

# Hypnosepsychotherapie, ein integratives, tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren<sup>1)</sup>

*Hans Kanitschar*

Die Hypnosepsychotherapie, wie sie von der *Österreichischen Gesellschaft für Angewandte Tiefenpsychologie und Allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP)* gelehrt wird, orientiert sich an einem offenen, integrativen Konzept, das hypnoanalytische, ericksonsche, hypnosystemische und hypnobehaviorale Ansätze umfasst.

Es handelt sich um eine Konzeption, in der alle bekannten Anwendungsformen und Techniken psychotherapeutischer Hypnose Platz haben. Unähnlich einem Eklektizismus, bei dem verschiedene Elemente unverbunden nebeneinander stehen, bietet die Hypnosepsychotherapie einen theoretischen und praktischen Aufbau, der einer zusammenhängenden inneren Logik folgt.

## 1. Theoretischer Hintergrund

### 1.1. Geschichtlicher Überblick

Hypnose ermöglichte es als erste wissenschaftliche Methode, unbewusste Dimensionen der Psyche zu erforschen. Ambroise Liebeault, Hippolyte Bernheim, Pierre Janet, Sigmund Freud und andere haben gegen Ende des 19. Jahrhunderts Hypnose bei der Behandlung von psychischen Störungen erfolgreich angewandt und sind dabei paradigmatisch von einer Hintergrund- oder Tiefendimension der Psyche ausgegangen. Tiefenpsychologisches Denken lässt sich daher geschichtlich auch auf die Hypnose zurückführen (Ellenberger 1985).

Nachdem Sigmund Freud die Hypnose als Methode nicht weiter entwickelte und die Psychoanalyse begründete, haben Jahrzehnte später Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker die Möglichkeiten entdeckt, die in einer Verbindung von Psychoanalyse und Hypnose liegen (Kinzel 1993).

**Hypnose-ZHH 2009, 4(1+2), 153-175**

Hans Kanitschar, Wien

**Hypnosepsychotherapie,  
ein integratives, tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren**

**These:** *Es wird die integrative, tiefenpsychologisch fundierte Hypnosepsychotherapie im Überblick dargestellt, wie sie in der Österreichischen Gesellschaft für Angewandte Tiefenpsychologie und Allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP) gelehrt wird. Diese Methode umfasst hypnoanalytische, ericksonianische, hypnobehaviorale und hypnosystemische Ansätze. Das zugrunde liegende Menschenbild orientiert sich an den Erkenntnissen der Tiefenpsychologie bzw. der psychoanalytischen Metapsychologie, ergänzt durch anthropologische Grundannahmen Milton H. Ericksons. **Darlegung der These:** Anhand eines tiefenpsychologisch-diagnostischen Rahmenmodells, einer Weiterentwicklung der theoretischen Kernannahmen von Erika Fromm, werden vier Stufen der strukturellen Integration der menschlichen Psyche beschrieben. Es wird versucht, die Theorie der Ego-States von John und Helen Watkins mit den vier Stufen psychischer Integration in Beziehung zu setzen. Weiters wird ein Modell zur Therapieplanung vorgestellt, das drei Modi hypnosetherapeutischer Interventionen unterscheidet. Es sind dies der Modus „Ich-Stärkung, Ressourcenaufbau und Übung“, der Modus „Konfliktbearbeitung und korrigierende emotionale Erfahrung“ und der Modus der „Zukunfts- und Lösungsorientierung“. Das vierstufige Modell der psychischen Integration erlaubt es, hypnosetherapeutisch nutzbare Fähigkeiten für die jeweilige Stufe zu formulieren und diese mit den drei Modi der Intervention in Beziehung zu setzen. Daraus ergeben sich spezifische Schlussfolgerungen für die Therapieplanung und die Feinabstimmung hypnosetherapeutischer Strategien und Techniken. **Folgerungen:** Die Integration verschiedener hypnosetherapeutischer Ansätze auf tiefenpsychologischer Basis ist ein gangbarer Weg, um verschiedene Indikationen von Hypnose-therapie in einem Modell zu vereinen.*

**Schlüsselwörter:** *Integrative Hypnosepsychotherapie; tiefenpsychologische Fundierung; ericksonsches Menschenbild; Integrationsstufen der Persönlichkeit; hypnosetherapeutische Interventionsmodi; Therapieplanung.*

**Hypnopsychotherapy, an integrative psychodynamic approach**

**Theme:** *Overview concerning the integrative, psychodynamic based hypnopsychotherapy which is taught by the Austrian Society for Applied Psychodynamics and General Psychotherapy. This modality comprehends hypnoanalytic, ericksonian, behavioral and systemic approaches. The underlying human image is oriented on depth psychological findings as well as on anthropological presumptions of Milton H. Erickson. **Development of the theme:** By means of a depth psychological frame-model which is based on theoretical presumptions of Erika Fromm, four steps of structural integration of human personality are presented. An attempt is made to put together the theory of egostates of John and Helen Watkins with those four steps of integration. For therapy planning, three modes of hypnotherapy interventions are presented: (1) the mode of ego-strengthening, resources and practising, (2) the mode of working on conflicts and corrective emotional experience, (3) the future and solution oriented mode of intervention. Utilizing the four-step-model of integration it is possible to name hypnotherapy abilities for each step and to relate them to the three modes of intervention. This*

allows specific conclusions for therapy planning and a fine adjustment of hypnotherapeutic strategies and techniques. **Conclusions:** The integration of various hypnotherapeutic approaches based on psychodynamics is a way to integrate different indications of hypnotherapy in one modality.

**Key words:** Integrative hypnopsychotherapy; psychodynamics; Ericksonian conception of man; steps of personality integration; modes of intervention; therapy planning.

### **L'hypnose-psychothérapie, un procédé intégratif et fondé sur la psychologie des profondeurs**

**Thèse:** Présentation de l'hypnose-psychothérapie (allemand: «Hypnosepsychotherapie») intégrative et fondée sur la psychologie des profondeurs telle qu'elle est enseignée au sein de la Société Autrichienne de Psychologie des Profondeurs Appliquée et de Psychothérapie Générale (ÖGATAP). Cette méthode comprend des approches hypnoanalytiques, ericksoniennes, hypnocomportementales et hypnosystémiques. La vision de l'homme à sa base s'inspire autant des connaissances de la psychologie des profondeurs et de la métapsychologie psychanalytique que des hypothèses de base anthropologiques de Milton H. Erickson. **Développement de la thèse:** À partir d'un modèle-cadre diagnostique de la psychologie des profondeurs, d'un élargissement des hypothèses théoriques principales d'Erika Fromm, quatre niveaux d'intégration structurelle du psychisme humain seront décrits. Il sera tenté de mettre en rapport la théorie des «ego-states» de John et Helen Watkins avec ces quatre niveaux d'intégration psychique. Ensuite sera présenté un modèle pour le planning de la thérapie qui distingue trois modes d'interventions de l'hypnose-psychothérapie. Il s'agit du mode «renforcement du moi, construction de ressources et entraînement», le mode «travail sur les conflits et expérience émotionnelle correctrice» et le mode de «l'orientation vers l'avenir et la solution». Le modèle en quatre niveaux de l'intégration psychique permet de formuler des capacités utilisables de manière hypnose-thérapeutiques pour le niveau correspondant et de les mettre en relation avec les trois modes d'intervention. De ceci découlent des conclusions spécifiques utiles pour le planning de la thérapie et pour l'adaptation fine des stratégies et techniques hypnose-thérapeutiques. **Conclusions:** L'intégration de différents abords hypnose-thérapeutiques sur des bases de la psychologie des profondeurs est un moyen viable pour réunir différentes indications d'hypnose-thérapie en un seul modèle.

**Mots-clés:** hypnose-psychothérapie intégrative; fondement de la psychologie des profondeurs; vision de l'homme ericksonienne; niveaux d'intégration de la personnalité; modes d'intervention hypnose-thérapeutiques; planning de la thérapie (J.P. Zindel)

In den USA entwickelten John Watkins und Erika Fromm die Hypnoanalyse, in Frankreich wurde die Hypnoanalyse von Leon Chertok (Chertok & Stengers 1992) vertreten.

Die „Österreichische Gesellschaft für Angewandte Tiefenpsychologie und Allgemeine Psychotherapie“ wurde im Jahre 1969 als „Österreichische Gesellschaft für Ärztliche Hypnose und Autogenes Training“ von Heinrich Wallnöfer gegründet. In ihr wurde von Anfang an die Hypnose auf tiefenpsychologischer Basis gelehrt (Wallnöfer 1993).<sup>2)</sup>

### *Hypnosepsychotherapie*

In den 80er Jahren wurde in Österreich das Werk Milton Ericksons<sup>3)</sup> und verschiedene Kombinationsformen der Hypnose mit anderen Psychotherapiemethoden rezipiert. Daraus entstand die integrative, tiefenpsychologisch fundierte Hypnosepsychotherapie, die 1992 vom österreichischen Bundesministerium für Gesundheit als eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren nach dem Psychotherapiegesetz anerkannt wurde. Kanitschar und Ladenbauer (1992)<sup>4)</sup> verfassten die Methodendarstellung „Hypnose“, die als Grundlage für die gesetzliche Anerkennung diente (Sedlak 1994). Im Jahre 2005 wurde die Methode in „Hypnosepsychotherapie“ umbenannt, um sie unmissverständlich als psychotherapeutisch auszuweisen.

#### *1.2 Das Menschenbild der integrativen Hypnosepsychotherapie*

Das Menschenbild der integrativen Hypnosepsychotherapie<sup>5)</sup> basiert auf einer tiefenpsychologisch-psychoanalytischen Sicht, ergänzt durch die anthropologischen Grundannahmen Milton H. Ericksons, die besagen, dass der Mensch alle notwendigen Ressourcen und Fähigkeiten potenziell in sich trägt und lernen kann, diese zu entfalten und anzuwenden (Haley 1978; Rossi 1998). Vertrauen in die Fähigkeiten des Menschen, Förderung persönlicher Autonomie und ethisch korrekte Utilisierung von Trance sind zentrale Werte für Hypnosepsychotherapeutinnen und -therapeuten.

#### *1.3 Die integrative theoretische Konzeption*

Die hier vorgestellte theoretische Methodenkonzeption basiert auf dem gegenwärtigen Entwicklungsstand der tiefenpsychologischen Metapsychologie. Des Weiteren sind Theorien über Hypnose, Ergebnisse der Hypnose- und Suggestionforschung, Lerntheorien, konstruktivistische Denkansätze, systemische Perspektiven, sowie Ansätze aus der Selbstorganisationstheorie, Informationstheorie und anderen von Bedeutung. Diese Theorien haben die Entwicklung der Hypnose seit Jahrzehnten mit geprägt, sind in verschiedene Interventionsformen eingeflossen und daher Teil einer integrativen psychotherapeutischen Methode. Einen Überblick über die Wirkfaktoren und Wirkkonzepte der integrativen Hypnosepsychotherapie gibt Harrer (2008). So wurden die Anwendungsimplicationen tiefenpsychologischer Theorien durch ericksonsche Strategien, durch behaviorale Prinzipien und systemisches Denken erweitert und ergänzt. In der Ego State Theorie nach John und Helen Watkins (Watkins & Watkins 2003, Frederick 2007) beispielsweise sind tiefenpsychologisches und systemisches Denken vereint. In einem tiefenpsychologisch-ökologischen Modell beschreibt Mende (2006) die Zusammenhänge verschiedener emotionaler Grundbedürfnisse bei unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen. Konstruktivistische Denkansätze überschreiten den definierten Bezugsrahmen und verändern die Perspektive. Sie ermöglichen das Auffinden verborgener Potenziale und die Entfaltung therapeutischer Kreativität (Carolusson 1996).

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die Darstellung der tiefenpsychologischer Grundlagen, an die hypnosetherapeutische Interventionen anknüpfen.

Hans Kanitschar

#### *1.4 Grundlagen und Behandlungsstrategien der Hypnoanalyse nach Erika Fromm*

Die Grundlagen der Hypnoanalyse und psychodynamisch orientierten Hypnosetherapie wurden von den amerikanischen Hypnoanalytikerinnen und -analytikern John Watkins (1992), John und Helen Watkins (2003) und Erika Fromm (Brown & Fromm 1986) beschrieben. Als theoretische Basis der Hypnoanalyse benennt Erika Fromm (1998) die Libidotheorie, die Objektbeziehungstheorie, die Selbstpsychologie und die Ichpsychologie. Brown und Fromm leiten aus diesen Theorien Behandlungsstrategien ab. Bei reifen Neurosen wird eine aufdeckende Therapie auf der Basis der klassischen Libidotheorie und der Ich-Psychologie vorgeschlagen. Bei narzisstischen Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen wird das Hauptaugenmerk auf die Korrektur von Defiziten in der psychischen Struktur und die Durcharbeitung des Separations-Individuationskonfliktes gelegt. Diese Bereiche werden von der Objektbeziehungstheorie und der Selbstpsychologie beschrieben. Bei psychotischen Patientinnen und Patienten werden keine Konflikte aufgedeckt, sondern es wird am „Ich-Aufbau“ gearbeitet, indem therapeutische Methoden aus der Ich-Psychologie, der Objektbeziehungspsychologie und der Selbstpsychologie kombiniert werden. Generell können in der Hypnoanalyse nach Erika Fromm alle vier psychoanalytischen Theorien angewandt und abhängig vom jeweiligen Fall unterschiedlich gewichtet werden. Häufig wird der Behandlung eines bestimmten Falles mehr als eine der vier Theorien zugrunde gelegt (Brown & Fromm 1986; Fromm 1998; deutsche Zusammenfassung siehe Peter 1992)<sup>6)</sup>.

#### *1.5 Das aktuelle tiefenpsychologische Modell der Psyche*

Auch in der hier dargelegten Konzeption der Hypnosepsychotherapie werden je nach Persönlichkeitsstruktur unterschiedliche therapeutische Schwerpunkte gesetzt. Die von Brown und Fromm beschriebenen Behandlungsstrategien sind darin integriert. Im theoretischen Abschnitt dieser Arbeit beschreibe ich vier Integrationsstufen der Persönlichkeit nach den gegenwärtigen Stand der tiefenpsychologischen Theorie. Im Abschnitt über Therapieplanung werden diese mit einem hypnosetherapeutischen Anwendungsmodell in Beziehung gesetzt.

Die vier psychoanalytischen Theorien, die Erika Fromm der Hypnoanalyse zugrundelegt, haben in den letzten Jahren Eingang in ein umfassendes tiefenpsychologisches Theoriegebäude gefunden. In diesem werden Stabilität des Ich, Struktur des Selbst, Qualität und Stabilität der Objektbeziehungen, Affektdynamik und weitere beobachtbare Merkmale zur Einschätzung der Gesamtstruktur der Psyche herangezogen. Ermann (2007) unterscheidet zwischen höherem, mittlerem und niederem Strukturniveau sowie dem psychotischem Niveau. Eine nahezu identische Einteilung wurde vom Arbeitskreis „Operationalisierte Psychotherapeutische Diagnostik“ (OPD) veröffentlicht. Die Autoren der OPD bezeichnen die psychische Struktur als gut integriert, mäßig integriert, wenig integriert und desintegriert (Arbeitskreis OPD 2006).

### *Hypnosepsychotherapie*

Im folgenden wird die Sprachregelung nach OPD verwendet. Gleichzeitig wird versucht, die Ego State Theorie von John und Helen Watkins (2003) darauf zu beziehen.

#### *1.6 Die vier Ebenen psychischer Integration sowie der mögliche Bezug zur Ego State Theorie von John und Helen Watkins*

Bei *guter Integration* der Persönlichkeit liegen aus der Sicht der Objektbeziehungstheorie gut voneinander abgegrenzte Selbst- und Objektrepräsentanzen vor. Nach der Selbstpsychologie kann man von einem kohärenten und strukturell weitgehend reifen Selbst sprechen; aus triebtheoretischer Perspektive lässt sich eine kontrollierte Affektdynamik mit dem Kennzeichen der „Signalangst“ beschreiben und aus der Warte der Ichpsychologie spricht man von einem stabilen Ich mit klaren Grenzen, relativ guter Belastbarkeit, differenzierten Abwehrformationen<sup>7)</sup> und reifen, klar abgegrenzten Konflikten. Störungen auf diesem Integrationsniveau sind durch relativ klar zu unterscheidende Symptome beschreibbar und werden als so genannte „reife Neurosen“ bezeichnet. Wird mit Personen dieses Integrationsniveaus mit Ego State Therapie gearbeitet, zeigen sich nach bisherigen Erfahrungen in der Regel gut entwickelte Ego States, die entsprechende innerpsychische Konfliktkonstellationen widerspiegeln.

Bei *mäßiger Integration* ist die Selbststruktur kohärent, die Selbst- und Objektrepräsentanzen sind jedoch nicht immer voneinander abgegrenzt. Personen mit mäßiger Integration sind von Selbstobjekten abhängig. Bei narzisstischen Persönlichkeiten wird diese Abhängigkeit durch die Errichtung eines „Größenselbst“ abgewehrt. Persönlichkeiten mit depressiver Struktur wehren die Abhängigkeit durch die Verleugnung eigener Bedürfnisse und Idealisierung anderer Personen ab. Die Ich-Grenzen sind meist stabil; reife und unreife Abwehrformen bestehen nebeneinander. Bei Verlust der Zufuhr von Seiten der Selbstobjekte kann das Ich durch starke Affekte oder Symptome aus dem ohnehin schon labilen Gleichgewicht geworfen werden.

Wird bei mäßiger Persönlichkeitsintegration mit Ego-States gearbeitet, spiegelt der Entwicklungsgrad der Ego-States die polarisierte Konstellation der Selbst- und Objektrepräsentanzen wider. Ein Teil der Ego-States besitzt reifere Merkmale, während andere Ego-States als nur wenig entwickelt oder mit starken Affekten aufgeladen auftreten, was sie hilflos, bedürftig oder bedrohlich erscheinen lässt.

Bei *geringer Integration*, auch als Borderline-Persönlichkeitsorganisation bezeichnet, sind die Selbst- und Objektrepräsentanzen in „gut“ und „böse“ gespalten. Daraus folgt, dass sowohl das Selbsterleben als auch die Objektvorstellungen hauptsächlich in zwei Zustände geteilt sind, die einander abwechseln. Die Affekte sind oft überschießend und überwältigend und können nur durch so genannte „frühe“ Abwehrmechanismen wie Spaltung, Idealisierung, Entwertung, Verleugnung und projektive Identifikation unter Kontrolle gehalten werden. Die Impulskontrolle ist stark herabgesetzt, die Ich-Grenzen sind diffus. Bei diesen strukturellen Gegebenheiten kann die Psyche aufgrund der geringen Integrationsfähigkeit, auch als „Ich-Schwäche“ bezeichnet, keine stabilen Ich-Zustände hervorbringen. Die Arbeit mit ausgebildeten

Hans Kanitschar

Ego-States ist auf diesem Integrationsniveau daher nicht möglich. Vorrangige therapeutische Zielrichtung ist die Stabilisierung des Gesamt-Ich.

Auf der Ebene der *Desintegration* besteht kein einheitliches und kohärentes Selbst, vielmehr wechselt das Selbst zwischen Phasen der Fragmentierung und Restitution. Die Unterscheidung zwischen Selbst- und Objektaspekten ist nicht gesichert. Das Affekterleben ist entweder abgespalten oder nach außen projiziert. Die zentrale Ich-Funktion der Realitätsprüfung ist stark eingeschränkt und in akut psychotischen Phasen außer Kraft gesetzt.

## 2. Die Bedeutung der Diagnose im hypnosetherapeutischen Prozess

In der Hypnosepsychotherapie wird der Mensch in seinem entwicklungs- und lerngeschichtlichen, systemischen und zukunftsorientierten Rahmen gesehen. Die hypnosetherapeutische Diagnose<sup>9)</sup> soll eine Klientin<sup>9)</sup> keinesfalls auf eine Störung festlegen. Sie hat innerhalb der Therapie den Zweck, die Entwicklungsmöglichkeiten eines Menschen zu beschreiben, damit diese therapeutisch maximal gefördert werden können. Soweit es nötig ist, mit einer Klientin über diagnostische Kriterien zu sprechen, geschieht dies in positiver, ressourcenorientierter, utilisierender Weise. Die diagnostische Beschreibung umfasst die deskriptive Diagnose, die Einschätzung der Persönlichkeit, innere und äußere Ressourcen der Klientin, die Zielorientierung (Gerl 2001), die Einschätzung des Grades der Integration des Ich sowie die individuellen hypnotischen Fähigkeiten, die von Anfang an erkundet und gefördert werden. Für Details muss aus Platzgründen auf eine ausführlichere Veröffentlichung verwiesen werden (Kanitschar 2004).

## 3. Therapieplanung

Zur Therapieplanung gibt es verschiedene Modelle, von denen ich drei herausgreife:

Fromm unterscheidet vier Verlaufsformen von Hypnosetherapie: die symptomorientierte Hypnosetherapie als Kurztherapie, die unterstützende, ichstärkende Hypnosetherapie als Kurz- oder Langzeittherapie, die dynamische Hypnosetherapie, die meist einen längeren Zeitraum erfordert und die Hypnosetherapie bei Entwicklungsdefiziten als ausgesprochene Langzeittherapie (Brown & Fromm 1986).

Revenstorf (2006) baut das hypnotherapeutische Therapiemodell auf einer Zielbestimmung auf, die als Grundlage für prozessorientierte Entscheidungen dient. Er benennt fünf generelle Strategien der Nutzung von Trance, die sich auf drei Achsen anordnen lassen. Die erste Achse zeigt die zeitliche Orientierung an mit den beiden Richtungen Progression und Regression. Die zweite Achse repräsentiert Assoziation und Dissoziation von Aspekten des Erlebens. Auf der dritten Achse lässt sich die Transformation anordnen.

Ich unterscheide drei Modi hypnosetherapeutischer Intervention: den Modus

## *Hypnosepsychotherapie*

„Ichstärkung, Ressourcenaufbau und Übung“, den Modus „Konfliktbearbeitung und korrigierende emotionale Erfahrung“ und den Modus „Zukunfts- und Lösungsorientierung“. Diese Modi ermöglichen im Laufe des therapeutischen Prozesses eine Feinabstimmung von hypnosetherapeutischen Strategien und Techniken. Die drei Interventionsmodi sind nicht streng voneinander getrennt und gehen im Therapieverlauf ineinander über (Kanitschar 1995, 2000).

### *3.1 Drei Interventionsmodi der Hypnosepsychotherapie*

#### *3.1.1 Interventionsmodus Ichstärkung, Ressourcenaufbau und Übung*

Bei diesem Interventionsmodus wird vorrangig an der Stärkung des Gesamt-Ich gearbeitet, um Voraussetzungen für Konfliktbearbeitung und Problemlösung zu schaffen.

Durch die Herstellung von Rapport und direkter und indirekter Kommunikation (Gilligan 1991, Revenstorf 2001), die Anwendung allgemeiner Prinzipien der Ericksonschen Hypnotherapie wie Utilisation, Reframing, die Vorgabe von stärkenden Bildern und Symbolen, die Einstreutechnik (Revenstorf & Freund 2001) und durch Humor und Provokation (Hain 2001) kann eine erste Entlastung und Ausrichtung auf positive Ziele (Gerl 2001) erreicht werden. Die Klientin lernt mit der entspannenden, regenerierenden, trophotropen Wirkung von Trance (Walter 2000) vertraut zu werden.

Die kommunikative Struktur von hypnotischen Trancen und Imaginationen kann verschiedene Formen annehmen (Kanitschar 1997): Monologische Trance, bei der nur die Therapeutin spricht, dialogische Trance, autonome Trance, bei der die Klientin mit sich selbst arbeitet, und Mischformen. Weiters können symbolische Imaginationen und realitätsbezogene Imaginationen unterschieden werden. Detaillierter beschreibe ich nun sieben therapeutische Wege der Ichstärkung:

#### **WEG 1: KONFLIKTFREIES ERLEBEN IN DER TRANCE, NARZISSTISCHES AUFTANKEN, ERLEBEN EINES ZUSTANDES JENSEITS VON PROBLEMEN UND SYMPTOMEN**

Der „sichere Ort“ zählt zu jenen Trancezuständen, die am Anfang einer Hypnose-therapie induziert werden. Die Vorgabe lässt sich variieren in „der gute Ort“, „ein Ort der Kraft“, „ein Platz zum Wohlfühlen“, „eine Umgebung, in der man zu sich selbst kommen kann“ usw.

Für Frederick und McNeal (1999) nimmt die Arbeit mit konfliktfreien Ressourcen des Selbst einen zentralen Stellenwert bei der Stärkung des Ich ein. Beispiel dafür ist das Erleben von „innerer Kraft“ oder „innerer Liebe“ (siehe auch Frederick 2007).

#### **WEG 2: ENTWICKLUNG UND ASSOZIATION SPEZIELLER RESSOURCEN (DIE VERWENDUNG VON SYMBOLEN)**

In monologischen Trancen können anhand von Symbolen indirekt Ressourcen suggeriert werden. Beispielsweise können mit dem Symbol „Baum“ verschiedene Aspekte wie Stabilität, Verwurzel-Sein, Nahrungsaufnahme, Schutz usw. individuell ausgeführt werden. Bongartz und Bongartz (2001) beschreiben die „Stellvertretertechnik“

Hans Kanitschar

zum Aufbau spezieller Ressourcen wie beispielsweise „Fels in der Brandung“. Kaiser-Rekkas (1998) bietet in Trancereisen wie „Lichtersee“, „Energie-Torbogen“, „Der sicherste und geschützte Ort“ oder „Bazar“ vielfältige Ressourcen an.

*Dialogische symbolische Imaginationen* in Trance können von der Klientin dazu verwendet werden, den eigenen psychischen Innenraum, die innere Welt zu erkunden, und können von der Therapeutin thematisch strukturiert werden. Eine Möglichkeit ist beispielsweise die Entdeckung eines „eigenen Gartens“ in Trance, seine Inbesitznahme und Gestaltung. Hier geht es um die Fähigkeiten Selbstorganisation, Selbstpflege und Abgrenzung. Die Therapeutin ist in solchen dialogischen Trancen anleitende Begleiterin, die der Klientin genügend Spielraum lässt, ihre inneren Erfahrungen zu entfalten (Kanitschar 1997).

Die *Begegnung mit realen oder symbolischen helfenden Gestalten* in Trance, z.B. Menschen, dem freundlichen Tier, dem Krafttier usw., die stärkend wirken können.

Die Arbeit mit *Metaphern und Geschichten* bietet gute Möglichkeiten für Ressourcenaufbau und Ichstärkung, aber auch für Konfliktbearbeitung und Lösungsfindung (Revenstorf, Freund & Trenkle 2001).

*Körperorientierte Trancen*, in denen imaginativ in Ruhe oder in Bewegung Körpergefühle und Körpergrenzen erlebt werden, fördern die Integration des Selbst. Bewegung in Trance wie Gehen, Laufen oder Schwimmen (Riebensahm 2001) lassen sich hervorragend mit direkten und indirekten Suggestionen zum Aufbau verschiedener Ressourcen verbinden.

Frederick (2007) erwähnt eine *Ego-State-Technik*, in der die Teile der Persönlichkeit an einem Ort zusammenkommen können. Der Autor hat in fortgeschrittenen Therapiephasen gute Erfahrungen mit einer ähnlichen imaginativen Trancetechnik gemacht, die man „Begegnung mit den Persönlichkeitsteilen“ nennen könnte, wie sie einem „Querschnitt“ der gegenwärtig relevanten Persönlichkeitsteile einer Klientin entsprechen. In passender Umgebung werden die Persönlichkeitsanteile des Gesamt-Ich zu einem Kennenlernetreffen eingeladen und nehmen unter Anleitung der Therapeutin und des Gesamt-Ich der Klientin miteinander Kontakt auf. Auch die Erörterung eines bestimmten aktuellen Lebensthemas der Klientin ist möglich, wobei die Klientin, von der Therapeutin gecoach, den Ablauf moderiert. Nach Gelingen solche Trancesequenzen ließ sich bisher immer ein Zuwachs an Selbstsicherheit bei der Klientin vermerken, was vermutlich auf innere Integrationsprozesse zurückzuführen ist.

Eine Möglichkeit zur Stärkung des Selbst in fortgeschrittener Therapie besteht darin, jüngere Ichs verschiedener Altersstufen einzuladen und wie in obigem Beispiel zur Kommunikation anzuregen. Oft kommt spontan auch ein älterer Anteil dazu, sodass die „Familie des Selbst“ gleichsam im zeitlichen „Längsschnitt“ einen Überblick über die Lebensspanne repräsentiert.

### WEG 3: SICH ABGRENZEN

Die Fähigkeit, im Bedarfsfall Grenzen zu ziehen, kann durch folgende Trance-Übun-

### *Hypnosepsychotherapie*

gen begünstigt werden: Imagination einer sicheren Umgebung, Regulation von Nähe und Distanz in der Trance, Imagination von Grenzen um den eigenen Körper; diese können von vielfältiger Art sein, je nach dem Visualisierungsvermögen der Klientin beispielsweise ein Schild, eine Hülle, ein umgrenzter Ort oder ein Schutzmantel (Frederick & McNeal 1999).

#### WEG 4: FÜR SICH SELBST SORGEN

Das Erlernen von Selbstberuhigungstechniken, „Selbst-Bemutterung“ und „Selbst-Beelterung“ bewirkt wesentliche Schritte zur Integration kindlicher Anteile und trägt damit zur Stärkung der Autonomie bei (Frederick & McNeal 1999). Die Klientin lernt, sich selbst zu beruhigen, zu stärken und wertzuschätzen. Sie lernt, die Beziehung zu sich selbst positiv zu gestalten.

#### WEG 5: PROBEHANDELN IN TRANCE

Verhaltensorientierte Trancen zählen zu den realitätsorientierten Imaginationen. Neues Verhalten wird strukturiert, indem eine Modellperson, die über eine gewünschte Fähigkeit verfügt, beobachtet wird. In weiteren Schritten wird durch Identifikation das erwünschte Erleben und Verhalten assoziiert. Ankertechniken und posthypnotische Suggestionen unterstützen die Umsetzung des neuen Verhaltens in die Realität (Kanitschar 1997). Die hypnoanalytische Ich-Ideal-Technik (Brown & Fromm 1986, siehe Peter 1992) verläuft ähnlich. Die Klientin imaginiert sich selbst so, wie sie gerne sein möchte, und beobachtet dieses Ideal bei einer bestimmten Handlung. Anschließend identifiziert sie sich damit, übernimmt dieses Verhalten und führt es in Trance selbst aus. Frederick und McNeal (1999) führen die positive Altersprogression als eine sehr wirksame Methode der Ichstärkung an.

#### WEG 6: ÜBEN VON SELBSTHYPNOSE

Vergleiche hierzu Brown & Fromm 1986 sowie Alman 2001.

#### WEG 7: DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG ALS RESSOURCE

Eine wesentliche Ressource stellt die therapeutische Beziehung selbst dar. Sie gestaltet und eröffnet den Raum für Veränderung (Mende 1998).

Diamond (1993) unterscheidet vier Ebenen der hypnosetherapeutischen Beziehung: 1. Die Ebene des therapeutischen Arbeitsbündnisses, 2. die fusionäre Ebene, 3. die Ebene der Übertragung und 4. die Realebene.

Spezielle Aspekte zum Verständnis der Beziehungsgestaltung im hypnotischen Kontext liefert die Bindungstheorie (Ladenbauer 2001). Nach dem Konzept der Inter-subjektivität, das auf Stolorow, Atwood und Brandchaft (1994) zurückgeht, bildet sich im gelungenen therapeutischen Geschehen ein gemeinsamer Erlebnisraum aus, in dem sowohl bewusste als auch unbewusste Kommunikation stattfindet. Die Therapie kann nicht mehr als einseitige „Behandlung“ gesehen werden, sondern als gemeinsa-

Hans Kanitschar

me Unternehmung, die ein Drittes hervorbringt, eine nur gemeinsam hervorzurufende Erfahrung, die auf der Begegnung zweier Subjekte in einem definierten äußeren Rahmen basiert (Orange, Atwood & Stolorow 2001).

### 3.1.2 Interventionsmodus Konfliktbearbeitung und korrigierende emotionale Erfahrung

In diesem Modus werden Konflikte, die in der Gegenwart liegen, aufgedeckt und es wird versucht, diese mit Hilfe der suggestiven Metapher des fähigen Unbewussten kreativ zu lösen. Dies kann dann gelingen, wenn dem Ich die dafür benötigten Fähigkeiten und Ressourcen zur Verfügung stehen.

Die Ego State Therapie kann nach John und Helen Watkins (2003) auch kurztherapeutisch wirken. Der Autor hat in diesem Zusammenhang mit dem Aufrufen von Ego-States gute Erfahrungen gemacht, die ein Wissen über Schritte zur Bewältigung eines Problems besitzen.

Eine besonders wirksame Vorgehensweise ist die Arbeit mit jenem Ich-Zustand, der ein Symptom hervorruft. Die Klientin kann unter Anleitung der Therapeutin mit diesem Ich-Zustand in einen Verhandlungs- und Reframingsprozess eintreten. Diese Arbeit mit dem Problemteil, auch „Sechs-Schritt-Reframing“ genannt (Gerl 2001), setzt bei gelungenem Ablauf einen Prozess in Gang, der meist zu einer positiven Veränderung und einer Reduktion oder Auflösung des Symptoms führt. Für weitere kurztherapeutische Interventionen siehe Abschnitt 3.1.3.

Reichen die Differenzierung des Ich und die Ressourcen für erfolgreiche kurztherapeutische Interventionen nicht aus, muss Aufbauarbeit geleistet werden. Häufig erweist sich, dass ein gegenwärtiger Konflikt nicht rasch lösbar ist, weil er Ausdruck eines weiter verzweigten Konfliktes ist, der schon länger besteht. Brown und Fromm (1986) bezeichnen die Technik der geführten Imagination als eines der mächtigsten Werkzeuge der Hypnoanalytikerin, aufdeckend zu arbeiten. Sowohl bei einer vorgegebenen als auch bei einer spontanen Imagination fördert die Therapeutin die Vertiefung des Erlebens in der Trance, bleibt mit der Klientin im Dialog und regt sie an, Details zu berichten. Die nachfolgende Integration der Affekte in das Bewusstsein und das wachsende Verständnis dafür, was die Imagination symbolisiert, ist ausschlaggebend für den Prozess des Durcharbeitens. Diese Technik gehört zur Gruppe der dialogischen symbolischen Trancen und ähnelt stark der Methode der Kathym Imaginativen Psychotherapie nach Hanscarl Leuner (1985).

Weitere aufdeckende hypnoanalytische Techniken nach Brown und Fromm (1986): Die *Hypnoprojektion* verwendet bestimmte Dinge in der Außenwelt als Projektionsschirm für innere Vorgänge. Bei der Wolkentechnik sieht die Klientin in Trance eine Wolke an, bis diese eine bestimmte Form oder Gestalt enthüllt, mit der weiter gearbeitet wird. Bei der Anagrammtechnik wirft die Klientin in Trance Buchstabenplättchen in die Luft, die beim Herunterfallen ein Wort formen. Bei der Gemälde-

### *Hypnosepsychotherapie*

technik entfernt die Klientin ähnlich einem Restaurator die obersten Schichten eines alten Bildes, wonach darunter andere Bilder sichtbar werden können. Die Autoren benutzen unter anderem auch die Induktion von *hypnotischen Träumen*, die Arbeit mit *Affekten*, die Arbeit mit *Wortassoziationen und automatisches Schreiben und Zeichnen*, um verdrängte Konflikte zum Zwecke der Bearbeitung in das Bewusstsein treten zu lassen.

Ebenso können *Nachträume mit Hypnose weiter bearbeitet* werden (Zindel 2003; Kaiser-Rekkas 1998). Eine klassische Methode zur Aufdeckung verborgenen Materials ist die „*Affektbrücke*“ von John Watkins (1992).

*Altersregressionen* können durch direkte oder indirekte Suggestion induziert werden. Zur besseren Orientierung können ideomotorische Signale verwendet werden. Um einer defizitlastigen Haltung der Klientin entgegenzuwirken, ist es hilfreich, Altersregressionen zu positiven Ereignissen herbeizuführen. Auch die *positive Affektbrücke* ist eine Möglichkeit, Ressourcen für die weitere Konfliktbearbeitung zu sammeln.

Die *Ego State Therapie* von John und Helen Watkins ist in allen drei Interventionsmodi anwendbar. Bei der Konfliktbearbeitung tut es oft not, jüngeren und kindlichen Anteilen zu helfen. Dies geschieht mit Hilfe guter innerer Objekte, die als Bezugspersonen oder symbolische Helfer erscheinen können. Im Notfall ist die Therapeutin dazu angehalten, sich selbst in die Trance einzubringen. Die Bedingungen für diese Differenzierung werden im Abschnitt 3.2. detaillierter beschrieben. Die Bearbeitung vergangener Ereignisse auf hypnotischer Ebene bewirkt durch *korrigierende emotionale Erfahrungen* echte positive Veränderungen der Persönlichkeit der Klientinnen und Klienten.

Eine andere Ebene therapeutischer Entwicklung betrifft die *emotionale Nachreifung*, die in schützender, spiegelnder und tragender therapeutischer Beziehung geschehen kann (siehe auch die Abschnitte 3.2.2 bis 3.2.4)

Die *Bearbeitung von Traumata* erfordert ein besonders abgesichertes Vorgehen. Bei aufdeckender Arbeit ist es jederzeit möglich, dass man in die Nähe einer unbewussten traumatischen Erfahrung kommt. Meist wird davor rasch wachsender Widerstand erkennbar. In diesem Fall ist es hilfreich, mit ideomotorischen Signalen herauszufinden, ob es im Sinne des Gesamt-Ich ist, sich dem Inhalt weiter anzunähern. Es ist auch möglich, einen Persönlichkeitsteil, der etwas darüber weiß, zu befragen. Auf jeden Fall sollte die Bearbeitung gut vorbereitet werden und in einem abgesicherten Modus stattfinden. Dies bedeutet, einen sicheren Ort und Helfergestalten zur Verfügung zu haben und die Klientin vor Überflutung durch traumatisches Material mittels Bildschirm-techniken oder mehrfache Dissoziation zu schützen (siehe auch Abschnitt 3.2.5).

#### 3.1.3 Interventionsmodus Zukunfts- und Lösungsorientierung

Zu Beginn dieses Abschnittes möchte ich drei verschiedene Formen der Progression beschreiben, deren Unterscheidung im speziellen Fall zur Feinabstimmung der Vorgehensweise dienen kann:

Hans Kanitschar

1. Die *Zukunftsprogression* ist ein imaginatives Voranschreiten in der Zeit. Das Ergebnis ist offen. Es kann in Richtung Problemlösung oder Problemvergrößerung führen und ist daher sorgfältig zu handhaben.
2. Die *Lösungsprogression* ist ein Sich-Hineinversetzen in einen Lösungszustand. Dieser muss nicht unbedingt in einer fiktiven Zukunft liegen. Die Zeitachse kann auch unbeachtet bleiben.
3. Die strukturelle Progression bezeichnet einen reiferen Zustand des Ich, einen erhöhten Integrationszustand, der durch Assoziation von bestimmten Ressourcen oder beispielsweise durch Identifikation mit dem Ich-Ideal erreicht werden kann. Eine strukturelle Progression erhöht die Chance, dass eine Zukunfts- oder Lösungsprogression erfolgreich verläuft.

Zukunfts- und lösungsorientierte Interventionen sind neben ichstärkenden Vorgehensweisen die Mittel der Wahl in Kurztherapien. Auch in fortgeschrittenen Phasen von Langzeittherapien sind sie erfolgreich einzusetzen. Mit Hilfe der *Metapher des fähigen Unbewussten* und der Verwendung ideosensorischer und ideomotorischer Reaktionen lassen sich in Trance Such- und Lösungsprozesse anregen.

Klassische imaginative Techniken der lösungsorientierten Kurztherapie, die sich abgewandelt auch im hypnosetherapeutischen Kontext anwenden lassen, sind die Kristallkugeltechnik und die „Wunderfrage“ von Steve De Shazer (1989). In einer Kristallkugel werden Szenen aus einer Zukunft nach der Problemlösung sichtbar. Die „Wunderfrage“ lautet: „Angenommen, in der Nacht passiert ein Wunder und das Problem ist weg. Was wäre dann anders?“ (Klar & Klammer 2000). In der Hypnosetherapie lassen sich diese Ideen in verschiedenen Varianten ausformen. Zur szenischen Entfaltung von Lösungszuständen in einer fiktiven Zukunft ist es möglich, Kristallkugel, Spiegel, Bildschirm oder andere Projektionsflächen anzubieten. Kaiser-Rekkas (1998) entwirft *creative Lösungstrancen* wie „Raum der Lösungen“, „Ohrensessel - Blick zurück in die Gegenwart“, „Der Tag nach dem Wunder – so ist es, wenn es anders ist“ u.a.m. In ihrer Arbeit mit ideomotorischen Fingersignalen verwendet Kaiser-Rekkas neben „Ja“, „Nein“, „Ich weiß nicht oder will nicht antworten“ auch noch einen Finger für „das Neue“. Hier ist auch die *Arbeit mit dem Problemteil* zu erwähnen, also jenem Ich-Zustand, der ein Symptom verursacht (siehe Abschnitt 3.1.2.).

Die *Ich-Ideal-Technik* von Brown und Fromm, die unter 3.1.1. erwähnt wurde, hat auch Lösungspotenzial. Für Frederick und McNeal (1999) sind positive Zukunftsprogressionen in Trance ein probates Mittel, um neue Ressourcen zu erschließen und Veränderungsprozesse anzuregen. Sie verwenden jedoch auch unstrukturierte Zukunftsprogressionen, um prognostische Informationen für die Therapie zu gewinnen. Eine negativ verlaufende Zukunftsprogression ist für die Autorinnen ein Hinweis dafür, dass etwas in der Therapie fehlt oder bislang nicht genügend beachtet wurde.

## *Hypnosepsychotherapie*

### *3.2 Hypnosetherapeutische Therapieprinzipien für Klienten auf den verschiedenen Integrationsebenen*

#### 3.2.1 Gute Integration

##### 3.2.1.1 Strukturbedingte Fähigkeiten

Gut integrierte Persönlichkeiten besitzen grundsätzlich die Fähigkeit, sich mit allen Seiten der eigenen Persönlichkeit zu konfrontieren, ohne dabei Gefahr zu laufen, die Integrität des Selbst in Frage zu stellen. Sie besitzen reife Beziehungsfähigkeit mit allen Merkmalen der Empathie, Selbstverantwortung und Abgrenzung. Sie besitzen die Fähigkeit der Symbolisierung, was bedeutet, dass es der Person möglich ist, Realereignisse innerpsychisch zu repräsentieren und zu verarbeiten sowie komplexere psychische Produktionen in Form von symbolischen Imaginationen hervorzubringen. Das Vorliegen der Symbolisierungsfähigkeit bedeutet auch, dass die Person fähig ist, die Metapher des Ericksonschen Unbewussten zu nutzen. Grundsätzlich besitzen gut integrierte Personen ausreichende Spannungs-, Frustrations- und Ambivalenztoleranz. Die hypnotischen Basisfähigkeiten der Assoziation, Dissoziation, Progression und Regression sind im allgemeinen gegeben und aktualisierbar. Die Ego-States sind gut strukturiert und ermöglichen die Bearbeitung aktueller und vergangener Konflikte. Ebenso ist die Entwicklung zukunftsbezogener Entwürfe möglich.

##### 3.2.1.2 Hypnosetherapeutische Strategien und Techniken

Bei Personen mit guter Integration können alle therapeutischen Modi und Techniken angewandt werden. Oft ist es ausreichend, im Rahmen eines kurztherapeutischen Konzeptes ichstärkend und lösungsorientiert vorzugehen. Die Arbeit mit Ego-States, etwa mit dem Problemteil oder miteinander in Konflikt liegenden Teilen ist indiziert. Das „Kennenlernen der Persönlichkeitsteile“ (siehe Abschnitt 3.1.1.) kann auch einen Rahmen für Konfliktbearbeitung bieten. Die therapeutischen Möglichkeiten sind nur durch individuelle Besonderheiten der Klientin und das Geschick der Therapeutin begrenzt. Bei größeren Problemen kann auch eine längerfristige Hypnosepsychotherapie angezeigt sein.

Die therapeutische Beziehung strukturiert sich gemäß den Linien der von Brown und Fromm (1986) beschriebenen „neurotischen Übertragung“. Hier geht es primär nicht um Nachreifung, sondern um Konfliktbewältigung. Fromm empfiehlt, die Übertragung zu utilisieren und nur dann zu deuten, wenn sie sich im therapeutischen Prozess zu einem Hindernis auswachsen sollte.

#### 3.2.2 Mäßige Integration

##### 3.2.2.1 Strukturbedingte Fähigkeiten

Personen mit mäßiger Integration besitzen ein kohärentes Selbst, das von polarisierten Repräsentanzen gekennzeichnet ist. Das durch diese Polarisierung strapazierte Ich ist unter Zuhilfenahme interpersoneller Mechanismen grundsätzlich imstande, mit den

*Hans Kanitschar*

widersprüchlichen Gefühlen und Affekten zurecht zu kommen.

Die Wahrnehmung des Selbst und des Anderen ist teilweise realistisch und teilweise unrealistisch. Bei narzisstischen Persönlichkeiten stehen Gefühle von Selbstaufwertung und aggressiver Tönung im Vordergrund. Affekte wie Scham und Neid spielen eine größere Rolle und können zum Teil verdrängt oder verleugnet sein. Depressive Persönlichkeiten können sich gut anpassen und haben Schwierigkeiten mit Abgrenzung, Konflikten und aggressiv gefärbten Gefühlen. Menschen mit mäßiger psychischer Integration sind bei empathisch-spiegelnder und bestätigender Therapeutenhaltung grundsätzlich imstande, den intersubjektiven Raum der therapeutischen Beziehung emotional zu nutzen. Von einer grundsätzlichen Trancefähigkeit kann ausgegangen werden, während die Symbolisierungsfähigkeit in bestimmten Bereichen eingeschränkt sein kann. Gewöhnlich besitzen Personen mit mäßiger Integration in gewissem Ausmaß die Fähigkeiten der Spannungs- und Frustrationstoleranz. Die Ego-States sind auf diesem Integrationsniveau teilweise entwickelt und teilweise unreif. Die Arbeit mit Ego-States muss daher individuell zwischen Entwicklungsförderung, Stärkung und Konfliktbearbeitung ausbalanciert werden.

### 3.2.2.2 Hypnosetherapeutische Strategien

Bei Klientinnen und Klienten mit mäßiger Integration werden alle drei Modi hypnosetherapeutischer Intervention angewandt. Ist das Ich noch wenig belastbar und von starken Polarisierungen oder Spaltungen geprägt, wird der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit zunächst auf dem Modus der Ichstärkung liegen, um langsam zur Bearbeitung von Konflikten überzugehen. Ist das Ich integrierter, kann zunehmend konfliktorientiert und lösungsorientiert gearbeitet werden. Um strukturell bedingte Störungen und Leidenszustände zu behandeln, wird ein längerfristiges Therapiekonzept zu erstellen sein, wiewohl es möglich ist, eng umrissene Ziele auch kurztherapeutisch zu erreichen.

Da neben der Lösung von Konflikten auch die psychische Nachreifung und Entwicklung eine Rolle spielt, wird die therapeutische Beziehung selbst als Erfahrungsraum bedeutsam. Unentwickelte, verdrängte oder unterdrückte Selbstanteile bedürfen zu ihrer Entwicklung oder Reintegration der Akzeptanz und schrittweisen Ermutigung. Das narzisstische Bedürfnis, Bestätigung und Bewunderung zu finden, kann für die Persönlichkeitsentfaltung genutzt werden. Beim Lernen auf der Ebene der Übertragung kommen auch unbewusste Fähigkeiten wie Inkorporieren (z.B. die Stimme des Therapeuten), Identifizieren, Introjizieren, u.a. zum Tragen. Scheuchel (2002) hebt die Bedeutung symbiotischer Tranceerfahrungen für die Symbolbildung hervor. Nach Brown und Fromm (1986) strukturiert sich die therapeutische Beziehung in Form der so genannten „Selbstobjekt-Übertragung des narzisstischen Patienten“. Aufgrund frühkindlicher Defizite besteht eine große Abhängigkeit von der Wertschätzung und Bewunderung der Therapeutin. Diese wird benötigt, um das Selbstwertgefühl in positiver Weise zu entwickeln. Die Therapeutin nimmt eine die Klientin spiegelnde

### *Hypnosepsychotherapie*

und bestätigende Haltung ein, ähnlich der einer Mutter, die über ihr Kind nur Gutes denkt und es bewundert. So kann die Klientin beginnen, ein solides Selbstwertgefühl zu entwickeln.

Die therapeutische Arbeit mit *Ego-States* verläuft einerseits entwicklungsorientiert, indem unentwickelten Ego-States eine haltende und fördernde innere Umwelt geboten wird, andererseits wird mit anderen Ich-Zuständen konfliktorientiert gearbeitet. Falls neben den auf dieser Integrationsebene üblichen Entwicklungsaufgaben und Abhängigkeits-/Autonomiekonflikten noch zusätzliche Traumatisierungen und Traumafolgen vorliegen, muss zuerst am Schutz der Ich-Grenzen und an der Stabilisierung gearbeitet werden (vgl. Philips & Frederick 2007; Frederick 1996).

#### 3.2.2.3 Hypnosetherapeutische Techniken

In der ersten Phase der Therapie spielt *ichstärkendes Vorgehen* eine vorrangige Rolle. Die Verwendung von Symbolen und Metaphern ermöglicht seelisches Wachstum durch die Entdeckung neuer Gefühlsqualitäten. Wenn die Klientin genügend integrierte und förderliche innere Anteile besitzt, kann auch mit der Metapher des „fähigen Unbewussten“ und des „unbewussten Lernens“ (Erickson & Rossi 1981) gearbeitet werden.

Die lösungsorientierte „*Arbeit mit Teilen*“ (Lenk 1993), auch das „Sechs-Schritt-Reframing“ (Gerl 2001) ist bei Vorliegen genügend reifer Anteile zielführend. Die Aufarbeitung belastender Phasen oder Ereignisse aus der Vergangenheit geschieht mit Hilfe von *hypnoanalytischen Techniken* wie Affektbrücken, symbolischen und körperbezogenen Imaginationen und Bildschirmtechniken. In dissoziierten regressiven Trancen ist ein Nachholen frühkindlicher körperlich-emotionaler Erfahrungen der Geborgenheit möglich (Frederick & McNeal 1999).

Bei der Arbeit mit *Ego States* ist das Auffinden von positiven, schützenden, nährenden und stärkenden Ich-Zuständen vonnöten, um unentwickelten und bislang abgespaltenen Anteilen eine sichere Umwelt geben zu können. Abgespaltene Anteile können in symbolischer Form oder als kindliche Ich-Zustände erscheinen, oft von Scham und Minderwertigkeitsgefühlen oder anderen abgelehnten Affekten begleitet. Neben entwicklungsfördernden Interventionen müssen auch Selbstwertkonflikte oder Abgrenzungskonflikte mit schwierigen Introjekten oder Konflikte mit der Umwelt bearbeitet werden. Motivierte und fähige Klientinnen und Klienten können von maßgeschneiderten Techniken zur *Selbsthypnose* profitieren.

Brown und Fromm (1986) beschreiben ein 8-stufiges hypnoanalytisches Behandlungssystem, das die *Entwicklung der Selbst- und Objektrepräsentanzen* in der Arbeit mit Trance fördern soll. Eine ausführliche Darstellung findet sich bei Peter (1992).

Zindel empfiehlt für frühgestörte Klientinnen und Klienten, die zum Teil auch in der Diagnosegruppe der mäßig integrierten Persönlichkeiten zu finden sind, die hypnoanalytische Behandlungstechnik der „*aktiven Introjektion der Therapeutin*“ (Zindel 2001).

### 3.2.3 Geringe Integration

#### 3.2.3.1 Strukturbedingte Fähigkeiten

Bei Persönlichkeiten mit geringer Integration ist die Unterscheidung zwischen äußerer und innerer Realität gegeben, aber die Fähigkeit der Selbststeuerung nur in Ansätzen ausgeprägt. Die physische Anwesenheit einer anderen Person kann dafür genutzt werden, sich sicher zu fühlen. Die Trancefähigkeit ist im allgemeinen gegeben, jedoch ist es aufgrund der geringen Stabilität des Ich nur innerhalb einer gut strukturierenden therapeutischen Beziehung möglich, Trancezustände und Imaginationen positiv zu nutzen. Die Therapeutin hat auch steuernde Funktion zu übernehmen. Personen mit geringer Integration sind imstande, das Angebot eines Hilfs-Ich in Trance anzunehmen. Förderlich für den therapeutischen Prozess sind die Fähigkeiten zur Verbalisierung in Trance und zur Nutzung der Übertragungsbeziehung.

#### 3.2.3.2 Hypnosetherapeutische Strategien

Das übergeordnete therapeutische Ziel ist die *Integration der getrennten Selbst- und Objektrepräsentanzen*. Wichtigste Basis dafür ist der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Die Therapeutin bietet sich als aktives und strukturgebendes Objekt (Kernberg 1993), aber auch als *Container* (Bion 1962) für ausgelagerte oder abgespaltene Gefühle an. In der Hypnosetherapie wird durch Pacing und verstehendes Begleiten von Zuständen, die aufgrund der innerpsychischen Spaltungen abrupt wechseln können, am Aufbau der Fähigkeit zu Selbststeuerung gearbeitet. Dazu gehört der Aufbau von Spannungstoleranz. Weiters fördert die Hypnosetherapeutin die Wahrnehmung der Grenzen zwischen Selbst und Objekt und regt die Klientin dazu an, ihre eigenen Gefühle von denen anderer Menschen zu unterscheiden. Indem die Kommunikation zwischen inneren Repräsentanzen in der Trance gefördert wird, gelingt eine schrittweise Überbrückung der Spaltung und der Aufbau des verbindenden Ich. Nach Brown und Fromm (1986) ist die „Borderline-Übertragung“ dadurch gekennzeichnet, dass die inneren Objektbilder der Klientinnen und Klienten instabil sind. Sie sind noch nicht zur Selbstobjekt-Übertragung fähig. Um Nachreifung zu ermöglichen, hat der Therapeut nach Donald Winnicott (1965) über lange Zeit eine sichere und „haltende“ Umwelt zu bieten.

#### 3.2.3.3 Hypnosetherapeutische Techniken

Menschen mit geringer Integration können ich-aufbauende und ichstärkende Interventionen nutzen. Fraktionierte Vorgehensweisen und dialogische Trancen, bei denen die Therapeutin dicht am Geschehen ist, sind empfehlenswert. Inhaltlich kann beispielsweise am Aufbau eines „guten Ortes“, an vorher vereinbarten Aktivitäten in Trance, am Erleben der Körpergrenzen usw. gearbeitet werden. So können vorhandene Ich-Fähigkeiten im Schutz des Therapeuten weiter entwickelt werden. Brown und Fromm (1986) stellen dazu ein Schema zur *Behandlung von Borderlinestörungen* vor,

### *Hypnosepsychotherapie*

das auf Elgan Baker zurückgeht (vgl. Peter 1992). In der „Aktiven Introjektion der Therapeutin“ nach Zindel (2001) geht die Therapeutin gemeinsam mit der Klientin in Trance, bringt sich an einer günstigen Stelle symbolisch ein und kann so der Klientin in der Trance als Hilfs-Ich zur Seite stehen.

#### 3.2.4 Desintegration

##### 3.2.4.1 Strukturbedingte Fähigkeiten

Menschen auf desintegriertem Niveau können mit der Therapeutin im allgemeinen verbal oder nonverbal kommunizieren und damit Hinweise auf ihre Zustände geben. Sie können der Gefahr einer Verschmelzung mit dem Objekt durch isolierende Abgrenzung begegnen. Zeitweise ist es möglich, das Selbst auch graduell getrennt vom Objekt wahrzunehmen. Schwere Selbstzweifel können durch narzisstische Überhöhung abgefangen werden. Zeitweise ist das Erleben der Urheberschaft der eigenen Handlungen vorhanden. Die Fähigkeit zur teilweisen Realitätsprüfung ist phasenweise gegeben.

##### 3.2.4.2 Hypnosetherapeutische Strategien

Strukturelles Ziel der therapeutischen Arbeit ist der Aufbau von basalen Funktionen: die *Unterscheidung von Selbst und Objekt* und die *Kontrolle der Realität*. In der übenden therapeutischen Interaktion kann die Klientin schrittweise lernen, psychische Energie zum Strukturaufbau einzusetzen. Nach Brown und Fromm (1986) wird die therapeutische Beziehung stark durch die psychische Dynamik der Klientin bestimmt, nämlich die Suche nach Selbstdefinition durch ein externes Objekt und den angstvollen Rückzug von ihm.

##### 3.2.4.3 Hypnosetherapeutische Techniken

Walter (2001) beschreibt den Einsatz verschiedener hypnosetherapeutischer Standardtechniken speziell in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen, bipolaren Störungen und Schizophrenie. Brown und Fromm (1986) wenden bei psychotischen Klientinnen und Klienten keine hypnotische Trance im herkömmlichen Sinn an. In dem von ihnen vorgestellten Schema, das ursprünglich auf Baker zurückgeht, wird die Behandlung von psychotischen Klientinnen und Klienten durch elementare Übungen der *Realitätskontrolle mittels Imagination* unterstützt (s. Peter 1992).

Vas (1993) arbeitet mit der Technik der „Counter-Trance“, bei der die Therapeutin der Klientin in ihrem pathologischen Trancezustand ein Stück „entgegenkommt“, um ihr durch emotionales Zusammenspiel im intersubjektiven Raum die Möglichkeit zu eröffnen, eine bessere Balance zwischen Bewusstsein und Regressionstendenzen herzustellen. Das Vorgehen von Vas baut auf den Erkenntnissen von Baker (1981), Fromm (1984), Benedetti (1987) und Zindel (1990) auf. Vas empfiehlt in einem dif-

Hans Kanitschar

ferenzierten Konzept therapeutischer Beziehung unter anderem die *Verwendung von Symbolen*, weil diese die frühesten körperlichen, affektiven und kognitiven Erfahrungen in sich vereinen.

### 3.2.5 Hypnosetherapeutische Traumabehandlung

Neben der *Entwicklungspathologie und Konfliktpathologie* ist immer auch die Möglichkeit einer *Traumapathologie* zu berücksichtigen. Sie kann auf allen Integrationsstufen auftreten und ist daher häufig mit Entwicklungsstörungen und neurotischen Störungen kombiniert. Solche Komorbiditäten erfordern eine differenzielle Diagnostik und entsprechend abgestimmte hypnosetherapeutischen Vorgangsweisen.

Für die Hypnosetherapie mit Traumatisierten sind spezifische Vorgehensweisen entwickelt worden, auf die aus Platzgründen hier nicht eingegangen werden kann (s. Brown & Fromm 1986; Kluft 1995; Perren-Klingler 2001; Philips & Frederick 2007; Steiner & Krippner 2006; van der Hart & Peter 1995; u.a.).

## 4. Abschließende Bemerkungen

In dieser Arbeit wird die methodische Grundstruktur der integrativen Hypnosepsychotherapie umrissen. Die hier beschriebenen Modelle sollen das differenzialdiagnostische Verständnis von Persönlichkeitsstrukturen und deren Ressourcen mit Handreichungen für die Therapieplanung verbinden. Für spezielle Anwendungen sind die in der deskriptiven Diagnostik beschriebenen Störungsbilder vor dem Hintergrund des Integrationsgrades der Persönlichkeit zu betrachten, woraus differenzierte Behandlungslinien abgeleitet werden können.

## Literatur

- Alman, B. & Lambrou, P. (1996). *Selbsthypnose. Das Handbuch zur Selbstbehandlung*. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Alman, B. (2001). *Selbsthypnose*. In Revenstorff, D. & Peter, B. (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Heidelberg: Springer. S. 312-324.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1996). *Operationalisierte psychotherapeutische Diagnostik*. Bern: Hans Huber.
- Bartuska et al. (Hrsg.) (2005). *Psychotherapeutische Diagnostik*. Wien, New York: Springer. S. 8-57.  
English Edition (2008): *Psychotherapeutic Diagnostics. Guidelines for the New Standard*. Wien, N. Y.: Springer.
- Benedetti, G. (1987). *Psychotherapy of Schizophrenia*. New York: International Press.
- Bion, W. (1962): *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bongartz, W., & Bongartz, B. (2000). *Hypnosetherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Bongartz, W., & Bongartz, B. (2001). *Die Stellvertretertechnik*. In Revenstorff, D. & Peter, B. (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Wien New York: Springer. S. 184-193.
- Brown, D., & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and Hypnoanalysis*. NJ: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Carolusson, S. (1996). *Hypnosis, science, ART or what?* *Hypnos*, XXIII (4), 176-180.
- Chertok, L. & Stengers, I. (1992). *Hypnose – eine narzißtische Kränkung*. *Hypnose und Kognition*, 9(1+2), 7-24.

### *Hypnosepsychotherapie*

- De Shazer, S. (1989). *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Diamond, M. (1993). Die interaktionelle Basis der hypnotischen Erfahrung. Über die Beziehungsdimensionen der Hypnose. *Imagination*, 15(2), 5-32 (Original: The interactional basis of hypnotic experience. On the relational dimensions of hypnosis. *International Journal of clinical and experimental Hypnosis*, 35, 95-115, 1987).
- Ellenberger, H. (1985). *Die Entdeckung des Unbewußten*. Zürich: Diogenes Tb.
- Erickson, M. & Rossi, E. (1981). *Hypnotherapie. Aufbau – Beispiele – Forschungen*. München: Pfeiffer.
- Ermann, M. (2007). *Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 87-115.
- Frederick, C. (1996). Functionaries, Jannissaries and Daemons: A Differential Approach to the Management of Malevolent Ego States. *Hypnos*, XXIII(1), 37-47.
- Frederick, C. (2007). Ausgewählte Themen zur Ego State Therapie. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 5-100.
- Frederick, C., & McNeal, S. (1999). *Inner Strength. Contemporary Psychotherapy and Hypnosis for Ego Strengthening*. NJ: Lawrence Erlbaum Inc.
- Fromm, E. (1984). Hypnoanalysis – With particular emphasis on the borderline patient. *Psychoanalytic Psychology*, 1(1), 61-76.
- Fromm, E. (1992). Persönliche Gefühle eines Nazi-Flüchtlings: Warum ich nicht von den Deutschen geehrt werden will. *Hypnose und Kognition*, 9, 51-57.
- Fromm, E. (1998). An Ego Psychological Theory of hypnosis and the research evidence supporting it. *Hypnos*, XXV(1), 7-14.
- Gerl, W. (2001). Reframing. In Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Heidelberg: Springer, S. 269-285.
- Gilligan, S. (1991). *Therapeutische Trance*. Heidelberg: Carl Auer.
- Haley, J. (1978). *Die Psychotherapie Milton H. Ericksons*. München: Pfeiffer.
- Hain, P. (2001). Humor in der Hypnotherapie. In Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Heidelberg: Springer. S. 152-155.
- Harrer, M. (2008). Wirkkonzepte in der Hypnosepsychotherapie. *Imagination*, 30 (1), 5-37.
- Kaiser-Rekkas, A. (1998). *Klinische Hypnose und Hypnotherapie*. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Kanitschar, H. (1995). Hypnose als Psychotherapie. In *Imagination*. 17. Jahrgang, Nr. 4-1995. Wien: Facultas Universitätsverlag. ISBN 1021-2329. S. 5-15.
- Kanitschar, H. (1997). *Imagination in der Hypnosetherapie im Vergleich zur Katathym Imaginativen Psychotherapie*. *Imagination*, 21(3), 5-36.
- Kanitschar, H. (2000). Integrative Hypnotherapy. An independent psychotherapeutic method. *Hypnos*, XXVII(1), 43-47.
- Kanitschar, H. (2004). Hypnosepsychotherapie. In Bartuska et al. (Hrsg.) (2005), *Psychotherapeutische Diagnostik. Leitlinien für den neuen Standard*. Wien, New York: Springer, S. 117-126.
- Kernberg, O. (1993). *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Bern: Huber.
- Kierein et al. (1991). *Psychologengesetz, Psychotherapiegesetz, Kurzkomentar*. Wien: Orac.
- Kinzel, F. (1993). *Psychoanalyse und Hypnose. Auf dem Weg zu einer Integration*. München: Quintessenz.
- Klar, S. & Klammer, G. (2000). Fragen. Hypothetische, lineale, reflexive, zirkuläre, zukunftsorientierte, Wunderfrage. Stichwortbeschreibung. In Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.) *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer, S. 215.
- Kluft, R. (1995). Zur Anwendung hypnotischer Interventionsformen bei der Behandlung von Dissoziativen Identitätsstörungen. *Hypnose und Kognition*, 12 (2), S. 13-33.
- Ladenbauer, W. (2001). Hypnose und Bindungstheorie. *Imagination*, 23(2), 49-64.

*Hans Kanitschar*

- Lenk, W. (1993). Hypnotherapie bei Krebserkrankungen. In Revenstorf, D. (Hrsg.) *Klinische Hypnose*. 2. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Leuner, H. (1985). *Lehrbuch des Kathymen Bilderlebens*. Grundstufe, Mittelstufe, Oberstufe. Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber.
- Mende, M. (1998). Hypnotherapeutic responses to transference in the face of therapeutic change. *Hypnos*, XXV(3), 134-144.
- Mende, M. (2006). The special effects of Hypnosis and Hypnotherapy: A Contribution to an Ecological Model of Therapeutic Change. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(2), 167-185.
- Mentzos, S. (1998). *Neurotische Konfliktverarbeitung*. Frankfurt: Fischer.
- Orange, Vorname???, Atwood, G., & Stolorow, R. (2001). *Intersubjektivität in der Psychoanalyse*. Frankfurt a. M.: Brandes & Appel.
- Perren-Klingler, G. (2001). Posttraumatische Belastungsstörung. In Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Heidelberg: Springer, S. 467-477.
- Peter, B. (1992). Hypnoanalyse: Der Beitrag von Erika Fromm. *Hypnose und Kognition*, 9(1+2), 58-84.
- Philips, M., & Frederick, C. (2007). *Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen*. Heidelberg: Carl Auer.
- Revenstorf, D. (2001). Indirekte Induktion und Kommunikation. In Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Heidelberg: Springer, S. 169-183.
- Revenstorf, D. (2006). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH*, 1(1+2), 7-164.
- Riebensahm, H. (2001). Ich-Stärkung. In Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Heidelberg: Springer, S. 301-311.
- Rossi, E. (Hrsg.) (1998). *Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson*. Band I bis VI. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Scheuchel, M. (2002). Trance und hypnotische Beziehung als besondere Stärken einer Hypnosetherapie. *Imagination*, 24(1), 34-61.
- Sedlak, F. (1994). *Autogene Psychotherapie, Kathym Imaginative Psychotherapie, Hypnose*. Wissenschaftliche Grundlagen, wesentliche Kriterien, Konzepte der Therapieführung. Auszüge aus den Methodendarstellungen für den Psychotherapiebeirat. *Imagination*, 16(4), 5-49.
- Steiner, B., & Krippner, K. (2006). *Psychotherapie. Tiefenpsychologisch-imaginative Behandlung von traumatisierten Patienten*. Stuttgart: Schattauer.
- Stumm, G. & Jandl-Jäger, E. (2006). *Psychotherapie. Ausbildung in Österreich*. Wien: Falter, S. 198-205.
- Stolorow, R., Atwood, G., & Brandchaft, G. (Ed.) (1994). *The Intersubjective Perspective*. Northvale, NJ: Aronson.
- Van der Hart, O., & Peter, B. (Hrsg.). (1995). *Dissoziative Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeitsstörung)* (Vol. *Hypnose und Kognition*, 12). München: www.MEG-Stiftung.de.
- Vas, J. (1993). *Hypnose bei Psychosen*. München: Quintessenz.
- Wallnöfer, H. (1992). Autogenes Training als Psychotherapie. *Imagination*, 14(1-2), 15-35.
- Wallnöfer, H. (1993). Das Phänomen Hypnose. *Imagination*, 15(1), 29-51.
- Wallnöfer, H. (2001). Stellungnahme zur Hypnose als tiefenpsychologisches Verfahren. Schriftliche Unterlage für den Psychotherapiebeirat im Bundesministerium für Gesundheit. Wien. Privatarchiv des Autors.
- Walter, H. (2000). Trophotropes Reaktionsmuster. Stichwortbeschreibung. In Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.) *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer, S. 731.
- Walter, H. (2001). Hypnose bei Psychosen. In Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) *Hypnose in Psychothe-*

### *Hypnosepsychotherapie*

- rapie, Psychosomatik und Medizin. Heidelberg: Springer, S. 498-506.
- Watkins, J. (1992). Hypnoanalytic techniques. The practice of Clinical Hypnosis. Volume II. New York: Irvington.
- Watkins, H., & Watkins, J. (2003). Ego States. Theorie und Therapie. Ein Handbuch. Heidelberg: Carl Auer Systeme Verlag.
- Winnicott, D. (1965). The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development. New York: International Universities Press.
- Zindel, J. P. (1990). Hypnosis in the psychotherapy of schizophrenic and borderline patients. Paper presented at the 5th European Congress of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine. Aug. 18-24. Konstanz. Germany.
- Zindel, J. P. (2001). Hypnose mit frühgestörten und Borderline-Patienten. In Revenstorff, D., & Peter, B. (Hrsg.), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Heidelberg: Springer, S. 488-498.
- Zindel, J.P. (2003). Die tiefenpsychologisch orientierte Traumarbeit mit Hypnose. Hypnose und Kognition Bd. 20(1+2), 101-107.

Dr. phil. Hans Kanitschar  
Gumpendorferstraße 135/23  
A – 1060 Wien  
hans.kanitschar@chello.at

erhalten 31.7.2008

revidierte Version akzeptiert: 26.4.2009

1) Überarbeitete und aktualisierte Darstellung von zwei Vorträgen des Autors: Der erste unter dem Titel „Strukturniveau und hypnotische Intervention“ wurde im Oktober 2000 auf dem 15. Internationalen Kongress für Hypnose in München gehalten. Der zweite Vortrag trug den Titel „Hypnosepsychotherapie, ein eigenständiges, tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren“ und wurde im März 2008 auf der Jahrestagung der M.E.G. mit dem Thema „Hypnotherapie und Psychodynamik“ in Bad Orb gehalten.

2) Seit der Einrichtung einer „Landesstelle Österreich der Deutschen Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training“, der späteren österr. Gesellschaft gleichen Namens, später ÖGATAP, hat Heinrich Wallnöfer unter anderen mit Prof. D. Langen (Mainz), E. Schäffgen (Saffig/Andernach), Günther Krapf (München), Günther Bartl (Mistelbach), Erik Böls (Wien) und anderen die Hypnose auf tiefenpsychologisch fundierter Basis gelehrt. Seit 1979 wurden Vorlesungen und Seminare über „Hypnose“ (häufig mit besonderer Betonung des psychoanalytischen Aspekts) bei den Lindauer Psychotherapiewochen gehalten (Wallnöfer, 2001). In der ÖGATAP werden seit Jahrzehnten die drei Methoden Hypnose (Wallnöfer, 1993), Autogene Psychotherapie (bestehend aus der Grundstufe „Autogenes Training“ und der „Analytischen Oberstufe“ nach Heinrich Wallnöfer, 1992) und Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP, vormals „Katathymes Bilderleben“, Leuner, 1985) unabhängig voneinander als eigenständige, tiefenpsychologisch fundierte Methoden gelehrt.

3) 1989 wurde von Ladenbauer, Kanitschar, Anderl und anderen unter helfender Patronanz von Burkhard Peter die *Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose und Kurztherapie Austria (MEGA)* begründet.

4) Hans Kanitschar, Dr. phil., ist Lehrtherapeut mit voller Lehrbefugnis der ÖGATAP für Hypnosepsychotherapie und Katathym Imaginative Psychotherapie, Gründungsvizepräsident und Lehrtrainer der MEGA und Dozent der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Katathym Imaginative Psychotherapie (AGKB). Wolfgang Ladenbauer, Dr. med., ist Lehrtherapeut mit voller Lehrbefugnis der

*Hans Kanitschar*

ÖGATAP für Hypnosepsychotherapie, Autogene Psychotherapie und Katathym Imaginative Psychotherapie, Gründungspräsident und Lehrtrainer der MEGA, Lehrtherapeut der österreichischen Ärztekammer und Dozent der AGKB sowie Therapeut für Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel.

- 5) Im Verlauf des Textes verwende ich der besseren Lesbarkeit wegen für den Begriff „Hypnosepsychotherapie“ zuweilen auch das Synonym „Hypnosetherapie“.
- 6) Das wissenschaftliche Werk von Erika Fromm darf bislang nach dem Willen der Autorin nicht in die deutsche Sprache übersetzt werden (vgl. Fromm 1992). Es empfiehlt sich daher, das Standardwerk “Hypnotherapy and Hypnoanalysis” (Brown & Fromm 1986) in der amerikanischen Originalfassung zu studieren. Die einzige ausführliche Zusammenfassung in deutscher Sprache wurde - durch Erika Fromm ausdrücklich autorisiert - von Burkhard Peter (1992) veröffentlicht.
- 7) Abwehrmechanismen stellen Fähigkeiten des Ich dar, die nicht nur zum Zwecke der Abwehr wirksam werden, sondern auch andere Funktionen haben.
- 8) Gemäß der Auffassung des Expertengremiums im Psychotherapiebeirat des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit ist die Erstellung der psychotherapeutischen Diagnose ein Prozess und kein punktueller Vorgang (Gutachten des Psychotherapiebeirates in Bartuska et al. 2005).
- 9) Eine gendersensible Schreibweise ist mir aufgrund der suggestiven Wirkung der Sprache ein sehr wichtiges Anliegen, umso mehr als in Österreich die hypnosetherapeutische Berufsgruppe zu 70% aus Frauen besteht. Da die Redaktion eine einheitliche - im Gegenteil zur alternierenden - Schreibweise bevorzugt, habe ich die weibliche Sprachform gewählt. Die Männer sind dabei mit gemeint. Ich danke der Redaktion für die Möglichkeit einer persönlichen Ausnahmeregelung.

### Hinweise für Autoren zur Manuskriptgestaltung

*Hypnose-ZHH* veröffentlicht nur ausformulierte, als Artikel gestaltete Texte (keine ppt-Präsentationen, Folien etc.), welche folgende *Inhalte und formalen Elemente* aufweisen: Titel / Autoren / Zusammenfassung in Deutsch / Schlüsselwörter / Titel in Englisch / Abstract in English / Keywords in English / Text (5000 – 8000 Wörter) / Literatur / Post-Adresse und Email des ersten Autors.

*Zusammenfassungen / Abstracts* (je 1.500 - 2.000 Zeichen) sollen folgende Elemente enthalten für

- *Experimentelle/Forschungs-Artikel*

Ziel und Zweck / Study purpose

Kurze Darstellung / Brief description of the subjects

Methoden / Methodology

Ergebnisse und Schlussfolgerungen / Results, conclusions or implications.

- *Theorie-Artikel*

These / Major theme

Darlegung der These / Logical development of the theme

Standpunkt des Autors / Author's point of view

Folgerungen / Implications, inferences, or conclusions.

#### Bitte beachten Sie

##### 1. *Zitation im Text:*

“... wie Ellenberger (1993, S./p. 13) schrieb...”

“Es wurde gezeigt (Spanos et al. 1994) ...” [bei mehr als 2 Autoren: et al.]

“Spanos und Kollegen (Spanos et al. 1994) zeigten ...”

“Zeltzer und LeBaron (1982) behaupteten ...”

“Weitere Autoren (Spanos et al. 1995; Zeltzer & LeBaron 1982) wiesen nach ...”

“Beck (in Druck) sagte...”

##### 2. *Literatur:*

Zeltzer, L., & LeBaron, S. (1982). Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatrics*, 101, 1032-1035.

Spanos, N. P., Carmanico, S. J., & Ellis, J. A. (1994). Hypnotic analgesia. In P. D. Wall & R. Melzack (Eds.), *Textbook of pain* (pp. 1349-1366). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Ellenberger, H. F. (1973). *Die Entdeckung des Unbewußten: Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von ihren Anfängen bis Janet, Freud, Adler und Jung*. Bern: Huber.

3. *Hypnose-ZHH unterliegt dem Gutachterverfahren:* Ein eingereichter Artikel wird veröffentlicht, wenn 2 Gutachter der Veröffentlichung zustimmen; er wird abgelehnt, wenn 2 Gutachter seine Veröffentlichung nicht empfehlen.

Das Manuskript schicken Sie bitte per Email an [Burkhard-Peter@t-online.de](mailto:Burkhard-Peter@t-online.de)