbildung beobachtet werden. Auch in der Häufigkeit der Anwendung liegen die Ärzte mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung in Ausbildungsphase vier weiterhin vorne: Sie ankern bei 100 Patienten 214,7 mal (s. S. 356) im Vergleich zu ihren Kollegen mit 132,6 Ankern (s. S. 358). Bei beiden Gruppen steigt die Häufigkeit der Anwendung im Vergleich zur Beobachtungsphase null.

Beim letzten Beobachtungsdurchlauf wendeten die Ärzte mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung 13 verschiedene NLP-Modelle an, wohingegen die Kontrollgruppe neun unterschiedliche Modelle einsetzte.

Bei beiden Gruppen wächst die Bandbreite der eingesetzten NLP-Modelle im Lauf der Ausbildung. Die Differenz in der Modell-Bandbreite der Ärzte mit Zusatzausbildung und der Kontrollgruppe schmilzt zusammen.

## 10. Hypothese:

### **Ärzte, die eine psychotherapeutische Zusatzausbildung haben, geben an, NLP-Modelle häufiger anzuwenden.**

Die Antworten der Ärzte mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung auf dem siebenstufigen intervallskalierten Selbsteinschätzungsfragebogen eins, drei und sechs wurden mit den Angaben der anderen Teilnehmer verglichen.

Der Unterschied zwischen den mittleren Rängen erweist sich ausschließlich beim ersten Fragebogen als signifikant. Die Ärzte mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung gaben an, NLP-Modelle häufiger einzusetzen als ihre Kollegen. Diese Differenz zwischen den mittleren Rängen ist bei den Meßzeitpunkten drei und sechs nicht mehr signifikant. Ergo fällt die Zusatzausbildung im Verlauf der NLP-Practitioner-Ausbildung nicht mehr ins Gewicht.

In der Selbsteinschätzung kann ein häufigeres Einsetzen der NLP-Modelle durch die Ärzte mit Hypnoseausbildung nicht eindeutig nachgewiesen werden. Der zu Beginn der Ausbildung signifikante Unterschied in der Einschätzung kann in den Vorkenntnissen liegen, die im Laufe der NLP-Ausbildung nicht mehr so deutlich zu Buche schlagen. Die Entwicklung der mittleren Ränge zeigt ein Annähern der beiden Gruppen, wobei der mittlere Rang der Ärzte mit Zusatzausbildung bei allen Meßzeitpunkten höher liegt als bei der Vergleichsgruppe.

Da es keine eindeutigen Unterschiede bei der Selbsteinschätzung der Ärzte mit und ohne psychotherapeutischer Zusatzausbildung gibt, NLP-Modelle häufiger einzusetzen, ist die Hypothese zu verwerfen.

Interessanterweise kommen Fremdbeobachtung und Selbsteinschätzung nicht zu den gleichen Ergebnissen. Durch die Beobachtung konnte gezeigt werden, dass Ärzte mit Zusatzausbildung in allen Phasen ein signifikant breiteres Spektrum an NLP-Modellen einsetzten. Das schätzen die Ärzte offensichtlich anders ein.

Bei der Beobachtung der Arzt-Patienten-Gespräche konnten die eingesetzten NLP-Modelle zum Zeitpunkt des Geschehens erfaßt werden. Die mittels Selbsteinschätzungsfragebögen erhobenen Daten sind nur Konstrukte der sozialen Wirklichkeit. Es kann daher vom beobachteten Verhalten nicht ohne weiteres auf die Meinungsstruktur geschlossen werden (Atteslander, 1995).

Die Selbsteinschätzung der Teilnehmer auf die Frage "Welche NLP-Modelle haben Sie im Gespräch mit Patienten eingesetzt?" fällt positiver aus als die beobachtete Wirklichkeit. Überzeugungen und Werte fließen in die Beantwortung mit ein. Bei der rückblickenden Selbstreflexion kann es sein, dass ein Arzt von dem Nutzen eines NLP-Modells überzeugt ist und daher angab es häufiger eingesetzt zu haben, als er es in Wirklichkeit angewandt hat.

Je überzeugter der Befragte von dem NLP-Modell ist, desto positiver wird meines Erachtens seine Antwort ausfallen. Dadurch dass die Landkarte nicht das Gebiet ist, fällt die reflektierende Selbsteinschätzung positiver aus als die Beobachtung der sozialen Wirklichkeit. Die Ärzte ohne Zusatzausbildung geben im Fragebogen an, die NLP-Modelle häufiger einzusetzen, als die beobachtete Vielfalt es wiedergibt.

Auch darf nicht außer acht gelassen werden, dass die Beobachtung auch die Gefahr der selbsterfüllenden Prophezeiung birgt: Bei der Beobachtung der Ärzte mit Hypnoseausbildung gab es vielleicht unbewusst eine Erwartungshaltung des Beobachters, dass bestimmte NLP-Modelle aufgrund der Vorbildung eigentlich zum Einsatz kommen müssten.



## 11. Hypothese

### **Die von Ärzten formulierten Erwartungen an die Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf die eigene Person werden im Verlauf der Ausbildung mehrheitlich erfüllt.**

Die vor und nach der NLP-Practitioner-Ausbildung erhobenen Daten wurden zum einen auf signifikante Unterschiede zwischen erwarteter und erzielter Wirkung sowie auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen Erwartung und Wirkung getestet.

Auf der siebenstufigen Intervallskala liegt der Mittelwert der erwarteten Wirkung bei 5,56 und der erzielten Wirkung bei 5,46. In sechs Fällen wurde die erwartete von der erzielten Wirkung übertroffen. Bei zwei Teilnehmern entsprach die Wirkung der Erwartung. In zehn Fällen wurden die Erwartungen nicht erfüllt, so dass sich die Differenz der Rangsummen als nicht signifikant erweist.

Zwischen erwarteter und erzielter Wirkung besteht allerdings ein signifikanter Zusammenhang. Die Berechnung der Rangkorrelation nach Spearman ergibt einen Wert von 0,578. Durch den Vergleich mit den Schranken ist  $0,578 > 0,476$  und somit signifikant ( $\alpha=0,05$ ).

Die erzielte Wirkung der NLP-Ausbildung übertrifft die Erwartungen der Teilnehmer zwar nicht, jedoch stehen Wirkung und Erwartung in einem Zusammenhang.

Vergleicht man die Mittelwerte der einzelnen Items, so liegt die erzielte Wirkung über der Erwartung bei: erhöhte Zufriedenheit (5,78  $\rightarrow$  5,83), mehr Energie im Alltag (5,39  $\rightarrow$  5,56), empathischere Kontaktaufnahme (5,83  $\rightarrow$  6,00) und informativeres Anamnesegespräch (5,44  $\rightarrow$  5,67).

Die Erwartung, durch die NLP-Ausbildung Modelle kennenzulernen, die z.B. als Burnout-Prophylaxe dienen und zu erhöhter Zufriedenheit beruflich wie privat führen, wurde bei neun Teilnehmern erfüllt und bei fünf übertroffen. Darüber hinaus ist der Zusammenhang zwischen erwarteter und erzielter Wirkung signifikant ( $\alpha=0,05$ ).

Sieben Ärzte sehen ihre Erwartung durch die NLP-Ausbildung mehr Energie im Alltag zu haben, bestätigt. Bei sechs Teilnehmern überstieg die erzielte Wirkung die Erwartung. Der Zusammenhang ist auch bei diesem Item signifikant. Die an die NLP-Ausbildung geknüpfte Erwartung ein breiteres Kommunikationsspektrum zur Verfügung zu haben, sahen elf Teilnehmer am Ende bestätigt. Auch hier ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Erwartung und Wirkung.

Die Erwartung durch NLP einen flexibleren Umgang mit Einwänden im Gespräch mit Patienten zu haben, wurde in neun Fällen nicht bestätigt.

Die hohen Erwartungen an die Wirkung der NLP-Ausbildung auf den Arzt selber wurden im Laufe der Ausbildung, wie oben dargestellt, mehrheitlich erfüllt. Die Hypothese ist daher bestätigt.

## **12. Hypothese:**

### **Die von Ärzten formulierten Erwartungen an die Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf die Patienten werden im Verlauf der Ausbildung mehrheitlich erfüllt.**

Die mit der Teilnahme verknüpfte erwartete Wirkung auf die Patienten lag vor Beginn der NLP-Ausbildung durchschnittlich bei 4,85. Mit 4,17 blieb der Mittelwert der erzielten Wirkung deutlich hinter der Erwartung zurück.

Fünfehn Ärzte gaben an, dass sich ihre Erwartungen an die Wirkung auf die Patienten im Laufe der Ausbildung nicht erfüllten. Nur in drei Fällen wurde die Erwartung übertroffen. Die Differenz der Rangsummen ergibt ein signifikant negatives Ergebnis, d.h. die erwartete Wirkung war signifikant höher als die erzielte Wirkung.

Es besteht durch die fehlenden Bindungen kein Zusammenhang zwischen den beiden Meßzeitpunkten, was durch den Korrelationskoeffizienten  $r = 0,03$  bestätigt wird.

Die Hypothese ist daher zu verwerfen.

Betrachtet man die einzelnen Items konnte die sehr hohe Erwartung an die Compliance und die Zufriedenheit der Patienten nicht erfüllt werden. Der Mittelwert der erwarteten Wirkung lag bezogen auf die Compliance bei 6,22 und bezogen auf die Zufriedenheit der Patienten sogar bei 6,33. Die Ärzte schätzten die Wirkung auf die Patienten durchweg auch nach der Ausbildung positiv ein, weil die Mittel Werte von 5,50 und 5,39 erzielten. Auf der siebenstufigen Intervallskala entsprach vier keiner Wirkung, so dass alle höheren Werte für eine Wirkung der NLP-Ausbildung auf die Patienten sprechen. Jedoch bei diesen Items reichte die erzielte Wirkung an die formulierten Erwartungen nicht heran.

Vielleicht käme eine Befragung der Patienten selber zu anderen Ergebnissen. Die Fremdeinschätzung der Ärzte ergab allerdings, dass sich die erwartete Wirkung auf die Patienten nicht erfüllte.

## **13. Hypothese:**

### **Die von den Ärzten formulierten Erwartungen an die Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf die Praxis werden im Verlauf der Ausbildung mehrheitlich erfüllt.**

Die Ärzte waren mit ihren Erwartungen an die Wirkung der NLP-Practitioner-Ausbildung auf die Praxis eher zurückhaltend. Der Mittelwert beim ersten Meßzeitpunkt lag bei 4,52, was auf eine leichte Wirkungserwartung hindeutet. Der Mittelwert der erzielten Wirkung von 4,17 besagt, dass durch die NLP-Ausbildung keine Veränderung des Praxisbetriebs wahrgenommen wurde. Die Differenz der Rangsummen zwischen erwarteter und erzielter Wirkung erweist sich als nicht signifikant (0,167).

Bei sechs Ärzten wurden die Erwartungen an die Wirkung auf die Praxis übertroffen und bei zwei Teilnehmern entsprach die Wirkung der Erwartung. In zehn Fällen blieb die erzielte Wirkung hinter der Erwartung zurück.

Der Test auf Zusammenhang zwischen erwarteter und erzielter Wirkung stellte sich auch als nicht signifikant heraus.

Trotz der vorab pessimistischen Erwartung an die Wirkung auf den Praxisbetrieb bestätigt sich diese Hypothese nicht.

Bei den einzelnen Items blieb der Mittelwert der erzielten grundsätzlich hinter der erwarteten Wirkung zurück oder war identisch. Die erwartete Wirkung auf das Betriebsergebnis sowie auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter ist im Vergleich zur erzielten Wirkung signifikant höher, da die negativen Rängen deutlich überwiegen.

Der dem NLP nachgesagte Effekt pro Tag eine Stunde Zeit zu gewinnen, konnte mit dieser Vorher-Nachher-Untersuchung nicht bestätigt werden. Zehn Ärzte haben keine Veränderung ihrer zur Verfügung stehenden Zeit wahrgenommen. Drei Teilnehmer kamen sogar zu der Feststellung durch die NLP-Ausbildung weniger Zeit pro Tag zur Verfügung zu haben.

Die Mitarbeiterinnen eines sehr ausprobierfreudigen Arztes beklagten, dass der Chef seit der Teilnahme an der NLP-Ausbildung, noch mehr Zeit mit den Patienten "verquatsche" und dadurch die Wartezeiten nur verlängere. In diesem Fall wird die unbewusste Kompetenz meiner Meinung nach die Gespräche wieder straffen. Wenn allerdings die Patienten durch die Art der Zuwendung zufriedener mit der Praxis sind, nehmen sie vielleicht auch die eine oder andere Wartezeit in Kauf. Manche Patienten messen die Qualität der Arbeit einer Arztpraxis an der Zeit, die sie im Wartezimmer verbringen. Nach dem Motto: Wenn ich nicht lange warten muß, hat der Arzt nicht viel zu tun und kann auch nicht gut sein. Es gibt in vielen Städten und Orten auch unter den niedergelassenen Ärzten "Platzhirsche", die einfach gut sein müssen, weil man mindestens vier Stunden warten muss. Diese Einstellung wurde mir in Gespräch mit Patienten immer wieder bestätigt.

Der "mündige" Patient wird sich die Praxis aussuchen, wo die Zuwendung von Arzt und Mitarbeitern stimmt. Die Zufriedenheit des Patienten entscheidet, ob er wiederkommt, und die wird nicht nur durch die Zeit entschieden, die der Arzt mit ihm verbringt, sondern auch durch die Art und Weise wie mit Patienten umgegangen wird. Der Umgang mit Menschen wird durch die Kommunikation geprägt und dafür bietet NLP einen Werkzeugkoffer voller Modelle an.

Die Hypothese, dass sich die erwartete Wirkung auf die Praxis mehrheitlich im Laufe der NLP-Ausbildung erfüllt, muss allerdings verworfen werden.

## **9. Schlußbetrachtung**

### **9.1 Methodenreflexion**

Am Ende einer wissenschaftlichen Arbeit stellen sich vielleicht auch einige andere Autoren die Frage, ob sie das optimale Forschungsdesign gewählt haben oder beim nächsten Mal alles anderes machen würden.

Ziel dieser Arbeit war, die Praxis und die Wirkung von NLP im Arzt-Patienten-Gespräch zu erforschen. Gegenstand der Untersuchung war das aktuelle ärztliche Verhalten in der Praxis, so dass sich als Methoden der empirischen Sozialforschung die Beobachtung und die Befragung anbieten.

Die Wahl der Beobachtung als Untersuchungsinstrument wurde dem Anspruch gerecht das wahrnehmbare Verhalten des Arztes im Gespräch mit Patienten zu erfassen. Mittels Beobachtung konnte ich eine Vielzahl an Daten sammeln, die zeigen, welche Kommunikationsmodelle im Arzt-Patienten-Gespräch eingesetzt werden. Die Beobachtung limitierte auf der anderen Seite die Größe der Stichprobe, so dass eine Generalisierung der Ergebnisse leider nicht oder höchstens eingeschränkt möglich ist. Die Befragung als ergänzende Methode lieferte insbesondere bezogen auf die Effekte interessante Ergebnisse. Es hat sich bei den Fragebögen im Laufe der Forschungsarbeit gezeigt, wie wichtig es ist, bei der Konzeption bereits an die Auswertung zu denken. Durch die kleine Stichprobe wurde eine Auseinandersetzung mit parameterfreien Methoden der Inferenzstatistik notwendig. Eine stärkere Berücksichtigung dieser Tatsache bei der Methodenwahl und Konzeption hätte die Auswertung sicherlich vereinfacht.

### **9.2 Ausblick**

Durch die Untersuchung konnte für eine ausgewählte Anzahl von niedergelassenen Ärzten gezeigt werden, welche NLP-Modelle im Arzt-Patienten-Gespräch eingesetzt werden. Insbesondere die NLP-Modelle der ersten vier Ausbildungsbausteine haben sich als sofort in jedem Gespräch mit Patienten anwendbar herausgestellt. Hervorzuheben sind die NLP-Modelle "Rapport herstellen", "Ankern", "Tilgungen hinterfragen und einsetzen" sowie "Bedeutungs- und Kontextreframing", die im Verlauf der Ausbildung in fast jedem Arzt-Patienten-Gespräch beobachtet werden konnten. In der Selbsteinschätzung waren die Teilnehmer mit der Angabe, bestimmte Modelle immer einzusetzen, zurückhaltender.

Die komplexen NLP-Modelle, die in den Ausbildungsabschnitten fünf bis acht vermittelt wurden, konnten in den Arzt-Patienten-Interaktionen nur selten beobachtet werden. Sie sind nicht unmittelbar in jedem Gespräch einsetzbar und werden vermutlich erst im Laufe der Zeit oder mit dem Absolvieren weiterer NLP-Ausbildungen Einzug finden.

Interessant wäre sicherlich eine Follow-up-Studie, die herausfindet, welche NLP-Modelle z.B. ein Jahr nach Abschluss der Ausbildung zum Practitioner angewendet werden. Dieses Feld überlasse ich anderen Forschern. Vielleicht konnte ich andere anregen, dieser Frage nachzugehen, mit welchen Modellen Ärzte mit abgeschlossener NLP-Practitioner-Ausbildung in der Praxis arbeiten. Mit einer größeren Stichprobe könnte die Anwendbarkeit, also die Praxis, von NLP im Arzt-Patienten-Gespräch noch weiter untermauert werden.

NLP als ein umfassendes Kommunikationsmodell bietet dem Arzt mehr Wahlmöglichkeiten für das Gespräch mit Patienten. Die Arzt-Patienten-Interaktion wurde durch die NLP-Ausbildung hin zu einer empathischeren Kontaktaufnahme und einem verbesserten Eingehen auf die Patienten beeinflusst.

Als Wirkung der NLP-Ausbildung nahmen die teilnehmenden Ärzte eine erhöhte Zufriedenheit, mehr Energie im Alltag, eine empathischere Kontaktaufnahme und ein informativeres Anamnesegespräch wahr.

Die NLP zugeschriebene Eigenschaft zeitsparend und effektiv zu sein, konnte nicht nachgewiesen werden. Die Erwartungen der Teilnehmer an die Wirkung auf die Patienten und den Praxisbetrieb wurden nicht erfüllt.

NLP in Kombination mit anderen psychotherapeutischen Verfahren bietet die Möglichkeit ein breiteres Spektrum an NLP-Modellen einzusetzen. Durch NLP werden die Handlungsspielräume von Ärzten – auch mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung - bereichert und weitere nützlichere Impulse gegeben.

NLP erhebt keinen Anspruch auf wissenschaftlichen Nachweis seiner Wirksamkeit, sondern stellt den praktischen Nutzenaspekt in den Vordergrund. Durch diese empirische Untersuchung habe ich einen Forschungsbeitrag geleistet, der belegt, dass NLP für das Arzt-Patienten-Gespräch nützlich ist.

## 10. Literaturliste

- Andreas, Steve; Faulkner, Charles: Know how für Träumer, Junfermann Verlag, Paderborn, 1994
- Argyle, Michael et al: British Journal of Social and Clinical Psychology, Band 9, 1970, S. 222-231
- Atteslander, Peter: Methoden der empirischen Sozialforschung, de Gryter, Berlin, 1995
- Bandler, Richard; Donner, Paul: NLP im Verkauf, Junfermann Verlag, Paderborn, 1995
- Bandler, Richard; Grinder, John: Metasprache und Psychotherapie I, Junfermann Verlag, Paderborn, 1992
- Bandler, Richard; Grinder, John: Reframing, Junfermann Verlag, Paderborn, 2000
- Bandler, Richard; MacDonald, Will: Der feine Unterschied, Junfermann Verlag, Paderborn, 1990
- Baretta, Norma; Baretta, Phillip: Die Verwendung von Metaphern in der Familientherapie, in Bretto, Charlotte et al: Die Kunst des Heilens und der Veränderung, Junfermann Verlag, Paderborn, 1997. S. 79-89
- Bateson, Gregory: Ökologie des Geistes, Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1985
- Bierbaum, Georg: Happy Selling, Junfermann Verlag, Paderborn, 1990
- Bohn-Kommunikation: NLP-Practitioner-Übungsskripte (unveröffentlicht)
- Bohn-Kommunikation: Vom Umgang mit Menschen, NLP-Practitioner-Leseskript (unveröffentlicht)
- Bohn, Stephanie: Neue Kommunikationsmodelle für das Arzt-Patienten-Gespräch, Diplomarbeit, Universität Köln, 1997
- Baron, Vida C.: Metamedizin, VAK Verlag für angewandte Kinesiologie, Freiburg, 1991
- Bortz et al: Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2000
- Bortz, Jürgen: Statistik für Sozialwissenschaftler, Springer-Verlag, Berlin, 1999
- Bretto, Charlotte et al: Die Kunst des Heilens und der Veränderung, Junfermann Verlag, Paderborn, 1997
- Bundesärztekammer: Ärztestatistik 2001, Ärztinnen und Ärzte nach Bezeichnung und Tätigkeitsarten, Tabelle 3 und 4
- Bundesärztekammer: Ärztestatistik 2001, Struktur der Ärzteschaft
- Bundeszahnärztekammer: Daten und Fakten 2001, Zahnärzte nach Region und Geschlecht
- Burghard, Kirstin; Gerhardt, Kathrin: NLP und Schmerz, in MultiMind – NLP aktuell 5/93, S. 10-13
- Cameron-Bandler, Leslie: Wieder zusammenfinden. Neue Wege der Paartherapie. Junfermann Verlag, Paderborn, 1992
- Cameron-Bandler, Leslie; Lebeau, Michael: Die Intelligenz der Gefühle, Junfermann Verlag, Paderborn, 1991

- Carroll, Lewis: Alice im Wunderland, Cecilie Dressler Verlag, Hamburg, 1991
- Decker, Franz: Die neuen Methoden des Lernens und der Veränderung, Lexika Verlag, 1996
- Diehl, Jörg; Staufienbiel, Thomas: Statistik mit SPSS: Version 10+11, Verlag D. Klotz, Eschborn, 2002
- Diehl, Jörg; Arbinger, R.: Einführung in die Inferenzstatistik, Verlag D. Klotz, Eschborn, 1992
- Diehl, Jörg; Kohr, H.: Deskriptive Statistik, Verlag D. Klotz, Eschborn, 1999
- Dilts, Robert B.: Einstein, Junfermann Verlag, Paderborn, 1992
- Dilts, Robert B. a): Identität, Glaubenssysteme und Gesundheit, Junfermann Verlag, Paderborn, 1991
- Dilts, Robert B. b): NLP Veränderungsarbeit, Junfermann Verlag, Paderborn, 1991
- Dilts, Robert B.; Eppstein, Todd; Dilts, Robert W.: Know how für Träumer, Junfermann Verlag, Paderborn, 1994
- Dilts, Robert W.: Modelling mit NLP, Junfermann Verlag, Paderborn, 1999
- Duden: Das Wörterbuch medizinischer Fachbegriffe, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1985
- Ende, Michael: Momo, Thienemanns Verlag, Stuttgart, 1973
- Feldenkrais, Moshé: Abenteuer im Dschungel des Gehirns, Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Berlin, 1981
- Festinger, Leon: A theory of cognitive dissonance, Stanford University Press, 1957
- Geisler, Linus: Arzt und Patient – Begegnungen im Gespräch, Pharma-Verlag, Frankfurt am Main, 1992
- Genser-Medlitsch, Martina: Neurolinguistische Psychotherapie (NLPT) – eine Wirksamkeitskontrollstudie, ÖTZ-NLP, Wien, 1996 (unveröffentlichte Studie)
- Griepentrog-Wiesner, Bettina: Na, wie geht's uns denn heute? Junfermann Verlag, Paderborn, 1998
- Grinder, John; Bandler, Richard: Therapie in Trance, Klett-Cotta, Stuttgart, 2000
- Grochowiak, Klaus: Das NLP-Practitioner-Handbuch, Junfermann Verlag, Paderborn, 1995
- Hall, Edward Twitchel: The dance of life, Anchor Press/Doubleday, Green City, New York, 1984
- Hickey, Birgit a): Die sprechenden Organe, in Multi Mind – NLP aktuell 2/94, S. 22-24
- Hickey, Birgit b): Burnout bei Heilberufen, in Multi Mind – NLP aktuell 4/94, S. 45-46
- Holzheu, Harry: Aktiv zuhören – besser verkaufen, mi-Verlag, Landsberg am Lech, 1985
- James, Tad: Time Coaching, Junfermann Verlag, Paderborn, 1993
- James, Tad; Woodsmall, Wyatt: Time Line, Junfermann Verlag, Paderborn, 1992
- Jochims, Inke: NLP für Profis, Junfermann Verlag, Paderborn, 1995
- Kunz, Armin: Der Weg zum erfolgreichen Studium, R. v. Decker's Verlag, Heidelberg, 1986
- Laborde, Genie: Kompetenz und Integrität, Junfermann Verlag, Paderborn, 1992
- Lorenz, Konrad: Die Rückseite des Spiegels, Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 1977

- Lübeck, Walter: Handbuch des spirituellen NLP, Windpferd Verlag, Airtrang, 1994
- Machatzky, Andreas a): Ist NLP nützlich?, Diplomarbeit, Universität Oldenburg, 1996
- Machatzky, Andreas b): Ist NLP nützlich?, in MultiMind – NLP aktuell 6/96, S. 29-38
- Mariott, Judith: Kombinierte Anwendung von NLP-Techniken und Hypnose, in Bretto, Charlotte et al: Die Kunst des Heilens und der Veränderung, Junfermann Verlag, Paderborn, 1997, S. 40-79
- Mast, Karl: Kommunikation in Weiß, Junfermann Verlag, Paderborn, 1995
- Mathews, Andrew: So geht's Dir gut, VAK Verlag für angewandte Kinesiologie, Freiburg, 1997
- McDermott, Ian; O'Connor, Joseph: NLP und Gesundheit, VAK Verlag für angewandte Kinesiologie, Freiburg, 1992
- Mehrabian, Albert: Silent Messages: Implicit Communication of Emotions and Attitudes, Wadsworth Pub Co, Belmont, 1980
- Mehrabian, Albert; Wiener, Morton: Decoding of inconsistent communication. J. Person. soc. Psychology 6, 1967, S. 109-114
- Miller, George: The Magic Number Seven plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information, Psychology Review, 1956, Vol. 63, S. 81-97
- Mohl, Alexa: Der Zauberlehrling, Junfermann Verlag, Paderborn, 1993
- Mohl, Alexa: Auch ohne dass ein Prinz dich küßt, Junfermann Verlag, Paderborn, 1994
- O'Connor, Joseph; Seymour, John: Neurolinguistisches Programmieren: Gelungene Kommunikation und persönliche Entfaltung, VAK Verlag für angewandte Kinesiologie, Freiburg, 1992
- O'Connor, Joseph; Seymour, John: Neurolinguistisches Programmieren: Gelungene Kommunikation und persönliche Entfaltung, VAK Verlag für angewandte Kinesiologie, Freiburg, 2002
- O'Connor, Joseph; Seymour, John: Weiterbildung auf neuem Kurs, VAK Verlag für angewandte Kinesiologie, Freiburg, 1996
- Ojanen, Markku, et al: Tampere NLP study – Follow-up of 62 clients participating in NLP based psychotherapy, University of Tampere, 1996 (unveröffentlichte Studie)
- Ornstein, Robert: Multimind, Junfermann Verlag, Paderborn, 1990
- Reckert, Horst W.: NLP-Anker-Kollabieren als Kurzzeittherapie von Studierenden mit Prüfungsangst, Diplomarbeit an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen, 1993



- Reckert, Horst W.: Die NLP-Phobiebehandlungstechniken in der Behandlung von spezifischen und sozialen Phobien, Dissertation an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen, 1998
- Satir, Virginia: Kommunikation – Selbstwert – Kongruenz, Junfermann Verlag, Paderborn, 1992
- Schmitt-Tanger, Martina; Kreischer, Jörn: NLP-Modelle, VAK Verlag für angewandte Kinesiologie, Freiburg, 1994
- Schulz, Elisabeth: Anwendung von NLP-Modellen in der psychotherapeutischen Praxis (unveröffentlichte Daten)
- Schulz von Thun, Friedemann: Miteinander Reden 1, Rowohlt, Reinbeck, 1981
- Stahl, Thies: Triffst du 'nen Frosch unterwegs, Junfermann Verlag, Paderborn, 1988
- Swack, Judith. A.: Die Allergietechnik – eine Studie in: MultiMind – NLP aktuell 3/93, S. 13-17
- Trageser, Waltraud; v. Münchhausen, Marco: Die NLP-Kartei Practitioner-Set, Junfermann Verlag, Paderborn, 2000
- Ulrich, Roger: View through a window may influence recovery from surgery in Science 224, 27.04.1984, S. 420-421
- Walker, Wolfgang: Abenteuer Kommunikation, Klett-Cotta, Stuttgart, 1996
- Watzlawick, Paul a): Anleitung zum Unglücklichsein, Piper, München, Zürich, 1990
- Watzlawick, Paul b): Menschliche Kommunikation, Hans Huber, Bern, Stuttgart, Toronto, 1990
- Weerth, Rupprecht: Eine Untersuchung zum Submodalitätenkonzept in MultiMind – NLP aktuell 3/92, S. 9-12
- Woodsmall, Marilyne; Woodsmall, Wyatt: Auf dem Weg zu exzellenter Kommunikation, Junfermann Verlag, Paderborn, 1998
- Zimbardo, Philip G.: Psychologie, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokio, 1983

# 11. Anhang

## 11.1. Beobachtungsbogen (Seite 1)

Beobachtungsbogen Nr.			
Datum:	Name:	Fachgruppe:	
Methode	wie	wodurch	Effekt
Rapport herstellen	Pacing/spiegeln	Stimme: Ton, Lautstärke, Rhythmus	leading
	über Kreuz pacen/spiegeln	Repräsentationssystem: VAKOG	leading
		Atem	leading
		Rhythmus der Bewegung	leading
	zeitlich versetzt	Körperhaltung	leading
Ankern	visueller Anker	auditiver Anker	kinästhetische Anker
Anker stapeln	visuelle Anker	auditive Anker	kinästhetische Anker
Anker kollabieren	visuelle Anker	auditive Anker	kinästhetische Anker
Anker verketten	visuelle Anker	auditive Anker	kinästhetische Anker
analoges Anker	visuelle Anker	auditive Anker	kinästhetische Anker
Moment of Excellence			
Zielbestimmung	positiv formuliert	sinnlich konkret (VAKOG)	selbst erreichbar
	kontextualisiert	ökologisch	überprüfbar
<b>Meta-Modell</b>			
Tilgungen hinterfragen	Nominalisierungen	unbestimmte Verben	
	unbestimmtes Subjekt	fehlender Bezug bei Vergleichen, Bewertungen	
Generalisierungen	Verallgemeinerungen	Möglichkeit, Notwendigkeit	Gedanken lesen,
Verzerrungen	Ursache-Wirkung	Verlorene Zitate, Glaubenssätze	Vorannahmen
Logischen Ebenen	Umfeld	Verhalten	Fähigkeiten
	Werte	Identität	Zugehörigkeit, Sinn
Reframing	Kontext	Six-Step-Reframe	
	Bedeutung	Verhandlung	
VAKOG-Hypnose	visuell	auditiv	kinästhetisch
	olfaktorisch	gustatorisch	
Tilgungen einsetzen	Nominalisierungen	unbestimmte Verben	
	unbestimmtes Subjekt	fehlender Bezug bei Vergleichen, Bewertungen	
Einschränkungen im Weltmodell	Universalquantatoren	Modaloperatoren	
Verzerrungen einsetzen	Gedankenlesen	Ursache-Wirkungs-Verbindungen	
	Verlorene Glaubenssätze	Präsuppositionen	
Trance	Augenfixierung	Zählen	Hebelinduktion
	5-4-3-2-1	natürl. Hypnot. Zustände	Armevitation
	Liebingsplatz	Einleitung und Rückführung gleich	
Metaphern	einfache Metaphern	<b>komplexe Metaphern</b>	
		Gleichnisse	
		Allegorien	
		Parabeln	
		Märchen	
Strategien	Identifizieren vorhandener Strategien		durch TOTE
	Utilisieren vorhandener Strategien		
	Verändern vorhandener Strategien		
	Installieren neuer Strategien		
	Modellieren		
	Walt-Disney-Strategie		
Submodalitäten	visuell	auditiv	d=digital, a=analog
	kinästhetisch	olfaktorisch	
	gustatorisch		
	Erarbeiten einer persönlichen Körpererlebnis-Skala		
	Schmerzreduktion mit der Körpererlebnis-Skala		
Swish			
Meta-Spiegel			
Timeline	Change History	Ressourcen-Time-Line	Re-Imprinting
	Wunschtreppen-Technik	New-Behavior-Generator	
Phobie-Arbeit	Phobie-Technik	V/K-Dissoziation	Lernhemmungen

Beobachtungsbogen - Seite 2 - Nr.			
<b>Fragearten</b>	offene Fragen	geschlossene Fragen	Alternativfragen
	Suggestivfragen	kontrollierende Fragen	aktives Zuhören
<b>3-Schritt-Methode</b>	Aktiv zuhören	Gemeinsamkeiten finden	positiv weiterargumentieren
<b>EVN-Methode</b>	Eigenschaft	Vorteil	Nutzen
<b>Einwandbehandlung</b>	Rückfragemethode	Ja-Aber-Methode	Divisions-Multiplikations
	Umkehrmethode	Öffnungsmethode	Rückstellmethode
	Nachteil-Vorteil-Methode	Vorwegnahme	Rhetorische Frage
	Ablenkmethode	Offenbarungsmethode	
<b>Gesprächsverlauf</b>	Anrede mit Namen		
	positive Atmosphäre durch:		
	Anamnese (Bedarf)		
	Kontrollfragen		
	Behandlung präsentieren		
	Nutzen aufzeigen		
<b>verwendete Reizworte:</b>	trotzdem	aber	nein
	stören	widersprechen	im Gegenteil
	müssen	Problem	Einwand
	falsch	Irrtum	beweisen

**11.2. Fragebögen**  
**Wirkungsfragebögen**  
 Vor Beginn der Ausbildung:

<b>Welche Wirkung erwarten Sie von der NLP-Practitioner-Ausbildung?</b>							
	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
<b>Wirkung auf sich selber:</b>							
erhöhte Zufriedenheit							
mehr Energie im Alltag							
empathischere Kontaktaufnahme							
informativeres Anamnesegespräch							
erweitertes Handlungsrepertoire im Gespräch							
breiteres Kommunikationsspektrum							
flexibeler Umgang mit Einwänden im Gespräch							
verstärktes Eingehen auf die Signale des Patienten							
zusätzliche Erwartungen:							
<b>Wirkung auf die Patienten</b>							
verbesserte Compliance							
stärkere Bindung an die Praxis							
verkürzte Wartezeiten							
subjektiv längere Konsultationszeit							
subjektiver Gewinn von Zuwendung							
zufriedenere Patienten							
zusätzliche Erwartungen:							
<b>Wirkung auf den Praxisbetrieb:</b>							
Zeitgewinn pro Tag							
mehr Zeit pro Patient							
verbessertes Betriebsergebnis							
höhere Patientenzahlen							
kontrollierte Kontakte pro Patient im Quartal							
zufriedenere Mitarbeiter							
zusätzliche Erwartungen:							

Am Ende der Ausbildung:

<b>Welche Wirkung hat die NLP-Practitioner-Ausbildung bei Ihnen erzielt?</b>							
	<b>+3</b>	<b>+2</b>	<b>+1</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>	<b>-2</b>	<b>-3</b>
<b>Wirkung auf sich selber:</b>							
erhöhte Zufriedenheit							
mehr Energie im Alltag							
empathischere Kontaktaufnahme							
informativeres Anamnesegespräch							
erweitertes Handlungsrepertoire im Gespräch							
breiteres Kommunikationsspektrum							
flexiblerer Umgang mit Einwänden im Gespräch							
verstärktes Eingehen auf die Signale des Patienten							
zusätzliche Erwartungen:							
<b>Wirkung auf die Patienten</b>							
verbesserte Compliance							
stärkere Bindung an die Praxis							
verkürzte Wartezeiten							
subjektiv längere Konsultationszeit							
subjektiver Gewinn von Zuwendung							
zufriedenere Patienten							
zusätzliche Erwartungen:							
<b>Wirkung auf den Praxisbetrieb:</b>							
Zeitgewinn pro Tag							
mehr Zeit pro Patient							
verbessertes Betriebsergebnis							
höhere Patientenzahlen							
kontrollierte Kontakte pro Patient im Quartal							
zufriedenere Mitarbeiter							
zusätzliche Erwartungen:							

**Selbsteinschätzungsfragebögen:**  
Selbsteinschätzungsbogen, Baustein 1

Selbsteinschätzung zur NLP-Ausbildung Baustein 1 von:									
Name: _____									
Welche Methoden haben Sie im Gespräch mit Patienten wie oft eingesetzt?									
Methode			nie	gelegentlich	häufig	sehr häufig	fast täglich	oft	immer
Rapport herstellen	Facing	Körperhaltung							
		Bewegung, Gesten, Mimik							
		Atemrhythmus							
		Repräsentationssysteme							
		Stimme: Ton, Lautstärke							
Rapport herstellen	über Kreuz pagen	Körperhaltung							
		Bewegung, Gesten, Mimik							
		Atemrhythmus							
		Repräsentationssysteme							
		Stimme: Ton, Lautstärke							
Rapport herstellen	zeitlich versetzt	Körperhaltung							
		Bewegung, Gesten, Mimik							
		Atemrhythmus							
		Repräsentationssysteme							
		Stimme: Ton, Lautstärke							
Anker	ankern	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	Anker stapeln	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	Anker verketteten	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	analoges Anknern	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	Moment of Excellence ankern (MoE)								
Zugangshinweise nutzen									

Selbsteinschätzung zur NLP-Ausbildung Baustein 2 von:								
Name: _____								
Welche Methoden haben Sie im Gespräch mit Patienten wie oft eingesetzt?								
Methode		nie	sehr selten	wenig	ab & zu	häufig	oft	immer
Zielbestimmung	positiv formuliert							
	sinnlich konkret (WAK OG)							
	selbst erreichbar							
	kontextualisiert							
	ökologisch							
	überprüfbar							
Tilgungen hinterfragen	Nominalisierungen							
	unbestimmte Verben							
	Subjekte, Inhaltsbezug unbestimmt							
	fehlendes Beispiel/Verleichen, Bewertungen							
Generalisierungen hinterfragen	Verallgemeinerungen							
	Modaloperatoren: Möglichkeit, Notwendigkeit							
Verzerrungen hinterfragen	Ursache-Wirkungs-Verbindungen							
	Verlorene Zitate, Glaubenssätze							
	Gedankenlesen, Vorannahmen							
Logische Ebenen	Umfeld							
	Verhalten							
	Fähigkeiten							
	Werte							
	Identität							
Rapport herstellen	Pacing	Körperhaltung						
		Bewegung, Gesten, Mimik						
		Atemrhythmus						
		Repräsentationssysteme						
		Stimme: Ton, Lautstärke						
Rapport herstellen	über Kreuz pacen	Körperhaltung						
		Bewegung, Gesten, Mimik						
		Atemrhythmus						
		Repräsentationssysteme						
		Stimme: Ton, Lautstärke						
Rapport herstellen	zeitlich versetzt	Körperhaltung						
		Bewegung, Gesten, Mimik						
		Atemrhythmus						
		Repräsentationssysteme						
		Stimme: Ton, Lautstärke						

Selbsteinschätzungsbogen, Baustein 2, Seite 2:

Selbsteinschätzung zur NLP-Ausbildung Baustein 2 - Fortsetzung -									
Anker	ankern	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	Anker stapeln	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	Anker verketteten	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	analoges Ankern	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	Moment of Excellence ankern (MoE)								
Zugangshinweise nutzen									



<b>Selbsteinschätzung zur NLP-Ausbildung Baustein 3 von:</b>									
<b>Name:</b> _____									
<b>Welche Methoden haben Sie im Gespräch mit Patienten wie oft eingesetzt?</b>									
<b>Methode</b>		nie	sehr selten	selten	ab & zu	häufig	oft	immer	
Reframing	Bedeutungsreframing								
	Kontextreframing								
	Verhandlungsreframing								
	Six-Step-Reframing								
Zielbestimmung	positiv formuliert								
	sinnlich konkret (WAKOG)								
	selbst erreichbar								
	kontextualisiert								
	ökologisch								
	überprüfbar								
Tilgungen hinterfragen	Nominalisierungen								
	unbestimmte Verben								
	Subjekte, Inhaltsbezug unbestimmt								
	Gehlen der Essenz & Verbinden, Erweiterung								
Generalisierungen hinterfragen	Vergemeinerungen								
	Modaloperatoren: Möglichkeit, Notwendigkeit								
Verzerrungen hinterfragen	Ursache-Wirkungs-Verbindungen								
	Verlorene Zitate, Glaubenssätze								
	Gedankenlesen, Vorannahmen								
Logische Ebenen	Umfeld								
	Verhalten								
	Fähigkeiten								
	Werte								
	Identität								
	Zugehörigkeit, Sinn								
Rapport herstellen	Pacing	Körperhaltung							
		Bewegung, Gesten, Mimik							
		Atemrhythmus							
		Repräsentationssysteme							
		Stimme: Ton, Lautstärke							
Rapport herstellen	über Kreuz pacen	Körperhaltung							
		Bewegung, Gesten, Mimik							
		Atemrhythmus							
		Repräsentationssysteme							
		Stimme: Ton, Lautstärke							
Rapport herstellen	zeitlich versetzt	Körperhaltung							
		Bewegung, Gesten, Mimik							
		Atemrhythmus							
		Repräsentationssysteme							
		Stimme: Ton, Lautstärke							

Selbsteinschätzungsbogen, Baustein 3, Seite 2:

Selbsteinschätzung zur NLP-Ausbildung Baustein 3 - Fortsetzung -									
Methode			nur	sehr wenig	wenig	ab & zu	häufig	oft	immer
Anker	ankern	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	Anker stapeln	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	Anker verketteten	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	analoges Ankern	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	Moment of Excellence ankern (MoE)								
Zugangshinweise nutzen									

Selbsteinschätzung zur NLP-Ausbildung Baustein 4 von:								
Name: _____								
Welche Methoden haben Sie im Gespräch mit Patienten wie oft eingesetzt?								
Methode		nie	sehr selten	wenig	ab & zu	häufig	oft	immer
Tilgungen einsetzen	Nominalisierungen							
	unbestimmte Verben							
	Subjekte, Inhaltsbezug unbestimmt							
	Schlüsselwörter/Verbsich. Ersetzungen							
Generalisierungen einsetzen	Verallgemeinerungen,							
	Universalbezeichnungen, Modaloperatoren der Möglichkeit, Notwendigkeit							
Verzerrungen implizieren	Ursache-Wirkung							
	Gedanken lesen, Vorannahmen							
	Verborene Zitate, Glaubenssätze							
Spezialitäten im Milton-Modell	Doppeldeutigkeit, syntaktisch. Vieldeutigkeit							
	eingebettete Fragen							
	eingebettete Kommandos							
	negative Kommandos							
Trance-Einleitung	Lieblingsplatz							
	Augenfixierung							
	Zählen							
	Hebelinduktion							
	5-4-3-2-1-Methode							
	natürliche hypnotische Zustände							
	Münztechnik							
	Handfixierung							
Meta-phem	einfache Metaphern							
	komplexe Metaphern	Gleichnisse						
		Allegorien						
		Fabeln						
		Märchen						
Reframing	Bedeutungsreframing							
	Kontextreframing							
	Verhandlungsreframing - vollständig -							
	Verhandlungsreframing - partiell -							
	Six-Step-Reframing - vollständig -							
	Six-Step-Reframing - partiell -							
Zielbestimmung	positiv formuliert							
	sinnlich konkret (VAKOG)							
	selbst erreichbar							
	kontextualisiert							
	ökologisch							
überprüfbar								

Selbsteinschätzungsbogen, Baustein 4, Seite 2:

Methode			nie	weniger	neutral	meist	stets	oft	immer
Tilgungen hinterfragen	Nominalisierungen								
	unbestimmte Verben								
	Subjekte, Inhaltsbezug unbestimmt								
	falscher Beispielvergleich, Erwartungen								
Generalisierungen hinterfragen	Verallgemeinerungen								
	Modaloperatoren: Möglichkeit, Notwendigkeit								
Verwerfungen hinterfragen	Ursache-Wirkungs-Verbindungen								
	Verbrenne Zitate, Glaubenssätze								
	Gedankenlesen, Vorannahmen								
Logische Ebenen	Umfeld								
	Verhalten								
	Fähigkeiten								
	Werte								
	Identität Zugehörigkeit, Sinn								
Rapport herstellen	Facing	Körperhaltung							
		Bewegung, Gesten, Mimik							
		Atemrhythmus							
		Repräsentationssysteme							
		Stimme: Ton, Lautstärke							
Rapport herstellen	über Kreuz pacen	Körperhaltung							
		Bewegung, Gesten, Mimik							
		Atemrhythmus							
		Repräsentationssysteme							
		Stimme: Ton, Lautstärke							
Rapport herstellen	zeitlich versetzt	Körperhaltung							
		Bewegung, Gesten, Mimik							
		Atemrhythmus							
		Repräsentationssysteme							
		Stimme: Ton, Lautstärke							
Anker	ankern	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	Anker stapeln	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	Anker verketteten	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	analoges Ankern	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	Moment of Excellence ankern (MoE)								

<b>Selbsteinschätzung zur NLP-Ausbildung Baustein 5 von:</b>									
<b>Name:</b> _____									
<b>Welche Methoden haben Sie im Gespräch mit Patienten wie oft eingesetzt?</b>									
<b>Methode</b>		nie	sehr selten	wenig	ab & zu	häufig	oft	immer	
<b>Strategien</b>	Identifizieren vorhandener Strategien								
	Installieren mit Hilfe von Ankern								
	Installieren durch Einüben								
	Intuitives Modellieren								
	Master-Modelling								
	Walt-Disney-Strategie								
	Herausarbeiten mit den logischen Ebenen								
<b>Tilgungen einsetzen</b>	Nominalisierungen								
	unbestimmte Verben								
	Subjekte, Inhaltsbezug unbestimmt								
	Fehlen der Beispiele, Vergleichen, Bewertungen								
<b>Generalisierungen einsetzen</b>	Verallgemeinerungen								
	Universalbezeichnungen Modaloperatoren der Möglichkeit, Notwendigkeit								
<b>Verzerrungen implizieren</b>	Ursache-Wirkung								
	Gedanken lesen, Vorannahmen								
	Verlorene Zitate, Glaubenssätze								
<b>Spezialitäten im Milton-Modell</b>	Doppeltätigkeit, syntaktische Mehrdeutigkeit								
	eingebettete Fragen								
	eingebettete Kommandos								
	negative Kommandos								
	Konversationspostulate								
<b>Trance-Einleitung</b>	Liebingsplatz								
	Augenfixierung								
	Zählen								
	Hebelinduktion								
	5-4-3-2-1-Methode								
	natürliche hypnotische Zustände								
	Münztechnik								
	Handfixierung								
	5-4-3-2-1-Methode								
	Armlevitation								
<b>Metaphern</b>	einfache Metaphern								
	komplexe Metaphern	Gleichnisse							
		Allegorien							
		Parabeln							
		Märchen							

Selbsteinschätzungsbogen, Baustein 5, Seite 2:

Methode		nie	selten	gelegentlich	ab & zu	häufig	oft	immer
Reframing	Bedeutungsreframing							
	Kontextreframing							
	Verhandlungsreframing - vollständig -							
	Verhandlungsreframing - partiell -							
	Six-Step-Reframing - vollständig -							
	Six-Step-Reframing - partiell-							
Zielbestimmung	positiv formuliert							
	sinnlich konkret (WAK OG)							
	selbst erreichbar							
	kontextualisiert							
	ökologisch							
	überprüfbar							
Tilgungen hinterfragen	Nominalisierungen							
	unbestimmte Verben							
	Subjekte, Inhaltsbezug unbestimmt							
	fehlendes Beispiel & Vergleichen, Bewertungen							
Generalisierungen hinterfragen	Verallgemeinerungen							
	Modaloperatoren: Möglichkeit, Notwendigkeit							
Verzerrungen hinterfragen	Ursache-Wirkungs-Verbindungen							
	Verlorene Zitate, Glaubenssätze							
	Gedankenlesen, Vorannahmen							
Logische Ebenen	Umfeld							
	Verhalten							
	Fähigkeiten							
	Werte							
	Identität							
	Zugehörigkeit, Sinn							
Rapport herstellen	Facing	Körperhaltung						
		Bewegung, Gesten, Mimik						
		Atemrhythmus						
		Repräsentationssysteme						
		Stimme: Ton, Lautstärke						
Rapport herstellen	über Kreuz pacen	Körperhaltung						
		Bewegung, Gesten, Mimik						
		Atemrhythmus						
		Repräsentationssysteme						
		Stimme: Ton, Lautstärke						
Rapport herstellen	zeitlich versetzt	Körperhaltung						
		Bewegung, Gesten, Mimik						
		Atemrhythmus						
		Repräsentationssysteme						
		Stimme: Ton, Lautstärke						

Selbsteinschätzungsbogen, Baustein 5, Seite 3:

Methode			nie	wehr selten	selten	ab & zu	häufig	oft	immer
Anker	ankern	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	Anker stapeln	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	Anker verketteten	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	analoges Ankern	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	Moment of Excellence ankern (MoE)								
Zugangshinweise nutzen									

Selbsteinschätzungsbogen, Baustein 6, Seite 1:

Selbsteinschätzung zur NLP-Ausbildung Baustein 6 von:									
Name: _____									
Welche Methoden haben Sie im Gespräch mit Patienten wie oft eingesetzt?									
Methode		nie	sehr selten	selten	ab & zu	häufig	oft	immer	
Herausarbeiten und Vertiefen von Submodalitäten	visuelle Submodalitäten								
	auditive Submodalitäten								
	kinästhetische Submodalitäten								
	olfaktorische Submodalitäten								
	gustatorische Submodalitäten								
Swish-Technik									
Strategien	Identifizieren vorhandener Strategien								
	Installieren mit Hilfe von Anker								
	Installieren durch Einüben								
	Intuitives Modellieren								
	Master-Modelling								
	Walt-Disney-Strategie								
Herausarbeiten mit den logischen Ebenen									
Tilgungen einsetzen	Nominalisierungen								
	unbestimmte Verben								
	Subjekte, Inhaltsbezug unbestimmt								
	fehlen der Beispiele, Vergleichen, Erwartungen								
Generalisierungen einsetzen	Verallgemeinerungen, Universalbezeichnungen								
	Modaloperatoren der Möglichkeit, Notwendigkeit								
Verzerrungen implizieren	Ursache-Wirkung								
	Gedanken lesen, Vorannahmen								
	Verlorene Zitate, Glaubenssätze								
Spezialitäten im Milton-Modell	Doppeltätigkeit, syntaktische Mäandertätigkeit								
	eingebettete Fragen								
	eingebettete Kommandos								
	negative Kommandos								
	Konversationspostulate								
Trance-Einleitung	Liebingsplatz								
	Augenfizierung								
	Zählen								
	Hebelinduktion								
	5-4-3-2-1-Methode								
	natürliche hypnotische Zustände								
	Münztechnik								
	Handfixierung								
Armlevitation									



Selbsteinschätzungsbogen, Baustein 6, Seite 2:

Methode		n/a	wahr	wahrsch	wahrsch	ab & zu	häufig	oft	immer
Metaphern	einfache Metaphern								
	komplexe Metaphern	Gleichnisse							
		Allegorien							
		Parabeln Märchen							
Reframing	Bedeutungsreframing								
	Kontextreframing								
	Verhandlungsreframing - vollständig -								
	Verhandlungsreframing - partiell -								
	Six-Step-Reframing - vollständig -								
	Six-Step-Reframing - partiell -								
Zielbestimmung	positiv formuliert								
	sinnlich konkret (WAKOG)								
	selbst erreichbar								
	kontextualisiert								
	ökologisch								
	überprüfbar								
Logische Ebenen	Umfeld								
	Verhalten								
	Fähigkeiten								
	Werte								
	Identität								
	Zugehörigkeit, Sinn								
Tilgungen hinterfragen	Nominalisierungen								
	unbestimmte Verben								
	Subjekte, Inhaltsbezug unbestimmt								
	fehlende Beispiele, Vergleichen, Erwartungen								
Generalisierungen hinterfragen	Verallgemeinerungen								
	Modaloperatoren: Möglichkeit, Notwendigkeit								
Verzerrungen hinterfragen	Ursache-Wirkungs-Verbindungen								
	Verlorene Zitate, Glaubenssätze								
	Gedankenlesen, Vorannahmen								
Rapport herstellen	Facing	Körperhaltung							
		Bewegung, Gesten, Mimik							
		Atemrhythmus							
		Repräsentationssysteme							
		Stimme: Ton, Lautstärke							
Rapport herstellen	über Kreuz pacen	Körperhaltung							
		Bewegung, Gesten, Mimik							
		Atemrhythmus							
		Repräsentationssysteme							
		Stimme: Ton, Lautstärke							

Selbsteinschätzungsbogen, Baustein 6, Seite 3:

Methode			n16	sehr selten	selten	ab & zu	häufig	oft	immer
Rapport herstellen	zeitlich versetzt	Körperhaltung							
		Bewegung, Gesten, Mimik							
		Atemrhythmus							
		Repräsentationssysteme							
		Stimme: Ton, Lautstärke							
Anker	ankern	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	Anker stapeln	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	Anker verketteten	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	analoges Ankern	visuelle Anker							
		auditive Anker							
		kinästhetische Anker							
		olfaktorische Anker							
		gustatorische Anker							
Anker	Moment of Excellence ankern (MoE)								
Zugangshinweise nutzen									

# **Forschungsprojekt: Anwendung und Wirkung von NLP im Arzt-Patienten-Gespräch**

## **Persönliche Daten:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

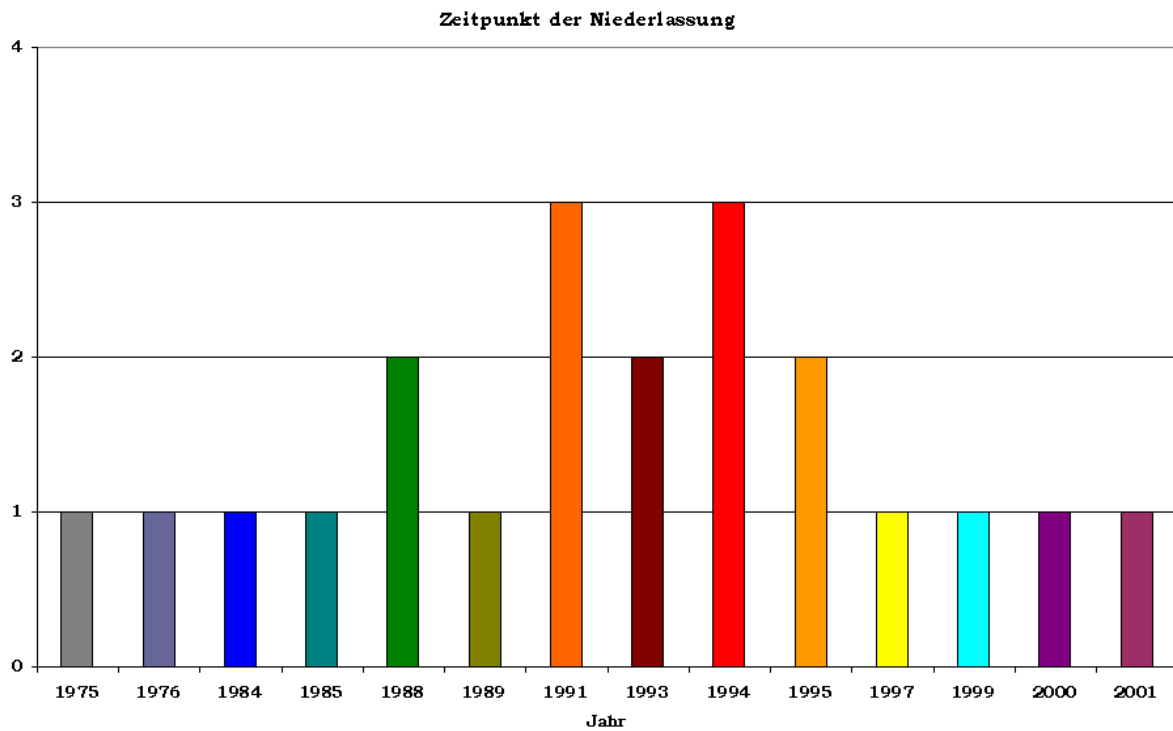
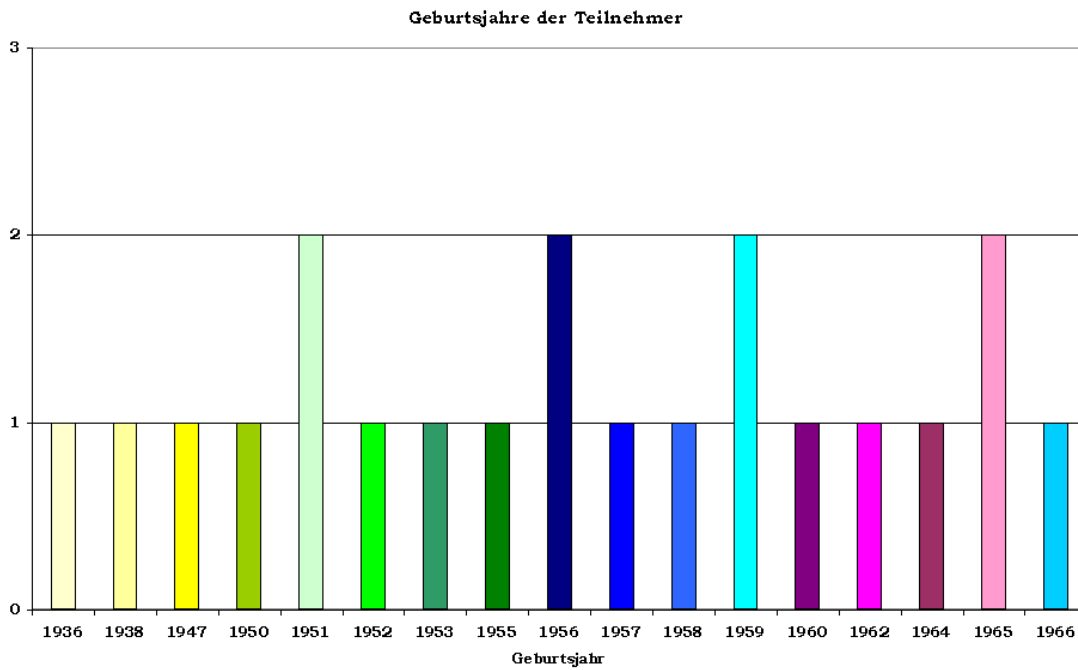
Gebietsbezeichnung: \_\_\_\_\_

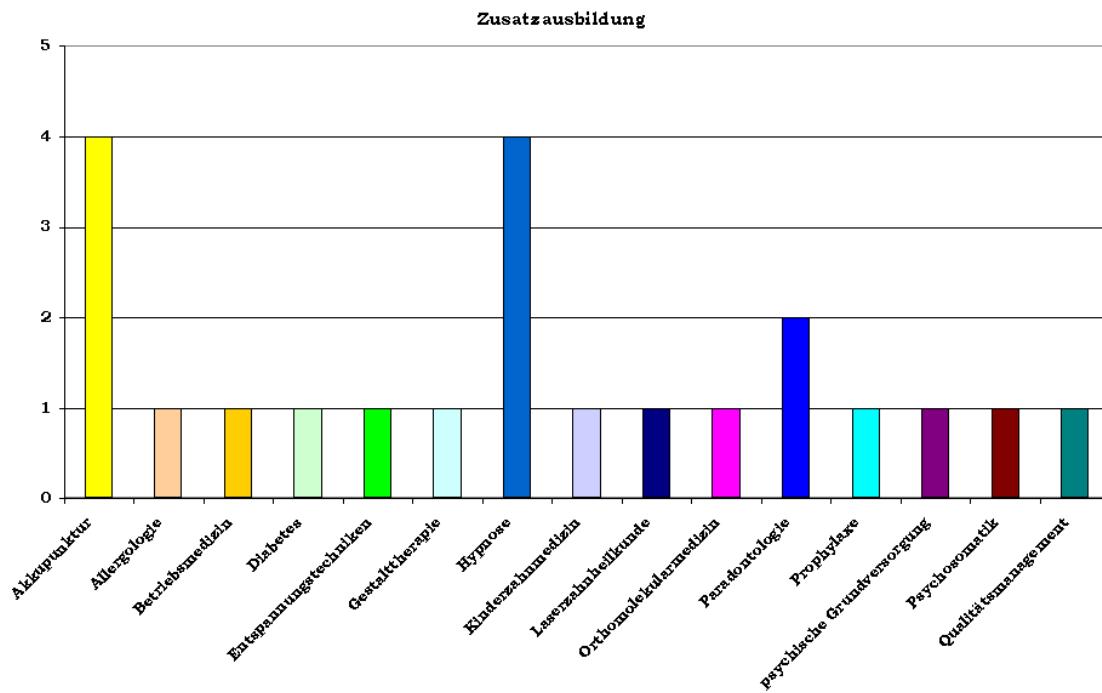
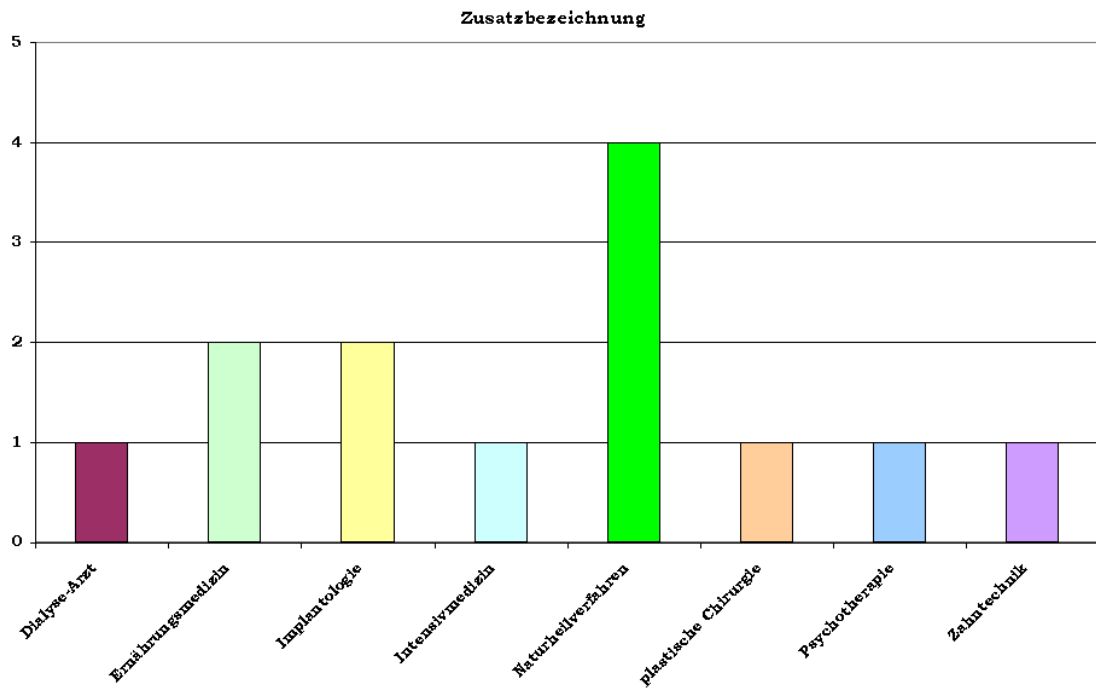
Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

Zeitpunkt der  
Niederlassung: \_\_\_\_\_

Zusatzausbildung: \_\_\_\_\_

### 11.3. Hypothesen ungebundene Daten





## **Erklärung**

Ich versichere, dass ich die selbständige Verfasserin der Arbeit bin, andere als die von mir angeführten Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus anderen Schriftwerken wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Ich versichere, dass ich bisher keinen Versuch zum Erwerb eines Doktorgrades unternommen habe.

Bergheim, 18.05.2004

Stephanie Bohn