

Springer.

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

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

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

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

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

erhalten: 26.06.01

revidierte Version akzeptiert: 16.01.02

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

Eric Bonvin¹⁾

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

fen, ob das Resultat dieses Experiments unserer ursprünglichen Zielsetzung tatsächlich entspricht. Unsere Erfahrung ist positiv. Die klinische Hypnose kann tatsächlich in die Dynamik eines komplexen Pflegesystems für die psychosoziale Rehabilitation, die hauptsächlich Probleme im Zusammenhang mit chronischen Psychosen behandelt, integriert werden. Sie stellt eine beträchtliche therapeutische Zusatzleistung dar, deren Wert sich zweifelsohne mit dem Anwachsen unseres Erfahrungsschatzes noch besser zeigen wird.

Schlüsselwörter: Klinische Hypnose, psychosoziale Rehabilitation, komplexes Gesundheitssystem, chronische Psychosen

1. Das klinische Umfeld in der psychosozialen Rehabilitation

Im Bereich der Psychiatrie gewährleistet die psychosoziale Rehabilitation die medizinische Behandlung sowie die berufliche Wiedereingliederung der Personen, die unter ernster psychischer Langzeitverwirrung leiden. Mit anderen Worten: Es handelt sich hier vor allem um chronische Psychosen. Um unsere Darstellung nicht zu komplex oder zu stark in Richtung der Psychopathologien zu gestalten, werden wir hauptsächlich die Schizophrenie behandeln. Wie dies für den Großteil der Psychosen der Fall ist, verfügen wir mit unserer Unkenntnis des intimen Wesens der Schizophrenie über keine spezifische medizinische Heilbehandlung. Da diese palliativer Art ist, muss sie sich folglich so gut wie möglich den mannigfaltigen Dimensionen des Wesens dieser Krankheit und deren Konsequenzen anpassen. Aus diesem Grund beruht die medizinische Behandlung der Schizophrenie sowohl auf biologischer, psychologischer, sozialer wie auch auf einer kulturellen Basis (Ciompi, 1987). In Anbetracht des Wesens dieser Krankheit und der Kenntnisse, über die wir zum heutigen Zeitpunkt verfügen, wurden folgende Zielsetzungen in Bezug auf die Behandlung der Schizophrenie festgelegt:

- Beruhigung des Leidens
- vorbeugende Behandlung gegen Rückfälle
- soziale Rehabilitation

Momentan lässt sich die Schizophrenie am besten durch eine Behandlung auf bio-psychosozialer Ebene mit Hilfe mehrerer integrierender Behandlungsmodelle handhaben. Es handelt sich insbesondere um die folgenden Modelle (Grasset & Pomini 1992): öko-systemisch, psychodynamisch, ethnopsychiatrisch, kognitiv-reaktionell und biologisch. Die klinischen Interventionsmodalitäten sind ebenso diversifiziert und stützen sich auf mehrere Berufsgattungen. So setzt sich zum Beispiel unser Pflegeteam aus ungefähr dreißig Personen zusammen: Ärzte, Psychologen, Krankenpfleger, Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Physiotherapeuten, sozialberufliche Erzieher sowie Sozialarbeiter.

In einem derartigen Zusammenhang kann die Hypnose als Technik der zwischenmenschlichen Beziehungen begriffen werden, die in ein integriertes und plurimodales Pflegemodell eingefügt werden kann. Die Hypnose wurde nicht vorgeschlagen, um andere therapeutische Methoden zu ersetzen, sondern um diese unter dem palliativen Gesichtspunkt in Anbetracht der Krankheit zu ergänzen. Bevor wir jedoch die Anwendung der Hypnose innerhalb unserer klinischen

Abteilung in Betracht ziehen konnten, mussten wir uns zwei grundlegende Fragen stellen:

1. Kann die Hypnose für Personen erwogen werden, die unter Psychosen oder Schizophrenie leiden?
2. Wenn ja, kann ihre Anwendung innerhalb eines dermaßen komplexen Pflegesystems und auf lange Sicht erwogen werden?

2. Hypnose und Psychose

Die Frage nach der Anwendung der Hypnose mit Personen, die unter chronischer Psychose oder Schizophrenie leiden, zur Sprache zu bringen, verlangte sehr viel Fingerspitzengefühl. Bei der Untersuchung des spezifischen Bereichs der Hypnose in der Psychiatrie mussten wir feststellen, dass die erhältlichen Informationen nicht nur spärlich sondern auch, im Zusammenhang mit unserem Projekt, schlecht angepasst waren (Bonvin, 2000b). Der Großteil der auf diesem Gebiet während der letzten Jahrzehnte durchgeführten Arbeiten bezog sich in der Tat auf die Frage nach der "Hypnotisierbarkeit" der an Psychosen leidenden Personen und brachte die therapeutischen Möglichkeiten praktisch nicht zur Sprache (Barber & Karacan, 1964; Gale & Herman, 1956; Lavoie & Sabourin, 1976; Pettinati, 1982; Spiegel, Detrick & Frischholz, 1982; Van der Hart & Spiegel, 1982). Diese außergewöhnliche Situation veranlasste uns, eine viel ausführlichere Arbeit auf diesem Gebiet in Angriff zu nehmen; unsere diesbezüglichen Schlussfolgerungen werden demnächst veröffentlicht. Ohne an dieser Stelle auf die Einzelheiten eingehen zu wollen, möchte ich Ihnen dennoch die Elemente vorstellen, auf die wir uns abgestützt haben, um über die Angemessenheit der Anwendung von Hypnose in der Behandlung der Psychosen zu entscheiden.

Wir verstehen den Hypnosezustand oder die Trance als einen Zustand der Bewusstseinsveränderung, welcher sich durch eine geistige Losgelöstheit sowie in einer Katalepsie des Körpers offenbart. In diesem Zustand sind die Vorstellungskraft und das analoge Denken besonders aktiv und effizient. Er wird durch eine Fokussierung der Aufmerksamkeit herbeigeführt und von einem vorübergehenden Zustand der Verwirrung gefolgt oder abgelöst. Es handelt sich hier um einen spontanen und natürlichen Zustand, der auch beim Menschen auf künstliche Weise herbeigeführt werden kann. Beim normalen Menschen ist dieser Zustand somit induzierbar, modulierbar und dynamisch und hängt in großem Maße von der Umgebung und der hergestellten hypnosigenen Beziehung ab (Roustang, 1994; Bonvin, 2000c).

Die Psychose, und ganz besonders die Schizophrenie, ist ein starrer und andauernder Zustand geistiger Losgelöstheit, der sich oft durch eine Katalepsie des Körpers ausdrückt und die leidende Person in ihrer Beziehung zur Umwelt beeinträchtigt. Das von Eugen Bleuler (1969) am Anfang des Jahrhunderts erwähnte Konzept der Spaltung ist immer noch Grundlage zur Definition der Schizophrenie.

Beide Definitionen in Verbindung mit unserer klinischen Erfahrung veranlassten uns, die Problematik der Hypnotisierbarkeit der unter Psychosen leidenden Personen entschieden auszuschließen und unseren Gesichtspunkt zu ändern. Die an einer Psychose erkrankte Person ist schon geistig losgelöst und ihr Körper befindet sich in den meisten Fällen in einer kataleptischen Verfassung (welche durch die Verabreichung von Neuroleptika noch verstärkt wird).

Diese beiden Zustände sind starr und andauernd.

Die Schriften von Pierre Janet (1919) und Eugen Bleuler (1924, S. 138; 1926) wiesen uns schließlich den Weg. Beide behaupten, dass der Zustand der Hypnose es uns erlaubt, dieselben Phänomene zu erforschen, wie sie auch im schizophrenen Zustand auftreten. Dies schien uns die richtige Spur zu sein, uns mit der Hypnotisierbarkeit - nicht der des Patienten, sondern des Pflegepersonals in Anwesenheit des Patienten - zu befassen (Scagnelli, 1980). Sie eröffnete uns eine Fülle von neuen Möglichkeiten, in der die Hypnose als ein Mittel zwischenmenschlicher Beziehungen eingesetzt werden kann, damit das Pflegepersonal sich dem Patienten anpassen und in dessen eigene Welt vordringen kann, in eine Welt, in der er allein und abgeschieden vom Rest der Menschheit verharrt (Searles, 1965; Roustang, 2000). Dank unserer darauf folgenden engen Zusammenarbeit mit François Roustang waren wir nun in der Lage, das Spektrum dieser neuen Möglichkeiten besser zu verstehen.

Wir mussten daraufhin eine geeignete Methode finden, um dem Pflegepersonal die Möglichkeit zu geben, während der alltäglichen beruflichen Situationen - im Konsultationsraum, während eines Workshops, im Physiotherapieraum oder in einer allgemeinen sozialen Situation im Rahmen der gesamten Dauer der Behandlung - die eigenen Trancezustände in Anwesenheit des Patienten am besten anzuwenden. Es ging hier nicht so sehr um die Anwendung von allgemeinen hypnosigenen Techniken und Protokollen, sondern vielmehr um das Erlernen der Fähigkeit zur Herstellung zwischenmenschlicher Beziehungen in spezifischen beruflichen Situationen.

Wir konnten im Rahmen der für gewöhnlich schweren und langwierigen Behandlungen feststellen, dass diese Art der Anwendung der Hypnose die Entwicklung eines außerordentlichen Kreativitätspotentials auf ungewöhnliche Weise stimuliert. Das Pflegepersonal hatte das Gefühl, die Patienten in einem neuen, lebhafteren Licht mit ungeahnten Ressourcen wieder zu entdecken. Dieser Kreativitätselan wurde außerdem sowohl vom Pflegepersonal wie auch von den Patienten sehr positiv aufgenommen.

3. Die Hypnose und das komplexe Pflegesystem

Auch wenn wir von der möglichen Anwendung der Hypnose in der Behandlung der an chronischen Psychosen leidenden Personen überzeugt waren, mussten wir noch prüfen, ob eine solche Technik in ein aus sieben verschiedenen Berufen (Ärzte, Psychologen, Krankenpfleger, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und Erzieher) zusammengesetztes Pflegeteam integriert werden könnte. Zu diesem Zweck stützten wir uns auf die Erfahrungen anderer Einheiten - zum Beispiel Pflegeteams, die Erfahrungen mit Opfern von Schwerverbrennungen (Bonvin, 1997, 1998) hatten oder sich mit Patienten der Chirurgie (Faymonville, Fissette & Mambourg, 1995) oder der allgemeinen Medizin (Bourgeois, 1990) befassten, ohne die erwarteten Anregungen zu finden, da allesamt auf der Behandlung der Schmerzen gründeten.

Was unser Gebiet angeht, ist das klinische Umfeld grundverschieden, da das Hauptproblem nicht aus dem Umgang mit dem Schmerz besteht, sondern aus extremen Angstzuständen, dem Zerstückelungsgefühl, der Verwirrung der Gedankenwelt und der Wahrnehmung, der Schwierigkeit, die Grenzen seines eigenen Körpers, seiner eigenen Persönlichkeit wahrzunehmen, der

Schwierigkeit, die eigene Person vom Rest der Welt abzugrenzen, etc. In Anbetracht dieser Probleme mussten sogar die psychotherapeutischen Standardeinrichtungen angepasst werden. So wurde zum Beispiel die gewöhnliche Gesprächsdauer durch eine Ritualisierung der Häufigkeit beträchtlich verkürzt. Ebenso war es wichtig zu wissen, dass der psychotische Patient im Zusammenhang mit seiner Rehabilitation nicht eine exklusive therapeutische Beziehung mit dem Therapeuten, sondern generell bedeutungsvolle Beziehungen mit der Mehrheit der Redner des Pflegeteams aufbaut. Folglich geht die einfache dyadisch-therapeutische Beziehung oft nur teilweise auf die wahre Problematik ein und kann sogar eine kontra-therapeutische Abspaltung erzeugen. Wir haben diesem Punkt natürlich Rechnung getragen, indem wir es vermieden, die Hypnose in ein standardisiertes therapeutisches Setting zu implementieren.

Um die Hypnose aus dem standardisierten dyadisch-relationalen Modell herauszunehmen, mussten wir uns Gedanken über ihre eventuelle kollektive Anwendung machen. Wir mussten somit neue Einflüsse auf den Patienten berücksichtigen, nämlich die der Institution und der Gruppe. Mehr als sonst jemand auf der Welt ist die an einer Psychose erkrankte Person besonders empfänglich für die Dynamik der Umwelt, besonders wenn sie lange Zeit darin verweilt (Searles, 1965; Devereux, 2000). Wir können somit sagen, dass eine Art Hypersuggestibilität den schizophrenen Patienten einem Chamäleon gleichsetzt, das alle Farben seiner Umgebung annimmt, mit dem damit verbundenen Risiko, die persönliche Eigenartigkeit total zu verlieren. Das Pflegepersonal muss - vor allem dann, wenn es die Hypnose anwendet - dieser außerordentlichen Dimension, die seine tägliche Arbeit durchzieht, besonders Rechnung tragen, da das Risiko, die besondere Eigenart eines jeden Patienten noch mehr auszulöschen, stets vorhanden ist.

Kraft dieser Feststellungen nahmen wir an, dass die Arbeiten von Milton Erickson (1980) und François Roustang (1994, 2000) auf dem Gebiet der Hypnose und des damit verbundenen Pflegekonzepts für unsere Zwecke von größtem Interesse sein könnten, da sie die Eigenheit der erkrankten Person besonders hervorheben. Wir denken, dass in diesem Sinne der Patient selber die Lösung zu seinen Problemen liefert, dass er über die Kraft verfügt sich zu ändern und zu heilen, dass er nach und nach den Therapeuten die Wege zu seiner eigenen Wandlung weisen wird, so wie er ihnen auch die Häufigkeit und die notwendige Zeit angeben kann. Um dieses Potenzial zu enthüllen, muss das Pflegepersonal in der aufgebauten Beziehung zum Patienten nicht nur als Zuhörer, sondern ebenso als außerordentlich aufmerksamer Beobachter auftreten, welcher sowohl der Gestik wie auch der Stimmlage des Patienten die größte Aufmerksamkeit schenkt (Roustang, 2000).

Wir wissen heute, dass die Psychose unheilbar ist. Deshalb ist es nötig, den Satz von Paul-Claude Racamier (1980) aus seinem Schizogramm zu beherzigen: "savoir, quand on est thérapeute, guérir de l'envie de guérir", der etwa folgendermaßen übersetzt werden kann: "Wenn man Therapeut ist, weiß man, man heilt aus Lust am Heilen." Ärzte, Psychologen, Krankenpfleger, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und Erzieher sollten daher in der Lage sein, eine menschliche Beziehung aufzubauen, die der Eigenheit des Kranken eine besondere Aufmerksamkeit schenkt. Die "Gegenwärtigkeit" dieser Menschen kann jedoch nur durch die Anwendung verschiedener hypnosigener Techniken gewährt werden, die von jedermann, der mit der Praxis der Hypnose vertraut ist, angewendet werden können. Um sich in Anwesenheit

einer an Schizophrenie leidenden Person selbst in Trance versetzen zu können, muss der Pfleger zuvor seine eigenen Ängste vor dem Wahnsinn integriert haben. Das heißt konkret, dass er bereit sein muss, die Fremdheit, die oft extreme Eigenart, das Verhalten, die ungewohnten körperlichen Stellungen und die Wahrnehmungen der psychotischen Person vollständig zu akzeptieren. Der Pfleger muss somit über eine genügend gefestigte Persönlichkeit verfügen, um in die Beziehung zu seinem Patienten ein starkes Vertrauen zu entwickeln. Er wird die hierzu notwendige Selbstsicherheit in seiner Berufserfahrung schöpfen. Wir sind überzeugt, dass die Hypnose unter diesen Voraussetzungen zur Behandlung von Psychosen eingesetzt werden kann.

An diesem Punkt in unseren theoretischen Überlegungen angelangt, verfügten wir über eine genügende Anzahl an Elementen, um mit der Realisierung unseres Hypnose-Integrationsprojekts in unserer Klinik zu beginnen. Ein Pflorgeteam aus 15 Freiwilligen, zusammengesetzt aus allen in unserer Pflegeeinheit arbeitenden Berufsgattungen, wurde somit von den Lehrern der Hypnoseeinheit der Ling-Stiftung mit den hypnosigenen Techniken vertraut gemacht. In einer zweiten Phase lernte jeder Freiwillige, die Hypnose in Zusammenhang mit den besonderen Anforderungen und Aufgaben seines spezifischen Berufs anzuwenden. Die Grenzen, Indikationen und Gegen-Indikationen der therapeutischen Aktivitäten einer jeden Berufsgattung wurden hierfür keineswegs abgeändert, da nach unserer Ansicht die berufliche Identität eines jeden Einzelnen vollkommen beibehalten werden muss. Mit seinem spezifischen Wissen war und ist ein jeder dieser Mitarbeiter in der Lage, die hypnosigene Trance als ein ergänzendes Werkzeug in seine Arbeit zu integrieren und für seine Aufgaben anzupassen.

Um die klinische Arbeit des Pflegepersonals zu unterstützen, entwickelten wir vier Schwerpunkte zur Verfeinerung und Verbesserung der Hypnose in der Praxis:

1. Die allgemeine Anwendung von Trance in der Autohypnose
2. Die allgemeine Anwendung von Gruppen-Trance
3. Das Studium der Anwendung von Hypnose im spezifischen Bereich einer jeden Berufsgattung
4. Individuelle Beaufsichtigung und Gruppenbeaufsichtigung unter der Leitung von routinieren Ärzten, die sich auf die Wahrnehmung des sich in Trance befindlichen Patienten spezialisiert haben (eine Methode, die uns von François Roustang beigebracht wurde).

Schlussendlich, um die hypnosigene Methode innerhalb des globalen Ablaufs unserer Pflegemethoden klar abzugrenzen und dem Pflegepersonal präzise Richtlinien zu geben, ging unser Bestreben in Richtung eines Modells, einer klinischen Methode, die wir "die hypnosigene Ergänzung" nennen.

4. Die Methode der "hypnosigenen Ergänzung"

Wir entwickelten diese Methode, indem wir die speziellen Anforderungen der Hypnose mit denen der psychosozialen Rehabilitation verbanden. Die Methode der "hypnosigenen Ergänzung" setzt sich aus klinischen Weisungen zusammen, die in die vier folgenden Ebenen aufgeteilt werden:

1. Umgang mit Begehren und Indikationen
2. Integration von Hypnose-Sitzungen in der Klinik

3. Ressourcen des Pflegers und des Patienten
4. Beurteilung, Entwicklung, Beaufsichtigung

4.1 Umgang mit Begehren und Indikationen

Im Rahmen einer integrierten plurimodalen Behandlung zur psychosozialen Rehabilitation wird der hypnosigene Prozess entweder auf ausdrückliches Begehren des Patienten oder mittels eines Vorschlags des Pflegepersonals an den Patienten eingeleitet.

Es findet daraufhin eine Absprache zwischen dem Patienten und dem Pflege-Team unter der Leitung eines Arztes statt. Dieses Gespräch hat zum Zweck, das Begehren im Hinblick auf die Indikationen, die Gegen-Indikationen sowie auf die verschiedenen Kriterien für die Anwendung der Hypnose in dieser klinischen Situation zu beurteilen.

Mögliche Indikationen

- Angst- und Beklemmungszustände
- Wiederaufleben der produktiven Phasen der Krankheit (psychotische Dekompensation)
- Diverse Störungen der Gedankenwelt, der Wahrnehmung, gewisse Delirien
- Zwischenmenschliche Störungen
- Störungen der Aufmerksamkeit
- Störungen der körperlichen Wahrnehmung
- Dyskinesien im Zusammenhang mit Medikamenten
- Entwicklung praxischer Fertigkeiten
- Entwicklung der sozialen Fertigkeiten
- Unterstützung und Verwaltung der Krankheit
- Persönliche Entwicklung (Auto-Hypnose)

Gegen-Indikationen

- Kein Begehren oder keine Einwilligung seitens des Patienten
- Inkompetenz des Pflegers auf dem Gebiet der Psychosen-Behandlung oder in der Anwendung der Hypnose
- Schlechte zwischenmenschliche Beziehungen
- Fehlende oder schwierig herzustellende Aufmerksamkeit (in der zwischenmenschlichen Beziehung).
- Fehlen eines therapeutischen Projekts

Anwendungskriterien

- Begehren des Patienten
- klare Eintragung in ein globales therapeutisches Programm
- Know-how und Selbstsicherheit des Therapeuten im Bereich der Psychose und der Hypnose
- gute therapeutische Beziehungen und ausreichendes gegenseitiges Aufmerksamkeitsvermögen in der zwischenmenschlichen Beziehung (keine Störung der Aufmerksamkeit des Pflegers durch Angst, Unruhe, Unsicherheit, beruflichen Stress, etc.)
- gutes Unterscheidungsvermögen des Pflegepersonals zwischen Realität und Vorstellung
- Ziel der Trance vor jeder Sitzung klar formuliert
- Der Patient definiert in jedem Fall seine Welt und wird darin begleitet; er bekommt keinerlei Anweisungen und wird auf keinen Fall in seinem Wesen oder in seiner Denkweise beurteilt.

4.2 Integration von Hypnose-Sitzungen in das therapeutische Programm - die hypnosigene Ergänzung

Wenn die Integration der Hypnose in das therapeutische Programm beschlossen ist, stehen die folgenden Anwendungsprinzipien zur Verfügung:

- Klare Markierung von Anfang und Ende der hypnosigenen Ergänzung bzw. der jeweiligen Hypnose-Sitzung.
- Die Eröffnung der hypnosigenen Ergänzung während einer Pflege- oder Hilfestellungs-Sitzung kann sowohl durch den Patienten verlangt wie auch durch den Pfleger vorgeschlagen werden. Begehren oder Vorschlag ergeben sich aus der momentanen Situation (Empfänglichkeit des Pflegers oder des Patienten).
- Das Ziel der Trance wird vom Patienten definiert. Es muss sich jedoch in jedem Fall in den Rahmen der momentanen therapeutischen Behandlung einfügen (das Ziel der Trance während einer Ergotherapie-Sitzung muss in Zusammenhang mit der momentanen globalen therapeutischen Aktivität der Ergotherapie-Behandlung übereinstimmen).
- Falls die Trance vom Patienten akzeptiert und gewünscht wird, legt dieser das Ziel, die Dauer, die Häufigkeit und die Wiederholung fest.
- Die Eröffnung und der Abschluss der hypnosigenen Ergänzung werden klar und offen erwähnt (klare Abgrenzungen und Übergänge zwischen den verschiedenen Realitätsebenen).
- Während der Hypnose-Sitzungen respektiert der Pfleger die Definition in ihrer Gesamtheit, die der Patient von seiner Eigenwelt gibt. Er richtet zu diesem Zweck seine ganze Aufmerksamkeit auf die Qualität seiner Anwesenheit im Trance-Zustand des Patienten, den er begleitet. Er unterlässt verbale Suggestionen, die nicht mit der Definition übereinstimmen, die der Patient von seiner eigenen Erfahrung gibt, oder die mit der momentanen zwischenmenschlichen Dynamik zusammenhängen. Er lässt ebenfalls vorgefasste Metaphern, seine Überzeugungskraft, seine Erklärungen oder seine Versuche zur Rationalisierung aus dem Spiel.

4.3 Ressourcen des Pflegers und des Patienten

Ressourcen des Pflegers

- Seine Erfahrung und seine Selbstsicherheit auf dem Gebiet der Psychose und der Hypnose
- Seine Eingliederung in ein Pflegenetz
- Seine eigenen Wahrnehmungen, Gefühle und Empfindungen sowie seine Fähigkeit, diese auszudrücken
- Seine Pfleger-Persönlichkeit (Selbstsicherheit)

Ressourcen des Patienten

- Seine große Erfahrung in Bezug auf den Zustand der Bewusstsein-Losgelöstheit und der Katalapsie des Körpers
- Seine gewaltige Vorstellungskraft sowie seine große Freiheit zur Gedanken-Assoziation
- Sein großes relationales und kontextuelles Einfühlungsvermögen (oftmals außergewöhnliche Empathie !)
- Sein Verlangen nach Hilfe

4.4 Beurteilung, Entwicklung, Beaufsichtigung

- Sobald der Prozess eingeleitet wurde, werden regelmäßige Kolloquien mit dem medizinischen Aufseher, dem Pflegeteam und dem Patienten abgehalten, um die Änderungen und die daraus für den Patienten resultierenden Bereicherungen abzuwägen und um die Schwierigkeiten und die Sachdienlichkeit der Prozessweiterführung zu besprechen. Der Patient verwaltet sein Begehren selbst, das heißt die Eröffnung und den Abschluss des Prozesses sowie die Häufigkeit der Sitzungen.
- Die Pfleger werden regelmäßig individuell oder gruppenweise beaufsichtigt. Als beste Vorgehensweise eignet sich hierzu die Beaufsichtigungsmethode im Trancezustand, wie sie uns auf direkte Weise von François Roustang beigebracht wurde.

5. Setting und klinische Anwendung des Modells

Die Abteilung für Rehabilitation ist eine spezielle Station an der ambulanten Universitätsklinik für jene Patienten, deren Geisteskrankheit (hauptsächlich chronische Psychosen) eine Anpassungsperiode verlangt, welche die Dauer des Spitalaufenthalts übersteigt. Diese Patienten sind auf eine Unterstützung zur progressiven Integration in ihr soziales Umfeld angewiesen. Die Klinik ist eine Tagesklinik mit einem Zentrum für Ergo- und Soziotherapie und mehreren beschützten sozialberuflichen Werkstätten. Die Patienten der Abteilung für Rehabilitation sind deshalb nur tagsüber anwesend. Bis zum heutigen Zeitpunkt konnten mehr als 25 Patienten von den Hypnose-Sitzungen profitieren. Diese Sitzungen wurden zu verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung je nach persönlicher Motivation abgehalten.

Die hypnosigene Ergänzung strebt die folgenden Ziele an: Dauer, Durchführungsrhythmus und Wiederholung der Hypnose-Sitzungen, während das therapeutische Setting oder der Sitzungstherapeut von den Patienten selber gewählt werden. Jeder der 25 Patienten hatte somit Gelegenheit, an 5 bis 40 Hypnose-Sitzungen teilzunehmen (manchmal an jeder therapeutische Sitzung), die über die gesamte Dauer seiner Behandlung (im Mittel 6 bis 48 Monate) verteilt wurden. Die Sitzungen wurden innerhalb des medizinischen Umfelds (Abwägung der Nebeneffekte und Anpassung der Medikamente, Umgang mit den Krankheitssymptomen), des psychotherapeutischen Umfelds (individuell oder innerhalb der Gruppe, Umgang mit den Gefühlen, kognitives Training, Bejahung der eigenen Persönlichkeit), des pflegerischen Umfelds (Unterstützungsgespräche, Workshop des täglichen Lebens), des ergotherapeutischen Umfelds (praxische Entwicklung, Umgang mit den Gruppenbeziehungen, spontane Gruppensitzungen) sowie des physiotherapeutischen Umfelds (Neuausrichtung und Neudefinierung des allgemeinen Befindens, körperliches Schema) abgehalten. Während all diesen Sitzungen konnten wir keinen ungewöhnlichen Zwischenfall, keine Abwehrreaktion der Patienten feststellen. Sowohl das Pflegepersonal wie auch die Patienten äußerten sich auf positive Weise über den Nutzen der Sitzungen. Wir konnten auch keine Beeinträchtigung des bio-psychozialen Gleichgewichts nach diesen Sitzungen feststellen.

6. Diskussion

Mit einer mehr als zweijährigen klinischen Erfahrung mit ungefähr zwanzig Patienten können wir zum heutigen Zeitpunkt die ersten Schlussfolgerungen ziehen und die Sachdienlichkeit in Bezug auf die Anwendung der klinischen Hypnose in einem komplexen Pflegesystem zur psychosozialen Rehabilitation abschätzen.

Wir möchten zuerst die Schwierigkeiten aufzeigen, die uns begegneten und denen wir uns stellen mussten. Eine Pflegegruppe erfordert eine außergewöhnliche Präsenz sowie einen enormen und regelmäßigen pädagogischen Aufwand. Die Basisausbildung, die Weiterbildung und die Beaufsichtigung verlangen von den Ausbildern eine große Bereitschaft. Wir müssen hier noch bemerken, dass sehr wenige Ausbilder zur Verfügung stehen, dass diese Aufgabe sehr viel Zeit und Anwesenheit fordert und dass die Mitarbeiter aufgrund der institutionellen Dynamik - wie dies für eine Universitätsklinik der Fall ist - häufig wechseln. Wenn es unser Ziel ist, ein vollständiges Pflegeteam mit einem Werkzeug der zwischenmenschlichen Beziehungen - wie dies für die Hypnose der Fall ist - auszurüsten, muss diese Technik regelmäßig angewendet werden. Es müssen die Neuankömmlinge ausgebildet werden. Die enge Zusammenarbeit mit der Hypnose-Einheit der Ling-Stiftung erlaubt es uns, einen Großteil der in diesem Zusammenhang auftretenden Schwierigkeiten zu meistern. Durch die Mannigfaltigkeit der Lernmodule ist es einem neuen Mitarbeiter immer möglich, sich im Rahmen dieser Schule auszubilden (der Unterricht findet größtenteils in den Räumen unserer Klinik statt). Wir haben in unsere Pflegeeinheit ebenfalls ein monatliches klinisches Hypnoseseminar eingegliedert. Es ist allen Hypnose-Praktikern jeden zweiten Monat zugänglich, sofern sie über eine anerkannte Ausbildung auf diesem Gebiet verfügen.

Die Integration der Hypnose in ein Pflegekonzept, wie von Erickson oder Roustang beschrieben, zielt darauf ab, dem Patienten die Mittel zu seiner besseren Verfassung in die eigenen Hände zu legen. Diese Vorgehensweise bewirkte eine heftige Debatte innerhalb des Teams. Wir vermochten jedoch diese Debatte - die dadurch eine Bereicherung erfuhr - ins Zentrum unserer globalen Überlegungen zur sozialen Psychiatrie zu rücken.

Zum Abschluss stellten wir fest, dass unser Ziel, nämlich Integration der Hypnose in ein komplexes Pflegesystem zur psychosozialen Rehabilitation, klar erreicht wurde und dass wir auf der Grundlage der gemachten Erfahrungen einige wichtige Schlussfolgerungen ziehen können:

- Das wichtigste Element, das wir in dieser Bilanz zu verzeichnen haben, liegt zweifelsohne in der Tatsache, dass die Anwendung der Hypnose in einem komplexen Pflegesystem ein ausgezeichnetes Mittel darstellt, um der Eigenheit des Kranken eine Stellung zu verschaffen und um seine eigenen Ressourcen bis hin zu den Symptomen der Krankheit zu entdecken. Der Kranke ist somit in der Lage, sich sein Leiden, seine Identität und seine eigenen Ressourcen wieder aneignen zu können und dies im Zentrum eines komplexen Systems, in dem er sich manchmal verlassen vorkommen kann.
- Die Hypnose stellt ein tatsächliches transdisziplinäres Potenzial dar, das aufgrund klarer Regeln - wie wir sie in unserem Modell der "hypnosigenen Ergänzung" gezeigt haben, die Möglichkeiten der therapeutischen Aktivitäten enorm erhöht. Sie gibt uns somit die Möglichkeit, neue Brücken zwischen den verschiedenen Fachrichtungen zu schlagen. Es war

uns auf diese Weise möglich - durch die Interaktion zwischen Ärzten, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten - dem Körper und den Handlungen eine wichtige, manchmal zentrale Stellung in der Behandlung der chronischen Psychose-Kranken zu geben.

- Wir stellen fest, dass die Anwendung unseres Modells es ermöglichte, ein gleichwertiges Niveau der Fähigkeiten zur Hypnose zwischen den Vertretern der verschiedenen Fachrichtungen zu erreichen sowie die individuellen beruflichen Identitäten zu respektieren. Dank der transdisziplinären Dimension der Hypnose ist es möglich, neue Verbindungen zwischen den Mitarbeitern eines Teams herzustellen, da diese sich zusammenfinden, um gemeinsame zwischenmenschliche Fähigkeiten zu verbessern. Dies bewirkt die Einführung einer Dynamik, welche die Grenzen der verschiedenen Fachrichtungen und der gegebenen Hierarchien sprengt.
- Wir konnten ebenfalls feststellen, dass die Hypnose es uns erlaubt, eine kreative Dimension, welche die therapeutische Arbeit fördert, in die Dynamik eines Pflege-Teams zu integrieren. Dies gilt vor allem im Bereich der Sozialen Psychiatrie, welche die zwischenmenschliche Kreativität fördert. Wir glauben, dass die Hypnose auf grundlegende Weise zur Bildung eines zwischenmenschlichen Potenzial-Raums beiträgt, so wie ihn Winnicott (1971) definierte.
- Die Anwendung der Hypnose und neuer Pflegemodelle in einem derartigen Umfeld erlaubte es uns ebenfalls, neue Debatten zur Psychose, zur Hypnose, zur Beeinflussung, zum Ressourcen-Potenzial der Psychose-Kranken sowie zur Therapie der Psychose zu starten.

7. Methodologische Diskussion

Unsere Schlussfolgerungen beruhen keinesfalls auf derzeit objektifizierbaren Daten, sondern auf qualitativen Einschätzungen, die aus der gemeinsamen und interdisziplinären Beobachtungsarbeit hervorgingen (Bewertung durch Personen der pluridisziplinären Gruppe und diverse Patienten). Unsere Arbeit entspricht somit dem qualitativen Glaubhaftigkeitskriterium (Marshall & Rossman, 1989).

Wir möchten daran erinnern, dass das Ziel dieser Arbeit darin bestand, die Möglichkeit und die Integration der Anwendung von klinischer Hypnose innerhalb eines komplexen Pflegesystems, wie dies die psychosoziale Rehabilitation darstellt, zu erforschen. Unsere Arbeit war nicht darauf ausgerichtet, die klinischen Auswirkungen auf präzise Weise abzuschätzen. Dieser Umstand erlaubte es uns auch, die Übertragbarkeit unserer klinischen Hypnosearbeit auf das spezifische Gebiet der psychosozialen Rehabilitation überprüfen.

Wir hatten bisher noch nicht Gelegenheit, die Zuverlässigkeit unserer Arbeit zu kontrollieren. Dies wird sich erst bei der Wiederholung unseres Experiments zwecks Überprüfung der Ergebnisse zeigen. Diese Phase befindet sich zur Zeit im Projektstadium. Das spezifische Studiumsumfeld - wie es durch das komplexe Pflegesystem der psychosozialen Rehabilitation gegeben ist (Pluridisziplinarität, Plurimodalität sowie integrierte therapeutische Arbeit) - erfordert ein spezielles methodologisches Werkzeug. In einem derartigen Zusammenhang ist die genaue Abschätzung der Auswirkungen der Hypnose - trotz Bewertung der Lebensqualität - besonders schwierig, weil es praktisch unmöglich ist, die spezifischen Auswirkungen der Hyp-

nose von den allgemeinen therapeutischen Effekten zu isolieren (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986; Lambert, 1992).

Nachdem wir aber die Anwendung der Hypnose im klinischen Umfeld der psychosozialen Rehabilitation grundsätzlich für positiv befunden haben, müssen wir noch die therapeutischen Auswirkungen auf objektive Weise überprüfen. Methodologisch gesehen handelt es sich um eine neue Fragestellung - nämlich die nach den spezifischen therapeutischen Auswirkungen der klinischen Hypnose innerhalb eines komplexen Pflegesystems und die nach der Entwicklung der methodologischen Werkzeuge (Marshall & Rossman, 1989; Glaser & Strauss, 1967). Es geht hier darum, eine gute Abgrenzung der therapeutischen Auswirkungen der klinischen Hypnose sowie eine Abgrenzung mit den weiteren therapeutischen Modalitäten einer plurimodalen und integrierten praktischen Arbeit zu erreichen (Grawe, 1990, 1992; Jones & Cumming, 1988; Lambert, Shapiro & Bergin, 1986). Wir befassen uns zur Zeit mit diesem Problem. Diesbezügliche Ergebnisse werden wir erst in einigen Monaten oder Jahren bekommen. Davon werden schlussendlich die Zuverlässigkeit und die Gültigkeit unserer Forschungsarbeit abhängen.

8. Schlussfolgerungen

Wir konnten uns auf therapeutischer Ebene von der Richtigkeit der Anwendung der Hypnose in spezifisch klinischen Situationen, das heißt im Zusammenhang mit der psychosozialen Rehabilitation überzeugen. Wir haben den Eindruck gewonnen, dass Hypnose ihren therapeutischen Nutzen sowohl in der Beruhigung des Leidens (der chronischen Psychose) wie auch in der vorbeugenden Behandlung (wenn dieser Aspekt auch auf Langzeiteffekte zu überprüfen ist) und innerhalb der psychosozialen Rehabilitationsarbeit (besonders im Zusammenhang mit einem Programm für kognitive Verhaltenstherapie) bewiesen hat. Wir konnten uns bei dieser Gelegenheit ebenfalls von der Richtigkeit dieses zwischenmenschlichen Hilfsmittels im Zusammenhang mit der Verabreichung von Medikamenten überzeugen, da wir eine spürbare Abnahme gewisser Dosierungen feststellen konnten. Wir waren ebenfalls überrascht, eine Kontrolle der Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Behandlung sowie eine Verbesserung der Toleranz gegenüber den Medikamenten und somit der Therapietreue festzustellen.

Dank unserem Experiment konnten wir im weiteren feststellen, dass die Anwendung von Hypnose im Zusammenhang mit der Behandlung von chronischen Psychosen eine Fülle von weiteren Möglichkeiten bietet. Wir haben somit die Richtigkeit unseres Modells der hypnosen Ergänzungen aufgezeigt, welches erlaubt, die therapeutische Dynamik eines komplexen Pflegesystems - wie dies für die psychosoziale Rehabilitation der Fall ist - mit der zwischenmenschlichen Ethik zu vereinen, die dem Patienten selber die therapeutische Initiative überlässt (der Patient definiert seine eigene Welt). Dieser Punkt scheint uns besonders wichtig im Hinblick auf die Tatsache, dass die Anwendung von nicht-zielgerichteten Hypnose bisher mit einem komplexen Pflegesystem als inkompatibel galt. Unsere weitere Arbeit wird es sein, das Fortbestehen und die Ausbreitung unseres Experiments zu sichern, indem wir seine diversen Aspekte in verschiedene zukünftige Forschungsarbeiten einfließen lassen werden. Die enthusiastischen Reaktionen unserer Patienten, unserer Gruppenmitglieder sowie der neuen Gruppe, die in der Ausbildung begriffen ist, zeigen dies auf eindrucklichste Weise.

Literatur

- Barber, T.X. & Karacan, I. (1964). "Hypnotizability" and suggestibility in chronic schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 11, 439-451.
- Bleuler, E. (1924). *Textbook of Psychiatry*. New York: Macmillan.
- Bleuler, E. (1926). Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. Halle a.S.: C. Marhold.
- Bleuler, E. (1969). *Lehrbuch des Psychiatrie*. Berlin: Springer-Verlag.
- Bonvin, E. (1997). L'hypnose chez les grands brûlés. In G. Salem (Ed.), *L'hypnose au pluriel (57-68)*. Lausanne: Editions Ling - Médecine, Psychologie, Culture.
- Bonvin, E. (1998). *Psychiatrie de liaison au centre des grands brûlés [Med. diss.]*. Lausanne: Université de Lausanne.
- Bonvin, E. (2000a). La Fondation Ling. Passerelle entre pratiques, savoirs et traditions des soins. *Bulletin des médecins suisses*, 81(46), 1131-1132.
- Bonvin, E. (2000b). Place de l'hypnose dans le champ des psychothérapies. In G. Salem & E. Bonvin (Eds.), *Soigner par l'hypnose (159-176)*. Paris: Editions Masson.
- Bonvin, E. (2000c). La sophrologie remplace-t-elle l'hypnose? In G. Salem & E. Bonvin (Eds.), *Soigner par l'hypnose (177-214)*. Paris: Editions Masson.
- Bourgeois, P. (1990). L'hypnose à l'hôpital général. *Cahiers Psychiatriques Genevois*, 9, 249-257.
- Ciampi, L. (1987). Toward a coherent multidimensional understanding and therapy of schizophrenia: Converging new concepts. In J.S. Strauss, W. Böker & H.D. Brenner (Eds.), *Psychosocial Treatment of Schizophrenia. Multidimensional Concepts, Psychological, Family, and Self-Help Perspectives (48-62)*. Bern: Hans Huber.
- Devereux, G. (2000). La schizophrénie, psychose ethnique ou la schizophrénie sans larmes. *Ethnopsy, les mondes contemporains de la guérison*, 1, 45-76.
- Erickson, M. (1980). *The Collected Papers of Milton Erickson on Hypnosis. Vol. II Hypnotic Alteration of Sensory, Perceptual and Psychophysiological Processes*. New York: Irvington Publishers.
- Faymonville, M.E., Fissette, J. & Mambourg, P.H. (1995). Hypnosis as an adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. *Regional Anesthesia*, 20, 145-151.
- Gale, C. & Herman, M. (1956). Hypnosis and the psychotic patient. *Psychiatric Quarterly*, 30, 417-424.
- Glaser, B.G. & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Grasset, F. & Pomini V. (1992). Integrierte plurimodale Therapien in der Rehabilitation psychiatrischer Patienten. *Therapiewoche Schweiz*, 11, 817-826.
- Grasset, F., Veillon, H. & Meylan C. (1996). L'Unité de Réhabilitation: un dispositif institutionnel au service d'une psychiatrie intégrative d'orientation sociale. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 116(9), 679-686.
- Grawe, K. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Prozessvergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie. Forschung und Praxis*, 9(4), 316-337.
- Grawe, K. (1991). University of Bern: Differential psychotherapy research. In L.E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy Research: An international review of programmatic studies (202-211)*. Washington DC: American Psychological Association.
- Janet, P. (1919). *Les médicaments psychologiques (1/3)*. Paris: F. Alcan.
- Jones, E.E., Cumming, J.D. & Horowitz, M.J. (1988). Another look at the non-specific hypothesis of the therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 48-55.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.

Welchen Platz kann die Hypnose innerhalb eines komplexen Pflegesystems einnehmen?

- Lambert, M.J., Shapiro, D.A. & Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin AE (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. (157-211) New York: Wiley.
- Lavoie, G. & Sabournin, M. (1976). Hypnotizability as a function of adaptative regression among chronic psychotic patients. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, XXIV(3), 238-257.
- Marshall, C. & Rossman, G.B. (1989). Designing Qualitative Research. Newbury Park Calif: Sage.
- Pettinati, H.M. (1982). Measuring hypnotizability in psychotic patients. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, XXX(4), 404-416.
- Scagnelli, J. (1980). Hypnotherapy with psychotic and borderline patients: The use of trance by patient and therapist. American Journal of Clinical Hypnosis, 22(3), 164-169.
- Searles, H. (1965). Collected papers on schizophrenia and related subjects. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Spiegel, D., Detrick, D. & Frischholz, E. (1982). Hypnotizability and psychoapthology. American Journal of Psychiatry, 39(4): 431-437.
- Racamier, P.-C. (1980). Les schizophrènes. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Roustang, F. (1994). Qu'est-ce que l'hypnose? Paris: Les éditions de Minuit.
- Roustang, F. (2000). La fin de la plainte. Paris: Editions Odile Jacob.
- Van der Hart, O. & Spiegel, D. (1982). Hypnotic assessment and treatment of trauma-induced psychoses: The early psychotherapy of H. Breukink and modern views. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, XLI(3), 191-209.
- Winnicott, D.W. (1971). Playing and reality. London: Tavistock.

The position of hypnosis within a complex system of health care. The example of psycho-social rehabilitation.

Abstract: In this conceptual paper we describe our experience over 3 years in clinical hypnosis experience we developed in Lausanne-Switzerland (Grasset, Veillon & Meylan, 1996), at the Psychosocial Rehabilitation Unit of the Adult Psychiatry University Department in collaboration with the Ling Foundation (Bonvin, 2000a). Our aim was to introduce the use of hypnosis in a clinical psychosocial rehabilitation program. As we show in this paper, before we were able to do this, we first had to define the psychosocial rehabilitation context, and specifically the clinical situations in which hypnosis has shown its efficacy: suffering relief, relapse prevention and psychosocial rehabilitation. Before reaching the clinical stage, we had to address two fundamental questions: First of all, could hypnosis be used in the treatment of psychosis or schizophrenia? And if the answer to this question was positive, would it be feasible to use it in such a complex health system and on a long term basis? Finally the discussion of these two questions led us to the concrete enactment of our project, namely to integrate hypnosis in our therapeutic program with a 25 person heterogeneous patient cohort (chosen amongst a 120 person global rehabilitation cohort). During their ambulatory stay (6 - 48 months in average), these patients took part in regular hypnosis sessions on several therapeutic levels: medical, psychological, nursing, occupational therapy, physiotherapy and social working. The confrontation with the clinical reality encouraged us to conceptualise our "hypnotic parenthesis" model.

Eric Bonvin

In this paper we describe the first results of this experience, and how they fit perfectly with our initial aim. We can now assert that hypnosis can indeed be perfectly integrated in the dynamics of a complex health system such as a psychosocial rehabilitation unit (which deals mainly with chronic psychosis). Hypnosis has shown itself to be a very valuable therapeutic complement, and its many interesting aspects will certainly be revealed as we pursue and widen this experience.

Keywords: Clinical hypnosis, psychosocial rehabilitation, complex health system, chronic psychosis, "hypnotic parenthesis" model

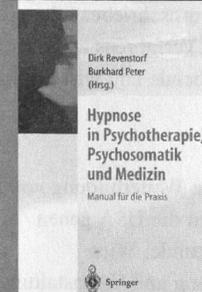
Eric Bonvin, Dr.med.
Psychologie Médicale, Formation et Recherche
Institutions Psychiatriques du Valais Romand
Route de Morgins, 10
CH-1870 Monthey - Schweiz
email: eric.bonvin@bluewin.ch

erhalten: 20.11.00

revidierte Version akzeptiert: 15.03.02

1) Übersetzung aus dem Französischen: Jean-Pierre Tenisch

* Im Brennpunkt des Interesses!



Dirk Revenstorf, Burkhard Peter (Hrsg.)
2001. 802 S. 17 Abb., 20 Tab. Geb.
ISBN 3-540-67480-2

Bei fast allen psychischen und psychosomatischen Problemen ist die Hypnose von großem therapeutischem Nutzen. Hier beschreiben renommierte Herausgeber und Autoren praxisbezogen Basistechniken, Anwendungsmöglichkeiten und Durchführung.

Springer Fachbücher.*
Wissen mit Tiefenwirkung.

Bestellen Sie jetzt bei Ihrer Buchhandlung!
Weitere Infos unter www.springer.de/psychologie

oder bestellen Sie über die MEG-Stiftung (am Ende dieses Heftes)

Die €-Preise für Bücher sind gültig in Deutschland und enthalten 7% MwSt. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.
d8p - 8907.MPP/SF



Springer