

Schweizerische Ärztesgesellschaft für Hypnose Société Médicale Suisse d'Hypnose (SMSH)

Die SMSH wurde 1981 von den drei Psychiatern Nathanael de la Cruz, Konrad Wolff und J. Philip Zindel gegründet. Sie weiß sich den naturwissenschaftlichen Grundlagen verpflichtet und distanziert sich von jeder Art von Laienhypnose eben so sehr wie von Esoterik und magischen Praktiken. Sie ist seit 1984 "Constituent Society" der ISH und nimmt als ordentliche Mitglieder Ärzte, Ärztinnen, Zahnärztinnen und Zahnärzte auf. Als außerordentliche Mitglieder sind auch Mitglieder anderer entsprechender Gesellschaften und Organisationen willkommen. Aus den 27 Mitgliedern der Gründungsversammlung am 26.9.1981 sind unterdessen deren über 400 geworden.

Im November 1982 fand das erste zweitägige Jahresseminar mit 52 Teilnehmern in Bad Loshof in der Nähe von Olten statt, wo man sich bis 1988 während zweieinhalb Tagen jährlich versammelte. Die Ausbildung wurde an diesem Seminar und in Regionalgruppentreffen vermittelt. Von 1989 bis 1996 fand das Seminar jeweils abgehoben über dem Vierwaldstättersee auf Rigi-Kaltbad statt. 1997 erfolgte der Umzug nach Balsthal, wo die SMSH am 9. November 2001 ihre ersten 20 Jahre und das 20. Aus- und Weiterbildungsseminar gebührend feierte.

Im Hinblick auf eine Anerkennung der SMSH-Ausbildung mit einem "Fertigkeitsausweis für medizinische Hypnose" durch die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte wurde die Ausbildung 1996 nach dem Vorbild der ASCH neu strukturiert und reglementiert: Grundausbildung 4 Tage, Weiterbildung 5 Tage, vorgeschriebene Seminarbesuche, Inter- und Supervision, 3 Fallvorstellungen, Literaturstudium (insgesamt ca. 300 Std.). Die interdisziplinär (Medizin und Zahnmedizin) durchgeführte Grundausbildung und gemeinsame Workshops am Seminar tragen viel zum gegenseitigen Verständnis unter diesen Berufsgruppen bei. Der Fertigkeitssausweis ist nun seit Anfang 2000 offiziell anerkannt. 1986 organisierten sich die Kollegen und Kolleginnen in der französischen Schweiz in einer frankophonen Gruppe als "Groupe Romand de la SMSH - GRMSH" in Lausanne. Ausserdem trifft man sich drei bis acht Mal jährlich in Regionalgruppen in Basel, Bern, Zürich, St.Gallen, Cham, Thun, Winterthur, Rütli bei Zürich.

1991 mauserten sich die kopierten Blätter der SMSH-Mitteilungen zum - zusammen mit der GHypS herausgegebenen - Bulletin "CH-Hypnose", das bis letztes Jahr dreimal und seit diesem Jahr aus finanziellen Überlegungen nur noch zweimal herausgegeben und allen Mitgliedern zugestellt wird. Es kann auch für 42 SFR (= 30 □) abonniert werden. Allein dadurch schon bestehen enge Kontakte zur GHypS. Es gibt zudem 30 Doppelmitglieder. Mit der GHypS werden sporadisch gemeinsame Anlässe durchgeführt. Gemeinsam werden vom Sekretariat auf Anfrage Therapeutenlisten abgegeben. Die darin aufgelisteten müssen entweder den Fertigkeitssausweis oder die Zertifizierung der GHypS nachweisen können oder wenigstens auf dem fortgeschrittenen Weg dazu sein.

Sekretariat SMSH

Dorfhaldenstr. 5

CH-6052 Hergiswil

Tel: +41 41 281 17 45, Fax: +41 41 280 30 36, e-mail: smsh@smile.ch, www.smsh.ch

Behandlung der chronischen Alkoholabhängigkeit. Gibt es Untergruppen für Psychotherapie mit Hypnose?

Ines Hertling

Henriette Walter

Doris Eva Fischer

Henrik Lindner

Katrin Ramskogler

Otto Michel Lesch

■ *Diagnostische Untergruppen wie die Typologie nach Lesch repräsentieren therapierelevante Verlaufstypen chronisch Alkoholabhängiger. Die Indikation zur Psychotherapie ist, verglichen mit ICD-10, mittels dieser Einteilung viel präziser und auch leichter zu stellen. Vor allem Typ II- und Typ III-PatientInnen brauchen Psychotherapie zur Behandlung der Basisstörung, um ein abstinentes Leben führen zu können ohne das Gefühl, immer wieder auf etwas verzichten zu müssen. Die wesentlichen therapeutischen Aspekte sind, neue Möglichkeiten zur Entlastung, Belohnung und Kontrolle zu finden. Hypnotherapie bietet für alle drei Parameter eine ideale Voraussetzung, denn sie hilft rasch, eigene Muster dafür zu entdecken.*

Schlüsselwörter: Alkoholabhängigkeit, Entlastung, Belohnung, Kontrolle, Hypnotherapie

Einleitung

Übermäßiger Alkoholkonsum verursacht hohe Folgekosten und stellt somit in Mitteleuropa eines der größten sozialmedizinischen Probleme dar. Dem Phänomen des Überganges vom Konsum hoher Trinkmengen zur Alkoholabhängigkeit und der Behandlung dieser Abhängigkeit in all ihren Facetten widmet sich die biologische, psychologische, neuropsychologische und genetische Forschung seit vielen Jahren. Diagnostisch wird dabei jedoch immer von "der Alkoholabhängigkeit" gesprochen, so als würde es sich dabei um eine einzige Erkrankung mit einer einzigen Verlaufsform handeln. Wir wissen jedoch, dass es unterschiedliche Krankheitsverläufe gibt, die von langer Abstinenz mit nur kleinen Rückfällen ("slips") bis zu Verlaufsformen mit gehäuften und großen Rückfällen mit Kontrollverlust ("relapses") reichen. Ziel der diagnostischen Forschung ist es daher, Merkmale zu finden, die einerseits den weiteren Krankheitsverlauf voraussagen können und andererseits die Wahl der erfolgsversprechenden Therapieform erleichtern.

Diagnostik der Alkoholabhängigkeit

Wenn im klinischen Alltag diagnostische Untergruppen herangezogen werden, so sind es häufig noch immer alte Typologien, wie diejenige nach Jellinek (Jellinek, 1960) oder solche, die für spezielle Zwecke erstellt wurden, wie z. B. die Cloninger Typologie (Cloninger, 1987; Cloninger et al., 1981). Erst in den letzten Jahren hat man sich auf drei ätiologische Grundmuster zur Frage geeinigt, warum sich die Gier nach Alkohol in den Vordergrund des Erlebens drängt. Diese sind (1) das Bedürfnis nach Belohnung, (2) das Bedürfnis nach Erleichterung und (3) ein Mangel an Kontrollfähigkeit über sich aufrägende Gedanken an Alkohol (Verheul, 1999). Jede psychotherapeutische Behandlung hat mit einer solchen Einteilung gegenüber früher wesentlich präzisere Ausgangsbedingungen und höhere Chancen auf Erfolg.

In den derzeit international verwendeten Diagnosekriterien, wie z.B. ICD-10 (Dilling et al., 1993), wird auf diese Unterschiede nur in Bezug auf mangelnde Kontrollfähigkeit eingegangen:

Diagnostische Leitlinien nach ICD-10 (Abhängigkeitssyndrom Flx.2)

Die sichere Diagnose "Abhängigkeit" sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichte Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im klaren war oder zumindest davon auszugehen ist.

Psychotherapie bei Alkoholabhängigen

In der Psychotherapie Alkoholabhängiger ist Abstinenz nicht das Therapieziel, sondern die Voraussetzung für Konfliktbearbeitung und Neuorientierung. Verschiedenste therapeutische Verfahren kommen im Suchtbereich als Einzel- oder Gruppentherapien zur Anwendung, wobei hier vor allem Verhaltenstherapie, supportive Gesprächstherapie, Hypnotherapie, Psychoanaly-

se und systemische Therapien erwähnt werden sollen. Allgemein umschriebene Therapieziele sind die Lösung neurotischer Fixierungen, die Förderung der Selbstakzeptanz und des Selbstbewusstseins, die Akzeptanz der Erkrankung, Verbesserung der Kontrollmechanismen und der Frustrationstoleranz, besseres Konfliktmanagement, verbesserter Umgang mit negativen und positiven Emotionen und Verbesserung der sozialen Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten. Im Grunde handelt es sich dabei in erster Linie um allgemein-therapeutische Maßnahmen.

Die Stärke der Hypnotherapie liegt hier in den inneren Suchprozessen, in der kreativen Entwicklung einer Neuorientierung. Neue Überlegungen zu einem gezielteren Vorgehen in der Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit sind vergleichbar etwa mit Mc Glashans 2-Komponententheorie über die schmerzstillende Wirkung von Hypnose, bei der er als erste Komponente die allgemeine und unspezifische Wirkung annimmt und als zweite eine spezifische Wirkung auf die Schmerzwahrnehmung, die dann von Hilgard vor allem in der hypnotischen Dissoziation angenommen wird (Mc Glashan et al., 1969; Hilgard, 1975).

Die oben genannten Therapieziele für Alkoholabhängige sind eher allgemeiner Natur und weisen keine sucht-spezifischen Komponenten auf. Daher liegt die zu erwartende Wirkung wohl eher im durchschnittlichen Bereich.

Die Frage der Wirksamkeit der unterschiedlichen und zum Teil konkurrierenden Methoden stellt sich natürlich verstärkt in Zeiten, in denen die Sozial- und Krankenversicherungen Kosten einsparen wollen. Emrick (1974) verglich in seiner heiß umstrittenen Übersicht über 113 kontrollierte Studien einige Therapieverfahren und konnte hinsichtlich deren Wirksamkeit keine Unterschiede finden. Dies ist bei genauerem Hinsehen aber auch nicht weiter verwunderlich, da - zumindest unserer Meinung nach - die suchtspezifische Problemverarbeitung fehlt. Darüber hinaus sind bisher fast ausschließlich stationäre Entwöhnungstherapien katamnestisch evaluiert worden, während für ambulante Therapien kaum Untersuchungen vorliegen (Soyka, 1997). Meta-Analysen und Übersichtsartikel zeigen zum Teil beträchtliche Unterschiede, die meisten ergeben aber eine Abstinenzrate von etwas über 30% (Emrick, 1974). In der Literatur gilt seit Jahren die "Ein-Drittel-Faustregel" zwischen abstinenter, gebesserter und ungebesserter weiteren Verlauf.

Ziel unserer Arbeitsgruppe ist es, mittels Weiterentwicklung biologischer und psychotherapeutischer Methoden diese Ein-Drittel-Regel zu durchbrechen. Der einzige Weg dazu liegt in einer Spezifizierung der Diagnostik, die eine genauere Patientenbeschreibung zulässt, ohne sich im Detail des Einzelnen zu verlieren (Lesch & Walter, 1994). Aus dieser Motivation heraus wurde die prospektive Längzeitstudie zum Krankheitsverlauf von Alkoholabhängigen begonnen, die schließlich Datenmaterial über 18 Jahre Follow-up lieferte (Lesch & Walter, 1996). Aus dieser Studie gingen im ersten Beobachtungszeitraum 4 Verlaufstypen hervor, die diagnostisch einer Typologie zuzuordnen sind. Im zweiten Beobachtungszeitraum wurden diese 4 Verlaufstypen auf ihre Stabilität geprüft, so dass schließlich ein Computerprogramm entwickelt werden konnte, welches anhand der abgefragten Symptome die Patienten automatisch den 4 Verlaufstypen zuordnet.

Für die psychotherapeutische Behandlung bedeutet diese Art der Diagnostik, dass bereits

im Zeitraum des ersten Kontaktes mit dem Patienten bzw. während einer stationären Aufnahme eine Prognose hinsichtlich des weiteren Verlaufs und eine Prognose hinsichtlich der Wirksamkeit von Psychotherapie gestellt werden kann. Damit wird nicht, wie bisher jedem Alkoholabhängigen eine Einzel- oder Gruppen-Psychotherapie nahegelegt, sondern nur mehr denjenigen Patienten, die eine regelmäßige Psychotherapie brauchen. Mit dieser gezielteren diagnostischen Möglichkeit steigt die Erfolgsrate und die Compliance der Patienten, da sie subjektiv die Therapie als Hilfe zu einer Weiterentwicklung erleben können. Diejenigen PatientInnen, die in erster Linie biologische Störungen als Ursache der Abhängigkeit haben, schädigen den Ruf der Psychotherapie insofern, als sie die Meinung, "das bringe ohnehin nichts", generalisiert vertreten. Die suchtspezifischen Therapieziele sind im Rahmen der schon eingangs erwähnten Faktoren zu finden: Alkoholkonsum zur Entlastung, zur Belohnung und auf Grund von Kontrollverminderung.

Alkohol, Belohnungssystem und Dopamin

Nach den biologischen Ätiologie-Hypothesen (z.B. Ingvar et al., 1998) aktiviert eine mäßige Dosis von Alkohol selektiv Zielstrukturen im cerebralen Belohnungssystem ("reward system") unseres Gehirns und im aufsteigenden retikulären Aktivierungssystem. In jenen neokortikalen Systemen, die direkt an kognitiver Aktivität beteiligt sind, scheint Alkohol (annähernd 0.07%) nur geringe Auswirkungen zu haben. Diese offensichtliche Unabhängigkeit zwischen dem subkortikalen Ziel für Alkohol und den neokortikalen kognitiven Mechanismen stellt eine neue wissenschaftliche Erkenntnis dar, die von großer Bedeutung für das Verständnis der Wirkung mäßiger Alkoholdosen auf das Gehirn ist. Hinsichtlich der Wirkung von Alkohol auf das dopaminerge System möchten wir folgende rezenten Studien anführen:

Nach Tupala et al. (2001a, b) ist die mittlere Dichte und Heterogenität von striatalen Dopamin-Transportern^{b)} signifikant geringer bei Alkoholkranken als in der gesunden Kontrollgruppe. Die beobachtete geringe Dichte und Heterogenität von striatalen Dopamin-Transportern im dorsalen Striatum weisen darauf hin, dass Typ I-Alkoholranke nach Cloninger (Cloninger, 1987; Cloninger et al., 1981) mit einem dysfunktionalen Dopaminsystem ausgestattet sind, dass also bei diesen PatientInnen die dopaminerge Funktion im Nucleus accumbens sowie in den Corpora amygdala gestört sein kann, abhängig von der substanzuell geringeren Zahl an Rezeptorbindungsstellen. Chronisch überhöhter Alkoholkonsum könnte so der Versuch sein, die reduzierte Dopaminfunktion zu stimulieren. Man weiß aber, dass durch chronischen Alkoholkonsum die Dopaminmenge abnimmt (Guardia et al., 2000). Diese Autoren fanden Hinweise darauf, dass die Wahrscheinlichkeit eines frühen Rückfalles hoch ist, wenn während der frühen Abstinenzphase ein niedriger freier Dopaminspiegel oder eine erhöhte freie striatale D2-Dopaminrezeptordichte^{c)} vorhanden ist. Walter et al. (2001) weisen darauf hin, dass die Toleranzentwicklung bei chronischer Alkoholabhängigkeit vor allem auch vom Aktivierungsgrad der Dopaminrezeptoren abhängt.

Des weiteren stellt sich die Frage nach einer möglichen Interaktion von Persönlichkeitsfaktoren und biochemischen Prozessen. Nach Goethals et al. (2001) neigen Individuen mit impulsiven Charakterzügen zu schwerer Alkoholabhängigkeit, bei der die medizinische Behandlung

meist versagt. Solche "impulsive Typen" zeigen in hohem Grad eine Erforschungsneigung für Neues, ein Persönlichkeitszug, der mit dopaminerger Dysfunktion assoziiert ist.

Zur spezifischen diagnostischen Zuordnung Alkoholkranker wurde die Typologie nach Lesch (Lesch & Walter, 1994, 1996) entwickelt, die eine Einteilung Alkoholkranker in therapierelevante Verlaufstypen darstellt.

Typologie nach Lesch

Typ I: "Allergie-Modell" (Problem liegt im Alkoholstoffwechsel)

Diese Untergruppe Alkoholkranker zeigt eine unauffällige Kindheitsentwicklung und eine ausreichend gute, unauffällige Partnerbeziehung. Die Trinkkarriere hat bis zur ersten Hospitalisierung häufig wenig soziale Auswirkungen. Es sind keine Delikte unter Alkoholeinfluss (außer Alkohol am Steuer) festzustellen; in ihrer Umgebung gelten die Patienten häufig noch als angepasst trinkend. Eine stationäre Aufnahme erfolgt häufig in Zusammenhang mit Alkoholfolgekrankheiten oder einem schweren Entzugssyndrom.

Diese Patienten haben, wenn sie über einige Wochen abstinenter sind, keine wesentlichen Probleme. Sie fühlen sich in ihrer psychosozialen Situation wohl und haben über längere Zeit kein Alkoholverlangen. Nach Einnahme geringer Mengen Alkohols entwickeln sie rasch eine ausgeprägte "Gier" und trinken daraufhin in kurzer Zeit große Mengen Alkohol. Diese Patientengruppe braucht Begleitung und Unterstützung. Eine ätiologisch orientierte Psychotherapie wird erfolglos sein, da die Ursache für die mangelnde Kontrollmöglichkeit in erster Linie in einer speziellen Art der biochemischen Metabolisierung gesehen wird.

Typ II: "Angst" (Alkohol als Konfliktlöser)

In der psychischen Entwicklung dieser Untergruppe findet sich eine typische Konstellation. Dieser Typ umfasst Patienten, die in ihrer Entwicklung unauffällig, eher passiv sind und über eine nur gering ausgeprägte Ich-Stärke verfügen. Typ II-Patienten haben häufiger als andere eine dominante Mutter und eine mütterliche Partnerin. Diese Patienten können nicht "nein sagen", fühlen sich aber ständig ausgenutzt. Diese Gruppe Alkoholabhängiger verwendet Alkohol als Angst- und Konfliktlöser. Mit Hilfe von Alkohol versuchen diese Patienten, zeitweilig aus dieser Haltung und Rolle auszusteigen, wobei dann unter Alkohol oft auch aggressive Durchbrüche, vor allem innerhalb der Familie, zu beobachten sind. Entzugssyndrome sind eher leicht, dauern aber länger (bis zu 3 Wochen). Ängstlich-passiv-depressive Bilder stehen im Vordergrund. Psychotherapeutische Bearbeitung der Grundstörung ist bei dieser Gruppe von Patienten von hoher Bedeutung.

Typ III: "Depression" (Alkohol als Thymoleptikum)

In dieser Untergruppe finden sich deutliche soziale Auffälligkeiten. Familiäre Häufungen von affektiven Störungen führen dazu, dass Typ III-Patienten an Antriebs- und Befindlichkeitsstörungen und auch häufig an Schlafstörungen leiden. Alkohol wird in diesen Familien häufig

auch von anderen Familienmitgliedern als "Selbstmedikation" benutzt. Alkohol selbst verstärkt aber die Symptomatik und stört meist zusätzlich den Schlafrhythmus. Wenn Patienten dieser Untergruppe einige Zeit abstinenter sind, verbessert sich meist auch die chronobiologische Störung. Nach einiger Zeit der Abstinenz kommt häufig eine sehr leistungsbezogene, überstrukturierte Persönlichkeit zum Vorschein, die dazu führt, dass emotionale und körperliche Bedürfnisse vernachlässigt werden. Bei Abstinenz versuchen Patienten dieser Gruppe oft anderen zu helfen, für diese da zu sein, Führungspositionen in Selbsthilfegruppen zu übernehmen und sich zu überfordern. Da diese pathologische Basisproblematik ohne Psychotherapie weiterbesteht, kommt es in solchen Fällen phasenhaft zum Auftreten von deutlichen depressiven Symptomen und, wenn keine zusätzliche pharmakologische Hilfe angeboten wird, zu episodischen Rückfällen.

Typ IV: "Gewöhnung" (mangelnde Kontrollmöglichkeit)

Bereits vor Beginn der Trinkkarriere bestehen organische und/oder funktionelle cerebrale Vor-schäden. Zusätzliche schwierige familiäre Verhältnisse führen zu kindlichen Verhaltensauffäl-ligkeiten (wie zum Beispiel längerfristiges Stottern, Nägelbeißen oder nächtliches Einmässen nach dem dritten Lebensjahr). Die -mitunter auch diskreten - intellektuellen Defizite führen oft dazu, dass diese Patienten kritiklos dem Trinkdruck der Gesellschaft oder dem aktuellen Trink-druck der jeweiligen Situation nicht Widerstand leisten können. Sie leben häufig alleine und bieten viele körperliche Folgekrankheiten. Die Reduktion der Eigenreflexion und der Kri-tikfähigkeit vor allem dem Trinkverhalten gegenüber stellt die primäre Ätiologie dar.

Neben einer deutlichen Leistungsreduktion werden oft auch alkoholunabhängige epilepti-sche Anfälle beobachtet. Es finden sich häufig schwere Polyneuropathien. Nach biologischen Hypothesen zur Ätiologie bestehen bei solchen PatientInnen Störungen der Gehirnentwicklung durch Traumen, Entzündungen und Sauerstoffmangel vor dem 14. Lebensjahr, wodurch eine erhöhte Sensibilität des Gehirns auf schädigende Stoffe und Gifte entsteht.

Nach diesen Ergebnissen brauchen etwa 57% (Typ II- und III-Patienten) aller Alkoholab-hängigen eine spezifische Psychotherapie. Das entspricht in Österreich ca. 170.000 Personen, in Deutschland 1,8 Millionen.

Tab: Häufigkeitsverteilung der Typologie in der prospektiven 18-Jahre-Verlaufsstudie

% Anteil an der Gesamtstichprobe	Typologie	Alkohol wird verwendet:	
		Typ I	gegen Entzugssymptome
18,5%		Typ II	als Entlastung (Angst- und Konfliktlöser)
25,6 %		Typ III	als Entlastung, Belohnung (Stimmungsaufheller)
31,7 %		Typ IV	wegen mangelnder Kontrollmöglichkeit
24,2 %			

Spezifische Hypnotherapie für Typ II- und Typ III-PatientInnen

Symptomorientierte (Entlastungswunsch) und nach der Basisstörung (Angst, Depression) ori-entierete Therapieschritte können bei diesen PatientInnen nicht getrennt werden. Es gibt klinisch bei Abhängigen diesbezüglich keine "Entweder-oder"-Therapie. Der Focus hängt, insbesondere am Beginn der Behandlung, oft auch von der aktuellen Problemstellung ab. Daher wechseln sich in der Hypnotherapie bei Typ II- und Typ III-PatientInnen symptomorientierte Schritte mit problemorientierten Therapieschritten immer wieder ab. Man "schaukelt" gewissermaßen die PatientInnen über die eine und andere Schiene zu Fortschritten hin.

Die PatientInnen beider Gruppen erhoffen sich von der Alkoholwirkung eine Entlastung ("relief drinking"). Es wird der einfachste und kürzeste Weg zum Gefühl der Entlastung gewählt. Die immer aufkommende Gier nach Alkohol entsteht aus dem Wunsch, die jeweiligen Symptome (hauptsächlich Ängste, depressive Stimmung, negative Befindlichkeit) los zu wer-sen. Hypnotherapeutisch kann ein imaginatives "Weg"-Motiv die inneren Suchprozesse einlei-ten. Suggestionen der Selbst-Kompetenz und Selbstverantwortung kann man bereits von Beginn an einstreuen. Auf den eigenen Körper zu achten kann mittels Dissoziation hypothe-rapeutisch wesentlich leichter erreicht werden als mit anderen psychotherapeutischen Metho-den (Arbeit mit Teilen, z.B. Dissoziation von Ich und Körper; dem eigenen Körper im Bild begegnen; nachfragen: "Wie verhält sich Ihr Körper?" "Was sagt Ihr Körper zu Ihrem Alkohol-konsum?" "Was sagt Ihr Körper zu dieser Gier, was befürchtet er?"). Erkenntnisse daraus kön-nen auch in der Metapher einer "Reise des Alkoholmoleküls durch den Körper" verstärkt und Aufklärungs- wie auch Motivationsarbeit kann im Rahmen dieser Metapher sehr elegant ein-gebaut werden. Wenn Patienten einen externalen "Locus of control" haben, das heißt die Ansicht vertreten, ihre Sucht sei eben ihr Schicksal ("Da kann man halt nichts machen"), kann diese Haltung gut utillisiert werden, wenn man das Unbewusste als externalen "Locus of con-trol" annimmt. Allmählich gelingt es, daraus neue Informationen zu gewinnen, das eigene Unbewusste als Verbündeten zu gewinnen und schließlich durch Assoziation zu reintegrieren. Suggestionen wie "Abstand gewinnen" oder "sich eine Pause gönnen" sind für diese Patienten symptomorientiert, denn sie gehen direkt auf den Entlastungswunsch ein. Sie eignen sich daher gut für assertive Maßnahmen, die wiederholt zwischen den problemorientierten Therapieschrit-ten eingebaut werden. Wenn der "Locus of control" internalisiert ist, findet man häufig Schuld-zuweisungen oder nihilistische Vorannahmen ("Ich bin so enttäuscht von mir", "Ich werde das nie schaffen"). Dies trifft vor allem für depressiv strukturierte, übermäßig leistungsorientierte Typ III-PatientInnen zu. Hier verwenden wir immer aus der Katathym-imaginativen Psycho-therapie die "Haus"-Metapher als Ich-Bild.

Fallbeispiel

Ein typisches Beispiel dazu aus einer Hypnosegruppe: In dieser Sitzung hatten die PatientInnen ganz unterschiedliche "Häuser" vor ihrem inneren Auge entworfen. Das Spektrum reichte von Schichttte bis Haus am Meer. Ein Typ III-Patient kam schon während der Hypnose merklich unter Druck. Er wurde unruhig, begann zu schwitzen und zeigte Rötung im Gesicht. Danach

befragt, berichtete er, es sei ein Haus aufgetaucht, das zu einem riesigen Hotel wurde, welches er managen musste; dabei merkte er, dass er dazu nicht in der Lage war. Mit den Worten, "alles ist mir über den Kopf gewachsen", beschrieb er sehr präzise seine Störung und sein daraus folgendes Problem. Dieses Bild und die einfache Frage, "warum haben Sie ein Hotel gewählt?" löste im Patienten Einiges an vorhandenem Druck und half entscheidend mit, auf dem Weg einen großen Schritt weiter zu kommen. Informationen aus der Vergangenheit mit Altersegression sind z.B. in der "Löwengeschichte" (Trenkle, 1998) auch gut kombinierbar mit Suggestionen, wie "Durst haben und warten können". Zukunftsorientierung mittels Zeitprogression ist der nächste Schritt, der eine Wahrnehmung der Vorteile von Unabhängigkeit schon vorwegnimmt (Fischer, 2001).

Wir informieren unsere Patienten auch über die Wirkung von Eigensuggestionen und Alltagsuggestionen (Walter, 1992). Man weiß heute, dass zustandsgebundenes Lernen sich durchaus in neurophysiologischen Reaktionen abbilden kann. Wenn man also in immer gleichen Situationen Alkohol getrunken hat, behält der Körper die alten Reaktionsmuster oft noch lange bei. So hatte z.B. ein Patient, der immer, wenn er nach Hause kam, in die Küche ging und ein Glas Wein trank, nach erfolgreicher stationärer Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung plötzlich in der gleichen Situation - nur diesmal ohne Alkohol - plötzlich Entzugsbeschwerden. Sein Körper hatte noch nicht verlernt, gegen die an die Situation "Nach Hause kommen-in die Küche gehen" gebundene Sedierung durch Alkohol gegenzuregulieren. So stand der Patient mit der unbewusst ausgelösten Gegenregulation seines Körpers in der Küche und begann "grundlos" zu zittern und zu schwitzen. Aus diesem Grund ersuchen wir unsere Patienten, genau darauf zu achten, dass sie "neue Wege gehen" (z.B. nicht beim alten Würstelstand vorbeifahren), dass sie nicht auf den gewohnten Sesseln sitzen (auf denen sie früher beim Alkohol trinken saßen), nicht an den gewohnten, mit Alkohol assoziierten Plätzen fernsehen usw. So schaffen sich die Patienten in der Wohnung und an anderen häufig frequentierten Plätzen Inseln der Abstinenz, also Orte, an welche nicht Alkoholkonsum sondern Abstinenz gebunden ist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass beim Typ I und Typ IV nach Lesch ein Erlernen von Kontrolle wichtig ist, beim Typ II die Angstbewältigung und besseres Konfliktmanagement. Beim Typ III steht aus psychotherapeutischer Sicht das Erlernen eines besseren Umgangs mit Anforderungen, Normen und eigenen Ansprüchen und Frustrationen im Vordergrund. Die Neigung, alles "schwarz oder weiss", also polarisiert zu sehen, kann differenzierte Betrachtungsweisen Platz machen. Die wesentlichen verwendeten Interventionstechniken sind Affektbrücken, Reassoziationen, Arbeit mit Teilen, Dissoziation, Zeitprogression, -regression, Einstreutechnik und Imagination. Durch innere Suchprozesse kommt es auf allen diesen Gebieten zu Neuorientierungen, wobei vor allem beim Typ III eigene emotionale Bedürfnisse entdeckt werden. Diese Bedürfnisse zuzulassen, ist ein wichtiger Schritt in Richtung der Alkoholfreiheit. Ebenso ist das Erkennen und Akzeptieren der eigenen Grenzen von hoher Bedeutung. Wenn dies gelingt, ist es möglich, für diese Patientengruppen Psychotherapie optimal einzusetzen.

Literatur

- Cloninger, C.R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.
- Cloninger, C.R., Bohmann, M., & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse, Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-868.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1993). ICD-10: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien. WHO, 2. Auflage. Bern: Hans Huber.
- Emrick, C.D. (1974). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behaviour following treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 523-549.
- Fischer, D.E. (2001). Gruppenthypnose versus Gruppengespräche bei Alkoholabhängigen: eine Anti-Craving-Wirkung im Vergleich. Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Universität Wien.
- Goethals, I., Van De Wiele, C., & Audenaert, K. (2001). Dopamine receptor imaging in alcohol dependence: should personality traits be taken into account? *European Journal of Nuclear Medicine*, 28(11), 1585-8.
- Guardia, J., Catafau, A.M., Batlle, F., Martin, J.C., Segura, L., Gonzalvo, B., Prat, G., Carrio, I., & Casas, M. (2000). Striatal dopaminergic D(2) receptor density measured by [(123)I]iodobenzamide SPECT in the prediction of treatment outcome of alcohol-dependent patients. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 127-9.
- Hilgank, E.R. (1975). The alleviation of pain by hypnosis. *Pain*, 1(3), 213-231.
- Ingvar, M., Ghatan, P. H., Wirsén-Meurling, A., Risberg, J., Von Heijne, G., Stone-Elander, S., ? Ingvar, D. H. (1998). Alcohol activates the cerebral reward system in man. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(3), 258-69.
- Jellinek, E.M. (1960). The disease concept of alcoholism. New Brunswick: Hillhouse Press.
- Lesch, O.M., & Walter, H. (1994). Neue Ansätze in der Therapie Alkoholabhängiger. *Psychiatria Danubina*, 1-2, 63-81.
- Lesch, O.M., & Walter, H. (1996). Subtypes of alcoholism and their role in therapy in alcohol and alcoholism. *Alcohol and Alcoholism*, 31(1), 63-67.
- Mc Glashan, T.H., Evans, F.J., & Orne, M.T. (1969). The nature of hypnotic analgesia and placebo response to experimental pain. *Psychosomatic Medicine*, 31(3), 227-246.
- Soyka, M. (1997). Alkoholismus. Eine Krankheit und ihre Therapie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Trenkle, B. (1998). Die Löwengeschichte. Hypnotisch-metaphorische Kommunikation und Selbsthypnose-training (2. Aufl.). Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Tupala, E., Hall, H., Bergstrom, K., Sarkioja, T., Rasanen, P., Mantere, T., Callaway, J., Hiltunen, J., & Tiihonen, J. (2001). Dopamine D(2)/D(3)-receptor and transporter densities in nucleus accumbens and amygdala of type 1 and 2 alcoholics. *Molecular Psychiatry*, 6(3), 261-7.
- Tupala, E., Kuikka, J. T., Hall, H., Bergstrom, K., Sarkioja, T., Rasanen, P., Mantere, T., Hiltunen, J., Vepsäläinen, J., & Tiihonen, J. (2001). Measurement of the striatal dopamine transporter density and heterogeneity in type 1 alcoholics using human whole hemisphere autoradiography. *Neuroimage*, 14(1 PT1), 87-94.
- Verheul, R., Van den Brink, W., & Geerlings, P. (1999). A three-pathway psychological model of craving for alcohol. *Alcohol and Alcoholism*, 34(2), 197-222.
- Walter, H. (1992). Hypnose. Theorien, neurophysiologische Korrelate und praktische Hinweise zur Hypnosetherapie. Stuttgart: Thieme.
- Walter, H., Ramskogler, K., Semler, B., Lesch, O. M. & Platz, W. (2001) Dopamine and alcohol relapse: D1 and D2 antagonists increase relapse rates in animal studies and in clinical trials. *Journal of Biomedical Science*, 8(1), 83-88.

Chronic alcoholism treatment. Are there subgroups for hypnotherapy?

Summary: Diagnostic subgroups (e.g. the Lesch typology) represent more elaborate types of illness within the ICD-10 diagnosis of chronic alcoholism. Assessment of these types has an implication for the individual therapy needed. Especially patients belonging to types II and III need psychotherapy as the basis of further alcoholism treatment. The main therapeutic aspects are finding better ways for reward, relief and to detect efficient control patterns. Hypnotherapy offers a frame in which it is easy to search and find unconscious needs and their adequate satisfaction by other ways than drinking alcohol.

Keywords: Alcohol addiction, relief, reward, control, hypnotherapy

Ines Hertling, Dr.med.
Universitätsklinik für Psychiatrie
Zentralbereich
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien

erhalten: 29.10.01 revidierte Version akzeptiert: 14.01.02

¹⁾ (gemessen im [¹²⁵I]N-(3-iodoprop-2E-enyl)-2beta-carbomethoxy-3beta-(4'-methylphenyl)mortropan ([¹²⁵I]PE21))

²⁾ (gemessen im [¹²⁵I] Iodobenzamide single photon emission computed tomography/SPECT)

Gerhard Schütz und Dr. Horst Freigang METAPHERN, STELLVERTRETERGESCHICHTEN UND HYPNOTISCHE TEXTE

Die in diesem Buch aufgelisteten Metaphern sind eine von den Autoren zusammengestellte Auswahl aus den Hypnoseseminaren der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose (DGZH) e.V. im Zeitraum zwischen 1993 - 2002. Wir wissen, wie schwierig es ist, die richtigen Worte und Bilder für hypnotische Behandlungen zu finden. Mit diesem Buch haben Sie die Möglichkeit, Ihre eigene - nicht nur hypnotische - Sprache weiterzuentwickeln.

Bestell-Nr. B 1007

ISBN 3-933569-25-7

Informationen:

Hypnos-Verlag GmbH & Co. KG
Esslinger Str. 40, D-70182 Stuttgart
Tel.: +49 (0)711 2369344
FAX: +49 (0)711 244032
e-mail: verlag@hypnos.de



HYPNOS VERLAG
Gudrun Schmierer GmbH & Co KG

Erfassung des subjektiven Empfindens von Angstpatienten vor und nach einer zahnärztlichen Behandlung in Hypnose

■ Die Anwendung von Hypnose im medizinischen Alltag gewinnt zunehmend mehr Raum. Im Rahmen von Consultation-Liaison-Ambulanzen (C/L-Ambulanzen) kann die Wirksamkeit von Hypnose immer wieder an praktischen Beispielen bewiesen werden. Zahnärztliche Behandlungen verursachen bei PatientInnen, die unter Angststörungen leiden, Stress von solchen Ausmaßen, dass selbst kleinste Eingriffe nur unter Allgemeinanästhesie durchgeführt werden können, oder dass in manchen Fällen zahnärztliche Behandlung überhaupt verweigert wird. An der Wiener Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde werden zahnärztliche Behandlungen in Hypnose im Rahmen der ZMK-Psychiatrie-Liaisonambulanz angeboten. Diese Ambulanz ist mit einem fixen Team besetzt, bestehend aus einer Fachärztin für Psychiatrie/Neurologie, einer Psychotherapeutin und zwei Fachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten nicht. Diese Tätigkeit ist daher auf das Engagement beider Klinikvorstände (Univ. Klinik für ZMK und Univ. Klinik für Psychiatrie) im Bereich der Konsultations-Liaison-Psychiatrie und im Bereich der fächerübergreifenden Forschung und Patientenbehandlung zurückzuführen. Aufgrund der rechtlichen Ermöglichung dieser Tätigkeit konnte das persönliche Engagement des bereits erwähnten Liaison-Teams zu einer guten Zusammenarbeit führen und in der individuell sehr intensiven Patientenversorgung wie auch in der Begleitforschung ihren Ausdruck finden. Bei den PatientInnen, die unter einer Zahnbehandlungsphobie leiden, wird vor und nach jeder zahnärztlichen Behandlung in Hypnose die Stimmungslage mittels des Profile of Mood States (POMS) und das Ausmaß der Angst mittels der Hamilton Anxiety Scale (HAMA) erhoben.

Anna Knaus
Henriette Walter
Karin Ramskogler
Ines Hertling
Eva Piehslinger