

Die Utilisierung von Übertragung und Gegenübertragung in der lösungsorientierten Hypnotherapie

Matthias Mende

Einleitung

In der lösungsorientierten Hypnotherapie nach Erickson mag das psychodynamische Konzept der Übertragung zunächst fremdartig erscheinen. Welchen Platz sollte die Beachtung alter Beziehungsmuster mit wichtigen Bezugspersonen aus der Vergangenheit bei der Erschließung von lösungsrelevanten Ressourcen haben? Sollte die Arbeit mit Übertragungsphänomenen nicht tiefenpsychologisch arbeitenden Hypnotherapeuten vorbehalten bleiben, die den therapeutischen Fokus auf die Aufdeckung und Bearbeitung von Konflikten aus der Kindheit legen?

In diesem Artikel will ich zeigen, dass sich das Übertragungskonzept sehr gut in den lösungsorientierten hypnotherapeutischen Ansatz integrieren lässt. Ich werde an Beispielen beschreiben, wie Übertragung und Gegenübertragung genutzt werden können – für die Optimierung des Rapports, die Diagnostik und die Gestaltung kritischer Therapiephasen. Die Voraussetzungen für die Utilisierung dieser wichtigen therapeutischen Beziehungsdimension auch ohne tiefenpsychologische Vorkenntnisse sind dadurch erfüllt, dass sich hypnotische Übertragung und Gegenübertragung verhaltensnah operationalisieren lassen. Dabei folge ich dem Vorschlag von Brown und Fromm (1986), die die Erkundung von Erwartungen und Fantasien des Patienten bezüglich der Hypnose als Verfahren und der Rollenverteilung zwischen Patient und Therapeut als "Königsweg" zur Ermittlung von hypnotischen Übertragungen bezeichnet haben. Komplementär zu den hypnotischen Übertragungen lassen sich hypnotische Gegenübertragungen operationalisieren als Gesamtheit der Reaktionen des Therapeuten auf Einstellungen, Fantasien, Wünsche und Ängste des Patienten bezüglich der Hypnose als Verfahren und der Rollenverteilung zwischen Patient und Therapeut (Mende 1996).

Hypnose-ZHH 2009, 4(1+2), 127-152

Matthias Mende, Salzburg

Die Utilisierung von Übertragung und Gegenübertragung in der lösungsorientierten Hypnotherapie

These: Übertragung/Gegenübertragung sind in der Hypnose ubiquitär und besonders intensiv. Daher macht es Sinn, diese interaktionalen Phänomene nicht nur in psychodynamischen Therapieansätzen, sondern auch in der lösungsorientierten ericksonschen Hypnotherapie zu beachten und für Tranceentwicklung und therapeutische Fortschritte zu nutzen. **Darlegung der These:** Es wird dargelegt, warum sich Übertragung und Gegenübertragung gerade in der Hypnose rasch und intensiv entwickeln. Hypnotische Übertragung/ Gegenübertragung wird operational definiert und in ihren Auswirkungen auf die hypnotische Beziehung untersucht. Danach wird die Utilisierung des Unbewussten als Übertragungsobjekt beschrieben. Unter Verwendung von Fallbeispielen folgt die Beschreibung von Möglichkeiten, Übertragung und Gegenübertragung hypnotherapeutisch zu nutzen. Auf die Utilisierung von Erwartungen an Hypnose, von Mutter- und Vaterübertragung und von Übertragungsbereitschaft, die in Verbindung mit bestimmten Charakterstrukturen existiert, wird näher eingegangen. Schließlich folgt die Darstellung der Utilisierung positiver und negativer Gegenübertragung in der Diagnostik und bei der Bewältigung schwieriger Therapiephasen. **Folgerungen:** Die Beachtung von Übertragung/Gegenübertragung und die Utilisierung dieser interaktionalen Phänomene bietet auch in der lösungsorientierten ericksonschen Hypnotherapie eine brauchbare Möglichkeit, die Qualität der hypnotherapeutischen Beziehung im Sinne der Zielerreichung anzuheben.

Schlüsselwörter: Übertragung, Gegenübertragung, Rapport, Utilisierung, Unbewusstes, ericksonsche Hypnotherapie

The utilization of transference and countertransference in the solution oriented hypnotherapy

Theme: In hypnosis, transference/countertransference is ubiquitous and especially intensive. Consequently, it makes sense to become aware of these interactional phenomena not only in psychodynamic approaches but also in solution oriented Ericksonian hypnotherapy and to utilize them for the development of trances and facilitation of therapeutic progress. **Development of the theme:** It is shown why transference and countertransference will develop fast and intensively especially in hypnosis. Hypnotic transference/countertransference is defined operationally and the effects they have on the hypnotic relationship are examined. Subsequently, the utilization of the unconscious mind as transference-object is described. The description of options for utilizing transference and countertransference hypnotherapeutically includes some case vignettes. The utilization of expectancies regarding hypnosis, mother- and father-transferences and of transference attitudes existing in combination with certain character structures are explored in more detail. Finally, ways of utilizing positive and negative countertransference for diagnostics and for mastering difficult therapy phases are described. **Conclusion:** Becoming aware of transference/countertransference and utilizing these interactional phenomena offers a useful option for raising the quality the therapeutic relationship in terms of goal achievement, also in Ericksonian hypnotherapy.

Key Words: *Transference, countertransference, rapport, utilization, unconscious mind, Ericksonian hypnotherapy*

L'utilisation du transfert et du contre-transfert en hypnothérapie orientée sur les ressources

Thèse: *Le transfert/contre-transfert est particulièrement intensif et constamment présent en hypnose. Il est donc judicieux de considérer ce phénomène interactionnel non seulement dans les psychothérapies d'orientation psychodynamique, mais également en hypnothérapie éricksonienne orientée sur les ressources et de les utiliser pour développer une transe et favoriser le processus thérapeutique. **Démonstration de la thèse:** L'auteur exposera pourquoi le transfert et le contre-transfert se développent rapidement et de manière si intensive en hypnose. Le transfert/contre-transfert hypnotique est opérationnellement défini et étudié par rapport à ses effets sur la relation hypnotique. L'utilisation de l'inconscient comme objet transférentiel sera ensuite décrit. Les manières d'utiliser le transfert/contre-transfert hypnotique seront illustrées au travers de vignettes cliniques. Des points particuliers, tels l'espérance placée dans l'hypnose, le transfert maternel ou paternel, les caractéristiques transférentielles liées à la structure du caractère, seront approfondis. Pour terminer, l'utilisation du contre-transfert positif ou négatif sera exposé pour parvenir à un diagnostic ou pour surmonter les phases thérapeutiques particulièrement difficiles. **Conclusion:** Le fait de prendre en compte le transfert/contre-transfert et de l'utiliser également en hypnothérapie éricksonienne orientée sur les ressources permet d'augmenter la qualité de la relation hypnotique dans le sens d'optimiser les buts à atteindre.*

Mots-clés: *Transfert, contre-transfert, relation thérapeutique, utilisation, hypnothérapie éricksonienne. (Claude Béguelin)*

Im ursprünglichen Sinne Freuds (1912) bezeichnet Übertragung die Verschiebung von Gefühlen oder Fantasien, die ursprünglich bedeutsamen Personen der Kindheit galten, auf den Analytiker. In der Terminologie der Objektbeziehungstheorie wurde diese Definition dahingehend differenziert, dass unbewusste oder abgelehnte Selbstrepräsentanzen auf dem Wege der Projektion auf ein anderes Objekt verlagert werden (Klein 1942; Kernberg 1988).

Gegenübertragung bezog sich im ursprünglichen Verständnis auf Emotionen, Wünsche, Bedürfnisse und Handlungsimpulse des Analytikers, die aus seiner Interaktion mit wichtigen Bezugspersonen aus der Vergangenheit stammen und auf den Patienten verschoben werden (Bettighofer 2004). Die Gegenübertragung wurde zunächst als störendes Element in der Analyse betrachtet, da solche Objektbeziehungsmuster aus früherer Zeit den freien Blick auf den Patienten verstellen könnten (Heimann 1950). Später wurde eine Unterscheidung getroffen zwischen Eigenübertragungen des Therapeuten auf den Patienten und Gegenübertragungen im engeren Sinne, die sich aus der Resonanz des Therapeuten auf Übertragungen des Patienten ergeben und sich für diagnostische Zwecke nutzen lassen (Heuft 1990).

*Übertragung und Gegenübertragung***Hypnotische Übertragungsquellen***Regression*

Übertragung und Gegenübertragung manifestieren sich in der Hypnose besonders bereitwillig, schnell und heftig, manchmal schon während der ersten Sitzung (Brown & Fromm 1986; Frederick 1997; Fromm 1968; Gill & Brenman 1959). Übertragungs- und Gegenübertragungspänomene sind in der Hypnose ubiquitär und treten sogar in nicht-klinischen, rein experimentellen Laborsettings auf (Horváth et al. 1988). Diese besondere Affinität von Hypnose und Übertragung lässt sich auf die Regression fördernden Qualitäten der hypnotischen Situation zurückführen (Kubie & Margolin 1944): das hypnotische Setting ist gekennzeichnet durch motorische Restriktion, sensorische Deprivation und Reduktion der Kommunikation mit der Außenwelt zu Gunsten der ausschließlichen Kommunikation mit dem Therapeuten (Gill & Brenmann 1959; Kubie & Margolin 1944; Peter 1993). Dies stellt eine Reinszenierung der frühen, symbiotisch-fusionären Eltern-Kind-Beziehung dar, weckt frühe Muster von Objektbeziehungen und erleichtert den Zugang zu emotionalen Zuständen und inneren Konflikten aus dieser Zeit (Diamond 1987; Ferenczi 1965; Fromm 1979; Nash et al. 1979). Damit ist Hypnose ein adaptiver regressiver Zustand (Hartmann 1958), eine Regression im Dienste des Ichs (Gill & Brenman 1959; Kris 1952).

Persönlichkeitsorganisation

Je nach Reifegrad der Persönlichkeitsorganisation ergeben sich unterschiedliche Übertragungsbereitschaften (Kernberg 1996). Nach Brown & Fromm (1986) sehen Patienten in der prägenitalen infantilen Abhängigkeit Hypnose als Wundermittel, und der Hypnotherapeut erscheint ähnlich allwissend und allmächtig wie der Elternteil eines kleinen Kindes. Auf ödipalem Niveau zeigen sich Übertragungsbereitschaften einerseits in Verführungswünschen, andererseits in Vernichtungsfantasien. Geschwisterübertragungen äußern sich häufig in kompetitivem Verhalten – z.B. in einem Zweifel an den hypnotischen Fähigkeiten des Therapeuten. Auf der narzisstischen Entwicklungsstufe wird der Therapeut als Übertragungsobjekt zu Selbstwertregulierung verwendet. Der Patient ist zufrieden, solange ihn der idealisierte Therapeut bewundernd spiegelt (Kohut 1976). Wird dies verabsäumt, erleidet der Patient einen Selbstwertverlust und verschmäht den Therapeuten. Auf Borderline- und psychotischem Niveau kommt es in der Übertragung zu Grenzverlusten, Spaltungen und zur Fragmentierung von Selbst- und Objektpräsenzen (Brown & Fromm 1986; Kernberg 1983).

Veränderungserwartungen

Ein wesentlicher Faktor für die starke Ausprägung hypnotischer Übertragungen liegt in der hohen Veränderungserwartung, die Patienten üblicherweise mitbringen, wenn sie für die Therapie ausdrücklich einen Hypnosespezialisten aufsuchen (Mende 1998). Mit dem Wunsch nach einer raschen, durchgreifenden Besserung können Patienten ih-

Matthias Mende

ren Therapeuten und sich selbst massiv unter Druck setzen. Im gleichen Zug werden Objektbeziehungsmuster aktiviert, die vergangene Erfahrungen mit selbst- oder fremd-initiierten Veränderungswünschen widerspiegeln und im Umgang mit wichtigen Bezugspersonen gemacht wurden.

Gegenübertragung

Einige Besonderheiten der Hypnose als Methode zur Herbeiführung therapeutischer Veränderungen führen zu spezifischen Gegenübertragungen (Mende 1998):

In der lösungsorientierten Hypnotherapie ist der Therapeut ein aktiver Kommunikator, der über ein breites Inventar an Interventionen verfügt, laufend Selektionsentscheidungen bei der Auswahl des utilisierbaren Materials trifft und den Patienten durch Suggestionen und Direktiven anleitet. Dabei ist es unumgänglich, dass die persönlichen Anteile des Therapeuten in diese Entscheidungen einfließen.

Eine weitere hypnosespezifische Gegenübertragungsquelle liegt in der Betonung verborgener Ressourcen und unbewusster Fähigkeiten. Dies verlangt vom Therapeuten einen hohen Grad an professionellem Optimismus, selbst gegenüber sehr skeptischen Patienten. Im Umgang mit dieser Spannung ist der Therapeut anfällig für negative Gegenübertragungen als Resultat narzisstischer Kränkungen, wenn diese angenommenen Ressourcen sich hypnotisch nicht ohne weiteres evozieren lassen.

Die Veränderungserwartungen des Patienten sind ebenfalls eine wichtige Quelle hypnotischer Gegenübertragungen: Als Reaktion auf die hohen Erwartungen des Patienten könnte der Therapeut in der Gegenübertragung diversen „Antreibern“ erliegen und versuchen, Therapieerfolge möglichst schnell zu erzielen. Der Therapeut könnte jedoch auch umgekehrt jede Verantwortung für hypnotische Therapiefortschritte von sich weisen und sich auf die mehr oder weniger ausgeprägten hypnotischen Fähigkeiten des Patienten berufen.

Die Utilisierung von Übertragung und Gegenübertragung

Rapport und Übertragung

Rapport ist in der Hypnose der traditionelle Begriff für therapeutische Beziehung. Rapport bedeutet ein enges, wechselseitiges Aufeinander-bezogen-Sein zweier Akteure. Bei einem guten Rapport ist der Patient in der Lage, auf kleinste Schlüsselreize (minimal cues) des Therapeuten zu achten und diese aufzugreifen. Umgekehrt achtet der Therapeut auf kleinste, meist psychomotorisch gegebene Signale des Patienten, die Wohlbefinden oder Stress andeuten, um diese aufzugreifen und als Wegweiser im therapeutischen Prozess zur Gestaltung therapeutischer Interventionen zu nutzen. Rapport wird in der hypnotischen wie in der nicht-hypnotischen Kommunikation durch Pacing gefördert. Mit Pacing verfügt die Hypnotherapie über ein Kommunikationswerkzeug zur Optimierung der therapeutischen Beziehung, die als methoden-unspezifischer Faktor den Behandlungserfolg einer Psychotherapie gleich welcher Methode maßgeblich mit beeinflusst.

Übertragung und Gegenübertragung

Daher liegt in der ersten Phase des therapeutischen Prozesses einer Hypnotherapie der Fokus des therapeutischen Handelns auf der Herstellung und Stabilisierung des Rapports. Dies geschieht durch ein möglichst umfassendes, vorbehaltloses Pacing des Patienten durch den Therapeuten. Dieses umfassende Pacing bedeutet gleichzeitig, dass der Therapeut ein Übertragungsangebot macht, mit dem eine Szene reinszeniert wird, die einer sehr frühen Zeit der Mutter-Kind-Beziehung entstammt: die aufmerksame Mutter eines Säuglings schenkt ihm ihre volle Aufmerksamkeit und reagiert wohlwollend auf alle seine Regungen, indem sie die Gesamtheit seiner Lebensäußerungen spiegelt. Die ungeteilte, wohlwollende und spiegelnde Aufmerksamkeit ist ein Wesensmerkmal sowohl der früheren Mutter-Kind-Beziehung als auch der psychotherapeutischen Beziehung zwischen Patient und Therapeut in der Hypnotherapie. Das positive Übertragungsangebot, das durch extensives Pacing gemacht wird, ist sehr regressionsfördernd, da eine Beziehungsform reaktiviert wird, die für die symbiotisch-fusionäre Phase in der Mutter-Kind-Beziehung typisch war - oder hätte sein sollen.

Seit wenigen Jahren ist auch die neurobiologische Seite dieser Bereitschaft zum „Spiegeln“ bekannt (Bauer 2005). Mit der Entdeckung von Spiegelneuronen im prämotorischen Cortex wurde eine neurobiologische Grundlage gefunden, die die Funktionsweise des Spiegeln beschreibt: die Beobachtung und Wahrnehmung einer Handlung durch Sehen, Hören, Spüren aktiviert im prämotorischen Cortex Neuronenverbände, die ohne Zwischenschaltung weiterer Planungsvorgänge die sensorischen Inputs auf der Wahrnehmungsseite spiegeln und Nachahmungsimpulse direkt an den motorischen Cortex senden. Neurobiologisch gesehen könnte das Spiegeln des Säuglings durch die beantwortende Mutter betrachtet werden als ein generalisiertes Angebot, das Modell des Nachahmens anzunehmen und neuronalen Aktivitäten freien Lauf zu lassen, die das spiegelnde Nachahmen nahe legen (Mende 2009).

Aus diesen Überlegungen lässt sich ableiten, dass durch Pacing generell ein mütterliches Übertragungsangebot unterbreitet wird: Es ist das Versprechen, vom Therapeuten bejaht, genährt und umfassend versorgt und zugleich beschützt und in wichtigen Entwicklungsschritten unterstützt zu werden. Wird dieses Übertragungsangebot aufgegriffen, ist der Weg frei, hypnotherapeutisch im ericksonschen Stil zu arbeiten, Ressourcen zu aktivieren und lösungsorientiert die Weiterentwicklung des Patienten zu fördern.

Die Utilisierung von Erwartungen an Hypnose

Viele Patienten suchen ganz gezielt eine Hypnotherapie auf, weil sie mit Hypnose bestimmte, oft unrealistische Erwartungen verbinden. Eine verbreitete Art, diese Erwartungen therapeutisch zu beantworten, besteht darin, den Patienten gründlich darüber aufzuklären, wie Hypnose funktioniert, was durch den Einsatz von Hypnose günstigen Falles erreicht werden kann und welche Erwartungen eher auf Mythen beruhen. Natürlich ist es keinesfalls vertretbar, einen Patienten unter den falschen Vorzeichen einer unbegründeten Hoffnung auf Heilung oder Besserung seiner Beschwerden hyp-

Matthias Mende

notisch zu behandeln. Es lässt sich jedoch zeigen, dass diese Art der Aufklärung die Übertragungssituation gerade zu Beginn der Therapie ganz maßgeblich beeinflusst und damit für den gesamten Therapieverlauf von Bedeutung sein kann. Schon Brown und Fromm (1986) haben darauf hingewiesen, dass der Königsweg zur Erfassung der hypnotischen Übertragung darin besteht, die Erwartungen an Hypnose und die Rolle des Hypnotherapeuten zu eruieren. Damit ist es ihnen gelungen, das psychodynamische Konzept der Übertragung operational zu definieren und so prinzipiell auch skalierbar und messbar zu machen.

Die Erwartungen des Patienten an Hypnose und die Rolle des Hypnotherapeuten enthalten somit wertvolle Informationen über das initiale Übertragungsgeschehen, das manchmal schon in Gang kommt, lange bevor der Patient dem Therapeuten das erste Mal persönlich begegnet. Am Beispiel des Umgangs mit Erwartungen an Hypnose lässt sich exemplarisch zeigen, welche Wege es gibt, das Übertragungsgeschehen in der Therapie zu berücksichtigen:

1. Übertragung „managen“

Ziel ist, die Übertragung so zu handhaben, dass sie den therapeutischen Prozess nicht stört. Diese Form des Umgangs mit Übertragung findet sich häufig in den nicht-psychodynamischen Therapien. Übertragung wird gemanagt, wenn der Therapeut von Beginn an den Patienten darüber aufklärt, was realistischer Weise von Hypnose erwartet werden kann und was sie nicht leistet; wenn frühzeitig therapeutische Wege dargelegt werden, die zum Ziel führen könnten, und die Grundpfeiler der therapeutischen Rollenverteilung erläutert werden, die über rein formale Festlegung hinausreichen.

Der Patient verfügt in der Folge vielleicht über ein realistisches Bild von Hypnose und ist gestärkt in seinem Vertrauen, sich auf Hypnose einlassen zu können. Das so erlangte Wissen über Hypnose kommt vielleicht auch seinem Bedürfnis nach Kontrolle entgegen. Auf der anderen Seite ist eine wichtige Informationsquelle zum Versiegen gebracht worden, die sonst Übertragungsbereitschaften des Patienten offen gelegt hätte.

2. Übertragung analysieren

Der klassische psychodynamische Weg für den Umgang mit Übertragung besteht darin, diese zu analysieren (Bettighofer 2004; Racker 1993). In der hypnotherapeutischen Arbeit würde dies bedeuten, vor der Aufklärung des Patienten zunächst seine Erwartungen an Hypnose und die Rolle des Hypnotherapeuten zu erfragen, um so das initiale Übertragungsgeschehen zu erfassen. Die Frage: "Was glauben Sie, ist das Besondere an Hypnose?" ist eine ganz vage gehaltene Zugangsfrage zu diesen Informationen. Mit weiteren Fragen gelingt es, zu ermitteln, welche Annahmen der Patient hat, wie und warum sein Problem gerade durch Hypnose gelöst werden könnte: "Warum glauben Sie, kann gerade Hypnose bei Ihrem Problem hilfreich sein?" Oder: „Wie kommt es Ihrer Meinung nach, dass bei der Lösung Ihres Problems durch Hypnose bestimmte Dinge möglich sind, die anders nicht oder nur schwer erreicht werden könnten?“

Übertragung und Gegenübertragung

Eine interessante Beobachtung ist, dass sich in den Antworten der Patienten auf diese offenen Fragen therapeutische Lösungswege finden, die ein Abbild der Methodenvielfalt der gängigen therapeutischen Schulen widerspiegeln: manche Patienten meinen, Hypnose würde bei der Problemlösung helfen, weil es leichter fällt, bestimmte Dinge zu lernen oder das Gelernte leichter umzusetzen - wie in der kognitiven Verhaltenstherapie. Andere Patienten meinen, ihr Problem sei dann gelöst, wenn sie durch Hypnose Einsicht in die Zusammenhänge der Entstehung der Symptomatik gewinnen würden - wie in der Psychoanalyse oder in der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie. Wieder andere Patienten sind der Überzeugung, sie könnten durch Hypnose einen besseren Zugang zu ihrem Unbewussten gewinnen und mehr darüber erfahren, wie ihr wahres Selbst ist - wie in der integrativen Gesprächstherapie. Eine weitere verbreitete Annahme über Hypnose ist, dass sie es leichter möglich mache, sich von überzogenen Ansprüchen der Umgebung abzugrenzen und Beziehungen zu wichtigen Anderen neu zu strukturieren - wie in der systemischen Familientherapie. Manche Patienten glauben auch, dass es unter Hypnose leichter gelingen könnte, bestimmte Wahrnehmungsmuster zu verändern und zu einer neuen Sicht der Welt zu gelangen - ein Wesensmerkmal der Hypnose per se.

Diagnostisch aufschlussreich sind die archetypischen Rollenerwartungen, die ein Patient a priori an den Psychotherapeuten hat. Einige Patienten erwarten noch immer eine streng „väterliche“ Hypnose im Sinne Ferenczis (Ferenczi 1909): Durch ein autoritäres, befehlsartiges Leading des Psychotherapeuten soll das Symptom in die Knie gezwungen werden. Wird dieses archetypische väterliche Übertragungsangebot vom Therapeuten abgelehnt mit dem Hinweis, dass ein derartiger hypnotischer Stil nicht mehr zeitgemäß sei und die Hypnose genauso gut auf die "sanfte Tour" funktioniere, kann dies beim Patienten zu einem Rapportbruch führen. Er könnte sich enttäuscht abwenden und Ausschau nach einem Therapeuten halten, der es noch versteht, eine "richtige Hypnose" durchzuführen.

Einer „mütterlichen“ Übertragung wiederum entspricht die Erwartung, vom Hypnosetherapeuten „gefüttert und genährt“, rundum emotional versorgt zu werden und Geborgenheit erleben zu dürfen. Auch die Enttäuschung der Erwartung an einen mütterlichen Hypnosetherapeuten könnte zu einem Rapportbruch führen. Wenn solche Versorgungsansprüche vom Therapeuten sogleich als Indiz für eine Hypnose-kontraindizierende passiv-rezeptive Grundhaltung gedeutet und zurückgewiesen würden mit dem Hinweis, dass eine erfolgreiche hypnosetherapeutische Arbeit beträchtliche Eigeninitiative von Seiten des Patienten fordere, könnte sich der Patient abgewiesen fühlen und, um seine emotionalen Bedürfnisse erfüllt zu bekommen, einen anderen Therapeuten aufsuchen.

Eine Analyse von Übertragung im Sinne eines Feedback der Übertragungsdeutungen an den Patienten, wie sie ein Kernstück der Psychoanalyse darstellt, mag an bestimmten Stellen des hypnosetherapeutischen Prozesses - etwa als Reframing des therapeutischen Prozesses - am Platze sein, ist jedoch ganz und gar nicht typisch für den

Matthias Mende

erlebnisorientierten ericksonschen Ansatz. Die Hypnotherapie kennt jedoch eine andere, sehr sinnvolle und ergiebige Möglichkeit des Umgangs mit Übertragung im psychotherapeutischen Prozess:

3. Übertragung utilisieren

Die Erwartungen, die der Patient an die Hypnose als Verfahren oder die Rolle des Hypnotherapeuten hat, lassen sich in mehrfacher Weise utilisieren. Die archetypischen Rollenerwartungen des Patienten können vom Therapeuten zunächst aufgegriffen, „gepacet“ werden. Natürlich gibt es Grenzen für das, was zu pacen ist, die einerseits im fehlenden Realitätsbezug der Erwartungen selbst und andererseits in Begrenzungen des Handlungsspielraumes des Therapeuten begründet liegen. Grenzbereiche dessen, was gepacet werden kann, sind zum Beispiel bei einem Patienten erreicht, der in der Hypnose eine "Rückführung" erleben will - verstanden als Regression in ein vermeintlich früheres Leben. Derartigen Erwartungen ist sofort zu begegnen, z.B. indem sich der Therapeut mit dem Patienten darauf einigt, dass auftauchende "Erinnerungen" an ein früheres Leben metaphorischer Ausdruck für Problem- oder Lösungszusammenhänge im gegenwärtigen Leben sind. Die Grenzen dessen, was zu pacen ist, sind zum Teil auch durch die Therapeutenpersönlichkeit bedingt, wenn z.B. im Repertoire eines mütterlich agierenden Therapeuten kein Platz für einen väterlich-autoritären Stil ist oder ein solcher Stil aus einer bestimmten Therapieauffassung heraus abgelehnt wird.

Durch das anfängliche Pacing der hypnotischen Rollenerwartung festigt sich der Rapport zwischen Therapeut und Patient. In der Folge kann der Hypnotherapeut zu Interventionen übergehen, die den Rahmen des vorgegebenen Archetypus verlassen, ihn aufweichen und im Sinne eines realistischeren Arbeitsbündnisses erweitern.

Fallbeispiel

Ein 37-jähriger Violinist kommt mit einer Angstproblematik zu Therapie. Er leide unter der Angst, seine Bogenhand könnte während des Auftritts so zu zittern beginnen, dass es hörbar würde und er sein Spiel unterbrechen müsste - eine untragbare Situation während eines Konzertes. Er betrachte Hypnose als seine letzte Hoffnung, nachdem er schon alles Erdenkliche versucht habe, um das Zittern zu kontrollieren - ohne Erfolg. Er fürchte, seinen Beruf aufgeben zu müssen. Seine Existenz stehe auf dem Spiel. Unter diesen Umständen sei er sogar bereit, sich hypnotisieren zu lassen, nachdem er davon gehört habe, dass Hypnose unbewusste Blockaden lösen könne. Hypnose sei wahrscheinlich seine letzte Rettung.

Die Anamnese ergab diagnostisch deutliche Hinweise auf eine depressiv-zwanghafte Persönlichkeitsstruktur. Der Patient hatte früh das Violinspielen erlernt und rasch große Fortschritte gemacht verbunden mit der Erfahrung, dass solche Leistungserfolge fast der einzige Weg waren, elterliche Zuwendung zu erhalten. Nachdem im Alter von etwa 12 Jahren ein Leistungsknick erfolgt und vor allem die väterliche Zuwendung ausgeblieben war, steigerte der Patient seine Anstrengungen

Übertragung und Gegenübertragung

und eignete sich eine verbissene, sehr konsequente, ausdauernde Art des Übens an, die mühsam weitere Erfolge brachte. Diesen Stil behielt er auch nach der Pubertät bei und es gelang ihm, in einem Orchester Fuß zu fassen und sich im Laufe der Jahre mühsam aber stetig voran zu arbeiten - bis zu dem Zeitpunkt, an dem ein unkontrollierbares Zittern die bisherigen Erfolge in Frage stellte.

Bei diesem Patienten war die Übertragungssituation von der Suche nach einem Retter gekennzeichnet, wie sie für depressiv strukturierte Patienten typisch ist (Mende 1998; Revenstorf 2001; vgl. Tabelle 1). Die Rollenattribution des Retters lässt sich hypnotherapeutisch aufgreifen. Yapko (2001) schilderte für depressive Patienten ein direktives Vorgehen, das dem Auftreten der archetypischen Figur des Retters sehr nahe kommt. In diesem Sinne sagte ich dem Patienten: „Ich kann Ihnen helfen und ich werde Ihnen helfen, und um Ihnen zu helfen, werde ich Ihnen sagen, was Sie tun sollen. Wenn Sie das tun, wird es ihnen besser gehen, vielleicht nicht heute oder morgen, vielleicht nicht in ein oder zwei Wochen, sondern erst danach. Es sind einfache Dinge, die Sie tun können, und Sie werden sich vielleicht fragen, wie diese Dinge dazu beitragen, dass es Ihnen besser und besser geht, aber es wird eintreten. Wenn Sie diese Dinge tun, wird es ihnen besser gehen.“

Nachdem etabliert war, dass der Patient den anschließenden Direktiven folgen werde, erging die paradoxe Anweisung, die Bogenhand möglichst gut zittern zu lassen. Diese in der Hypnotherapie durchaus gängige Symptomverschreibung erfolgte zunächst noch im direktiven Stil des archetypischen Retters (Pacing der Rollenerwartung des Patienten). Bald darauf ging ich jedoch bei der Symptomverschreibung zu einer permissiven, gewährenden Haltung über (Leading der Rollenerwartung) mit der Zusicherung, dass das Unbewusste frei sei, wichtige Botschaften durch bestimmte Bewegungen der Bogenhand zu übermitteln. Indem die Übertragung auf diese Weise genutzt war, gelang es dem Patienten leicht, von seiner verzweifelten Haltung gegenüber der Symptomatik abzulassen und sich in der Therapie mit Neugier auf die Suche nach den im Zittern der Bogenhand enthaltenen wichtigen Botschaften des Unbewussten einzulassen.

3.1 Die Utilisierung von Mutterübertragungen

In einer Mutterübertragung sehnt sich der Patient nach bedingungslosem Angenommen-sein, Geborgenheit und umfassendem Versorgt-sein ohne Gegenleistungen. Einerseits kommt die Arbeit mit hypnotischer Trance diesen symbiotischen Bedürfnissen nach Verschmelzung mit einer guten Mutter sehr entgegen; andererseits können diese Bedürfnisse Ausdruck einer oralen, passiv-rezeptiven Grundhaltung (Peter & Revenstorf 2001) sein, die eine Kontraindikation für das therapeutische Arbeiten mit Hypnose darstellen würde. Eine der wichtigsten Erfahrungen in der frühkindlichen Entwicklung findet in der Individuationsphase statt (Mahler et al. 1978), in der das Kind begreift, dass es eine von der Mutter getrennte, eigenständige Persönlichkeit mit eigenen Bedürfnissen ist. In der Folge beginnt das Kind, seine Autonomie zu erkunden. Die

Matthias Mende

weitere Entwicklung hängt maßgeblich davon ab, wie diese Autonomiestritte von der Mutter beantwortet werden (Masterson 2003). Defizite in der Entwicklung bis hin zu Persönlichkeitsstörungen könnten sich später entwickeln, wenn die Mutter (1) die Schritte des Kindes in Richtung Autonomie als eine Art persönliche Kränkung oder Feindseligkeit verstehen und solche Autonomiestritte mit Abweisung beantworten würde und (2) gleichzeitig alle regressiven Schritte des Kindes zurück in die Arme der Mutter mit Zuwendung und Liebe bedenken würde.

Eine einfache Art, mütterliche Übertragungsbereitschaften zu nutzen beginnt damit, den Wunsch des Patienten nach Geborgenheit und Fürsorge im Sinne eines *Pacings* aufzugreifen, was mit den Mitteln der Hypnose leicht geschehen kann. Zunächst wird ein "holding environment" im Sinne Winnicotts (1965) geschaffen, in dem alle Reaktionen des Patienten durch *Containing* aufgefangen werden können. Nachdem durch dieses *Pacing* der Übertragungserwartung ein hinreichend stabiler Rapport geschaffen werden konnte, geht der Therapeut dazu über, im Sinne eines *Leadings* den Patient zu Autonomiestritten zu ermuntern. Die korrigierende emotionale Erfahrung (Bongartz & Bongartz 1998) besteht darin, dass die Autonomiestritte, die der Patient unternimmt, vom Therapeuten im Sinne einer Nachbeelterung (Petzold 1988) wohlwollend aufgenommen werden, ohne dass es zu einem Bruch in der mütterlich-fürsorglichen Therapeutenhaltung kommt. Im Erleben dieser Nachbeelterung macht der Patient die grundlegende korrigierende emotionale Erfahrung, dass seine Autonomieentwicklung die Bedürfnisse nach mütterlicher Geborgenheit nicht gefährdet oder anders ausgedrückt, dass seine emotionalen Grundbedürfnisse nach einem Gefühl der Autonomie und einem Gefühl der Geborgenheit innerhalb einer wichtigen Beziehung gut miteinander vereinbar sind (Mende 2006).

Fallbeispiel

Die 22-jährige Mutter einer vierjährigen Tochter aus ländlicher Umgebung kommt in Therapie wegen der Angst, alleine oder mit ihrer Tochter Auto zu fahren. Zu Therapiebeginn ist ihr Aktionsradius mit dem Auto auf etwa vier Kilometer eingeschränkt, eine Distanz, in der es gerade noch möglich ist, die Tochter in den Kindergarten zu bringen. Die Patientin wohnt gemeinsam mit dem ebenfalls 22-jährigen Vater des Kindes bei ihrer geschiedenen Mutter, die sie als sehr fürsorglich beschreibt. Die Mutter begleitet sie auf längeren Fahrten, so auch zu den ersten Therapiestunden. Das Paar hat vor, bald eine eigene Wohnung in der Nähe zu beziehen, sodass die junge Familie zusammenleben kann. Dies würde aber eine beträchtliche Erweiterung der Mobilität der Patientin voraussetzen.

In der Anfangsphase der Therapie genoss es die Patientin bald, sich in eine entspannende, ressourcenhafte Trance zu begeben und sich vom mütterlich-fürsorglichen Therapeuten versorgen zu lassen. Damit wurden Teilaspekte der symbiotischen Beziehung zur Mutter in der Therapie mithilfe von Trance reinszeniert. In weiterer Folge unternahm die Patientin in der Trance sukzessive immer weitere Ausfahrten

Übertragung und Gegenübertragung

mit ihrem Auto alleine oder in Begleitung ihres Kindes, ganz im Sinne einer systematischen Desensibilisierung in Hypnose. Die mütterliche Übertragung wurde so genutzt, dass jeder Erfolg bei der entspannten Erweiterung des Aktionsradius vom Therapeuten warmherzig aufgenommen und positiv kommentiert wurde. Ein weiterer Schritt in der Nutzung der mütterlichen Übertragung zum Zwecke der Unterstützung der Autonomieentwicklung lag darin, die Trancen zunächst in enger Abfolge dialoghaft zu führen, als Pacing der vertrauten Erfahrung der Patientin, die fürsorgliche Mutter stets ganz in der Nähe zu haben. Im Sinne eines Leadings dieser Beziehungserwartung ließ ich die Patientin in der Trance im Laufe der Zeit immer größere Strecken alleine im Auto zurücklegen, ohne Aufforderung, mir darüber zu berichten und allenfalls nach ihrer Rückkehr aus der Trance zu beschreiben, wie es ihr ergangen war. Auch als diese Berichte immer spärlicher wurden und in der Trance immer weitere Strecken zurückzulegen waren, blieb meine Therapeutenhaltung weiterhin so zugewandt, wohlwollend und fürsorglich wie zu Beginn. Nachdem die Patientin die Erfahrung gemacht hatte, dass ihre Autonomieschritte die Mutter-ähnliche therapeutische Beziehung nicht gefährdeten, sondern ganz im Gegenteil vom mütterlichen Therapeuten wohlwollend aufgenommen wurden und die Beziehung eher auf einer reiferen Stufe festigen konnten, war der Weg frei für die Planung weiterer Autonomieschritte. Jetzt fiel es ihr leicht, das Nein-Sagen zu erlernen und Autonomie gegenüber der eigenen Mutter zu beanspruchen, besonders wenn es darum ging, die Mutterrolle für ihre Tochter autonom zu erfüllen. Schon bald hatte die Patientin den 50 Kilometer langen Weg zum Therapeuten alleine mit dem Auto zurücklegen können. Zum Abschluss der Therapie konnte die Patientin beliebig weite Strecken mit dem Auto angstfrei zurücklegen und bezog bald eine gemeinsame Wohnung mit ihrem Partner und ihrer Tochter.

3.2 Die Utilisierung von Vaterübertragungen

Hypnotische Vaterübertragungen äußern sich zum Beispiel in der Erwartung eines dominanten, direktiv auftretenden Therapeuten, der einen großen Erfahrungsvorsprung vor dem Patienten hat und unter dessen Führung sich alles zum Guten wenden wird, sofern seinen Vorgaben Folge geleistet wird. Wenn sich ein Patient mit dieser väterlich-patriarchalischen Rollenerwartung an einen Hypnotherapeuten wendet, ist dies meistens mit großen Ambivalenzen verbunden. Einerseits bestehen Hoffnungen auf die "Macht" des Therapeuten und andererseits herrscht Furcht vor Aufdeckung, Kontrollverlust und Beschämung. Viele Hypnotherapeuten scheuen sich deswegen heute, diese väterlich-patriarchalische Rolle zu übernehmen und mit direkten und direktiven Suggestionen zu arbeiten. Stattdessen wird zumeist indirekt und permissiv gearbeitet, weil dies dem Ethos der kooperativen Hypnose in unserer heutigen Zeit viel mehr entspricht und die Erfahrung zeigt, dass sich mit indirektem Vorgehen und unter Verwendung permissiver Formulierungen gute Therapieerfolge erzielen lassen.

Mit Blick auf das Übertragungsgeschehen ist jedoch festzuhalten, dass das Zu-

Matthias Mende

rückweisen der Erwartung des Patienten, eine väterlich geführte Hypnose zu erfahren, einen Rapportbruch bedeuten kann, der in einer frühen Therapiephase sogar zum Therapieabbruch führen kann. Vaterübertragungen zu nutzen bedeutet, die Übertragung durch Pacing zunächst aufzugreifen und nach und nach durch Leading die therapeutische Beziehung aus der anfänglichen Vaterübertragung in eine kooperative, gleichberechtigte Beziehung überzuleiten. Hinter der Suche nach einem väterlich auftretenden Hypnotherapeuten steht häufig das emotionale Grundbedürfnis nach einem Gefühl der Orientierung. In der hypnotherapeutischen Arbeit kann der Therapeut dieses Bedürfnis nach Orientierung leicht aufgreifen, indem er sich darauf einlässt, erkennbar auch mit direkten Suggestionen zu arbeiten. Nach dem Pacing der anfänglichen Vaterübertragung kann die korrigierende emotionale Erfahrung durch entsprechendes Leading vermittelt werden, dass hilfreiche Orientierungen keineswegs dem emotionalen Grundbedürfnis nach Autonomie zuwiderlaufen müssen, auch wenn der Patient erfahren hatte, dass väterliche Orientierungen mit Autonomieverlust und Einschränkung von Freiheitsgraden verbunden waren. In der therapeutischen Trance erlebt der Patient, dass die Suggestionen des Therapeuten zwar Orientierung bieten, ihn in seiner Autonomie aber nicht einschränken, sondern ganz im Gegenteil: Die Suggestionen in der ericksonschen Hypnotherapie zielen darauf ab, autonome, unbewusste Suchprozesse auszulösen, die eine sichere Orientierung bei der Gestaltung von Lösungen bieten. Durch die Utilisierung von Vaterübertragungen wird für den Patienten erlebbar, dass seine emotionalen Grundbedürfnisse nach einem Gefühl der Orientierung und einem Gefühl der Autonomie gut miteinander vereinbar sind.

Fallbeispiel

Ein 30-jähriger verheirateter Jungmanager ist in den Führungszirkel seiner regionalen Konzernniederlassung aufgestiegen. Sein neuer Aufgabenbereich umfasst eine erweiterte Verantwortung in der Mitarbeiterführung und Verhandlungskontakte mit internationalen Vertriebspartnern. Dafür wird es in Zukunft häufig notwendig sein, auch in heiklen Situationen vor größeren Gruppen zu präsentieren. Die Aussicht auf diese Aufgabe lässt die bis dahin gut kompensierte soziale Phobie des Patienten mit all ihren typischen Symptomen offensichtlich werden. Der ungeduldig-fordernd auftretende Patient kommt zu mir in der Erwartung, durch Hypnose psychovegetative Symptome wie Herzklopfen, Zittern, Schweißausbrüche und Black-outs rasch zum Verschwinden zu bringen. Die Symptome seien nur lästig, da er im Grunde von sich und seinen Fähigkeiten überzeugt sei. Er habe keine Angst, sich in eine noch so tiefe Hypnose versetzen zu lassen, um so bald wie möglich symptomfrei auch vor größeren Gruppen präsentieren zu können.

Im Sinne eines Pacings seines aus der Vaterübertragung stammenden Bedürfnisses nach Orientierung klärte ich ihn zunächst über die Psychophysiologie von Angstsymptomen und den Ablauf von Angst- und Panikreaktionen auf und lobte ihn für seine Bereitschaft, mit allen Mitteln in möglichst tiefer Trance an der Überwindung

Übertragung und Gegenübertragung

dieser Probleme zu arbeiten. Sein Bedürfnis, möglichst tief in Trance zu gehen, wurde durch die Verwendung von fraktionierten Trancen beantwortet. Dem spürbaren Druck und der Ungeduld des Patienten begegnete ich mit der Haltung: "Mal sehen, ob Sie es überhaupt schaffen, in eine tiefe Trance zu gehen!".

Zur Bekräftigung des hypnotischen Arbeitsbündnisses wurde bald während der Trance die ideomotorische Bestätigung eingeholt, dass die erreichte Trance tief genug war, um an der Lösung der Problematik zu arbeiten. Danach wurde das Unbewusste durch entsprechendes Seeding mehr und mehr zu der Instanz erhoben, die dem Patienten maßgebliche Orientierung geben konnte. Damit wurde das eigene Unbewusste des Patienten nach und nach zur Quelle der Orientierung, die der Patient bis dato außerhalb seiner eigenen Person gesucht hatte, vorwiegend bei väterlichen Autoritäten, an deren Anerkennung und Bestätigung ihm sehr viel lag. Somit stand dem Patienten das Unbewusste als ein internes „therapeutisches Tertium“ zur Verfügung (Peter 2000, 2009), als eine weise, väterliche Instanz, die in der Lage war, den Patienten in die richtige Richtung zu führen. Im nächsten Therapieabschnitt wurde durch das Unbewusste ideomotorisch bestätigt, dass alle bisherigen Karriereschritte im eigenen, wohlverstandenen Interesse des Patienten erfolgt und nicht etwa von einer fremden väterlichen Autorität auferlegt waren. Damit hatte das Unbewusste die Rolle eines internalen Übertragungsobjektes angenommen und konnte als innerer Ratgeber, Förderer und genau beobachtender, wohlwollender Kritiker uti-
lisiert werden, an den sich der Patient in seiner Suche nach Orientierung und Bestätigung wenden konnte. Im gleichen Zuge flossen in die ursprünglich väterlich-patriarchalische therapeutische Beziehung mehr und mehr Leadingsuggestionen in Richtung einer kooperativen, Gleichberechtigung betonenden Beziehung im Sinne Gilligans ein (Gilligan 1991). Patient und Therapeut berieten immer häufiger gemeinsam darüber, wie mit diesem Unbewussten umzugehen sei, das auch die psychovegetativen Funktionen kontrolliert, damit es erkennen möge, dass vegetative Angst- und Panikreaktionen bei künftigen Präsentationen überflüssig sind. Auf diese Weise wurde der Patient durch die Utilisierung der Übertragungsbeziehung angeleitet, von seinem ungeduldig-fordernden Umgang mit sich selbst abzulassen und ein gewährendes, wohlwollendes und kooperatives Verhältnis zu seinem Unbewussten aufzubauen, das in der Folge seine Aufgaben gewissenhaft, autonom und ohne Einmischung des Bewussten gut erfüllen würde.

Die Utilisierung des Unbewussten als positives Übertragungsobjekt

Durch den Hinweis, dass es nicht der Therapeut mit seinen besonderen hypnotischen Kräften, sondern das Unbewusste des Patienten ist, das Heilungsprozesse fördert, wird dem Patienten das Unbewusste als Übertragungsobjekt angeboten. In der Folge können therapierelevante Übertragungsaspekte vom Therapeuten aufgegriffen und uti-
lisiert werden, indem sie auf das Übertragungsobjekt bezogen und diesem zuge-

Matthias Mende

geschrieben werden. Erkennt ein Therapeut in der Übertragung z.B. die oralen Bedürfnisse des Patienten nach Geborgenheit und mütterlichem Versorgt-sein, kann er gegenüber dem Patienten die Fähigkeit des Unbewussten betonen, allein schon durch die mühelose, zuverlässige Überwachung aller wichtigen Körperfunktionen dem Patienten ein Gefühl von Sicherheit und Wohlbefinden zu bieten. Erkennt der Therapeut z.B. eine geschwisterliche Übertragung, bei der es um Rivalität und Konkurrenz geht, könnte er dies bei der Tranceinduktion mit der Frage utilisieren, ob es wohl das Unbewusste oder das Bewusste des Patienten sein wird, das zuerst bemerkt wird, dass sich eine Trance zu entwickeln beginnt. Falls das Bewusste die Tranceentwicklung zuerst bemerken würde, sollte der Patient bewusst mit dem Kopf nicken. Falls es das Unbewusste zuerst bemerken würde, sollte sich ein Finger der leichteren Hand vollkommen selbstständig in Bewegung setzen.

Die Einführung des Unbewussten als Übertragungsobjekt enthält sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten nützliche Aspekte: Die positiven Übertragungen des Patienten (der Glaube an das Wohlwollen, die Kompetenz und Kräfte des Therapeuten) können vom Patienten leichter als eigene, innere Ressourcen akzeptiert werden, wenn sie einer Kraft zugeschrieben werden, die zwar im Inneren des Patienten liegt aber doch der willentlichen Kontrolle entzogen ist und vollkommen autonom agiert. So gelingt es dem Patienten eher, eine positive Übertragungsbeziehung zum Unbewussten aufzubauen, die einerseits durch das Vertrauen in seine Kräfte, andererseits durch den Respekt vor seiner Eigenständigkeit gekennzeichnet ist. Ein Vorteil dieses Vorgehens für den Therapeuten liegt darin, dass er sich aus der direkten Schusslinie von Übertragungen heraus bewegt und leichter zu einer Beobachterposition des Übertragungsgeschehens findet, das zwischen dem Patienten und seinem Unbewussten abläuft. Dadurch werden auch Gegenübertragungsreaktionen für den Therapeuten leichter erkennbar und in ihrer Stärke abgemildert.

Charakterstruktur, emotionale Grundbedürfnisse und hypnotische Übertragungsbereitschaften

In einer früheren Arbeit habe ich Zusammenhänge zwischen der Charakterstruktur und hypnotischen Übertragungsbereitschaften aufgezeigt (Mende 1998). Die Darstellung wurde von Revenstorf (2001) aufgegriffen und erweitert (siehe Tab. 1). An anderer Stelle (Mende 2006) habe ich auf den Zusammenhang zwischen der Charakterstruktur und Ausprägungen emotionaler Grundbedürfnisse nach Gefühlen der Autonomie, Beziehung, Kompetenz und Orientierung hingewiesen.

Am Beispiel der verschiedenen Charakterstrukturen lässt sich zeigen, wie sich Übertragungsbereitschaft differenziert therapeutisch utilisieren lässt, indem das Unbewusste als Übertragungsobjekt verwendet wird und der Patient mit bestimmten Aspekten der Hypnose vertraut gemacht wird, die seinen spezifischen emotionalen Grundbedürfnissen entgegenkommen und diese harmonisieren.

Histrionische Persönlichkeiten ringen um Orientierung und wollen herausfinden,

Übertragung und Gegenübertragung

wer sie wirklich sind. Kompetent zu scheinen ist ihnen wichtiger, als sich innerlich kompetent zu fühlen. Sie wenden sich an den Therapeuten wie an einen Weisen, der sie in Schwierigkeiten berät und ihnen sagt, was gut für sie ist. In der Gegenübertragung spürt der Therapeut den Impuls, Ratschläge zu geben, Erklärungen anzubieten und für den Patienten Prioritäten zu setzen. Zur Stärkung des Rapports mag der Therapeut diesen Gegenübertragungsimpulsen nachgeben. Allerdings taugen derartige Maßnahmen nicht zur Einleitung therapeutischer Veränderungen, da der Patient sie aus der Vergangenheit schon zur Genüge kennt und Zeit hatte, seine Abwehr auf solche Maßnahmen einzustellen. Der Wunsch des Patienten nach einem weisen Berater kann aufgegriffen werden, indem das Unbewusste als Übertragungsobjekt genutzt und als Quelle des wahren Wissens über das eigene Selbst angesprochen wird. Die hypnotische Trance dient als „besonderer Zustand“, in dem „außergewöhnliche Dinge“ geschehen können. Die therapeutische Strategie besteht darin, die Zustimmung aller relevanten inneren Anteile einzuholen, bevor dauerhafte Veränderungen übernommen werden.

Zwanghaft-rigide Persönlichkeiten ringen um ein Gefühl der Kompetenz, meistens um sich dadurch den Erhalt einer wichtigen Beziehung zu sichern. Ab einem gewissen Punkt wirft das Kompetenz- und Perfektionsstreben jedoch die Frage auf: wozu? Das Gefühl für Sinnhaftigkeit und Orientierung geht verloren. Auch das Gefühl der Autonomie geht verloren und wird gänzlich an eventuell auftretende Zwangssymptome delegiert. Zwanghaft-rigide Persönlichkeiten suchen im Therapeuten einen Diktator, der klare Anweisungen gibt und sich mit dem Patienten verbündet, um die Symptome in die Knie zu zwingen. In der Gegenübertragung kann sich der Therapeut dazu herausgefordert fühlen, möglichst kreativ zu sein, Alternativen vorzuschlagen und vernünftig zu argumentieren. Nach Aufgreifen der zugelegten Therapeutenrolle zur Rapportstärkung kann das Unbewusste des Patienten als Übertragungsobjekt die Rolle einer verlässlichen Kommandozentrale einnehmen, die genau zwischen eigenen und fremden Veränderungswünschen zu unterscheiden weiß. Hypnose kann als ein spezielles, professionelles Verfahren dargestellt werden, mit dessen Hilfe erweiterte Kontrollmöglichkeiten geschaffen werden können, um selbstgewünschte Veränderungen herbeizuführen.

Depressive Persönlichkeiten haben vorrangig das Bedürfnis nach einem Gefühl der Geborgenheit in einer wichtigen Beziehung, deren Verlust sie fürchten, damit ginge dieses wichtige Objekt oder zumindest dessen Liebe verloren. Um sich eine wichtige Beziehung zu sichern, sind depressive Persönlichkeiten bereit, ihr Bedürfnis nach Autonomie zu vernachlässigen oder gar zu Gunsten wichtiger Beziehungen zu opfern. In der hypnotischen Übertragung sind sie auf der Suche nach einem Retter, der alles in die Hand nimmt. In der Gegenübertragung kann diese Rollenzuschreibung beantwortet werden durch den Impuls, zu trösten, Versprechungen zu machen und verborgene Ressourcen anzusprechen. Es empfiehlt sich, diesen Gegenübertragungsimpulsen nur teilweise nachzugeben, soweit dies für die Rapportstärkung notwendig ist, da depressive

Matthias Mende

Tabella 1: Charakterstruktur, emotionale Grundbedürfnisse und hypnotische Übertragungsbereitschaften nach Mende (1998), Revenstorf (2001)

Charakterstruktur	dominierendes emotionales Grundbedürfnis	vernachlässigtes/abgewehrtes emotionales Grundbedürfnis	hypnotische Übertragung/archetypische Therapeutenrolle	Gegenübertragung
histrionisch	Orientierung (wer bin ich wirklich?)	Kompetenz (Kompetent scheinen, statt Kompetenz fühlen)	<i>Weiser:</i> berät in Schwierigkeiten	beraten, erklären, Prioritäten setzen
zwanghaft	Kompetenz (zur Sicherung von Beziehung)	Orientierung (welchen Sinn macht Perfektion?)	<i>Diktator:</i> gibt klare Anweisungen,	Kreativ sein, Alternativen vorschlagen, argumentieren
depressiv	Beziehung (Angst vor Objektverlust oder Verlust seiner Liebe)	Autonomie (geopfert für Beziehung)	<i>Retter:</i> nimmt alles in die Hand	trösten, Versprechungen machen, auf verborgene Ressourcen hinweisen
masochistisch	Beziehung (Angst vor Objektverlust oder Verlust seiner Liebe)	Kompetenz (geopfert für Beziehung)	<i>Richier:</i> klärt widerfährnes Unrecht auf	beurteilen, werten, Gerechtigkeit walten lassen
schizoid	Autonomie (durch Kompetenz)	Beziehung (als Bedrohung des Autonomiegefühls)	<i>Chirurg:</i> Operation ohne Gefühl	Wärme und Fürsorge anbieten, mit tiefer Hypnose arbeiten
narzisstisch	Kompetenz (zur Sicherung der Unangreifbarkeit)	Beziehung (als Bedrohung des Kompetenzgefühls)	<i>Zauberer:</i> macht Wunder möglich	Ressourcen und Mühe-losigkeit der unbewussten Arbeit betonen
Borderline	Orientierung (in welcher Welt lebe ich?)	Autonomie (Autonomieverlust durch fragile Ich-Grenzen)	<i>Engel:</i> wird nicht zornig	liebenswert sein, schonen, Ärger bei Ablehnung
psychopathisch	Autonomie (missverstand als zügellose Unabhängigkeit)	Orientierung (Verlust von stützenden Normen)	<i>Mutter Maria:</i> verzeiht alles	Geständnisse entgegennehmen, wertungsfrei agieren

Übertragung und Gegenübertragung

Persönlichkeiten gegenüber dergleichen Hilfestellungen häufig immun sind. Stattdessen kann dem Unbewussten als Übertragungsobjekt die Rolle einer Quelle neuer Hoffnung zugeschrieben werden, z.B. im Rahmen einer Imagination, die symbolisch erkennen lässt, dass begründete Hoffnung auf Besserung besteht. Hypnose kann bei einem depressiv strukturierten Patienten so gestaltet werden, dass er Sicherheit und Geborgenheit erfährt, während er sich gut seiner inneren Bedürfnisse annimmt.

Masochistische Persönlichkeiten haben ebenso wie depressive das gesteigerte Bedürfnis, sich in einer Beziehung sicher, geborgen und gut aufgehoben zu fühlen. Auch sie leiden unter der Angst vor Objektverlust oder dem Verlust seiner Liebe. Anders als depressive Persönlichkeiten sind sie jedoch bereit, auf ihr Bedürfnis nach einem Gefühl der Kompetenz zu verzichten und dieses zu Gunsten einer wichtigen Beziehung zu opfern. In der hypnotischen Übertragung sind sie auf der Suche nach einem Richter, der widerfahrenes Unrecht aufklärt und den Schuldigen verurteilt. In der Gegenübertragung kann sich der Therapeut häufiger als sonst dazu aufgefordert fühlen, wertende Urteile über Dritte abzugeben, von denen der Patient erzählt und den Patienten selbst zu entschuldigen. Das Unbewusste kann als Übertragungsobjekt genutzt werden, indem ihm die Fähigkeit zugeschrieben wird, das ganze Ausmaß der Anerkennung und Bestätigung zu erkennen, auf die der Patient berechtigten Anspruch hat und auch die Quelle für diese Anerkennung zu sein. Die Hypnose kann bei einem masochistisch strukturierten Patienten so gestaltet werden, dass der Patient Sicherheit und Geborgenheit erfährt, während er seine inneren Qualitäten nicht-wertend betrachtet.

Schizoide Persönlichkeiten legen großen Wert auf das Gefühl der Autonomie, das sie sich häufig durch den Erwerb hoher Kompetenzen sichern, die sie von der Umgebung weitgehend unabhängig machen. Vernachlässigt wird dagegen das Bedürfnis nach der Geborgenheit einer tragfähigen Beziehung, weil eine solche Beziehung für schizoide Persönlichkeiten die Gefahr der Vereinnahmung bedeutet und eine Bedrohung des Autonomiegefühls darstellt. Schizoide Persönlichkeiten wenden sich an den Hypnotherapeuten wie an einen Chirurgen, der die gewünschte Veränderung durch eine schmerz- und gefühllose Operation am Symptom ermöglicht. In der Gegenübertragung kann der Therapeut den Impuls wahrnehmen, emotionale Wärme und Fürsorge anzubieten oder aber in möglichst "tiefer" Hypnose zu arbeiten. Beide Impulse werden jedoch bald an ihre Grenzen stoßen und Abwehr erzeugen, weil emotionale Wärme vom Patienten bald als Vereinnahmung erlebt wird und tiefe Hypnose eine vertrauensvolle Beziehung erfordert, auf die sich schizoide Patienten nicht einlassen wollen und können. Hier kann das Unbewusste als Übertragungsobjekt genutzt werden, indem es als Quelle für ein vertieftes intellektuelles Verständnis dargestellt wird und seine Fähigkeit betont wird, alle notwendigen Operationen durchzuführen, die zu größerer Unabhängigkeit und stärkerem Selbstvertrauen führen. Die hypnotische Trance kann als ein Zustand erhöhter Wachsamkeit beschrieben werden, der gewährleistet, dass nur solche Dinge aufgenommen werden, die im Einklang mit dem Streben nach innerer Unabhängigkeit stehen.

Matthias Mende

Borderline-Persönlichkeiten ringen - ebenso wie histrionische Persönlichkeiten - nach einem Gefühl der Orientierung, nur auf einer ganz anderen Ebene. Borderline-Persönlichkeiten versuchen zu verstehen, wie die Welt, in der sie leben, beschaffen ist, indem sie ihre Umgebung grob in Gut und Böse spalten. Allerdings sind diese Zuschreibungen nicht konstant, sondern starken Schwankungen unterworfen. Was in diesem Ringen um Orientierung verloren geht, ist das Gefühl der Autonomie. Fragile Ich-Grenzen machen das Identitätsgefühl - soweit vorhanden - äußerst anfällig für eine Überflutung durch äußere Einflüsse. In der hypnotischen Übertragung suchen Borderline-Persönlichkeiten im Therapeuten den guten Engel, der sie nicht enttäuschen darf, es aber wahrscheinlich tun wird. In der Gegenübertragung kann dies den Therapeuten dazu verleiten, besonders nett zu sein, den Patienten zu schonen und keinen Anlass zur Kritik zu bieten. Allerdings ist leicht vorherzusagen, dass der Patient im Therapeuten trotz seiner gegenteiligen Bemühungen bald - zumindest vorübergehend - einen Repräsentanten der "schlechten Welt" sehen wird, was zu einer umfassenden Enttäuschung in der Übertragungs-Gegenübertragungssituation führt. Bei Borderline-Patienten kann das Unbewusste als Übertragungsobjekt genutzt werden, indem es als unverletzbarer Kern des inneren Selbst beschrieben wird, der von äußeren Einflüssen gänzlich unberührt bleibt, egal welche vorübergehenden Wahrnehmungen von der Welt entstehen. Die Arbeit mit Hypnose kann als eine Methode dargestellt werden, diesen Kern des Selbst aufzusuchen und die Möglichkeiten des Selbstschutzes zu erweitern und zu differenzieren.

Psychopathische Persönlichkeiten finden mangels Leidensdruckes selten aus eigenem Antrieb den Weg in eine ambulante Psychotherapie. Sie finden sich häufiger im stationären Setting oder kommen aufgrund einer entsprechenden Auflage in Therapie. In Verbindung mit diesen ungünstigen Startbedingungen zeigen psychopathische Persönlichkeiten das starke Bedürfnis nach umfassender Autonomie, missverstanden als zügellose Unabhängigkeit. Was in diesem Bedürfnis nach einem Gefühl der Autonomie verloren geht, ist das Bedürfnis nach Orientierung durch schützende Normen und Regeln. Psychopathisch strukturierte Patienten suchen im Therapeuten eine alles verzeihende Mutter Maria, die das haltlose Unabhängigkeitsstreben gutheißt und Fehlritte verzeiht, die dem Patienten von Anderen vielleicht angekreidet würden. In der Gegenübertragung kann sich der Therapeut als eingeweihter Komplize oder aber wie ein Beichtvater fühlen, der Geständnisse entgegennimmt, verzeiht, ohne zu werten, und den Patienten gewähren lässt. Zu einer solchen Gegenübertragungsreaktion kann es vor allem dann kommen, wenn der Therapeut aufgrund der Zügellosigkeit des Patienten zuerst einen Impuls von Ablehnung oder Verurteilung gespürt hat, den er dann durch eine betont wertfreie Haltung zu kontrollieren versucht. Gegenüber psychopathischen Persönlichkeiten kann das Unbewusste als Übertragungsobjekt genutzt werden, in dem es als wichtige Quelle für inneres Wissen über eigene und fremde Gefühlszustände dargestellt wird. Hypnose kann beschrieben werden als Weg zu einer inneren Schatzkammer, in der reichhaltige emotionale Erfahrungen lagern wie

Übertragung und Gegenübertragung

Edelsteine, die entdeckt werden wollen. Das Unbewusste könnte metaphorisch diejenige Instanz sein, die es dem Patienten erlaubt, die wahren Edelsteine von billigen Glasimitationen zu unterscheiden.

Die Utilisierung von Gegenübertragung

Die Ego State Therapie hat die Idee der Utilisierung von Gegenübertragungstrancen bereits aufgegriffen (Frederick 2007; Phillips & Frederick 1995). Phillips (1994) beschreibt die Gegenübertragungstrance als einen interaktiven Trancezustand, in welchem sich Übertragung und Gegenübertragung reflektieren. Eine solche Gegenübertragungstrance kann spontan entstehen oder absichtlich hervorgerufen werden, indem sich der Therapeut auf eine interpersonale Trance einlässt, in welcher "die Ich-Zustände (des Therapeuten) in umfassendere und direktere Kommunikation mit den Ich-Zuständen des Patienten eintreten" (Frederick 2007, S. 74). Die Utilisierung der Gegenübertragung besteht konkret darin, dass der Therapeut zunächst die eigenen physischen und emotionalen Spannungen bei sich feststellt, um sich daraufhin zu entspannen und sich auf die Herstellung der eigenen inneren Behaglichkeit zu konzentrieren. Der therapeutische Effekt dieses Vorgehens beruht darauf, dass der Patient zunächst die spannungsvolle Gegenübertragungsreaktion des Therapeuten wahrnehmen kann - eine Reaktion, wie er sie vielleicht aus der Interaktion mit anderen wichtigen Bezugspersonen aus der Vergangenheit kennt - und dann bemerkt, dass sich der Therapeut auf eine tief gehende Interaktion mit dem konfliktbesetzten Ich-Zustand einlässt, ihn wertschätzend akzeptiert und sich im Umgang mit ihm behaglich und entspannt fühlt.

Damit ist ein wesentlicher Modus der Utilisierung der Gegenübertragung beschrieben: Der Therapeut richtet einen hinreichend großen Teil seiner defokussierten Aufmerksamkeit auf die eigenen körperlichen und emotionalen Reaktionen, um seine Gegenübertragungsreaktionen treffsicher identifizieren zu können. Im Sinne eines Pacing kann er seine Gegenübertragungsreaktionen dem Patienten in abgeschwächter aber doch erkennbarer, stets wertschätzender Weise zurück spiegeln. Danach kann der Therapeut seine Gegenübertragungsreaktionen jedoch als implizite Aufforderung verstehen, auf das eigene Wohlergehen zu achten. Er beginnt dann, sich zu lockern und zu entspannen, damit selbst in einer komplexen Übertragungssituation innere Behaglichkeit entstehen kann. Der Patient wird diese Schritte wahrnehmen und sich auch mit seinen kritischen oder problematischen Anteilen, die sich in der therapeutischen Situation gezeigt haben, bejaht und angenommen fühlen.

Die Bedeutung und Brauchbarkeit von Gegenübertragung für die Diagnostik und die Gestaltung des therapeutischen Prozesses kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden (Frederick 2007; König 1993). Nachdem der Therapeut durch eine hinreichende Selbsterfahrung mit seinen inneren Konflikte und Verletzlichkeiten vertraut ist, wird es ihm gelingen, seine eigenen Übertragungen auf den Patienten zu identifizieren und von seiner Resonanz auf Übertragungen des Patienten zu unterscheiden. Mit zunehmender Sicherheit in der Wahrnehmung genuiner Gegenübertragungen

Matthias Mende

kann der Therapeut seine eigenen emotionalen Reaktionen und Handlungsimpulse in Bezug auf den Patienten als Resonanzkörper für diagnostische Rückschlüsse auf die Persönlichkeitsstruktur, die emotionalen Grundbedürfnisse, Art und Schweregrad der Störung, das Strukturniveau sowie Ängste und Ressourcen des Patienten verwenden.

Beispiele

Gegenübertragung und Persönlichkeitsdiagnostik

Ein depressiv strukturierter Therapeut würde sich gegenüber einem Patienten, der ihn wegen Hypnose aufsucht, in der archetypischen Rolle eines Retters präsentieren wollen (die Eigenübertragung des Therapeuten). Zu ihm gelangt jedoch ein schizoid strukturierter Patient mit einer aus Angst und Depression gemischten Störung. Der Therapeut agiert seine Eigenübertragung aus, bietet sich daher dem Patienten als Retter an und fördert eine enge therapeutische Beziehung, um es dem Patienten leicht zu machen, sich ihm anzuvertrauen und sich ganz in seine hypnotherapeutischen Hände zu begeben. Ein solches Angebot stößt jedoch aller Voraussicht nach bei einem schizoiden Patienten auf Skepsis oder Ablehnung, weil er die Vereinnahmung durch eine enge Beziehung fürchtet. Sofern es dem Therapeuten jedoch gelingt, seine Gegenübertragung von der Eigenübertragung zu differenzieren, wird er vielleicht den Impuls spüren, dem Patienten eher sachlich-distanziert zu begegnen und technische Aspekte der Hypnotherapie zu betonen, um das starke Autonomiebedürfnis des Patienten nicht durch den Hinweis auf die Notwendigkeit einer engen therapeutischen Beziehung zu gefährden. So kann ein Therapeut durch die Identifizierung seiner Gegenübertragungsimpulse schon rasch Rückschlüsse auf die emotionale Bedürfnisstruktur und damit die Persönlichkeit eines Patienten ziehen.

Gegenübertragung und Schwere des Störungsbildes

Ein lösungsorientiert arbeitender, selbsterfahrener Hypnotherapeut bemerkt in der Therapie eines Patienten mit einer sozialen Phobie bei sich selbst den Impuls, langsam und behutsam in der Arbeit mit hypnotischen Trancen vorzugehen, dem Patienten die Vorgangsweise genau zu erläutern und betont stabilisierend zu arbeiten. Sofern dies nicht aus einer übertriebenen iatrogenen Ängstlichkeit des Therapeuten heraus geschieht (die Eigenübertragung), kann dies als Gegenübertragungsreaktionen ein wertvoller Hinweis darauf sein, dass dieser Sozialphobie womöglich eine schwere Traumatisierung zugrunde liegt, die ein solches behutsames, auf Stabilisierung abzielendes Vorgehen notwendig macht. So liefert ein Gegenübertragungsimpuls den Stoff für vorläufige diagnostische Hypothesen, die danach anamnestisch abzusichern sind.

Die Utilisierung negativer Gegenübertragungen

Auch negative Gegenübertragungen lassen sich diagnostisch nutzen: eine 26-jährige Patientin kommt zu mir, um sich mit Hilfe von Hypnose das Rauchen abzugewöh-

Übertragung und Gegenübertragung

nen. Sie lebt alleine und hat einen Freund, der ebenfalls Raucher ist. Bei der Nikotin-anamnese wird deutlich, dass das Rauchen wichtige Selbst-regulative Funktionen für die Patientin besitzt: Es hilft ihr, über ein Gefühl der Einsamkeit und Verlassenheit hinwegzukommen, wenn der Freund nicht verfügbar ist, oder Ärger und Frustration nach Auseinandersetzungen mit ihm zu überwinden. Ich spüre, anders als in oberflächlich vergleichbaren Fällen, einen gewissen Unwillen und Druck, wenn es darum geht, bei der Patientin lösungsorientiert Ressourcen zu aktivieren, die statt des Rauchens zur affektiven Selbstregulation dienen könnten. Der Gedanke taucht auf: "Das Vorhaben wird nicht gelingen und sie wird von mir als Hypnotherapeut sehr enttäuscht sein." Ich deute mir diese Impulse als Gegenübertragung und leite daraus ab, dass es sich bei der Patientin womöglich um eine Borderline-Patientin mit niedrigem Strukturniveau handelt, bei der ein lösungsorientiertes Vorgehen rasch an seine Grenzen stoßen würde. Die Verdachtsdiagnose führt mich dazu, eine umfassendere Anamnese als sonst bei einer Nikotinentwöhnung zu erheben, die die Annahme eines niedrigen Strukturniveaus bestätigt. Damit habe ich eine Grundlage, mich mit der Patientin über die Rahmenbedingungen einer möglichen Therapie und auch über die realistischen Aussichten einer Nikotinentwöhnung zu verständigen.

Gegenübertragung bei therapeutischen Entscheidungen

Gegenübertragungen können genutzt werden, um denjenigen hypnotischen Stil auszusuchen, der sich am besten eignet, den Rapport mit dem Patienten zu festigen und ein solides Arbeitsbündnis zu schaffen. Nach Bányai (Bányai 2006; Bányai et al. 1985) können entsprechende Übertragungen vom Therapeuten mütterlich, väterlich, geschwisterlich, Liebhaber-ähnlich oder Freund-ähnlich in der hypnotischen Gegenübertragung beantwortet werden. Im Sinne einer Rapportfestigung wird der Patient auch hier in seinen Bedürfnissen gespiegelt, die sich in der Übertragung zeigen. Später mag es für die Einleitung spezifischer Entwicklungsschritte vorteilhaft sein, wenn der Therapeut einen anderen hypnotischen Stil verwendet. In diesem Prozess ist der Therapeut stets vor die Aufgabe gestellt, abzuwägen zwischen der Echtheit seiner Reaktionen einerseits und der Angemessenheit seiner Äußerungen mit Blick auf die Ziele des Patienten andererseits.

Im therapeutischen Vorgehen können Gegenübertragungsimpulse wertvolle Hinweise darauf enthalten, wie dem Patienten am besten zur Erreichung seiner Zielsetzungen in seinen *emotionalen Grundbedürfnissen* begegnet werden kann: durch das Gewähren von Autonomie, das verfügbar Machen der therapeutischen Beziehung, die Stärkung von Ressourcen und Kompetenzen oder das Geben von Orientierung.

Für die *Wahl der dominanten therapeutischen Wirklichkeitsebene* lassen sich aus Gegenübertragungen wertvolle Hinweise ableiten: Verspürt der Therapeut eher den Impuls, dem Patienten bei der Veränderung von Wahrnehmungsgewohnheiten zu helfen oder bemerkt er die Tendenz, den Patienten darin zu unterstützen, die Ursprünge seiner Problematik zu verstehen? Spürt der Therapeut in der Gegenübertragung eher

Matthias Mende

die innere Zuversicht, dem Patienten durch Anleitung zu übedem Lernen und Handeln weiterzuhelfen oder eher die Intention, die Kommunikation des Patienten mit seinen äußeren und inneren Objekten zu verbessern?

Symbolisches Arbeiten mit der Gegenübertragung

Die Arbeit mit Symbolisierungen von Übertragungs- und Gegenübertragungsgestalten ist eine besonders hilfreiche Art, die Gegenübertragung hypnotisch zu nutzen. Dies gilt besonders für die *Strukturierung kritischer Therapiephasen* wie Stagnation im therapeutischen Prozess, Therapieunterbrechungen, unerwartete Rückschläge und Erfolge oder für die Strukturierung des Therapieabschlusses. Während solcher kritischer Phasen können insbesondere bei Patienten mit niedrigem Strukturniveau, die projektive Identifikation als Abwehrmechanismus verwenden, seitens des Therapeuten nachhaltige Gefühle der Unsicherheit, Rat- oder Hilflosigkeit auftauchen. Derartige Gefühle machen das Arbeiten mit Symbolisierungen von Übertragungs- und Gegenübertragungsgestalten sehr ergiebig. Angezeigt ist dieses Vorgehen auch bei heftigen negativen Gegenübertragungsgefühlen von Antipathie, Ärger oder Wut und auch bei heftigen positiven Gegenübertragungsgefühlen, etwa einer starken erotischen Anziehung. Gleiches empfiehlt sich, wenn der Therapeut den Impuls bemerkt, die Therapie vorzeitig zu beenden oder aber das Therapieende länger als nötig hinauszuzögern.

Die folgenden Schritte beschreiben das Vorgehen beim symbolischen Arbeiten mit Übertragung/Gegenübertragung:

1. Entspannen Sie sich und konzentrieren Sie sich auf den Patienten und auf die Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse, die er ihnen entgegenbringt – auf Sie überträgt.
2. Lassen Sie dazu das Bild einer Umgebung entstehen, auf dem diese Übertragungsgefühle des Patienten früher oder später die Form einer Gestalt annehmen werden.
3. Konzentrieren Sie sich nun auf Ihre eigenen Gefühle, Hoffnungen, Wünsche und Bedürfnisse, die Sie in dieser Behandlungssituation in Bezug auf den Patienten haben.
4. Lassen Sie diese Gegenübertragungen ebenfalls das Aussehen einer Gestalt annehmen, die in das Übertragungsbild des Patienten hineingeht und sich darin umschauen und frei bewegen kann.
5. Identifizieren Sie die Gefühle, Bedürfnisse und Absichten der Übertragungs- und der Gegenübertragungsgestalt.
6. Lassen Sie die beiden Gestalten Kontakt miteinander aufnehmen. Wie begrüßen sie sich? Was sagen sie zueinander? Welche gegenseitigen Wünsche und Bedürfnisse lassen sie erkennen?
7. Fragen Sie die Gegenübertragungsgestalt, was sie braucht, um sich im Kontakt mit der Übertragungsgestalt des Patienten behaglich, sicher, kompetent und frei zu fühlen.

Nachdem die Übertragungs- und Gegenübertragungsgestalt symbolisch evoziert worden sind, lassen sich prinzipiell alle Interventionen anwenden, die auch aus der Arbeit

Übertragung und Gegenübertragung

mit Teilen bekannt sind. Dieses Vorgehen eignet sich sowohl für das lösungsorientierte, selbsthypnotische Bearbeiten schwieriger Übertragungssituationen, als auch für das hypnotherapeutische Arbeiten in der Fallsupervision.

Schlussbetrachtung

Das Konzept von Übertragung und Gegenübertragung ist in der Welt der Psychodynamik fest verankert. Die stete Präsenz von Übertragung/Gegenübertragung und ihre Bedeutung als Dimension der therapeutischen Beziehung in der Hypnose macht es jedoch auch für lösungsorientiert arbeitende Hypnosefachleute interessant, sich dieses psychodynamischen Konzeptes anzunehmen. Ich habe einige Beispiele angeführt, wie sich sowohl Übertragungs- als auch Gegenübertragungsphänomene in der Hypnotherapie für therapeutische Lösungen utilisieren lassen. Allerdings konnte ich nur einen kleinen Ausschnitt der Möglichkeiten hierzu präsentieren. Der Fantasie sind keine Grenzen gesetzt. So könnten archetypische Rollenspielzuschreibungen an den Hypnotherapeuten ebenso gut genutzt werden, indem z.B. einem schizoiden Patienten die Geschichte von Chirurgen erzählt wird, die sich in früheren Zeiten lediglich auf ihr kleines, beleuchtetes Operationsfeld konzentrierten, ohne genau zu wissen, wen sie da unter dem Messer hatten. Chirurgen von heute wissen dagegen, wie vorteilhaft es für die Heilung ist, wenn die Patienten auf die bevorstehende Operation seelisch gut vorbereitet werden und wenn sich der Chirurg auch nach der Operation noch für das weitere Wohlergehen des Patienten interessiert. Auch für alle anderen archetypischen Rollen, in denen Hypnotherapeuten gesehen werden können, lassen sich Metaphern ersinnen, die die archetypischen Rollenzuschreibungen mit all ihren Stereotypen zunächst erfassen, um sie dann zu erweitern.

Die Beachtung von Übertragung und Gegenübertragung erweist sich als äußerst günstig für die Gestaltung des Rapports und die Festigung des Arbeitsbündnisses in der hypnotischen Beziehung. Sowohl positive als auch negative Übertragungen/Gegenübertragungen enthalten wertvolle diagnostische Informationen und lassen sich utilisieren, um auch in schwierigen Therapiephasen den Überblick zu behalten und Therapien gut strukturiert zum Abschluss zu bringen. Mit dem Schritt von der Analyse zur aktiven Gestaltung der Übertragungs-/Gegenübertragungssituationen öffnen sich in der lösungsorientierten Hypnotherapie neue therapeutische Optionen.

Literatur

- Bányai, É. I., Mészáros, I., Csókay, L. (1985). Interaction between hypnotist and subject. A social-psychophysiological approach. In D. Waxman, P. C. Misra, M. Gibson & M.A. Basker (Eds.). *Modern trends in Hypnosis*, 97-108. New York: Plenum Press.
- Bányai, É. I. (2006). The interactive nature of hypnosis: Research evidence for a social-psychobiological model. *Contemporary Hypnosis* 15(1), 52-63.
- Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle was du fühlst: Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Hamburg: Hoffmann und Campe.

Matthias Mende

- Bettighofer, S. (2004). Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess, 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bongartz, B., & Bongartz, W. (1998). Hypnosetherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Brown, D. P., & Fromm, E. (1986). Hypnotherapy and hypnoanalysis. Hillsdale: Erlbaum.
- Diamond, M. J. (1987). The interactional basis of hypnotic experience: On the relational dimensions of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35(2), 95-115.
- Ferenczi, S. (1909/1972). Introjektion und Übertragung. In M. Balint (Hg.), *Schriften zur Psychoanalyse II*, 12- 47. Frankfurt: Fischer.
- Ferenczi, S. (1965). Comments on hypnosis. In R.E. Shor & M.T. Orne (Eds.), *The nature of hypnosis: Selected basic readings (177-182)*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Frederick, C. (1997). Resolving overwhelming positive transferences in the hypnotherapeutic relationship with post-traumatic patients. *Hypnos*, 24(2), 82-93.
- Frederick, C. (2007). Ausgewählte Themen der Ego State Therapie. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 5-100. Orig.: Selected topics in Ego State Therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 53(4), 339-429, 2005.
- Freud, S. (1912/202). Zur Dynamik der Übertragung. Studienausgabe, *Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik*, 157-168. Frankfurt: Fischer.
- Fromm, E. (1968). Transference and counter-transference in hypnoanalysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 16(2), 77-84.
- Fromm, E. (1979). The nature of hypnosis and other altered states of consciousness: an ego- psychological theory. In E. Fromm & R.E. Shor (Eds.), *Hypnosis: developments in research and new perspectives*, 2nd ed., 81-103. New York: Aldine-Atherton.
- Gill, M. M., & Brenman, M. (1959). *Hypnosis and related states*. New York: International Universities Press.
- Gilligan, S. (1991). *Therapeutische Trance: Das Prinzip Kooperation in der ericksonschen Hypnotherapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Hartmann, H. (1939/1958). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: International Universities Press.
- Heimann, P. (1950/1996). Über Gegenübertragung. *Forum Psychoanalyse*, 12, 179-184.
- Heuft, G. (1990). Bedarf es eines Konzepts der Eigenübertragung? *Forum Psychoanalyse*, 6, 299-315.
- Horváth, R. J., Bányai, E. I., Varga, K., Gösi-Greguss, A. C., & Vágó, P. (1988). Interactional approach to the understanding of hypnosis: relational dimensions. Paper presented at the 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine, Leiden, The Netherlands, August 1988.
- Kernberg, O. F. (1983). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kernberg, O. F. (1988). Probleme mit der Übertragung bei schweren Charakterpathologien: Ich psychologische und objektbeziehungstheoretische Aspekte. In D. Kutter (Hg.), *Die psychoanalytische Haltung*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Kernberg, O. F. (1996). Ein psychoanalytisches Modell der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 41, 288-296.
- Klein, M. (1942). *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Reinbeck: Rowohlt.
- Kohut, H. (1976) *Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- König, K. (1993). *Gegenübertragungsanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kris, E. (1952). *Psychoanalytic explorations in art*. New York: International Universities Press.
- Kubie, L. S., & Margolin, S. (1944). The process of hypnotism and the nature of the hypnotic state. *American Journal of Psychiatry*, 100, 611-622.

Übertragung und Gegenübertragung

- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergmann, A. (1978). *Die psychische Geburt des Menschen: Symbiose und Integration*. Frankfurt: Fischer.
- Masterson, J. F. (2003). *Das Selbst und die Objektbeziehungen. Theorie und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mende, M. (1996). Die Nutzung von Übertragung und Gegenübertragung in der Hypnotherapie. Vortrag beim 1. Weltkongress für Psychotherapie des World Council for Psychotherapy, Wien, Austria, Juli 1996.
- Mende, M. (1998). Hypnotherapeutic responses to transference in the face of therapeutic change. *Hypnos*, 25(3), 134-143.
- 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.
- Mende, M. (2009). Neuroscience and rapport: The hypnotic relationship revisited. Paper to be presented at the XVIII Congress of the International Society of Hypnosis, Rome, Italy, September 22-26.
- Nash, M. R., Johnson, Lynn S., & Tipton, R. D. (1979). Hypnotic age regression and the occurrence of transitional object relationships. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 547-555.
- Peter, B. (1993). Beiträge zur Integration der Hypnose in Psychotherapie und Psychosomatik. *Hypnose und Kognition*, 10(2), 86-119.
- Peter, B. (2000). Ericksonische Hypnotherapie und die Neukonstruktion des "Therapeutischen Tertiums". *Psychotherapie*, 5(1), 6-21.
- Peter, B. (2009). Therapeutisches Tertium und hypnotische Rituale. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (2 ed., pp. 69-77). Heidelberg: Springer.
- Peter, B., & Revenstorf, D. (2001). Kontraindikationen, Bühnenhypnose und Willenlosigkeit. In: D. Revenstorf & B. Peter (Hg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*, 119 –140. Berlin: Springer.
- Petzold, H. (1988/2004). *Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Phillips, M. (1994). Developing a positive "countertransference trance" in treating post-traumatic patients. Presented at the Annual Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, Philadelphia, PA.
- Phillips, M., & Frederick, C. (1995/2007). *Clinical and Ericksonian hypnotherapy for dissociative and post-traumatic conditions*. New York: W.W. Norton [dt.: *Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen*. Heidelberg: Carl Auer].
- Racker, H. (1993). *Übertragung und Gegenübertragung: Studien zur psychoanalytischen Technik*. München: Reinhardt.
- Revenstorf, D. (2001). Nutzung der Beziehung in der Hypnotherapie. In: D. Revenstorf & B. Peter (Hg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*, 53-74. Heidelberg: Springer.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. New York: International Universities Press.
- Yapko, M.D. (2001). *Treating depression with hypnosis: Integrating cognitive-behavioral and strategic approaches*. Philadelphia: Brunner-Routledge.

Dr. phil. Matthias Mende
Taxhamg. 17, A-5020 Salzburg
mende@hypnose.co.at

erhalten: 11.1.09

revidierte Version akzeptiert: 15.4.09