

# Hypnotherapeutische Strategien in der Behandlung chronisch Alkoholabhängiger

Henriette Walter

## **Einleitung**

Heute wird von Sucht als einem multifaktoriellen Geschehen ausgegangen. Daher gilt auch international ein multidisziplinäres Behandlungskonzept, welches biologische, psychiatrische, psychotherapeutische und soziale Kompetenzen einbindet. Daraus hat sich in vielen ambulanten oder stationären Institutionen ein therapeutisches "Gießkannenprinzip" entwickelt, in dessen Rahmen jeder Alkoholabhängige von jeder dieser Therapien etwas bekommt. Diese "allgemein" gehaltene Behandlung kommt zwar der multifaktoriellen Entwicklung der Erkrankung nach, berücksichtigt aber zu wenig die individuell spezifischen Probleme des Einzelnen. Damit entstehen unnötig hohe Gesundheitskosten bei relativ geringem Ergebnis. Nach wie vor ist die Rückfallrate -abhängig vom Messzeitpunkt nach dem Entzug- bis zu 80%. Einen Ausweg aus dieser unbefriedigenden Situation bietet eine Verbesserung der Diagnostik, die eine massgeschneiderte Therapie ermöglicht. Durch Subklassifikation, Syndrombildung und Typologien kann das klinische Bild der "chronischen Alkoholabhängigkeit" individueller diagnostiziert werden. Dadurch gelingt es aus der Diagnose Informationen für die Art der Therapie zu gewinnen. Weltweit werden unterschiedliche Typologien (meist sind diese auch für bestimmte Fragestellungen) erarbeitet (z.B. die Typologie nach Cloninger für Genetikforschung). Die an der Wiener Universitätsklinik verwendete, für klinische Behandlungszwecke geeignete, Typologie nach Lesch (Lesch et al 1990) unterscheidet 4 Verlaufstypen, wovon 2 (Typen II und III) gut mit Hypnotherapie zu behandeln sind. Eine typengerechte und frühe Behandlung senkt die Gesundheitskosten. Diese Typologie, die es auch als PC Version zu kaufen gibt, eignet sich gut als Grundlage für die Zuweisung Alkoholabhängiger zur Psychotherapie.

## **Typologie nach Lesch (Tab.1)**

Eine maßgeschneiderte Therapie braucht maßgeschneiderte Diagnostik. Übermäßiger Alkoholkonsum ist nur eines von mehreren Merkmalen- daher ist eine typologische Einteilung, die sich nur nach dem Trinkmuster richtet, zu wenig aussagekräftig. Walton und

Gomberg schreiben bereits 1994 wie folgt: “ *The idea that alcoholism is embedded in a more general problem behaviour syndrome suggests that substance abuse prevention programs may want to broaden their approach.* ”

Diese Typologie hebt sich deutlich von den Trinktypen nach **Jellinek** ab, da sie nicht nur nach dem Konsummuster einteilt, sondern nach dem Verlauf, nach der klinischen Hintergrundsymptomatik und nach metabolischen Störungen. Da sie in der Diagnostik auf die Gründe fürs Trinken eingeht, gibt uns diese typologische Einteilung wertvolle Hinweise für die Behandlung. Psychotherapie - und das sei hier vorweggenommen - ist für die Typen II und III die Therapie erster Wahl.

### **Typ I:**

Die Störung liegt vor allem im Alkoholstoffwechsel. Alkohol wird in der ersten Abbaustufe zu Aldehyd abgebaut, welches danach weiter zu CO<sub>2</sub> und Essigsäure verstoffwechselt wird. Der (subjektiv unangenehme) Aldehydabbau wird bei erneuter Alkoholeinnahme gestoppt (dies bewirkt z.B. ein Sektfrühstück gegen Kater). Im Typ I sind die Alkoholeliminationsraten hoch, was demgemäß bedeutet, dass viele Aldehyde angehäuften werden. Dadurch sind diese PatientInnen chronisch "Aldehyd-vergiftet", wodurch vor allem *zentrale* Schäden entstehen.

Diese PatientInnen haben daher schon bald schwere Begleit- und Folgeschäden, wie z.B. früh im Krankheitsverlauf schwere Entzugsbeschwerden, die aber rasch - innerhalb von wenigen Tagen - abklingen, sowie erhöhte Neigung zu Alkohol-Halluzinose, Delir, Grand Mal - Entzugsanfällen.

### **Typ II:**

Alkohol wird gegen Ängste eingesetzt und ebenso als „Schutz“ gegen zu intensive Gefühlswahrnehmungen. Häufig besteht auch eine abhängige Persönlichkeitsstörung. diese patienten sind auf Grund ihrer Ängstlichkeit oft „überangepasst“ und wenn sie alkohol trinken, kommt es dann zur Enthemmung und auch unter Umständen zu Aggressionen.

### **Typ III:**

Co-Morbiditäten mit Affektiven Störungen gehören zu diesem Typ. Alkohol wird dabei als Entspannungsmittel verwendet, ebenso als Antidepressivum. Ohne alkohol haben Typ III patientInnen oft wenig Zugang zu ihren Gefühlen. Alkohol wird dann getrunken um Zugang zur Wahrnehmung eigener Gefühle zu bekommen.

**Typ IV:**

Zerebrale Schädigungen sind schon vor Abschluß der Gehirnreifung, also vor dem 14. Lebensjahr, eingetreten (z.B. Sauerstoffmange bei Geburt, schwere Komplikationen bei Kinderkrankheiten, Unfälle mit Bewußtlosigkeit usw.). Späterer erhöhter Alkoholkonsum entspricht einer Zusatzschädigung. Dazu kommt noch eine Störung im Alkoholabbau im gegenteiligen Sinne von Typ I, d.h. Alkohol wird sehr langsam zu Aldehyd abgebaut. So sind die diversen Alkohole, die in den am Markt befindlichen Getränken sind, lange in der Blutbahn, wodurch bevorzugt periphere Schäden, wie Polyneuropathie, auftreten.

**Hypnotherapie:**

Sucht ist aus psychischer Sicht ein Verlangen nach einem bestimmten inneren Zustand, welcher dem Bewußtsein nicht zugänglich ist. Gunther **Schmidt** weist darauf hin, dass dadurch eine unbewußte innere Veränderung entsteht, die bewusst nicht rückgängig gemacht werden kann. Hypnotherapie zielt daher bei Suchtpatienten auf unbewusste Such- und Lösungsprozesse hin. Weiters ist ein Fokussieren auf Selbstwahrnehmung, Selbst-Kompetenz, Selbst-Verantwortung und Selbstachtung wichtig, um von der passiven Rolle ("Alkoholrückfall passiert") zu einer aktiven Rolle ("wenn ich mich nicht wohl fühle, in welchem Bereich kann ich noch mehr auf mich achten; wie kann ich mir Angenehmes gönnen und mich mehr als sonst vor Alkohol schützen").

## Therapiezeitpunkt:

Dazu ist es wichtig, das therapeutische Setting vorher zu bestimmen (stationär, ambulant), die Begleiterkrankungen und deren Behandlung zu bedenken (z.B. bei organisch - affektiven Störungen mit vorübergehender Beeinträchtigung der Kognition und der Kritikfähigkeit) und zu wissen in welchem Stadium sich die Erkrankung befindet.

## Zeit vor dem Entzug:

Rapport herstellen, Empathie zeigen und die PatientInnen in deren Bezugsrahmen sehen und dort abholen, wo sie sind, ist - wie in jeder Therapie - der erste und wichtigste Schritt. Klären, was für das Weitertrinken und was für das Aufhören spricht. Was sind eventuelle Beweggründe aufzuhören? Was alles wurde schon probiert? Erzeugung von Ambivalenz dem

eigenen Verhalten und dem Trinken gegenüber ist als Motivation für den Beginn einer Behandlung notwendig. (z. B wie wäre es die Freiheit der Wahl zu haben ?).

Entzug:

Im akuten Alkoholentzug besteht Zittern, Unruhe und Schwitzen. Im Typ II ist zusätzlich eine ängstlich - sich selbst beobachtende Haltung zu erkennen. Direkte Suggestionen eignen sich für alle 4 Typen, ebenso Seeding und als Beginn der Motivationsarbeit hilft die Vorstellung von Veränderung.

Entwöhnung, Rückfallprohylaxe:

Konfliktbearbeitung ist in der Entwöhnungszeit und danach notwendig. Ebenso soll in und nach der Entwöhnungsphase die Achtsamkeit auf interne und externe Stimuli, die Craving nach Alkohol auslösen können, gefördert werden.

Praktisches Vorgehen:

#### 1. Rapport

Angebot einer positiven Übertragung, In einer guten Atmosphäre

#### 2. Beziehungsmuster

dem jeweiligen Patienten und dem Zeitpunkt entsprechende hilfreiche Beziehungsmuster finden und anbieten (partnerschaftlich oder eher bestimmend).

#### 3. Alkohol sollte in der folgenden Zeit in der Partnerschaft kein Thema sein (wenn möglich).

#### 4. Therapieauftrag klären

Die Art und Dynamik der therapeutischen Erwartung und die therapeutischen Ziele sind ist meist dieselbe Dynamik, die zum Problem geführt hat (Gunther Schmidt). Damit wird die sog. "1000 Liter-Service- Haltung" mancher Patientinnen vermieden und der Focus darauf gelegt, die Therapie für eine Veränderung zu nützen. Alte Lösungen erforschen hilft alte Fehler zu vermeiden. Die alten Lösungsversuche hatten zu wenig Erfolg (sonst wäre die jetzige Therapie nicht notwendig), oft führen sie bestenfalls zu einer Stabilisierung der Probleme.

#### 5. Typen-Diagnostik und Therapiebeginn

Bei den Typen I und IV ist Hypnose im Sinne des Streißbaus, der Entspannung sinnvoll. Bei den Typen II und III ist Hypnotherapie als Psychotherapie zu empfehlen.

#### 5. Umgang mit Rückfall:

Das Ziel kann ruhig pragmatisch formuliert sein. Im Typ II treten meist nur kurze Rückfälle auf (sog. slips), im Typ III hingegen sind längere Abstinenzphasen von längeren Rückfällen gefolgt.

Hypnotherapie der Typ II Patientinnen

Symptome:

Alkohol wird als "Selbstmedikation" gegen Angst getrunken. Aggressionshandlungen unter Alkohol entsprechen der Enthemmung. Oft liegt auch eine abhängige Persönlichkeitsstörung nach ICD-10, vor (Tab.1).

Sucht ist das Ergebnis eines Strukturdefektes in der Persönlichkeit.

Defizite sind hauptsächlich :

- Mangelnde Impulskontrolle
- gestörte Ausdrucksfähigkeit
- geringe Frustrationstoleranz
- ungenügende Affektidentifizierung und -regulation
- Fragiles Selbst, welches leicht Strukturverlust erleidet, mit Gefühlen der Leere, Depression, Wertlosigkeit oder Angst.

Der wesentlichste Effekt von Alkohol:

- Affektdämpfung
- Affektregulierung
- Alkohol hat Schutz- und Anpassungsfunktion.
- Lebendig Sein, sich selbst fühlen
- Selbstachtung
- magische Stärkung durch Verschmelzung mit einer Kraftquelle

Das "Suchtmachende" ist nicht die Krankheit, sondern der zweckgebundene Gebrauch von Alkohol als dem „*einzig*en Regulierungsmechanismus für Spannungen und "alle Probleme des Lebens“. Trinken entspricht dabei einem fehlgeleiteten Selbsthilfeversuch.

Was brauchen Typ II PatientInnen:

Typ II PatientInnen leben in einem "Dschungel von Gefühlen". Alles wird zuviel und mitunter bedrohlich (als Metapher kann man gut ein Dschungelbild nehmen; z.B. ausgesetzt sein in einem Dschungel (von Gefühlen), alles erscheint chaotisch und Gefühle sind wie verschlungene Wurzeln, über die man stolpern kann, wie Giftschlangen, Spinnen etc.). Der therapeutische Weg ist, zu lernen dieses Gefühlschaos zu ordnen, lernen sich auszukennen, das Für und wieder bei anstehenden Entscheidungen abzuwägen und darüber langsam die eigenen Gefühle zu akzeptieren, lernen diese zu regulieren. Eine gelungene Affektregulation führt dazu, dass Alkohol als "Affekt-Regulator" seltener und dann nicht mehr gebraucht wird. Therapieziel bei Typ II PatientInnen ist weiters, neue Möglichkeiten des Konfliktumgangs und Ich-Stärkung (Behandlung der Merkmale der abhängigen Persönlichkeitsstörung, siehe Tab.1) zu finden. Während der Therapie sind kleine Rückfälle möglich, stellen aber an sich kein großes Problem dar.

### **Praktisches Vorgehen**

Therapieauftrag klären und entlasten.

Induktion; Pacing ; Utilisation von Weltbild und Wertvorstellungen; Bezugsrahmen non-verbal und verbal utilisieren; Sinneskanäle beachten; Leading

**Beispiele für Interventionen** (während dessen immer wieder erkundigen, ob es gut geht, loben, verstärken):

#### 1. Safe-Place Motiv zur Stabilisierung

Stärkt Selbstvertrauen; Akzeptanz der Symptome und Aufhören im "Kampf dagegen" Kraft zu verlieren; Aktiv neue Ziele finden; Hilfe zu eigenen Entscheidungen; Übernehmen von Eigenverantwortung

#### 2. Agressionsmuster anschauen

Wo brauche ich sie

Wo setze ich sie ein

Wo sind diese schmerzhaft

Wo destruktiv

Wo hilfreich (z.B. bei Grenzen setzen; schafft neues Verhältnis zu anderen)

3. Zeit Progression (danach aus Zukunft zurückschauen und sich für die Arbeit am eigenen Ich bedanken)

4. Metaphern (z.B. Rucksack-Motiv - Loslassen Können) und metaphorische Benennungen wie es z. B. ein Patient einmal auf den Punkt brachte, indem er sagte, er sei nun aus der Überforderung heraus gekommen und nenne seine neue Selbstwahrnehmung "master of disaster" - und darüber könne er schmunzeln - ohne Druck zu trinken. Sein nächstes Ziel sei nun "to master the disaster".

5. Arbeit mit Teilen (wo ist Gefühl deutlicher zu spüren, wo weniger deutlich; welcher Teil will was?)

6. Ressourcen (z.B. Krafttier, innere Helfer)

Welche Eigenschaft hat damals gut geholfen ?

Was hilft mir, damit ich die Zeit, bis ich leicht abstinent sein kann, möglichst gut und abstinent lebe ?

Was brauche ich um (wieder) abstinent werden zu können?

Gezielte Veränderung des inneren Dialogs zur Beruhigung von intensiven Gefühlen)

Zugang zu eigenen Gefühlen (für PatientInnen „Kräfte und Energien“) finden

Assoziativ in eine Situation gehen, in der man sich gut gefühlt hat (Ich-Stärkung; Zielorientierung)

Dissoziativ in frühere unangenehme Situationen (gibt Sicherheit, andere Perspektive zulassen)

immer wieder Stabilisieren, Vertrauen zu Gefühlen verstärken

### ***Textbeispiele:***

*...das ist jedes mal eine neue Entscheidung, das ist mit einmal nicht getan*

*....erstrebenswerte Unabhängigkeit*

*....die freie Wahl zu haben*

*.....Sand in die Zahnräder bringen*

*.....es ist etwas Schönes, nach und nach auf die eigenen Fähigkeiten draufzukommen*

*.....es ist vielleicht nicht ganz einfach, bei all dem zu wissen, was man im Grunde selber will*

*.....Die Kunst der Abstinenz ist nicht darauf zu hoffen, dass Alkohol fern bleibt, sondern darauf zu bauen, dass man bereit ist, zu widerstehen.*

*.....Nicht auf die Möglichkeit zu hoffen, daß Alkohol keine Rolle spielen wird, sondern auf die Tatsache, dass man gerüstet ist, kann man aufbauen.*

### **Typ III**

Alkohol wird als Antidepressivum und Einschlafmittel konsumiert. Die PatientInnen sind häufig überstrukturiert, nehmen immer rasch Verantwortung und Führungsrollen ein und verdrängen ihre Gefühle bis sie diese kaum noch wahrnehmen. Wenn dann alles zuviel (Druck) und das Leben zu langweilig (Verdrängen von Gefühlen) geworden ist, kommt es zum Trinken/Rückfall um zu den eigenen Gefühlen wieder Zugang zu haben und den Druck wenigstens vorübergehend lösen zu können. Daraus resultiert ein episodisches Trinkmuster. Die PatientInnen zeigen oft zwanghafte, depressive und narzistische Persönlichkeitszüge.

Alkohol übernimmt die Funktion eines Teil- oder Übergangsobjektes und ist insofern „perfekt“, als es "kontrolliert", immer wieder neu aufgenommen und vereinnahmt werden kann. Alkohol wird von den Typ III PatientInnen - im Gegensatz zu Typ II - konsumiert, um zu den -verdrängten - Gefühlen Zugang zu finden. Bildliche Vergleiche dazu sind Gefühle in den Schlossturm verbannen, ins Verließ einsperren; in kühler Wohngegend sein (z.B. Paris - wenn man z.B. nur dann im Defense Viertel lebt, weil es chic ist obwohl es einem vielleicht nicht gefällt - dann muss man fallweise hinaus gehen, ins Quartier Latin, wo vielleicht nicht alles so perfekt ist, aber lebendig und wo gebogene Gassen und kleine Plätze Gefühlen ihren Ausdruck geben).

Therapieziele:

Kurzfristig ist Abstinenz leicht zu erreichen

ABER: ohne Psychotherapie kommt es zu episodischen, schweren Rückfällen

- Motivation für Psychotherapie
- Arbeit am rigiden, überstrukturierten Ich
- Achten auf Suizidalität
- Viel Zeit lassen !!!!



### Hypnotherapie Typ III

Rapport herstellen über Appell an Kompetenz (z.B. Sie, der/die ja schon...das und das kann...die und die Erfahrung hat.....)

Beziehungsmuster: kann - im Sinne der Utilisation des Bezugsrahmens - oft auch bestimmend sein; Man sollte aber dennoch -oder gerade dabei - darauf achten die Verantwortung nicht abzunehmen.

1. Entspannung, Sinneskanäle beachten, z.B. Körper spüren (lernen)  
 2. Substitut für Alkohol (Schluckweise Wasser trinken (- mit jedem Schluck entfernen sie sich weiter vom Verlangen nach Alkohol), Tee trinken (Zeremonie), bestimmte Gesten (oft auch aus Sport).

3. Ressourcenorientiert

Assoziativ in eine Situation gehen, in der man sich gut gefühlt hat (Ich-Stärkung; Zielorientierung) und dissoziativ in frühere unangenehme Situationen (gibt Sicherheit, andere Perspektive zulassen)

Stabilisieren, Vertrauen zu Gefühlen verstärken und immer wieder Freiheit, Freiheit der Wahl betonen

4. Metaphern: Wanderer mit Rucksack, Löwe (Trenkle);

5. Symbolarbeit (Symptom – Symbol – Änderung)  
 z.B. Wunsch nach Schalter umdrehen - Sinneskanäle verwenden und strukturieren.

6. Immer wieder Konfusionstechniken verwenden, wenn nötig (z.B. bei PatientInnen, bei denen alles über den "Kopf" geregelt wird und werden muß).

7. Rückfall utilisieren . es bricht etwas auf, es löst sich etwas – ist oft nicht einfach - manche halten das noch nicht so gut aus.

Textbeispiele:

.....es ist vielleicht nicht ganz einfach, bei all dem zu wissen, was man im Grunde selber will  
 .... überrascht, wie viele Möglichkeiten Sie haben ?

....die Freiheit zu wählen

....Ihr Körper wird Ihnen danken, dass Sie ihn gut behandeln

.... für Genießer ist trockener Humor wirklich was Feines

.... wie Sie die Verantwortung für andere genommen haben, nehmen Sie diese ab jetzt auch für sich selbst

.....Platz und Luft haben.....

..... Die Dinge...sind dieselben Dinge, die in uns sind. Es gibt keine Wirklichkeit als die, die wir in uns haben. Darum leben die meisten Menschen so unwirklich, weil sie die Bilder außerhalb für das Wirkliche halten und *ihre eigene Welt in sich gar nicht zu Worte kommen lassen*.

(Hermann Hesse)

*Literatur:*

Walton MA, Gomberg ESL. (1994) Determinants of early alcohol and drug use among young women in alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse* 6: 367-379

Lesch, O. M., Kefer, J., Lentner, S., Mader, R., Marx, B., Musalek, M., Nimmerrichter, A., Preinsberger, H., Puchinger, H., Rustembegovic, A. and et al. (1990) Diagnosis of chronic alcoholism--classificatory problems. *Psychopathology* 23, 88-96.

Lesch, O. M. and Walter, H. (1996) Subtypes of alcoholism and their role in therapy. *Alcohol Alcohol* 31 Suppl

Lesch, OM. and Walter, H. (1996) Subtypes of Alcoholism and Their Role in Therapy. *Alcohol and Alcoholism*, Vol 31, Suppl.1; 63-67

Lesch OM et al.(2001) The European Acamprosate trials: conclusions for research and therapy. *J. of Biomedical Science* 8/1: 89-95

Martin,M. (1996) Imagination und Utilisation bei Raucherentwöhnung. Ein Erfahrungsbericht. *Imagination* 1: 43-59

Schmid Gunther

Stichfield R., Owen PL, Winters KC (1994) Group therapy for Substance Abuse: A review of the empirical Research. In: Fuhriman A, Burlingame GM (Eds.) *Handbook of Group Psychotherapy*. John Wiley & Sons, New York, 1994

Tschuschke V, Bänninger-Huber E, Faller H, Fikentscher E, Fischer G, Frohburg I, Hager W, Schiffler A, Lamprecht F, Leichsenring F, Leuzinger-Bohleber M, Rudolph G, Kächele H (1998) Psychotherapieforschung – wie man es (nicht) machen sollte. *Psychother Psychosom Med Psychol* 48: 430-444

(Walton MA, Gomberg ESL. (1994) *Determinants of early alcohol and drug use among young women in alcoholism treatment. Journal of Substance Abuse* 6: 367-379)

Abb.1

Alkoholabhängigkeit: Typologie nach Lesch in Schlagworten

**Typ I** : „ALLERGIE“ (Problem liegt im Alkoholstoffwechsel)

**Typ II** : „ANGST“ (Alkohol ist Konfliktlöser)

**Typ III** : „DEPRESSION“ (Alkohol ist Antidepressivum)

**Typ IV** : „GEWÖHNUNG“ (Vor-alkoholische cerebrale Schäden)

Abb 2

ICD-10 : Abhängige Persönlichkeitsstörung

- Bei Entscheidungen wird an andere appelliert / oder diese anderen überlassen.
- Unterordnung eigener Bedürfnisse
- Mangelnde Bereitschaft eigene Ansprüche zu äußern (gegenüber Personen, zu denen Abhängigkeit besteht)
- unbehagliches Gefühl bei Alleinsein, Angst nicht allein für sich sorgen zu können
- Angst verlassen zu werden
- Eingeschränkte Fähigkeit bei Alltagsentscheidungen - ohne in hohem Maß von Ratschlägen oder Bestätigungen abhängig zu sein