Hypnoanalyse: Der Beitrag von Erika Fromm

Burkhard Peter¹

Zusammenfassung: Der Artikel gibt einen kurzen Überblick über den Beitrag Erika Fromms zur Hypnoanalyse, d.h. zur Anwendung von Hypnose und hypnotischen Techniken in der Psychoanalyse. Nach der Darstellung der zugrundeliegenden theoretischen Konzepte werden Themen der praktischen Anwendung besprochen, insbesondere auch die hypnoanalytische Behandlung von schweren Störungen wie z.B. bei narzißtisch gestörten, Borderline- und psychotischen Patienten. Hypnoanalyse erweist sich als erprobtes Verfahren, welches den Verlauf einer Psychoanalyse intensiver, wirkungsvoller und damit auch kürzer gestalten kann.

Nach Freuds Verdikt trennten sich die Wege von Hypnose und Psychoanalyse. Libidotheorie und klassische Suggestionstheorie (Bernheim, 1888) waren zu unterschiedlich, als daß sich eine befriedigende theoretische und praktische Synergie hätte ergeben können. Die wenigen Versuche, welche Anfang unseres Jahrhunderts unternommen worden waren, um eine der orthodoxen Lehre konforme Hypnosetheorie zu formulieren², fanden in den deutschsprachigen Ländern keine und anderswo kaum Resonanz. Erst die theoretische Weiterentwicklung der Psychoanalyse hin zur Ich-Psychologie und die Abkehr von dem strikten suggestionstheoretischen Modell auf Seiten der Hypnose eröffneten neue Perspektiven (vgl. Kinzel, 1992). Ferner bedurfte es zu einer vorsichtigen und sorgfältigen Wiederannäherung einiger unorthodoxer Geister und des Klimas eines unbelasteten und freien Landes: Wolberg (1948) sowie Gill und Brenman (1959, 1967, 1977) gehören zu den bedeutendsten Pionieren jener Fusion, welche in den anglophonen Ländern heute als Hypnoanalyse bekannt ist. Erika Fromm steht in der guten Tradition dieser und anderer "Häretiker", hat deren theoretische und praktische Arbeit fortgesetzt, erweitert und konsolidiert und gilt heute als die große alte Dame der Hypnoanalyse (vgl. Fass & Brown, 1990). Ihr wissenschaftliches Interesse galt und gilt den veränderten Bewußtseinszuständen im allgemeinen (Fromm, 1977 b, 1979 b), der Autohypnose (Fromm & Kahn, 1990) und der Hypnoanalyse im besonderen. Auf letzteren beiden Gebieten ist sie heute die führende Wissenschaftlerin, die insbesondere auch durch die einzigartige Vermittlung ihrer klinischen Erkenntnisse das Ansehen der Hypnoanalyse international gefestigt hat.

Es gehört mit zu dem Erbe, welches Nazideutschland uns hinterlassen hat, daß Hypnoanalyse und psychodynamische Hypnotherapie bei uns nicht einmal als Begriffe existieren. Erika Fromm verweigert aus Gründen, die sie in ihrem eigenen Beitrag in

¹ Der Autor dankt Erika Fromm für ihre sorgfältige Korrektur dieses Artikels und für wertvolle Hinweise.
² Ferenczi, 1909; Jones, 1910; Schilder & Kauders, 1926; Rado, 1925; Fenichel, 1945

diesem Heft darlegt, die Übersetzung ihrer Artikel und Bücher ins Deutsche. Unnötig zu sagen, daß eine zusammenfassende Darstellung von Erika Fromms hypnoanalytischer Arbeit sehr oberflächlich und rudimentär bleiben muß und nur zum Studium der Originalarbeiten anregen kann.

1. Konzepte für eine Theorie der Hypnose als einem veränderten Bewußtseinszustand

Erika Fromms konzeptueller Beitrag zur Hypnoanalyse besteht in der Elaborierung einer Reihe wichtiger Parameter des hypnotischen Bewußtseinszustandes (vgl. Brown, 1990; Brown & Fromm, 1986). Ausgehend von der psychoanalytischen Ich-Psychologie erarbeitete sie eine Theorie von Hypnose als einem veränderten Bewußtseinszustand, indem sie die folgenden Parameter einer genaueren Untersuchung unterzog: Ich-Orientierung, Aufmerksamkeitsbesetzung, allgemeine Realitätsorientierung, Deautomatisierung, primär- und sekundärprozeßhafte Operationen, Imagination und adaptive Regression.

1.1 Psychoanalytische Ich-Psychologie

Sigmund Freud hatte das Ich als Bändiger der Triebe konzipiert; seine Tochter Anna (1926/75) hat diese recht eingeschränkte Rolle des Ich erweitert und Heinz Hartmann (1939/70) schließlich sah das Ich in relativer Autonomie, nämlich in der Rolle eines Vermittlers zwischen dem Es und dem Überich einerseits und dem Es und der Umwelt andererseits, also relativ frei und stark in seinen verschiedensten adaptiven Fähigkeiten und Möglichkeiten, mit Hilfe seiner sog. Apparate (Wahrnehmung und Gedächtnis, Denken, Sprechen, Entscheiden und Handeln) das Leben des Individuums kreativ zu gestalten - ganz im Gegensatz zur klassischen Libido-Theorie, welche das Ich als relativ hilflos gefangen zwischen den Wünschen des Es und den Forderungen des Überich konzeptualisiert hatte. Vor dem Hintergrund dieser ich-psychologischen Weiterentwicklung konnten Gill und Brenman (1959) eine erste elaboriertere Metapsychologie der Hypnose vorlegen (vgl. Kinzel, 1992).

1.2 Ich-Orientierung

Ausgehend von Rapaports (1953) Konzept der Ich-Aktivität und Ich-Passivität, Harts (1961) Arbeit über das "Gefühl, keine Wahl zu haben" und Murphys (1962) Konzept der kreativen Coping-Fähigkeiten des Ich schrieb Erika Fromm 1972 über *Ich-Aktivität und Ich-Passivität in Hypnose*; dies war die erste einer ganzen Reihe von Arbeiten über das Konzept der Ich-Orientierung als Grundlage sowohl einer ich-psychologischen Theorie veränderter Bewußtseinszustände im allgemeinen wie auch der in der Hypnose im besonderen (Fromm 1976 a, 1977 a b, 1979 b, 1981 a, 1984 b, 1987 a; Fromm & Hurt, 1980; Fromm & Stolar, 1974; Stolar & Fromm, 1973, 1974).

Das ursprüngliche Konzept der Ich-Aktivität/-Passivität bezog sich auf aktives bzw. passives Verhalten: Das Ich wird als aktiv oder autonom angesehen, wenn es die Möglichkeit zu einer ich-syntonen Entscheidung besitzt; als passiv hingegen wird es betrachtet, wenn es von Trieben aus dem Es oder von Forderungen des Überich oder aus der Umgebung überschwemmt wird, welche es nicht erfüllen kann oder

nicht erfüllen will. Damit ist auch das Konzept des Coping angesprochen; sowohl beim souverän-aktiven wie auch beim schützend-verteidigenden Coping ist das Ich aktiv und behält seine Autonomie. Diese verliert es dann, wenn es ich-dystonen Anforderungen aus dem Es und/oder aus der Umwelt ausgesetzt ist. Der Zustand der Ich-Passivität wird als charakteristisch für Psychosen und Panikzustände angesehen, kann aber auch bei bestimmten Formen autoritärer Heterohypnose vorkommen, also immer dann, wenn sich eine Person hilflos Erfahrungen ausgesetzt sieht, welche sie freiwillig nicht machen würde.

Diesem ursprünglichen Konzept der Ich-Orientierung fügte Erika Fromm (1972; Fromm & Hurt, 1980) als dritte Dimension die der *Ich-Rezeptivität* hinzu, ein Begriff, der von Deikman (1971) schon eingeführt war. In diesem Zustand ist das Ich nicht passiv im Sinne von hilflos oder unfähig zu aktivem Coping, sondern freiwillig aufmerksam wahrnehmend und empfangend; kritisches Beurteilen und striktes Bezogensein auf die Realität wie auch aktives und zielgerichtetes Denken und Handeln sind auf ein Minimum herabgesetzt zugunsten des (vor-)urteilslosen Gewährseins dessen, was der Strom des Bewußtseins (William James, 1892) hervorbringt an vorbewußtem und unbewußtem Material. Gewöhnlich ist dies der Zustand in permissiver Heterohypnose, der aber auch in Autohypnose erreicht werden kann (Fromm, Skinner et al., 1988). In diesem Sinne kann hypnotische Suggestibilität definiert werden als mehr oder minder ausgeprägte Ich-Rezeptivität (Fromm, 1979 b).³

Dieses Konzept der Ich-Orientierung kann recht hilfreich sein, auf dem Kontinuum der Ich-Aktivität bzw. Ich-Rezeptivität einzuschätzen und zu beurteilen, was eine Person in Hypnose "tut" bzw. erlebt. Während der Phasen von Aufnahmebereitschaft (Ich-Rezeptivität) ist die Person eher offen sowohl für Suggestionen wie auch für jenes Material, welches im Strom des Bewußtseins auftaucht, sei dies unbewußter oder vorbewußter Natur; offen auch für Ressourcen des Coping oder Problemlösens, die dem Wach-Bewußtsein anderweitig nicht zugänglich wären. In Phasen der Ich-Aktivität hingegen kann die Person in Hypnose aktiv nach solchen Coping-Ressourcen suchen und diese explorieren hinsichtlich ihrer Eignung zur Lösung eines anstehenden Problems; die Kritik- und Urteilsfähigkeit ist hierbei erhalten und wird auch genutzt. Aufgabe des Hypnoterapeuten ist es, sowohl Ich-Rezeptivität wie auch Ich-Aktivitäten der Person zu unterstützen, um ihr so Zugang zu der Erfahrung zu vermitteln, daß sie unter Zuhilfenahme eigener Ressourcen und veränderter bzw. ansonsten kaum benutzter Funktionsmodi ihre Probleme in kreativer Weise meistern kann. Zu vermeiden sind auf der anderen Seite natürlich alle Formen von Ich-Passivität; d.h. der Hypnoterapeut muß mit Widerstand auf Seiten des Patienten recht vorsichtig umgehen, da sich dieser mit bestimmten Formen des Widerstandes u.U. davor schützt, durch nicht aktiv bewältigbares Material überflutet zu werden.

³ Logischerweise sollte diesen drei Dimensionen der Ich-Orientierungen noch die vierte der Ich-Inaktivität hinzugefügt werden; Brown und Fromm (1986) nahmen dies in Bezug auf Selbsthypnose auch noch an: Bei Personen in Autohypnose sollte es vorkommen, daß sie überhaupt nichts "tun", d.h. nichts wahrnehmen, denken und fühlen, sondern sich in einem Zustand völliger innerer und äußerer Inaktivität befinden (Fromm, Skinner et al., 1988). Eine sorgfältige Analyse der Daten konnte diese Hypothese jedoch nicht stützen (Fromm & Kahn, 1990).

1.3 Aufmerksamkeitsbesetzung

Bei der Beurteilung des hypnotischen Bewußtseinszustandes spielt natürlich auch die Aufmerksamkeit des Probanden bzw. Patienten eine zentrale Rolle. Ausgehend von Rapaports (1959) Theorie der Aufmerksamkeitsbesetzung und Browns (1977) kognitiv-strukturellem Modell der Aufmerksamkeit in veränderten Bewußtseinszuständen untersuchte Erika Fromm die Formen der Aufmerksamkeit hauptsächlich auf den zwei Dimensionen *Selektivität* und *Aufmerksamkeitsspanne*: fokussiert/konzentriert versus freischwebend/ungerichtet und eingeengt versus weit. Die erste Dimension der Selektivität beschreibt u.a. die Ich-Orientierung einer Person in Hypnose, wie sie auf dem Kontinuum ich-aktiv/ich-rezeptiv hin- und herwechselt; die zweite Dimension der Aufmerksamkeitsspanne beschreibt, wieviel von dem jeweils wahrgenommenen inneren Stimulus mit Aufmerksamkeit besetzt wird, nur ein kleiner isolierter Teil oder dieser in seiner Gesamtheit (Fromm, 1979 b, 1981 a; Fromm & Hurt, 1980). Der hypnotisierten Person wird zugebilligt, daß sie die Möglichkeit besitzt - oder zumindest entwickeln kann -, ihre Aufmerksamkeit freiwillig zu steuern und damit entsprechend ihrer Bedürfnisse zwischen den verschiedenen Möglichkeiten der Wahrnehmung - und damit wiederum zwischen verschiedenen Bewußtseinszuständen - zu wählen.

1.4 Allgemeine Realitätsorientierung

In Zusammenhang mit Ich-Aktivität bzw. Ich-Rezeptivität kann das von Ronald E. Shor (1959) entwickelte Konzept der *Allgemeinen Realitätsorientierung* gesehen werden, mit dem jener relativ stabile Bezugsrahmen beschrieben wird, in dem sich eine Person im Wachzustand auf die externe Realität bezieht. In Hypnose wird diese allgemeine Ausrichtung auf die externe Realität sukzessive zurückgenommen, was u.U. dann zu einer ganz eigenen Form von Wahrnehmung und Kognition führen kann, welche als sog. Trancelogik (Orne, 1959) bezeichnet wurde. In Fromms ich-psychologischen Begriffen heißt dies, daß das aktive Ich eine zeitlang seine externe Realitätsorientierung aufgibt zugunsten einer Orientierung auf die Ereignisse im Strom des Bewußtseins.

1.5 Deautomatisierung

Zu der Auseinandersetzung des Ichs mit sich selbst und der Umwelt gehören eine Reihe von sog. Automatisierungen, d.h. überlernten Mustern im Wahrnehmen, Denken und Handeln, welche ohne jeweilige (kritische) Reflexion automatisch ablaufen (Hartmann, 1939). Bei der Induktion von Hypnose muß nun eine Deautomatisierung solcher gewohnheitsmäßiger Muster stattfinden, damit sich die Erfahrung der Hypnose von der des Alltags überhaupt unterscheidet und so eine Neuorientierung und Neuverteilung der Aufmerksamkeit erfolgen kann. Hierdurch kann und soll sich eine mehr oder weniger stabile neue Organisation der Ich-Funktionen ergeben. Um ungewöhnliche und kreative Möglichkeiten der Problemlösung zu finden, ist eine vorausgehende Deautomatisierung habitueller Problemlösungsmuster notwendig. Gill und Brenman (1959) haben als erste das Konzept der Deautomatisierung in Bezug auf Hypnose eingeführt und Erika Fromm (1977 b, 1979 b; Fromm & Hurt, 1980) hat es übernommen und weiterentwickelt.

1.6 Primär- und Sekundärvorgang

Erika Fromm übertrug die ursprünglich von Freud getroffene Unterscheidung zwischen Primär- und Sekundärvorgang auf das mentale Funktionieren in Hypnose und stellte die Hypothese auf, daß im Zustand der Hypnose eher der Primärvorgang dominiere (Fromm, 1981 a). Dies wurde mit Hilfe des Rorschach-Tests an hoch hypnotisierbaren Vpn getestet (Fromm et al., 1970; Oberlander et al. 1970). Wie vorausgesagt zeigten sich in Hypnose signifikant mehr Manifestationen des Primärvorgangs verglichen mit dem Wachzustand; indessen nahmen die Abwehroperationen nicht zu. Dies kann dahingehend interpretiert werden, daß der Zugang zu vor- und/oder unbewußtem Material in Hypnose auf eine Weise erfolgt, die relativ unabhängig ist von den im Wachbewußtsein vorherrschenden Abwehrmechanismen gegen das Auftauchen solchen Materials. Hypnose kann daher als eine Möglichkeit angesehen werden, leichter als im Wachbewußtsein an vor- oder unbewußtes Material zu gelangen. Dieser Vorteil wird in der Praxis allerdings dadurch wieder eingeschränkt, daß es u.U. notwendig sein kann, daß der Hypnotherapeut den Patienten vor einem Überflutetwerden mit solchem Material schützen muß.

1.7 Imagination

Gordon (1949) traf die Unterscheidung zwischen "erbetener" und "unerbetener" Imagination; erbetene Imagination ist willkürlich produziert und gelenkt (ich-aktiv), während unerbetene Imagination ohne eigenes Zutun entsteht (ich-rezeptiv oder passiv). Erika Fromm interessierte sich wie so viele andere Hypnoseforscher natürlich auch für die Rolle der Imagination in der Hypnose. *Realitätsorientierte Imagination* ist eine Form der Ich-Aktivität beispielsweise zur Problemlösung; sie kann willkürlich produziert und gelenkt, also erbeten sein, kann bei geübten Personen aber auch unwillkürlich in einer ich-rezeptiven Weise ablaufen. Hingegen ist *symbolische Imagination* in der Regel Ausdruck unbewußter Wünsche und Strebungen, üblicherweise unerbeten, und trifft entweder auf ein rezeptives oder passives Ich, welches dieses Material unzensiert wahrnehmen kann oder von diesem überschwemmt wird (Fromm, 1979 b). In Hypnose spielt Imagination eine Doppelrolle, einmal als symbolische Imagination zur Aufdeckung unbewußter Wünsche und Strebungen und zum anderen als realitätsorientierte Imagination zur aktiven Exploration und zum probierhandelnden Einüben von Coping-Möglichkeiten (Fromm, 1977 b; Brown & Fromm, 1986).

1.8 Adaptive Regression

Das Konzept der *Regression im Dienste des Ich* wurde ursprünglich von Kris (1936) entwickelt und von Gill und Brenman (1959) auf die Hypnose angewandt. Regression wird in der Ich-Psychologie nicht mehr als nur pathologisch angesehen, sondern bestimmte ich-syntone Formen der Regression werden als adaptive Ich-Operationen betrachtet. Nach Fromm (1965) ist Regression im Dienste des Ich eines der fruchtbarsten psychoanalytischen Konzepte, welches auf die Hypnose angewandt werden kann. Ganz im Gegensatz zu dem von Freud geschaffenen Mythos, wonach Hypnose das Ich umgehe, macht die Hypnose nicht nur ausführlich Gebrauch von verschiedenen Ich-Funktionen wie beispielsweise dem Wahrnehmen, Denken, Lernen und

Gedächtnis etc.; vielmehr operieren viele dieser Ich-Funktionen unter Hypnose sogar mit größerer Intensität als im Wachzustand und können damit auch leichter angesprochen und benutzt werden (Gruenewald, Fromm, & Oberlander, 1979).

Erika Fromms auch theoretisches Interesse an der Macht und den adaptiven Möglichkeiten expliziter *hypnotischer Alters-Regression* erwuchs aus ihren Erfahrungen mit einem 26jährigen Studenten japanischer Abstammung, der 4 Tage vor dem Angriff auf Pearl Harbor in den USA geboren worden war und die ersten 4 Jahre seines Lebens mit seiner Familie in einem Camp ausschließlich unter anderen Japanern zugebracht und hauptsächlich Japanisch gesprochen hatte. Nach der Freilassung aus diesem Camp assimilierte er sich sehr schnell und sprach nur noch Amerikanisch. Während einer hypnotischen Altersregression in diese frühe Zeit begann er wieder Japanisch zu sprechen und zwar eine bestimmte Form der Kindersprache, welche nicht einfach nur konfabuliert sein konnte, wie linguistische Analysen später zeigten. Nach dem Aufwachen hatte er eine totale Amnesie dafür, daß er Japanisch gesprochen hatte. Als ihm in späteren Sitzungen das auf Band aufgenommene, japanisch gesprochene Material vorgeführt wurde, verstand er nur 2 Worte (Fromm, 1970).

Diese Begebenheit bestärkte Erika Fromm in ihrer Überzeugung, daß in hypnotischen Altersregressionen frühere Formen der Ich-Funktionen partiell wiederbelebt werden können. Generell sah sie in der Hypnose eine Möglichkeit, zumindest zeitweise sowohl zu früheren physiologischen und kognitiv-perzeptiven Funktionsformen wie auch zu früheren Entwicklungsstufen von Selbst- und Objektpräsenz und ihren entsprechenden affektiven Erfahrungen zurückzukehren (Fromm, 1981 a; Brown & Fromm, 1986). Sowohl die klinischen Arbeiten von Watkins (1971) zur sog. Affekt-Brücke wie auch die Experimente von Nash et al. (1979, 1985)⁴ hinsichtlich affektiver Objektbeziehungsmuster bestärkten Erika Fromm in ihrer Ansicht über die fundamentale Bedeutung der adaptiven Regression in der Hypnoanalyse.

2. Zur Anwendung der vier psychoanalytischen Theorien in der Hypnoanalyse

Die heutige Psychoanalyse ist keine einheitliche Theorie; abgesehen von ständigen Modifikationen können z.Z. vier große sog. psychoanalytische Theorien oder Psychologien (Pine, 1990) identifiziert werden: die *klassische Libido-Theorie*, die *Ich-Psychologie* (A. Freud, 1926/75; Hartmann, 1939/70), die *Objekt-Beziehungs-Theorie* (z.B. Kernberg, 1976) und die *Theorie des Selbst* (z.B. Kohut, 1971; Masterson, 1976, 1981). Diese z.T. stark voneinander abweichenden Theorien wurden u.a. auch anhand des sehr unterschiedlichen Klientels entwickelt, das um psychoanalytische Behandlung nachfragte, d.h. aus der Erkenntnis heraus, daß sich eine einzige psychoanalytische Theorie zur Erklärung und Beschreibung aller Störungsformen nicht eignete.

In der praktischen hypnoanalytischen Arbeit können und müssen daher diese unterschiedlichen psychoanalytischen Theorien fallabhängig in wechselnder Kombination angewandt werden (Brown & Fromm, 1986, S. 196 ff). Vereinfacht gesagt eignen sich Libido-Theorie und Ich-Psychologie eher für Neurosen mit relativ umschriebenen Symptomen. Für Entwicklungsstörungen wie Borderline- oder narzißtischen Persön-

4 Zu den Experimenten von Nash et al. siehe auch Peter (1990, S. 39).

lichkeitsstörungen ist eine Behandlung auf der theoretischen Grundlage unbewußter (Trieb-) Konflikte ungenügend; nötig ist eher die Arbeit an psychischen Strukturen, an den Problemen von Separation/Individuation und daran, eine stabile Objekt-Beziehung und damit ein kohäsives Selbst aufzubauen; die Objekt-Beziehungs-Theorie und die Theorie des Selbst liefern hierfür geeignetere theoretische und methodische Konzepte. Bei der Arbeit mit psychotischen Patienten wiederum wäre eine an der Aufdeckung unbewußter Konflikte orientierte Arbeit im Sinne der klassischen Libido-Theorie wenig erfolgversprechend wenn nicht gar kontraindiziert; hier eignen sich vielmehr Konzepte und Methoden aus der Ich-Psychologie zusammen mit solchen aus der Theorie der Objekt-Beziehungen und des Selbst zur *progressiven Strukturierung* (Gedo & Goldberg, 1973) solcher Patienten.

3. Zur Anwendung klassischer psychoanalytischer Methoden in der Hypnoanalyse

Verkürzt gesagt könnte man Hypnoanalyse zunächst als eine Psychoanalyse bezeichnen, welche durchgeführt wird, während der Patient sich - zumindest teilweise, d.h. 25 - 70% der Zeit - in hypnotischer Trance befindet. Wegen der leichteren Zugänglichkeit des unbewußten Materials und wegen der Intensivierung von Übertragungsphänomenen arbeitet Hypnoanalyse in der Regel schneller als die im Wachzustand durchgeführte Psychoanalyse und erbringt damit eine Ersparnis von ca. zwei Drittel der Zeit und Kosten. Daß Hypnose nur teilweise angewandt wird, hat seinen Grund u.a. darin, daß der Patient das in Hypnose aufgedeckte Material auch im Wachzustand durcharbeiten muß. Bewußte Einsicht ist also auch in Hypnoanalyse erwünscht und gefordert, nicht nur Einsichten innerhalb eines veränderten Bewußtseinszustandes u.U. sogar mit nachfolgender Amnesie. Ferner kann die Übertragung während der Hypnose eine andere oder anders gefärbt sein als die im normalen Wachzustand und beide bedürfen der Interpretation (siehe, auch für die folgenden Ausführungen, Brown & Fromm, 1986, sowie Fromm, 1984 b).

Wie ordnungsgemäß durchgeführte Psychoanalyse benutzt die Hypnoanalyse bezüglich ihres vorrangigen Zieles, dem Aufdecken und Durcharbeiten unbewußten Materials, ebenfalls die klassischen Methoden der freien Assoziation, der Traumdeutung, des Umgangs mit Abwehr und Widerstand und der Übertragung und Gegenübertragung.

3.1 Freie Assoziation

Wie in der Psychoanalyse wird der Patient auch in Hypnoanalyse angehalten, frei zu assoziieren. In Hypnose entstehen diese freien Assoziationen leichter und eher in Form von Imaginationen anstatt von reinen verbalen Assoziationen; als eher primärprozeßhafte Erscheinungen, die leichter zugrundeliegende Konflikte, Wünsche und Abwehroperationen offenbaren, wird damit auch häufiger gearbeitet als mit verbalen freien Assoziationen.

3.2 Traumdeutung

Nach Freud ist der Traum der Königsweg zum Unbewußten. Erika Fromm (1987 a) konnte diese Apodiktik so nicht stehen lassen und setzte ihr entgegen, daß Hypnose

ein weiterer Königsweg sei, welcher viel direkter und schneller zum Unbewußten führe.

Nach Freud handeln die Träume der Patienten von ungelösten Konflikten, hauptsächlich solchen aus der Kindheit, sind gespeist von den Trieben und haben primär wunscherfüllende Funktion. Da der Traumensor am Werk ist und weil während des Traumes symbolische, kondensierende, verschiebende und substituierende Prozesse den latenten Trauminhalt modifizieren, ist der manifeste Inhalt häufig unverständlich.

Thomas French und Erika Fromm (1964, 1986; Fromm, 1958, 1965; Fromm & French, 1962) haben dieser klassischen Theorie eine ich-psychologische entgegengestellt, in welcher sie den Traum als eine Ich-Funktion ansehen, als einen Versuch des unbewußten und vorbewußten Ich zur kreativen Problemlösung. Nicht frühkindliche Triebkonflikte sondern aktuelle "fokale" Konflikte provozieren Träume und gestalten deren Inhalte. Einzelne Wurzeln sowohl des Konfliktes wie auch des Traumes mögen zwar in der Vergangenheit verankert sein; dennoch sind dies lediglich Repräsentationen der Vergangenheit in den Figuren der Gegenwart; es geht um die Beziehungen des Patienten zu gegenwärtigen Menschen und um alle auf diese bezogenen Wünsche und die daraus resultierenden Gefühle und Konflikte. Jeder Traum stellt so einen mehr oder weniger erfolgreichen Versuch dar, einen Hier-und-jetzt-Konflikt zu lösen.

Im Gegensatz zum Psychoanalytiker, der oft lange auf die entsprechenden Patienten-Träume warten muß, kann der Hypnoanalytiker den Patienten während der Sitzung veranlassen zu träumen, Träume also direkt induzieren und den Patienten dann nach dem Inhalt befragen. Diese *hypnotisch induzierten Träume* können hinsichtlich ihres Inhaltes gelenkt werden und/oder bezüglich des gleichen Inhaltes des öfteren auf verschiedene Weise oder auf verschiedenen Ebenen wiederholt werden, bis schließlich eine angemessene Lösung erzielt scheint (vgl. auch Baker, 1983; Sacerdote, 1978). Es kann auch geschehen, daß der Patient einen alten, vormals unterdrückten nächtlichen Traum hypermnestisch erinnert. Schließlich kann dem Patienten offen suggeriert werden, daß er selbst die latente Bedeutung im Verlauf einer gewissen Zeit verstehen werde. Posthypnotische Suggestionen können darüberhinaus helfen, daß bis zur nächsten Sitzung ein Traum ganz allgemeinen oder bestimmten Inhaltes geträumt und in dieser Sitzung sodann erinnert wird.

Wie in kunstgerechter Psychoanalyse auch sollten Träume oder Teile derselben nicht in plump-symbolistischer Form gedeutet werden, nicht jedes längliche Objekt beispielsweise als Penisymbol, sondern immer nur innerhalb der intuitiv erfaßten Atmosphäre des Gesamtkontextes, um den Traum dem Bewußtsein des Träumers auf eine annehmbare Art zu präsentieren.

3.3 Umgang mit Abwehr und Widerstand

Aufgrund des zur Induktion und zur Arbeit in der Hypnose notwendigerweise guten Rappports und wegen des veränderten Bewußtseinszustandes mit zurückgenommener allgemeiner Realitätsorientierung sind Abwehr und Widerstand in der Hypnoanalyse weniger ausgeprägt als in der Psychoanalyse lege arte. Nichtsdestoweniger treten sie

aber auch hier auf, allerdings in einem etwas anderen Gewande, wie beispielsweise nicht in Trance gehen zu wollen oder zu können, den Trancezustand abzuschwächen oder ganz abubrechen und/oder durch bestimmte Imaginationen Abwehr und Widerstand anzudeuten (z.B. bewegt sich ein Aufzug als symbolisches Vehikel der Altersregression trotz korrekten Knopfdruckes nicht oder der Vorhang vor einer imaginierten Bühne fällt oder hebt sich erst gar nicht).

Um ihm die Möglichkeit zu eigenen, selbst generierten Einsichten nicht einzuschränken, geht der Hypnoanalytiker dem Patienten gegenüber mit Interpretationen von Abwehr und Widerstand sehr vorsichtig um. Er akzeptiert ihr Vorhandensein, bemerkt Art und Zeitpunkt ihres Auftretens, wartet eher still und ruhig und sucht nach Möglichkeiten, sie überflüssig zu machen oder gar zu nutzen; erst danach wird er erwägen, sie auch anzusprechen und zu interpretieren. Die Abwehr- und Widerstandsarbeit ist in der Hypnoanalyse also bei weitem nicht so ausgeprägt wie in der Psychoanalyse.

3.4 Übertragung

Übertragungsprozesse kommen in Hypnose nicht nur vor, sie entstehen in der Hypnoanalyse sogar weit schneller und sind weit intensiver als in der Psychoanalyse. Erika Fromm (1968 b; Brown & Fromm, 1986) unterscheidet neurotische, narzißtische (Selbstobjekt-) und psychotische Übertragungen.

3.4.1 Neurotische Übertragungsformen

Im Gegensatz zu Borderline- oder psychotischen Patienten können Neurotiker stabile Objekt-Beziehungen aufbauen, in welchen sie allerdings frühkindliche Beziehungsmuster (hauptsächlich hinsichtlich Affekt, Wahrnehmung, Denken und hieraus resultierenden Handlungen) mit ihren Eltern und Geschwistern wiederholen. Als hierzu gehörend beschreibt Erika Fromm (1968 b; Brown & Fromm, 1986) infantile Abhängigkeits-, ödipale und Geschwister-Übertragungen.

Infantile Abhängigkeitsübertragung: Gerade zu Beginn der hypnotischen bzw. hypnoanalytischen Arbeit ist diese Übertragungsform die häufigste; sie wird auch durch die naive Vorstellung von Hypnose als dem Wundermittel genährt, durch das alle Probleme gelöst werden können, während der Patient in Hypnose schläft; entsprechend werden dem Hypnoterapeuten/-analytiker allwissende und allmächtige Fähigkeiten zugeschrieben wie einst den realen Eltern bzw. deren imaginiertem Ideal. Solche Attributionen können als infantile Abhängigkeitsübertragungen angesehen werden, als Ausdruck jener frühen kindlichen Wünsche, daß sich Vater und/oder Mutter um das Wohlergehen kümmern und alle Sorgen und Probleme beseitigen bzw. beseitigt hätten.

Ödipale Übertragungen: In der klassischen Psychoanalyse beschreibt der Ödipus-Komplex jene Wünsche des Kindes, die sich darauf beziehen, mit dem andersgeschlechtlichen Elternteil eine Liebesbeziehung einzugehen und zum Erreichen dieses Zieles den gleichgeschlechtlichen Elternteil zu beseitigen. Letzteres Ziel muß nicht immer wörtlich genommen werden; furchtauslösend ist schon allein der Wunsch, das gegengeschlechtliche Objekt der Liebe allein für sich, d.h. unabhängig von dem

gleichgeschlechtlichen Elternteil in Besitz nehmen zu wollen. Entsprechend kann eine starke ödipale Übertragung in der Hypnoanalyse sich sowohl in Verführungsversuchen ausdrücken als auch in Rivalitätsimpulsen, die mit Vernichtungswünschen gepaart sind. Im Extremfall kann dies zu Fantasien führen, daß der Hypnotiseur die Patientin in seine starken Arme schließt, sie besänftigt und schließlich auch sexuell verführt; oder auf der anderen Seite, daß eine solche Patientin gegen ihren Hypnotiseur den Vorwurf erhebt, er habe sie sexuell attackiert, während sie in Trance war. Wunsch und Furcht verschmelzen im letzteren Fall zu einer einzigen Fantasie, wenn jener ödipale Wunsch nicht überwunden ist, der Vater möge die Initiative zum Eingehen des Liebesverhältnisses ergriffen haben. Die fantasierten Anschuldigungen wären in diesem Fall dann die nachträgliche Wunscherfüllung einerseits und andererseits die Rache dafür, daß der Vater/Hypnotiseur diesem Wunsch nicht tatsächlich entsprochen hat. Der Zustand der Trance bewirkt darüberhinaus in der Meinung der Patientin ein Freisein von jeglicher eigenen Verantwortlichkeit (Brown & Fromm, 1986, S. 210).⁵

Geschwister-Übertragungen: Die Übertragung früher Beziehungsmuster mit Geschwistern auf den Hypnotiseur zeigt sich häufig in kompetitivem Verhalten des Patienten gegenüber dem Hypnoterapeuten. Erika Fromm berichtet beispielsweise von einer Patientin, welche darüber klagte, in der aktuellen Therapiesitzung nie in eine so tiefe heterohypnotisch induzierte Trance gelangen zu können wie zu Hause bei ihrer Autohypnose, und die damit klar zum Ausdruck brachte: "Ich kann es besser als Du." Statt nun diese Übertragung zu analysieren oder zu interpretieren, nutzte Fromm sie dergestalt, daß sie die Patientin in Heterohypnose für ihre Fähigkeiten lobte und ihr suggerierte, daß sie es mit diesen Fähigkeiten auch fertigbringe, bestimmte Erinnerungen und Imaginationen bezüglich der Lösung ihres Problems zu Hause in Autohypnose zu produzieren und auf diese Weise Schritt für Schritt ihr Problem autonom zu lösen.

3.4.2 Übertragungsmuster von narzißtisch gestörten, von Borderline- und psychotischen Patienten

Die Therapie von narzißtisch gestörten, von Borderline- und von psychotischen Patienten unterscheidet sich grundsätzlich von der von Neurotikern insbesondere hinsichtlich des Umgangs mit Übertragungen. Der Therapeut bietet sich hier aktiv als ein bestimmtes Übertragungsobjekt an, das geeignet ist, die aktuellen und oft wechselnden Übertragungsbedürfnisse solcher Patienten zu erfüllen und auf diese Weise entwicklungsbedingte Defizite zunächst auszugleichen und dann zu einer graduellen Nachreifung beizutragen.

Selbst-Objekt Übertragungen: Aufgrund der in einer bestimmten psychischen Entwicklungsphase (16-25 Monate) fehlenden oder mangelhaften Anerkennung von Autonomie- und Abhängigkeitsbestrebungen leiden solche Patienten an Separations-/Individuationskonflikten (Mahler et al., 1975), die sich später in einem sehr labilen und verwundbaren Selbstwertgefühl ausdrücken, das sich bis zu einem Gefühl völliger

⁵ Im Falle tatsächlich geschehenen inestuösen Mißbrauchs in der Kindheit zeigen sich ebenfalls Verführungstendenzen auf Seiten mancher dieser Patientinnen, allerdings in einem ganz anderen symptomatischen Kontext (Anm. B.P.; vgl. auch Brown, 1990; Fromm, 1990, 1992; Fleiss, 1991).

ger Wertlosigkeit steigern kann. Als Selbst-Objekt wird eine Person bezeichnet, welche für das Kind all jenes repräsentiert, was es in einer bestimmten Entwicklungsphase zum Aufbau seines Selbstwertgefühles braucht, sich aber noch nicht selbst geben kann, insbesondere Bewunderung und Stolz. Fehlt diese gesunde *narzißtische Spiegelung*, die gewöhnlich die Mutter gibt, so kann auch keine Internalisierung stattfinden und die Konsequenz ist eine ständige Unsicherheit hinsichtlich des eigenen Wertes. In der psycho- und hypnoanalytischen Therapie ist es daher die erste Aufgabe des Therapeuten, sich selbst als ein derartiges Selbst-Objekt anzubieten, indem er aktiv und ausdauernd spiegelt und bewundert (Kohut, 1971), zumindest während einer langen Phase der Behandlung und auch als immer verfügbare Mutter präsent ist, bis der Patient schließlich hinreichend Selbstvertrauen entwickeln kann.⁶

Solche Patienten sind daher sehr aufmerksam hinsichtlich aller Schwankungen in der Empathie des Therapeuten und was seine Bereitschaft zu aktiver Fürsorglichkeit betrifft. Auf Störungen in dieser konstanten Bewunderung und Spiegelung reagieren diese Patienten mit Enttäuschung und Ärger bis hin zu Desillusionierung und Wut.

Borderline Übertragung: Die Genese von Borderline-Störungen wird einer früheren Phase der psychischen Entwicklung zugeordnet als die von narzißtisch Gestörten; es handelt sich dabei um die sog. ersten beiden Subphasen der Separation/Individuation (Mahler, 1972). Inkonsistentes Verhalten in dieser Phase (Mahler et al., 1975), ständige Wechselbäder zwischen emotionalem Verlassen und überbeschützendem Verhalten (Masterson, 1976) resultieren in strukturellen Defiziten mit nur schlecht integrierten oder gar gespaltenen Objekt-Repräsentanzen. Während narzißtisch gestörte Patienten durchaus zu stabilen Selbst-Objekt-Übertragungen fähig sind (z.B. Kohut, 1971, 1977; Gedo & Goldberg, 1973), sind die Übertragungsmuster von Borderline-Patienten geprägt durch diffuse Grenzen, Spaltungen (Kernberg, 1975), Panik-Attacken und vorübergehenden Verlust von Selbst- und Objektrepräsentanzen oder deren Fragmentierung (Giovacchini, 1979).

Aufgabe des Psycho- bzw. Hypnoanalytikers ist es, bei diesen Patienten in erster Linie eine Beziehungsumgebung zu gestalten, welche "nährend" ist und gleichzeitig Sicherheit und Halt gibt (Winnicotts "holding environment", 1965), d.h. hohe Objekt-Konstanz über einen ausgedehnten Zeitraum bietet, so daß der Patient langsam und angstfrei die Grenzen zwischen dem Ich und Nicht-Ich, zwischen dem Selbst und dem Anderen erfahren und internalisieren kann. Zum Aufbau des hierzu nötigen therapeutischen Szenariums muß der Hypnoanalytiker wesentlich aktiver vorgehen als bei narzißtischen oder neurotischen Störungen (Fromm, 1984; Baker, 1981; Copeland, 1986). Erst später in der Behandlung, wenn der Hypnoanalytiker in der Übertragung als gutes Objekt internalisiert werden konnte, kann er damit beginnen, den Patienten auch Frustrationen auszusetzen, ohne hierbei Spaltungen zwischen den guten und schlechten Teilen der Selbst- und Objekt-Repräsentanzen zu provozieren; hierdurch kann er dem Patienten die Erfahrung vermitteln, daß sowohl sichere und stabile Grenzen wie auch gute und schlechte Anteile sowohl im Selbst wie auch im Anderen möglich sind.

6 Vgl. hierzu beispielsweise die Fallbeschreibung von Judith Fleiss in HyKog 8(2), 1991.

Übertragungen bei Psychotikern: Psychotiker galten unter Psychoanalytikern lange Zeit als nicht analysierbar; Burnham und seine Kollegen (1969) boten jedoch neue Konzepte und Methoden an: Das psychotische Übertragungsmuster ist geprägt von dem Dilemma, den Anderen zur Definition der eigenen Person nötig zu haben und gleichzeitig fürchten zu müssen, aufgrund fehlender eigener Grenzen mit diesem Anderen zu verschmelzen. Dieses gleichzeitige Nebeneinanderbestehen von unbedingter Bedürftigkeit und Furcht führt u.a. zu den oft bizarren Beziehungsmustern, welche Psychotiker auch dem Therapeuten gegenüber zeigen. Eine Vielfalt von unintegrierten Introjekten führt ein quasi-autonomes Leben und beeinflußt in einer illusionär verzerrten Art und Weise, wie der Therapeut wahrgenommen wird. Trotz all dieser Schwierigkeiten sind einige wenige Ansätze zu einer Psycho- und Hypnoanalyse von Psychotikern berichtet worden (siehe unten).

3.5 Gegenübertragung

Auch in Hypnotherapien wie in allen anderen Therapieformen kommt es vor, daß der (Hypno-) Therapeut oder Hypnoanalytiker seine Patienten durch die aus seiner eigenen Vergangenheit entsprechend getönten Brillengläser sieht und sich ihnen gegenüber fühlt oder sogar verhält, als wären sie Figuren aus seiner eigenen Biographie. Solche Gegenübertragungsreaktionen müssen wahrgenommen, analysiert und schnellstens gelöst werden, soll die Therapie nicht darunter leiden (vgl. Fromm & Pope, 1990; Gruenewald, 1971 c); andernfalls ist die Überweisung des Patienten an einen anderen Kollegen bzw. an eine andere Kollegin erforderlich.

Wie bei den verschiedenen o.a. Übertragungsformen unterteilt Fromm (1968; Brown & Fromm, 1986) auch die Gegenübertragung in verschiedene leicht verständliche Untergruppen: prägenitale, ödipale und Geschwister-Gegenübertragung sowie die speziellen Übertragungsreaktionen, welche bei der Behandlung von narzißtisch gestörten, Borderline- und psychotischen Patienten auftreten.

Prägenitale Gegenübertragungsformen: Es gibt Hypnotherapeuten, welche nie ihren kindlichen Glauben an die Allmacht und Allwissenheit ihrer Eltern aufgegeben haben und diese Einstellung nun auf ihre Patienten übertragen, indem sie annehmen, daß die Patienten (bzw. deren "Unbewußtes") in Hypnose alles wüßten.

Ödipal-sexuelle Gegenübertragungsformen: Diese betreffen jene männlichen Hypnotherapeuten, welche die meisten ihrer Patienten und Patientinnen in einer eher verführerischen Don-Juan-Art behandeln, unabhängig von deren Bedürfnissen und den Erfordernissen der Therapie. Psychoanalytisch gedacht haben solche Therapeuten nie die ödipale Zurückweisung ihrer Mutter überwunden und versuchen nun anstatt der einen viele zu verführen. Umgekehrt kann der oder die trotz objektiver Kompetenz von ständigem Selbstzweifel geplagte Hypnotherapeut/in nicht "vergessen", wie er oder sie als Kind beim Doktor- oder Erwachsen-Spielen von wirklich Erwachsenen überrascht bzw. enttarnt und in ihrer "Inkompetenz" bloßgestellt wurde.

Von Selbstzweifel geplagte Hypnotherapeuten können natürlich auch narzißtische Persönlichkeiten sein, welche unter einem chronischen Minderwertigkeitsgefühl leiden. Auf der anderen Seite zeugt es auch von narzißtischer Grandiosität, wenn ein Hypnotherapeut sich einbildet, er könne alle seine Patienten in ein paar Stunden

heilen und sich dabei nicht um eine gewissenhafte Katamnese dieser Patienten kümmern.

Geschwister-Gegenübertragungsformen: Eine solche Gegenübertragung kann dann vermutet werden, wenn jede Therapiestunde zu einem Wettstreit mit dem Patienten ausartet, welcher vom Hypnotherapeuten gewonnen werden muß: unabhängig von dem aktuellen Bedürfnis des Patienten muß dieser in eine tiefe Trance versetzt werden, muß alle seine Geheimnisse preisgeben, alle seine Konflikte lösen und Symptome aufgeben. Solche Therapeuten können die gesunde Abwehr des Patienten nicht ertragen und dessen sicheres Gefühl für das richtige Timing nicht respektieren. Solche und andere Gegenübertragungsreaktionen gehen auf ungelöste Geschwisterrivalitäten oder solche mit einem Elternteil zurück.

Gegenübertragungsreaktionen bei narzißtisch gestörten, Borderline- und psychotischen Patienten: Diese Patientengruppe verlangt in ihren eigenen spezifischen Übertragungen vom Therapeuten so viel Geduld, empathische Spiegelung, Aufrechterhalten von Grenzen usw., daß die Gegenübertragungsreaktionen gegenüber solchen Patienten qualitativ unterschieden werden müssen von solchen gegenüber Neurotikern. Brown und Fromm (1986) stellen in Frage, ob die entsprechenden Hier-und-jetzt-Reaktionen von Therapeuten beispielsweise auf Versuche zur "Grenzüberschreitung" noch als Gegenübertragung bezeichnet werden können.

4. Spezifische Techniken der Hypnoanalyse und psychodynamisch orientierten Hypnotherapie

Ähnlich der bei uns getroffenen Unterscheidung zwischen sog. tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Psychoanalyse unterschieden Brown und Fromm (1986) zwischen *psychodynamisch orientierter Hypnotherapie*⁷ und *Hypnoanalyse*; die Unterscheidungskriterien hinsichtlich relativer Dauer⁸, Fokus bzw. Ziel der Behandlung und Bedeutung bzw. Handhabung der Übertragung sind ähnlich wie bei uns.⁹

Zusätzlich zu den oben angeführten klassischen psychoanalytischen Techniken beschreiben Brown und Fromm (1986, S. 154 ff) noch die folgenden hypnospezifischen Techniken, welche in beiden Therapieformen, also auch in der Hypnoanalyse Verwendung finden können. Sie dienen hauptsächlich dem zweiten Ziel der Hypnoanalyse, dem der Integration und des stetigen Wachstums, womit auch eine Verbesserung und Generalisierung der Coping-Fähigkeiten einhergeht.

4.1 Hypnoprojektive Techniken

Ziel dieser Techniken ist das Aufdecken vor- oder unbewußter Bedeutungen, also Einsicht in die Psychodynamik der vorliegenden Symptomatik.

7 dynamic hypnotherapy or hypnodynamically oriented psychotherapy

8 relativ deshalb, da beide Formen in ihrer absoluten Stundenzahl durch die Verwendung von hypnotischer Trance um ca zwei Drittel kürzer ausfallen.

9 Als Hypnotherapie wird von Brown & Fromm (1986) allerdings auch eine eher verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Kurzzeittherapie unter Einbeziehung von Hypnose bezeichnet (vgl. auch Brown & Fromm, 1987; Dengrove, 1976; Peter, Kraiker & Revenstorf, 1991).

- Bei der *Imagination einer Wolke* wird der Patient angehalten, zu beobachten, wie die Wolke sich in ihrer Gestalt und Farbe verändert, bis sie sich in etwas verwandelt hat, was mit dem gegenwärtigen Problem zu tun hat.
- Der Patient soll die Augen öffnen und sie auf ein Objekt, z.B. eine *Kristallkugel* oder ein *Spiegel*, richten, welches so plaziert ist, daß es die weiße Zimmerdecke widerspiegelt. Dort soll der Patient seine Augen solange ruhen lassen, bis er beginnt, relevantes Material zu imaginieren.
- Der Patient soll sich vorstellen, daß er eine Handvoll *Buchstaben* in die Luft wirft, von denen einige auf einen Tisch herunterfallen und sich zu einem relevanten Wort formen.
- Die *Theater-Technik* wurde bereits von Wolberg (1948) beschrieben: Der Patient soll sich vorstellen, wie er sehr bequem, entspannt und voller Interesse im Sessel eines Theaters sitzt, wie der Vorhang sich hebt und das Stück beginnt, welches mit seinem Problem zu tun hat. Eine modernere Version, welche v.a. für Kinder geeignet ist, stellt der imaginierte Bildschirm eines Fernsehers dar, bei dem man zusätzlich noch zwischen den einzelnen Programmen hin- und herschalten und so das gleiche Problem aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten kann.
- Der Patient soll sich vorstellen, wie er auf dem Dachboden ein sehr *altes Bild* findet, welches über die Zeiten hinweg wieder und wieder übermalt worden ist und dazu auch noch von Staub und Spinnweben eingehüllt ist. Aufgabe ist es nun, das Bild langsam und sorgfältig zu säubern und dann Schicht um Schicht die Übermalungen abzutragen und so Bild um Bild die Entstehungsgeschichte in die Vergangenheit zu verfolgen.
- Sowohl das Chevreulsche Pendel wie auch die Finger können zum sog. *ideomotorischen Signalisieren* benutzt werden, wobei es zweckmäßig ist, sich zu Beginn auf vier eindeutige Antwortmöglichkeiten zu verständigen: Ja, nein, ich weiß nicht, ich will nicht antworten. Über sog. *automatisches Schreiben* und *automatisches Zeichnen* können ebenfalls Informationen gewonnen werden, wenn gleichzeitig (wie im Alltag beim Telefonieren etc.) ablenkende Aufgaben gestellt oder Gespräche geführt werden (vgl hierzu auch Peter, 1990, S. 25 ff).

4.2 Imagination

Brown und Fromm (1986) unterscheiden zwischen symbolischen, realitätsorientierten bzw. -testenden und geführten Fantasien bzw. Imaginationen. Alle drei Formen haben ihren genuinen Platz in der Hypnotherapie und Hypnoanalyse. Unter realitätsorientierter Imagination ist das zu verstehen, was wir beispielsweise unter *systematischer Desensibilisierung* kennen. Die Technik der geführten Imagination ist bei uns als Verfahren des *Katathymen Bilderlebens* (Leuner, 1987) hinreichend bekannt und muß daher auch nicht näher beschrieben werden.

Symbolische Fantasien bzw. Imaginationen ganz allgemein nehmen in eher primärprozeßhafter Weise Bezug auf das innere Erleben, die "innere Welt" (Hartmann, 1958) des Patienten und erlauben Einsichten in die anstehende Problematik und deren Durcharbeiten in Form einer "adaptiven Regression", d.h. frei von sekundärpro-

zeßhaften Reglementierungen. Hierdurch können auch vorher unentdeckte Ressourcen gefunden und auf der symbolischen Ebene eingesetzt werden.

4.3 Arbeit mit dem Affekt

Im Gegensatz zu konventioneller sprachlich orientierter Psychotherapie ist in Hypnotherapie und Hypnoanalyse durch den Zustand der Trance der Zugriff auf den entsprechend inhaltsadäquaten Affekt leichter und direkter. Suggestionen zum Hervorbringen, zur Intensivierung und zur adäquaten Kommunikation des Affektes werden leichter aufgegriffen und ausgeführt. Die Suggestion zur bloßen Abreaktion eines Affektes könnte kontraindiziert sein, da sie die differenzierte Wahrnehmung und andere angemessene Möglichkeiten der Kommunikation verhindert. Der Zustand der Trance erleichtert auch den Umgang mit dem Affekt, sei es durch direktes Abschwächen mit Hilfe von Entspannungssuggestionen oder durch adäquates Dissoziieren, um zu sehr ängstigende Affekte für den Patienten tolerierbar zu machen.

4.4 Dissoziation

Spontane dissoziative Prozesse dienen der Abwehr bewußt nicht ertragbarer Eindrücke und Erfahrungen; die dissoziierten Elemente werden zwar vom üblichen Strom des Bewußtseins ferngehalten, können jedoch weiterhin - in mehr oder weniger pathologischer Form - Einfluß auf Denken, Handeln und Fühlen haben (im Extrem als sog. *idées fixes*; vgl. Janet, 1889; Peter, 1987).

Aufgrund der erhöhten geistigen und psychischen Flexibilität in Hypnose kann man hier gezielt dissoziative Prozesse zum Wohle des Patienten hervorrufen. Brown und Fromm (1986) führen beispielhaft drei Möglichkeiten an:

- *Das erlebende vom beobachtenden Ich dissoziieren*, damit der Patient von einem Affekt nicht überwältigt wird und/oder um eine traumatische Erinnerung aufzudecken und sorgfältig zu explorieren. Wichtig hierbei ist, daß das beobachtende Ich das "Ich" bleibt und daß der beobachtete Teil "der/die andere" ist, also der erlebende, ich-dystone Teil (Fromm, 1965 b, c).
- Analog Hilgards "hidden observer" (Hilgard, 1989) kann auch bei Patienten ein solcher *verborgener Beobachter* eingeführt werden, der - neutral und unbeteiligt am Geschehen - die reinen Fakten kennt.
- Und schließlich kann ein *spezieller Ich-Zustand* analog Watkins und Watkins' (1979) Methode induziert werden (vgl. deren Artikel in diesem Heft).

4.5 Altersregression

Hypnotische Altersregression ist eine der prominentesten Techniken zur Aufdeckung und Bearbeitung biographischen Materials. Entgegen den laienhaften Vorstellungen der meisten Patienten und auch vieler Professioneller benötigt der Hypnotherapeut oder Hypnoanalytiker gerade für hypnotische Altersregressionen schon ausführliche anamnestiche Informationen über potentiell relevante Ereignisse oder Zeitabschnitte im Leben des Patienten, nicht nur, um seine Suggestionen entspre-

chend formulieren und so den Patienten adäquat leiten zu können, sondern v.a. auch, um traumatische Episoden zumindest erahnen zu können und um durch vorsichtiges Führen eine Überschwemmung des Patienten mit traumatischem Material zu vermeiden. Aufgrund der Möglichkeit lebenssechsten Wiedererlebens früherer Episoden kann Altersregression u.U. in bestimmten Phasen der Behandlung oder bezüglich bestimmter Intentionen des Patienten sogar kontraindiziert sein, erfordert auf jeden Fall große Erfahrung seitens des Therapeuten (vgl. Kleinhauz, 1991).

Altersregression kann, v.a. bei hochsuggestiblen Patienten, direkt suggeriert werden oder mit Hilfe der sog. *Affekt-Brücke* (Watkins, 1971); hierbei dient ein bestimmter Affekt, der zunächst verstärkt wird, als eine Art Brücke zu einer bestimmten Situation in der Vergangenheit, welche von diesem Affekt dominiert worden war. Daneben können eine Vielzahl von Imaginationen und andere Techniken wie z.B. Ericksons (1964) *Konfusionstechnik* benutzt werden, um Altersregression zu stimulieren und zu vertiefen (vgl. auch Peter, 1990, S. 35 ff).

4.6 Zeitverzerrung und Zukunftsprogression

Bei manchen hochsuggestiblen Patienten sind Suggestionen zur Zeitverzerrung eine sehr nützliche Technik sowohl zum Aufdecken bestimmten Materials als auch zum Finden von Coping-Strategien. Der Therapeut kann dem Patienten beispielsweise suggerieren, daß dieser nun ein ausführliches, langes inneres Fernsehprogramm sehen werde, während er, der Therapeut von 1 bis 10 zählt; und manche Patienten berichten daraufhin eine Vielzahl von Details, welche im subjektiven Zeitempfinden der Patienten einen viel größeren Raum eingenommen haben.

Eine spezielle Variante der Zeitverzerrung ist die sog. *Pseudo-Orientierung in der Zeit* (vgl. Erickson, 1954). Hier wird der Patient auf einen bestimmten Zeitpunkt in der Zukunft gelenkt, zu dem er beispielsweise symptomfrei sein wird; sodann wird er gebeten, in einer Quasi-Altersregression aus der Zukunft zurückzuschauen und zu beschreiben, wie er seit damals, als er die Therapie begann, bis heute sein Problem gelöst hat.

4.7 Amnesie

Das experimentell relativ gut untersuchte hypnotische Phänomen der spontanen oder suggerierten posthypnotischen Amnesie (vgl. Evans, 1980; Peter, 1990, S. 50 ff) ist in der klinischen Praxis leider nicht mit der Zuverlässigkeit anzuwenden, wie der Therapeut es sich wünschen mag. Umso mehr sollen immer dann Amnesieangebote gemacht werden, wenn eine Überflutung mit noch nicht verarbeitbarem Material droht oder anderweitige Gründe bestehen, dem Bewußtsein des Patienten zur Verarbeitung mehr Zeit zu lassen. Brown und Fromm (1986) empfehlen daher, routinemäßig offene Amnesiesuggestionen zu geben etwa der Art: "Nach dem Aufwachen wirst Du nur so viel erinnern, daß Du damit im Wachzustand auch umgehen kannst" (S. 189).

4.8 Posthypnotische Suggestionen

Auch posthypnotische Suggestionen hängen von den hypnotischen Fähigkeiten des jeweiligen Patienten ab; insofern ist die laienhafte Meinung, Hypnose würde hauptsächlich mit Hilfe posthypnotischer Suggestionen Symptome zum Verschwinden bringen bzw. erwünschtes Verhalten provozieren, in dieser generellen Form irrig.

Die Fähigkeit des Patienten zum Befolgen posthypnotischer Suggestionen sollte zunächst durch einfache Aufgaben getestet werden, beispielsweise daß sich der Patient auf ein bestimmtes Signal hin räuspert. Eine Reihe komplexerer Aufgaben kann dann einen gewissen Übungseffekt bewirken (vgl. Kroger & Fetzler, 1976). Neben der Fähigkeit zu reagieren muß auf Seiten des Patienten auch die Motivation dazu vorhanden sein; und neben der generellen Variablen des Rapports ist hierfür die spezielle Formulierung der posthypnotischen Suggestion auf Seiten des Therapeuten ausschlaggebend; diese sollte nicht nur genau auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten des Patienten abgestimmt sein, sondern auch in einer klaren und unzweifelhaften Art und Weise gegeben werden. Posthypnotische *Seriensuggestionen*, welche auch die willentliche Befolgung bestimmter Verhaltensweisen mit einschließen, erhöhen in der Regel den Effekt.¹⁰

In der klinischen Situation können posthypnotische Suggestionen benützt werden, um Einsicht zu fördern ("Nach dem Aufwachen wird Dir die Bedeutung dessen, was Du eben erfahren hast, zunehmend bewußt werden"), um die aufdeckende Arbeit und die Prozesse des Durcharbeitens auch zwischen den Stunden zu fördern ("Du wirst über dieses Problem träumen und diesen Traum zur nächsten Sitzung erinnern"), um Selbstvertrauen zu erhöhen ("Im Laufe der Zeit wirst Du mehr und mehr Vertrauen in Deine Fähigkeit entwickeln, dieses oder jenes zu tun bzw. zu erfahren"), oder natürlich auch um Symptome direkt zu modifizieren ("Im Laufe der Zeit wird es Dich immer weniger schmerzen").

Der Therapeut muß auch im Auge behalten, daß posthypnotische Suggestionen u.U. wörtlich befolgt werden; präzise Vorgaben sind daher unumgänglich bzw. nachlässige Formulierungen können u.U. gefährlich sein.

4.9 Die Ich-Ideal-Technik

Psychoanalytische Ich-Psychologie unterscheidet zwischen dem Über-Ich und dem Ich-Ideal; ersteres setzt Grenzen, letzteres Ziele (Stolar & Fromm, 1974, S. 301); seine Ziele nicht erreicht zu haben kann Scham erzeugen. Das Ich-Ideal kann imaginativ als reale Person behandelt werden, die dem Patienten erzählt, auf welche Weise das entsprechende Ziel erreicht werden könnte. Diese Ich-Ideal-Technik stellt eine Mischform zwischen systematischer Desensibilisierung und Zukunftsprojektion dar und hat natürlich auch starke Modellerneffekte.

5. Beispiele klinischer Anwendung bei schwer gestörten Patienten

Brown und Fromm (1986 und 1987) zeigen in der Beschreibung der klinischen Anwendung eine pragmatische Ausrichtung. Abhängig von der vorliegenden Diganose

¹⁰vgl. hierzu ein Beispiel von Erickson, welches in Peter (1992) ausführlich beschrieben ist.

beginnt der Hypnotherapeut symptomorientiert, eher behavioral und/oder hypnodynamisch vorzugehen. Falls solche kurzzeit-therapeutischen Interventionen wirken, sparen sie dem Patienten Zeit und Geld. Falls sie sich als wirkungslos erweisen, geht der Therapeut zu relativ zeitaufwendigeren hypnoanalytischen Methoden über.

Da im deutschen Sprachraum hypnotherapeutische Methoden in ihrem Einsatz für Kurzzeittherapien, d.h. zur symptomatischen Behandlung gut beschrieben wurden¹¹, will ich im folgenden auf die Prinzipien zur hypnoanalytischen Behandlung schwer gestörter Patienten eingehen. Diese Patientengruppe wurde lange Zeit als nicht hypnotisierbar angesehen (vgl. Abrams, 1964); Erika Fromm (1984 a; Brown & Fromm, 1986, S. 245 ff) gehört zu den wenigen (vgl. z.B. auch Baker, 1981, 1983, 1990), welche die neueren Forschungsergebnisse bezüglich der Hypnotisierbarkeit solcher Patienten (Lavoie, 1985; Pettinati, 1982) zur Kenntnis genommen haben und den Mut aufbrachten, mit solchen Patienten auch zu arbeiten - unter Beachtung folgender Regeln: hypnotherapeutische Methoden dürfen erst dann eingesetzt werden, wenn schon eine stabile therapeutische Beziehung besteht; und solche Methoden dürfen nur im Rahmen eines Entwicklungsprozesses angewandt werden, um im wesentlichen folgende Ziele zu erreichen: Grenzen und Körperbild schaffen, Objekt- und Selbst-Repräsentanzen entwickeln.

5.1 Entwicklung von Grenzen

Kennzeichen von schweren Störungen wie beispielsweise Schizophrenie sind entwicklungsbedingte Störungen im Aufbau von Grenzen. Nach Blatt und Wild (1976) durchläuft das heranwachsende Kind eine Reihe von Stadien (hinsichtlich Ausbildung des Wahrnehmungsfeldes bzw. zur Raumwahrnehmung, zur Differenzierung von Innen und Außen, zur Herausbildung von Kategorien zur konzeptuellen Erfassung der wahrgenommenen Welt etc.), welche insgesamt dazu dienen, ein inneres Konzept und Gefühl von Grenzen zu entwickeln, welches wiederum wichtig ist sowohl für die kognitive (Piaget, 1975) wie auch für die psychische Entwicklung hinsichtlich Selbst- und Objektrepräsentanzen (z.B. Kernberg, 1976) zur Unterscheidung zwischen Ich und Nicht-Ich. Bestimmte Visualisierungen in Hypnose können bei Patienten dazu beitragen, solche fehlenden Grenzen aufzubauen:

- *Imaginationen eines sicheren Raumes*, in welchem der Patient sich geschützt und geborgen fühlt; dies können beispielsweise symbolische Schutzräume sein wie z.B. eine schützende Hülle, welche den Patienten umgibt, oder auch die imaginative Veränderung der Wände eines Zimmers, beispielsweise des Praxisraumes, bis der Patient auch hier keine Angst mehr haben muß, mit dem Therapeuten zu verschmelzen.
- Imaginationen bezüglich der *Regulierung von Nähe und Distanz* zum Therapeuten und/oder zu anderen Personen, bis schließlich zum sicheren Raum auch die sichere Distanz gefunden ist.
- Imaginationen von *soliden Barrieren*, welche den sicheren Raum und die optimale Distanz klar anzeigen, bewahren und schützen.

¹¹ vgl. die "Fallberichte"-Hefte von HyKog oder die Fallbeschreibungen in Peter, Kraiker & Revenstorf (1991)

5.2 Entwicklung des Körperbildes

Auch die Entwicklung des Körperbildes durchläuft verschiedene Stadien, angefangen von enterozeptiven, taktilen und kinästhetischen Empfindungen über körperlichen Ausdruck bis hin zur Entwicklung der Empfindung des Körpers in seinen Teilen und als Einheit mit klaren Grenzen nach außen und entsprechenden Wahrnehmungen nach außen und innen (vgl. z.B. Mahler & McDevitt, 1982). Es können verschiedene Methoden zur sensorischen Wahrnehmung und Imagination zum Herausbilden eines intakten Körperbildes angewandt werden:

- Fantasien zur *Wahrnehmung der Körperoberfläche* wie z.B. gebadet, gestreichelt oder im Arm gehalten zu werden, oder Fantasien zur Wahrnehmung von Empfindungen innerhalb des Körpers wie z.B. hungrig/satt sein, Schmerzen haben etc. Der Patient wird hierbei gebeten, die so suggerierten Sensationen genau zu beschreiben, um dem Therapeuten entsprechende Rückmeldung und die Möglichkeit zur Korrektur zu geben.
- Zur *differenzierten Körperwahrnehmung* kann der Patient gebeten werden, seine Wahrnehmung wiederholt auf bestimmte äußere und/oder innere Körperpartien zu lenken und die verschiedenen wahrnehmbaren Empfindungen zu unterscheiden. Solch ein willkürlicher Körper-Check muß wiederholt durchgeführt werden, bis die Patienten ihren Körper und seine Grenzen spontan erfassen können.
- Schließlich kann der Patient in Hypnose gebeten werden, bestimmte *Körperbewegungen* zu imaginieren und dabei genau die Bewegungen der Muskeln und andere begleitende Empfindungen zu fühlen; dabei können und sollten diese Imaginationsaufgaben in ihrer Schwierigkeit gesteigert werden. Die weiterführende Imagination, diese Bewegungen nun vor einem Spiegel auszuführen, erlaubt die Verifizierung und Integration visueller Daten.

5.3 Die Entwicklung von Selbst- und Objekt-Repräsentanzen

Im Laufe des Aufbaus und der Strukturierung von Objekt-Repräsentanzen, der internen Repräsentation von anderen, entwickelt ein Kind die Fähigkeit, positive und negative Seiten der anderen (und auch von sich selbst) zu integrieren und ohne Spaltung in ausschließlich gut und ausschließlich böse nebeneinander bestehen zu lassen. Damit kann es auch Ambivalenzen ertragen lernen und sich selbst und die anderen in realistischer Weise akzeptieren. Bei Störungen in dieser Entwicklung oder im Falle der Regression auf diese Entwicklungsstufen zeigen sich eine Reihe typischer Symptome, welche als Kompensationsversuche aufgefaßt werden können und - selbst in ihren bizarrsten Formen - von manchen Autoren (z.B. Blatt et al., 1980; Kohut, 1971) als adaptive Versuche verstanden werden, eine normale Entwicklung nachzuholen.

Die folgenden 8 Stufen in der Hypnoanalyse von schwer gestörten Patienten stellen einen groben Rahmen dar, welcher auf der Grundlage der psychoanalytischen Objekt-Beziehungs- und Selbst-Theorie ursprünglich von Baker (1981) entwickelt und von Erika Fromm (1984) sowie Copeland (1986) weiterentwickelt bzw. modifiziert worden ist.

Stufe 1: Nach Induktion der Hypnose und entsprechenden Zeichen der Entspannung soll der Patient sich vorstellen, daß er allein ist und in irgendwelche Aktivitäten seiner Wahl versunken ist. Von Zeit zu Zeit werden Gefühle des *Wohlbefindens* und Gutgehens suggeriert.

Stufe 2: Um dem Patienten die Unterscheidung zwischen sich selbst und dem Analytiker zu ermöglichen - damit weder Verschmelzung noch Verlassenwerden für den Patienten zu befürchten sind -, wird er angehalten, in Trance zunächst sich selbst zu visualisieren, wie er friedlich und sicher in sich ruhend dasitzt; dann wird er angewiesen, die Augen zu öffnen, den Therapeuten anzuschauen und anschließend mit der Visualisierung seiner selbst fortzufahren. Hiermit soll der Grundstein gelegt werden für die *Trennung zwischen Selbst und Objekt*.

Stufe 1 und 2 müssen über mehrere Stunden wiederholt werden.

Stufe 3: Unter weiteren Suggestionen zum Wohlbefinden und zur Sicherheit wird der Patient hier gebeten, sich in Trance (mit geschlossenen Augen) eine visuelle Vorstellung vom Therapeuten zu machen. Da dies für viele Psychotiker und Borderline-Patienten schwierig sein mag, können diese sich durchaus auch symbolische Ersatzobjekte im Sinne von Winnicotts (1953) "Übergangsobjekten" vorstellen. Erst nachdem ein solches therapeutennahes Übergangsobjekt stabil hervorgebracht werden kann, wird der Patient gebeten, nun den Therapeuten selbst zu imaginieren. Dies ist ein erster Schritt zur *Entwicklung von Objekt-Konstanz*.

Stufe 4: Auf dieser Stufe geht es um die gegenseitige Nähe. Hier mag es lange Zeit dauern, bis der Patient fähig ist, sich selbst - entgegen den zuvor unrealistischen Distanz-Vorstellungen - in einer *realen Nähe* zum Therapeuten vorzustellen, welche der tatsächlichen entspricht, und dabei ruhig zu bleiben und sich sicher zu fühlen.

Stufe 5: Die Arbeit auf dieser wichtigsten Stufe in der ganzen Reihe nimmt den größten Zeitraum ein, u.U. Monate bis Jahre. Der Hypnoanalytiker übernimmt hier sukzessive aktiv die Rolle des schützenden, unterstützenden, nährenden und gratifizierenden "guten" Elternteils, welcher auch des Patienten "gute" und bewunderungswürdige Seiten sieht und bestätigt. Hierdurch erst wird es dem Patienten möglich, das *gute Objekt zu internalisieren* und sich selbst dadurch als ein "gutes Ich" zu sehen. Erst gegen Ende dieser Phase, wenn das erwachsene Ich des Patienten stabil genug ist, kann er selbst darangehen, diese Funktionen für sein kleines Kind-Ich zu übernehmen, was häufig mit spontanen Altersregressionen verbunden ist.

Stufe 6: Auf dieser Stufe soll der Patient lernen, durch Externalisieren *zerstörte Objekt-Repräsentanzen durchzuarbeiten* und neu aufzubauen. In Trance wird er gebeten, internalisierte "schlechte" Selbst- und/oder Objektrepräsentanzen zu visualisieren, ihnen Gestalt zu geben, und dann Wege zu finden, sie aus sich zu entfernen, neue Plätze für sie zu finden oder sie einfach gehen zu lassen. Der Hypnotherapeut muß in dieser Phase sorgfältig darauf achten, daß die "guten" Teile erhalten bleiben (vgl. Eisen & Fromm, 1983).

Stufe 7: Mit dem allmählichen Wachsen stabiler Ich-Funktionen erscheinen auch andere Liebes- und Haß-Objekte in der Imagination des Patienten und müssen integriert werden, um eine *stabile Selbst- und Objektkonstanz zu erreichen*.

Stufe 8: Auf dieser letzten Stufe geht es darum, letzte *Kontrolle über Spaltungen zu erreichen*. Im Wachzustand wird der Therapeut dem Patienten eine Menge erklären, daß beispielsweise eine Mutter nicht immer nur gut sein kann, daß sie ihr Kind notwendigerweise auch frustrieren muß, daß in allen Menschen sowohl gute wie auch schlechte Anteile sind und daß die Welt als ganzes nicht nur schwarz-weiß gesehen werden soll etc. Nun ist es auch an der Zeit, dem Patienten nahezu bringen, wie er früher auf den Therapeuten und auf andere Menschen abgespaltene Teile übertragen hat und welche Rolle seine unrealistischen Gefühle und Fantasien bei der Aufrechterhaltung seiner vormals brüchigen Stabilität gespielt haben. In Hypnose kann und soll diese Arbeit vermittelt vielfältiger Imaginationen und Fantasien zusammen mit dem Patienten fortgesetzt werden, bis Spaltung als Abwehrmechanismus überflüssig geworden ist.

Abhängig von der Art der Störung muß die Behandlung mit Stufe 1 begonnen werden oder mit Stufe 3, 4 oder 5; abhängig vom einzelnen Patienten wird die Arbeit auf den einzelnen Stufen auch unterschiedlich lange dauern.

Schlußbemerkung

Hauptsächlich in anglophonen Ländern, aber auch in frankophonen (vgl. z.B. die Arbeiten von Chertok und Palaci in diesem Heft), hat Hypnoanalyse eine gute Tradition; in diesen Ländern hat aber auch Hypnose ganz allgemein eine gute Tradition - ganz im Gegensatz zu der Situation hierzulande, wo das Interesse an Hypnose erst vor ca einem Jahrzehnt wiedererwachte.¹² Hypnose ist keine eigenständige Therapiemethode; sie kann daher immer nur in Kombination mit anderen Therapieverfahren existieren, bringt diesen dann aber eine erhebliche Intensivierung und Effizienz. Die erfolgreiche Anwendung von hypnotischen Techniken und Prinzipien setzt also eine fundierte psychotherapeutische Grundausbildung sowie praktische Erfahrung als Therapeut voraus - allerdings auch eine entsprechende Fähigkeit und Bereitschaft zu "adaptiver Regression" auf Seiten des Therapeuten. In einem ganz allgemeinen und noch dazu ganz wörtlichen Sinne könnte Hypnose so eine fruchtbringende Regression im Dienste der Psychoanalyse sein.

Literatur

- Abrams, S. (1964). The use of hypnotic techniques with psychotics: A critical review. *American Journal of Psychotherapy*, 18, 79-94.
- Baker, E. L. (1981). A hypnotherapeutic approach to enhance object relatedness in psychotic patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 136-147.
- Baker, E. L. (1983). The use of hypnotic dreaming in the treatment of the borderline patient: Some thoughts on resistance and transitional phenomena. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31, 19-27.

¹² Die M.E.G. wurde 1978 gegründet, die DGH 1982; die ältere und auch heute noch nur für Ärzte zugängliche DGÄHAT hatte leider zunehmend an Bedeutung verloren und ihre Aktivitäten ohnehin hauptsächlich auf Autogenes Training und Katathymes Bilderleben verlegt.

- Baker, E. L. (1983). The use of hypnotic techniques with psychotics. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25, 283-288.
- Baker, E. L. (1990). Hypnoanalysis for structural pathology: Impairments of self-representation and capacity for object involvement. In M. L. Fass, & D. Brown (Eds.), *Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm* (pp. 279-286). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Benaron, H. B. W., Tucker, B. E., Andrews, J. P., Boshes, B., Cohen, J., Fromm, E., & Yacorzynski, G. K. (1960). Effect of anaemia during labor and immediately after birth on the subsequent development of the child. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 80, 1129-1142.
- Bernheim, H. (1888/1985). *Die Suggestion und ihre Heilwirkung* (Übers. von Sigmund Freud). Tübingen: Edition Diskord. (Fotomechanischer Nachdruck der Ausgabe Leipzig und Wien, 1985)
- Blatt, S. J., Schimek, J. G., Brenneis, C., & Brooks. (1980). The nature of the psychotic experience and its implications for the therapeutic process. In J. S. Strauss, M. Bowers, T. W. Downey, S. Fleck, S. Jackson & I. LeVine (Eds.), *The psychotherapy of schizophrenia* (pp. 191-114). New York: Plenum Medical Books.
- Blatt, S. J., & Wild, C. M. (1976). *Schizophrenia: A developmental analysis*. New York: Academic Press.
- Brown, D. P. (1977). A model for the levels of concentrative meditation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 236-273.
- Brown, D. P. (1990). Erika Fromm: An intellectual history. In M. L. Fass, & D. Brown (Eds.), *Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm* (pp. 3-30). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Brown, D. P. (1990). The variable long-term effects of incest: Hypnoanalytic and adjunctive hypnotherapeutic treatment. In M. L. Fass, & D. Brown (Eds.), *Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm* (pp. 199-230). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Brown, D. P., & Fromm, E. (1977). Selected bibliography of readings in altered states of consciousness. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 388-391.
- Brown, D. P., & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.
- Brown, D. P., & Fromm, E. (1987). *Hypnosis and behavioral medicine*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Burnham, D. L., Gladstone, A. I., & Gibson, R. W. (1969). *Schizophrenia and the need-fear dilemma*. New York: International Universities press.
- Cooper, L. F., & Erickson, M. H. (1959). *Time distortion in hypnosis: An experimental and clinical investigation*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Copeland, D. R. (1986). The application of object relations theory to the hypnotherapy of developmental arrests: The borderline patient. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 157-168.
- Deikman, A. J. (1971). Bimodal consciousness. *Archives of General Psychiatry*, 25, 481-489.
- Dengrove, E. (Ed.). (1976). *Hypnosis and Behavior Therapy*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
- Eisen, M. R., & Fromm, E. (1983). The clinical use of self-hypnosis in hypnotherapy: Tapping the functions of imagery and adaptive regression. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31, 243-255.
- Erickson, M. H. (1954). Pseudo orientation in time as a hypnotherapeutic procedure. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, 261-283.
- Erickson, M. H. (1964). The confusion technique in hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, 183-207.
- Evans, F. J. (1980). Phenomena of hypnosis: 2. Posthypnotic amnesia. In G. D. Burrows, & L. Dennerstein (Eds.), *Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine* (pp. 85-104). Amsterdam: Elsevier/North-Holland Biomedical Press.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books. (orig. publ. 1944)
- Fass, M. L., & Brown, D. P. (Eds.). (1990). *Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: W.W.Norton.
- Ferenczi, S. (1909/1972). Introjektion und Übertragung. In M. Balint (Ed.), *Schriften zur Psychoanalyse* (II, pp. 12-47). Frankfurt/Main: Fischer.
- Fleiss, J. (1991). Den Eisberg schmelzen lassen - Über das bloße Überleben hinaus mit Hilfe einer Langzeittherapie: Ein Fall multipler Traumata und des Mißbrauchs in einer Mehrgenerationenfamilie. *Hypnose und Kognition*, 8, 1-10.
- French, T. M., & Fromm, E. (1964). *Dream interpretation: A new approach*. New York: Basic Books.

- French, T. M., & Fromm, E. (1986). *Dream interpretation: A new approach. (2nd Ed.)* Classics in Psychoanalysis, Monograph Series 5. New York: International Universities Press.
- Freud, A. (1926/75). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. München: Kindler. (Orig. 1926)
- Fromm, E. (1946). Study of a case of pseudo deaf-muteness: Psychic deafness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 103.
- Fromm, E. (1958). The psychoanalytic interpretation of dreams and projective techniques. *American Journal of Orthopsychiatry*, 28, 67-72.
- Fromm, E. (1960). Projective aspects of intelligence testing. In A. I. Rabin, & M. Haworth (Eds.), *Projective techniques with children* (pp. 225-236). New York: Grune & Stratton.
- Fromm, E. (1965). Awareness versus consciousness. *Psychological Report*, 16, 711-712.
- Fromm, E. (1965). Hypnoanalysis: Theory and two case excerpts. *Psychotherapy*, 2, 127-133.
- Fromm, E. (1965). Spontaneous autohypnotic age-regression in a nocturnal dream. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 13, 119-131.
- Fromm, E. (1968). Dissociative and integrative processes in hypnoanalysis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 10, 174-177.
- Fromm, E. (1968). Transference and countertransference in hypnoanalysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 16, 77-84.
- Fromm, E. (1969). The manifest and the latent content of two paintings by Hieronymus Bosch: A psychoanalytic contribution to the study of creativity. *American Imago*, 26, 145-166.
- Fromm, E. (1970). Age regression with unexpected reappearance of a repressed childhood language. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18, 79-88.
- Fromm, E. (1972). Ego activity and ego passivity in hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 20, 238-251.
- Fromm, E. (1975). Autohypnosis. In L. E. Unestahl (Ed.), *Hypnosis in the seventies* (pp. 152-154). Örebro, Sweden: Veje.
- Fromm, E. (1975). Autohypnosis and heterohypnosis: Phenomenological similarities and differences. In L. E. Unestahl (Ed.), *Hypnosis in the seventies* (pp. 24-28). Örebro, Sweden: Veje.
- Fromm, E. (1975). Self-hypnosis: A new area of research. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12, 295-301.
- Fromm, E. (1976). Altered states of consciousness and ego psychology. *Social Service Review*, 50, 557-569.
- Fromm, E. (1976). Dissociative and integrative processes in hypnoanalysis. In E. Dengrove (Ed.), *Hypnosis and behavior therapy* (pp. 278-287). Springfield, Ill.: C.C. Thomas.
- Fromm, E. (1977). Altered states of consciousness and hypnosis: A discussion. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 325-334.
- Fromm, E. (1977). An ego-psychological theory for altered states of consciousness in normal individuals. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 372-387.
- Fromm, E. (1978-1979). Primary and secondary process in waking and in altered states of consciousness. *Journal of Altered States of Consciousness*, 4, 115-128.
- Fromm, E. (1979). Quo vadis hypnosis? Predictions of future trends in hypnosis research. In E. Fromm, & R. E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (rev. 2nd Ed., pp. 649-703). New York: Aldine. (Original 1972)
- Fromm, E. (1979). The nature of hypnosis and other altered states of consciousness: An ego psychological theory. In E. Fromm, & R. E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (pp. 81-103). New York: Aldine Publishing Company.
- Fromm, E. (1980). Values in hypnotherapy. *Psychotherapy - Theory, Research and Practice*, 17, 425-430.
- Fromm, E. (1981). Ego-psychological parameters of hypnosis and their clinical applications. In H. J. Wain (Ed.), *Clinical and theoretical aspects of hypnosis* (pp. 33-53). Miami, FL: Symposia Specialists Medical Books.
- Fromm, E. (1981). How to write a clinical paper: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 5-9.
- Fromm, E. (1984). Hypnoanalysis: With particular emphasis on the Borderline patient. *Psychoanalytic Psychology*, 1, 61-76.
- Fromm, E. (1984). The theory and practice of hypnoanalysis. In W. C. Wester, & A. H. Smith (Eds.), *Clinical hypnosis: A multidisciplinary approach* (pp. 142-154). New York: J.B. Lippincott.
- Fromm, E. (1985). The essential aspects of self-hypnosis. In D. Waxman, P. C. Misra, M. Gibson & M. A. Basker (Eds.), *Modern trends in hypnosis* (pp. 209-214). New York: Plenum Press.
- Fromm, E. (1987). Psychoanalysis and hypnoanalysis: A professional history and a challenge. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 207-218.

- Fromm, E. (1987). Significant developments in clinical hypnosis during the past 25 years. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35, 215-230.
- Fromm, E. (1990). The hypnoanalytic treatment of development deficit caused by early incest. In R. van Dyck, P. Spinhoven, A. J. W. van der Does, Y. R. van Rood & W. de Moor (Eds.), *Hypnosis: Current theory, research and practice* (pp. 181-188). Amsterdam: VU University Press.
- Fromm, E. (in press). The hypnoanalytic treatment of developmental deficit caused by early incest. In O. van der Hart (Ed.), *Trauma, dissociation and hypnosis*.
- Fromm, E., Boxer, A. M., & Brown, D. P. (1985). Representations of self-hypnosis in personal narratives. In D. Waxman, P. C. Misra, M. Gibson & M. A. Basker (Eds.), *Modern trends in hypnosis* (pp. 215-222). New York: Plenum Press.
- Fromm, E., Brown, D., Hurt, S. W., Oberlander, J. Z., Boxer, A. M., & Pfeifer, G. (1981). The phenomena and characteristics of self-hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 189-246.
- Fromm, E., & Eisen, M. (1982). Self-hypnosis as a therapeutic aid in the mourning process. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25, 3-14.
- Fromm, E., & Eisen, M. R. (1983). The clinical use of self-hypnosis in hypnotherapy: Tapping the functions of imagery and adaptive regression. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31, 243-255.
- Fromm, E., & French, T. M. (1962). Formation and evaluation of hypotheses in dream interpretation. *Journal of Psychology*, 54, 271-283.
- Fromm, E., & Gardner, G. G. (1979). Ego psychology and hypnoanalysis: An integration of theory and technique. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 43, 413-423.
- Fromm, E., & Hartmann, L. D. (1955). *Intelligence - A dynamic approach*. New York: Random House.
- Fromm, E., Hartmann, L. D., & Marschak, M. (1954). A contribution to a dynamic theory of intelligence testing in children. *Journal of Clinical and Experimental Psychopathology and Quarterly Review of Psychiatry and Neurology*, 15.
- Fromm, E., Hartmann, L. D., & Marschak, M. (1957). Children's intelligence tests as a measure of dynamic personality functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 27.
- Fromm, E., & Hurt, S. W. (1980). Ego-psychological parameters of hypnosis and other altered states of consciousness. In G. D. Burrows, & L. Dennerstein (Eds.), *Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine* (pp. 13-27). Amsterdam, New York, Oxford: Elsevier/North-Holland Biomedical Press.
- Fromm, E., & Kahn, S. (1990). *Self-hypnosis: The Chicago paradigm*. New York: Guilford.
- Fromm, E., Oberlander, M. I., & Gruenewald, D. (1970). Perceptual and cognitive processes in different states of consciousness: The waking state and hypnosis. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 34, 375-387.
- Fromm, E., & Pope, K. S. (1990). Countertransference in hypnotherapy. *The Independent Practitioner*, 10, 48-50.
- Fromm, E., & Sawyer, J. (1964). Hypnotic simulation of organic brain damage. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 482-492.
- Fromm, E., & Shor, R. E. (1972). *Hypnosis: Research developments and new perspectives*. Chicago: Aldine.
- Fromm, E., & Shor, R. E. (1979). Underlying theoretical issues: An Introduction. In E. Fromm, & R. E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (rev. 2nd Ed., pp. 3-14). New York: Aldine. (Original 1972)
- Fromm, E., & Shor, R. E. (Eds.). (1979). *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (rev. 2nd Ed.). New York: Aldine.
- Fromm, E., Skinner, S. H., Lombard, L., & Kahn, S. (1988). The modes of the ego in self-hypnosis. *Imagination, Cognition and Personality*, 7, 335-349.
- Fromm, E., & Stolar, D. (1974). Activity and passivity of the ego in relation to the superego. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 297-311.
- Gedo, J. E., & Goldberg, A. (1973). *Models of the mind: A psychoanalytic theory*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gill, M. M., & Brenman, M. (1959). *Hypnosis and related states: Psychoanalytic studies in regression*. New York: International Universities Press.
- Gill, M. M., & Brenman, M. (1967). The metapsychology of regression and hypnosis. In J. E. Gordon (Ed.), *Handbook of Clinical and Experimental Hypnosis* (Vols. 281-318). New York: The Macmillan Company.
- Gill, M. M., & Brenman, M. (1977). *Hypnosis and related states*. New York: Hallmark Press.
- Giovacchini, P. L. (1979). *Treatment of primitive mental states*. New York: Aronson.

- Gordon, R. (1949). An investigation into some factors that favor the formation of stereotype images. *British Journal of Psychology*, 39.
- Gruenewald, D. (1971). Agoraphobia: A case study in hypnotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 10-20.
- Gruenewald, D. (1971). Hypnotic techniques without hypnosis in the treatment of dual personality: A case report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 153, 41-46.
- Gruenewald, D. (1971). Transference and countertransference in hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 71-82.
- Gruenewald, D., & Fromm, E. (1967). Hypnosis, simulation and brain damage. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 191-192.
- Gruenewald, D., Fromm, E., & Oberlander, M. I. (1979). Hypnosis and adaptive regression: An ego-psychological inquiry. In E. Fromm, & R. E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (pp. 619-635). New York: Aldine Publishing Company.
- Hart, H. (1961). A review of the psychoanalytic literature on passivity. *Psychiatric Quarterly*, 35, 331-352.
- Hartmann, H. (1939/70). *Ich-Psychologie und Anpassungsproblem*. Stuttgart: Klett. (Orig. 1939)
- Hartmann, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: International Universities Press. (dt.: *Ich-Psychologie und Anpassungsproblem*. Stuttgart: Klett-Cotta)
- Hilgard, E. R. (1989). Eine Neo-Dissoziationstheorie des geteilten Bewußtseins. *Hypnose und Kognition*, 6, 3-20.
- Hilgard, E. R. (1990). Erika Fromm as contributor to hypnosis, hypnotherapy, and hypnoanalysis. In M. L. Fass, & D. Brown (Eds.), *Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm* (pp. 31-34). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- James, W. (1896). *The principles of psychology* (2 Vols.). New York: Holt.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Jones, E. (1910-1911). The action of suggestion in psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 5, 217-254.
- Kernberg, O. (1968). The treatment of patients with borderline personality organization. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 600-619. (dt.: Zur Behandlungstechnik bei Borderline-Störungen. *Psyche*, 35, 497 f, 1981)
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson. (dt.: *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Frankfurt: Suhrkamp, 1978)
- Kernberg, O. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Aronson. (dt.: *Objekt-Beziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1981)
- Kinzel, C. (1992). *Psychoanalytische Paradigmen der klinisch orientierten Hypnose*. LMU, Institut für Psychologie, München. (unveröff. Diplomarbeit)
- Kleinhaus, M. (1991). Negative Reaktionen bei der Anwendung von Hypnose: Handhabung, Vorsichtsmaßnahmen und das israelische Hypnosegesetz. *Hypnose und Kognition*, 8, 1-12.
- Kohut, H. (1966). Forms and transformations of narcissism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 14, 243-272. (dt.: Formen und Umformungen des Narzißmus. In: *Die Zukunft der Psychoanalyse*. Frankfurt: Suhrkamp, 1975)
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press. (dt.: *Narzißmus: Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt: Suhrkamp, 1975)
- Kohut, H. (1972). Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 27, 360-402. (dt.: Überlegungen zum Narzißmus und zur narzißtischen Wut. In: *Die Zukunft der Psychoanalyse*. Frankfurt: Suhrkamp, 1975)
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press. (dt.: *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt: Suhrkamp, 1981)
- Kris, E. (1936). *Psychoanalytic explorations in art*. New York: International Universities Press.
- Kroger, W. S., & Fetzler, W. D. (1976). *Hypnosis and behavior modification: Imagery conditioning*. Philadelphia: Lippincott.
- Lavoie, G. F. (1985). The clinical relevance of hypnotizability in psychosis: With reference to thinking processes and sample variances. In D. Waxman, P. C. Misra, M. Gibson & M. A. Basker (Eds.), *Modern trends in hypnosis* (pp. 41-64). New York: Plenum Press.
- Leuner, H. (1987). *Lehrbuch des Kathymen Bilderlebens*. Bern: Huber.
- Mahler, M. S. (1972). On the first three sub-phases of the separation-individuation process. *International Journal of Psychoanalysis*, 53, 333-338.
- Mahler, M. S., & McDevitt, J. B. (1982). Thoughts on the emergence of the sense of self, with particular emphasis on the body self. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 827-848.

- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergmann, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books. (dt.: *Die psychische Geburt des Menschen: Symbiose und Individuation*. Frankfurt: Fischer, 1978)
- Masterson, J. F. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*. New York: Brunner/Mazel. (dt.: *Psychotherapie bei Borderline-Patienten*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1980)
- Masterson, J. F. (1981). *The narcissistic and borderline disorders: An integrated developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Murphy, L. B. (1962). *The widening world of childhood*. New York: Basic Books.
- Nash, M. R., Johnson, L. S., & Tipton, R. D. (1979). Hypnotic age regression and the occurrence of transitional object relationships. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 547-555.
- Nash, M. R., Lynn, S. J., Stanley, S., Fraumann, D., & Rhue, J. (1985). Hypnotic age regression and the importance of assessing interpersonally relevant affect. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33, 224-235.
- Oberlander, M. I., Gruenewald, D., & Fromm, E. (1970). *Content and structural characteristics of thought processes during hypnosis*. Proceedings of the 78th Annual Convention of the American Psychological Association.
- Oppenheimer¹⁾, E. (1936). On the correlation between intellect and motor development in mentally defective children and youths. *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, 249-260. (¹⁾ Mädchenname von Erika Fromm)
- Oppenheimer¹⁾, E. (1937). Results of the Rorschach test in a case of dementia paralytica before and after malaria treatment. *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, 3. (¹⁾ Mädchenname von Erika Fromm)
- Orne, M. T. (1959). The nature of hypnosis: Artifact and essence. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 277-299.
- Peter, B. (1987). Dissoziation in kognitiven Therapien. *Hypnose und Kognition*, 4, 22-40.
- Peter, B. (1990). Hypnotische Phänomene. In D. Revenstorf (Ed.), *Klinische Hypnose* (pp. 24-64). Berlin: Springer.
- Peter, B. (1992). Hypnose und Verhaltenstherapie, dargestellt an einem Fallbeispiel Milton H. Ericksons. In B. Peter, & G. Schmidt (Eds.), *Erickson in Europa* (Bericht über den 1. Europäischen Kongreß für Hypnose und Psychotherapie nach Milton H. Erickson). Heidelberg: Carl Auer.
- Peter, B., Kraiker, C., & Revenstorf, D. (Eds.). (1991). *Hypnose und Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.
- Pettinati, H. M. (1982). Measuring hypnotizability in psychotic patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 30, 404-416.
- Piaget, J. (1975). *Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde*. Stuttgart: Klett.
- Pine, F. (1990). Die vier Psychologien der Psychoanalyse und ihre Bedeutung für die Praxis. *Forum der Psychoanalyse*, 6, 232-249.
- Rado, S. (1925). The economic principle in psychoanalytic technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 6, 35-44.
- Rapaport, D. (1953). Some metapsychological considerations concerning activity and passivity. In M. M. Gill (Ed.), *The collected papers of David Rapaport* (pp. 530-568). New York: Basic Books, 1967.
- Rapaport, D. (1959). The theory of attention cathexis: An economic and structural attempt at the explanation of cognitive processes. In M. M. Gill (Ed.), *The collected papers of David Rapaport* (pp. 778-794). New York: Basic Books, 1967.
- Sacerdote, P. (1978). *Induced dreams: About the theory and therapeutic applications of dreams hypnotically induced*. Brooklyn, N.Y.: Theo Gaus.
- Sacerdote, P. (1982). Hypnotically induced dreams: Theory and practice. In J. Zeig (Ed.), (Ed.), *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy* (pp. 228-238). New York: Brunner/Mazel.
- Schilder, P., & Kauders, O. (1926). Die psychoanalytische Theorie der Hypnose. In P. Schilder, & O. Kauders (Eds.), *Lehrbuch der Hypnose*. Wien, Berlin: Springer.
- Shor, R. E. (1959). Hypnosis and the concept of generalized reality-orientation. *American Journal of Psychotherapy*, 13, 582-602.
- Stolar, D., & Fromm, E. (1973). *A further extension of Rapaport's theory of activity and passivity of the ego*. Proceedings of the 81st Annual Convention of the American Psychological Association.
- Stolar, D., & Fromm, E. (1974). Activity and passivity of the ego in relation to the superego. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 297-311.
- Watkins, J. G. (1971). The affect bridge: A hypnoanalytic technique. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 21-27.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. (1979). The theory and practice of ego state therapy. In H. Grayson (Ed.), *Short-term approaches to psychotherapy* (pp. 176-220). New York: National Institute for the Psychotherapies and Human Sciences Press.

- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena: A study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. New York: International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1976). *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Kindler. (engl.: Collected papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis, 1958)
- Wolberg, L. R. (1948). *Medical hypnosis* (2 Vols.). New York: Grune & Stratton.

Keywords: hypnosis, psychoanalysis, hypnoanalysis, dynamic hypnotherapy, Erika Fromm

Abstract: This article offers a survey of Erika Fromm's contributions to the development of hypnoanalysis, i.e. the application of hypnosis and hypnotic techniques to psychoanalytic therapy. First the fundamental theoretical concepts are presented, then problems of their practical application are discussed, particularly concerning the hypnoanalytic treatment of severe disorders like narcissistic and borderline personalities. Hypnoanalysis is shown to be a successful method which can provide for a more intensive, more efficient and less time-consuming course of treatment.

Burkhard Peter, Dipl.-Psych.
Konradstr. 16
8000 München 40

6th European Congress of Hypnosis

in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine

August 14 - 20, 1993 Wien, Österreich

Information
Österreichische Gesellschaft für Autogenes Training und Allgemeine Psychotherapie
A-1130 Wien, Testarellgasse 31/13

Psychoanalyse, Hypnoanalyse, Ego-State-Therapie

Auf der Suche nach einer effektiven Therapie

John G. Watkins¹

Zusammenfassung: Bei aller Hochachtung und allem Respekt für unseren psychoanalytischen Gründervater, Sigmund Freud, wurden seine monumentale Entdeckung des Unbewußten und die Beiträge seiner Mitarbeiter doch mit begrenzten und langsam wirkenden therapeutischen Techniken erzielt. Jüngste Erkenntnisse in der Ich-Psychologie und Objekt-Beziehungstheorie haben unser Verständnis davon erweitert, wie die menschliche Seele funktioniert. Mit dem Verzicht der Psychoanalytiker auf die Hypnose wurde ein wertvolles Werkzeug zur Erleichterung der Therapie aufgegeben. Wir haben die "Zehn-Cent-Analyse" zwar noch nicht erreicht, aber psychoanalytische Prinzipien führen uns in Verbindung mit hypnoanalytischen Techniken und vielleicht auch mit den Konzepten der Ego-State-Theorie zu einer effizienteren Therapie, einer Therapie, die den Nutzen von Freuds Entdeckungen auch denen zugänglich macht, die sich keine klassische Psychoanalyse leisten können.

Vor vielen Jahren hörte ich während meiner psychoanalytischen Ausbildung folgende Bemerkung: "Was wir brauchen, ist eine gute Zehn-Cent-Analyse." Diese Bemerkung drückte zweierlei aus, zum einen, daß es einen Bedarf für Psychoanalyse gab, aber auch, daß bei der üblichen Vorgehensweise die ungeheuren Kosten nur von den Reichen aufgebracht werden konnten, und daß die für eine erfolgreiche Analyse notwendigen Hunderte von Stunden bezogen auf die Kosten-Nutzen-Relation nicht effektiv waren. Dieser Gedanke leitete mich auf den vielen Pfaden, die ich in diesem Artikel beschreibe.

Ich muß um Verzeihung bitten, daß ich diesen Diskurs so persönlich halte, aber es ist die Geschichte der lebenslangen Bemühungen eines Einzelnen, unbewußte Prozesse besser zu verstehen und dieses Verständnis für die Verbesserung psychologischer Behandlung zu nutzen.

Nachdem ich Mitglied des Lehrkörpers zweier Universitäten gewesen war, trat ich in die Armee ein, wo ich als Chefspsychologe am *Welch Convalescent Hospital* arbeitete, einer 5.000-Betten-Einrichtung, die zur Hälfte für Kriegsneurosen gedacht war. Als einziges Teammitglied mit Erfahrung in Hypnose hatte ich große Freiheit, Hypnotherapie auszuüben. Einer meiner Kollegen war ein junger Psychoanalytiker. Zu dieser Zeit studierte ich alle verfügbaren Werke von Milton Erickson und von Psychoanalytikern, die mit Hypnose experimentierten, wie Margaret Brenman, Merton Gill,

¹ Übersetzung aus dem Amerikanischen von Monika Amler