8. Erweiterung der Veränderung in die Zukunft und posthypnotische Suggestionen: "Wenn sie bewußt oder unbewußt von dieser Erfahrung etwas Gutes mitgenommen haben, können Sie es daran merken, daß Sie sich allmählich wieder hierher orientieren."

Nach meiner Erfahrung ist es nicht notwendig und in vielen Fällen auch nicht sinnvoll, die einzelnen Schritte in der oben geschilderten Reihenfolge zu durchlaufen. Selten wird es gelingen, alle Schritte in einer einzigen Sitzung zu bearbeiten. Das Schema kann bei langen Therapien, in denen tiefgreifende Veränderungen z.B. von zentralen Überzeugungen oder von wichtigen Teilen der Identität anstehen, eher als Orientierungshilfe oder Leitfaden verstanden werden. Es ist sinnvoll, die einzelnen Schritte auf den jeweiligen Patienten abzustimmen, z.B. mehr oder weniger Zwischenschritte einzuschieben oder gleich zu Beginn, nach Fokussierung auf die kinästhetischen Aspekte des Symptoms, in das visuelle (unterrepräsentierte) Repräsentationssystem zu überlappen (z.B.: "Während Sie weiter hinspüren, möchte ich Sie bitten, mir zu sagen, wie sich das Symptom vor ihrem inneren Auge abbildet." "Wie sieht das Symptom aus?"). Über die einzelnen Schritte wird das Symptom als Erfahrung vervollständigt. Informationen aus unterrepräsentierten Symptomrepräsentationssystemen werden aktiviert und dem Erfahren, Verstehen und Integrieren zugänglich gemacht.

Literatur:

Carter, P. (1983). The Parts Model. A Formula for Integrity. Dissertation.
Grinder, J., & Bandler, R. (1982). Kommunikation und Veränderung. Die Struktur der Magie 2. Paderborn:Junfermann.
Lankton, S.R., & Lankton, C.H. (1983). The Answer Within. A Clinical Framework of Ericksonian Hypnotherapy. New York: Brunner/Mazel.
Rossi, E. (1986). The Psychobiology of Mind-Body-Healing: New Concepts in Therapeutic Hypnosis. New York: Norton.

Keywords: menstrual pain, parts model, psychosomatics, trance, utilization

Abstract: The author describes a therapeutic procedure which helps in particular psychosomatic patients to change their symptoms into ressources. The theoretical premises are discussed and the sequence of steps is schematically represented. Finally the practical application is demonstrated in a case study involving the treamtment of a woman with menstrual pain.

Anschrift des Autors:
Manfred Prior, Dipl.-Psych.,
Eppendorfer Landstr. 56,
2000 Hamburg 20

Hypnose und Kognition
Band 7, Heft 2, Oktober 1990

Hypnotherapie bei einem Fall von überhöhtem Alkoholkonsum

Hans Riebensahm

Zusammenfassung: Die Klientin, eine 51jährige Witwe, stellt sich als "alkoholabhängig" vor. Das Therapieziel "Abbau des Alkoholmißbrauchs" wird - überwiegend in Trance - auf drei Wegen angesteuert: (1) Das Modell der Klientin ("ich bin als Alkoholikerin unheilbar und unfähig, kontrolliert zu trinken") wird durch ein anderes Modell ersetzt. (2) Ein biographisches Detail (spontane Beendigung des Nägelkauens im Alter von 40 Jahren) wird als Ressource genutzt. (3) Der Klientin werden Veränderungen ihrer Lebensumstände (Isolierung, Vereinsamung) nahegelegt. Nachdem die Klientin einen Mann kennengelernt und ihren Alkohlkonsum deutlich eingeschränkt hat, wird die Therapie nach 16 Therapiesitzungen und sechsmonatiger Dauer auf Wunsch der Klientin beendet. Die Befragung ein Jahr danach ergibt eine relativ stabile Verbesserung der sozialen Situation sowie eine deutliche "Normalisierung" des Alkoholkonsums.

1. Anamnese

Sehr geehrter Herr Riebensahm, *10. August 1988*

von einer Bekannten erfuhr ich, daß Sie Hypnose-Therapie durchführen. Ich bekenne offen, daß ich seit Jahren alkohol-abhängig bin, mich nach dem plötzlichen Tod meines Mannes vor bald zwei Jahren einer Kur in .... unterzogen habe, die mich jedoch nicht ... vom Trinken abgebracht hat. Meine große Hoffnung auf Hilfe ist eine Hypnose-Therapie. Bitte, lassen Sie mich wissen, ob so eine Behandlung in meinem Fall überhaupt möglich ist und wenn ja, wie lange ich auf einen Therapieplatz warten müßte. Ich bin 51 Jahre alt und arbeite als Sekretärin bei ... Ich wäre auch durchaus gewillt, die Kosten für solch eine Behandlung irgendwie selbst aufzubringen. Ich wäre Ihnen von ganzem Herzen dankbar, wenn ich bald von Ihnen hören würde.
Hochachtungsvoll Gisela Berger

Mit diesem Brief stellt die Klientin Gisela Berger[1] sich und ihr Problem vor. Nach seiner Lektüre bin ich zunächst unschlüssig, ob ich der Frau mit einer positiven Antwort unrealistische Hoffnungen machen würde. Grundsätzlich erscheint mir die Erfolgswahrscheinlichkeit einer ambulanten Therapie bei Alkoholmißbrauch eher gering. Andererseits enthält der Brief Elemente, die mich optimistisch stimmen: Diktion und Inhalt des Briefes sprechen für einen starken Leidensdruck ebenso wie für eine starke Erwartung speziell an die Möglichkeiten einer Hypnotherapie. Auch die

1 Name und bestimmte Daten der Klientin sind verändert.

signalisierte Bereitschaft, die Kosten der Therapie selbst zu tragen, erhöht in meiner Einschätzung die Erfolgswahrscheinlichkeit einer ambulanten Hypnotherapie. Im übrigen sprechen die im Brief angedeuteten Lebensumstände eher für Problemtrinken als daß es sich um pathologischen Alkoholmißbrauch handelte.

Bei unserer ersten Begegnung lerne ich Gisela Berger als eine herb aber sympathisch wirkende Frau kennen. Eine gepflegte Kurzhaarfrisur zusammen mit einer auffallend schlanken Figur und einem modischen Hosenanzug lassen sie knabenhaft erscheinen. Äußerlich sichtbare körperliche Anzeichen von Alkoholismus kann ich nicht entdecken.

Frau Berger ist 1938 geboren. Ihre Eltern führten ein Speditionsgeschäft. Die Mutter starb 1959 an Krebs. Von ihren zwei Schwestern ist die jüngere körperlich und geistig behindert und lebt in einem Heim. Die ältere Schwester lebt im Ausland. Von dieser Schwester werde sie gehaßt, wie Frau Berger sagt, weil die Eltern sie, Gisela, vorgezogen hätten. Schon mit 21 heiratete sie den vier Jahre älteren Berufssoldaten Hermann Berger. Ein Jahr später (1960) kam die erste und weitere 6 Jahre später (1966) die zweite Tochter zur Welt. Beide Töchter leben inzwischen selbständig; die ältere ist verheiratet und hat ein Kind. Frau Bergers Vater starb 1980. Ihr Mann kam 1986 durch einen Dienstunfall ums Leben.

Frau Berger sagt, sie habe schon sehr früh angefangen zu trinken. Anfangs habe sie getrunken, um ihre innere Unsicherheit bei geselligen Veranstaltungen der Bundeswehr zu überspielen. Mit etwas Alkohol habe sie sich meistens locker und beschwingt gefühlt. Heute trinke sie vor allem abends, allein in ihrer Wohnung - und fast jeden Abend - meistens Sekt, manchmal Wein und gelegentlich auch mal einen Aquavit. Meistens trinke sie dann eine ganze Flasche leer (Wein, Sekt 0,7 oder 1,0 Liter), manchmal auch mehr. Danach schlafe sie häufig vor dem Fernseher ein. Tagsüber trinke sie kaum; sie verspüre dann eine starke Abneigung gegen Alkohol.

Sie habe eine feste Stelle als Sekretärin im öffentlichen Dienst. Mit ihrem Chef sowie mit den Kolleginnen und Kollegen verstehe sie sich gut. Privat habe sie jedoch kaum Kontakt mit ihnen. Die Arbeit komme ihr manchmal langweilig vor, und sie würde lieber irgendwo arbeiten, wo "mehr los ist". Aber in ihrem Alter finde man schwer eine neue Stelle und könne sich auch nicht mehr so leicht umstellen.

Sie habe keine Lebensperspektive mehr, denke auch immer wieder daran, ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen. Sie habe aber den Mut nicht dazu und außerdem hänge sie doch auch am Leben.

Gegenüber ihren Eltern verspüre sie noch heute Haß und zugleich Schuldgefühle. An ihren Mann sei sie gefühlsmäßig nie richtig herangekommen. Schon einige Zeit vor seinem Tod habe sie den Gedanken gehabt, ihn zu verlassen. Trotzdem sagt Frau Berger, sie habe ihren Mann geliebt.

Wegen des übermäßigen Alkoholkonsums habe sie schon vor einigen Monaten eine analytische Gruppentherapie begonnen. Ihr Analytiker habe ihr gesagt, sie habe wohl mit ihrem knabenhaften Körper ihrem Mann nicht genug Frau sein können. Möglicherweise sei sie dadurch indirekt mitschuldig an seinem frühen Tod. Der Analytiker habe auch gesagt, sie sei bindungsunfähig. Das habe sie sehr getroffen

und sie habe sich dort nicht noch weiter runterziehen lassen wollen. Deshalb habe sie die analytische Therapie nach einem halben Jahr abgebrochen und hoffe nun sehr, daß die Hypnose ihr besser helfen könne.

Sie habe es auch schon mit Autogenem Training probiert. Dabei habe sie aber Schwierigkeiten gehabt, sich zu entspannen. Daraufhin habe man ihr dort gesagt, sie könne sich ganz sicher entspannen, denn es sei nur ein verschwindend geringer Prozentsatz von Menschen, die sich beim AT *nicht* entspannen könnten. Es sei aber trotzdem nicht gelungen, und es habe sie deprimiert, daß sie auch hier zu den Versagern gehöre.

Darüberhinaus habe sie immer wieder versucht, sich zu disziplinieren. Aber es sei ihr nicht gelungen, vom Alkohol wegzukommen. Sie sei immer wieder rückfällig geworden. In der analytischen Gruppe habe sie gehört, und irgendwo auch gelesen, daß man als Alkoholiker lebenslang abhängig bleibe; die einzige Chance bestehe darin, absolut trocken zu leben. Aber das schaffe sie nicht ohne Hilfe.

Wir sprechen über die Kosten einer Therapie und darüber, daß sie diese Kosten selbst tragen müsse (Therapeut ist Dipl.-Psych. ohne Teilnahme am Delegationsverfahren). Die Klientin kündigt an (und tut das später auch), sie wolle die Kosten für 15 Sitzungen im voraus überweisen, weil sie gerade eine Steuerrückzahlung erhalten habe.

2. Behandlungsplan

Parallel zu den ersten Sitzungen entwickle ich folgende Behandlungs-Strategie. Sie zielt generell darauf ab, der Klientin einen sozial und persönlich akzeptierten Umgang mit Alkohol zu ermöglichen (= kontrolliertes Trinken). Um dieses Ziel erreichen zu können, sollen folgende Voraussetzungen geschaffen werden:

(1) der Teufelskreis von vergeblichen Vorsätzen, Erlebnis des persönlichen Versagens und neuerlichem Trinken wird außer Kraft gesetzt;

(2) geeignete Ressourcen sind zu nutzen, um der Klientin zu ermöglichen, in einer kritischen Situation die konsumierte Trinkmenge aktiv zu begrenzen und

(3) die Klientin ist motiviert, sozial offensiv zu werden, um die Chance für befriedigende Sozialkontakte zu verbessern.

Im einzelnen stützt sich meine Strategie auf folgende Überlegungen:

(a) Frau Berger bezeichnet sich selbst als "Alkoholikerin" im Sinne des Krankheits-Modells etwa der Anonymen Alkoholiker (Alkohol "eine Macht, größer als wir selbst") und glaubt demzufolge, nur absolute Abstinenz könne sie vor dem endgültigen Abgleiten in den Alkoholismus bewahren. Da sie nun im Rahmen dieses Modells jedes geleerte Glas als Rückfall und Ausdruck der eigenen Unfähigkeit (und Minderwertigkeit) interpretiert, erlebt sie sich selbst hilflos einem unwiderstehlichen Zug in den Untergang ausgeliefert. Ihr Bewußtseinszustand und ihr Verhalten entsprechen dem, was Gunther Schmidt "Problemhypnose" genannt hat. Wenn ich die Klientin dabei unterstützen will, aus der Problemhypnose in eine "Lösungstrance" überzugehen, könnte ein Ansatz darin bestehen, die Glaubwürdigkeit einer entschei-

denden Prämisse ihres Modells anzuzweifeln, nämlich die Prämisse "ich bin Alkoholikerin", "ich bin alkoholabhängig".

(b) Als ich nach einigen langatmigen Ausführungen über die allgemein-menschliche "Fähigkeit, im richtigen Moment aufzuhören" (mit dem Essen, mit dem Schlafen; im Grunde bekommt man jede Tätigkeit, und sei sie noch so befriedigend, irgendwann einmal satt) die Klientin auffordere, in ihrer Erinnerung nach Situationen zu suchen, in denen sie diese Fähigkeit bei sich erlebt hat, erzählt sie nicht ohne Stolz, daß sie bis zu ihrem 40. Lebensjahr Nägel gekaut, dann aber von einem Tag zum anderen damit aufgehört habe. Allerdings könne sie nicht sagen, wie das möglich gewesen sei. Es sei ihr bis heute ein Rätsel, aber sie sei sehr froh darüber. Ich betrachte diese Erfahrung als eine wichtige Ressource der Klientin.

(c) Frau Berger spricht von ihrem "Widerwillen gegen den Alkohol tagsüber" bzw. vom Ekel am nächsten Morgen. Auch diese Erfahrung kann als Ressource betrachtet und genutzt werden.

(d) Die Klientin lebt privat sehr zurückgezogen. Das fördert vermutlich die Ausbreitung von Gefühlen der Einsamkeit, Niedergeschlagenheit und Minderwertigkeit.

Aufgrund ihres bisherigen Modells formuliert die Klientin die Hoffnung, "daß ich es schaffe, trocken zu bleiben". Dem setze ich mit dem Gewicht meines "Expertenwissens" und meiner "langjähigen therapeutischen Erfahrung" das weniger strenge Therapieziel "kontrolliertes Trinken" entgegen: Es sei nicht notwendig, absolut abstinent zu leben. Wenn sie gelegentlich ein oder zwei Gläser Wein oder Sekt trinke, oder auch nach einem guten Essen einen Aquavit, dann sei das völlig in Ordnung. Soweit sie meine Unterstützung benötige, um ihren Alkoholkonsum zu begrenzen, sei ich gern bereit, mit ihr nach entsprechenden Möglichkeiten zu suchen.

Das von mir propagierte Therapieziel impliziert - im Rahmen ihres bisherigen Modells - eine "Erlaubnis zum Rückfall": Wo bisher jedes konsumierte Glas persönliches Versagen bedeutet hat, kann ich den Konsum kleiner Mengen als "üblich und normal" interpretieren und bewerten - und zwar auch dann, wenn die Klientin (zunächst) die von mir propagierte Auffassung ("mäßiger Alkoholkonsum ist in Ordnung") nicht teilt.

Der spezifische Kontext des Alkoholmißbrauchs, (Rückzug in die eigenen vier Wände) erlaubt eine weitere Relativierung: Wer zurückgezogen und isoliert lebt, ohne die Möglichkeit zum kommunikativen Austausch mit einem Partner, der *muß* sich nach und nach immer mieser fühlen; das würde jedem anderen auch so gehen. Da ist es dann nur sinnvoll und verständlich, wenn man auf irgendeine Weise versucht, sich angenehme Gefühle zu verschaffen: etwa durch Trinken von Sekt oder Wein, indem man sich genüßlich eine Leckerei zubereitet und ißt, vielleicht auch masturbiert oder sich angenehmen Tagträumen hingibt.

Hier taucht natürlich die Frage auf, welche Alkoholmenge noch als akzeptabel gelten kann, bzw. welches Kriterium die Klientin wählen könnte, um in einer bestimmten Situation mit dem Trinken aufzuhören. Analog einer gängigen Strategie bei der Behandlung übergewichtiger Klienten (Sensibilisierung für und Wahrnehmung von körpereigenen Sättigungssignalen) will ich die Aufmerksamkeit der Klientin auf bestimmte alkoholbedingte Veränderungen in der kinästhetischen und visuellen Wahrnehmung lenken und sie als Signal des Körpers (für STOP oder PAUSE) interpretieren. Dabei kann das berichtete körperliche Unwohlsein ("widerliches Gefühl") vom nächsten Morgen als antizipierte aversive Erfahrung mitgenutzt werden.

3. Behandlungsverlauf

3.1 Allgemeiner Verlauf

Der Behandlungsverlauf über die insgesamt 16 Sitzungen läßt sich in drei Abschnitte gliedern. Während der ersten etwa drei Sitzungen dominiert noch das "normale" Gespräch, während dessen die Klientin die Augen geöffnet hält. Explizite Trancephasen (mit Augenschluß) dauern maximal 20 Minuten (von 60 Minuten Dauer einer Sitzung). Während des zweiten Abschnitts (etwa 10 Sitzungen) dominieren die Trance-Phasen: sie nehmen 40 bis 50 Minuten in Anspruch. Während der letzten drei Sitzungen steht das "Wach"-Gespräch wieder im Vordergrund.

3.2 Einzelaspekte des Behandlungsverlaufs

3.2.1 In der zweiten Sitzung, während der sie sich unter anderem über die Vergeblichkeit ihrer bisherigen Versuche, trocken zu bleiben, beklagt hat ("ich schaffe es einfach nicht!"), fragt sie mich unvermittelt, was ich von ihrem Problem hielte und wie ich die Erfolgsaussicht einer Therapie einschätze. Ich nutze die Gelegenheit für das folgende längere Statement (in der Wiedergabe gekürzt):

Das will ich Ihnen gern sagen, Frau Berger. Allerdings muß ich dazu etwas weiter ausholen. Sie sagen, Sie seien Alkoholikerin; und Sie wissen, Alkoholismus ist eine Krankheit, die man im Prinzip nicht heilen, sondern mit der man nur erträglich leben kann, indem man Alkohol in jeder Form meidet wie der Teufel das Weihwasser. Keinen Tropfen Alkohol! Das hat man Ihnen in der Klinik gesagt, das hat man Ihnen in der analytischen Gruppe gesagt, und das haben Sie sich selbst gesagt. Und Sie haben die Erfahrung gemacht, daß Sie doch immer wieder - wie Sie es genannt haben - rückfällig geworden sind. (Frau Berger nickt heftig - mit einem Gesichtsausdruck von konzentriertem Ernst und Interesse.)

Dazu muß ich Ihnen etwas sagen, das wird Sie vielleicht überraschen: Ich bin durchaus nicht sicher, daß Sie wirklich alkoholkrank sind. Sie haben einige Dinge gesagt und getan, die einfach untypisch sind für einen echten Alkoholiker: z.B. haben Sie sich mir als eine Alkoholikerin vorgestellt. Das würde eine echte Alkoholikerin nicht ohne weiteres tun. Echte Alkoholiker verstecken gewöhnlich ihr Problem, sie reden nicht so offen darüber wie Sie es tun. Dann: wir hatten bisher zwei Termine vereinbart. Zu beiden Terminen sind Sie auf die Minute pünktlich erschienen. Echte Alkoholiker haben häufig Schwierigkeiten, Termine einzuhalten und pünktlich zu sein. Wenn ich Sie so anschaue, Frau Berger (ich mache eine Geste zu ihr hin und schaue sie von oben bis unten an), habe ich den deutlichen Eindruck, daß Sie auf ein gepflegtes Äußeres und und elegante Kleidung großen Wert legen. Auch das unterscheidet Sie von einer echten Alkoholikerin. Als ich Sie beim letzten Mal gebeten habe, Ihre Wohnung zu beschreiben, haben Sie mir Ihre Wohnung mit soviel Liebe

geschildert, mit so vielen kleinen Details, daß ich beinahe das Gefühl habe, ich hätte sie schon mal gesehen. Ich habe noch keinen Alkoholabhängigen erlebt, der ein so liebevolles Verhältnis zu seiner Wohnung hat. (Klientin: Ja, ich fühle mich auch sehr wohl in meiner Wohnung.)

Genau. Das spürt man. - Ja und dann ist da natürlich noch der kritische Punkt, daß Sie sagen, Sie können nicht aufhören zu trinken, Sie werden immer wieder - wie Sie gesagt haben - rückfällig. (Klientin: Ja, das bedrückt mich sehr. Ich komme davon nicht los.)

Dazu geht mir folgendes durch den Kopf. Ich weiß nicht, ob das stimmt; ich denke jetzt einfach mal laut. Korrigieren Sie mich, wenn ich etwas Falsches sage! Also mal angenommen, Sie sind eine ganz normale, gesunde Frau. Was kann eine normale, gesunde Frau, die sich gern gut kleidet und pflegt, die ihre Wohnung mag, die eine Arbeit hat, mit der sie sich im großen und ganzen wohlfühlt, was kann eine solche Frau dazu bewegen, über Jahre mit längeren oder kürzeren Pausen dazwischen immer mal wieder am Abend - und manchmal an mehreren Abenden nacheinander - eine Flasche Sekt oder Wein auszutrinken? Das kann einem schon Sorgen bereiten. Besondere Sorge würde mir der Umstand bereiten, daß ich versucht habe, damit aufzuhören, dabei aber die Erfahrung machen mußte, daß ich gegen meinen bewußten Willen, wie unter Zwang, nach einer gewissen Trockenperiode doch wieder eine Flasche geöffnet und dann ein Glas ums andere ausgetrunken habe. Das erinnert mich - entschuldigen Sie, wenn ich abschweife - das erinnert mich an das Problem, das ich jahrelang mit dem Essen hatte. Ich habe über 20 Jahre lang ungefähr 10 Kilo zuviel gewogen, 80 Kilo, jetzt wiege ich 70 und das ist genau richtig. Das Problem, das ich mit dem Essen hatte, ich konnte nichts wegtun. Meine Kinder hatten das Problem nicht. Wenn die satt waren, haben sie einfach den Teller stehen lassen, auch wenn der noch halb oder dreiviertel voll war. Da half auch kein Argumentieren oder Schimpfen oder Strafen - das schon gar nicht - wenn die satt waren, waren sie satt und wollten nicht mehr. Was blieb mir anderes übrig. In den Mülleimer tun wollte ich es nicht, meine Frau wollte es auch nicht, also mußte ich es notgedrungen aufessen. Die Kinder sagten damals oft "Papa ist unser Mülleimer" und lachten und fanden das komisch. Aber wissen Sie, ich bin während des Krieges aufgewachsen wie Sie auch. Damals gab es halt nicht viel zu essen, und es war "Sünde" - wie meine Mutter sagte - etwas wegzuwerfen, was noch genießbar war; und erst recht, wenn es sich um etwas handelte, was relativ teuer war. (Die Klientin nickt: Das war bei uns auch so.)

Das Gefühl "mich zu versündigen", wenn ich Reste ins Klo gespült hätte, hatte ich bis vor wenigen Jahren noch. Dagegen war dieses Völlegefühl nach dem Aufessen der vielen Reste zwar oft unangenehm, ich wurde müde, es fiel mir schwer zu laufen, aber gegen diesen Zwang kam ich nicht an.

Ich stieg jeden Morgen auf die Waage und war stolz darauf, trotz meiner Esserei über längere Zeit hinweg nicht zugenommen zu haben. Mein Körper verfügte offenbar über ein funktionierendes Regulierungssystem, das bewirkte, daß die unterschiedlichen Nahrungsmengen sich nicht unmittelbar auf das Körpergewicht auswirkten.

Eines Morgens aber wog ich zu meiner Überraschung ein Pfund weniger als sonst. Das machte mich neugierig. Ich hatte meinem Gefühl nach nicht viel weniger gegessen als sonst. Ich war zu der Zeit gerade für eine Woche bei meiner ältesten Tochter in Berlin zu Besuch [die Klientin hat ebenfalls eine Tochter in Berlin]. Als Studentin machte sie sich nichts aus regelmäßigen Mahlzeiten. Wir verbrachten die Urlaubswoche meistens unterwegs, gingen in Theater, Konzerte, Museen, Ausstellungen, bummelten über den Ku-Damm, fuhren nach Ostberlin, besuchten Freunde, diskutierten in Kneipen und Wohnungen und hatten über all dem wenig Zeit zu essen. So kam es, daß ich am Ende der Woche drei Pfund weniger wog als sonst. Ich fühlte mich sauwohl dabei. Die Woche mit meiner Tochter hatte ich sehr genossen. Zurück in Göttingen entwickelte ich einen gewissermaßen sportlichen Ehrgeiz, die drei Pfund Gewichtsabnahme weiter auszubauen. Als ich zum ersten Mal mit meinem noch halb vollen Teller zum Klo ging, fühlte ich in mir eine Mischung aus Trotz und Stolz; und nachdem ich die Kartoffeln und Soße mit der Gabel vom Teller geschoben und gehört hatte, wie das Essen in den Abfluß plumpste, fühlte ich mich nur noch stolz und erleichtert. Stolz, weil ich eine Grenze überschritten hatte, und erleichtert, weil es nun einfach nicht mehr notwendig war, mich vollzustopfen. Ich fühlte mich frei und leicht. Ich hatte die Freiheit wiedergewonnen, wenn ich wollte, Reste wegzuschütten, und nur so viel zu essen, wie ich wollte. Mein Gott, warum erzähle ich Ihnen das alles? Wo war ich stehen geblieben. Ach ja: Aufhören. Aufhören, wenn ich satt bin. - *Sie* hören ja auf, wenn Sie satt sind [Bezug auf die schlanke Figur der Klientin].

Sie wollten ja wissen, wie ich die Erfolgsaussichten Ihrer Therapie einschätze. (Frau Berger nickt leicht. Sie sitzt zu diesem Zeitpunkt völlig entspannt in ihrem Sessel und schaut mit "abwesendem" Blick nach schräg oben aus dem Fenster. Der Kopf liegt an der hohen Rückenlehne an). Woran werden Sie merken, wenn der Erfolg eingetreten ist, den Sie sich wünschen? Klientin (tonlos, wie zu sich selbst): Daß ich nichts mehr trinke.

Daß Sie nichts mehr trinken? Warum wollen Sie nicht gelegentlich ein oder zwei Gläser Wein trinken? Beispielsweise, wenn Sie mit einem Freund zusammen gemütlich beim Essen sitzen, oder wenn Sie irgendwo eingeladen sind, oder wenn Sie sonst netten Besuch haben, oder einfach, wenn Sie den Feierabend für sich genießen wollen. Warum nicht ein oder zwei Gläser Wein genießen, und danach zu wissen, das reicht für heute. Sie wissen das, und es ist nicht notwendig zu wissen, woher Sie das wissen. Sie kennen diese Gewißheit, diese Erfahrung, mit einer alten Gewohnheit aufzuhören. Diese Gewißheit, diese Sicherheit, auch ein volles Glas einfach stehen zu lassen, zu vergessen, vielleicht sogar ins Spülbecken zu gießen, ohne daß das Bewußtsein etwas davon mitzukriegen braucht. Und nach einiger Zeit werden Sie merken, wie gut es Ihnen tut. Nicht sofort. Auch nicht schon in den nächsten Wochen. Das braucht seine Zeit und wird sicher nicht vor Weihnachten passieren [es ist Ende September]. Und woran werden Sie den Erfolg bemerken?

3.2.2 In der 4. Sitzung zum ersten Mal und danach in fast jeder der folgenden 10 Sitzungen kommt Frau Berger herein, setzt sich in den Sessel und geht etwa 2 bis 3 Minuten nach einigen einleitenden Sätzen spontan in mehr oder weniger tiefe Trance (mit unvollständigem Augenschluß). Mein anfänglicher Verdacht, es handele

sich womöglich um alkoholbedingten Schlaf, zerstreut sich, nachdem ich feststelle, daß Frau Berger während der Trance auch auf minimale vokale und gestische Signale reagiert. So imitiert sie z.B. eine Armlevitation, die ich wortlos am Rand ihres Gesichtsfeldes demonstriere. Darüberhinaus ist es ohne weiteres möglich, sie aus der Trance heraus- und wieder hineinzuführen. Daß es sich bei den "Spontantrancen" um einen Konditionierungseffekt handeln dürfte, wird deutlich, als ich Frau Berger (während der 2. Behandlungsphase) zu Beginn einer Sitzung bitte, auf einem Stuhl statt in dem gewohnten Sessel Platz zu nehmen. Auf dem Stuhl bleibt sie mühelos wach, während sie anschließend - nach einem ca. 20minütigen "Wachgespräch" wieder zurück in ihrem "Trance-Sessel" - ohne weitere Induktionen (wenn man nicht "Schweigen" als Induktion verstehen will) in Trance geht.

Während der meisten Sitzungen lasse ich die Spontantrancen zu und nutze sie zu Interventionen im Sinne der oben beschriebenen strategischen Überlegungen: So denke ich beispielsweise laut nach über die Frage, was Frau Berger wohl mit den gewonnenen Abenden machen könnte; und darüber, wie ihr Unbewußtes ihre faszinierende Fähigkeit, auch mit einer alten Gewohnheit aufzuhören, sobald diese Gewohnheit ihren Sinn verloren hat, einsetzen wird; diese Fähigkeit, die sich ja schon damals in der Erfahrung gezeigt hat, wie sie von einem auf den anderen Tag sich von der Gewohnheit, Nägel zu kauen, befreit hatte, ohne sich anzustrengen, ja ohne auch nur irgendetwas darüber zu wissen; wie ihr Unbewußtes das zuwege bekommen hat.

Nach jeweils 40 bis 50 Minuten rege ich die Klientin an, in den Wachzustand zurückzukehren. Sie folgt dabei meinen oft nur nonverbalen Suggestionen (Atemveränderung, Räkeln, Räuspern, Gähnen) relativ rasch, ist danach wieder gut orientiert und drückt Wohlbefinden aus. Die folgenden 10 bis 20 Minuten bis zum Schluß der Stunde sprechen wir über ihre Tranceerlebnisse, über bestimmte frühere und aktuelle Erfahrungen sowie im Lauf der Zeit mehr und mehr über Zukunftsperspektiven und aktuelle Veränderungen in ihrem Leben.

3.2.3 In der fünften Sitzung (Oktober) berichtet Frau Berger u.a., sie habe am vergangenen Abend - wie auch schon an den meisten vorangegangenen Abenden - eine Flasche Sekt leergetrunken. Danach habe sie sich einen Cognac eingeschenkt, aber gleich gemerkt, daß sie eigentlich auf Cognac (oder einen anderen Schnaps) gar keinen Appetit mehr habe. Zum ersten Mal in ihrem Leben habe sie einen Cognac in den Abfluß gegossen.

3.2.4 Ende November beginnt Frau Berger die Sitzung mit der Feststellung, sie habe ein akutes Problem. Sie sei von einem Kollegen ihres verstorbenen Mannes und dessen Frau für den kommenden Freitag zu einem "Bayerischen Abend" in der Kaserne eingeladen worden. Sie wisse ja von früher, daß bei derartigen Anlässen immer viel getrunken werde, und habe nun Sorge, daß sie - wie früher schon - zu viel trinken und die Kontrolle verlieren könne, wenn sie der Einladung folge. Andererseits fürchte sie, die Bekannten zu verprellen; und darüberhinaus habe sie durchaus Lust hinzugehen. Frau Berger fragt mich, wozu ich ihr rate.

Meine eigene "innere" Reaktion auf ihre Mitteilung und ihre Frage ist: Erschrecken. Ich habe zunächst den Eindruck, als Therapeut in ein Dilemma geraten zu sein: Rate ich ihr davon ab, den Bayerischen Abend zu besuchen, fürchte ich um meine Glaubwürdigkeit. Denn ich habe mich bis zu diesem Zeitpunkt sicher gezeigt, daß sie in der Lage sei, ihren Alkoholkonsum zu kontrollieren. Warum sollte sie also nicht hingehen? Wenn ich sie andererseits ermuntere hinzugehen, und sie verliert dort die Kontrolle (ich kenne derartige Festivitäten aus meiner eigenen Militärdienstzeit und schätze die Wahrscheinlichkeit für einen Kontrollverlust auf mindestens 50%), würde das ebenfalls meine Glaubwürdigkeit und ihr gerade wieder wachsendes Selbstwertgefühl erschüttern.

Im weiteren Gespräch gewinne ich den Eindruck, daß Frau Berger die Einladung ihrer Bekannten gern annehmen möchte und von mir nur noch eine Ermunterung oder Erlaubnis erwartet. Zugleich freue ich mich über die offensive Einstellung, mit der Frau Berger dieser Herausforderung gegenübertritt. Ich erlebe ihr Verhalten in dieser Situation bereits als verändert gegenüber der Anfangssituation in der Therapie, als ich sie noch eher als depressiv und resignativ empfand.

Ich ermuntere sie also, die Einladung anzunehmen und schlage ihr gleichzeitig vor, die Gelegenheit hier - in der Therapiesitzung - für eine Vorbereitung auf diese Situation zu nutzen. Es folgt eine Trancearbeit mit Pseudoorientierung in der Zeit: die Klientin erinnert sich "am Morgen danach", an dem sie sich gut fühlt, an den vorausgegangenen Bayerischen Abend.

In der nächsten Sitzung berichtet Frau Berger: Sie habe an diesem Abend zwei Gläser Wein getrunken, sonst nur Mineralwasser. Die Bekannten hätten das ohne weiteres akzeptiert, und ihr sei das ganz natürlich vorgekommen. Einen Steinhäger, den man ihr und anderen "ausgegeben" und an den Platz gestellt habe, habe sie stehen lassen. Auch das sei akzeptiert worden. Sie habe sich an dem Abend gut unterhalten und sei mit dem Verlauf sehr zufrieden.

3.2.5 In die vorletzten Sitzung vor Weihnachten bringt die Klientin eine neue Überraschung mit: Sie habe - um über Weihnachten nicht allein zu Hause "zu hängen" - einen Skiurlaub in Südtirol gebucht. Sie fahre allein, kenne auch den Ort nicht und wolle sich überraschen lassen. Eine ihrer Töchter, mit der sie am Telefon über ihren Plan gesprochen habe, habe ihr gut zugeredet. Ich beglückwünsche sie und schlage wieder eine gemeinsame Vorbereitung vor, die ich dann ähnlich strukturiere wie die Vorbereitung auf den Bayerischen Abend (Pseudoorientierung in der Zeit).

In der ersten Sitzung nach den Weihnachtsferien berichtet die Klientin, der Urlaub sei sehr schön gewesen. Es habe dort zwei Herren gegeben, die sich beide um sie bemüht hätten. Sie habe das sehr genossen. Es werde zwar daraus keine neue Beziehung entstehen, und es sei auch nicht zu körperlichen Intimitäten gekommen, aber sie habe sich doch sehr ermutigt gefühlt und sei sich nun ganz sicher, daß sie nach einem neuen Partner Ausschau halten wolle.

3.2.6 Drei Wochen später berichtet Frau Berger, sie habe kürzlich im Kino (!) einen Mann kennengelernt. Er habe zufällig neben ihr gesessen, sie seien über den Film ins Gespräch gekommen und nach der Vorstellung noch gemeinsam in ein Restaurant gegangen. Der Mann sei ihr sehr sympathisch und inzwischen sei er auch schon einmal bei ihr zu Hause gewesen. Wir sprechen detailliert über ihre Vorstellungen von einer möglichen neuen Partnerschaft und darüberhinaus über ihre weitere Lebensperspektive.

Mitte Februar hat sich die Beziehung zwischen der Klientin und dem neuen Bekannten weiterentwickelt und gefestigt. Frau Berger äußert den Wunsch, die Therapie zu beenden. Sie habe das Gefühl, sie brauche im Moment die Therapie nicht mehr, wolle sich aber die Möglichkeit offen halten, mich wieder anzurufen, wenn sie Schwierigkeiten habe. Ich erkläre mich einverstanden und kündige ihr an, daß sie natürlich irgendwann wieder Schwierigkeiten bekommen werde, dann aber immer noch entscheiden könne, mich anzurufen oder nicht. Darüberhinaus würde ich mich auch sehr freuen, wenn sie mich anriefe, um mir mitzuteilen, daß es ihr gut gehe.

4.0 Katamnese

Dreizehn Monate später rufe ich Frau Berger von mir aus wieder an, um sie zu einem für sie kostenlosen Interview einzuladen. Frau Berger berichtet, sie habe die Beziehung zu jenem Mann fortgesetzt, obwohl sie zwischendurch sehr schwierig gewesen sei. Es habe sich nämlich herausgestellt, daß er verheiratet sei. Die Ehefrau wisse aber von ihrer Freundschaft, sie habe selbst schon mit ihr telefoniert. Es sei für sie, Frau Berger, schwierig gewesen, diese Situation zu akzeptieren. Jetzt habe sie sich aber damit arrangiert. Der Mann sei nach wie vor sehr lieb zu ihr; sonst hätte sie sich wohl auch schon von ihm getrennt. Mit dem Alkohol habe sie z.Z. keine Schwierigkeiten. Allerdings habe sie zwischendurch eine Zeitlang wieder mehr getrunken, als sie wegen des Mannes in einer Krise war.

Frau Berger wirkt in dem Katamnesegespräch gelöst und heiter. Ich habe den Eindruck, daß die Beziehung zu dem neuen Partner trotz ihrer Problematik einen stabilisierenden Einfluß auf sie hat. Ich bin mir allerdings nicht sicher, ob der Alkoholkonsum der Klientin nicht wieder übermäßig ansteigen wird, wenn diese Partnerschaft in die Brüche gehen sollte. Insofern halte ich den erreichten positiven Zustand für noch nicht stabil. Weitere Nachbefragungen sollen folgen.

Literatur:

Süß, H.M. (1988). Evaluation von Alkoholismustherapie. Bern/Stuttgart/Toronto: Verlag Hans Huber.

Keywords: alcohol abuse, hypnosis

Abstract: The client, a 51 years od widow, introduces herself as "alcohol dependent". "Reduction of alcohol abuse" is definded as the goal of therapy. This goal is approached (mainly in trance) in three ways: (1) The client's model (as an alcoholic I cannot be cured and I cannot control my drinking) is replaced by another model. (2) A biographical detail (spontaneous termination of nail biting at the age of 40) is used as a resource. (3) The client is encouraged to change several aspects of her life style (isolation, loneliness). After the client has made the acquaintance of a man and has considerably reduced her alcohol intake, therapy is terminated after six months with 16 sessions. A one year follow up shows continuous improvement of her social situation and clear normalization of drinking.

Anschrift des Autors:
Hans Riebensahm, Dipl.-Psych.
Hermann-Föge-Weg 5, 3400 Göttingen

Sample Copies Available

hypnos

Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine
and Journal of European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine

International Editor:
P.O.Wikström,DDS
Betania Hospital,Stockholm, Sweden
Telephone: (46)08/ 58 54 50

This is the SSCEH Journal-Journal of European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine. The ESHPPM (abbreviated ESH) is a society of 21 confederated national hypnosis´ societies. The ESH is working in collaboration with the International Society of Hypnosis and with the same Code of Ethics.

Published 4 times a year the journal will provide a forum for the critical discussion of ideas,theories and procedures associated with the topic of hypnosis, psychotherapy and psychosomatic medicine.

Contributions from authors throughout the world are welcome, and the articles are reviewed by a large team af specialists. The distingushed editorial board includes members from several ESH societies.

"AN EXCELLENT JOURNAL which ranks the top professionally."
Harold B.Crasilneck,Ph.D.,USA Past President-American Society of Clinical Hypnosis.

"The Society has one of the first-rate Journals, and it continues to improve."
Campbell Perry,Ph.D., Concordia University,Montreal,Canada, Past Editor -ISH News Letter.

Subscription price per volume(4 issues):
DEM 74, GBP 25,USD 40. individual air-mailed
DEM 85, GBP 29, USD 55. institutional

A SELECTION OF PAPERS FROM THE CURRENT VOLUME
Evans: Hypnosis and cronic pain. Barolin: Neurophysiological understanding of hypnoid states. Rhue-Lynn: Research on the fantasy-prone person. Carlsson: Two Problem-solving methods in strathegic psychotherapy., Torem: Management of dissociative disorders., Hunter: Dissociative techniques in pain relief. Levithan-Harbaugh: Hypnoanalgesia and hypnotizability., Waxman: Hypnosis and the irritable bowel-syndrome., Bongartz : The use of trance by Shamans in Borneo.,Wark: Selfhypnosis to improve reading problems., Heap: NLP- a British perspective., Hoogduin: Hypnotizability in obsessive-compulsives., Arnell-Finer: Therapy with borderline patients., Murray Jöbsis: Case studies with borderline and psychotic patients. Shafer: Hypnosis- a tool of diagnosis. Dunninger-Kunzelmann: Hypnosis and dental anxiety., Rossi: Mind-Body Therapy. , Spencer: the playful use of words in therapy. Olness: Hypnosis for pedriatric reflex sympathetic dystrophy.

SAMPLE COPY AVAILABLE

Please send USD 8, SKR 50 or DEM 12 for copy, incl.handling and postage to

SSCEH Central Office
Box 104,S-69322 Degerfors Sweden

If you decide to subscribe,your payment will be applied to your subscription.