

Imagination

3 / 2011

Christa-Maria Höring

**»Schulangst« – ein lebenslanges Thema?
KIP bei Lehrern mit Belastungsstörungen**

Wolfgang Oswald

Hypnosepsychotherapie bei chronischen Psychosen

Marika Vogelsinger

**Kombination von KIP-Therapie, Marionettenspiel und
kreativen Techniken in der Kinder- und Jugendlichentherapie**

Ulla Steger

**Eine warme Brise kündigt den Frühling an.
Die Arbeit mit der katathym-imaginativen Psychotherapie
(KIP) in psychoonkologischen Seminaren**

Heinrich Wallnöfer

I. H. Schultz und die Psychoanalyse

Hypnosepsychotherapie bei chronischen Psychosen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
1.1. Allgemeine Anmerkungen.....	2
1.2. Methodisches Vorgehen	2
2. Theorie	2
2.1. Symptomatik und Ressourcen	2
2.2. Psychodynamik und Überlegungen zur Ätiologie.....	3
3. Praxis und Reflexion	7
3.1. Anmerkungen zu Indikation und Kontraindikation.....	9
3.2. Setting.....	9
3.3. Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung	9
3.4. Hypnosetherapeutische Grundstrategien	11
3.4.1. Umgang mit akuten psychotischen Episoden.....	13
3.4.2. Umgang mit der Minus-Symptomatik.....	13
3.4.3. Umgang der Plus-Symptomatik	14
3.4.4. Fokus auf spezielle Bedürfnissen von schizophren Erkrankten.....	15
3.5. Prognose und Aussichten.....	15
4. Literatur	15

1. Einleitung

1.1. Allgemeine Anmerkungen

In den folgenden Ausführungen beziehe ich mich auf Erfahrungen mit 12 Patienten, die unter verschiedenen Formen von chronischen Psychosen leiden. Die Behandlungen wurden mit einer Dauer zwischen 5 und 175 Stunden mit Hypnosepsychotherapie durchgeführt, in enger Kooperation mit Psychiatern und Sozialarbeitern. Interessant ist, dass die Behandlung von psychotischen Patienten in der niedergelassenen Praxis von Kolleginnen und Kollegen oft als schwierig bis unmöglich bezeichnet wird bzw. dass auch psychoanalytisch denkende Therapeuten bzw. Psychiater bei psychotischen Patienten gern auf die rein medikamentöse Behandlung zurückgreifen. Dies liegt nicht zuletzt auch am überzeugenden Erfolg der neueren Neuroleptika (Kombinationsmöglichkeiten), vor allem hinsichtlich einer Verbesserung der Symptomatik. Psychodynamische Überlegungen in der aktuellen und im Handel erhältlichen Literatur scheinen auf dem ersten Blick in den Hintergrund getreten. Erfreulicherweise gibt es gerade in der ÖGATAP eine rege Auseinandersetzung mit Psychose, psychotischen Phänomenen und Theorie¹. Mit diesem Artikel möchte ich zur Auseinandersetzung anregen, näheres über die Hintergründe der frühen und frühesten Entwicklung des Selbst zu erfahren und Mut machen zum Einsatz von Trance in der Behandlung von Psychosen.

1.2. Methodisches Vorgehen

Grundlage dieses Artikels ist die Fachliteratur laut Literaturverzeichnis mit einem besonderen Schwerpunkt auf Artikel in der Zeitschrift „Imagination.“ Im Rahmen einer tiefenpsychologisch fundierten Supervision (insb. mit H.Kanitschar, W.Ladenbauer, J.P.Zindel und J.Bittner) wurden die theoretischen und praktischen Erkenntnisse reflektiert. Weiters sind methodenspezifische und –verwandte (insb. psychoanalytische) Theorieseminare eingeflossen, sowie verschiedene eigene Wahrnehmungen (Gegenübertragungstrancen, Körpergefühle, assoziative Einfälle, therapeutische Gefühle und Übertragungsreaktionen) beim Schreiben des Textes. Mehr als bei anderen Themen zeigte sich bei dieser schriftlichen Arbeit die Notwendigkeit, den Umfang zu begrenzen, das Innen und Außen des Artikels zu reflektieren, d.h. was in den Text hereinkommt und was nicht, eine Analogie zur zentralen Thematik in der Behandlung von psychotischen Patienten. Fälle aus der Praxis werden insbesondere zur Illustration der Theorie dargestellt, um die Notwendigkeit der tiefenpsychologischen Fundierung besser sichtbar zu machen. Besonders gedankt sei auch meinen Kolleginnen und Kollegen für ihre kritischen Kommentare und Anregungen.

2. Theorie

2.1. Symptomatik und Ressourcen

Bei chronischen Psychosen (vgl. ICD-10: F20-F29) bestehen die Hauptsymptome („Minus-Symptomatik“) in einer Veränderung von kognitiven Prozessen (Denkstörungen iSv

¹ Vgl. zahlreiche Beiträge der Kolleginnen und Kollegen in der „Imagination“ (siehe Literaturverzeichnis), Vorträge bei Kongressen und Internationalen Seminaren der ÖGATAP.

Gedankenabreißen, Denkblockaden, Entgleisungen, Faseln, Neologismen, u.a.) und auffälligen, mitunter ich-syntonen Veränderungen von subjektiver Affektivität (Walter 2001 S.504). Im Unterschied dazu gibt es die „Plus-Symptomatik“ mit den typischen Erscheinungsformen wie akustische Halluzinationen („Stimmenhören“) und andere wahnhaft verarbeitete Wahrnehmungen. Kernberg weist auf die Fähigkeit zur Realitätsprüfung hin, einerseits als Differenzierungsmerkmal zu schweren Persönlichkeitsstörungen und andererseits als Abgrenzung zwischen Neurose und Psychose. Realitätsprüfung wird von Kernberg definiert als die „Fähigkeit, das Selbst vom Nicht-Selbst und intrapsychische Wahrnehmungen und Reize von solchen äußeren Ursprungs zu unterscheiden.“ Ein weiteres Kriterium ist für ihn auch „die Fähigkeit, eigenen Affekt, eigenes Verhalten und den eigenen Gedankeninhalt in Hinblick auf übliche soziale Normen realistisch einzuschätzen“ (Kernberg 2000, S.36). All diese Symptome können auch bei schweren strukturellen Störungen passager auftreten, sowie als reaktive Störung zB nach Operationen und Aufhalten auf einer Intensivstation („Organisches Psychosyndrom“) und schweren Traumatisierungen. Im Fokus dieses Artikels sind nicht nur Psychosen im engeren Sinn der psychiatrischen Krankheitslehre.

Die primären Mechanismen der Grundstörung insbesondere der schizophrenen Psychosen bezeichnen Kapfhammer und Benedetti als *Spaltung* und *Autismus*, letzterer ist charakterisiert als Eigenweltlichkeit, Ausdrucksunfähigkeit und Selbstverborgenheit (Benedetti 1983, S.17ff). Die psychotische Spaltung (im deutlichen Unterschied zur Borderline-Spaltung) bezieht sich in erster Linie auf eine Verwechslung von Innen- und Außenwelt und eine Störung des kognitiv-affektiven Grenzschemas zwischen Selbst und Objekt (Kapfhammer 2006, S.23ff). In dieser Betrachtungsweise sind Wahn, Halluzination, manische Episoden bzw. Ausbrüche, andere Plus-Symptome, aber auch die Minus-Symptome die Austragung der Grundstörung „in die ganze Welt des Kranken“ (Benedetti 1983, S.31ff).

Wichtig und unerlässlich für die Behandlung von Psychotikerinnen und Psychotikern ist die Erhebung von Ressourcen (Kanitschar 2005). Auch bei chronischen Psychosen ist nicht die gesamte Persönlichkeit von der Symptomatik erfasst. Der Hypnosepsychotherapeut richtet seine Aufmerksamkeit von Anfang auf gesunde Anteile der Persönlichkeit, wie Begabungen, Talente, persönliche Haltungen, kommunikative Fähigkeiten, positive Beziehungserfahrungen, sowie unterstützende Bedingungen im Umfeld des Patienten.

2.2. *Psychodynamik und Überlegungen zur Ätiologie*

Die Sammlung von Symptomen und Ressourcen ergibt zunächst ein überwiegend deskriptives Bild der Persönlichkeit, das vor dem Hintergrund der tiefenpsychologischen Strukturdiagnose betrachtet und zu ihr in Beziehung gesetzt wird (Kanitschar 2005). Kapfhammer weist zwar zu Recht darauf hin, dass „keineswegs auf einer bestimmten biographischen Entwicklungsstufe die entscheidende kausale Verursachung der psychotischen Störung zu suchen sei“ (Kapfhammer 2006, S.21). Es gibt also nicht „die“ Ursache für die Psychose, und es gibt auch keine einheitliche psychodynamische Psychosentheorie. Wohl aber bedeutet ein psychodynamischer Zugang zu einem Psychotiker, dass der Therapeut zum tieferen Verständnis der Störung bzw. der Symptome „Verständnis anleihen aus den verschiedenen trieb-, objektbeziehungstheoretischen oder Ich-psychologischen Ansätzen (...)“ macht. Bedeutsam für den mit psychologischen Mitteln arbeitenden Therapeuten ist auch ein

Verständnis der Biologie von Psychosen. Bei Patienten mit chronischen Psychosen (insb. Schizophrenie) ist nachweisbar, dass in der grauen Hirnsubstanz eine geringere Zahl an Synapsen vorhanden und damit auch die Verarbeitung von frühen Beziehungserfahrungen eingeschränkt ist. Je größer also der biologische Anteil an der psychotischen Erkrankung ist, desto schwieriger ist es, mit den Mitteln der therapeutischen Beziehung Hilfestellung zu leisten. Psychopharmaka haben hier die Funktion, den Neurotransmitterkreislauf wieder soweit in Gang zu bringen, damit überhaupt ein psychotherapeutisches Arbeiten möglich wird.

Triebtheoretische und neuere psychoanalytische Ansätze

Die Mehrzahl der theoretischen Konzepte lässt den Schluß zu, dass die Hintergründe der Psychose in der frühesten Entwicklung zu suchen ist: die ersten Lebenswochen, womöglich auch schon die pränatale Zeit seien entscheidend für die Entwicklung – oder die Fehlentwicklung der verschiedenen Formen des frühen Selbst (Stern 2003). Interessant sind in diesem Zusammenhang sind die neueren Ansätze der Psychoanalyse, dargestellt von Laplanche: Er sieht den Säugling in der ganz frühen Zeit nach der Geburt („anthropologische Grundsituation“) sehr wohl in der Lage, die verschiedenen „rätselhaften Botschaften des Erwachsenen“ aufzunehmen, jedoch aufgrund der erst nach und nach einsetzenden psychosexuellen Entwicklung fähig, diese zu verarbeiten und für sich zu übersetzen (Prinzip der Nachträglichkeit, vgl. Laplanche 2011, S.124 und Aichhorn 1995). Doch sowohl Über- als auch Unterforderung speziell in dieser Zeit können, so Laplanche, dazu führen, dass die Möglichkeit ein Ich zu bilden entweder gar nicht stattfindet und leer bleibt (es finden keine „Einschreibungen“ statt) oder dass das Ich sich wegen Überfüllung und Überforderung keine Grenze bilden kann (es finden zu viele nicht-metabolisierbare Einschreibungen statt). Laplanche's Verständnis vom Entstehen des Unbewussten, insbesondere der Angst (Aichhorn 2010, S.170ff), ist für das Verständnis von frühen und frühesten Störungen sehr erhellend und erleichtert auch das Verständnis für missverständliche Vorgänge im Rahmen der therapeutischen Situation.

Fallreflexion 1: Bei einem Mann mit der psychiatrischen Diagnose „Paranoide Schizophrenie“ wird im Laufe einer mehrjährigen Therapie deutlich, wie rätselhaft ihm die Welt der Erwachsenen erscheint, vor allem „das mit dem Sex“ ist ihm „unheimlich“. Wiewohl auch er selbst vom Alter her ein erwachsener Mann ist, wirkt er sehr kindlich, und er fühlt sich am wohlsten in passiven Entspannungs-Trancen, wo er nichts tun und vor allem nichts reden muss. Es entstehen zwischen Therapeut und Patient zahlreiche Missverständnisse und Verwicklungen, weil der Therapeut noch nicht versteht, wie fremd der Patienten die Welt erlebt und dem Patienten erst langsam klarer, wie schwierig es ist, als Erwachsener auf der Welt zu sein, ohne dafür eine Sprache zu haben, ohne über sich und die Welt nachdenken oder sprechen zu können.

Ich-Psychologische Ansätze

Federn fasst Psychose auf als Störung des Ichgefühls, der Einheit der Erlebnisse des Individuums in Bezug auf Raum, Zeit und Kausalität (Federn 1978, S.13). Mit Ichgefühl ist nicht das Bewusstsein gemeint, sondern markiert über den Begriff der „Ichgrenze“ einen Bereich von Ich und Nicht-Ich. Realität ist etwas, so Federn, „was von außen an eine seelische und körperliche Ich-Grenze herantritt. Realitätsprüfung ist nur dadurch ermöglicht, dass sich neue Ich-Grenzen erfahrungsgemäß (gemeint ist wohl „in der gelebten Erfahrung“/Anm.) gebildet haben, welche von dem gleichen Eindruck nicht mehr von außen getroffen werden. In der Psychose und im Traum haben aber die später erworbenen Ich-

Grenzen ihre Besetzung verloren, respektive nicht wiedererhalten“ (Federn 1978, S.88). Für die Praxis der Hypnosepsychotherapie erscheinen die Konzepte von Federn insofern sehr nützlich, weil sie sich mit dem Aufbau (und dem Zerfall) des Ichs beschäftigen und insbesondere die Entwicklung von Ichgrenzen als zentrales Entwicklungsthema in der therapeutischen Erfahrung verstanden wird. Auch Mentzos betont die Bedeutung des „Ichdefekts“, weist aber darauf hin, dass „ein kleiner Rest von ich immer auch die Möglichkeit zum Konflikt bietet“ (Mentzos 2009, S.205ff und 215ff). Diese Erfahrungen werden von meiner therapeutischen Praxis durchaus bestätigt; bei ausreichend stabiler und vertrauensvoller therapeutischer Beziehung sind Konflikte in sehr kleinen Schritten besprechbar. Die Beobachtung der eigenen therapeutischen Reaktionen gibt einen Hinweis darauf, wieviel dem Patienten zuzumuten ist.

Fortsetzung Fallreflexion 1: Die Schwierigkeiten des Patienten rund um seine sexuellen Bedürfnisse und Versagensängste sind auch nach über 160 Sitzungen kaum besprechbar, aber es war möglich, eine Grenze rund um das Thema zu ziehen: so wurde vereinbart, dass er von sich aus die Bereitschaft signalisiert und dass der Therapeut darauf achtet, dass das Thema in kleinen Schritten behandelt wird. Ohne diese klar vereinbarte Grenze kam es zu einem Agieren in Form von Vergessen und Verschlafen der Sitzungen. Die vom Patienten gewünschten kleinen Schritte werden durch fraktionierte Trancen markiert, die dem Patienten eine Möglichkeit zum Rückzug, zum Nachdenken und „Nachfühlen“ geben. Danach kann er leichter entscheiden, ob er bei dem Thema weitermachen, oder eher über etwas anderes sprechen möchte.

Objektbeziehungstheorien

Mehrere Objektbeziehungstheoretiker (Klein, Bion, Ogden, Bollas) betonen, „dass sich ein Selbst nur konstituieren kann in engster ursprünglicher Beziehung zum Objekt, dass zur Konstituierung eines Subjekts der ‚Schatten der Objekte‘ (Fidal 2004, S. 85f.), die Repräsentanzen der Beziehungen unabdingbar sind.“ Nach Bion (Severino 2007) können nur in einer Beziehung (zur Mutter) die rohen, unaushaltbaren, noch nicht metabolisierten „Beta-Anteile“ des Kindes zu verträglichen psychischen Inhalten („Alpha-Anteile“) werden. Diese Fähigkeit der Mutter zum „erträglich machen“ und „übersetzen“ nennt Bion „Alpha-Funktion“. Das Kind kann allmählich in den ersten Monaten diese Funktion internalisieren. So können langsam ein Selbst und auch ein Bewusstsein für dieses Selbst entstehen, und damit sind erste Bausteine zur Selbstreflexion geschaffen (Gross 2005, S.74).

Die Mutter fungiert also als „Container“, verdaut die rohen Erfahrungen des Kindes („Processing“) und gibt sie dem Kind wohldosiert zurück. Thomas Ogden, seinerseits um ein bekömmliches Erklären des oft schwer verständlichen Bion bemüht, weist darauf hin, dass Bion seine Aufmerksamkeit in der Therapie sehr auf das Lebendige, Nicht-Psychotische richtet, in jeder Sitzung (Ogden 1995, S.695ff.). Gerade weil die Psychose im Übertragungsgeschehen als „Todeslandschaft“ imponiert, ist die Frage wichtig, was die therapeutische Beziehung im Hier und Jetzt daran hindert, wirklich lebendig zu werden. Bion liefert also eine wichtige Leitfrage, von Benedetti stammen anschauliche Schilderungen und Erklärungen für die Gefühle von Unlebendigkeit bei Psychotikern, und Hypnose ist eine kreative Möglichkeit, diesen oft ausweglos scheinenden Situationen therapeutisch zu begegnen. Benedetti schildert in „Todeslandschaften der Seele“ ausführlich, mit vielen Beispielen untermauert, die Leere und das Gefühl der negativen Existenz insb. bei der Schizophrenie (Benedetti 1983). Für ihn ist die „große innere Leere“, „ein frühes Nichts“, der zentrale Hintergrund für das Verständnis der Schizophrenie, mE für das Verständnis von

Psychosen im Allgemeinen. Er bezeichnet dies als „Grundstörung.“ „Leere“ kann auch übersetzt werden als „fehlende Entwicklung des Selbst“ (Stern 2003), die auch der Grund dafür ist, warum die Affekte archaisch, ungebunden und allumfassend bleiben: solange es kein Selbst gibt, gibt es auch keine Bindung oder Interaktion, und folglich auch keine Introjektion einer guten Beziehungserfahrung und somit auch keine Affektregulation.

Im Rahmen der therapeutischen Übertragung tauchen aber nicht nur unlebendige Leere und frühes Nichts auf, sondern auch heftige Affekte (zB archaische Wut, vernichtende Angst) und Abwehrformen wie Paranoia, Wahn, Zerfallstendenzen, die allesamt als Bewältigungsstrategien für die grauenvolle Leere verstanden werden können (Mentzos 2009, S.217ff). Für Bion ist projektive Identifizierung der Schlüssel zum Verständnis der inneren Vorgänge im Patienten. Es ist auch ein interpersoneller Prozess insofern, da sich das werdende Selbst sich von belastenden Gefühlen befreit, indem es diese Gefühle im anderen (erwachsenen) Selbst hervorruft (Fidal 2004, S.88f). Diese Sichtweise ist für die praktische Arbeit meiner Ansicht nach die bedeutendste: indem wir uns als Therapeutinnen und Therapeuten auf ein tieferes Verständnis der projektiv identifikatorischen Vorgänge einlassen, diese mitschwingend beobachten, ohne sie zu deuten, schaffen wir die Grundlage für therapeutische Interventionen.

Fortsetzung Fallreflexion 1: Es ist für den Therapeuten oft schwierig abzuwägen, was er mit den Erkenntnissen macht, die er durch Reflexion der projektiv identifikatorischen Vorgänge erhält. So still und schweigsam der Patient oft über viele Stunden bzw. über viele Minuten während einer Sitzung ist, so aufwühlend sind meist die Reaktionen beim Therapeuten. Diese zu übersetzen und für den Patienten besprechbar und verarbeitbar zu machen, ist ein Schritt, der sich über viele Sitzungen, mitunter über viele Jahre ziehen kann. Trancen sind hier ein wesentliches Instrument, die Sitzungen zu strukturieren und ressourcenreiche Erfahrungen, angepasst an die Bedürfnisse des Patienten, zu ermöglichen.

Für den Therapeuten meist deutlich sichtbar sind charakteristische familiäre Verstrickungen psychotischer Patienten (Schmidt 2004). Die systemischen Schulen bezeichnen diese unter Berufung auf Gregory Bateson et.al. als „Double-Bind“ und meinen damit, vereinfacht gesagt, eine dauerhaft stark verstrickte, paradoxe und unmögliche Beziehungs- und Kommunikationskonstellation („Ich liebe Dich“ wird gesagt, „Ich hasse Dich“ wird vorgelebt). Diese wird von den Autoren auch als Ursache für chronische Schizophrenien verstanden (vgl. Bateson 2002). Die zum Teil ideologisch aufgeladenen oder verwendeten Theorien (u.a. Antipsychiatrie-Bewegung) weisen hin auf sehr komplizierte Beziehungsdilemmata im Hier und Jetzt ebenso wie auf problematische Eltern-Introjekte, die im Sinne der Übertragung auch in anderen Beziehungskonstellationen (Arbeit, Partnerschaft, Freundschaft) wirksam werden. Mit viel Geduld sind diese in der Therapie auch besprechbar – die offensichtliche Erkennbarkeit der Verstrickungen darf den Therapeuten allerdings nicht dazu verführen, zu früh auf diese Konflikte zu fokussieren. Dies kann, entsprechend der Grundstörung, leicht zu paranoiden Reaktionen im Rahmen der Therapie führen.

Fortsetzung Fallreflexion 1: Der Patient beschreibt die Beziehung zu seinen Eltern als „sehr gut“ – dass die verschiedenen wahnhaften und paranoiden Symptome fast ausschließlich in innerer oder äußerer Gegenwart seiner Eltern auftreten, verführt den Therapeuten zu Beginn der Therapie zu einem (zu) nachfragenden Vorgehen über die (vermeintlich) wahre Beziehung zu den Eltern. Auch dies führt dazu, dass die darauffolgende Stunde „vergessen“ oder „verschlafen“ wird. Für den Therapeuten spürbar und in Gegenübertragungstrancen erlebbar ist die unterdrückte Aggression und vor allem die Hilflosigkeit gegenüber den Eltern. Wie komplex, verstrickt und

für den Patienten noch weitgehend unreflektierbar die Beziehung zu den Eltern tatsächlich ist, wird erst über Monate durch die Reflexion des wiederholten „Vergessens/Verschlafens“ klarer.

Eine individuelle psychodynamische Beschreibung des jeweiligen psychotischen Patienten ist also nicht nur aus diagnostischen Gründen erforderlich. Mit einem tieferen theoretischen Verständnis für die psychotische Innenwelt ausgestattet, kann der Therapeut dem Patienten (vielleicht) die Möglichkeit eines langsamen und basalen Nachreifens bieten (Zindel 2001). Mehr noch als bei schweren strukturellen Störungen bekommt der Therapeut durch die Auseinandersetzung und durch das Einlassen auf die projektive Identifikation eine Ahnung von den „Todeslandschaften der Seele“, für die zunächst oft keine Möglichkeit des Verdauens beim Therapeuten besteht, geschweige denn beim Patienten.

3. Praxis und Reflexion

Das theoretische Verständnis von Psychosen als früheste Störung („Grundstörung“) der Interaktion, Kommunikation und Bindung ist wichtig für die therapeutische Arbeit: unverständliche Phänomene in der Therapie werden verständlicher und einfühlbarer, wenn sie als frühe Kommunikationsmuster im Sinne der Bion'schen Beta-Elemente verstanden werden (zB als archaische, nicht-symbolisierte Affekte). Die Arbeit mit psychotischen Patienten im Rahmen einer Hypnosepsychotherapie erfordert Wissen über die Erkrankung und ihre Behandlung (psycho-, sozio- und pharmakotherapeutische Ansätze), eine gutes therapeutisches Gespür für die grundlegende Symptomatik, die eigenen therapeutischen Reaktionen darauf, typische Übertragungs- und Gegenübertragungserscheinungen und ein Vorgehen in enger Zusammenarbeit mit einem Psychiater, unter Umständen auch mit den Angehörigen. In einer psychodynamisch ausgerichteten Psychotherapie muss das Wissen über Psychopathologie und Psychodynamik gefühlt und vor allem auch körperlich gespürt und in Supervisionen reflektiert werden. Anders gesagt: die therapeutische Arbeit mit einem Patienten, dessen Grundstörung tief im Selbst liegt, ist dann gut auszuhalten, wenn man mit Hilfe der Theorie über einen Patienten nachdenken bzw. sich auch distanzieren kann.

Im klinischen Bereich überwiegen derzeit verhaltenstherapeutische Ansätze sowie standardisierte und manualisierte Vorgehensweisen zur Behandlung der kognitiven und affektiven Störungen, zur Stressbewältigung, zum Erkennen von Frühwarnsymptomen und zum Entwickeln von sozialen und Alltagsfertigkeiten und Bewältigung von familiären Problemen (Katschnig/Donat/Fleischhacker/Bäumel: S. 60ff.). Die letztgenannten Punkte sind auch Leitthemen für jede Psychotherapie mit psychotischen Patienten.

Im Vordergrund der therapeutischen Wirkung einer tiefenpsychologisch fundierten Hypnosetherapie steht die Möglichkeit des langsamen und geduldigen Aufbaus des Selbst im Rahmen einer Symbiose mit dem Therapeuten, die es erlaubt den zentralen Mangel (das fehlende oder kaum ausgebildete Selbst/Anm.) der schweren Entwicklungs-Pathologie in einer realen Beziehung nachzuholen (Zindel 2001, S. 498). Die Psychotherapie von Psychosen ist grundsätzlich orientiert am Bedürfnis der Grundstörung: klar, einfach und strukturgebend (Walter 2001), oder nach dem Prinzip von Wärme, Rhythmus und Konstanz (Bartl 1984, S.117). Mehr noch als bei schweren strukturellen (nicht-psychotischen)

Störungen liegt der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit an und in der therapeutischen Beziehung selbst und nicht am Inhalt (bzw. am Konflikt). Es geht um den Aufbau und den Erhalt einer Bindung, um damit die Entwicklung eines Selbst zu ermöglichen. Der Therapeut bietet sich als ein gutes Introjekt an, lange bevor es zur Introjektion kommen kann.

Nachdem die Ätiologie der Psychose in der frühesten Entwicklung, also weit vorsprachlich, weit vor einer Entwicklung des Selbst vermutet wird, kann Trance beim Aufbau von Beziehungs- und Bindungserfahrungen, die für die Selbst-Entwicklung entscheidend sind, sehr hilfreich sein. Die Stärke einer Psychotherapie mit Trance besteht darin, dass sie durch die Regression auf ganz frühe Erlebniszeiten und –modi ein Nachreifen bzw. überhaupt einen grundlegenden Aufbau des Selbst ermöglicht. (Ladenbauer 2001, S. 61). Im Unterschied zu den schweren strukturellen, nicht-psychotischen Störungen ist bei chronischen Psychosen noch keine Bindung i.e.S. erfolgt. Statt „niemand denkt mich“ entsteht nach und nach und mit viel Geduld ein Gefühl von „Mater me cogitat – ergo sum („die Mutter/die Therapeutin denkt mich, also bin ich“, Ladenbauer 2001, S. 60).“ Diese Entwicklung kann nachgeholt werden, dazu braucht es einen tragfähigen Realitätsbezug in der therapeutischen Beziehung. In der praktischen Arbeiten haben paranoide Vorstellungen des Patienten über den Therapeuten folglich Vorrang. Der Aufbau eines Ichgefühls (körperliches Ich und seelisches Ich) und von Ichgrenzen, im Sinne von Federn (vgl.0) kann ein in Trancen gut umgesetzt werden. Hilfreich ist auch die Vorstellung, dass Federn das Ich als aus Teilen zusammengesetzt versteht, und Ichreifung für ihn in der erworbenen Fähigkeit besteht, mit einem Teil der Icheinheit zu reagieren, während die Gesamteinheit in Ruhe bleibt und die partielle Reaktion beherrscht. Psychotische Reaktionen sind, so verstanden, eine nicht differenzierte „Ganzkörperreaktion“, eine Reaktion eines „Einheitsichs“, gleich einem Säugling, wie ein „psychologisches Fieber“, eine Reaktion des ganzen Organismus. Psychotherapie leistet dann Hilfestellung bei der Differenzierung von Innen und Außen, von Körperlich und Seelisch und in Folge auch von verschiedenen Zuständen des Ichs (Federn 1978, S.205).

Stern liefert ein differenziertes Bild vom Entstehen des Selbst, in dem er Hypothesen über das Erleben und Verarbeiten des Säuglings auf Basis der Säuglingsbeobachtung aufstellt (Stern 2003). Die nicht unumstrittenen Thesen weisen letztlich darauf hin, dass sich der Säugling sein Selbst erschafft und dazu den Erwachsenen braucht. Die Entwicklung des narrativen Selbst („Selbstgeschichtlichkeit“, also die Fähigkeit über sich selbst zu sprechen und reflektieren zu können) ist eine späte Entwicklungsstufe. Trance ist eine gute Möglichkeit, die prä-narrativen, aber nicht unbedingt non-verbalen Entwicklungsstufen (Selbsturheberschaft, Selbstkohärenz, Selbstaffektivität) des Selbst auch spielerisch nachzuerleben, indem solche „Prä-Elemente“, die im sicheren Rahmen der Therapie entstehen in Trance weiterverarbeitet werden.

Fortsetzung Fallreflexion I: Beim Patienten fallen in den ersten Stunden der Therapie seine stereotypen Fingerbewegungen auf, die wie Klavierspielen aussehen. Der Therapeut deutet diese Bewegungen als Möglichkeit der Selbstberuhigung in einer für ihn neuen Situation (der therapeutischen Situation) um, was der Patient bejahen kann. In dieser Therapiephase ist es dem Patienten noch kaum möglich irgendetwas über sich zu sprechen. Der Therapeut versteht diese Fingerbewegungen als Prä-Elemente der Kommunikation, als Vorläufer des Sprechens. In der Folge werden Elemente von sanfter Bewegung (Segeln, Schaukeln, Hutschen, Wippen), ähnlich jener, die der Patient vormacht, in die Trancen eingebaut.

3.1. *Anmerkungen zu Indikation und Kontraindikation*

Ein Therapeut, der Hypnose bei psychotischen Patienten anwendet, muss oft mit Vorurteilen oder gar Vorwürfen kämpfen, wie „Das geht doch nicht, weil das die Symptomatik verschlimmert“ oder „Steht doch auch in der Literatur, dass Hypnose bei Psychose kontraindiziert ist“ (Walter 2001, S.506f). Dabei gelten für die Anwendung von Trancen bei Psychotikern auch in der ersten Sitzung dieselben Voraussetzungen wie für Psychotherapie im Allgemeinen: wenn ein Patient psychotherapiefähig (zB Slunecko/Sonneck 1999) und der Therapeut ausreichend kompetent ist², ist Psychotherapie indiziert und es kann auch Trance angewendet werden. Die Ausführungen dieses Artikels beziehen sich auf Erfahrungen und deren Reflexion aus der freien Praxis; das heißt auch, dass Menschen mit sehr schweren bzw. floriden Psychosen vermutlich gar nicht den Weg zum niedergelassenen Psychotherapeuten finden werden. Die psychotischen Patienten haben schon zu Beginn meist magische Erwartungen an die Hypnose, im Sinne von „vollständiger Heilung“ und „Erlösung von der Krankheit“, der man durch einen Mix aus Utilisieren und Aufklären begegnet:

Fallreflexion 2: Eine Frau mit der Diagnose „Paranoide Schizophrenie“, die bereits 15 Jahre psychotherapeutische Erfahrung hat, wünscht sich in der ersten Sitzung „vollständige Heilung“ ihrer psychischen Probleme und ein „Leben ohne neuroleptische Medikation“. Sie wolle wieder stark und kräftig werden. Der Therapeut reagiert auf diese Erwartungen mit hypnotherapeutischer Kommunikation: mittels Pacing/Leading wird Verständnis für den Wunsch ausgedrückt, und die Aufmerksamkeit weg von den magischen Wünschen zu den Möglichkeiten der Stärkung und Kräftigung der Persönlichkeit (Modus der Ich-Stärkung) durch die Trance und die Möglichkeit der Selbsthypnose hingelenkt..

3.2. *Setting*

Das Standardsetting in der niedergelassenen freien Praxis (50min, 1-2x wöchentlich) ist nicht immer optimal für Patienten mit chronischen Psychosen. Manchmal ist es notwendig, Frequenz und Dauer der Sitzungen anzupassen. Dies erfordert Flexibilität des Therapeuten und einer laufenden Reflexion, damit der Wechsel in Frequenz und Setting nicht zu einem Mitagieren werden. „Kürzer, aber öfter“ ist für manche Patienten gut geeignet.

Fortsetzung Fallreflexion 2: Die Patientin entwickelt nach einer Trennung von ihrem langjährigen Partner einen halluzinatorischen akustischen Wahn und ist nicht mehr in der Lage, in der Therapie sitzen zu bleiben; auch vergisst sie Stunden oder kommt zu spät, was vorher nie der Fall war. Nach Absprache mit der co-behandelnden Psychiaterin werden Sitzungen von halber Standard-Sitzungsdauer vereinbart und dieser Modus auch nach der psychotischen Episode beibehalten. Erst 1,5Jahre nach der Krise wird wieder über die Erhöhung der Sitzungsdauer gesprochen, als ein Bedürfnis nach Bearbeitung der Partnerschaftsthematik entsteht, welche auch in der Übertragungsbeziehung deutlich spürbar wird.

3.3. *Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung*

Auch wenn es viele verschiedene Erscheinungsformen von chronischen Psychosen gibt, so sind ihnen die Störungen des Denkens, des Fühlens und der Wahrnehmung aufgrund der meist fehlenden Entwicklung des Selbst gemeinsam. Sich in diese Gedankenwelt einzufühlen ist mitunter schwierig und löst bizarre, schwere bis fast unaushaltbare Gefühle (wie zB Ohnmacht, Angst, bleierne Schwere) beim Therapeuten aus. Solche Gefühle als therapeutische Wahrnehmungen (bei Benedetti: therapeutisches Gegengefühl) zuzulassen und auch als Gegenübertragung zu reflektieren, ist oft kaum vorstellbar, aber für die therapeutische Beziehung wesentlich (Pixner 2002, S.239). Für die Behandlung entscheidend ist die Unterscheidung zwischen Gefühlen des Therapeuten und denen des Patienten. Nicht

² iSe reflektierten Selbsteinschätzung hinsichtlich theoretischem Wissen, Selbsterfahrung, praktischer Erfahrung, Supervision, etc.

jede Reaktion und Wahrnehmung des Therapeuten ist allerdings auch eine Gegenübertragung. Es ist eher so, dass der Therapeut durch die Reflexion und Kenntnis seiner Gegenübertragungsreaktionen frei werden soll für die therapeutischen Gegengefühle (Benedetti 1983). Zwiebel beschreibt differenziert die Bedeutung von Müdigkeitsreaktionen und Schweregefühlen, die vielfach eine Abwehrreaktion auf dieses therapeutische Sich-Einlassen sind (Zwiebel 2010, S.8ff). Neben der Analyse der Übertragung und Gegenübertragung lassen sich solche Wahrnehmungen hypnosetherapeutisch verarbeiten, ohne sie zu deuten: Was im Moment, bei geöffneten Augen schwer auszuhalten, kaum denkbar oder besprechbar ist (sowohl für den Patienten, als auch für den Therapeuten, der dies im Rahmen der projektiven Identifizierung wahrnimmt), ist für den Patienten mit geschlossenen Augen oft besser zu verstehen. Die Fraktionierung von Trancen ist eine wichtige hypnosetherapeutische Technik, um ein Gefühl von Kontrolle und Vertrauen und Sicherheit zu erleben und erste kontrollierte und kontrollierbare Erfahrungen mit Trance (mit träumendem Nachdenken) zu machen. Der Wechsel zwischen leichter Trance und Wachzustand, zwischen offenen und geschlossenen Augen ermöglicht Erfahrungen im Hier und Jetzt, das „Innere“ und das „Äußere“ besser unterscheidbar zu machen.

Fortsetzung Fallreflexion I: Der Patient schweigt die meiste Zeit der seit 4 Jahren dauernden Psychotherapie mit 1 Sitzung pro Woche. Gegengefühle und Gegenübertragungen sind oft kaum wahrnehmbar, außer durch plötzlich einsetzende bleierne Müdigkeit beim Therapeuten, dann wieder sehr aufwühlend. Praktischer Umgang damit: Die Stunden werden durch fraktionierte kurze Trancen (4-6mal) strukturiert. Danach kann er meist für ein paar Minuten darüber sprechen, was ihn belastet, wovor er Angst hat und welche Probleme er in seinen verschiedenen privaten und beruflichen Beziehungen hat. Durch die Fraktionierung wird die therapeutische Situation sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten besser erträglich, darüber hinaus kann die Trance auch als Pacing des Schweigens verstanden werden, das in Trance in ein sanftes Leading übergeht. Weiters ermöglicht das Schließen und Öffnen der Augen eine klarere Trennung zwischen Innenwelt und Außenwelt.

Für den Therapeuten stellt sich die Frage, wie er mit den Informationen umgeht, die er durch Übertragungsanalyse, Gegenübertragungstrancen oder Wahrnehmung des therapeutischen Gegengefühls generiert. Beispielsweise tauchen beim Therapeuten Informationen auf, die eher konkretistisch anmuten und zunächst wenig Symbolgehalt haben (zB nochmaliges Ablaufen der Therapiesitzung im Schnellverfahren, wiederholtes Erleben einzelner Sequenzen der Sitzung), was auch ein Hinweis auf die Abwehr des Therapeuten sein könnte. Lässt man längere Gegenübertragungs-Trancen zu, tauchen sehr wohl symbolhaltige Bilder auf, verbunden mit dem Vorstellung, diese dem Patienten nicht zumuten zu können, weil die Symbolisierungsfähigkeit noch gänzlich fehlt, und ein direktes Zurückspiegeln nicht möglich ist. Aber: das so gewonnene tiefere Verständnis ermöglicht einen Zugang zur psychischen Problematik und den Kontakt zum psychotischen Patienten (Pixner 2002, S.240). Zindel erörtert in seinen Seminaren die Möglichkeit, als Therapeut, für den Patienten sichtbar, die Augen zu schließen und in eine leichte Trance zu gehen („Modelltrance“, Benedetti bezeichnet dies als „wechselseitige Partizipation“ des Unbewussten.). Auf diese Weise ist es manchmal möglich, die eigenen inneren Bilder mitzuteilen, weil der Patient sie auf diese Weise leichter als eine Wahrnehmung aus dem Inneren des Therapeuten verorten kann. Der Therapeut macht also Versuche, ein Beta- in ein Alphaelement zu verwandeln. Es sei nochmal erwähnt, dass diese therapeutischen Reaktionen auch bei weniger schwer gestörten Patienten

auftauchen können, sind dort aber vor dem Hintergrund eines sonst stabileren Ichs zu reflektieren.

So sehr es also geboten ist, gerade bei sehr schwer und früh gestörten Patienten ein breites theoretisches Wissen parat zu haben, um sich die vielen unverdauten Beta-Elemente (heftige therapeutische Reaktionen, starke Gegenübertragungsgefühle, Wirkung bizarrer Inszenierungen, etc.) verstehen und erklären zu können, so wenig ist es meist möglich, darüber in der Therapiesituation unmittelbar zu sprechen bzw. diese aktiv zu deuten. Es ist zwar bei den Patienten, die in eine niedergelassene Praxis kommen, meist nicht die ganze Persönlichkeit von der Psychose erfasst (Phänomen der „doppelte Buchführung“), jedoch ist gerade die Fähigkeit zum Reflektieren und zum Nachdenken über sich selbst aufgrund der Grundstörung nicht gegeben. Diese Fähigkeit zum verbalen Narrativ, darauf weist Stern hin, ist ein spätes Stadium der Selbstentwicklung, und im Übrigen auch bei strukturellen Störungen nicht-psychotischer Art eher rudimentär ausgeprägt.

Fortsetzung Fallreflexion 2: In den Gegenübertragungstrancen nach den Sitzungen tauchen beim Therapeuten sinnliche Bilder aus dem Paradiesgarten von Adam und Eva auf. Beziehungsprobleme und Trennungen waren bislang Auslöser für psychotische Schübe, daher ist es wichtig, diesem Thema so viel Zeit zu lassen, wie die Patientin braucht; eine Konfrontation mit der möglichen Übertragungsthematik ist nicht angebracht.

3.4. Hypnosetherapeutische Grundstrategien

Von den von Kanitschar beschriebenen Grundmodi einer Hypnosepsychotherapie ist der Ich-Stärkende, übende Modus für die Psychotherapie der Psychosen wohl der wichtigste (Kanitschar 1995). Es geht um Aufbau und Verfügbarmachen innerer Ressourcen, Wecken von Selbstheilungskräften und vor allem um den Aufbau des Selbst. Hierbei sind weniger die Inhalte der Trancen das Wirksame, sondern die Trance selbst und die verschiedenen Möglichkeiten, diese zu begleiten, vom „rein mitschwingenden, schweigenden Begleiten und dabei auch selbst in eine parallele Trance zu gehen, um seine eigenen Gefühle (insb. mögliche projektive Identifizierungen, „unverdaute Beta-Elemente“) zu beobachten und abzuwägen, ohne sich äußern zu müssen (Zindel 1998, S.256). Vas erachtet, in einer Parallele zu Benedetti, eine benigne Regression („Regression im Dienste des Ich“) von Patient und Therapeut als zielführend (Vas 1993, S.12). „Der Therapeut kommt dem Patienten regressiv in die Nähe, um ihn auf eine höhere Ebene der Regression zu bringen. Er initiiert das Suchen von sprachlichen Metaphern, im Sinne eines Utilisierens der Sprache in Richtung Symbolisierung.“ Hilfreich ist auch Vas‘ Hinweis, nicht alle psychotischen Episoden gleich zu bewerten, manche können im therapeutischen Gespräch auch als „reinigender“ Fortschritt umgedeutet werden („Reframing“):

Fallreflexion 3: Bei einer Patientin mit der psychiatrischen Diagnose „Bipolare affektive Störung“ entstehen in den Gegenübertragungstrancen nach den Sitzungen beim Therapeuten regelmäßig bizarre Bilder voller körperlicher und sexueller Gewalt; dies vor allem nach Sitzungen, in denen es um die übergriffige und sie mobbende Chefin geht. Die Gewalt- und Missbrauchserfahrungen der Patientin sind nicht besprechbar. Zu Beginn der Therapie erwähnte sie, dass „es da mal was gab“, lehnt aber weitere Gespräche darüber explizit ab. Der Therapeut verarbeitet und metabolisiert die Trancebild, indem er es vorläufig für den Patienten aushält, Zusammenhänge herstellt und nur so viel an die Patientin zurückgibt, wie gerade verträglich scheint. Auch die größtmögliche Vorsicht kann, wie bei dieser Patientin passiert, zu einer Dekompensation mit einem mehrwöchigen psychiatrischen Aufenthalt führen. Der Therapeut konnte zwar die Dekompensation nicht verhindern, diese konnte aber als „reinigender Vorgang“ umgedeutet und verstanden werden. Das letztlich doch

umsichtige Vorgehen des Therapeuten schon vor der Dekompensation machte es der Patientin möglich, die Psychotherapie fortzusetzen.

Scheuchel und Zindel beschreiben die besonderen Stärken der hypnotischen Nähe als „psychischen Brutkasten“, eine Nähe, die „als sicher erlebt wird, in der man gut aufgehoben und dennoch frei ist“ (Scheuchel 2002, S.49). Die „positive Symbiose“ bietet den Raum zum Aufbau des Selbst. Harrer formuliert 8 Thesen zu den speziellen Wirkkonzepten der Hypnosepsychotherapie (Harrer 2008). Neben der therapeutischen Beziehung erlebe ich „die Lenkung von Aufmerksamkeit“ (Wirkkonzept 2), „die Fokussierung von Kompetenzen, Ressourcen und Zielen“ (Wirkkonzept 4) und „die Nutzung von Trance-Zuständen“ (Wirkkonzept 8) gerade in der Behandlung von psychotischen Patienten als sehr nützlich. Denn Hypnosepsychotherapie besteht nicht nur in expliziten Trancen mit geschlossenen Augen, sie zeichnet sich auch aus durch eine spezielle Art der Kommunikation: der Aufbau eines guten Rapports (Revensdorf/Peter 2001, Kossak 1997) also einer stabilen therapeutischen Beziehung, wird gefördert durch hypnotherapeutische Grundtechniken wie verbales und non-verbales Pacing/Leading und Utilisierung. Der Hypnosetherapeut achtet weniger auf Symptome, Abwehrmechanismen und Widerstände, als auf jede noch so geringe Möglichkeit, eine Beziehung herzustellen und aufrecht zu halten. Er versteht Abwehrformationen beispielsweise als Bewältigungsstrategien, Widerstände werden als Beziehungsangebote umgedeutet und Symptome in Trancen genutzt. All dies geschieht in der Hoffnung, dass es auf lange Sicht die therapeutische Beziehung selbst ist, die dem Patienten eine Chance eröffnet, positive Erfahrungen zu machen und sein Selbst zu entwickeln. Für das hypnosepsychotherapeutische Vorgehen kristallisiert sich eine Unterscheidung heraus zwischen

- akuter Psychose mit starker Symptomatik,
- chronischer Psychose mit Plus-Symptomatik im Vordergrund,
- chronischer Psychose Minus-Symptomatik im Vordergrund, und
- späterer Therapiephasen und psychotischen Elemente bei schweren Persönlichkeitsstörungen.

Die Unterscheidung zwischen Plus- und Minus-Symptomatik von Psychosen ist für die Gestaltung der therapeutischen Interventionen bedeutsam. Manchmal ist die Positiv-Symptomatik zu stark und desorganisiert, als dass man mit der Person in einer Psychotherapie überhaupt arbeiten kann – doch: immer dann, wenn ein Patient es überhaupt schafft, in die Praxis zu kommen und zu bleiben, ist es möglich mit ihm auch hypnosetherapeutisch zu arbeiten. Analog zu den Überlegungen zur therapeutischen Beziehung, liegt der Schwerpunkt in der Arbeit mit Trance nicht auf dem Inhalt, sondern auf der Trance selbst. Explizite wie implizite Trancetechniken sind möglich. Die Trancen sollen klar und einfach strukturiert und orientiert an der Grundstörung sein. Die Unterscheidung von „innen“ und „außen“ steht im Zentrum. Hinsichtlich der Dauer sind kürzere Trancen zu bevorzugen, die öfter eingesetzt werden, die grundlegende Ausrichtung der Trancen ist im Hier und Jetzt.

Fortsetzung Fallreflexion 2: Die Patientin weist eine Residualsymptomatik auf, die sich in Form von akustischen Halluzinationen zeigt, von der Patientin als Lärmempfindlichkeit gedeutet. Zu Beginn der ersten 90 Sitzungen ist es mit ihr nur nach einer kurzen Trance möglich, überhaupt ins Gespräch zu kommen; mit Metaphern wie „den Boden unter den Füßen spüren“, „sich vom Sessel gehalten fühlen“, „sicher getragen von der Lehne“, und einem langen Atempacing kommt sie fast immer gut zur Ruhe und kann darüber sprechen, was

sie belastet. Diese Art von Trance ermöglicht zunächst auch ein Pacing ihrer eher zwanghaften Persönlichkeit über eine lange Strecke der Therapie. Erst ab der ca. 90. Stunde sind auch andere Inhalte in der Trance wie auch im therapeutischen Gespräch möglich.

3.4.1. *Umgang mit akuten psychotischen Episoden*

Akute Psychosen (zB wahnhaftige Projektionen oder Stupor) führen auch zu einem Verlust der kommunikativen Fähigkeiten, die mittels Pacing/Leading genau dieser Symptome und positives stark suggestives Reframing (Umdeutung) derselben wieder hergestellt werden können (Vas 1993). Allerdings werden Patienten mit einem akuten psychotischen Schub vermutlich zunächst nicht in einer freien psychotherapeutischen Praxis landen, doch ist bei länger dauernden Therapien durchaus mit psychotischen Schüben zu rechnen. Schmidt beschreibt die Fähigkeit zum Ausstieg aus einer beginnenden Psychose als Reorientierungspotenzial (Schmidt 2004, S.222), das im Laufe der Therapie zu einem Anker werden kann.

Fortsetzung Fallreflexion 3: Die Patientin berichtet immer wieder von einem Konfliktmuster (meist Autoritätskonflikte an ihrer Arbeitsstelle), und äußert die Sorge „manisch abzuheben“; ein Sorge, die von der co-behandelnden Psychiaterin geteilt wird. Durch genaue Klärung und Markierung der besonders heiklen bzw. wunden Punkte lassen sich Schutzstrategien besprechen und einrichten – langsam wird ein Reflektieren auch über die eigenen Anteile möglich. Ein „Blick auf die Decke“ verbunden mit einem „kräftigen Durchstrecken des Rückens“ wird zum Anker, der verhindert, dass sich die sich wiederholenden Konflikte in ihr „festbeißen“. Die Sprache der Patientin erweitert sich allmählich um diese Metaphern ähnlichen Formulierungen, der Therapeut übernimmt sie (Pacing), was die Verständigung erleichtert und die therapeutische Beziehung vertieft. Die Patientin merkt zu späteren Zeitpunkten mehrfach an, wie sehr sie sich verstanden fühlt durch die Kommunikation über ihre Metaphern. Auch lassen sich ihre Metaphern sanft umformulieren (Leading) –aus dem „Blick auf die Decke“ wird nach und nach ein „Blick nach vorne“ und aus dem „Festbeißen“ ein „Zubeißen“, wenn sie an ihrer Arbeitsstelle unverschämt behandelt wird.

3.4.2. *Umgang mit der Minus-Symptomatik*

Patienten mit Minus-Symptomatik konfrontieren den Therapeuten beispielsweise mit langem Schweigen, starren Körperhaltungen und immer wieder versiegenden Versuchen, einen Satz zu formulieren. Man kann dies auch als Vorformen von sprachlicher Kommunikation verstehen, und hypnotische Kontrolltechniken (Vas 1993) verwenden: Diese erleichtern den Umgang mit der eigenen Hilflosigkeit (zB durch Pacing/Leading von Symptomen wie Katatonie oder von beharrlichem Schweigen), sowie durch positives Reframing. Ziel ist es, so Vas, eine fließendere Interaktion zwischen Patient und Therapeut zu ermöglichen. Die Sprachlosigkeit, das Gedankenabreißen finden mehr oder weniger unmittelbar in den Trancen eine Fortsetzung. Dort kann durch den hypnotischen Dialog eher eine Selbst-Entwicklung gefördert werden als im (mitunter für beide) quälenden Schweigen.

Eine wesentliche Technik in der Therapie von Psychotikern ist die Strukturierung der Stunden durch fraktionierte Trancen mit einem Schwerpunkt auf die Unterscheidungen von innen und außen. Sowohl innerhalb der Trancen als auch zwischen Trance und Außenwelt („Augen auf – Augen zu“). Diese Vorgehensweise wird vor allem von Erica Fromm und Daniel Brown bei psychotischen Patienten gewählt (Fromm/Brown 1986, S.252ff). Nach der Etablierung von basalen Trancen, schlägt der Therapeut vor, die Augen nur so lange zu schließen, wie der Patient ein Bild von sich selbst in seinem Inneren halten kann. Sobald dieses verblasst oder verschwindet, soll er die Augen wieder öffnen. Auf lange Sicht bereitet diese Übung die

Introjektion eines Objekts vor. In weiterer und vor allem langsamer Folge wird dieses Bild weiterentwickelt, indem dem Patienten vorgeschlagen wird, den Therapeuten (oder einen Gegenstand, oder dessen Namen) dazuzuimaginieren. Nach Fromm kann es bei psychotischen Patienten mehrere Jahre dauern, „bis diese Art der Interaktion in Trance stabil, nährend und sicher abläuft“. Erst wenn diese Art von einem sichere und positiv besetzten Innenraum etabliert ist, kann an die Konfrontation mit problematischen Anteilen gedacht und therapeutisch gearbeitet werden. Das Ziel, ein gutes Selbstobjekt des Patienten zu werden, wird auch von Benedetti (2000) und Vas betont. Beide orientieren sich an den theoretischen Konzepten von Federn; die Vorgehensweise von Fromm nimmt Bezug auf die theoretischen Konzepte von Winnicott (Dieter W. 2009).

3.4.3. *Umgang der Plus-Symptomatik*

Nicht ganz einheitlich ist wissenschaftliche Sichtweise über den Einsatz von Trance bei der Plus-Symptomatik. Vas empfiehlt den Einsatz der klassischen Ericksonianischen Hypnose auch bei stark produktiver Symptomatik (Vas 1993):

- indirekte, implizite Trancen im Gespräch (insb. Umlenkung der Aufmerksamkeit auf das Hier und Jetzt mittels Pacing/Leading);
- Errichten neuer Kommunikationsbahnen durch konsequentes Arbeiten mit noch so versteckten Ressourcen (d.h. der Therapeut richtet seine Aufmerksamkeit auf das was gut gelaufen ist, zB auf Ausnahmen vom Problem; vgl. Schmidt 2004, S.210ff),
- Symptomkontrolle durch Widerspiegeln der Symptomatik im sicheren Rahmen der therapeutischen Situation, damit der Patient erkennen kann, dass das Symptom einen Teil seiner Persönlichkeit ausmacht, sich aber komplett abgespalten präsentiert. Dies ist insbesondere mit wahnhaften Inhalten möglich, sofern der Therapeut nicht versucht, den Patienten erzieherisch vom Gegenteil zu überzeugen (Wahn ist gekennzeichnet von hoher subjektiver Gewissheit und einer nicht korrigierbaren Überzeugung). In der Interaktion und im Gespräch mit dem Therapeuten erkennt der Patient diesen Teil nach und nach als zu sich gehörig.

Fortsetzung Fallreflexion 1: Der Patient leidet an akustischen Halluzinationen („Stimmenhören“), und erklärt mir, dass er auch deswegen so schweigsam ist, weil er die Stimmen seiner Verfolger in der Nachbarwohnung zur Praxis des Therapeuten zu hören glaubt. Bei den vermeintlichen Verfolgern handelt es sich um Freunde von früher, die er verärgert hat und die sich an ihm rächen wollen. Durch das mehrmalige Öffnen und Schließen der Augen gelingt es ihm besser zu unterscheiden, was seine Gedanken sind in seinem Inneren und was außen ist. Nach einigen Sitzungen in dieser Art erzählt er, dass er sich mit den vermeintlichen „Verfolgern“ verabredet hat, und „dass ihm niemand mehr böse ist“, „dass die Sache von damals vorbei ist“.

- Metaphern und Redewendungen des Patienten verwenden, im Sinnes eines Utilisierens der persönlichen Sprache, aus dem Gespräch heraus. Hier gilt es zu beachten, dass psychotische Patienten die Sprache oft in einer Art verwenden, in die man sich kaum einfühlen kann. Man kann dies auch als ein Pacing der sprachlichen Kommunikationsmuster sehen, ohne den Anspruch diese verstehen zu müssen.
- Konfusionstechniken, Wahrnehmungstransformationen, Regression, Progression, Imaginationen sind wenig nützlich (Walter 2001). Schmidt (2004) bezeichnet psychotische Zustände selbst als problematische Konfusionstrancen, und formuliert „Tranceexduktion“ als Metaziel in der Behandlung schwer gestörter Patienten.

- Die hypnosepsychotherapeutische Diagnostik einschließlich der eigenen therapeutischen Reaktionen ermöglicht es dem Therapeuten, diese ohne Furcht vor dem Patienten nutzen zu können. Anders gesagt: Der Therapeut seine Gegenübertragung soweit verstanden und bearbeitet haben, damit er tatsächlich frei wird für das therapeutische Gegengefühl. Eine ängstlich-phobische Beobachterhaltung, bei der der Therapeut ständig darauf achtet, ob er nicht vielleicht doch etwas Psychotisches wahrnimmt, „stabilisiert“ Problemmuster sowohl beim Therapeuten als auch beim Patienten (Schmidt 2004, S.221).

3.4.4. Fokus auf spezielle Bedürfnisse von schizophren Erkrankten

Obwohl individuelle Unterschiede zwischen den Patienten bestehen, sind typische Themen des therapeutischen Gesprächs die alltägliche Stressbewältigung, der Umgang mit der Medikation, der Umgang mit dem Symptom und Früherkennung und die Kooperation mit anderen Berufsgruppen. Die psychotische Spaltung kann oft nur erkannt werden, wenn die Behandler zusammenarbeiten und ihre Eindrücke und Erfahrungen mit dem Patienten austauschen. Es besteht sonst eine Gefahr, ein Mitspieler in einem Teil der Spaltungsdynamik zu werden und den anderen Teil zu übersehen. Auch das Vulnerabilitäts-Konzept (Bäumel 1994, S.29ff) wird dafür verwendet, um den Patienten bzw. den Angehörigen im Rahmen der Psychoedukation die Erkrankung anschaulich zu erklären. Metaphern wie „dünnes Nervenkostüm“, „Dünnhäutigkeit“, „zu offene seelische Poren“, „zu durchlässige seelische Membran“³ helfen zu verstehen, wie das Zusammentreffen ungünstiger Ereignisse wie beruflicher Stress, körperliche Erkrankung, seelische Enttäuschungen usw. zu einem Zusammenbruch oder einer starken Überforderung der seelischen Funktionsfähigkeit führt. Der Patient soll nach und nach in die Lage versetzt werden, selbst ein eigenes Bild von der Erkrankung zu entwickeln, das frei von Stigmata ist. Ein Zuviel an Aufklärung und Wissen als auch ein Zuwenig an Information wiederum belastet und kann Rückfälle begünstigen (Katschnig/Donat/Fleischhacker/Meise, S.63).

3.5. Prognose und Aussichten

Ein Drittel der insgesamt 12 von mir behandelten Patienten war aufgrund der schweren Symptomatik keine Psychotherapie möglich war, ein Drittel kam zur Krisenintervention und bzw. Stabilisierung und Entlastung während einer psychotischen Krise und bei einem weiteren Drittel konnte eine Langzeittherapie realisiert werden. Es macht Mut zur Arbeit mit Psychotikerinnen und Psychotikern, wenn die zum Teil schwer kranken Menschen im Arbeitsleben bleiben, Krankenhausaufenthalte minimiert, Symptome gelindert und psychotische Episoden besser gehandhabt werden können.

4. Literatur

Aichhorn, T.(1995): "Nachträglichkeit" bei Freud oder "Das Prinzip der Etsch bei Verona". in: Bulletin, Zeitschrift der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung, Nr. 4, 58-103; Wien: Facultas.

Aichhorn, T. (2010): „Eine auf die Probe der Angst gestellte Metapsychologie“ – Wirkungsweise und Genese der Angst nach Jean Laplanche, in: Angst – Sigmund Freud Vorlesungen 2009, S.170-178, Wien: Mandelbaum

³ Diese Metaphern sind im Rahmen der Zusammenarbeit mit Dr. Christiane Richter (FÄ f. Psychiatrie) entstanden.

- Bartl, G. (1984):* Der Umgang mit der Grundstörung im Katathymen Bilderleben, in: Roth, Jürgen Walter (Hrg.) *Konkrete Phantasie – neue Erfahrungen mit dem Katathymen Bilderleben*, S.117-129, Bern: Huber
- Bateson, G./ Jackson, D.D./ Haley, J. u.a.(2002):* Schizophrenie und Familie. Beiträge zu einer neuen Theorie. Frankfurt: Suhrkamp
- Bäumli, J. (1994):* Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, Berlin/Heidelberg: Springer
- Benedetti, G. (1983):* Todeslandschaften der Seele, Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht
- Benedetti, G./Peciccia, M.(2000):* Selbstbild, therapeutisches Spiegelbild, Selbstobjekt und Übergangsobjekt im Traum und in der Imagination in: *Imagination* Nr.3/2000, S.5-20, Wien: Facultas
- Bion, W. (1992):* Lernen durch Erfahrung, Frankfurt: Suhrkamp
- Dieter, Wilfried:* In meinem All bist du ein fixer Stern – Rooms und Spaces als Schlüsselbegriffe in der Theorie Winnicotts und in der KIP, in *Imagination* Nr.3/2009, S.5-20, Wien: Facultas
- Federn, P.(1978):* Ichpsychologie und die Psychosen, Frankfurt: Suhrkamp
- Fidal, E. (2004):* Aspekte der Objektbeziehungstheorie, in: *Imagination* Nr.2/2004, S.73-92, Wien: Facultas
- Gross, R. (2005):* Psychose – Die Unmöglichkeit der Trennung, in: *Imagination* Nr.3/2005, S.70-83, Wien: Facultas
- Fromm, E./Brown, D. (1986):* Hypnotherapy and Hypnoanalysis, New Jersey/London: Lawrence/Erlbaum
- Kanitschar, H. (1995):* Hypnose als Psychotherapie, in: *Imagination* Nr.4/1995, Wien: Facultas
- Kanitschar, H. (2005):* Hypnosepsychotherapie, in: *Psychotherapeutische Diagnostik: Leitlinien für den neuen Standard*, Hrsg. v. Bartuska/Buchsbaumer/Mehta/Pawlowsky/Wiesnagrotzki, 2005
- Kernberg, O. (2000):* Schwere Persönlichkeitsstörungen, 6. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta
- Kapfhammer, H.P (2006):* Zur Phänomenologie psychotischer Zustände, in: Schwarz/Tabbert-Haug/Wendl-Kempmann/Hering/Kapfhammer: *Psychodynamik und Psychotherapie der Psychosen*, Stuttgart: Kohlhammer
- Katschnig/Donat/Fleischhacker/Meise (2002):* 4x8 Empfehlungen zur Behandlung von Schizophrenie, Linz: edition pro mente
- Kossak, H.C (1997):* Lehrbuch Hypnose, München: Beltz
- Ladenbauer, W. (2001):* Hypnose und Bindungstheorie, in: *Imagination* Nr. 2/2001, S.49-64, Wien: Facultas
- Laplanche, J. (2011):* Neue Grundlagen für die Psychoanalyse, Giessen: psychosozial
- Ogden, T. (1995):* Analysing forms of aliveness and deadness of the transference-countertransference, in: *International Journal of Psychoanalysis* 1995, 76, S.695ff.
- Peciccia, M. (1998)* „Der Traum in der Psychotherapie der Schizophrenie“, in Benedetti: *Botschaft der Träume*, Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht
- Pixner, B. (2002):* „In meinem Körper sind überall Schlangen...“ – Die Bildersprache der Psychose, in: *Imagination* Nr.2/2002, S.238-248, Wien: Facultas
- Revenstorff/Peter(2001):* Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin Berlin/Heidelberg: Springer
- Scheuchel, M. (2002):* Trance und hypnotische Beziehung als besondere Stärke der Hypnose-therapie, in: *Imagination* N.1/2002, S.34-61 Wien: Facultas
- Schmidt, G. (2004):* Liebesaffären zwischen Problem und Lösung, Heidelberg: Carl Auer
- Severino, S. (2007):* Liebe, Hass, Erkenntnis – Bion und das Mentale, in: *Imagination* Nr.4/2007, Wien: Facultas
- Sluneecko, T./Sonneck, G. (1999):* Einführung in die Psychotherapie, Wien: Facultas
- Stern, Daniel (2003):* Die Lebenserfahrung des Säugling, Stuttgart: Klett-Cotta
- Vas, J. (1993):* Hypnose bei Psychosen – Eigenschaften der hypnotischen Beziehung bei der Psychotherapie schwer gestörter Patienten, München: quintessenz
- Walter, H. (2001):* Hypnotherapie bei Psychosen, in Revenstorff/Peter a.a.O., S.498ff
- Zindel, P. (1998):* Träume und Hypnose, in: Benedetti: *Botschaft der Träume*, Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht
- Zindel, P. (2001):* Hypnose mit frühgestörten und Borderline-Patienten, in Revenstorff/Peter a.a.O., S.488ff
- Zwiebel, R. (2010):* Der Schlaf des Analytikers, 3. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta

Zusammenfassung

In einer psychodynamisch ausgerichteten Psychotherapie muss das theoretische Wissen über Psychopathologie und Psychodynamik gefühlt und vor allem auch körperlich gespürt und in Supervisionen reflektiert werden, um in therapeutische Interventionen übersetzt werden zu können. Bei Psychotikern sind weniger die Inhalte der Trancen das Wirksame, sondern die

Trance selbst und die verschiedenen Möglichkeiten, diese zu begleiten, vom „reimitschwingenden, schweigenden Begleiten und dabei auch selbst in eine parallele Trance zu gehen, um seine eigenen Gefühle zu beobachten und abzuwägen, ohne sich äußern zu müssen. All dies geschieht in der Hoffnung, dass es auf lange Sicht die therapeutische Beziehung selbst ist, die dem Patienten eine Chance eröffnet, positive Erfahrungen zu machen und sein Selbst zu entwickeln. Strategien für das hypnosepsychotherapeutische Vorgehen werden vorgestellt in einer Unterscheidung zwischen akuter Psychose mit starker Symptomatik, chronischer Psychose mit Plus-Symptomatik, chronischer Psychose Minus-Symptomatik und späterer Therapiephasen und psychotischen Elemente bei schweren Persönlichkeitsstörungen.

Schlüsselwörter

Psychose, hypnotische Kontrolltechniken, hypnotische Beziehung, Utilisierung von Symptomen

Verfasser

Mag. Wolfgang Oswald

Alserstrasse 13/6, 1080 Wien, E-Mail: wolfgang.oswald@gmx.at, Tel.: 0699-1418 2665

Psychotherapeut (HY) in freier Praxis