

Am 15. Internationalen Kongress für Hypnose

2.-7.10.2000 an der Universität München

haben folgende deutschsprachige Hypnosegesellschaften mitgewirkt:

Deutsche Gesellschaft für Ärztliche Hypnose und autogenes Training (DGÄHAT)
Sekretariat: Postfach 1365, 41436 Neuss, Tel.: +49/2131/463370, Fax: 02131/463371,
www.dgaehat.de, gegründet 1955 in Lindau am Bodensee von J. H. Schultz

Deutsche Gesellschaft für Hypnose (DGH)
Druffelsweg 3, D-48653 Coesfeld, Tel: +49/2541/70007, Fax: +49/2541/880670,
www.hypnose-dgh.de, gegründet 1982, Gründungspräsident: Thomas Svoboda

Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose (DGZH)
Esslinger Str. 40, D-70182 Stuttgart, Tel: +49/711/2360618, Fax: +49/711/244032,
mail@dgzh.de, gegründet 1994, Gründungspräsident: Albrecht Schmierer

Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose (M.E.G.)
Waisenhausstr. 55, 80637 München, Tel: +49/89/34029720, Fax: +49/89/34029719,
www.MEG-Hypnose.de, gegründet 1978, Gründungsvorsitzender: Burkhard Peter

Schweizer Gesellschaft für medizinische Hypnose (SMSh)
Dorfhaldenstr. 5, CH-6052 Hergiswil, Tel: +41/41/2811745, Fax: +41/41/2803036,
www.smsh.ch, gegründet 1981, Gründungspräsident: Konrad Wolff

Gesellschaft für klinische Hypnose Schweiz (GHypS)
Sekretariat: Apollostr.8, CH-8032 Zürich, Tel: +41/1/383.89.38, smsh@smile.ch,
www.ghyps.psy.ch.ch, gegründet 1985, Gründungspräsidentin: Susy Signer-Fischer

Österreichische Gesellschaft für autogenes Training u. allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP)
Kaiserstr. 14/13, A-1070 Wien, Tel: +43/1/5233839 Fax: +43/1/5233839-10, gegründet 1969,
Gründungspräsident: Heinrich Wallnöfer

Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose und Kurzzeittherapie, Austria (MEGA)
c/o Charlotte Wirl, Dr.med., Waldmeisterg. 43, A-1140 Wien, Tel: +43/1/9141796,
gegründet 1989, Gründungspräsident: Wolfgang Ladenbauer

DGZH und M.E.G. haben ihre regulären Jahrestagungen auf diesem Kongress abgehalten.

Metamorphose-Erzählung als Mittel hypnotherapeutischer Behandlung bei ich-strukturellen Störungen

Godehard Stadtmüller
und
Kai Tschanter

■ Wir berichten über die Möglichkeit, Metamorphose-Erzählungen im Rahmen von Hypnotherapie als ein Mittel zur Behandlung von Patienten mit schwachen Ich-Strukturen, z.B. auch dissoziativen Störungen, zu verwenden. Wir gehen auf Tranceinduktionen und implizite Botschaften ein, die darauf abzielen, daß der Patient in sich selbst einen individuellen schützenden Rahmen erzeugt. Unter Nutzung der Effekte ressourcenorientierter Entspannungszustände verwenden wir unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte. Mögliche Ziele der Metamorphose-Erzählungen in Trance sind z.B. Blick in die Vergangenheit, Begegnung und Aussöhnung mit der eigenen Schattenexistenz etc. Der Patient kann dabei die Möglichkeit erleben, (1) bei sich zu bleiben und gleichzeitig Veränderungen zu erfahren, (2) zu enge Ich-Grenzen probatorisch zu erweitern, um zu tieferen - vielleicht abgespaltenen - Schichten des Ich zeitweise und partiell Zugang zu finden. Beispiele solcher Metamorphoseerzählungen sind einerseits Heldenmythen, andererseits Mensch-Tier-Mensch-Metamorphosen. Auf spezielle Probleme und Möglichkeiten bei der Behandlung von Patienten, die zu Dissoziationen neigen bzw. schwere Traumata erlitten haben, gehen wir ein.

Schlüsselwörter: Ich-strukturelle Störung, Metamorphose, Trauma, Persönlichkeitsstörung

1. Problemstellung

Persönlichkeitsstörungen unterschiedlicher Art gelangen immer stärker in den Fokus psychotherapeutischer Behandlung - sowohl in der psychiatrischen Klinik als auch in der psychosomatischen Behandlung. Dabei lassen sich folgende therapeutischen Interventionen unterscheiden:

- a) Krisenintervention (s. Stadtmüller et al., 1998)
- b) Psychopharmakologische Interventionen
- c) Sozial-psychiatrische Therapie
- d) Psychotherapie

Während die alte Definition besagte, daß Persönlichkeitsstörungen per se zum Charakter gehören und nicht eigentlich behandelbar seien, ist man heute von dieser Vorstellung abgerückt. Persönlichkeitsstörungen werden als überdauernde Störungen aufgefaßt, die mehr deskriptiv-phänomenologisch beschrieben werden (vgl. ICD-10). Es gibt eine Reihe von Ansätzen, Persönlichkeitsstörungen psychotherapeutisch zu behandeln - sowohl was die Symptomatik anbelangt als auch Ansätze, die auf Nachreifung von Persönlichkeitsstrukturen, auf einen höheren Grad von Ich-Strukturierung abzielen (Benjamin 1996, Linehan 1993).

Während auch in der psychoanalytischen Literatur der Terminus "frühe Störungen" - lange Zeit zumindest bei den Freudianern gebräuchlich - weniger benutzt wird und z. B. in der aus einer Gemeinschaftsarbeit tiefenpsychologisch orientierter Therapeuten und Psychoanalytiker hervorgegangenen Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD 1996) gar nicht mehr vorkommt, hat sich der Fokus auf die Betrachtung ich-struktureller Störungen verschoben. Bei einer Reihe von Persönlichkeitsstörungen werden ich-strukturelle Defizite gesehen oder hypothetisch formuliert. Dies trifft vor allem für Persönlichkeitsstörungen mit Impulsdurchbrüchen und Borderline-Störungen (ICD-Nr.: F 60.3) zu, aber auch auf dissoziative Störungen. Die im Rahmen von Erfahrungen mit Katastrophenopfern und der Behandlung Posttraumatischer Streßerkrankung neu aufgeflamte Traumaforschung hat u.a. gezeigt, daß Menschen sehr wohl auf ein niedrigeres Strukturniveau "regredieren" können, das sie zuvor nicht zeigten, und so als "frühe Störung" imponieren können, obwohl eine solche Störung in der frühen Kindheit nicht bestanden hat (vgl. van der Kolk, McFarlane et Weisaeth, 1996).

Bei der Betrachtung von Persönlichkeitsstörungen mit stärkeren ich-strukturellen Defiziten bewegt man sich klinisch in einem Feld, in dem folgende Faktoren ineinandergreifen:

- Trauma
- polyvalente Süchte (stoffliche Süchte, Anorexie und Bulimie u.a.)
- Körperschema-Störungen
- dissoziative Phänomene
- z.T. autoaggressives Verhalten

2. Überlegungen zum Trauma

Ein Trauma zeichnet sich u. a. dadurch aus, daß Nähe und Überwältigung bzw. Nähe und Zerstörung als untrennbar verbunden erlebt wurden. Ist die Bedrohung in der Nähe so stark, daß die beiden klassischen Arten, mit Gefahr umzugehen, nämlich (a) Aggression (mit dem Leiteffekt von Wut und Zorn) und (b) Flucht (mit dem Leiteffekt von Angst) nicht möglich sind oder erscheinen, dann gibt es die natürliche dritte Möglichkeit (c) Dissoziation. Dabei bleibt das Subjekt leiblich in der Situation, während es mit Gemüt und Geist sozusagen aus seinem Körper heraustritt, sich vom Körper trennt, d. h. sich trennt von dem Empfinden, im körperlichen Ich anwesend zu sein. Patienten drücken das oft so aus: "Ich bin nicht mehr in meinem Körper." "Ich bin (damals) aus meinem Körper ausgestiegen."

Es ist zu betonen, daß die Möglichkeit und die Tatsächlichkeit der Dissoziation keineswegs krankhaft sind. Das ist therapeutisch von Belang. Vertritt der Therapeut nämlich das Konzept, daß Dissoziation immer krankhaft sei, so kann er dem Patienten Dissoziation nicht als eine po-

sitive Ressource vermitteln. Die Erfahrungen von Folteropfern (Matussek 1971) sowie die Erforschung Posttraumatischer Streßerkrankung (Maercker, 1997; Butollo, 1996; Butollo et al., 1998, 1999) hat gezeigt, daß Dissoziation ein häufiges Phänomen ist und oft überdauert.

Der Umgang nicht nur mit anderen Personen (Eltern, Lehrer, Arbeitskollegen, Ehepartner, Psychiater, Psychotherapeuten) sondern auch des Patienten mit sich selbst ist meist dadurch geprägt, daß die Dissoziation abgelehnt wird. Es besteht eine dauernde Forderung, transaktionsanalytisch gesprochen, "im Erwachsenen-Ich" zu bleiben oder in das Erwachsenen-Ich hinein zu kommen. Damit wird weder von beteiligten Außenstehenden noch von den Patienten selbst realisiert, daß Dissoziation per se eine natürliche und sehr gute Möglichkeit ist, eine Leistung des psychischen Apparates und eine Ressource.

Häufig wird der Affekt, der sich bei der Erfahrung des Traumas nicht äußern durfte (z.B. die Wut als Leiteffekt der Aggression) später nicht gelebt, weshalb solche Patienten keine Kultur eines bestimmten Affektes (z. B. keine Kultur von Wut) in ihrem Leben entwickelt haben und ihre eigene Wut als extrem bedrohlich und zerstörerisch erleben. Solche Patienten sagen dann, daß sie Angst hätten verrückt zu werden, Amok zu laufen, wenn sie "an ihre Wut kämen". Nicht selten richten sie die Aggression abrupt gegen sich selbst oder den eigenen Körper (der Körper wird dann als dissoziiert erlebt), z.B. in Form von Selbstverletzungen. Viele Patienten sind auch von körperlichem Schmerz dissoziiert, so z.B. eine Patientin unserer Klinik, die einen beliebig heißen Topf vom Herd nehmen, Kartoffeln mit den bloßen Händen aus dem kochenden Wasser nehmen konnte etc.; sie bekam dann zwar Brandblasen, aber sie spürte weder in der Situation noch später irgendwelche Schmerzen. Bei ihrer Gesundung im Rahmen der Behandlung begann sie wieder Schmerzen zu spüren und war darüber erstaunt und glücklich.

Traumafolgen

Aus dem Gesagten ist nicht nur logisch verständlich, sondern es ist auch in der klinischen Erfahrung psychologisch richtig, daß jene Patienten, welche schwere Traumata erlitten haben, bei denen also Nähe und Zerstörung als untrennbar erlebt wurden, Nähe immer als gefährlich erleben und daß für sie Nähe stets mit Zerstörung verbunden ist.

Traumata durch sexuelle, emotionale und/oder brachiale Gewalt führen häufig zu dissoziativen Störungen, Bulimie, polyvalenter Sucht und ich-struktureller Störung, z.B. Borderline-Persönlichkeit.

Bei dissoziativen Störungen findet man häufig sowohl Sehnsucht nach Nähe als auch Sehnsucht nach Distanz. Die Sehnsucht nach Nähe kann einerseits unter dem Gesichtspunkt des Wiederholungszwanges mit der Gefahr der Retraumatisierung gesehen werden. Diese Patienten suchen Nähe und erfahren Bedrohung (aufgrund ihres erworbenen kognitiv-emotionalen Musters). Andererseits kann der Wunsch nach Nähe final gesehen werden unter dem Aspekt, daß eben die positive Erfahrung von Nähe (Nähe als menschliches Grundbedürfnis verstanden) korrigierend und heilsam wäre gegenüber der durch das Trauma verinnerlichten Überzeugung, daß Nähe immer als zerstörerisch erfahren wird. Der finale Sinn dieser Suche nach Nähe ist, daß die positive Erfahrung von Nähe und Schutz die alte Erfahrung von Nähe als Zerstörung korrigieren könnte.

Die komplementäre Sehnsucht nach Distanz, die Vermeidung von Nähe kann als Schutzmechanismus verstanden werden, als Schutz vor möglicher Überwältigung.

Die Therapie besteht genau darin, daß Nähe und Schutz gleichzeitig erlebt werden. Solche Patienten müssen die Erfahrung von Nähe und Schutz machen, d.h. sie müssen genügend Schutz erleben, um sich Nähe erlauben zu dürfen oder Nähe als weniger bedrohlich erleben zu können. Dieser Schutz muß am Anfang von außen durch die Struktur der Therapie, durch Bindung, durch Hilfs-Ich-Anteile gegeben werden. Ziel ist, daß die Schutzfunktion vom Patienten selbst übernommen werden kann. Dazu eignen sich hypnotherapeutische Verfahren (Fromm, 1984; Fromm & Nash, 1996; Peter, 1992).

Nähe bedeutet auch Erlebnisaktivierung (vgl. Greenberg & Rice, 1996) mit der Gefahr, daß das Trauma oder eine neue analog konfigurierte, erneut traumatisierende Situation reaktiviert werden. Nähe bedeutet im Sinne der Erlebnisaktivierung aber auch, daß Veränderung möglich ist. Die Erfahrung von Schutz und Sicherheit bedeutet andererseits, daß Veränderung nicht mehr als gefährlich erlebt wird und letzten Endes, daß die Identität bleibt, während gleichzeitig Veränderung möglich ist. Mit anderen Worten, die Integrationsfähigkeit des Ich für Veränderungen nimmt zu.

Prototypisch für Überwältigungstraumata mit der Folge dissoziativer Störung, ist der Bereich des sexuellen Missbrauchs. Bei diesen schwer traumatisierten Personen erlaubt - zumindest anfangs - oft nur ein besonders geschütztes Setting, daß Nähe und emotionale Öffnung überhaupt zugelassen werden können. (Zum besonderen Problem der multiplen Persönlichkeitsstörung vgl. van der Hart & Peter, 1995.)

An unserer Klinik haben wir für diese Patientinnen spezielle Gruppen, die von dafür geschulten Therapeutinnen betreut werden (zum Therapiekonzept vgl. Stadtmüller & Schumm, 1998). Manche dieser Frauen profitieren sehr von einer schützenden Form von Körpertherapie, durch die sie korrigierende Erfahrungen in Bezug auf die eigene Leiblichkeit machen können. Dabei sind Depersonalisation, Ekel, Scham und Dissoziation häufige Themen.

3. Hypnotherapie bei ich-strukturellen Störungen?

Es erheben sich zwei Fragen, wenn man sich Gedanken macht, inwieweit Hypnose bzw. Hypnotherapie bei ich-strukturellen Störungen sinnvoll und günstig sein kann:

1. Inwieweit ist Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen überhaupt sinnvoll?
2. Inwieweit ist Hypnose bzw. Hypnotherapie indiziert oder nicht etwa kontraindiziert bei Personen, die zur Fragmentierung des Ich neigen bzw. eine geringe Ich-Integration entwickelt haben?

Der erste Punkt, inwieweit die Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen überhaupt sinnvoll ist, ist nicht das Hauptthema dieses Artikels. Ich habe eingangs (S. 2) schon zu einigen Aspekten Stellung genommen. Ein besonderes Problem stellt sich - aus klinischer Sicht - bei Persönlichkeitsstörungen mit Impulsdurchbrüchen, bei narzißtischen Persönlichkeitsstörungen und bei Borderline-Störungen (Fromm, 1984; Kluft, 1995; Murray-Jobsis, 1992; Zindel, 2001).

Es besteht das alte Verdikt, daß bei Behandlung von ich-strukturellen Störungen die Therapie nicht aufdeckend sein soll, weil die Patienten eben eine mangelnde Integrationsfähigkeit ha-

ben. Ferner sollte die Therapie nicht erlebnisaktivierend sein wegen der Gefahr der Retraumatisierung. Als Regel wurde formuliert, daß bei diesen Patienten Hypnose kontraindiziert sei wegen der Verstärkung der Tendenz der Ich-Fragmentierung und der Gefahr des Verbleibens in dissoziiertem Zustand (zum Thema Kontraindikation vgl. Peter & Revenstorf, 2001).

Wir argumentieren hier, daß Hypnotherapie zur Behandlung eben dieser Störungen ein gutes Mittel sein kann und die oben genannten Gefahren durch geeignete Interventionen vermieden werden können.

4. Traumreise: Methode

Definition: Unter Traumreise verstehen wir eine hypnotherapeutische Einzel- oder Gruppenbehandlung, die unter Herbeiführung eines veränderten Bewußtseinszustandes und physiologischer Entspannung durch fokussierte Aufmerksamkeit die Vorteile einer erhöhten Lernbereitschaft nutzt, um mittels metaphorischer Kommunikation unwillkürlich Erfahrungen zu ermöglichen und unbekannte kreative Potentiale zu aktivieren. Dafür wird in Trance eine Geschichte angeboten.

Ähnlichkeiten bestehen zum Katathymen Bilderleben bzw. nach neuerer Terminologie zur katathym-imaginativen Psychotherapie (KIP) (Leuner, 1992; Wilke & Leuner, 1989). Während jedoch die KIP ein projektives Verfahren auf psychoanalytischer Grundlage ist, wobei die Erlebnisse entsprechend gedeutet werden, sind bei der Traumreise tiefenpsychologische Konstrukte nicht notwendig maßgebend. Schwerpunkt der Traumreise ist die heilsame Erfahrung während der Trance selbst, ein günstiger Ausgleich seelischer Kräfte, eine Bearbeitung seelischer Probleme, eine Neuformulierung tragender innerer Botschaften etc. Wird die KIP als Gruppenverfahren durchgeführt, so einigt sich die Gruppe vorher auf ein Thema. Die Patienten sind im allgemeinen gehalten, der Geschichte zu folgen. Dagegen wird in der Traumreise, so wie wir sie durchführen, das Thema, die Geschichte vom Therapeuten vorgegeben. In der Traumreise gibt es die explizite Möglichkeit, jederzeit die vorgegebene Geschichte zu verlassen und eine eigene Geschichte zu erfinden (vgl. unten S. 10,13).

Die Traumreise wird in unserer Klinik als eine prozeß-orientierte Gruppenbehandlung durchgeführt. Zu unserem Therapiekonzept, das nach der Therapeutischen Gemeinschaft konfiguriert ist und in weiten Teilen auf dem Herrenalber Konzept von Walther H. Lechler fußt (vgl. Stadtmüller & Schumm, 1998). Im Herrenalber Konzept ursprünglicher Prägung spielte allerdings Hypnotherapie keine explizite Rolle.

4.1 Formaler Ablauf

Die Gruppentherapie, deren Herzstück die Traumreise ist, hat folgenden zeitlichen Ablauf:

1. Einführung in die Methode
2. "Traumreise" in Trance
3. bildnerischer Ausdruck des während der Traumreise Erlebten
4. Besprechung in der Gruppe
5. Besprechung im Team
6. Patienten erhalten ihre Bilder von ihrem zuständigen Therapeuten zurück.

Bildnerisch - z.B. durch Malen mit Wachskreiden oder Fingerfarben - auszudrücken, was die/der Einzelne während der Traumreise erlebt hat, ermöglicht, daß jeder sich etwas in Form eines Bildes, eines Privatsymbols vor Augen führen kann. Das hilft Menschen manchmal, etwas auszudrücken, was sie verbal nicht formulieren können. Es ist nach unserer Erfahrung sinnvoller, den Hinweis zu geben, daß jeder malen kann, was für ihn wichtig war (ist), als die Anweisung, jeder soll malen, was er während der Traumreise erlebt oder gesehen hat.

Die bildnerische Gestaltung erlaubt, sehr scham- oder ekelbesetzte Situationen darzustellen, die der Einzelne nicht einmal im inneren Dialog mit sich selbst erörtern kann. Manchmal drückt jemand etwas aus, was er bewußt noch nicht wahrzunehmen wagt. Der bildnerische Ausdruck gehört jedoch nicht notwendig zur Traumreise. - Dagegen ist es nach unserer Erfahrung notwendig, nach der Traumreise in der Gruppe über das Erlebte zu sprechen.

Das individuelle Bild (Seelenbild) gelangt als solches und in seiner sprachlichen Form in die Gemeinschaft. Damit wird das Erlebnis des Einzelnen kommuniziert und, was abgespalten war, bekommt Sprache und Wert. Gleichzeitig führt das zu einer Rückbindung des Einzelnen in die Gemeinschaft. Damit gelangt auch der Inhalt - in wie verborgener Form auch immer - in die Gemeinschaft. Dies verstärkt die Botschaft: was immer schrecklich, verderblich und schmachvoll war, hat einen Platz in der therapeutischen Begegnung, m. a. W.: "Du darfst mit allen Anteilen hier sein und wirst, so wie Du bist, akzeptiert."

In diesem Artikel wird nur auf die Einführung und die Traumreise selbst eingegangen.

4.2 Metamorphose-Erzählung als Beispiel einer Traumreise

Klassische Beispiele der Metamorphose-Erzählung sind der Heldenmythos mit der Wandlung des Helden sowie die Verwandlung vom Tier zum Mensch.

Hier sei als Beispiel aufgeführt die *Mensch-Zugvogel-Mensch-Metamorphose*, d. h. die Verwandlung des Menschen in einen Zugvogel und zurück. Unten gehen wir darauf ein, warum wir diese Metamorphose in der Traumreise anbieten. Zuerst aber sei hier der formale Ablauf beschrieben. Nach der Einführung (s. u. S. 10 f.) und der Einleitung der Trance wird in Trance folgende Geschichte angeboten:

Du gehst am Strand an der Küste des weiten Ozeans. Du siehst Zugvögel, eine große Schar. Die Zugvögel bereiten sich auf den Flug nach Süden, in die zweite Heimat vor. Du beobachtest die Zugvögel. Und Du bereitest Dich darauf vor, selbst als Zugvogel nach Süden zu ziehen, Dich in einen Zugvogel zu verwandeln.

Du gehst einige Schritte am Strand bis zu einem bestimmten Punkt und Du weißt jetzt schon, daß Du an diesem Punkt ganz von allein vom Menschen zum Zugvogel wirst.

Du fliegst mit den anderen Zugvögeln nach Süden. Du bist für Dich allein und gleichzeitig in einer Gemeinschaft, die Gruppe hat eine sichere Orientierung. Möglicherweise kommt ein Sturm auf. Es besteht die Möglichkeit, den Sturm von langer Hand zu erkennen und zu umfliegen.

Der Flug als Zugvogel ist sicher. (Hier wird sinnvoller Weise auf Bewegung, Sehen, Hören, Riechen rekuriert, auf die Wahrnehmung von Kälte, Winddruck, auf die problemlose Orientierung.)

Du bist in Gemeinschaft. Die Perspektive aus Deiner Flugposition auf die Erde ist ange-

nehm. (Beschreibung des Weges.)

Allmählich fliegst Ihr im Süden auf die Küste zu. Und Du weißt, daß in der Nähe die zweite Heimat ist, die Du anfliegst. Und vielleicht hast Du diese zweite Heimat schon im inneren Bild gesehen oder würdest sie wiedererkennen oder angenehm empfinden, wenn Du in ihr landest.

Und Du bist Dir gewiß, daß Du in dem Moment wo Du landest, wieder zum Menschen wirst. Die Landung wird genau verankert, besonders die Mensch-Existenz. - Die Verwandlung vom Mensch zum Zugvogel und wieder zum Menschen war leicht und ist sicher.

Formal sind das folgende Schritte:

- a) Mensch-Existenz verankern
- b) als Mensch Zugvogel-Existenz antizipieren
- c) Metamorphose zum Zugvogel
- d) Zugvogel-Existenz verankern (sicher, in Gemeinschaft)
- e) Flug zur zweiten Heimat
- f) als Zugvogel die Mensch-Existenz antizipieren
- g) wieder Mensch werden
- h) Mensch-Existenz verankern

Wir geben hier die von allen therapeutischen Floskeln und hypnotherapeutischen Formeln befreite, schmucklose Gerippe-Form der Erzählung, die Inhaltsangabe. Das heißt auch, daß die so erzählte Geschichte kaum eine therapeutische und auf jeden Fall keine hypnotherapeutische Wirkung entfalten würde. Erst mit den unten genannten psychologischen Interventionen versehen wird die Geschichte therapeutisch wirksam.

4.3 Psychologischer Rahmen und Interventionen

a) Psychologischer Rahmen - Einführung in die Traumreise

Die Traumreise ist eine Gruppentherapie. Gleichzeitig wird der Einzelne zu einer persönlichen inneren Reise aufgefordert bzw. eingeladen.

Die Einführung selbst kann bereits einen hypnotherapeutischen Charakter haben. Das ganze Therapiekonzept ist darauf ausgerichtet, daß jeder Einzelne sehr stark zwischenmenschliche und innerseelische Erfahrungen machen kann, starke kognitive und emotionale Veränderungen an sich erleben darf und daß dies alles im Schutz der Therapeutischen Gemeinschaft stattfindet. Insofern ist implizit auch klar, daß die "Traumreise" genannte Gruppe in gleicher Weise geschützt ist. Daneben ist den Patienten natürlich deutlich, daß in der Traumreise niemand verrückt wird, in einen unkontrollierten Zustand gerät usw., weil sie dies in der Therapeutischen Gemeinschaft von anderen Patienten erfahren. Deshalb wirkt die implizite Botschaft: "Die Traumreise ist ein sicheres Therapieverfahren und Du kannst Dich deshalb auf ein starkes inneres Erleben einlassen."

Die *explizite Einführung* ist sehr kurz. Der Therapeut berichtet nur, daß die Traumreise die Möglichkeit gibt, mit einer tieferen Schicht im Inneren Kontakt aufzunehmen. Diese Schicht oder Instanz wird als positiv und schutzgebend (weise) benannt. Sie vermag Schutz und Einsicht zu geben ("Und da es eine weise Instanz gibt, die schon weiß, was für Dich gut ist, kann

es eine Möglichkeit sein, daß Du Dir erlaubst, mit dieser Instanz wieder Kontakt aufzunehmen, soweit es für Dich gut ist").

Die im folgenden vorgetragene Geschichte wird als eine *Möglichkeit* eingeführt. Sowohl die Möglichkeit, der Geschichte zu folgen, als auch die Möglichkeit, daß die Geschichte von der Seele des Einzelnen modifiziert wird und der Einzelne seine eigene Geschichte für eine Zeitlang dazu erfindet bzw. in diese eigene Geschichte hineingeht, wird als normal und positiv vorgestellt. - Günstigenfalls wird bereits in der Einführung "erörtert", daß jetzt eine Geschichte vorgetragen wird, daß der Einzelne sich darauf einlassen kann und wie weit er bereits in Trance ist.

Wer stark zu spontanen Dissoziationen neigt und bei geschlossenen Augen bereits große Angstzustände bekommt, kann im Sitzen dabeibleiben und auch die Augen geöffnet lassen. Erfahrungsgemäß aber legen sich die meisten Patienten auf den Rücken, schließen bei Induktion rasch die Augen und gehen einigermaßen rasch in eine, dem Anschein nach, mittlere bis tiefe Trance.

b) Rapport

Der Therapeut stellt Rapport zu jedem Einzelnen her. Der Rapport der Stimme wird durch indirekte Suggestion gefestigt: "Und Du kannst der Reise folgen, auch wenn Du meine Stimme nur undeutlich und dann wieder deutlicher hörst."

Es wird der Einzelne angeredet ("Du"). Damit wird einerseits der Rapport gestärkt, andererseits die Traumreise bzw. die Geschichte als eine persönliche Reise des Einzelnen unterstützt: "Und meine Worte sind (nur) ein Geländer, welches Deine Seele soweit benutzen kann, wie es für sie gut ist, und jederzeit dann verlassen kann, wenn sie einen anderen Weg für sinnvoller empfindet - und wieder zurückkehren kann zu meinen Worten, wenn es für sie gut ist."

Der Rapport wird nicht nur sprachlich bestimmt, sondern nach unserer Erfahrung sehr stark parasprachlich durch Artikulation, Nachdruck der Stimme, Tempoveränderungen, Pausen, Tonhöhe, Modulation der Lautstärke (vgl. Erickson et al., 1994).

c) Entspannung

Entspannung kann direkt - bei der Einführung - vermittelt werden, z.B. damit, daß "Entspannung der natürliche Zustand ist, in den der (Dein) Organismus zurücksinkt, wenn Du es ihm erlaubst."

Entspannung kann auf verschiedene Weise indirekt induziert werden. Bei Patienten mit ich-strukturellen Störungen kann große Entspannung bzw. tiefe Trance auch die Gefahr von Retraumatisierung sowie Fragmentierung bergen. Deshalb ist die Induktion von Entspannung nicht per se therapeutisch hilfreich, sondern nur, wenn innerseelisch genügend Schutz da ist bzw. genügend Schutz induziert wird.

Bei Einleitung der Traumreise kann man in üblicher Weise auf Körpergefühle, den sicheren Platz, die Körperlage (z. B. "die beste Körperlage, welche nicht unbedingt die angenehmste sein muß") abheben, die schon eingetretene Entspannung betonen, verstärken, Aufmerksamkeit auf den Atem lenken und eine Vertiefung des Atems suggerieren, erneut die Entspannung vertiefen

mit Interventionen wie der Suggestion von "viel Zeit", "innerer Zeit". Dann ist es sinnvoll, die Traumreise zu antizipieren, z. B. "Du kannst in der inneren Zeit und im inneren Raum auf eine Reise gehen", oder "Und wenn Du Dich jetzt aufmachst, in eine Geschichte oder innere Reise einzutreten, so kannst Du meiner Stimme folgen ..."

d) Sicherheit, Schutz

So wie Nähe und Schutz als Bedürfnisse einander dialektisch entsprechen (s.o.S. 6 ff), so entsprechen einander einerseits Freiheitsgrade und andererseits Ausmaß von Schutz in den therapeutischen Interventionen.

Deshalb geben wir viele direkte und indirekte Suggestionen, die darauf abzielen, Erlaubnis zu geben, Freiheit zu stärken, Möglichkeiten erfahrbar zu machen, und andererseits Sicherheit und Schutz zu gewähren bzw. zu erleben. Freiheit/Erlaubnis und Schutz werden schon anfangs (bei Entspannung), dann bei Beginn der Geschichte und häufig während der Geschichte induziert.

Es hat sich bewährt, hintereinander gestaffelte Schutzfunktionen sprachlich zu etablieren mit zum Teil nur sprachlichen Variationen, ebenso wie es sich bewährt hat, Freiheitsgrade häufig und zum Teil nacheinander gestaffelt zu induzieren, weil der Mangel an Freiheit sofort als bedrohlich erlebt werden kann. - Psycholinguistisch betrachtet kann eine einem affirmativen Satz nachgestellte Möglichkeitsaussage gleichzeitig dem Satz jede Festlegung nehmen, während die Suggestion bereits eingetreten ist, und gleichzeitig kann sie einen Suchprozeß auslösen, der zu einer Vertiefung der Trance führt. Beispiel: "Und indem Du spürst, wie sicher und gleichzeitig angenehm kühl die Luft unter Deinen Schwingen ist, sich anfühlt, kannst Du mit den anderen Vögeln Dich allmählich auf eine Reise begeben."

Im Sinne des oben Gesagten ist es entscheidend, daß *genügend Schutz* vorhanden ist. Schutz entsteht erstens durch die Bindung des Therapeuten an die einzelnen Patienten *vor* der Traumreise. Schutz entsteht zweitens durch die Bindung des Therapeuten an die einzelnen Patienten *während* der Traumreise in Sinne des Rapports.

Die Stärke und Art des Rapports trägt wesentlich zur Sicherheit bei. Schutz entsteht drittens, indem jedwede innerseelische Begegnung, egal in welcher Reizmodalität sie erlebt wird, als sicher konnotiert wird. Schutz entsteht viertens, indem eine Grenze der Intensität aufgezeigt wird. Diese Grenze kann natürlich nicht für alle Patienten in einer Gruppentherapie gleich sein, denn wo der eine noch ein sehr positives Erlebnis im Inneren hat und dabei genügend Schutz empfindet, dort kann für den Anderen die Erlebnisaktivierung bereits über der Grenze der Retraumatisierung liegen. Deshalb muß die Grenze *inersubjektiv* gezogen werden, aber durch den Therapeuten, weil der in Rede stehende Patient mit ich-struktureller Störung eben nicht immer fähig ist, die für ihn subjektiv sinnvolle Grenze gegenüber möglicher Retraumatisierung selbst genau festzulegen. Dies ist mit hypnotherapeutischen Mitteln sehr gut möglich, indem man die innerseelische Grenze suggeriert und stärkt mit Interventionen wie "Nur soweit es für Dich gut ist". Eine solche Intervention ist geeignet, die *Schutzfunktion* zu etablieren bzw. zu stärken. Ähnliche Formulierungen sind:

- "Und in dem Maß, wie es für Dich günstig ist" (Sicherheit der Intensität)
- "(Nur) soweit es für Dich gut ist" (Sicherheit der Intensität)
- "Und da Deine Seele schon weiß, welche Form der Entspannung in welchem Maß für Dich richtig ist" (Sicherheit der Modalität und Intensität)
- "Wenn es für Dich gut ist" (Sicherheit des Zeitpunkts)
- "Und während ein Teil von Dir gleichzeitig Sicherheit geben kann, kann ein anderer Teil gleichzeitig in eine tiefere Entspannung gehen, so daß dieser Teil ganz individuell und ganz persönlich nur für Dich einer tieferen Botschaft aus Deiner Seele begegnen kann, während gleichzeitig ein anderer Teil aufmerksam über Dich wachen kann" (Sicherheit in der und durch die Dissoziation).

Daneben gibt es Interventionen, die direkt eine *schützende Instanz* installieren, z.B. mit den Worten: "Da es eine Instanz in Dir gibt, die schon weiß, was für Dich gut ist" (Garantie der schutzgebenden Einheit).

e) Möglichkeiten und Freiheitsgrade

Ferner suggerieren wir häufig Freiheit und Wahlmöglichkeiten. Die ganze Erzählung, die Metamorphose-Geschichte, wird als Möglichkeit eingeführt, der man folgen kann. In gleicher Weise können die Geschichte und jeder neue Schritt als eine Möglichkeit eingeführt werden ("Und Du kannst Dich auf einen Weg machen, soweit es für Dich richtig ist. Und wenn es für Dich an der Zeit ist"). Die Suggestion von Möglichkeiten impliziert Freiheitsgrade und umgekehrt.

Freiheit wird suggeriert z.B. mit den Worten: "Und meine Worte sind nur ein Geländer, welches Deine Seele soweit benutzen kann, wie es für sie gut ist, und jederzeit dann verlassen kann, wenn sie einen anderen Weg für sinnvoller empfindet, - und wieder zurückkehren kann zu meinen Worten, wenn es für sie gut ist."

Statt "meine Worte" kann man - je nach Intention "meine Stimme" oder "die Geschichte" einsetzen. Die Wortwahl "meine Stimme" ist besser als "die Geschichte", weil erstens der Rapport an die Stimme gekoppelt wird und zweitens die Stimme als etwas Konkretes geeigneter erscheint als der abstrakte Begriff "die Geschichte", und drittens wird "die Stimme" leichter als "die Geschichte" von der "wirklichen Geschichte" unterschieden, die nur jeder sich selbst erzählen kann. Mit der Stärkung von Freiheitsgraden wird Autonomie gestärkt und Ich-Stärkung erzielt.

f) Erlaubnis

Weitere Interventionen zielen darauf ab, *Erlaubnis* zu geben. Erlaubnis wird implizit durch den Kontext gegeben. Sie wird aber auch explizit gegeben z.B. mit Suggestionen wie: "Du kannst Dich auf eine Reise ... begeben ... und in Deiner Zeit ..."

Wesentlich für die Ich-Integration scheint mir, *Erlaubnis zweiten Grades* zu geben, d. h. die Erlaubnis, Erlaubnis zu geben. Das geschieht mit Interventionen wie: "Und Du kannst, wenn es für Dich an der Zeit ist, frei entscheiden, ob ... und inwieweit ... ausprobieren ... und diese Entscheidung jederzeit zurücknehmen, obwohl ..."

g) Widerstand

Die Traumreise bietet auch die Möglichkeit, einen Widerstand in positiver Weise zu umgehen. Wenn auch die "Traumreise" formal in gewisser Weise einen Antipoden zu der auf starken Ausdruck abzielenden "emotionalen Arbeit" darstellt, so ist beiden - in tieferer Analyse - doch gemeinsam, daß sie die Möglichkeit eröffnen, unter Umgehung eines Widerstandes (z.B. eines Zensors, eines für die weitere Gesundung bzw. das weitere Wachstum deletären seelischen Verarbeitungsmusters etc.) zu tieferen Schichten, Konflikten, aber auch Ressourcen vorzudringen.

Damit ist natürlich weder der Widerstand beseitigt noch die Notwendigkeit aufgehoben, im Einzelfall den Widerstand im psychoanalytischen Sinn zu bearbeiten. Aber der Patient findet Anschluß an den Zustand, der bestünde, wenn der Widerstand, Zensor o. ä. nicht vorhanden wäre. Er kann mindestens z. T. erleben wie er sich dann fühlen würde und welche Möglichkeiten er zur Verfügung hätte. Das Ansprechen von *verschiedenen Schichten* im Einzelnen vertieft nicht nur die Trance, sondern läßt häufig zu, Widerstände zu umschiffen, z.B.: "Und es kann sein, daß Du schon gespürt hast oder ahnst - obwohl Du vielleicht auch in der letzten Zeit oder seit längeren daran gezweifelt hast -, daß es eine Instanz in Dir oder in der Tiefe Deiner Seele gibt, die schon weiß, was für Dich gut ist und was Deiner Gesundheit zuträglich ist. Und deshalb kann es jetzt sinnvoll sein, in einen Zustand zu gehen, der es Dir erlaubt, leichter eine Botschaft aus dem Inneren, die vielleicht schon seit längerem da ist, wahrzunehmen, soweit es für Dich gut ist, wenn auch vielleicht Dein Verstand oder Deine Vernunft oder ein anderer Teil Deiner Seele es noch nicht weiß."

h) Individuation

Bei der Traumreise geht es um Individuation in dreifacher Hinsicht:

- a) Individuation (konventionell verstanden) als Persönlichkeitsreife im Sinne des Ausgleichs unterschiedlicher seelischer Anteile, auch unterschiedlicher Anteile der persona im Individuum. Darüber hinaus
- b) Individuation in dem Sinn, daß die Ganzheit auch die Beziehung zur Gemeinschaft beinhaltet ("soziale Individuation"). Deshalb geht es auf der einen Seite um eine sehr individuell gesehene Begegnung des Einzelnen mit tieferen Seelenschichten ("Botschaft aus dem Inneren"), zum zweiten um die Integration bisher abgespaltener ("positiver" oder primär als "negativ" erlebter) Teilpersönlichkeiten, wobei hier die Intervention der Traumreise bzw. die Therapiemethode der Traumreise gerade eine Umkonnotierung von bisher abgewehrten Anteilen zu potentiell positiv ergänzenden Persönlichkeitsanteilen bedeutet.
- c) Individuation verstehen wir nicht nur als eine intraindividuelle Integration verschiedener Persönlichkeitsanteile (welche zum Teil verschiedenen biographischen Abschnitten bzw. Einflusssbereichen entsprechen können) sondern als eine interindividuelle Integration, wobei der Einzelne sich mit seinen sowohl bejahten wie bisher abgewehrten Persönlichkeitsanteilen als interaktionstüchtig im aktiven wie im passiven Sinn ("sich zu zeigen" bzw. "gesehen zu werden") erlebt.

i) *Erzählung*

Wir benutzen die Form einer Gruppentrance, wobei nicht primär die Geschichte die Trance induziert, vielmehr wird eine Trance induziert und die Geschichte ist in die Trance eingebettet. Dabei vertieft die Geschichte die Trance häufig noch (vgl. Lankton & Lankton, 1999). Andererseits gibt es an vielen Stellen der Geschichte Möglichkeiten, die Trance zu vertiefen, z.B. mit eingebetteten Suggestionen (Revenstorf & Freund, 2001).

Die Geschichte ist Erzählung auch in dem Sinn, daß sie wie das Märchen eine quasi-traumartige Wirklichkeit repräsentiert.

Von der theoretischen Position her folgen wir damit einem narrativen Konstruktivismus. Die Interventionen zielen darauf ab, daß Souveränität über sich selbst und über die eigene Geschichte beim Ich des Subjektes angesiedelt ist. Damit erfolgt eine indirekte Suggestion in Richtung Ich-Stärkung.

Die Erzählung ist ein Als-ob; und damit ist sie weniger bedrohlich als wenn sie durch direkte Suggestion nur die Wahl ließe, der vorgegebenen Geschichte zu folgen oder ganz auszusteigen. Formal wird betont, daß jeder sich selbst und seine Geschichte schafft.

j) *Bemerkung zur Ich-Integration*

Gerade in Trance kann Ich-Integration geschwächt aber auch gestärkt werden, weil es möglich ist, den üblichen Widerstand zu umgehen. Bei Patienten, die zur Dissoziation neigen (und den jeweils anderen Zustand abwerten), kann die Erlaubnis zur Dissoziation drei neue psychische Konnotationen bedeuten:

- a) Der jeweils andere Anteil muß nicht abgewertet werden.
- b) Es wächst ein synthetisches Ich, welches die beiden Teile (den bejahenden und den abgewehrten Teil) als gemeinsame Möglichkeiten vereint sieht. Je nach Intervention kann das als positiv erlebt werden.
- c) Mit der Erlaubnis, daß Dissoziation sein darf, liegt die Möglichkeit nahe, daß Dissoziation sich auch wieder aufheben darf.

k) *Wechsel zwischen innen und außen*

Der Wechsel zwischen "innen" und "außen", zwischen einem subjektiv als Innenbereich erlebten seelischen Raum und einem als Außenbereich erlebten Bereich seelischer Wahrnehmung ist prototypisch für den Wechsel zwischen verschiedenen seelischen Zuständen. Dies gilt auch für die Dichotomie bzw. den Übergang zwischen dem Selbst-Konzept des Einzelnen als krank und als gesund. Bewusst erlebte Wechsel zwischen innen und außen schaffen Freiheitsgrade. Eine Reihe solcher Wechsel und Übergänge wird in der Traumreise vorgegeben bzw. kann genutzt werden. Einige seien erwähnt:

- in Trance / im Normalbewußtsein
- in der Geschichte / außerhalb der Geschichte
- der Stimme des Therapeuten folgend / der eigenen Geschichte folgend
- aktiv / passiv

- allein / in Gemeinschaft
- Dissoziation bejahend (sowohl der Zustand der Dissoziation als auch der undissoziierte Zustand)
- die Traumreise mit dem kritischen Verstand verfolgen / sich von Bildern ziehen lassen, sich der Geschichte anvertrauen
- Traumreise, innerliche Eindrücke / Ausdruck beim späteren Malen und Besprechen

Die Traumreise kann bewußt, halbunbewusst oder unbewusst als eine Zeit und ein Kontext angesehen werden, der es ermöglicht, aus sich herauszutreten, um dann sicher wieder zu sich zurückzukehren.

l) *Ausleitung*

Die Ausleitung erfolgt in der üblichen Form. Sie kann indirekt eingeleitet werden, z.B. "Und bevor Du auftauchst, kannst Du Dir alle Zeit der Welt nehmen, noch einmal den inneren Weg zu betrachten - alle Zeit der Welt, aber nur zwei Minuten der äußeren Zeit." Die indirekte Bahnung kann manchmal sinnvoll sein, ist aber nicht notwendig. Wir verwenden häufig: "Ich zähle bis drei. - Eins: Du tauchst auf. - Zwei: frei und wohl. - Drei: Du bist hellwach, voll konzentriert, hier zurück in Raum und Zeit und in der Gemeinschaft." Eine andere Möglichkeit ist die von Jeff Zeig benutzte: "You take one or two deep breaths ..." (vgl. auch Revenstorf & Freund, 2001).

5. *Zur Begriffsgeschichte der Metamorphose*

Metamorphose heißt Formveränderung im Sinne von Formwandlung. Der Begriff wird in Biologie und Geologie benutzt, ist aber auch aus der Mythologie bekannt. Metamorphose bedeutet Veränderung im Sinne von Wachstum, jedoch eines diskontinuierlichen Wachstums von der Art, daß sich die Form, die Gestalt verändert. Der Begriff impliziert Veränderung und Identität.

Beginnend mit den antiken griechischen und römischen Mythen zieht sich Metamorphose als Prinzip und als Herausforderung als ein motivischer Strang durch die abendländische Literatur. Metamorphose ist eine Kategorie unseres Denkens. Metamorphose erscheint als die Möglichkeit, ganzheitlich zu wachsen in dem Sinne, daß der Einzelne mehr so wird, wie er "eigentlich" ist, also als eines Individuationsschrittes, andererseits aber als gefährliche Möglichkeit des Scheiterns. Auch in der indischen Götterwelt ist Metamorphose ein durchgängiges Thema. In der Terminologie Jungs kann man Metamorphose wohl als ein archetypisches Prinzip bezeichnen.

Die klassische literarische Darstellung findet sich in Ovid's "Metamorphosen". Ovid betont oft auch das Abrupte des Übergangs von einer Form zu anderen. Er schildert Beispiele, in denen die Individualität gerettet wird, indem sich die äußere Gestalt verändert, z.B. die dramatische Verwandlung der von Apoll verfolgten Daphne in einen Strauch, eine Szene, die in einzigartiger Weise von Bernini in Marmor gehauen wurde (heute im Museum Villa Borghese, Rom).

In anderen Beispielen wandelt sich nicht die äußere Gestalt, sondern das Innenleben, wie z.B. bei Niobe, die sich von der "glücklichsten Mutter" grundlegend veränderte ("et felicissima matrum dicta foret Niobe si non sibi visa fuisset"), als sie plötzlich durch die neidischen Götter

ihrer Kinder beraubt war: "Heu quantum Niobe Niobe distabat ab illa!" (O, wie sehr unterschied sich Niobe von jener vormaligen Niobe!)

Die Metamorphose von der Raupe zum Schmetterling wurde oft in der Literatur genannt als Bild der Befreiung der Seele. Schließlich stellt Goethe in "Selige Sehnsucht" die Verwandlung des Schmetterlings in eine Flamme als Muster hin. Er erhebt das Metamorphose-Prinzip "Stirb und werde!" zur Maxime menschlicher Existenz (Goethe, 1817).

Metamorphose im übertragenen, psychologischen Sinn kann im Zusammenhang mit den zweifelsfrei unterschiedlich und häufig unscharf gebrauchten - Begriffen von "Persönlichkeit" und "Individuum" verwendet werden. Der Begriff der Metamorphose beleuchtet ein zentrales Problem der Psychotherapie, besonders bei Persönlichkeitsstörungen, nämlich das Problem von Identitätserhalt bei gleichzeitiger Personveränderung. Metamorphose in diesem Kontext meint, daß eine Gestalt sich verändern kann und soll, um gerade der Identität zu einem neuen, im günstigen Fall größeren Ausdruck zu verhelfen.

Dabei steht die Person im Sinne einer bestimmten, den Einzelnen kennzeichnenden Struktur des psychischen Apparats oft einer Erweiterung, Erneuerung ihrer selbst entgegen. Eine zu starre, zu rigide persona ist meist verstehbar als Schutz gegen Bedrohung, z. B. Ich-Fragmentierung. Bei Personen, denen aufgrund der beschriebenen traumatischen Störungen eine geringere Fähigkeit zur Integration gegeben ist, werden Veränderungen, wenn sie ein gewisses Ausmaß überschreiten, d. h. wenn das Ausmaß dessen, was für das System "neu" ist, eine gewisse Intensität überschreitet, als zu bedrohlich empfunden. Das Ich wehrt sich gegen die Gefahr der Ich-Fragmentierung dadurch, daß es neue Informationen bzw. Veränderungen der eigenen Person abwehrt. Bei ich-strukturellen Störungen kommt es häufig zu einem überstarken Festhalten an der persona, weil Ich-Fragmentierung (unbewußt) befürchtet wird. Traumatisierte Menschen wären dann in diesem Bild solche, die an der persona festhalten und sich gegenüber dem "Stirb und werde" aus biographischen Gründen abschotten, welches auch unbewußt folgen muß. Diese Abwehr von Veränderungen der Person bzw. das besonders starke Festhalten an der persona gelingt aber nur bis zu einem gewissen Grad. Bei Pubertät, Verliebtheit, Geburt eines Kindes, Krankheit, Tod von Bekannten u. ä. "Stressoren", die in jedem Leben auftreten und die jedes Leben auch verändern, droht tendenziell die Gefahr der Ich-Fragmentierung; der Betroffene recurriert auf angestammte Verarbeitungsmethoden, z.B. die Dissoziation.

Dissoziation ist - wie oben ausgeführt - nicht nur als Abwehr im tiefenpsychologischen Sinn zu verstehen, sondern als eine positiv zu wertende Möglichkeit. Gleichzeitig kann eine zu rigide persona Veränderung im Sinne von Individuation verhindern. Die Aufgabe hieße dann, die persona (auch als die lebensgeschichtlich gewachsene Form, als Rolle verstanden) zu verändern, um genau dem Individuum, der Individualität zu einem neuen Zustand, einer neuen Ausdrucksform, einer neuen Existenz, einer neuen "Emanation" zu verhelfen. Dazu bieten hypnotherapeutische Methoden wie die dargestellte Traumreise eine gute Möglichkeit. Die Metapher "Metamorphose" (Formveränderung) steht in der Traumreise für Änderung der Ich-Organisation in diesem Sinn.

Die Erprobung einer Metamorphose in Trance und mit genügend innerem Schutz bahnt die Veränderung der persona, um dem Individuum zum Ausdruck zu verhelfen, bzw. bewirkt, daß

die Verwandlung in der Binnenwahrnehmung als möglich angesehen und auch auf der emotionalen Ebene als möglich erlebt wird.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual. Bern: Huber.
- Benjamin, L.S. (1996). Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders, (2 nd ed.). New York, London: The Guilford Press.
- Butollo, W. (1996). Selbsterstützung, Kontakt und Dialog als Komponenten in der integrativen Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen. *Hypnose und Kognition*, 13 (1+2), 5-22.
- Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (1999). Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. München: Pfeiffer.
- Butollo, W., Krüsmann, M. & Hagl, M. (1998). Leben nach dem Trauma. Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen. München: Pfeiffer.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L. & Rossi, S.L. (1994). Hypnose. Induktion, therapeutische Anwendung, Beispiele. München: Pfeiffer.
- Erickson, M. H. (1999). Meine Stimme begleitet Sie überall hin. Ein Lehrseminar. Hrsg. und kommentiert von J. K. Zeig. Stuttgart: Klett-Cotta [7. Aufl.].
- Fromm, E. (1984). Hypnoanalysis: With particular emphasis on the borderline patient. *Psychoanalytic Psychology*, 1, 61-76.
- Fromm, E. & Nash, M. R. (1996). Psychoanalysis and Hypnoanalysis. New York: International Universities Press.
- Goethe, J. W. v. (1994). Selige Sehnsucht. In J. W. v. Goethe: West-östlicher Divan. Sämtliche Werke, Bd. 3/1. Frankfurt: Deutscher Klassiker-Verlag, S. 24 ff [Erstveröffentlichung des West-östlichen Divan 1817].
- Greenberg, L.S., & Rice, L. N. (1996). Facilitating Emotional Change: The Moment-By-Moment Process. Guilford Publications.
- Kluft, R. P. (1995). Zur Anwendung hypnotischer Interventionen bei der Behandlung von Dissoziativen Identitätsstörungen, *Hypnose und Kognition*, 11, 13-33.
- Lankton, S., & Lankton C. (1999) Geschichten mit Zauberkraft. 3. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta.
- Leuner, H. (1992). Katathymes Bilderleben. In R. Battegay, J. Glatzel, W. Pöldinger, U. Rauchfleisch (Hrsg.): Handwörterbuch der Psychiatrie. Stuttgart, Enke, 2. Aufl., S. 251-257.
- Linehan, M.M. (1993). Cognitive - behavioral therapy for Borderline Personality Disorder. New York: The Guilford Press.
- Maercker, A. (Hrsg.) (1997). Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. Heidelberg, Berlin: Springer.
- Matussek P. (1971). Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer.
- Murray-Jobsis, J. (1992). Hypnotherapy with severely disturbed patients: Presentation of case studies. In W. Bongartz (Hrsg), Hypnosis: 175 years after Mesmer - Recent developments in theory and application (S. 301-308). Konstanz: Universitätsverlag.
- Ovid (o. J.). Metamorphosen. Lateinisch-deutsch. Hsbg. von N. Holzberg. Düsseldorf: Artemis und Winkler.
- Peter, B. (1992). Hypnoanalyse: Der Beitrag von Erika Fromm. *Hypnose und Kognition*, 9 (1+2), 58-84.
- Peter, B. & Revenstorff, D (2001) Kontraindikationen, Bühnenhypnose und Willenlosigkeit. In D. Revenstorff & B. Peter (Hrsg.) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Heidelberg:

Springer.

- Revenstorf, D. & Freund, U. (2001) Indirekte Induktion und Kommunikation. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Heidelberg: Springer.
- Stadtmüller, G., Hewer, W. & Fritzsche, K. (1998). Therapeutische Gesprächsführung in der Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. In W. Rössler & W. Hewer (Hsbg.). Das Notfallpsychiatriebuch. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg (30-55).
- Stadtmüller, G., Schumm, P. (1998). Wem nützt Psychotherapie? APIS Arzt und Patient in Südtirol X/3, 34-44.
- Van der Hart, O. & Peter, B. (Hrsg.). (1995). Dissoziative Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeitsstörung) (Hypnose und Kognition, 12 (2). München: M.E.G.-Stiftung.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L.(eds.). (1996). Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: The Guilford Press.
- Wilke E. & Leuner H. (1989). Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin, Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.
- World Health Organisation (1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision, Geneva: WHO (dt: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (1994). 10. Revision. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg).
- Zindel, J.P. (2001) Hypnose mit frühgestörten und Borderline-Patienten. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Heidelberg: Springer.

Tales of metamorphosis as a tool of a hypnotherapeutic approach in patients with low ego-structure

Abstract: Patients with low ego-structure often tend to disintegrate. In classical textbooks hypnosis is regarded as problematic and possibly destructive in those patients. We argue that a specific sort of hypnotherapeutic approach may be especially helpful in these clients. Not only is it possible to use interventions that protect against fragmentation of the ego and facilitate and enforce integration of the ego. But it is also possible to establish a protecting structure within the patient, so that he can experience deeper trance and more diverging psychic contents without a damaging effect.

Key-words: low ego-structure, personality disorder, metamorphosis, trauma, Ericksonian group therapy

Godehard Stadtmüller, Dr.med.
Adula-Klinik
In der Leite 6
87561 Oberstdorf
e-mail: Godehard.Stadtmueller@t-online.de

erhalten: 26.06.01

revidierte Version akzeptiert: 16.01.02

Welchen Platz kann die Hypnose innerhalb eines komplexen Pflegesystems einnehmen? Am Beispiel der psychosozialen Rehabilitation

Eric Bonvin¹⁾

■ In diesem konzeptuellen Artikel möchten wir unser klinisches Experiment vorstellen, dem wir seit drei Jahren an der Abteilung für Rehabilitation des Departements für Erwachsenen-Psychiatrie an der Universität Lausanne (Grasset, Veillon & Meylan, 1996) in enger Zusammenarbeit mit dem Ausbildungszentrum für klinische Hypnose der Ling-Stiftung, Lausanne (Bonvin, 2000a) nachgehen. Der Zweck dieses Experiments ist, die Anwendung von klinischen Hypnose in das therapeutische Programm für psychosoziale Rehabilitation einzubinden, das wir unseren Patienten anbieten. Wir mussten zuallererst das klinische Umfeld der psychosozialen Rehabilitation und vor allem die spezifischen klinischen Situationen dieses Umfelds festlegen, für die die Anwendung von Hypnose angezeigt ist (Beruhigung des Leidens, vorbeugende Behandlung gegen Rückfälle und psychosoziale Rehabilitation). Bevor wir die klinische Phase in Betracht ziehen konnten, mussten wir uns mit zwei grundlegenden Fragen auseinandersetzen. Erstens: Kann die Anwendung von Hypnose mit psychotischen und schizophrenen Patienten in Betracht gezogen werden? Wenn ja: Kann die Anwendung von Hypnose in einem komplexen System wie dem unseren und auf lange Zeit in Betracht gezogen werden? Die Diskussionen zu diesen beiden Fragen erlaubten uns schließlich, unser Projekt auf konkrete Weise zu verwirklichen, indem wir auf effektive Weise die klinische Hypnose in unser Pflegeprogramm mit einer heterogenen Gruppe von 25 Patienten (innerhalb einer Gruppe von 120 Patienten, die allesamt unsere Pflegeeinheit besuchten) integrierten. Während ihres ambulanten Aufenthalts (durchschnittliche Dauer: 6 bis 48 Monate) konnten die Patienten regelmäßig an Hypnose-Sitzungen (im Mittel 5 bis 40 Sitzungen) teilnehmen, die in ihr Therapie-Programm integriert waren. Das Pflegeprogramm trug den Gesichtspunkten der Medizin, der Psychologie, der Krankenpflege, der Ergotherapie und der Physiotherapie Rechnung. Die Auseinandersetzung unseres Projekts mit der klinischen Realität führte zur Konzeptualisierung unseres Modells der "hypnosigenen Ergänzung". Die diesbezügliche Diskussion erlaubte uns, eine erste Bilanz zu ziehen und zu prü-