

## Kleine Studie zur Anwendung von Brainspotting auf Craving/Urge-Probleme von Alkoholikern

Text von Peter Uwe Hesse, leitender Psychologe der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Ballenstedt, dort seit 2003 traumatherapeutisch tätig, Aufbau der *Station 26 für spezialisierte Psychotherapie (Traumatherapie) und Psychosomatik*.

Hauptverfahren: Hypnotherapie (Verfahrensanwendung seit 1993) und Hypnoanalyse (Ego-State Therapie, Verfahrensanwendung seit 1997); Integrative Gestalttherapie sowie Systemische Psychotherapie; div. traumatherapeutische Verfahren wie PITT, EDxTM, Körpertherapie,, Eye-Movement-Integration/EMI Ausbildung durch Danie Beaulieu (Verfahrensanwendung seit etwa 2000), Ausbildung in Brainspotting durch Thomas Weber, Damir DelMonte, Birgit König, Alexander Reich und David Grant (Verfahrensanwendungen seit 2013).

Vom 10.06.2016 bis 29.08.2016 hat an der Klinik für *Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Ballenstedt* (Teil des Harzklिनикums Quedlinburg; Leitung Chefarzt Dr. med. Meinulf Kurtz) sowie an der *Rehabilitationsklinik für Abhängigkeitserkrankungen des Diakoniekrankenhauses Harz GmbH* (Leitung Chefarzt Dr. med. Eckart Grau) eine kleine Studie zur Anwendung von Brainspotting stattgefunden.

### **Ziel und Studieninteresse:**

Ausgangspunkt war mein Interesse zu erfahren, ob das Brainspottingverfahren in der Lage ist, einen Beitrag zur Behandlung von Craving-Problemen von Alkoholikern zu leisten. Ziel war also nicht eine größere empirische Anwendungsstudie zu erstellen, was die zeitlichen und auch statistischen Kapazitäten des Anwenders an Grenzen gebracht hätte, Ziel war es einfach einen Eindruck zu gewinnen, ob Brainspottinganwendungen in der Suchtarbeit eine Zukunft haben und eventuell das Wirkungspotenzial Craving zu mindern. Man könnte auch einfach nur sagen, dass ich neugierig war.

„Substanzverlangen oder Craving (engl. Begierde, Verlangen) ist ein Fachbegriff aus der Suchtmedizin. Craving oder constant craving umschreibt das kontinuierliche und nahezu unbezwingbare Verlangen eines Suchtkranken, sein Suchtmittel (Alkohol, Tabak, sonstige Drogen) zu konsumieren“ (aus: M. Haney: Self-administration of cocaine, cannabis and heroin in the human laboratory: benefits and pitfalls. In: *Addiction Biology*. Band 14, Nr. 1, Januar 2009, S. 9-21, doi:10.1111/j.1369-1600.2008.00121.x, PMID 18855806, PMC 2743289 (freier Volltext), zit. Nach Wikipedia).

### **StudienteilnehmerInnen:**

In der Ballenstedter Klinik werden u.a. Alkoholiker im Rahmen der stationären, psychiatrischen Vollversorgung der Region behandelt, meist zum Entzug/Entgiftungsbehandlung, bzw. zu einer mehr oder weniger kurzen intensiveren Nachbehandlung häufig im Rahmen bestehender Komorbiditäten. Das Diakoniekrankenhaus in Elbingerode bietet als Rehaeinrichtung eine i.d.R. 12-15 Wochen andauernde Entwöhnungsbehandlung an (Alkohol- u. Medikamentenabhängigkeit, im Fall von Drogenabhängigkeit bis zu 26 Wochen). In der Ballenstedter Klinik wurden für die Teilnahme an der Studie vier männliche alkoholabhängige Patienten rekrutiert. In der Elbingeroder Klinik konnten 15 männliche Alkoholiker sowie zwei weibliche Patientinnen in

die Studie integriert werden, so dass sich eine Grundgesamtheit von  $n = 21$  PatientInnen ergibt.

Das Alter der StudienteilnehmerInnen lag zwischen 24 Jahren bis 58 Jahren, das Durchschnittsalter war 41,95 Jahre. Es nahmen zwei Frauen und 19 Männer teil.

Neun der PatientInnen waren zum ersten Mal in einer Entwöhnungsbehandlung, vier zum zweiten Mal, drei zum dritten Mal, drei zum vierten Mal, einer zum siebten Mal. An vorausgegangenen Entgiftungsbehandlungen hatten drei PatientInnen eine Entgiftung absolviert, sechs zwei Entgiftungen, drei waren dreimal zur Entgiftung, einer siebenmal, zwei achtmal, einer dreizehmal und drei kamen mit dem Zählen leider nicht mehr nach. Der Rest konnte nicht einschätzen ob eine Entgiftung stattgefunden hatte oder es sich um Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken aufgrund anderer psychiatrischer Störungen gehandelt hat.

Zu den Komorbiditäten ist zu sagen, dass sich am häufigsten depressive- und Angststörungen fanden, zwei der Patienten hatten eine Zwangserkrankung, zwei eine schizophrene Psychose. Vier der Patienten wiesen polytoxikomane Probleme auf, als Hauptproblem jedoch den Alkohol. Da die Studienarbeitszeit nicht darauf verwendet wurde intensiver nach Komorbiditäten zu fahnden, kann hier keine gesicherte weitere Aussage getroffen werden, es imponierten in den Einzelsitzungen dann zumindest drei deutliche PTBS-Problematiken, mindestens fünf Impulskontrollstörungen, eine dissoziative Störung (bes. auftretend als schlafwandelnd). Häufiger fielen abhängige- und anankastische Persönlichkeitsstrukturen auf, in einem Fall (Drop-Out) schwere narzisstische Qualitäten. Mindestens drei adipöse Patienten, sehr häufig Nikotinabusus. Ebenfalls sehr häufig wurde über Insomnien geklagt ohne dass ich jetzt den genauen Hintergrund benennen könnte.

### **Studiendesign:**

Im Rahmen der Studie wurden den Teilnehmern zwei etwa einstündige Sitzungen Brainspotting angeboten. Vorausgegangen war in der Elbingeroder Klinik ein Treffen aller Teilnehmer, der leitenden Oberärztin sowie des Anwenders, in welchem Wissenswertes zum Brainspottingverfahren vermittelt wurde, der Hintergrund der kleinen Studie erklärt sowie ein kleiner Austausch über Craving/Urge stattfand. Die Studienteilnehmer waren von ihren GruppentherapeutInnen angesprochen worden ob bei ihnen Interesse an der Studienteilnahme besteht. Im Rahmen der vorausgehenden Informationsveranstaltung konnten sich die Teilnehmer dann für oder gegen die Teilnahme an der Studie entscheiden.

Im Rahmen der Einzelsitzungen (insgesamt 36 stattgefunden) wurde dann in der ersten Sitzung ein SUD-Wert für Craving festgelegt (oder falls zu diesem Zeitpunkt kaum vorhanden eher allgemeinen Druck), die Darstellung dieses Drucks im Körper erfragt, ein Problemspot gefunden und auf diesem prozessiert. Im weiteren Vorgehen wurde dann ein Ressourcenspot gefunden und utlisiert, in zwei Fällen statt eines Ressourcenspots ein Spot auf dem sich ein intensiver Kontakt mit den erreichten Veränderungen der Vorarbeit mit dem Problemspot darstellte. Die Hausaufgabe war in der Regel gleich: drei bis viermal pro Tag für etwa 3 - 4 Minuten die Augenposition des Ressourcen-/ Veränderungsspots einnehmen und die dabei entstehenden Phänomene beobachten. Die beiden Sitzungen fanden etwa im Abstand von zwei Wochen statt.

## Drop-Outs:

In der Studie gab es drei Drop-Outs, in einem Fall weil der Patient schon bei Einführung des Pointers deutlich machte, dass er das eigentlich nicht wolle, sondern jemanden suche der ihm einfach mal zuhöre. Er habe niemanden, mit dem er über seine Gesichtsentstellung reden könne. Dieser Patient bekam stattdessen eine einstündige Sitzung in klientenzentrierter Gesprächstherapie und war damit sehr zufrieden. Ein weiterer Patient mit stark narzisstisch geprägten Zügen erklärte beim Treffen mit dem Anwender, er habe definitiv keine Probleme mit Alkohol, auch nicht mit Craving, spüre da auch nichts besondere in seinem Körper. Ihm wurde für seine Bereitschaft gedankt an der Studie teilzunehmen. Der dritte Drop-Out Patient war durch seine Nebendiagnose einer schizophrenen Psychose leider nicht zu erreichen, auch er bekam ein etwa halbstündiges Gespräch da er sich wünschte, sich einfach mal nett zu unterhalten. Folgesitzungen fanden mit diesen drei Patienten nicht statt.

## Ergebnisse:

Für fünf PatientInnen erwies es sich schwierig einen SUD-Wert zum Craving anzugeben. In diesen Fällen wurde meist die Aussage getroffen, dass im Moment zwar gar kein Craving da sei, dass dieses aber spontan komme und dann sehr vehement sei. In diesen Fällen fanden PatientInnen jedoch meist schnell zu Kontakt zu eher allgemeinen Druck/Streßgefühlen, begann man dann auf einem Problemspot zu prozessieren, so traten oft alkoholasoziierte Reize in den Vordergrund der Verarbeitung (Bilder von Flaschen oder gemeinsamen Gelagen, Gefühlen von Geborgenheit im Kreis derjenigen unter denen die Flasche rumging o.ä.). In einem Fall erwies sich der Werbespot für Jever-Bier als zentral und die Arbeit rekurrierte in beiden Sitzungen auf die Bildsequenzen dieser Fernsehwerbung, prozessierte dabei jedoch das Craving des Patienten. Insgesamt reduzierte sich der „Saufdruck“ dieses Patienten in den beiden Sitzungen von einem Anfangs-SUD von 8 auf 0.

Orientiert man sich an den SUD-Skalen, so reduzierte sich der SUD Wert in den Behandlungen zweimal um zwei Punkte; dreimal um vier Punkte; dreimal um fünf Punkte; einmal um sechs Punkte; einmal um sieben Punkte und einmal um acht Punkte. In einem Fall blieb er konstant auf SUD 10, die Patientin konnte keinerlei Differenzierung wahrnehmen, der Wert sei auch immer bei 10. Leider konnte/wollte sie auch ihre Übung mit dem Ressourcenspot nicht durchführen, sie habe es einmal probiert aber ihn nicht gefunden. Ein Patient begann bei SUD 7, konnte aber keine weiteren SUD-Werte benennen, er erklärte, dass das jetzt „irgendwie tiefer sei aber das könne ja schließlich nicht sein!“.

Die 18 übrig gebliebenen Teilnehmer der Studie (ursprünglich 21 bei drei Drop-Outs) wurden nach ihrer Zufriedenheit mit dem Verfahren befragt. Sechs schätzten das Verfahren als sehr positiv und ausgesprochen hilfreich ein; sechs als positiv und hilfreich; drei als leicht positiv und eher hilfreich; zwei bewerteten neutral und eine Teilnehmerin schätzte es als eher schlecht und unnützlich ein.

Fast durchweg wurde Erstaunen geäußert, dass das Einnehmen einer bestimmten Blickrichtung oder Blickposition tatsächlich Veränderungen im eigenen Erleben bewirkt.

Im einzelnen berichteten PatientInnen folgende hilfreichen Aspekte der Brainspottingsitzungen:

- Es reduziere Angst und Druck;

- Es reduziere den Wunsch nach Alkohol/Saufdruck;
- Es induziere körperliche Entspannung ;
- Man komme auf Ideen, was man statt des Trinkens machen könne (Ressourcenkontakt);
- Es helfe die eigenen Themen in Worte zu fassen, überhaupt darüber zu sprechen ;
- Es schaffe „Festigkeit“ (Ressourcenkontakt);
- Es bringe einen mehr in Kontakt als „nur darüber reden“ (Aktivierung);
- Man könne damit selbst etwas tun (Selbstwirksamkeit).

12 Patienten hätten das Verfahren gerne als Teil ihrer Therapie gehabt; eine Patientin ist überzeugt, dass es eher nichts bringt; eine weitere Patientin ist da eher indifferent glaubt aber eher nicht an eine Wirkung. Vier Patienten sprachen nicht an ob sie es sich als Teil der Therapie wünschen.

Ein weiteres Ergebnis war, dass die Patienten, die tatsächlich mit dem Ressourcenpot gearbeitet hatten eine deutlich bessere Wirkung und Hilfe durch das Verfahren angaben. Fünf der PatientInnen hatten nicht oder in vernachlässigbaren Maße mit dem Spot gearbeitet. Diese fünf PatientInnen schätzten das Verfahren auch eher „neutral“ , „leicht positiv“ bzw. „eher schlecht“ ein. Der Verdacht kommt auf, dass hier der Wunsch bestand, Brainspotting möge so etwas wie ein Zaubermittel sein aber weniger ein Instrument zum arbeiten an sich selbst - jedoch handelt es sich hier nur um einen Eindruck der sich im Kontakt mit den PatientInnen ableitete, nicht so sehr um eine mit Beweisen untermauerte Aussage.

Interessant in der Brainspottingarbeit mit den Studienteilnehmern ist auch welche Themen in der Verarbeitung aufkamen. Einer der Patienten verarbeitete ausschließlich die Bilder einer Werbesendung für Jeverbier im Abgleich mit seinen dabei aufkommenden Körpersensationen (s.o.). Sechs PatientInnen arbeiteten fast ausschließlich auf der Ebene der kinästhetischen Ebene, d.h. über Körpersensationen und -phänomene und deren Veränderung. Einer davon berichtete über Farbveränderungen in seinem Visusfeld (blaues Leuchten); bei zwei Patienten tauchte punktuell das Bild einer Flasche auf. Bei zweien dieser Patienten stellte sich zwar in der Spottingarbeit am Problemspot kein Bild oder keine Szene ein, jedoch bei der Arbeit mit dem Ressourcenpot (einmal eine Weihnachtsszene, einmal die Erinnerung an Dinge, die der Teilnehmer selbst handwerklich angefertigt hatte).

Bei 13 der Studienteilnehmer tauchten in der Spot-Arbeit Erinnerungen aus der Anfangszeit der Alkoholkarriere auf bzw. aus der Zeit als der Alkoholkonsum schon eingeschliffen war. In einem Fall eher lustig bis ambivalent besetzte Erinnerungen an eine Fernsehshow, die der Klient mit seinem Bruder zusammen sah als der ihn erstmals zum Trinken überredete. Bei sieben PatientInnen dieser Gruppe werden schambesetzte Erinnerungen aufgerufen und prozessiert, in einem Fall davon verbunden mit intensivem Ekel, in einem anderen Fall verbunden mit starken andrängenden Hassgefühlen. Traumatische Erinnerungen an Kindheitssituationen zeigen sich in drei Fällen; traumatische Erinnerungen an ein Obdachlosenheim in einem Fall; in einem anderen Fall wird ein Autounfall aktualisiert und prozessiert der sich im Vorfeld der beginnenden Alkoholsuchtkarriere ereignet hat.

**Gesamt:**

Von 18 PatientInnen bewerteten 12 die Arbeit mit dem Brainspottingverfahren als *sehr positiv* bzw. *positiv*. Drei weitere PatientInnen bewerten mit *leicht positiv*. Es gab drei Drop-Outs von Menschen, die mit dem Verfahren aus unterschiedlichen Gründen so gar nichts anfangen konnten und es gab drei Bewertungen im Bereich *neutral* (2) und *eher schlecht* (1), also insgesamt sechs Teilnehmer die für sich aus der Arbeit mit Brainspotting nichts an positivem Effekt ableiten können. Mindestens zwei Drittel der untersuchten Teilnehmer sind also von den Effekten bzw. von den Besonderheiten der Methode mehr oder weniger angetan bis hin zu begeistert (dokumentierte Aussagen der Teilnehmer), während ein Drittel nicht reagierte.

Von der Beobachtung in der Verfahrensanwendung durch den Studienanwender her, überwiegt ebenfalls eher der positive Eindruck, wobei besonders die Leichtigkeit imponiert, mit welcher Teilnehmer Themen eröffnen und prozessieren, denen dies zuvor nicht so einfach in Gesprächen möglich war. Klaus Grawe verweist auf die Wichtigkeit der Aktualisierung eines Ereignisses und seiner emotionalen Zugänglichkeit, damit es im therapeutischen Sinne gut bearbeitet werden kann. Hier scheint Brainspotting eine deutliche Hilfestellung zu geben, was auch einige der Patienten direkt so angaben.

#### **Wirkung auf mich (Nachtrag):**

Ich arbeite seit ca. dem Jahr 1996 traumatherapeutisch, zunächst im Rahmen der psychiatrischen Insitutsambulanz, seit 2003 auch im stationären Rahmen und im Jahr 2006 eröffneten wir unsere *Station 26 für Spezielle Psychotherapie (Traumatherapie) und Psychosomatik*, der ersten Station für Traumatherapie in Sachsen-Anhalt. Bald schon fiel im Rahmen der Traumatherapie auf, dass immer wieder SuchtpatientInnen im Klientel auftauchten. Zum Thema Sucht war in meinen Ausbildungen nur wenig vorgekommen, die vielen Feinheiten und Möglichkeiten des Themas gingen irgendwie an mir vorbei, so dass ich mich dazu entschloss noch eine suchtspezifische Ausbildung anzuschließen, so dass ich mich zum *Sozial- und Suchttherapeuten (VDR-Anerkennung)* ausbilden ließ. In der Kombination Traumatherapie/Suchttherapie entstehen immer wieder neugierige Fragen zu denen die Forschung/Fachliteratur insgesamt keine Antworten liefern, da wäre noch sehr viel zu tun.

Eine Weile nachdem ich meine kleine Studie begonnen hatte, traf ich Thomas Weber und versprach ihm davon zu berichten. Das ist hiermit geschehen. Vielleicht stellt der Text einen kleinen Anreiz dar für weiterführende Forschung.

Neben einer Studie zur Ego-State Arbeit habe ich seit meinem Studienabschluß keine Studien mehr durchgeführt. Erstens bin ich nicht der Statistik/Empirie-Crack und blockiere mich ganz gerne wenn der Jargon zu wissenschaftlich wird, zweitens fürchtete ich immer die Arbeit und das ganze Drumrum bis man denn mal endlich ein Ergebnis hat und meist ist das dann auch noch so schwammig, dass es in alle Richtungen interpretierbar ist. Dennoch bin ich neugierig und kann meine KollegInnen nur ermutigen auch mal unter einer neugierigen Fragestellung einfach ein paar Daten und Eindrücke zu sammeln, mir persönlich hat es Spaß gemacht. Mein Motto war dabei: „Es muss nicht perfekt werden!“ Und wenn sich der eine oder die andere ein bisschen mehr für die Empirie interessiert, so kann man sich ja auch gut mit anderen zusammentun, die auch Antworten auf neugierige Fragen suchen. Dazu möchte ich wirklich ermutigen!

Und noch ein weiteres Argument für weitere „Forscher“ in Brainspottinganwendungen: Wo bekommt man schon mal die Gelegenheit zu einem bestimmten Thema 20 Patienten in

Serie zu brainspotten? Die unbewussten Lernprozesse die beim Anwender dabei ablaufen sind noch einmal etwas sehr Besonderes und verschaffen eine Tiefe und Klarheit zur Methode und zur spezifischen Anwendung, die man bei mehr oder weniger sporadischen Behandlungen zu einem Thema sonst nirgends bekommt. Also hoffe ich mal auf viele andere Interessierte.

Peter Uwe Hesse

Leitender Psychologe der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatik Ballenstedt (Harzkrlinikum)