- torarbeit, Hannover.
- Klingberg, G., Berggren, U. & Norén, J.G. (1994). Dental fear in an urban Swedish child population: prevalence and concomitant factors. *Community Dental Health*, 11, 208-214.
- Korn, M. (1994). Bedarf und Stand der Integration psychologisch-sozialwissenschaftlichen und psychosomatischen Unterrichts im Studium der Zahnheilkunde in Deutschland und anderen europäischen Ländern. unveröff. Doktorarbeit, Hannover.
- Kunzelmann, K.-H. & Dünninger, P. (1990). Dental fear and pain: effect on patient's perception of the dentist. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 18, 264-266.
- Locker, D. (1989). *An introduction to behavioural science and dentistry*. London: Travistock/Routledge.
- Micheelis, W. & Bauch, J. (1991). Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Micheelis, W. & Bauch, J. (1993). Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Milgrom, P., Fiset, L., Melnick, S. & Weinstein, P. (1988). The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *Journal of the American Dental Association*, 116, 641-647.
- Neverlien, P.O. (1991). Dental anxiety in children and adults. unveröff. Doktorarbeit, Bergen, Norwegen.
- Peter, B. & Gerl, W. (1991). *Entspannung*. München: Mosaik.
- Peter, B.; Kraiker, C. & Revenstorf, D. (Hrsg.) (1991). *Hypnose und Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.
- Schneller, T. (1981). Verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Behandlung besonders ängstlicher Patienten. *Zahnärztliche Mitteilungen*, 71, 487-490.
- Schneller, T. (1988). Hinweise zur Angstreduktion in der zahnärztlichen Praxis. *Zahnärztliche Mitteilungen*, 78, 1687-1690.
- Schuurs, A.H.B., Duivenvoorden, H.J., Thoden van Velzen, S.K., Verhage, F., Eijkman, M.A.J. & Makkes, P.C. (1985). Sociodemographic correlates of dental anxiety. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 13, 212-215.
- Spiegel, D., Hunt, T. & Dondershine, H.E. (1988). Dissociation and hypnotizability in post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 301-305.
- Stouthard, M.E.A. & Hoogstraten, J. (1990). Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 18, 139-142.
- Tuutti, H. & Lahti, S. (1987). Oral health status of children in relation to the dental anxiety of their parents. *Journal of Pedodontics*, 11, 146-150.
- van Steenkiste, M. (1995). Der Zusammenhang zwischen Dentalangst und Zahngesundheit, Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen, Bildungsniveau und Nationalität bei 12jährigen Kindern. Unveröffentlichtes Manuskript, Waiblingen.
- von Quast, C. (1994). Hohe Streßbelastung der Zahnärzte. *Zahnärztliche Mitteilungen*, 84, 64-65.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.

Hypnosis and behavior therapy in the treatment of a needle phobia

Abstract: Behavior therapy has been shown to be a successful way to treat or at least reduce dental anxiety and needle phobia. People with hypnotic talent are overrepresented in these groups, which could mean that hypnosis could render the already successful behavioral techniques even more powerful.

Key words: Hypnosis, behavior therapy, dental anxiety, needle phobia.

Mats Mehrstedt, Dr.med.dent.

Horner Landstr. 173

22111 Hamburg

Die Technik der aktiven Introjektion des Therapeuten: Ein hypnoanalytischer Zugang bei tief gestörten Patienten

J. Philip Zindel

■ *Es wird eine neue hypnoanalytische Methode vorgestellt, in welcher der Therapeut über ein sogenanntes „Übergangssubjekt“ (Benedetti, 1987) eine intensive therapeutische Nähe herstellen kann, und somit über Möglichkeiten verfügt, strukturierend auf den Patienten einzuwirken, ohne dabei die Forderung nach Abstinenz zu verletzen. Der wesentliche Wirkmechanismus besteht darin, dass sich der Therapeut vom Patienten aktiv in dessen Bilderwelt in Form eines Symbols introjizieren lässt und von dieser Stellung aus seine therapeutischen Interventionen einbringt. Durch diese Methode ergeben sich insbesondere bei Patienten mit narzisstischen Störungen, bei Boderline-Patienten und auch bei schizophrenen Patienten interessante Möglichkeiten, Hypnose wirksam in eine Psychotherapie einzuflechten.*

1 Einleitung

Verschiedene Vorurteile und Vorstellungen standen lange Zeit einer Anwendung der Hypnose bei tief gestörten Patienten entgegen: Angst vor Verschlimmerungen, Erwartungen an Wunderheilungen oder die Behauptung, solche Patienten seien gar nicht hypnotisierbar oder therapiefähig. Diese Vorurteile sind aber schon seit längerem eindeutig und vielfach widerlegt. So wurde die Hypnotisierbarkeit psychotischer Patienten sowohl experimentell als auch klinisch nachgewiesen (Überblick in Pettinati, 1982). Die Therapierbarkeit psychotischer Patienten, zumindest einer Auswahl von ihnen, ist wissenschaftlich auch nicht mehr anfechtbar (siehe v.a. Benedetti, 1987). Zahlreiche Arbeiten belegen auch die Nützlichkeit der Hypnose bei tief gestörten Patienten (Brown & Fromm, 1986; Murray-Jobsis, 1992; Peter, 1992).

Gestützt auf die therapeutischen Konzepte, die Benedetti für die analytische Therapie von schizophrenen Patienten vorgeschlagen hat, wurde eine hypnoanalytische Technik entwickelt, welche in der Psychotherapie tief gestörter Patienten Fortschritte zu erleichtern vermag. In diesem Rahmen ist es nicht möglich, Benedettis Theorien auch nur im Überblick darzustellen, doch

müssen einige wenige Grundbegriffe vorweg erläutert werden, bevor die eigentliche Methode vorgestellt wird.

2 Theoretische Vorbemerkungen

Der tief gestörte Patient: Das quantitativ bedeutendste Indikationsfeld der Hypnose liegt ja einerseits in den neurotischen Störungen (Ängsten, Phobien, psychosomatische Krankheiten, usw.) und andererseits im Kreise der psychisch gesunden Patienten (Schmerzbekämpfung, Geburts- oder Prüfungsvorbereitungen, Stressbekämpfung, usw.). Diesen Fällen gemeinsam ist, dass eine Behandlung auf dem Fundament einer gesunden Grundstruktur des Patienten abgestützt werden kann und somit, wie man sagt, eine „ressourcenorientierte“ Arbeit möglich ist.

Es gibt aber Patienten, die nicht über solche Ressourcen verfügen, beziehungsweise die tiefe Strukturängel aufweisen, durch die eine „normale“ hypnotische Arbeit unmöglich oder sehr stark eingeschränkt ist. Diagnostisch wird man sie je nach Klassifizierungssystem in die Psychosen, Borderline-Störungen, in die narzisstischen oder Charakterneurosen, oder auch in die multiplen Persönlichkeiten einreihen können. Diesen tief gestörten Patienten gemeinsam ist eine pathologische Schwäche der grundlegenden Ich-Strukturen und schwere Behinderungen im Umgang mit der zwischenmenschlichen Nähe.

Ohne auf die Psychodynamik dieser Störungen näher eingehen zu können, müssen zwei Begriffe aus der Benedetti'schen Schule kurz dargestellt werden, die einerseits Kernstücke seiner Therapielehre darstellen, andererseits auch ausreichen, um danach den theoretischen Hintergrund der Technik verständlich zu machen.

Das Übergangssubjekt: Den ersten Begriff, „Übergangssubjekt“, schuf Benedetti, um ein komplexes Gebilde von gegenseitigen Phantasien und Träumen zu bezeichnen, die sowohl dem Patienten wie auch dem Therapeuten gehören. Das Übergangssubjekt entsteht auf der Grundlage dessen, dass der Therapeut sein Unbewusstes an der psychotischen Welt des Patienten partizipieren lässt, psychotische Teile des Patienten in sich aufnimmt, um sie durch den gesunden psychischen Metabolismus seines eigenen Unbewusstes zu Bildern zu verarbeiten, die er dann dem Patienten mitteilt. Diese Bilder sind somit ein gemeinsames Produkt beider und können somit eine Brücke über den Autismus bilden. Das Übergangssubjekt kann also auch beschrieben werden als ein therapeutisches Feld zwischen Patient und Therapeut, in welchem eine direkte, konstruktive Kommunikation von Unbewusstem zu Unbewusstem möglich wird.

Vom Übergangssubjekt Winnicotts (1953) dies sei nur kurz zur Klarstellung eingefügt unterscheidet sich das Übergangssubjekt dadurch, dass dessen Finalität in der Entstehung einer therapeutischen Symbiose liegt, während ersteres im Gegenteil der Auflösung einer Symbiose, nämlich zwischen Mutter und Kind, dient.

Die progressive Psychopathologie: Den Begriff der progressiven Psychopathologie prägte Benedetti, um den Umstand zu bezeichnen, dass im Verlaufe der Therapie eines psychotischen Patienten der Fortschritt nicht auf dem Weg der Einwirkung von Einsichten auf die Gefühlswelt stattfindet, sondern über eine allmähliche, unmittlere Entwicklung der pathologischen Bilder durch die Wirkung des Übergangssubjekts. Diese Progression äußert sich darin, dass ein psychisches Symptom, eine Halluzination beispielsweise, sich entschärft und eine allmähliche

Sinnggebung erfährt. Paranoisch wahrgenommene Verfolger entwickeln dann vielleicht allmählich ein anderes Interesse am Patienten als nur seine Zerstörung.

Diese beiden Begriffe, Übergangssubjekt und progressive Psychopathologie, wurden zwar im Zusammenhang von Therapien mit schizophrenen Patienten entwickelt, doch lassen sie sich mutatis mutandis auch auf die anderen Störungen der frühkindlichen Symbiose übertragen.

3 Hypnose als therapeutisches Werkzeug

Worin aber kann nun der Beitrag bestehen, den die Hypnose in diesem therapeutischen Modell zu leisten vermag?

Nach Gill und Brenman (1959) bewirkt die Hypnose eine Auflockerung der Ich-Grenzen. Auf den ersten Blick könnte dies nun gerade für die Hypnose den Status der Kontraindikation bei psychotischen Patienten besiegeln, und das wird auch allzu oft so angenommen. Bei genauem Hinsehen und mit der Idee des Übergangssubjekts im Gedächtnis öffnen sich aber genau da ungeahnte Möglichkeiten. Vorausgesetzt natürlich, diese Auflockerung der Ich-Grenzen wird als symmetrischer Prozess bei Patient und Therapeut eingesetzt, so müsste die Hypnose auf diesem Weg die oben erwähnte Kommunikation und gegenseitige Partizipation beider Unbewussten fördern. Diese Annahme hat sich in der klinischen Arbeit bestätigt.

Hypnose lässt sich auch als Vorgang intensiver Näheerfahrung verstehen (Zindel, 1994). Auf einen ganz kurzen Nenner gebracht kann die hypnotische Induktion verstanden werden als eine ritualisierte Abfolge von hochspezifischem Begrüßungsverhalten, welches dem schnellstmöglichen Etablieren einer tiefstmöglichen therapeutischen Intimität dient. Also auch unter diesem Gesichtspunkt erscheint die Hypnose als prädestiniertes Werkzeug, um bei Störungen der symbiotischen Nähe therapeutisch eingesetzt zu werden.

4 Technik der aktiven Introjektion des Therapeuten

Der Ablauf einer Sitzung wird im folgenden Schritt für Schritt beschrieben, und ein konkretes Fallbeispiel wird dabei jeden Schritt illustrieren. Bei diesem Fallbeispiel handelt es sich um eine 50jährige Patientin mit einer narzisstischen Neurose, die schon länger bei mir in analytisch orientierter Psychotherapie mit eingestreuten Hypnosensitzungen stand, und bei der immer deutlicher wurde, dass ihr Kernproblem in enormen Schwierigkeiten hinsichtlich zwischenmenschlicher Nähe bestand.

1. Induktion: Für die Einleitung der Hypnose gilt hier das einfache, allgemeine Gesetz, dass sie sich am sinnvollsten nach dem jeweiligen Patienten, dem jeweiligen Therapeuten, und der gegebenen Situation zu richten hat. Da die Patientin in unserem Fallbeispiel schon reichlich Erfahrung mit Hypnose hatte, reichte es als Induktion, sie einzuladen, einfach in Hypnose zu gehen, wann sie es wünschte. Plötzlich wendete sie sich in ihrem Drehsessel von mir ab und versank in ihre Bilderwelt. In anderen Situationen können aber ebensogut irgendwelche klassische Induktionsmethoden indiziert sein. Wichtig ist einzig, dass sich der Patient dabei soweit in ein Nähegefühl mit dem Therapeuten einlassen kann, wie es ihm im Moment möglich ist.

2. Imagination: Sobald sich die Trance ausreichend stabil eingestellt hat, wird der Patienten gebeten, eine in der Regel freie Imagination entstehen zu lassen. Unsere Patientin erlebte sehr

schnell ein Bild, das halb Altersregression, halb symbolhafter Entwurf war, wie sie als kleines Kind in einen Besenschrank eingesperrt war, außen alles schwarz und bedrohlich, innen hell, aber nicht weniger erschreckend wegen der Besen und Schürzen, die neben ihr hingen und die Präsenz der verhassten Mutter fortsetzten.

3. Einbringen des symbolisierten Therapeuten: Der nächste Schritt des Therapeuten besteht darin, in einem geeigneten Augenblick sich in das Bild des Patienten einzubringen, meist dann, wenn in der Imagination erste Elemente der beängstigenden Regungen (Angst, Wut etc.) auftreten. Der Patient soll dabei ein spontanes Bild entwerfen, das den Therapeuten auf symbolische Weise darstellt. Entscheidend sind dabei zwei Dinge: Erstens muss das Bild wirklich symbolischen Charakter haben und nicht einfach ein Abbild des Therapeuten sein. Zweitens muss der Therapeut insistieren, dass er tatsächlich in die Imagination einbezogen wird. Seine reale Existenz in der Therapiesitzung soll in die innere Bilderei einfließen. Bei unserer Patientin verlief dieser Schritt folgendermaßen: Als ich bei ihr deutliche Angstzeichen beobachtete, fragte ich sie: „Wo bin ich in Ihrem Bild?“, worauf sie mir antwortete, sie habe mich gänzlich aus diesem Bild ausgeschlossen, dort existiere niemand. So insistierte ich: „Sie hören aber meine Stimme, also bin ich irgendwie bei Ihnen. Wo bin ich? Und wer oder was bin ich?“ Darauf ihre Antwort: „Sie sind die Rückwand des Besenschrankes. Ich spüre Sie zehn Zentimeter hinter mir.“

Bei anderen Patienten wurde ich so schon zur goldenen Statuette, oder zum Lichtstrahl aus einem fernen Stern, oder zum süffisanten Zuschauer einer Folterszene. Meist drückt das symbolische Bild eine positive Übertragung aus, doch kann sie auch negativ sein, wie im letzten Beispiel. Ausnahmsweise kann sich der Therapeut, am ehesten bei schizophrenen Patienten, selber in einem Bild definieren, indem er aus seinem eigenen Unbewussten ein entsprechendes Symbol schöpft, das zwar ein Produkt seiner eigenen Kreativität darstellt, aber durch die Partizipation seines Unbewussten an dem des Patienten im wesentlichen aus Bausteinen von dessen Welt geschaffen wurde.

4. Identifikation des Therapeuten mit dem Bild: Sobald der Patient eine solche symbolische Darstellung des Therapeuten gefunden und geschildert hat, muss sich der Therapeut in dieses ihm zugeordnete Bild möglichst intensiv hineinversetzen. Dieses Bild soll ja ein „Übergangssubjekt“ nach Benedetti werden und muss aus Anteilen von beiden Partnern bestehen. Am nützlichsten wird es sein, wenn der Therapeut selber in eine parallele Trance geht. Diese Identifizierung mit dem vom Patienten entworfenen Bild ermöglicht ihm nun einerseits, seine Übertragungsposition zu orten, aber noch mehr, aus dieser Position heraus seine therapeutische Phantasie dergestalt in Gang zu bringen, dass sie Bilder und Anregungen produziert, welche der Lage und Sprache des Unbewussten des Patienten möglichst genau entsprechen. In unserem Fallbeispiel musste ich mich also innerlich in eine Besenschrankrückwand einfühlen: Flach, starr und zur Inaktivität gezwungen, aber immerhin Rückendeckung spendend.

Heikler liegen die Dinge, wenn die ausgedrückte Übertragung deutlich negativ geprägt ist, wie im Beispiel des süffisanten Zuschauers der Folterszene. Hier muss sich der Therapeut trotz allem bemühen, sich in die Rolle eines süffisanten Zuschauers einzufühlen allein schon deshalb, um diese aggressiven Anteile des Patienten besser wahrnehmen zu können und doch gleichzeitig seine positiven Gefühle dem Patienten gegenüber einfließen zu lassen, um so in sei-

nem eigenen Innern die progressive Psychopathologie vorwegzunehmen.

5. Aktionsweise des introjizierten Therapeuten: Für den so mit dem Bild identifizierten Therapeuten bestehen nun grundsätzlich drei Interventionsmöglichkeiten, die in folgender Hierarchie eingesetzt werden können:

- a) Rein empathisches, schweigendes Begleiten, solange der Patient seine Imagination selber bewältigen kann. Der Therapeut beschränkt sich darauf, seine eigenen Phantasien und Gefühle in der parallelen Trance minutiös zu beobachten. *So fühlte ich mich als Besenschrankrückwand über eine lange Strecke Hilfe genug und schwieg.*
- b) Spürt der Therapeut aber, dass er seine Präsenz aktiver einbringen oder aufrechterhalten muss, so kann er sich nach den Gefühlen, Absichten oder den Möglichkeiten seines Bildes erkundigen, also beispielsweise: „Was empfindet die Wand, angesichts Ihrer Angst?“ Im normalen Wachzustand würde eine solche Frage natürlich als völliger Unfug erscheinen. In Hypnose jedoch, in der eine andere Logik, die sogenannte Trancelogik (Orne, 1959) gilt, wird ein solches Fragen absolut sinnvoll und entsprechend auch beantwortet. *Auf die Frage antwortete meine Patientin: „Die Wand bleibt da und zieht sich nicht zurück“, und drückte somit Vertrauen aus.*
- c) Als dritte Möglichkeit, vor allem bei psychotischen Patienten oder bei Borderline-Patienten in psychotischen Phasen, werden manchmal aktivere und direktere Interventionen notwendig, in welchen der Therapeut in der Ich-Form Initiativen ergreift. *Einer anderen Borderline-Patientin, die in ihrem Bild mit weit aufgerissenem Bauch am verbluten war, alle Eingeweide an der Luft, entsetzliche Qualen litt, und daran war, sich aufzugeben, schlug ich vor, als Arzt könne ich ihren Bauch wieder zunähen, was wir in der gemeinsamen Phantasie dann auch taten. Für sie wurde dies ein erschütternd schönes Erlebnis und ein Wendepunkt in der Therapie.* Es ist trotzdem vorzuziehen, mit solchen Aktivitäten zurückhaltend zu sein und sie nur im wirklichen Bedarfsfall einzusetzen, um nicht der Kreativität des Patienten vorzugreifen.

Im Verlaufe einer solchen Therapie oder genauer gesagt im Verlauf einer Sequenz, in der mit dieser Methode gearbeitet wird kommt es natürlich immer wieder vor, dass der Therapeut je nach Szenenwechsel auch seine Gestalt wechseln muss.

Unter dem Schutz der Besenschrankwand konnte die Patientin mit der Zeit den Mut aufbringen, den Schrank zu verlassen, der übrigens nicht mehr dieselbe Funktion besaß, und sich in die Welt hinauszuwagen. Doch damit war ich bei weitem nicht überflüssig geworden, sondern ich musste nun fragen, wer oder was ich jetzt in dieser Welt sei. Und für die nächste therapeutische Etappe wurde ich eine Laterne, welche sie zuerst in der Hand hielt, die sie sich später sogar um den Hals hängen musste, um sich durch einen finsternen Gang durchtasten zu können. Diese Wechsel sind insofern sehr willkommen, als sie verlässliche Anhaltspunkte über den Verlauf der Behandlung liefern.

Für den Abschluss der Sitzung ließe sich das wiederholen, was für die Induktion gesagt wurde: eine flexible Handhabung ist angesagt. Ein bewährtes Vorgehen besteht darin, etwa fünf bis zehn Minuten vor Ende der Sitzung den Patienten zu fragen, ob er noch innerlich etwas zu Ende führen müsse, um für heute mit einem guten Gefühl die Sitzung abschließen zu können. Es ist natürlich gut, darauf noch einzugehen, bevor man in gewohnter Weise Abschied von der Hypnose nimmt.

Zum Abschluss einer Sitzung wünschte sich meine Patientin spontan, vor der Rückkehr in den Wachzustand sich noch als Schmetterling im Raupenzustand zu fühlen, um gewissermaßen das schöne Erlebnis in der Hypnose sicher für das nächste Mal aufzubewahren. Nie musste ich bei diesem Vorgehen erleben, dass der Patient dies für eine unnötige Verlängerung der Sitzung missbraucht hätte.

5 Bemerkungen zum allgemeinen Verlauf

Anwendungsform

Die hier vorgestellte Methode ist natürlich niemals gedacht als Technik, welche stur über die Dauer einer ganzen Therapie als einziges therapeutisches Mittel eingesetzt werden soll. Sie wird entweder von Fall zu Fall, vielleicht mehrmals hintereinander, in logischer Abfolge eingesetzt, um Blockierungen zu lösen. Sie kann aber auch nur sporadisch, bei Bedarf in einzelnen Sitzungen angewandt werden.

Voraussetzungen

Eine erste Voraussetzung für eine nützliche Anwendung dieser Methode ist eine stabile therapeutische Beziehung, ohne die eine Hypnose viel zu oberflächlich bleiben würde. Eine andere, unabdingbare Voraussetzung besteht in der inneren Bereitschaft des Therapeuten, sich wirklich in das Abenteuer des Übergangssubjekts persönlich einzulassen, d.h. im Leiden des Patienten mitzuschwingen und darin die eigene therapeutische Phantasie wirken zu lassen. Ohne diese Bereitschaft würde die Methode zu einer nutzlosen Übung verfallen, da den Phantasien des Therapeuten die nötige Echtheit fehlen würde.

Wirkungen

Im Verlaufe einer Folge von Sitzungen lässt sich beobachten, wie sich das Bild des Therapeuten beziehungsweise des Übergangssubjekts in Richtung einer immer größeren Differenziertheit und Realitätsnähe, als Ausdruck einer zunehmenden Selbständigkeit des Patienten, entwickelt.

In unserem Fallbeispiel entwickelte sich die Besenschränkrückwand, ein statischer Schutz, zu einer Laterne, einem Licht bringenden Hilfsmittel, um schließlich am Ende der Therapie zu einem freundschaftlichen Begleiter, der meinen Vornamen trug, zu werden.

Mit dieser Methode lässt sich nicht nur eine therapeutische Arbeit im Bereich der symbiotischen Beziehungen bewerkstelligen, es lassen sich auch lange Phasen blockierender, negativer Übertragung vermeiden. Die Funktion des Aufkommenlassens einer negativen Übertragung in einer klassischen Psychoanalyse liegt ja darin, die verdrängten, bösen, inneren Bilder in einer konkreten Beziehung lebendig erfahrbar zu machen, um sie im Lichte der realen Wohlgesinntheit des Therapeuten konstruktiv verarbeiten zu können. Mit anderen Worten kommt der Übertragung also eigentlich dieselbe Rolle zu wie der Hypnose: nämlich innere Bilder zu aktivieren, um sie bearbeitbar zu machen. Sind also die negativen Gefühle, wie in der Hypnose, zwar lebendig und aktuell, aber nicht gegen den Therapeuten gerichtet, so ist es für den Patienten viel einfacher, die Übertragung von der Realität zu trennen. Und auch der Therapeut kann sich viel einfacher auf seine strukturierende Arbeit konzentrieren.

In allen Fällen konnte beobachtet werden, wie auch nach einzelnen Sitzungen, die mit dieser Methode stattgefunden hatten, beim Patienten mehr Mut und mehr Vertrauen entstanden waren. Dies beruht sicher einerseits darauf, dass der Patient die engagierte Bereitschaft des Therapeuten, auf sein Leiden auch affektiv einzugehen, unmittelbar spüren konnte, andererseits auch darauf, dass die Freiheit, ein Bild seines Therapeuten entwerfen zu dürfen, auch spürbar machte, dass er seinen Therapeuten in einem gewissen Sinn „in der Hand“ haben konnte, ohne ihn oder die Therapie dabei zu lähmen. Dieses Faktum ist gerade bei Störungen der symbiotischen Phase von großer therapeutischer Bedeutung.

Last but not least konnte in allen Fällen auch der Therapeut selbst eine große Bereicherung seiner therapeutischen und menschlichen Erfahrung erleben, indem ihm die Dynamik des Leidens des Patienten nicht nur verständlicher sondern vor allem nachföhlbarer geworden war.

Literaturangaben

- Benedetti, G. (1987). *Psychotherapy of schizophrenia*. New York: University Press.
- Brown, D.P. & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Gill, M.M. & Brenman, M. (1959). *Hypnosis and related states: Psychoanalytic studies in regression*. New York: International Universities Press.
- Murray-Jobson, J. (1992). *Hypnotherapy with severely disturbed patients: Presentation of case studies*. In W. Bongartz (Ed.), *Hypnosis: 175 years after Mesmer (301-308)*. Konstanz: Universitäts Verlag.
- Orne, M.T. (1959). *The nature of hypnosis: Artifact and essence*. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 277-299.
- Peter, B. (1992). *Hypnoanalyse: Der Beitrag von Erika Fromm*. *Hypnose und Kognition*, 9(1+2), 58-84.
- Pettinati, H.M. (1982). *Measuring hypnotizability in psychotic patients*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 30(4), 404-416.
- Winnicott, D.W. (1953). *Transitional objects and transitional phenomena: A study of the first not-me possessions*. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97.
- Zindel, J.P. (1992). *Hypnosis in the psychotherapy of schizophrenic and borderline patients*. In W. Bongartz (Ed.), *Hypnosis: 175 Years after Mesmer (309-314)*. Konstanz: Universitäts Verlag.
- Zindel, J.P. (1994). *Die Hypnose als Werkzeug therapeutischer Nähe*. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 10(1), 23-33.

The technique of the active introjection of the therapist: A hypnoanalytic approach for severely disturbed patients

A new hypnoanalytic technique is presented which enables the therapist to establish an intense therapeutic closeness by means of a so-called „transitional subject“ (Benedetti, 1987). Thus he has at his disposal ways to act on the patient in a structuring way without violating the rules of abstinence. The essential mode of working consists in the fact that the therapist lets himself introjected into the hypnotic imagery of his patient in form of a symbol and that he uses this position to introduce his therapeutic interventions. This method yields interesting possibilities to integrate hypnosis into an analytically oriented psychotherapy in an effective way, especially for patients with narcissistic, borderline or schizophrenic disorders.

Key words: Hypnoanalysis, introjection, transitional subject, severely disturbed patients, imagery

J. Philip Zindel, Dr.med.
Leonhardsgraben 2
CH-4051 Basel