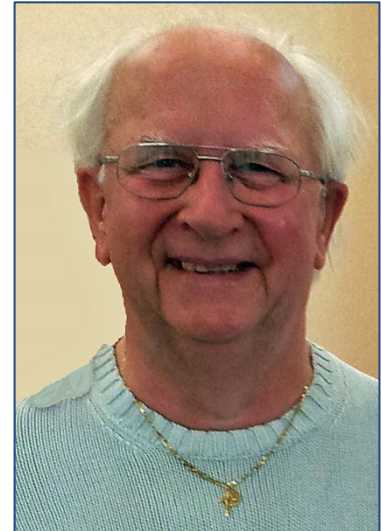


Luc Isebaert

Das Brügger Modell der Lösungsorientierung – Zur Theorie



QUELLEN

Isebaert, Luc; (2005): Kurzzeittherapie - ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie. 2. unveränderte Auflage 2009, Stuttgart: Thieme.

<http://www.korzybski.com/index.php/de/miscellana>

Seminare des SySt-Instituts, München 2006-2013, www.syst.info

Dieses Seminarskript steht unter einer [Creative Commons Namensnennung 3.0 Deutschland Lizenz \(CC BY 3.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/).



Sie dürfen das Werk und seinen Inhalt vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen und sogar Abwandlungen und Bearbeitungen anfertigen.

Einzige Bedingung: Nennen Sie meinen Namen sowie die volle Internet-Adresse, unter der Sie das Werk gefunden haben.

INHALT

DIE STRUKTUR DER GEWOHNHEITEN	4
BEWUSSTE EBENE.....	6
UNBEWUSSTE EBENE	8
INTERAKTIONELLE EBENE	8
SUCHTTHERAPIE IM BRÜGGER MODELL	12
DIE SUCHT ALS EINE PATHOLOGIE DER WAHL	13
SEMANTISCHE WAHL UND ENTSCHEIDUNGSWAHL	13
DIE PRAGMATISCHE WAHL.....	14
DIE SEMANTISCHE WAHL	15
ZUM SCHLUSS.....	17
BIBLIOGRAPHIE.....	17

SUCHT UND WAHLFREIHEIT	17
ALKOHOLIKER SEIN HEISST: WENIGER WAHLFREIHEIT HABEN.....	17
ALKOHOLIKER SEIN HEISST: SCHLECHTE GEWOHNHEITEN HABEN.....	18
ALKOHOLIKER SEIN HEISST: NICHT DIE BESTE WAHL TREFFEN.....	19
ZEHN REGELN FÜR DIE EUHÄRESIS ("die gute Wahl")	21
EINIGE TIPPS FÜR KONTROLLIERTES TRINKEN	21
Falls NICHT getrunken: CRAVING-TAGEBUCH	22
Falls getrunken: ALKOHOL-TAGEBUCH	23
ERGEBNISSE DER 4-JAHRES-KATAMNESE 1999	24
POPULATION	24
METHODE	24
ERGEBNISSE.....	24
EXISTENZANALYSE.....	26
SUCHT IN EXISTENZANALYTISCHER SICHT.....	26
SINNGEBUNG UND ZIELSETZUNG	27
LOGOTHERAPIE.....	27
VIER PHASEN	28
SOKRATISCHER DIALOG.....	29
BIBLIOGRAPHIE.....	29
ÜBER RÜCKFALL	29
DEFINITION.....	29
BETRACHTUNGSWEISEN	30
FAKTOREN, DIE DEN RÜCKFALL HERBEIFÜHREN.....	31
RÜCKFALLVERHÜTUNG und RÜCKFALLMANAGEMENT	31
RÜCKFALL ALS ÜBUNG	33
BIBLIOGRAPHIE.....	33
WAS WIRKT IN DER PSYCHOTHERAPIE?.....	34
1. PSYCHOTHERAPIE IST WIRKSAM	34
2. DAS MEDIZINISCHE UND DAS KONTEXTUELLE PARADIGMA	34
2.1. DAS MEDIZINISCHE PARADIGMA	34
2.2. DAS KONTEXTUELLE PARADIGMA.....	34
3. SIND BESTIMMTE THERAPIEFORMEN WIRKSAMER ALS ANDERE?.....	35
4. WAS SIND GEMEINSAME FAKTOREN?	35
5. PATIENTGEBUNDENE FAKTOREN	36
6. DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG.....	37
6.1. DAS RATIONALE ODER DER THERAPEUTISCHE MYTHOS	39
6.2. DIE PROZEDUR ODER DAS THERAPEUTISCHE RITUAL.....	39
7. PLACEBO-FAKTOREN	39
BIBLIOGRAPHIE.....	40

*Es ist ein großes Glück, von Persönlichkeiten gefördert zu werden, die eine ganz eigene, originale Form des Helfens geprägt haben. Ich gehöre zu den Beschenkten, die dieses Glück erlebt haben. Für meine beraterische und therapeutische Tätigkeit war es neben den Begründern der lösungsfokussierten Therapie in den USA auch **Luc Isebaert**, dessen pragmatisches Vorgehen mich sehr beeindruckt hat.*

Was zeichnete Lucs Auftreten und Kompetenz aus? Ein kleiner Ausschnitt, der mir auch nach Jahren noch gut in Erinnerung ist:

Für ihn war ein Mensch, der sich hilfesuchend an ihn wandte, kein Mängelwesen, sondern jemand, dem der Zugang zu seinem eigenen Potential vorübergehend verschlossen erschien. Er behandelte ihn nicht nur mit selbstverständlichem Respekt, sondern mit professionellem Forscher-Interesse. Gleich zu Anfang wollte er herausfinden, wie er eine positive und lösungsfokussierte Beziehung zu seinem Gegenüber finden könnte.

Er fragte die Teilnehmer:Innen in seinen Fortbildungskursen immer wieder: Was ist für Dich bemerkenswert an Deinem Gesprächspartner? Finde heraus, was Dir positiv und achtenswert erscheint! Wenn Du das gefunden hast und anerkennt, kannst Du konstruktiv mit jemandem arbeiten.

Selbstverständlich war es für ihn, die Klientin / den Klienten selbst bestimmen zu lassen, was sie oder er erreichen wollte. Für ihn gab es keine unmotivierten Patienten. Natürlich haben sie ihre eigenen Erwartungen. Diese sind nicht immer mit denen der Therapeuten deckungsgleich. Aber es ist besser, sich an ihre Erwartungen anzupassen, als ihnen fremde aufzudrängen.

Luc hatte eine selbstverständliche Art, Patienten zuzuhören. Er zeigte ihnen, dass er an ihren Erfahrungen und Einschätzungen interessiert war. Seine Haltung war geprägt von Empathie und sorgender Verantwortung. Er lud zur Zusammenarbeit ein, fragte häufiger, was sein Gegenüber erreichen wollte und bot Wahlmöglichkeiten an.

Bei den Aufgaben für die Zeit bis zum nächsten Treffen z. B. schlug er gerne mehreres vor und ließ seinem Gegenüber die Wahl. Oder er ermutigte, selbst vielleicht noch etwas Besseres zu finden, und dann dies zu tun. Menschen fühlen sich so gesehen und ermutigt - für viele eine Inselfahrung inmitten von Selbst- und Fremdwertungen.

All dies sind nur einzelne Aspekte in einem Kosmos von hilfreichen Strategien, die im „Brügger Modell“ gesammelt sind. Allen, die sich von solchen Vorgangsweisen inspirieren lassen, wünsche ich nachhaltigen Erfolg.

Januar 2026, Günter W. Remmert

DIE STRUKTUR DER GEWOHNHEITEN

In unserem Modell spielen die Gewohnheiten eine wichtige Rolle. Man könnte den Menschen - oder zumindest seine Persönlichkeit - definieren als die Summe seiner Gewohnheiten. Pathologie kann man (neben anderen Ansichtsweisen) als unerwünschte Gewohnheiten definieren, die man hat und ausführt, obwohl man dies nicht möchte, und die nicht in Übereinstimmung mit den existenziellen Wahlen stehen.

Eine existenzielle Wahl bezieht sich auf die Selbstwahrnehmung des Menschen, wie und was er sein möchte, z. B. was für ein Familienvater, Ehemann, Arzt (oder sonstiger Berufsangehöriger), Nachbar usw. jemand sein möchte. Je nach dem, was und wie er sein möchte, legt er auch entsprechende Verhaltensweisen an den Tag. Die Verhaltensweisen, die nicht damit in Übereinstimmung zu bringen sind, gelten als unbefriedigend, als pathologisch.

So sind z. B. die Verhaltensweisen eines Alkoholikers nicht in Einklang zu bringen mit einer existenziellen Wahl. Zu viel zu trinken kann nicht mit einer existenziellen Wahl übereinstimmen, denn die Wahl, ein guter Alkoholiker zu sein, ist schwer denkbar.

Die Gewohnheit des Rauchens ist ein weiteres Beispiel. Schaut man sich die Werbung an, mit der das Rauchen bzw. Zigarettenmarken angepriesen werden, so stellt man fest, dass dabei auch mit einer existenziellen Wahl geworben wird: der coole Cowboy mit Pferd und Zigarette am Lagerfeuer symbolisiert ein freies Leben, die attraktive, lässige junge Frau mit einer dünnen langen „Frauzigarette“ steht für eine erfolgreiche Karrierefrau nach einem gelungenen Geschäftsabschluss o.ä. So kann Rauchen als Gewohnheit in eine existenzielle Wahl eingebaut werden. Oftmals wird nach einer gewissen Zeit das Rauchen „objektiv“ wahrgenommen als stinkend, belästigend, gesundheitsschädigend, mit Anzeichen von Suchtverhalten. Mit dieser Wahrnehmung geht dann auch eine Diskrepanz zwischen existenzieller Wahl und Gewohnheit einher, die als pathologisch anzusehen ist. So sagen viele Raucher und Alkoholiker etwa, sie haben keine Lust aufzuhören. Sie haben aber keine Lust dazu, weil sie meinen, es sei zu schwer. Hätten sie eine Möglichkeit, ohne Anstrengung und Suchtdruck aufzuhören, so würden sie sofort die Gewohnheit des Rauchens oder des Trinkens beenden.

Alle Menschen haben in irgendeiner Weise Gewohnheiten, die störend sein können und die bei stärkerer Ausprägung auch als pathologisch anzusehen sind. Z.B. haben viele Menschen ihre kleinen Ängste (z.B. vor überfüllten Aufzügen oder vor Mäusen) oder ihre kleinen Zwänge (z. B. zu prüfen, ob wohl das Fenster wirklich geschlossen, die Kaffeemaschine wirklich ausgeschaltet oder die Haustür abgeschlossen ist). Solange dies nicht zu einer Beeinträchtigung führt, sind das Gewohnheiten, die Menschen haben können und ohne die das Leben vielleicht auch zu reibungslos wäre. In dem Moment aber, in dem Beeinträchtigungen damit einhergehen (und zwar auch Beeinträchtigungen anderer), kann man sagen, dass diese Gewohnheiten einer existenziellen Wahl gegenüber stehen.

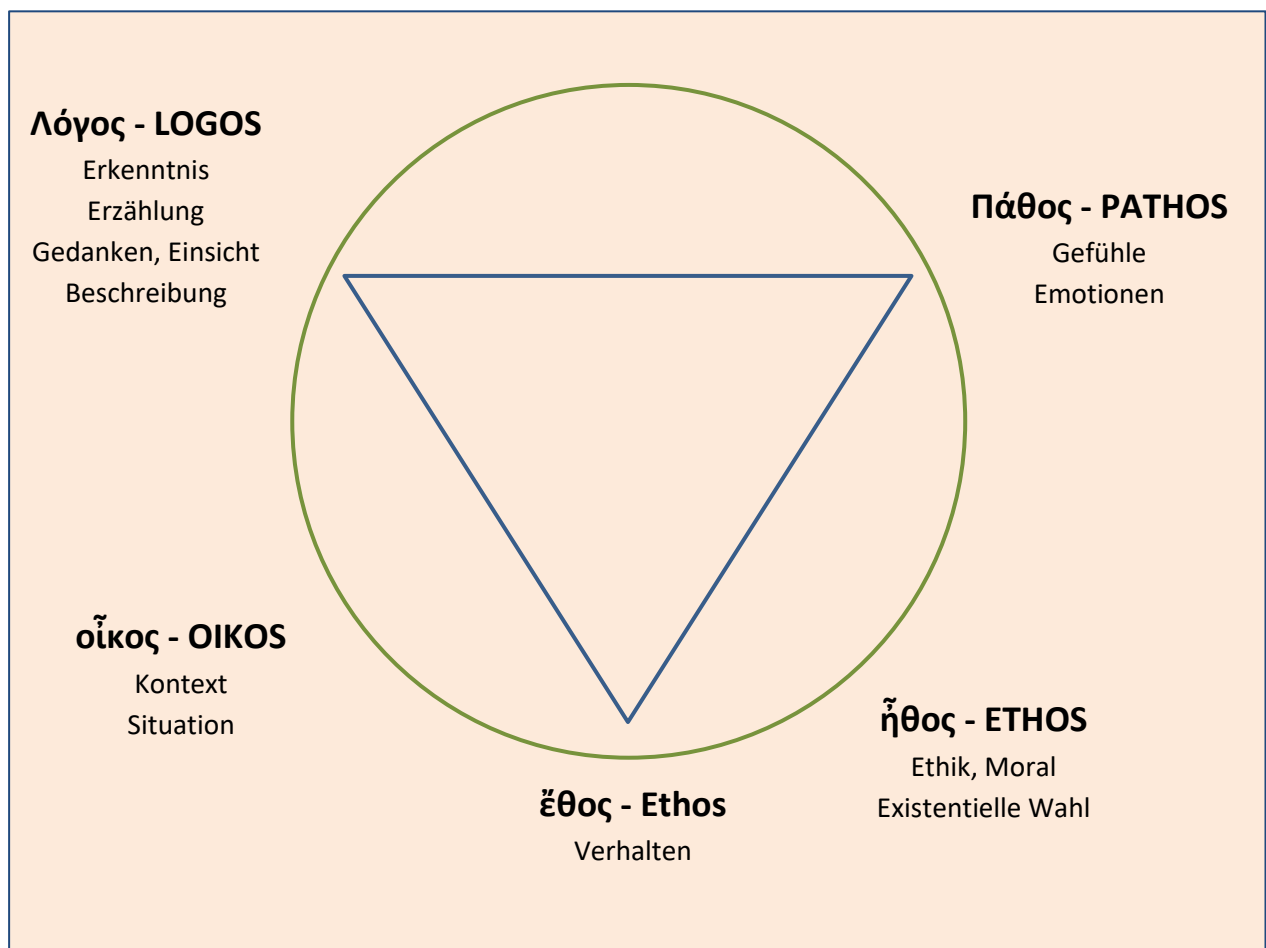
Ziel der Therapie ist es dann, dem Patienten dabei zu helfen, neue Gewohnheiten zu entwickeln oder zu alten Gewohnheiten zurückzukehren, die ihn mehr befriedigen und die mit seinen existenziellen Wahlen im Einklang sind. Der Therapeut muss dem Patienten dann dabei helfen, einen Kontext zu erzeugen, in dem er zwischen Gewohnheiten wieder wählen kann und nicht auf eine pathologische Gewohnheit fixiert ist. Oft genügt es, dem Patienten dabei zu helfen, eine kleine Veränderung im Problemkontext anzustoßen. Oft entwickelt er dann selbst ohne weitere Hilfe eine neue Gewohnheit oder kehrt zu einer alten Gewohnheit zurück. Bei chronischen Patienten ist es meist nicht möglich, auf eine alte Gewohnheit zurückzugreifen.

Häufig ist es sehr langwierig, bis sie eine andere Gewohnheit angenommen haben. Der Therapeut muss bei diesen Patienten oft die neu entstehende Gewohnheit über längere Zeit unterstützen und immer wieder ankurbeln, bis sie diese andere Gewohnheit eingeübt haben.

Wahlfreiheit nach dem Brügger Modell heißt: Wahlfreiheit zwischen Gewohnheiten möglich zu machen. Wenn ein Patient nicht weiß, was er will (oft wissen Patienten nur, was sie nicht wollen), dann kann dies durch differenziertes Erfragen der Gewohnheiten herausgefunden werden. Dazu ist es hilfreich, wenn der Therapeut weiß, wie eine Gewohnheit aufgebaut ist.

Wie ist nun eine Gewohnheit zusammengesetzt? Was ist ihre Struktur, ihre Dynamik? Wie entsteht sie und wie wird sie aufrechterhalten?

In der Verhaltenstherapie wird eine triadische Struktur der Gewohnheiten beschrieben, die aus Kognitionen, Gefühlen und Verhalten zusammengesetzt ist. Dies ist die Basisstruktur für eine Gewohnheit. Diese Ansicht geht auf Aristoteles zurück; man findet bei ihm eine Triade, die sich gut dazu eignet, über das Wesen der Gewohnheiten nachzudenken: Es ist die Triade **LOGOS-PATHOS-ETHOS**, die zudem um ein weiteres Element ergänzt werden kann: **OIKOS**.



Zudem können Gewohnheiten auf drei Ebenen beschrieben werden: die bewusste, die unbewusste und die interaktionelle Ebene. Die so vorgenommene Trennung von

unterschiedlichen Elementen und Ebenen ist eine künstliche Trennung, die allein dem Zwecke ihrer genauen Betrachtung dient, denn Gewohnheiten haben immer eine ganzheitliche Gestalt. Anhand von zwei Beispielen werden wir diese Theorie der Gewohnheiten illustrieren.

Beispiel 1: Irmtraut ist eine 45-jährige Frau, die wegen einer Zwangsstörung behandelt wird. Ihr 50-jähriger Mann ist Schuldirektor; ihre drei Kinder sind alle verheiratet und berufstätig. Sie hat 10 Jahre als Kindergärtnerin gearbeitet; ihre Zwänge und eine schwere Depression haben vor 15 Jahren dazu geführt, dass sie den Beruf aufgegeben hat. Seitdem macht sie den Haushalt.

Während der Behandlung hat sie ihre vielen Wiederholungszwänge fallenlassen können. Jetzt grübelt sie noch zwanghaft über Schuldgefühle. Zum Beispiel grübelt sie immer darüber nach, ob sie etwas Falsches zu anderen Menschen, z.B. ihrer Schwiegermutter oder ihrer Schwester, gesagt haben könnte. Sie trinkt seit Jahren jeden Morgen 200 ml eines Kaffeebreis, den sie zubereitet, indem sie eine große Tasse bis zum Rand mit Pulverkaffee füllt und dann Wasser beifügt. Sie macht das, weil sie weiß, dass zu viel Kaffee ungesund ist. Ihr Mann hat einen Herzschrittmacher und sie möchte nicht länger leben als er. Andererseits will sie auch nicht vor ihm sterben, denn sie glaubt, ohne sie käme ihr Mann nicht zurecht. So versucht sie nun quasi „die Waage zu halten“. Manchmal hat sie Herzklopfen und dann hört sie sofort auf, den Kaffeebrei zu trinken. Sie setzt dann ein paar Tage ganz aus oder sie trinkt weniger.

Beispiel 2: Horst ist ein 40-jähriger Bauarbeiter. Er trinkt täglich +/- 20 Einheiten Alkohol, auf der Arbeit nur Bier, in der Kneipe auch Schnaps. Er ist arbeitsam, gesellig, hilfsbereit, zu Hause gelegentlich aggressiv. Er ist verheiratet, seine zwei Töchter leben noch zuhause.

BEWUSSTE EBENE

Logos bedeutet auf Griechisch: Wort. Eine Gewohnheit kann mit Wörtern beschrieben werden. Wir tun dies gelegentlich in einem internen Monolog, wenn wir uns einer Gewohnheit deutlich bewusst sein wollen, so z.B. wenn wir eine neue Gewohnheit lernen und ihr mit Aufmerksamkeit nachgehen.

Wie wir eine Gewohnheit nennen, das kann ihre Bedeutung prägen. So ist es nicht einerlei, ob jemand sagt: „*Ich trinke jeden Tag eine Flasche Wein*“ oder „*Ich bin ein Alkoholiker und kann es nicht lassen, jeden Tag eine Flasche Wein zu trinken*“. Logos ist also die Art und Weise, wie die Wirklichkeit beschrieben wird.

Eine zweite Bedeutung heißt: rational, Verstehen, Kognition. Man findet diese Bedeutung in den Namen der verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen, die auf -logie enden, wie Zoologie, Ethnologie etc. Wir verstehen (mehr oder weniger gut, aber immerhin) unsere Gewohnheiten und können rational über sie nachdenken. Indem wir darüber nachdenken, messen wir ihnen eine Bedeutung bei.

Beispiel 1: Irmtraut trinkt den Kaffee, weil sie irgendwo einmal gelesen hat, dass zu viel Kaffee nicht gesund sei. Sie denkt, wenn sie ihn trinkt, wird er ihr Leben verkürzen. Und sie möchte, obwohl sie jetzt viel glücklicher ist als früher, am liebsten nicht allzu lange leben. Zum Logos gehört auch, dass sie weiß, wie sie den Pulverkaffee kauft, wie sie ihn vor dem Ehemann versteckt, wie viel sie in die Tasse schüttet.

Beispiel 2: Für Horst heißt Bier trinken: einfach Bier trinken. Er versteht sich nicht als Alkoholiker und er würde sich trotz seines Konsums an Alkohol nicht als abhängig bezeichnen.

Pathos heißt: Emotion, Gefühl. Gewohnheiten haben eine affektive Komponente. Je nach Gewohnheit kann diese ganz im Vordergrund stehen, zum Beispiel, wenn ich in der mir üblichen Weise meine Gefühle ausdrücke: wenn ich lache, weine, zärtlich bin etc. Die affektive Komponente kann aber auch weniger zur Struktur der Gewohnheit beitragen, wenn es sich etwa um einen technischen Ablauf handelt (schreiben, laufen, den Wasserhahn drehen), der in der gewohnten Weise ausgeführt wird.

Beispiel 1: Zum Pathos gehören Schuldgefühle. Irmtraut fühlt sich immer wieder schuldig wegen etwas: So hat sie etwa Schuldgefühle, weil sie befürchtet, während eines Telefongesprächs mit der Schwester etwas Falsches gesagt zu haben. Sie hat Ekelgefühle vor dem Kaffee; sie fühlt sich schuldig aber auch immer wieder erleichtert, wenn sie den Kaffeebrei zu sich nimmt.

Beispiel 2: Horst trinkt sein Bier mit Vergnügen. Der Suchtdruck wird groß, wenn er warten muss.

Mit dem **Ethos** liegt die Sache etwas komplizierter. Auf Griechisch wird es auf zwei Weisen geschrieben: mit Epsilon (wir werden dies als Ethos schreiben (gesprochen Éthos)), und mit Etha (dies werden wir als ETHOS schreiben (gesprochen Äthos). Ethos mit Epsilon heißt einmal ‚gewohntes Verhalten‘ (auf eine andere Bedeutung kommen wir im interaktionellen Teil zurück). ETHOS mit Etha heißt ‚Moral, Ethik‘.

Diese beiden Begriffe (Verhaltensgewohnheiten - Ethos und Moral - ETHOS) sind enger miteinander verbunden, als man auf den ersten Blick denken könnte. Unsere persönliche Moral ist zusammengesetzt aus unseren existenziellen Wahlen, etwa welcher Vater, welche Mutter ich sein will; wie ich als Therapeut meinen Patienten helfen will; welche Beziehung mir mit meinen Eltern, meinen Nachbarn als richtig erscheint etc.. All dies sind meine moralischen Prinzipien. Und sofern ich redlich lebe, sind meine Gewohnheiten von diesen Prinzipien geprägt. Der Ethos folgt dem ETHOS, d.h. die Gewohnheit folgt der Moral. Aber dies ist eine zirkuläre Beziehung. Aristoteles sagt mit Recht: Die Ethik entsteht aus den Gewohnheiten. Wenn unsere Gewohnheiten sich ändern, passen wir unsere Moral daran an. Die Moral ist die Tochter der Gewohnheit.

Einfache tagtägliche Verhaltenswahlen sind ein konstituierender Teil aller Gewohnheiten. Durch die Verbundenheit von Ethos und ETHOS drückt sich in jeder Gewohnheit auch unsere persönliche Moral aus. Gibt es eine Diskrepanz zwischen unseren Verhaltensgewohnheiten und unserer Moral, dann lebt man in Disharmonie mit sich selbst. Die Gewohnheit eines Alkoholikers, der sich jeden Tag betrinkt, entspricht nicht seiner existenziellen Wahl. Auf Dauer führt diese Gewohnheit dazu, dass er gegen seine existenzielle Wahl verstößt.

Beispiel 1: Wie Irmtraut für gewöhnlich ihren Kaffee zubereitet, wie sie sich ekelt und dennoch weiter trinkt, wie sie dies seit fünfzehn Jahren vor ihrem Mann und ihren Kinder verheimlicht, das gehört zum Ethos und somit zu ihren Verhaltensgewohnheiten und zu ihrer Moral.

Beispiel 2: Wie Horst das Bier bestellt, wie er tüchtig arbeitet, was er bewusst tut, wenn er aggressiv wird, sind der bewusste Ethosteil seiner Gewohnheiten.

UNBEWUSSTE EBENE

Die meisten unserer Gewohnheiten vollziehen sich auf der unbewussten Ebene. Wir führen sie durch, ohne darauf zu achten.

Logos heißt hier die logische Struktur, die logische Matrix, die in dynamischer Weise die Gewohnheit strukturiert. Sie lässt die Gewohnheit nach bestimmten Regeln ablaufen und kann oft in mathematisch- logischen Formeln ausgedrückt werden. So sind etwa die Abfolge von Nervenimpulsen, von Muskelinnervationen und Bewegungsabläufen der logischen Struktur und damit dem Logos zuzuordnen. Dies sind Bewegungsabläufe, die man nicht wahrnimmt, etwa die Bewegung der Stimmbänder beim Sprechen, die Bewegungen beim Schreiben oder beim Gehen usw. die man sich zum Teil bewusst machen kann, die aber meistens nicht bewusst sind.

Beispiele 1 und 2: hierzu gehören z.B. die körperlichen (muskulären, propriozeptiven usw.) Verhaltensmuster, die mit den Gewohnheiten einhergehen, zum Beispiel das Öffnen einer Flasche, das Einschütten in ein Glas oder aber das Öffnen des Glases mit Kaffeepulver, das Aufschütten mit Wasser, das Umrühren.

Pathos sind auf unbewusster Ebene die Gefühle die zur Gewohnheit gehören, derer wir uns aber im Moment nicht bewusst sind. So wird ein Kettenraucher die nächste Zigarette angezündet haben, ehe er sich des Suchtdrucks bewusst wird und so macht eine Frau aus Mutterliebe allerlei für ihr Kind, während sie bewusst mit ganz anderen Sachen beschäftigt ist.

Beispiel 1: Auch wenn Irmtraut gerade nicht an ihre Schuld denkt, so wird doch vieles von dem, was sie tut und lässt, von den Schuldgefühlen bestimmt.

Beispiel 2: Wie die meisten Süchtigen braucht Horst den Suchtdruck nicht bewusst zu spüren, sondern er trinkt auch, wenn er ihn nicht bewusst wahrnimmt.

Ethos ist hier die Vielzahl von Verhaltensweisen, die sich außerhalb von unserer Aufmerksamkeit abspielen.

ETHOS ist die latente Moral und Sinnggebung; es sind die hintergründigen existenziellen Wahlen, die die Gewohnheiten untermauern. Es ist sozusagen die moralische Basis, die uns nicht immer bewusst ist, in deren Rahmen wir uns aber bewegen.

Beispiele 1 und 2: Ethos: alle automatisierten Verhaltensweisen, wie die Muskelbewegungen, die es braucht, um den Kaffeebrei oder das Bier zu trinken.
ETHOS: die hintergründige moralische, sinnggebende Prinzipien, die wir nicht bewusst thematisieren.

Beispiel 1: Wenn Irmtraut ihre Tasse mit Pulverkaffee füllt, denkt sie nicht bewusst daran, dass sie den Ehemann nicht im Stich lassen will. Doch trägt dieses Prinzip hintergründig dazu bei, dass sie nicht drei oder vier solcher Tassen trinkt.

Beispiel 2: Die Idee, sich so zu verhalten, wie sich seine Kollegen sich verhalten, trägt dazu bei, dass Horst sich mit seinem Alkoholkonsum anpasst.

INTERAKTIONELLE EBENE

Schließlich gibt es auch noch eine interaktionelle Ebene der Gewohnheiten. Wir leben in ständiger Auseinandersetzung mit der uns umgebenden Realität, zu der unsere Mitmenschen gehören.

Der Logos steht hier für die Geschichte, die wir uns und den Anderen über uns selbst erzählen. Man könnte auch sagen, er ist das Szenario des Stückes, das wir mit den Anderen spielen und mit ihnen fortwährend schreiben. Wir bauen unsere Identität in Mimesis auf, im Spiegel des Blickes des Anderen, und auf der Bühne unseres Lebens spielen wir immer wieder, im Dialog mit den Anderen, die vertrauten Szenen: Das sind unsere Gewohnheiten.

Beispiel 1: Wenn Irmtrauts Ehemann nach Hause kommt, begrüßt er sie mit den Worten: Hallo Schatz, und er fragt sie nach ihrem Tag. Irmtraut erwidert die Begrüßung. Irmtraut ist auf ihrer inneren Bühne, die wie von den Schicksalsgöttinnen getrieben immer wieder etwas Falsches sagt und tut, obwohl sie es nicht will. Sie redet und fürchtet im Nachhinein, dass ihre Aussagen schlimme Folgen haben könnten.

Beispiel 2: Horst ist der Bauarbeiter par excellence, der arbeitet wie ein Pferd, trinkt wie ein Fisch und gleich bereit ist zu helfen, der zu Hause aber Krach macht - jedoch nur, wenn er, so wie er es sieht, provoziert wird.

Im Pathos zeigen wir unsere Gefühle und fühlen wir mit - oder meinen wir mitzufühlen - was die Anderen erleben.

Beispiel 1: Dazu gehört etwa, dass Irmtraut, die sich über ihre Katze geärgert hat, ihren Gefühlen gegenüber ihrem heimkommenden Ehemann Ausdruck verleihen kann. Ihr Mann, der einen erfolgreichen Tag hatte, wird seine Freude über seinen Erfolg zeigen und sie anlachen.

Irmtraut irrt sich zudem immer wieder in der Empathie, indem sie meint, dass ihre Schwester, ihre Schwiegermutter usw. auf sie ärgerlich sind, nicht mit ihr reden wollen usw. Sie versucht, sich möglichst freundlich zu zeigen, wirkt aber dabei verkrampft und unecht.

Beispiel 2: Für Horst ist es einfacher, mit seinen Kumpeln mitzufühlen, als mit seiner Frau.

Zum Ethos endlich gehören all die Verhaltensweisen, mit denen wir im Tanz der Existenz miteinander verwickelt sind, die Gesten auf der Lebensbühne. Und Ethos heißt auch noch: das Image, das Bild von uns, das wir den Anderen - und uns selbst - zeigen.

Der ETHOS steht für die gemeinsame Moral, wie sie in unserer Familie, unserem Betrieb, unserer Kultur als selbstverständlich gilt.

Beispiel 1: Irmtrauts Ehemann, der heimkommt, küsst seine Frau. Sie unterbricht die Zubereitung des Abendessens, um sich mit ihm an den Tisch zu setzen und sich mit ihm zu unterhalten. Das sind interaktionelle Gewohnheiten. Er zeigt sich als arbeitsamer Ehemann, der seine Frau über seine Berufstätigkeit und die Belange der Schule unterrichtet, indem er ihr von seinem Arbeitsalltag berichtet.

Irmtraut tritt als eine gute Hausmutter auf, die sich um ihren Mann, ihre Kinder und Enkelkinder kümmert. Sie zeigt aber meistens eine ernste, besorgte Miene und erträgt es nicht gut, wenn sie aus ihrer Routine gebracht wird.

Beispiel 2: Horst tritt als ein guter Arbeiter und ein geselliger Kumpel auf. Zuhause schwankt er zwischen hilfsbereitem und raubeinigem Auftreten.

Dieser Dreieinheit des Logos-Pathos-Ethos zur Beschreibung der Struktur von Gewohnheiten kann ein viertes Element beigefügt werden: Oikos. Oikos heißt auf Griechisch sowohl „Haus“ als auch „Umgebung, Kontext“. Jede Gewohnheit tritt in einem Kontext auf. Ändert man den

Kontext, dann wird die Gewohnheit nicht reproduziert. Im gewohnten Kontext hingegen tritt sie auf, ja sie kann sich sogar zwingend aufdrängen.

Beispiel: Ein starker Raucher sitzt in einem Teamgespräch. Nach einer Stunde ist eine Pause; er geht hinaus und raucht sofort eine Zigarette. Während der Sitzung dachte er nicht daran, zu rauchen. Hätte die Sitzung eineinhalb Stunden gedauert, dann hätte er während dieser Zeit wahrscheinlich keinen Suchtdruck verspürt. Sobald er aber in der Pause ist und rauchen kann, würde er es als Zumutung empfinden, wenn man von ihm verlangen würde, dort zu stehen und nicht zu rauchen.

Der Kontext erscheint als Stimulus für die gewohnte Reaktion, die sowohl über einen Gedanken, ein Gefühl oder ein Verhalten angeregt werden kann. Meistens handelt es sich hierbei um einen externen Kontext (die Realität), oft aber auch um einen internen Kontext, der in der Phantasie oder der Erinnerung aufgerufen wird.

Obwohl wir zwischen den Aspekten Logos, Pathos und Ethos unterscheiden können, ist eine Gewohnheit als eine einheitliche Gestalt zu betrachten. Bei einem Panikanfall z.B. kann man zwar die Angstgefühle als Gefühle, die ängstlichen Gedanken als Gedanken und die Muskelanspannung, die Bewegungen als ein Verhalten beschreiben. Jedoch sind dies nur Aspekte einer Einheit. Eine rein psychische Angst, die nicht im Körper (eben vor allen Dingen in den Muskeln) gespürt werden und bei der keine ängstlichen Gedanken aufkommen, gibt es nicht. Im Problemkontext, also in dem Kontext, in dem das Problem immer ausgelöst wird, kann der Eindruck entstehen, dass zuerst die Gefühle angesprochen werden.

Beispiel: Ein Patient spürt Angst, sobald er den Fahrstuhl sieht.

In einem Problemkontext kann es aber auch geschehen, dass zuerst die Gedanken auftreten.

Beispiel: Bei einem Wiederholungszwang wird immer wieder neu überlegt, ob die Tür nun wirklich abgeschlossen ist und ob sie richtig zu ist.

In wieder einem anderen Kontext kann auch das Verhalten zuerst angesprochen sein.

Beispiel: Ein starker Raucher kommt plaudernd aus einer Sitzung und zündet sich auf dem Flur schon eine Zigarette an, ohne dies zu überlegen und ohne bewusst Suchtdruck zu verspüren.

Obgleich in dieser Betrachtung nur jeweils ein Element im Vordergrund steht, so sind dennoch je auf der bewussten, unbewussten und interaktionellen Ebene die drei Elemente wirksam.

Die wenigsten Gewohnheiten laufen immer gleich, ohne jede Variation ab. Wir werden sehen, dass sich hieraus eine Chance für die Therapie ergibt. Varianten, wie klein sie auch immer sein mögen, können als Ausnahmen betrachtet werden, die man oftmals ausbauen und vergrößern kann, bis sich eine alternative Gewohnheit daraus gebildet hat. Nur sehr stark ritualisierte Gewohnheiten, z.B. bei Schizophrenen, können dieses Merkmal der Unveränderlichkeit aufweisen.

Um Varianten innerhalb von Gewohnheiten oder neue Gewohnheiten zu Wahl zu stellen, ist es hilfreich, die Elemente Logos-Pathos-Ethos-Oikos im Gespräch zu erkunden. Denn eine Veränderung von Gewohnheiten kann sowohl über Logos, Pathos, Ethos oder aber Oikos möglich sein.

An zwei Fallbeispielen soll dies veranschaulicht werden. An dem ersten Fallbeispiel werden noch einmal kurz und prägnant die Elemente mit den Ebenen in Zusammenhang gebracht. An

dem zweiten Fallbeispiel wird dargestellt, dass über manche Elemente ein Ausstieg aus einer Gewohnheit unmöglich über andere wiederum möglich sein kann.

Beispiel 1

Eine Patientin mit einer Agoraphobie: Die Patientin ist von ihrem Partner abhängig. Der Partner muss sie immer begleiten und viel Zeit mit ihr verbringen.

Bewusste Ebene

Logos: Ihre eingeschränkte Mobilität ist der Patientin bewusst, ebenso ihre Abhängigkeit vom Partner. Sie weiß, dass sie sich ihm unterwirft, damit er bei ihr bleibt. Das ist der Preis, den sie wissentlich bezahlt.

Pathos: Angstgefühle.

Ethos: Die Patientin geht nicht allein aus dem Haus.

Unbewusste Ebene

Logos: angespannte Muskulatur (Angst und Panikattacken).

Pathos: Ärger (über ihre Abhängigkeit), der latent immer vorhanden ist.

Ethos: Das Klammern an den Partner und ihr Verhalten (das Dankbarkeit ausdrückt, weil er bei ihr ist) ist ihr nicht immer bewusst.

Interaktionelle Ebene

Logos: Die Patientin spricht über ihre Angst und ihr Partner versteht die Bedeutung ihre Angst. Beide reden über die Angst und darüber, wie sie vermindert werden kann.

Pathos: Die Patientin zeigt ihre ängstlichen Gefühle und der Partner empfindet Mitleid (oder Machtgefühle).

Ethos: Abhängigkeitsmuster im Verhalten, sie klammert sich an ihren Partner. Er muss sie überall hin begleiten. Sie unterwirft sich dafür, das heißt, sie macht alles für ihn, was er möchte.

Die Verhaltensweisen, mit denen die Patientin ihre Angst zeigt (sie schmiegt sich z.B. an ihren Partner, schaut ihn mit weit aufgerissenen Augen an), veranlassen ihn, sie in den Arm zu nehmen und sie zu begleiten.

Beispiel 2

Eine 60jährige Witwe (Frau S.) leidet seit vielen Jahren unter starken Nackenschmerzen. Sie hat eine körperlich und geistig behinderte Tochter, die im Pflegeheim lebt. Frau S. fühlt sich verpflichtet, hin und wieder ein Wochenende mit ihrer Tochter Britta zu verbringen und für sie zu sorgen. Sie holt Britta dann nach Hause. Damit ist sie jedoch maßlos überfordert, weil ihre Wohnung nicht behindertengerecht eingerichtet ist und sie selbst es körperlich kaum schafft, Britta in den Rollstuhl zu setzen, sie zu waschen usw. Sie liebt ihre Tochter sehr. Sie möchte sich selbst als gute Mutter sehen. Zudem leidet sie unter Schuldgefühlen (die Behinderung wurde durch eine Rötelninfektion in der Schwangerschaft hervorgerufen). Die Gewohnheit von Frau S., ihre Tochter zu sich nach Hause zu holen, führt bei ihr zur Überforderung und zu einer Verstärkung ihrer Nackenbeschwerden. Welche Möglichkeiten für eine Veränderung gibt es nun?

Bezogen auf Logos: Frau S. ist mit sich selbst die Verpflichtung eingegangen, ihre Tochter nach Hause zu holen. Sie hat dies auch mit der Heimleitung abgesprochen und

zugesagt, dass sie hin und wieder Britta zu sich nimmt. Sie müsste nun die Einsicht gewinnen, dass dies für sie zu viel ist. Das will sie aber nicht wahrhaben.

Bezogen auf Pathos: Frau S. hat Schuldgefühle gegenüber ihrer behinderten Tochter. Diese Gefühle werden wahrscheinlich nicht abzustellen sein. Ein Ausweg aus der Gewohnheit über Pathos ist damit unwahrscheinlich.

Bezogen auf ETHOS: Frau S. möchte eine gute Mutter sein und sie fühlt sich verpflichtet für ihr behindertes Kind da zu sein.

Bezogen auf Ethos: Sie holt Britta ab und nimmt viel Arbeit auf sich.

Bezogen auf Oikos: Zum Kontext, in dem die Gewohnheit durchgeführt wird: Die Betreuung von Britta findet immer an einem Wochenende und in der Wohnung von Frau S. statt. Frau S. macht dies immer alleine.

Hier wäre ein Anknüpfungspunkt, um die Gewohnheit zu verändern. Zum Beispiel könnte Frau S. ihre Tochter im Pflegeheim selbst an manchen Wochenenden betreuen und versorgen. Oder Frau S. könnte hin und wieder mit ihrer Tochter ein Wochenende in einem behindertengerechten Hotel verbringen, in dem sie auch Unterstützung erhalten könnte (Sie würde dann also hin und wieder einen Kurzurlaub mit ihrer Tochter verbringen). Frau S. könnte auch schauen, ob sie vielleicht Kontakt zu Menschen mit einem ähnlichen Schicksal aufnehmen könnte und mit denen gemeinsam nach einer Lösung suchen (z.B. mit einer anderen Frau und deren Kind die Wochenenden gestalten, so dass sie sich gegenseitig unterstützen könnten).

Im Falle von Frau S. und Britta, so kann man sagen, lässt sich die Gewohnheit am ehesten über den Oikos, also den Kontext verändern. Die anderen Strukturelemente der Gewohnheit (Logos, Pathos, Ethos) scheinen hier nicht für einen Ausweg aus der Gewohnheit geeignet zu sein.

Das Wissen um die einzelnen Elemente und Ebenen, die zum Zwecke einer analytischen Betrachtung getrennt werden, kann einerseits hilfreich sein, um zu erkunden über welchen Weg eine Gewohnheit verändert werden kann. Andererseits ermöglicht die Unterscheidung etwa beim Erfragen des gewünschten Zustandes diesen in all seinen Facetten in der Vorstellung des Patienten deutlich werden zu lassen. Das heißt für Zukunftsprojektionen, dass der Therapeut jeweils genau nachfragt:

- *Und was denken Sie dann?*
- *Und was fühlen Sie dabei?*
- *Wer ist in dieser Situation noch dabei?*
- *Wo sind Sie dann genau und wer ist noch da? Was könnte derjenige dann sagen?*
- *Und was denken Sie dann? Usw.*

Auf diesem Wege kann der gewünschte Zustand sehr deutlich für den Patienten werden und es können erste Anknüpfungspunkte für eine Veränderung einer Gewohnheit entdeckt werden. Die „Landschaft des erwünschten Lebens“ kann vom Patienten mehrdimensional beschrieben werden, so dass eine vollständigere Karte gezeichnet werden kann.

SUCHTTHERAPIE IM BRÜGGER MODELL

DIE SUCHT ALS EINE PATHOLOGIE DER WAHL

Man kann die Sucht von einer Vielfalt von theoretischen Blickpunkten aus betrachten. Eine dieser Ansätze besteht darin, sie als eine Pathologie der Wahl anzusehen: Süchtige können gar nicht oder nur sehr schwer wählen, ob sie ihrer Sucht nachgeben wollen oder nicht.

In diesem Beitrag werde ich an Hand des Alkoholismus zeigen, wie wir es in Brügge versucht haben, diese theoretische Prämisse in all ihren Konsequenzen zu verfolgen und was sich daraus für die Behandlung ergeben hat.

Gehen wir also zuerst einmal davon aus, dass Alkoholiker nicht mehr wählen können, ob sie trinken wollen oder nicht. Wir werden weiter sehen, dass dies eigentlich nicht so ganz zutrifft, und dass sich hieraus ganz interessante Folgerungen ziehen lassen für die Therapie; aber fangen wir zuerst einmal von diesem Startpunkt an: Alkoholiker haben die Wahlfreiheit verloren.

Dies erscheint als evident bei den Alkoholabhängigen, die das physische und psychische Leiden der Entwöhnung dadurch zu vermeiden suchen, dass sie ihre Alkoholämie unter allen Umständen auf dem gewünschten Niveau behalten.

Die nichtabhängigen Gewohnheitstrinker ihrerseits sowie die Gelegenheitsalkoholiker verlieren die Kontrolle über ihrem Trinkverhalten, wenn der (externe oder interne) Kontext dazu Anlass gibt.

Bestimmte Alkoholiker sind sich dieses Problems des Kontrollverlustes bewusst. Sie wollen ihre Wahlfreiheit wiedergewinnen und fragen dazu unsere Hilfe. Andere wollen oder können nicht einsehen, dass sie sich nicht mehr frei verhalten können; sie wünschen ihr Trinkverhalten nicht als gestört anzuschauen und verlangen keine Behandlung.

Wie dem auch sei, ob der Patient abhängig sei oder nicht, ob er sich davon Rechenschaft trage oder nicht, es wäre eine schwere Aufgabe eine Kategorie von Alkoholikern zu finden, die in voller Freiheit dafür wählen, ihr problematisches Trinkverhalten zu handhaben.

Wenn man nun davon ausgeht dass die Sucht eine Pathologie der Wahl im Sinne des Nicht-mehr-wählen-Könnens sei, dann folgt daraus, dass die Behandlung die Wiederherstellung der Wahlfreiheit anstreben soll.

SEMANTISCHE WAHL UND ENTSCHEIDUNGSWAHL

Wenn wir zunächst näher auf die Frage eingehen wollen, was es heißt, die Wahlfreiheit wiederherzustellen, so können wir vorerst einmal sagen, dass der Trinker sich nicht mehr unwiderstehlich vom Alkohol angezogen fühlen soll; und dass er nicht mehr zu viel oder überhaupt nicht mehr trinken soll.

Hierbei wird die seit Aristoteles gängige Unterscheidung gehandhabt zwischen Wahrnehmung und Handeln. Der Mensch ist eingebettet in einem Kontext, in der ihn umgebenden Realität; er nimmt fortwährend diese Realität wahr und wirkt auf sie ein.

Die Kontaktfläche auf der Seite der Wahrnehmung, d.h. das erste was in uns geschieht, wenn wir Realität wahrnehmen, ist, wie **Alfred Korzybski** (Korzybski, 1933) es gezeigt hat, die semantische Reaktion: wir bezeichnen die Wirklichkeit, wir geben ihr einen Sinn. Für den Trinker kann sein Bier etwas Erfrischendes heißen, etwas Feines, etwas Geselliges, er kann sich davon Trost versprechen oder Nervenberuhigung oder Inspiration, je nachdem, was der Alkohol

für ihn bezeichnet; und es fällt ihm nicht ein, diese Gefühle auf einer anderen Weise zu erzeugen: er wählt automatisch Alkohol, d.h. er wählt nicht mehr. Alkohol heißt für ihn etwas Unvermeidbares, Unwiderstehliches, Unumgängliches.

Auf der Seite des Handelns dann ist das letzte, was wir tun, bevor wir handelnd auftreten und in die Realität intervenieren, dass wir uns entscheiden, was wir tun wollen: wir wählen aus den verschiedenen Möglichkeiten der Aktion diejenige aus, die uns als die Vernünftigste, die Angenehmste, die meist Ethische usw. erscheint. Auch hier ist für den Trinker die Wahl beschränkt: wenn sein Bier vor ihm steht, kann er wenig anderes tun als es auszutrinken.

Wenn wir es dem Alkoholiker ermöglichen wollen, seine Wahlfreiheit wiederzuerlangen, dann müssen wir ihm also dazu helfen, einerseits, um mit **Korzybski** und **Bateson** zu reden, die Karte zu wählen, mit der er sich in der Realität orientieren will, und andererseits in Freiheit zu bestimmen, zu welchen Handlungen er sich entscheiden will. Konkret gesagt: den Alkohol als etwas vielleicht Angenehmes aber auch Vermeidbares zu erfahren und sich für andere Alternative als das Trinken entscheiden zu können.

DIE PRAGMATISCHE WAHL

Man könnte denken (und unseres Erachtens denkt man in der Suchttherapie viel zu oft), dass es die Aufgabe und die Verantwortlichkeit des Therapeuten sei, das Verhalten des Klienten zu ändern, und, falls er dazu nicht „motiviert“ ist, ihn zu diesen Änderungen zu zwingen.

In unserem lösungsorientierten Modell erscheint eine Zwangsbehandlung nur dann und nur so lange als angezeigt, als der Patient nicht über seine volle Urteilsfähigkeit verfügt, so während den akuten Stadien der Entwöhnung oder bei einer Korsakow'schen Amnesie. In allen anderen Fällen soll der Therapeut sich als Aufgabe stellen, dem Patienten zu helfen, die Fähigkeit zu entwickeln, neue Verhaltensweisen zu entfalten, ohne ihn zu zwingen, seine alten Gewohnheiten zu ändern. Der Therapeut geht davon aus, dass der Klient selber die Schlüssel hat zur Lösung seiner Probleme, und dass der Therapeut ihm keine Lösungen anreichen soll, sondern ihm helfen soll, diese in sich selber zu finden.

Dazu gibt es verschiedene Interventionen, von denen ich hier nur ein Paar erörtern möchte:

1. Der Patient wählt selber, ob er abstinent leben oder kontrolliert trinken möchte. Wenn er dazu die Meinung des Therapeuten fragt, sagt dieser, was die Erfahrung erwiesen hat (so z.B., dass es für Alkoholabhängige sehr schwer ist, kontrolliert trinken zu lernen, oder dass die meisten Alkoholiker es auf die Dauer leichter finden, nichts mehr zu trinken als im kontrollierten Trinken immer aufpassen zu müssen). Er besteht aber darauf, dass dies nur Ratschläge seien und dass es dem Patienten frei steht, seine eigenen Experimente zu machen.

Falls der Patient weiter trinken will, bestimmt dieser selber, wie viel oder wie wenig er trinken wird. Der Therapeut informiert ihn mehr oder weniger ausführlich über die physiologischen, psychologischen und relationalen Mechanismen der Sucht im Allgemeinen, erörtert mit ihm, welche Faktoren bei ihm im Spiel sind, bespricht seinen somatischen (hepatischen, neurologischen usw.) Zustand, sagt ihm aber nie, was er tun soll, höchstens was er am besten tun würde.

2. Wie schon angedeutet hat der Alkoholiker nie völlig die Kontrolle über sein Trinkverhalten verloren. Am einen Tag trinkt er zwanzig Gläser, am anderen zehn; am einen Tag fängt er schon um acht Uhr morgens an, am anderen erst um vier Uhr nachmittags usw.: es gibt Ausnahmen (de Shazer, 1988; de Shazer, 1991; Berg, 1992) von der Regel des Kontrollverlusts. Diese

Ausnahmen zeigen den kürzesten Weg zu den Lösungen: sie zeigen, wie der Patient, oft ohne sich davon Rechenschaft zu geben, nicht nur Selbstkontrolle üben könnte, sondern diese schon übt, wie er ohne es selber zu merken schon angefangen hat, auf seiner ihm eigenen Weise seine Probleme zu lösen.

Um die vielfältigen Weisen zu eruieren, in denen der Patient sein Trinken einschränkt, verwenden wir zwei Selbstbeobachtungsbogen (Fig. 2 und 3).

Was uns dabei am meisten interessiert, ist nicht, wie viel er zu viel getrunken hat, sondern wie die Symptomsequenz geändert ist, also wie es ihm gelungen ist, früher aufzuhören, bei den Gelegenheiten, wo er weniger getrunken hat. Und fast noch mehr interessiert es uns zu vernehmen, wie er es geschafft hat, nichts zu trinken, wenn er eigentlich hätte trinken mögen, also wie die Ausnahmen zu dem üblichen Trinkverhalten zustande gekommen sind. Hier zeigt sich der Klient als Experte in der eigenen Therapie. Es gilt dann, diese Kontrollversuche hervorzuheben, sie als Lösungen zu werten, den Patienten damit zu komplimentieren, und mit ihm zu besprechen, wie er davon ausgehend noch bessere Kontrolle üben kann.

3. Die meisten Alkoholiker und ihre Angehörigen (und viele Therapeuten) denken in einer binären Logik: entweder sind sie nüchtern oder sie sind rückfällig, es gibt kein mehr oder weniger, keine Farben zwischen Schwarz und Weiß. Einer von unseren Patienten, ein schwer alkoholischer Lehrer, war gegen seinem Willen von einem Kollegen zu uns in die Ambulanz gebracht worden. Er hatte keine Begleitung gewollt, hatte darauf bestanden, selber zu beweisen, dass er aufhören konnte, wenn er wollte. Statt dies als Trinkerübermut zu werten, hatten wir ihn auf sein Wort genommen und mit ihm besprochen, wie er dies zustande zu bringen meinte. Nach sechs Monaten kam er zurück und wollte sich diesmal behandeln lassen: er hatte in der Zwischenzeit nur viermal ein oder zwei Gläser getrunken, dann aber drei Tage nacheinander eine ganze Flasche Schnaps pro Tag, und war damit überzeugt, dass er doch ein Schwächling war, dass der Teufel Alkohol viel stärker sei als er, dass er der Flasche keinen Widerstand leisten konnte usw. Dass seit den drei betrunkenen Tagen inzwischen wieder eine Woche vergangen war, in der er abstinent gelebt hatte, schien ihm unwichtig. Wir hingegen bestanden darauf, mit ihm zu besprechen, wie er auf verschiedener Weise und auf verschiedenen Ebenen Kontrolle geübt hatte: die meiste Zeit nichts getrunken, dann ein paar Mal nach einem, ein paar Mal nach zwei Gläser aufgehört, und schließlich nach drei Tagen des Kontrollverlusts sich selbst wieder unter Kontrolle gebracht.

4. Nicht nur der Alkoholiker, sondern auch seine Angehörigen haben schon vieles versucht, um die Sucht zu bekämpfen. Offenbar ist dies ihnen nicht gelungen, sonst hätten sie sich nicht um Behandlung bemüht. Oft sind sie aber immer noch bereit mitzuhelfen, nicht nur in der Suchtbehandlung im engeren Sinne, sondern auch um die verschiedenen Probleme zu lösen, die mit der Sucht im Zusammenhang stehen oder oft auch von ihr verdeckt werden. Wir helfen Ihnen, ihre Ressourcen aufzudecken und effektiv zu verwenden, indem wir mit ihnen besprechen was schon, wenn auch nur teilweise, gewirkt hat.

DIE SEMANTISCHE WAHL

Süchtige, wie oft auch ihre Angehörigen, haben, was ihre Sucht angeht, meistens ein schlechtes Selbstbild.

Schuld ist ein zentrales Thema: der Alkoholiker fühlt sich schuldig, weil er zu viel trinkt und wieder trinkt, um seine Schuld nicht zu fühlen; die alkoholische Hausfrau fühlt sich schuldig, weil sie ihre Kinder vernachlässigt, und beschuldigt ihren Mann, sie selbst zu vernachlässigen,

und auch sie trinkt, um das Alles zu vergessen. Gute Vorsätze werden gemacht, aber schnell wieder aus dem Auge verloren, sobald wieder an die Schuld erinnert wird: beide sind inkongruent miteinander, weil die eine auf die Zukunft, die andere auf die Vergangenheit bezogen ist. Man kann die Zukunft nicht realisieren, sie nur vorbereiten; und man kann die Vergangenheit nicht ändern, sie nur hinnehmen. Alle Energie, die in die Veränderung der Vergangenheit investiert wird („*ich hätte dies nicht tun sollen, mein Vater hätte mir das nicht antun sollen, wenn nur mein Kind nicht gestorben wäre usw.*“) ist verlorene Mühe.

Schuldgefühle und gute Vorsätze nützen wenig; in unserem Modell versuchen wir das Interesse der Patienten von beiden abzuwenden.

Nehmen wir zuerst einmal die Schuldgefühle: es hat natürlich wenig Sinn, den Klienten überzeugen zu wollen, dass ihm keine Schuld trifft. Die Sucht hat viele Nachteile, und diese hat er mit seinem Trinkverhalten herbeigebracht. Neben dieser Realität, besser gesagt neben dieser Karte, mit der er sich in seiner problemgebundenen Realität orientiert, zeichnen wir jetzt andere Realitäten, andere Karten. Die Sucht hat nicht nur Nachteile, sondern auch Vorteile oder wenigstens Folgen, die nicht nur negativ sind.

Um dies zu illustrieren bauen wir Hypothesen, die neben den Hypothesen der Klienten stehen, andere Karten, die nützlicher sind, um sich im Territorium des Suchtverhaltens zu orientieren.

Wie sehen solche Hypothesen aus?

1. Vielleicht erlauben die Probleme dem Klienten, höhere Werte anzustreben, wie Familientreue oder Elternliebe, wenn er dem Vorbild seines Vaters folgt, der auch getrunken hat;
2. oder sie erlauben ihm Hemmungen aufzuheben und in seinen persönlichen und sozialen Beziehungen Initiative zu ergreifen, die ihm sonst zu schwer fallen würde;
3. oder die Frau, die trinkt, hilft ihrem Mann, mehr Platz im Haushalt einzunehmen, als Vater eine wichtigere Rolle zu spielen;
4. und so weiter, von der jeweiligen Geschichte jedes Klienten inspiriert.

Diese alternativen Visionen kommen nicht an der Stelle der alten; wir behaupten nicht, dass er *nicht* schuldig sei, *sondern* treu. Vielmehr zeigen wir, dass man das Symptomverhalten *auch* mit Respekt betrachten kann: es kann sein, dass er Schuld hat an diesem und jenem, aber vielleicht hat er zugleich auch diesen oder jenen Verdienst.

Der Klient erscheint wieder als ein rationelles Wesen, das zwar schlechte aber auch gute Gründe hat für das, was er tut.

Die Konsequenz dieser respektvollen Haltung ist, dass ein semantischer Kontext der Wahlfreiheit entsteht: der Klient hat nicht mehr die binäre Wahl zwischen Sucht und Abstinenz, zwischen Schlecht und Gut, sondern verschiedene Wahlmöglichkeiten, wie er sich mehr oder weniger und auf verschiedene Weisen gut oder besser verhalten kann.

Gute Vorsätze sind an sich schön und recht. Der Teufel sitzt in der Formulierung: der Klient verspricht, dass er nie mehr ein Glas trinken wird, oder nie mehr als zwei Gläser pro Tag. Jede Abweichung von der Regel ist dann ein Rückfall und ein Versagen. Wer hat sich je vorgenommen, „*nie mehr zu trinken, oder wenn schon, dann nicht zu viel und nicht zu lange*“? Derartig realistische Entschlüsse fassen die wenigsten. Und so hinken unsere Klienten von Rückfall zu Rückfall, von Versagen zu Versagen. Sie verlieren immer mehr ihren Selbstrespekt und den Respekt ihrer Umgebung.

Man kann eben, wie schon gesagt, die Gegenwart realisieren, die Zukunft aber nur vorbereiten. Die Anonymen Alkoholiker tragen dem Rechnung, wenn sie sagen, man soll jeweils nur den Entschluss fassen, „*heute trinke ich nicht; morgen werde ich dann weiter sehen*“. Die Zukunft wird sozusagen auf die Gegenwart reduziert, und wird damit hantierbar.

Darüber hinaus versuchen wir den Klienten zu helfen, seine Zukunft wenigstens in der Einbildung realistisch zu gestalten. Dazu dienen einmal Zukunftsprojektionen wie die Wunderfrage (de Shazer, 1991; Berg, 1992; Cabié & Isebaert, 1997), bei der sich der Klient einen erwünschten Zustand ausmalt und von negativen („*ich werde aufhören dies oder dies zu tun*“) auf positiven Ziele hingelenkt wird („*ich werde anfangen das und das zu tun*“).

Zum anderen Mal versuchen wir, statt Rückfallverhütung Rückfallmanagement zu treiben: mit dem Klienten wird besprochen, was er jetzt schon tut, um die Sucht unter Kontrolle zu behalten (an Hand der Selbstbeobachtungsbogen, Fig. 2 und 3), und wie er diese oder neue Methoden anwenden möchte wenn er von seinen guten Vorhaben abweichen wird. So werden Rückfälle als Übungen in Selbstkontrolle thematisiert und können sie als partieller Erfolg statt als Versagen gewertet werden.

ZUM SCHLUSS

Ich habe in diesem Beitrag versucht anzudeuten, was am Brügger Modell spezifisch ist. Den Lesern, die mit der lösungsorientierten Therapie bekannt sind, wird das meiste als vertraut erscheinen; andere kann es überraschen. Diese möchte ich nur bitten anzunehmen, dass die gelegentlich befremdlichen Besonderheiten unseres Behandlungsmodells nur von einer bis in ihre letzten Konsequenzen verfolgten Haltung des Respektes des Klienten herkommen und von der Überzeugung, dass es nicht die Sache des Therapeuten ist, seine Klienten zu ändern, sondern nur, ihnen zu helfen, wieder in Freiheit über ihre Existenz zu bestimmen.

BIBLIOGRAPHIE

Berg, I. Kim, 1989. Working with the problem drinker: A solution- focused approach. New York, W.W. Norton.

Cabié, M.-C. & Isebaert, L., 1997. Pour une therapie brève: Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie. Ramonville- Saint- Ange, ERES.

de Shazer, S., 1988. Clues: Investigating solutions in brief therapy. New York, W.W. Norton.

de Shazer, S., 1991. Putting difference to work. New York, W.W. Norton.

Korzybski, A., 1933. Science and sanity: An introduction to non- Aristotelian systems and general semantics.

SUCHT UND WAHLFREIHEIT

ALKOHOLIKER SEIN HEISST: WENIGER WAHLFREIHEIT HABEN

Alle Toxikomanien (wie eigentlich fast alle Pathologie) haben als eine gemeinsame Eigenschaft, dass die Wahlfreiheit dem Symptom (der Droge) gegenüber sich stark verringert hat. Dies geht so weit, dass viele Abhängige sich nicht einmal mehr getrauen an die Möglichkeit der

Entwöhnung zu denken. Sie sind davon überzeugt, dass sie die Kraft dazu nicht mehr haben:
„Der Alkohol ist stärker als ich“.

Es wird die Sache des Therapeuten sein, zusammen mit dem Patienten (und den Angehörigen) ein neues Selbstbild zu kreieren, in dem er die Hoffnung wieder entdecken kann, so leben zu können, wie er es selber will. Dazu sind folgende Techniken nützlich:

Nach Ausnahmen suchen:

- Niemand trinkt jeden Tag gleich viel. Ein Tag trinkt der Patient weniger als an anderen Tagen: wie hat er das geschafft?
- Vielleicht hat er schon mal versucht, zu trinken aufzuhören, und es ist ihm während drei Tage oder einer Woche gelungen: wie hat er das gemacht?

Kontexte erzeugen, in denen der Patient wählen kann:

- Den Patienten fragen, ob er ganz mit Trinken aufhören möchte oder kontrolliert und verantwortungsvoll trinken möchte;
- Ihn fragen, ob er an diese Herausforderung alleine herangehen möchte, oder mit der Hilfe seiner Angehörigen, seiner Freunde, Kollegen usw.;
- Falls er hospitalisiert ist, mit ihm und seine Angehörigen überlegen, wie lange die Aufnahme dauern soll;
- Falls er in die Sprechstunde kommt, ihm die Entscheidung über dem nächsten Termin überlassen;
- Falls man ihm Aufgaben mitgibt, ihm zwei oder drei Aufgaben geben, aus denen er auswählen kann, was er machen will, und ihm sagen, dass wenn er keine macht, er ohne Zweifel etwas anderes tun wird, das noch interessanter sein wird, weil es ja aus seiner eigenen Initiative entstanden ist.
- Auf das Ende der Symptomsequenz fokussieren: Alles hat ein Ende, und dies gilt auch für Trinkgelage. Manchmal wird der Alkoholiker aufgehört haben zu trinken, weil er eingeschlafen ist, oder weil er so betrunken war, dass er nicht mehr wusste, was er tat. Aber vielleicht hat er mal aufgehört, weil die Flasche leer war, oder weil seine Tochter hineingekommen ist, oder wegen welchen anderen Umständen. Auch die ihm dabei geholfen haben, zu wählen, mit dem Trinken aufzuhören: wie hat er diese Umstände benützt?
- Skalen verwenden, um das binäre Denken zu nuancieren: Toxikomane (und meistens auch ihre Angehörige) sind Großmeister im Schwarz-Weiß-Denken. Abstinenz oder Rückfall; kein einziges Glas trinken oder die Kontrolle verlieren; der Beste der Ehemänner/frauen sein (wenn nüchtern), oder eine Bestie (wenn betrunken). Diese Blindheit für das reiche Farbenspektrum zwischen Schwarz und Weiß bildet eine schwere Behinderung, weil sie daran hindert, die kleinen Schritte zu sehen und wertzuschätzen, aus denen jeder Fortschritt zusammengesetzt ist.

ALKOHOLIKER SEIN HEISST: SCHLECHTE GEWOHNHEITEN HABEN

Obwohl es deutlich ist, dass eine Toxikomanie viel mehr ist als nur eine Gewohnheit, ist es doch nützlich, diesem Aspekt genügend Aufmerksamkeit zu geben. Eine Gewohnheit kann man definieren als eine Gestalt von Kognitionen, Gefühlen und Verhaltensweisen, die in einem bestimmten Kontext auftritt und die in einer ziemlich rigiden Sequenz abrollt.

Hieraus folgt, dass man das man an verschiedenen Stellen ansetzen kann, um eine Gewohnheit zu ändern. Man kann fragen:

- Wie fängt der Patient an zu trinken?
- Geht er in die Kneipe und bestellt er ein Bier?
- Stellt der Wirt das Bier vielleicht schon bereit, sobald der Patient seine Nase zeigt?
- Oder öffnet er eine Flasche und schenkt sich ein Glas ein?
- Was Anderes könnte er machen gerade in diesem Moment, der dem ersten Glas, dem ersten Schluck vorangeht?
- Wie könnte er den ersten Schluck ein wenig aufschieben und sich die Möglichkeit geben, etwas nachzudenken über das, was er da gerade macht?
- Ob er das wirklich wählt?
- Man kann nachfragen, wie die Sequenz abläuft.
- Wäre es möglich, Änderungen hineinzuschieben, bevor er so viel getrunken hat, dass er die Kontrolle verliert?
- Obwohl diese Änderungen an sich den Patienten nicht daran hindern werden, zu viel zu trinken, können sie den geradezu ritualhaften Ablauf der Suchtsequenz auflockern.

Solange es sicherer ist, und insofern als es möglich ist, den Suchtkontext vermeiden: nicht in die Stammkneipe gehen, nicht zuhause alleine bleiben, die Einkäufe zusammen mit dem Ehemann machen. Gelegentlich können die Angehörigen dabei sehr hilfreich sein. Sie können den Patienten daran hindern, sich in gefährlichen Umständen zu begeben. Hierbei ist es aber unumgänglich, dass der Patient mit dieser Fremdkontrolle einverstanden sei, dass er selber sogar danach fragt, damit er sie nicht als eine Zumutung erfährt und sich dagegen sträubt.

Neue Gewohnheiten erzeugen und einüben im alten Kontext: sich daran gewöhnen, andere Getränke zu trinken in den Situationen, wo man sonst Alkohol getrunken hat; einige wenige Getränke auswählen, aus denen man seine Wahlgetränke macht; mit äußerster Konsequenz Nein sagen bei allen Gelegenheiten (Geschäftslunche, Feste, Empfänge...), wo es nicht einfach ist, sich zu verweigern.

Es ist sehr nützlich, dies während genügend langer Zeit (z.B. sechs Monaten) zu tun, damit alle Umstände aufgetreten sind, in denen die Beharrlichkeit auf harte Probe gestellt wird.

ALKOHOLIKER SEIN HEISST: NICHT DIE BESTE WAHL TREFFEN

Nur ganz wenige Leute fassen zu einem Moment den Entschluss, Alkoholiker zu werden. Fast alle sind darin hineingerutscht, ohne es zu merken. Wenn sie bemerkt haben, dass sie die Kontrolle verlieren, hatten sie sie schon verloren. Und bis dann tranken sie (oder meinten sie wenigstens zu trinken) aus guten Gründen: um mit den Freunden mitzumachen, um sich zu entspannen, um Mut zu fassen, um ihre Probleme kurzfristig zu vergessen. Mit anderen Worten: bevor der Alkohol ein Problem wurde, war er eine Lösung. Eine Lösung, die sie am Anfang gewählt haben und die sie jetzt nicht mehr lassen können.

Es kommt vor, dass der Alkohol nicht nur schlechte, sondern auch gute Folgen mit sich trägt, dass er zu etwas Nützlichem dient, und dass es möglich ist, seine positiven Funktionen aufzuzeigen. Die Ehemänner von Frauen, die trinken, sind meistens viel mehr auf den Haushalt und auf die Erziehung der Kinder bezogen, als sie es vorher waren. Oder die Freunde in der Stammkneipe sind sehr wichtig im Sozialleben des Patienten. Über die positiven Funktionen zu reden hilft dabei, den Alkohol (und folglich den Alkoholiker) nicht zu dämonisieren, und

erleichtert die schwere Atmosphäre von Schuldgefühlen und Beschuldigungen, die die Beziehungen in Familien mit Alkoholikern so vergiften.

Wenn der Patient Alkohol verwendet, um ein Problem zu lösen, für das er bis jetzt keine andere Lösung hat, ist es wichtig, ihm dabei zu helfen, andere Strategien zu entwickeln: ihn lehren, wie er seine Ängste besiegen kann, seine schwarzen Gedanken, seine Einsamkeit, sein Mangel an Selbstvertrauen usw.

Viele Alkoholiker wissen nicht mehr, was für einen Sinn sie ihrer Existenz geben könnten. Ein Gespräch über ihre guten Eigenschaften, über was sie schon Gutes machen als Eltern, Partner, Arbeitnehmer usw. kann dazu helfen, wieder eine deutlichere Richtung zu wählen für ihr Leben.

Eine andere Weise, um die Patienten dabei zu helfen, klarer zu sehen, was sie aus ihrem Leben machen können, sind die zukunftsorientierten Fragen, z.B. die Wunderfrage. Diese Fragen helfen ihnen dabei, sich im Detail auszumalen, wie sie sich ihr Leben wünschen, nachdem sie das Alkoholproblem überwunden haben werden.

ZEHN REGELN FÜR DIE EUHÄRESIS (“die gute Wahl”)

1. Wahlmöglichkeiten kreieren:
 - a. die Wahl geben zwischen verschiedenen (2, 3) Aufgaben
 - b. die Wahl geben, diese Aufgaben auszuführen oder nicht
 - c. die Wahl geben zwischen verschiedenen therapeutischen Zielsetzungen
 - d. die Wahl geben, welche Mitglieder des (Familien-)Systems in die Therapie kommen und wann sie kommen
 - e. den Patienten wählen lassen, wann er wiederkommt
 - f. den Patienten fragen, wie seiner Meinung nach die Therapie dauern soll
 - g. permissive Satzwendungen verwenden
2. Ausnahmen hervorheben
3. Fokussieren auf das Ende der Symptomsequenz
4. Zukunftsprojektionen machen (z.B. Wunderfrage)
5. Alternative Verhaltensmöglichkeiten erwähnen, z.B. in Geschichten über andere Patienten mit ähnlichen Problemen
6. (z.B. durch Aufgaben) Situationen kreieren, worin dem Patienten deutlich wird, dass er Wahlmöglichkeiten hat, an die er nicht gedacht hatte
7. Über Alternativen reden, die zwar möglich sind, die aber Konsequenzen hätten, welche der Patient vermeiden möchte
8. Therapeutische double binds kreieren
9. Minimale Änderungen vorstellen: Schneeballeffekt
10. Am besten verschiedene Alternativen induzieren, nicht nur eine.

EINIGE TIPPS FÜR KONTROLLIERTES TRINKEN

1. Trinke nur, wenn du dich gut fühlst!
2. Trinke nie, wenn du allein bist!
3. Trinke nie vor Mittag!
4. Trinke keine Spirituosen!
5. Trinke zwei Tage in der Woche kein alkoholisches Getränk!
6. Nimm dir wenigstens eine halbe Stunde, um ein Glas Alkohol zu trinken!
7. Trinke nie alkoholische Getränke, um den Durst zu löschen! Wenn du Durst hast, trinke zuerst etwas anderes!
8. Nimm wenigstens sechs Schlucke, um dein Glas zu leeren!
9. Warte wenigstens eine Viertelstunde, um dein Glas wieder zu füllen, wenn es leer ist!
10. Übe dich im Nein sagen, wenn man dir ein Glas anbietet!
11. Trinke ein Glas Wasser zwischen zwei Gläsern Alkohol!

ERGEBNISSE DER 4-JAHRES-KATAMNESE 1999

POPULATION

Im Jahre **1995** wurden 200 Patienten aufgenommen, bei der Recherche 1999 wurden 68 nicht mehr erreicht.

n = 132. Geschlecht: M 67,4%; F 32,6%

Alter: Durchschnitt 46,20 J.; Stdev 10,30 J.. Min: 19 J; Max: 74 J.

Behandlungsdauer (inklusive Detoxikation): durchschnittlich 18 Tage **stationäre** Behandlung + 14 Tage **Tagesklinik**.

90,9% haben das Programm des Brügger Modells absolviert. Der Rest wurde nicht näher recherchiert.

MALT-Scores bei Aufnahme durchschnittlich 27,39; Stdev. 7,82. Malt > 10: bei 129 Patienten.

METHODE

Telephonische Katamnese 4 Jahre nach Behandlung. Informant: Patient. Wenn möglich, Bestätigung der Ergebnisse bezüglich Trinkverhalten durch Angehörige.

Die folgenden **Hypothesen** wurden geprüft:

1. Falls die Ergebnisse nur dem Effekt der Therapie zuzuschreiben sind, werden die katamnestische Ergebnisse nur globale Änderungen aufweisen, d.h. die Ergebnisse werden nicht beeinflusst werden von Geschlecht, Alter, Arbeitsstatus, tagtäglichem Funktionieren, familiären Bindungen, familiärer Harmonie und Partnerproblemen.
2. Falls die Änderungen Persönlichkeits- oder Umgebungsfaktoren zuzuschreiben sind, werden die katamnestischen Ergebnisse Unterschiede aufweisen:
 - 2.1. Bessere Ergebnisse bei Frauen als bei Männern;
 - 2.2. Bessere Ergebnisse bei verheirateten Personen, wenn es um Männer geht, aber nicht, wenn es um Frauen geht;
 - 2.3. Bessere Ergebnisse bei Personen, die eine Arbeitsstelle haben, als bei Arbeitslosen und Pensionierten;
 - 2.4. Bessere Ergebnisse bei Personen, die gut funktionieren, d.h. bei denjenigen, die ihre täglichen Aktivitäten ohne Probleme ausführen können;
 - 2.5. Bessere Ergebnisse in Abwesenheit von Partnerproblemen und familiärer Dysharmonie;
 - 2.6. Kontrollierte Trinker werden einen höheren sozio-ökonomischen Status und eine grössere familiäre Harmonie aufzeigen als Abstinente;
 - 2.7. Die an Alkohol relatierte Mortalität wird 1,5 bis 2 Mal höher sein bei Frauen als bei Männern.

ERGEBNISSE

Stabiler Erfolg: 100 (75,76 %). Davon:

Trinken nicht mehr: 60 (45,45%)

Trinken kontrolliert: 40 (30,30%)

(Kontrolliertes Trinken= täglich 0-3 E/T bei Männern, 0-2 E/T bei Frauen, und/oder gelegentlich mehr, aber nie > 10 E/T)

Trinken zuviel 19 (14,39%)

Gestorben 13 9,85 %)

Davon:

Tranken noch 9 (6,82 %)

Tranken nicht mehr 2 (1,52 %)

Nicht bekannt 2 (1,52 %)

Todesursachen: Suicid 5; Lebercirrhose 2; Pancreatitis 1; gestürzt 2; Krebs 2.

Nach der Behandlung nochmals aufgenommen?

Ja: 26,1%; Nein: 73,9%; Häufigkeit nicht ermittelt.

Zu Hypothese 1:

1. Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied (s.s.U.) im Erfolg zwischen Personen mit höherem u. niedrigerem MALT-Score.

2. Obwohl prozentual mehr Personen, die anfänglich Abstinenz wählten, einen guten Erfolg aufweisen als Personen, die anfänglich kontrolliertes Trinken wählten, ergibt sich auch hier kein s.s.U. (chi (1) = 2.177)

Hierbei ist interessant, dass 26,66 % der Personen, die anfänglich kontrolliertes Trinken gewählt hatten, bei der Katamnese angeben, auf Abstinenz gewechselt zu haben.

Zu den Hypothesen 2:

Zu 2.1.: Kein s.s.U. zwischen Männern und Frauen. (chi(1) = 1.469)

Zu 2.2.: Kein s.s.U. zwischen verheirateten Männern und Frauen. (chi(1) = 0.069 für Männer, 0.494 für Frauen).

Zu 2.3.: Kein s.s.U., bei Personen mit oder ohne Arbeitsstelle. (chi(1) = 1.084)

Zu 2.4.: Es gibt ein s.s.U., wobei die Personen, die gut funktionieren, einen besseren Erfolg aufweisen als diejenigen, die nicht gut funktionieren. (chi(1) = 5.314, p < 0.05)

Zu 2.5.: Untersucht wurde erstens die Beziehung zwischen Erfolg und familiärer Harmonie (im Moment der Katamnese): kein statistisch signifikanter Unterschied

Zweitens wurde untersucht, ob diejenigen, die während der Therapie von ihren Partnern gut unterstützt wurden, einen besseren Erfolg zeigten: kein statistisch signifikanter Unterschied

Zu 2.6.: Kein s.s.U. nach sozio-ökonomischem Status, weder bei den Abstinenten noch bei den kontrolliert Trinkenden;

Kein statistisch signifikanter Unterschied nach familiärer (Dys)Harmonie, weder bei den Abstinenten noch bei den kontrolliert Trinkenden.

Zu 2.7. Unter den 13 verstorbenen Patienten ist nur eine Frau. Die Hypothese wird also nicht bestätigt.

EXISTENZANALYSE

Für **Viktor Frankl**, dem Grundleger der Existenzanalyse, braucht der Mensch zum Überleben, einen Sinn an seine Existenz zu geben, gleich wie er es braucht zu essen, zu trinken und zu atmen. Fehlt dieser Sinn, ist der Mensch sich dessen nicht mehr bewusst, so entsteht eine existentielle Leere die seine Kräfte untergrabt.

Man kann verschiedene Ebene unterscheiden, auf denen der Mensch seiner Realität und seinem Leben Sinn gibt.

Auf der Ebene des unmittelbaren In-der-Welt-Seins hat, wie es **de Saussure** und später **Korzybski** gezeigt haben, jeder Wahrnehmungsakt eine semantische (bezeichnende und sinngebende) Dimension. Auf einer ontischen Ebene strebt, so **Frankl**, jeder Mensch danach, sich auf der Linie Vergangenheit-Gegenwart-Zukunft sinnvoll und zielgerichtet zu projizieren und somit seiner Existenz einen Sinn zu geben. Hier setzt die Existenzanalyse **Viktor Frankls** an.

„Existenzanalyse nenne ich nun jene psychotherapeutische Behandlungsmethode, die ihm (dem Patienten) helfen möchte, in seinem Dasein Sinnmomente zu entdecken, Wertmöglichkeiten aufzuspüren ... Vorausgesetzt ist jeweils das Bild des Menschen als eines geistigen, freien und verantwortlichen - verantwortlich für die Verwirklichung von Werten und für die Erfüllung von Sinn: das Bild des sinnorientierten Menschen.“ (Frankl, 1)

SUCHT IN EXISTENZANALYTISCHER SICHT

Die Suche nach Sinnggebung ist wesentlich für den Menschen; wenn diese nicht gelingt, wenn der Mensch keinen Sinn findet für sein Leben, besteht für **Frankl**, in Analogie zur sexuellen Frustration, eine existentielle Frustration.

„Der Mensch kann seelisch krank werden durch das Sinnlosigkeitsgefühl - durch die Frustration seines Sinnanspruchs am Dasein, seines Bestrebens und Ringens darum, möglichst viel Sinn zu investieren in seinem Dasein und möglichst viel Werte zu realisieren in seinem Leben.“ (Frankl, 2, p.120).

„Wir sprechen in solchen Fällen, in denen der Mensch in diesen seinen Sinnanspruch ans Dasein leer ausgeht, mit anderen Worten, in denen er im Bemühen, seinem Leben einen lebenswürdigen Sinn zu geben, scheitert, von einer existentiellen Frustration.“ (ibid.)

Diese ist an sich nicht notwendigerweise pathologisch. *„Man muss nicht krank sein, wenn man sein eigenes Dasein für sinnlos halt, ja man muss deswegen nicht einmal krank werden. Die existentielle Frustration ist somit weder etwas krankhaftes, noch ist sie in jedem Falle etwas krank Machendes.“* (id, p.125)

Besteht aber eine somatische und/oder psychische Pathologie oder auch nur eine Gefährdung, dann kann die existentielle Frustration sich darauf pfpfen und so zu einer „noogenen Neurose“ Anlass geben.

Eine Gefährdung gibt es z.B., wenn eine gewisse Alkoholintoleranz besteht oder die Gewohnheit im Stammlokal mit den Freunden etwas zu viel zu trinken oder jeden Abend den Last des Arbeitstages mit ein paar Schnäpsen hinunterzuspülen. Unter diesen oder ähnlichen Vorbedingungen kann die existentielle Frustration zu einer noogenen Neurose Anlass geben.

In anderen Fällen ist schon eine klassische, neurotische, psychotische oder psychosomatische Pathologie da, kompliziert dann die noogene Neurose das Zustandsbild und macht es notwendig, zur Heilung die existentielle, noëtische Ebene in der Behandlung einzubeziehen.

Logotherapie als spezifische Therapie noogener Neurosen wird also nicht selbstständig betrieben werden; vielmehr wird sie auf die angebrachten physiologischen und psychologischen Behandlungsmaßnahmen aufgestuft werden, sie überwölben und in einer sinnvollen und sinngebenden Struktur unterbringen. Logotherapie ist „Höhentherapie“. „Die Logotherapie stellt eine noëtische Ergänzung der somatopsychischen Therapie dar.“ (Frankl, 2).

„Nicht jede Neurose ist noogen; nicht jede Neurose ist aus einem Gewissenskonflikt oder einem Wertproblem entstanden.“ (Frankl, 2, S.126)

Dennoch ist für bestimmte Logotherapeuten die Atrophie der existentiellen Sinngebung ein äußerst wichtiges Element in der Suchtbildung und soll dem Wiederaufbau existentieller Ziele einen zentralen Platz in der Behandlung gegeben werden:

„Über allen physiologischen und psychologischen Erklärungen der Sucht findet man immer wieder, als die schwerste Frustration, die Unfähigkeit einen Sinn zu finden (Holmes, in: J. Fabry e.a. S. 243).“

SINNGEBUNG UND ZIELSETZUNG

Sinngebung hat mit Zielsetzung zu tun. Wenn etwas, das wir unternehmen, kein Ziel hat, werden wir es auch als sinnlos erfahren. Die existentielle Frustration kann als Ziellosigkeit erfahren werden: so treibt die Trittmühle der täglich wiederkehrenden Haushaltstätigkeiten die Hausfrau an die Flasche, die ihr Sehnen nach einer sinnvolleren Existenz betäubt.

In dieser Betäubung, und in ihrer Wiederholung in der fortschreitenden Sucht, verliert der Süchtige auch den Sinn einer Richtung, einer sinnvollen Verbundenheit seiner Gegenwart mit seiner Vergangenheit und Zukunft; auf dieser Ebene werden Werte wie Pflicht und Verantwortung irrelevant. Je mehr der Süchtige trinkt, um das Leiden der Sinnlosigkeit nicht zu spüren, umso weniger Chancen gibt er sich, den Sinn seines Daseins aufzudecken.

LOGOTHERAPIE

Logotherapie hat **Frankl** das von ihm entwickelte Verfahren genannt, das darauf zielt, die Patienten den Sinn ihrer jeweiligen Existenz wiederentdecken zu lassen:

„Die Logotherapie hat den Menschen zum Bewusstsein seines Verantwortlichseins zu bringen; aber darüber hinaus darf sie ihm keinerlei konkrete Werte vermitteln, muss sich vielmehr darauf beschränken, den Patienten die auf eine Verwirklichung durch ihn wartenden Werte und den einer Erfüllung durch ihn harrenden Sinn selbsttätig finden zu lassen.“ (Frankl, 2, 118)

„Logotherapie (ist) wesentlich Erziehung zur Verantwortung.“ (id. ,119)

Die Logotherapie richtet sich mehr auf geistliche Gesundheit als auf Geisteskrankheit hin, mehr auf Freiheit als auf Einschränkungen, mehr auf Verantwortung für die Zukunft als auf Traumata in der Vergangenheit.

VIER PHASEN

Nach **Elisabeth Lukas** kann man vier Phasen unterscheiden in der Therapie:

1. Die Kräfte der noëtischen (geistlichen) Dimension des Patienten werden verwendet, um ihn zu helfen, sich von seinen Symptomen zu befreien. Der Patient entdeckt, dass er nicht identisch ist mit seiner Angst, seiner Verlassenheit, seiner Aggressivität, seinem Verlangen nach Alkohol. Er braucht nicht das willenlose Opfer zu sein seines biologischen, psychologischen oder soziologischen Schicksals; wie schwer es ihm in bestimmten Umständen auch fallen mag, er kann in jeder Situation einen eigenen Standpunkt einnehmen.

Er fängt an, bewusst einzusehen, was er unbewusst schon wusste: dass er nicht nur ein Süchtiger ist, sondern an erster Stelle ein Mensch, der seine Verantwortlichkeit aufnehmen und seinem Dasein einen Sinn geben kann.

Der sokratische Dialog (s.u.) ist in dieser Phase die wichtigste Technik des Logotherapeuten. Er hilft den Klienten, von sich selbst aus einzusehen, was an seinen Auffassungen, seinen Einstellungen mangelte, ohne dass der Therapeut es ihm erklären oder gar ihn davon überzeugen muss.

2. Wenn der Patient sich geistig von der Identifikation mit seinen Symptomen gelöst hat, kann er eine neue Haltung einnehmen gegenüber sich selbst und seinem Leben. Der Therapeut hilft ihm, in Gegenwart und Vergangenheit Momente zu entdecken, in denen er war wie er sein möchte. So wird ihm klar, dass er wählen kann, welche Haltung er gegenüber den realen Problemen seines Daseins einnimmt: seine Identität ist nicht mehr nur die eines Alkoholikers, sondern in einem anderen Kontext z.B. auch die eines fleißigen Arbeiters, eines begeisternden Lehrers, eines kreativen Künstlers usw. Er hat Ressourcen in sich, die er verwenden kann, um seine existentiellen Ziele zu erreichen.

3. In der dritten Phase versucht der Patient in der problematischen Situation neue Verhaltensmuster zu entwickeln; die Sucht wird somit hantierbar oder löst sich auf. Der Therapeut unterstützt diese Versuche durch seine positiven Kommentare.

Einmal ein Alkoholiker, immer ein Alkoholiker: Mit dieser Parole kann sich der Logotherapeut nicht verstehen: Der Mensch ist frei seine Haltung zu bestimmen, er kann sich selbst bestimmen und seiner Existenz, mit einem neuentdeckten Sinn, eine neue Richtung geben.

Jeden Tag treffen wir hunderte von kleinen Entscheidungen. Einige von diesen können mit Sucht zu tun haben: was trinke ich zum Abendessen, wie bestreite ich meine Langweile, meine Einsamkeitsgefühle, meine traumatischen Flash-backs, wie kann ich fröhlich und gesellig sein. Dem Süchtigen gelingt es schwer, diese kleinen, tagtäglichen Wahlmomente in Übereinstimmung zu bringen mit seinen großen, existentiellen Entscheidungen. In der dritten Phase prüfen Therapeut und Patient zusammen, wie neue, sinnvolle Gewohnheiten sich an der Stelle der alten entwickeln können.

4. Letztlich wird die neuentdeckte existentielle Sinnggebung besprochen und auf den verschiedenen Teilgebieten des Daseins des Patienten (Beruf, Familie, Freizeit...) ausgebreitet.

SOKRATISCHER DIALOG

Im sokratischen Dialog stellt der Therapeut seine Fragen so, dass der Patient sich bewusst wird seiner unbewussten Entscheidungen, seiner vergessenen Möglichkeiten und Kräften. Er beschränkt sich nicht darauf, anamnestische Fakten zu eruieren oder die Ohnmachtsgefühle des Patienten der Sucht gegenüber zu begreifen. Vielmehr muss der Therapeut immer wieder den Patienten auffordern, Entscheidungen zu treffen, Verantwortung zu übernehmen, neue Richtungen der existentiellen Sinngebung zu erforschen. Therapeut und Patient sind verbunden in einem gemeinsamen Streben, einen Ausweg zu finden aus existentieller Leere und Frustration.

BIBLIOGRAPHIE

Fabry, Joseph, Bulka, Reuven & Sahakian, William, ed.: Logotherapy in Action. Jason Aronson, New York- London, 1963.

Frankl, Viktor: Ärztliche Seelsorge: Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. 5. Druck, Fr. Deuticke, Wien, 1948.

Frankl, Viktor: Theorie und Therapie der Neurosen: Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse. Urban & Schwarzenberg, Wien-Innsbruck, 1956.

ÜBER RÜCKFALL

DEFINITION

Eine allgemeingültige Definition des Rückfalls, die von allen Untersuchern angenommen würde, gibt es nicht.

Für orthodoxe Abstinenzler heißt ein einziges Glas schon ein Rückfall. Dies ist die Position die u.a. die Anonymen Alkoholiker einnehmen. Eine so strenge Definition ist aber schwer haltbar, weil sie keinen Unterschied macht zwischen dem was **McKay** (1999) „slips“ („Ausrutscher“), „lapses“ („Stürze“) und „relapses“ (Rückfälle“) nennt.

So geht z.B. aus einer katamnestic Studie von **Maffli** e. a. (1995, zit. von Th. Meyer, 1999) hervor, dass zwar nach sechs Jahren mehr als 80% der zuvor stationär behandelten Patienten rückfällig waren, dass aber 45% von diesen über diese ganze Zeit hindurch eine Gesamtrückfalldauer von weniger als drei Monaten aufwiesen.

Wie **Th. Meyer** es ausdrückt: „In begrifflicher Hinsicht bedeutet das, dass zwischen ‚Ausrutschern‘ und schwerer Rückfälligkeit unterschieden werden muss.“

Die meisten Untersucher verwenden denn auch verwenden eine flexible, obwohl unklare Definition, wie z.B. (McKay, J., 1997): „eine Episode des Substanzgebrauchs, die auf einer Periode von Abstinenz folgt“, oder wie im Projekt MATCH, „drei Tage übermäßigen Trinkens nach einer Periode der Abstinenz.“ Wenn man auch diejenigen berücksichtigen will, denen es gelingt, nach Alkoholmissbrauch wieder zum mäßigem Konsum zu kommen, sollte dies heißen: „drei Tage übermäßigen Trinkens nach einer Periode der Abstinenz oder des mäßigen Alkoholkonsums“.

Diese Definitionsprobleme sind nicht ohne Einfluss auf die Behandlung. Wenn man die Definition des Rückfalls zu niedrig ansetzt (z.B. das erste Glas bedeutet einen Rückfall), geschieht es, dass ein Klient der nach einer Periode der Abstinenz ein wenig trinkt (z.B. ein oder zwei Gläser), dies gleich als einen Versager wertet, sich davon überzeugt, dass er nicht ohne Alkohol leben kann, keinen Willen hat u. ä. und deswegen gleich weiter trinkt. Wenn er hingegen dieses Ereignis als ein bloßes Stolpern betrachtet, kann er wählen, gleich nach dem Stolpern den erfolgreichen Weg, auf dem er unterwegs war, fortzusetzen.

BETRACHTUNGSWEISEN

Bis vor etwa fünfzig Jahren war die dominante Sicht auf Alkoholismus im Allgemeinen und auf Rückfall im Besonderen von moralischer Art: ein Rückfall war ein Zeichen von Charakterschwäche, Egoismus u. ä. Rückfällige müssen in dieser Auffassung getadelt werden, auf ihre Pflichten gewiesen, eventuell gestraft, z. B. indem man Ihnen den Führerschein verweigert, wenn sie nicht beweisen können, dass sie während eine bestimmte Anzahl Monate abstinent gelebt haben.

Das **Krankheitsmodell** hat demgegenüber beträchtliche Vorteile. Es gestattet, diagnostische Unterschiede zu machen, Tiermodelle aufzustellen, die physiologischen Korrelate des Rückfalls zu studieren und diese pharmako-therapeutisch zu beeinflussen. Konzepte wie craving (Suchtdruck) und compulsive drinking (Zwanghaftes Trinken) und die Analogie zwischen Rückfällen bei z.B. Entzündungskrankheiten und bei Alkoholismus gehören zu diesem Denken.

Ein wichtiger Nachteil ist, dass es nicht einleuchtet, wie man jemanden von dieser Alkoholkrankheit heilen soll. Am besten kann man eine Remission bekommen, und Rückfälle sind immer zu befürchten, wie lange diese Remission auch schon dauert.

Im **verhaltenstherapeutischen Modell** betrachtet man das übermäßige Trinken als ein gelerntes Verhalten. Und was man gelernt hat, kann man verlernen. Wenn eine genaue Analyse des Problems gemacht wird, eine genaue Beschreibung der Symptomsequenz, dann kann man andere Sequenzen installieren. In der negativen Dekonditionierung wird eine unangenehme Erfahrung am Rückfall verknüpft (früher die Apomorphinkur, jetzt noch Trinken nach Disulfiram).

In der **kognitiven Therapie** tritt der Therapeut mehr oder weniger als ein Pädagoge auf, der den Patienten informiert und ihm lehrt wie rationelleres Verhalten, eine vernünftigeren Verhaltenssequenz aussehen kann und wie er Rückfälle verhüten kann indem er anderes Verhalten produziert.

Im **lösungsorientierten Modell** liegen die Auffassungen über das Entstehen des Alkoholismus nicht weit von der Verhaltenstheorie, nur wird anstatt erlerntem Verhalten eher von Gewohnheiten geredet. Physiologische (wie craving) und psychologische (Persönlichkeitsprofile der Alkoholiker, Kodependenz) Aspekte werden nicht berücksichtigt. Es wird versucht, den Klienten zu helfen, mit seinen eigenen Ressourcen eine Gewohnheit durch eine andere zu ersetzen.

FAKTOREN, DIE DEN RÜCKFALL HERBEIFÜHREN

In Anschluss an Marratt & Gordon (1985) sind, vor allem auf Grund von retrospektiven Studien (z. B. J. McKay, 1999) und von verhaltenstherapeutischer Sicht aus die folgenden Kategorien beschrieben worden von „*relapse precipitants*“, also Situationen von erhöhter Gefährdung:

- negative, unangenehme interne Zustände (wie Angst, Einsamkeit, Langweile, Depression)
- positive, angenehme interne Zustände (wie Euphorie, Unbekümmertheit)
- Verlangen, die Eigenkontrolle zu testen
- Lust, sich in Risikosituationen zu begeben
- wenig self-efficacy (die Geschicktheit, Erfolg zu haben in dem, was man sich vorgenommen hat)
- sozialer Saufdruck und Relationale Konflikte
- „*ko-dependente*“ Angehörige
- ungenügend soziale Unterstützung
- negative Selbstmotivierung nach einem kleinen Ausrutscher (das erste Glas war ein Rückfall, also ich bin rückfällig, also ich trinke jetzt weiter)

Eher aus dem medizinischen Modell stammen folgende Faktoren:

- starke physiologische Abhängigkeit und Entzugserscheinungen
 - starkes Craving (Suchtdruck)
- Und aus dem lösungsorientierten Ansatz:
- wenig Einsicht, wie man es bisher fertig bringt um an bestimmten Tagen weniger zu trinken;
 - wenig Einsicht, wie man bisher aus den Rückfällen herausgestiegen ist.

RÜCKFALLVERHÜTUNG und RÜCKFALLMANAGEMENT

Pharmako-therapeutisch werden zurzeit in der Rückfallverhütung drei Substanzen häufig verwendet: Acamprosat, Naltrexon und Disulfiram.

Acamprosat soll durch einen glutamatantagonistischen Effekt die physiologischen Aspekte des Craving beeinflussen und so den Suchtdruck verringern. Weil diese nach gelungener Entgiftung eigentlich keine Rolle mehr spielen, gibt es wahrscheinlich noch andere Faktoren, die die erniedrigte Rückfallsrate erklären. Nachteile sind die Notwendigkeit der Einnahme von 3x2 Tabletten täglich, was die Compliance erschwert und ein negatives Selbstbild fördern kann (ich bin ein Schwächling, ich brauche ein Medikament, um meine Lust zum Trinken zu kontrollieren).

Naltrexon blockiert die Opioidrezeptoren. Dadurch verringert es nicht nur das Craving, sondern es nimmt auch die Lustgefühle aus dem Rausch weg; es macht keinen Spaß mehr zu trinken. Leider werden auch andere Lusterlebnisse (wie z.B. bei sexueller Aktivität) negativ beeinflusst. Deswegen müssen oft „Ferien“ aus der Naltrexonbehandlung eingeschaltet werden, damit der Klient überhaupt noch genügend Lustiges erleben kann.

Disulfiram hat wegen den gefährlichen Nebenwirkungen, vor allem wenn der Patient doch trinkt, sehr an Wichtigkeit eingebüßt. Doch hat es noch einen Nutzen, erstens wenn der Klient motiviert ist, nicht zu trinken, sich aber nicht traut, an jedem Moment die richtige Wahl zu machen und mit Hilfe von Disulfiram nur einmal am Tage, d.h. jeden Morgen den Entschluss

fasst: heute trinke ich nicht; und zweitens, wenn es dem Klienten wichtig ist, einen Angehörigen oder Arbeitgeber täglich zu beruhigen. Die Implantation von Disulfiram ist wegen den daran verbundenen Gefahren als obsolet zu betrachten.

Von kognitiver Seite wird vor allem auf Rückfallverhütung gezielt: es wird untersucht, welche von den obengenannten Rückfallfördernden Faktoren vorhanden sind, und für diese werden möglichst genau zugeschnittene Lösungen ausgearbeitet. So lernt der Klient alternative Verhaltensmuster für die Gelegenheiten, wo er sich einer Rückfallgefahr bewusst wird. Ein nicht unwichtiger Vorteil dieser Methode liegt darin, dass der Klient, der jetzt mehr „*self-efficacy*“ erworben hat, dem Vermeiden von Alkohol weniger Energie und Aufmerksamkeit widmen muss und so die sogen. *“Falle der Versuchung des Hl. Antonius”* entgeht: Je mehr sich der arme Mann in seiner Wüste von den weltlichen Vergnügen abwenden wollte, je heftiger er nicht daran denken wollte, umso mehr rannten ihm die halluzinierten gebratenen Hühnchen und nackte Mädchen vor den Augen herum.

Wenn man etwas aktiv vermeiden will, denkt man daran, ist man daran interessiert. Es ist nicht möglich, sich auf Nicht-trinken zu konzentrieren; in den Vordergrund des Interesses rückt das Trinken, der geliebte Trunk, sowie der Rausch, die Euphorie, der bequeme soziale Kontakt usw.

Wenn jetzt der Klient, jeweils wenn die Gefahr da ist, nicht so sehr Rückfallvermeidung üben muss, sondern vielmehr Rückfallverhütung, wird seine Energie und Interesse gelenkt auf das, was er an Stelle des Rausches tut: wie er an ein besseres Verständnis mit dem Partner wirkt, was er tut, um erfolgreicher zu sein an der Arbeitsstelle usw.

Wichtige Fragen bei der Rückfallverhütung sind z.B.:

- *Was könnten Sie so alles tun, um nicht zu trinken in den Momenten, in denen Sie Lust haben zu trinken?*
- *Was könnten Sie tun, wenn der Suchtdruck von außen her (Kollegen, Familie) sehr groß ist?*
- *Was könnten Sie tun, wenn Sie feststellen, dass Sie unversehens etwas Alkoholisches getrunken haben?*
- *Was werden Sie tun, wenn Sie sich schlecht fühlen und deswegen wieder trinken wollen?*
- *Wie können Ihre Angehörige (oder Freunde, Kollegen usw.) Ihnen dabei helfen?*

Man kann also versuchen, den Klienten zu helfen, Rückfälle vorzubeugen. Von der lösungsorientierten Seite her wird darüber hinaus versucht, den Klienten auf Rückfallmanagement vorzubereiten. Man kann mit ihm besprechen, was er zu tun gedenkt, wenn er nach einer Periode der Abstinenz (oder des mäßigen Trinkens) wieder angefangen hat (zu viel) zu trinken.

Was wird er tun nach dem ersten Glas? Nach dem zweiten, dem dritten? Nach einem Tag an dem er zu viel getrunken hat? Nach zwei, nach drei? An was wird er merken, dass er wieder mit dem Trinken aufhören will? Wie wird er einen Kontext des Wiederaufhörens zu Stande bringen?

Was braucht es um Erfolg zu haben bei dem, was er sich jetzt vornimmt? Wer kann ihm dabei helfen? Meistens war er früher auch schon mal rückfällig. Nach wie vielen Gläsern, nach wie viel Zeit hat er damals aufgehört? Wie hat er das zu Stande gebracht?

Wenn ein Klient in Behandlung war, danach abstinent und wieder rückfällig, kommt er meistens zurück, wenn der Rückfall vorbei ist. Eine genaue Anamnese erweist dann oft, dass er weniger getrunken hat, schneller aufgehört hat, als dies früher der Fall war. Wie hat er sich selbst dazu gebracht? Wer ist an dieser Entscheidung beteiligt gewesen? Möchte er ein nächstes Mal wieder am gleichen Punkt die Wende machen? Oder früher? Wie könnte er das schaffen?

RÜCKFALL ALS ÜBUNG

Der Rückfall bekommt in dieser Betrachtung eine ganz wichtige Rolle im Zeitablauf der Suchtbehandlung: er steht nicht mehr für Versager, für Misserfolg, sondern für Übung in der Kontrolle, für mehr oder weniger gelungene Suchtbewältigung unter schwierigen Umständen. Möchte der Klient einen nächsten eventuellen Rückfall gleich gestalten? Oder anders? Wie? Und wie würde er dies erreichen?

- Was war der interessanteste Aspekt dieser Episode?
- Was hat sie dem Klienten über sich selbst gelehrt?
- Wie werden diese Einsichten ihm in der Zukunft nützen?
- Wie war die Reaktion der Angehörigen?
- Wie hat der Klient diese genützt?
- Welche Interaktionen wären ein nächstes Mal noch nützlicher?

Abschließend muss noch auf die wichtige Rolle der Umgebung bei Rückfallgefahr gewiesen werden.

Oft bestimmen die Reaktionen der Angehörigen, ob der Klient sich entschließt, sich der Lorelei des Alkohols wieder zuzuwenden und wie kurz oder lange er in ihrer Gesellschaft verbleibt. Und die äußerst aktive Unterstützung, die der Rückfällige von Seiten der Mitglieder einer Selbsthilfegruppe wie die A. A. erwarten kann, hat sich in eine Unzahl von Fällen von unermesslichem Wert gezeigt.

BIBLIOGRAPHIE

Berg, Insoo Kim & Miller, Scott D.: Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen.

Heidelberg, Carl Auer, 1993 Berg, Insoo Kim & Reuss, Norman H.: Lösungen- Schritt für Schritt. Handbuch zur Behandlung von Drogenmissbrauch. Dortmund, Verlag Modernes Lernen, 1999.

Kruse, G.: Alkoholismus als chronische Erkrankung: eine Herausforderung für den Arzt. Fortschr. Med. 1996, 369-371.

Marlatt, G.A. Theoretical Perspectives on Relapse. Addiction, 1996, suppl. 37-49.

Marlatt, G.A. & Gordon, J.R.: Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviours. New York, Guilford Press, 1985.

McKay, J.R.: Studies of Factors in Relapse to Alcohol, Drug and Nicotin Use: A critical Review of Methodologies and Findings. J. Stud. Alcohol, 1999, p. 566-576.

Meyer, Th.: Alkoholabhängigkeit: Altes und Neues in Diagnostik und Therapie. Praxis, 1999, 83: 328-332.

WAS WIRKT IN DER PSYCHOTHERAPIE?

1. PSYCHOTHERAPIE IST WIRKSAM

- Hans Eysenck, 1952: Psychotherapie ist nicht wirksam und kann sogar schädlich sein. (Gemeint sind psychodynamisch inspirierte Therapieformen, nicht die von Eysenck vorgeschlagenen Therapieformen, die sich auf die Lerntheorie beziehen).
- Smith, M.L. & Glass G.V., 1977 (verwenden zum ersten Mal Meta-Analysen): Psychotherapie ist wirksamer als keine Therapie.
- Wampold, B., 2001: Der "Effect Size" ist .80; Kramer, H.C. & Kupfer, D.J., 2006: der NNT (Number Needed to Treat) ist 3

2. DAS MEDIZINISCHE UND DAS KONTEXTUELLE PARADIGMA

2.1. DAS MEDIZINISCHE PARADIGMA

- Patienten haben Störungen, die durch Diagnosen beschrieben werden können.
- Es gibt biologische und/oder psychologische Ursachen für diese Störungen.
- Patienten bekommen eine Behandlung, mit der sie mehr oder weniger gut mitarbeiten (Compliance).
- Therapie wirkt, indem psychologische Techniken für diese Störungen angewandt werden. Diese Techniken korrelieren mit den theoretischen Erklärungen über den Ursachen der Störungen.
- Welche Techniken angewandt werden, bestimmt den Erfolg.
- Für jede Störung (für jede Diagnose) gibt es eine Prozedur, ein Set von Techniken, die der Reihe nach angewendet werden sollen (Evidence-based).
- Therapeuten haben mehr oder weniger Erfolg, je nachdem sie mehr oder weniger akkurat Diagnosen stellen und mehr oder weniger strikte die Evidence-based Prozeduren folgen.

2.2. DAS KONTEXTUELLE PARADIGMA

- Patienten gehen in einer unerwünschten Weise mit sich selbst und mit ihrer Umgebung um.
- Für den Erfolg der Therapie ist es wichtig, dass die Patienten ein Ziel haben (wissen, was sie wollen, nicht nur, was sie nicht mehr wollen).
- Es ist auch wichtig, dass die Patienten mitarbeiten, dass sie ihre Ressourcen und Kompetenzen anwenden.
- Weiter ist es wichtig, dass sowohl die Therapeuten als die Patienten hoffen, dass diese Therapie, wie sie sie jetzt machen, Erfolg haben wird.
- Es ist wichtig, dass die Therapeuten diese Patient-gebundenen Faktoren stimulieren.

- Es ist wichtig, dass die Haltung der Therapeuten geprägt ist von Empathie, Sorge und Interesse an den Möglichkeiten der Patienten.
- Die Techniken, wie sie in den verschiedenen Therapieansätzen entwickelt wurden, werden wirksam im Kontext von diesen Faktoren.

3. SIND BESTIMMTE THERAPIEFORMEN WIRKSAMER ALS ANDERE?

Saul Rosenzweig (1936) hat als erster den Dodo-Effekt definiert: „*Jeder hat gewonnen, und alle müssen einen Preis bekommen*“. Das heißt: Alle Therapieformen, von denen die Therapeuten und die Patienten meinen, sie seien wirksam, sind gleich wirksam.

Dies gilt:

- für allgemeine Vergleiche (z.B. zwischen kognitiver Verhaltenstherapie, psychodynamischen Therapieformen und systemischen Ansätzen)
- für spezifische Interventionen innerhalb eines Modells
- für die Wirksamkeit verschiedener Therapieformen bei verschiedenen Diagnosen
- Wenn Unterschiede auftauchen, sind sie immer wieder erklärbar durch die „*Allegiance*“, die Überzeugung seitens der Therapeuten, dass die eine Therapieform, die sie anwenden, besser ist als die andere

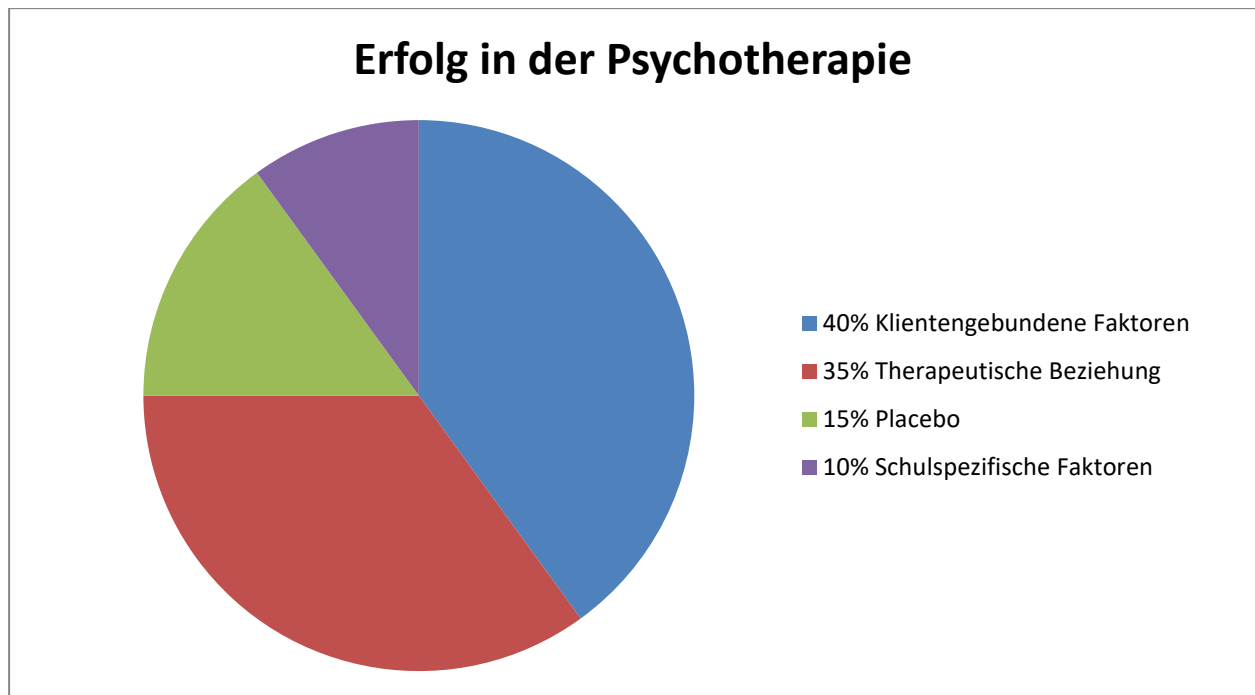
Die strikte Anwendung eines festen Therapieprotokolls ist nicht wirksamer als eine mehr lockere, wenn die Patienten an die Wirksamkeit der Methode glauben. Wenn sie weniger überzeugt sind von dieser Wirksamkeit, gibt eine lockere Anwendung bessere Resultate als eine strikte.

Die gemeinsamen Faktoren, nicht die (schul-)spezifischen, sind also die wirksamen.

4. WAS SIND GEMEINSAME FAKTOREN?

Lambert (1994) hat folgende Aufteilung vorgeschlagen für die unterschiedlichen Anteile der Faktoren, die zum Erfolg beitragen in der Psychotherapie:

- ➔ Patientengebundene Faktoren: 40%
- ➔ Therapeutische Beziehung: 35%
- ➔ Placebo-Faktoren: 15%
- ➔ (Schul-)spezifische Faktoren: 10%



5. PATIENTGEBUNDENE FAKTOREN

Orlynski c.s. (2004):

- Die Qualität der Teilnahme des Patienten ist der wichtigste determinierende Faktor im Resultat der Therapie.

Weitere Faktoren sind:

- Client suitability (wie gut der Patient passt für die Therapieform, die der Therapeut vorschlägt)
- Mitarbeit (vs. Widerstand) des Klienten
- Wie der Klient die therapeutische Beziehung wahrnimmt
- Wie gut der Klient sich engagiert in die therapeutischen Beziehung
- Interaktive Anteilnahme des Klienten (nicht nur passives Folgen)
- Ausdrucksfähigkeit des Klienten
- Anerkennung des Therapeuten durch den Klienten
- Offene Haltung des Klienten (vs. Zurückhaltung)
- Impact auf den Klienten von was in der Therapiesitzung geschieht
- Optimale Therapiedauer

Prochaska, Norcross & Di Clemente (1994): Alle Änderungen sind selbstgemachte Änderungen: Therapie ist professionell gecoachte Selbst- Änderung.

Patienten kommen in die Therapie mit ihren eigenen Erwartungen. Diese sind nicht immer dieselben als die der Therapeuten. Es ist besser, sich an ihren Erwartungen anzupassen, als ihnen unsere Erwartungen aufzudrängen.

Was sagen Patienten, dass ihnen geholfen hat:

- Sich zugehört, verstanden, akzeptiert gefühlt
- Einen sicheren Ort gefunden, wo sie Gefühle, Gedanken, Verhalten und Erfahrungen haben erörtern können
- Unterstützung bekommen in Krisensituationen
- Unterstützung bekommen beim Ausprobieren von neuen Verhaltensweisen
- Guten Rat bekommen

Was viel seltener angegeben wird:

- Konfrontation von Seiten des Therapeuten
- Praktische Übungen
- Techniken und Strategien, die der Therapeut verschreibt

Folgerungen für die therapeutische Praxis:

- Es gilt die Kräfte, die Ressourcen, die Fähigkeiten und die Fertigkeiten der Patienten anzusprechen und zu fördern. Erfolgreiche Therapeuten fangen gleich in den ersten Minuten der ersten Sitzung schon an, die Kräfte der Patienten anzusprechen (Gassman & Grawe, 2006)
- Es gibt keine unmotivierten Patienten. Patienten sind immer für etwas motiviert. Es gilt die Motivationen der Patienten zu erforschen und zwischen dem, wozu die Patienten motiviert sind und dem, wozu die Therapeuten motiviert sind, eine Allianz zu bauen.
- Aufrichtige, genügend vollständige, begreifbare und auf den Patienten zugeschnittene Information wirkt oft sehr motivierend.
- Patienten wollen etwas ändern. Auch wenn sie eine sehr düstere Diagnose bekommen haben und/oder weitgehend chronifiziert sind. Es gilt diesen Wunsch, sich und die Umstände zu ändern, anzusprechen und zu fördern.
- Therapie ist Zusammenarbeit. Es gilt, den Patienten immer wieder zur Zusammenarbeit einzuladen, indem man ihm fragt, was er will und ihm Wahlmöglichkeiten anbietet.
- Therapeuten müssen den Patienten zuhören und ihnen zeigen, dass sie an ihren Erfahrungen und Meinungen interessiert sind.
- Die Patienten sollen ermutigt werden, neue Verhaltensweisen und Strategien auszuprobieren, kleine Besserungen zu würdigen und sich selbst als wirksam zu erfahren.
- Die Kommentare, die der Therapeut zu den Gewohnheiten der Patienten und ihren Änderungen macht, sollen ganz überwiegend positiv sein (Komplimente). Negative Kommentare sollen nur spärlich gemacht werden.
- Es kann vorkommen, dass der Therapeut ehrlich meint, er wisse besser als der Patient, was gut ist für diesen. Es gilt dann nicht, dem Patienten zu sagen, was er tun soll, sondern ihn mit Geduld zu der vom Therapeuten vertretenen Einsicht zu begleiten.

6. DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

Die therapeutische Beziehung oder die therapeutische Allianz prägt die Zusammenarbeit von Therapeuten und Patienten. Es ist wahrscheinlich die wichtigste Beiträge des Therapeuten, sich für eine wirksame Allianz einzusetzen und dazu all seine persönlichen, rhetorischen und

methodologischen Kräften einzusetzen. Es gibt Anzeichen dafür, dass der Beitrag der Therapeuten zu dieser Allianz wichtiger ist als die der Patienten.

Die menschlichen Eigenschaften des Therapeuten, und wie er diese in seiner Haltung und seinen Interventionen zum Ausdruck bringt, prägen die wirksame therapeutische Beziehung.

Faktoren der therapeutischen Allianz die vom Research untersucht wurden sind u.a.:

- **Empathie:** sich einfühlen in die Gefühle, die Gedanken, die Werte des Patienten und dies zum Ausdruck bringen. Empathie wird sowohl verbal als nonverbal gezeigt.
- **Sorge:** eine sorgende Haltung bildet den Kontext des sicheren Orts, in dem die Patienten effektiv an ihre Probleme angehen können.
- **Bedingungslose Akzeptanz:** bildet ebenfalls den sicheren Ort, und fokussiert auf die positiven Aspekte auch von Problemen und Symptomen.
- **Empowerment:** die Führung und die Verantwortung für die Weise, in der die Therapie vorangeht, wird immer wieder mit dem Patienten geteilt bzw. ihm zurückgegeben; Ziele werden vom Patienten bestimmt, die Strategie, wie sie zu erreichen, wird gemeinsam ausgearbeitet; Wahlmöglichkeiten anbieten (z.B. für Hausaufgaben und Experimente) erhöht die Wirkung von Ratschlägen und Techniken; Rückfragen nach, was hilfreich ist, sind nicht nur äußerst interessant, sie geben dem Patienten auch die Sicherheit, dass die Therapie nach seinen Maßstäben gemessen wird.
- **Positive Kommentare,** positives Feedback (Komplimente) bestätigen dem Patienten, dass er auf dem guten Weg ist; die wirksamsten positiven Kommentare sind die Indirekten.
- **Authentizität und Kongruenz:** von **Carl Rogers** hervorgehoben, aber nicht eindeutig bestätigt; es geht anscheinend eher um die vom Patienten wahrgenommene als um eine reale Authentizität.

Diese, vom Therapeuten in die Beziehung eingebrachte Haltungsaspekte, müssen immer wieder an den individuellen Patienten oder Familien angepasst werden.

So werden bestimmte Patienten (u.a. bestimmte Allochthone = Menschen mit Migrationshintergrund) besser mitwirken, wenn sie klare Direktiven bekommen. Andere wieder, die stark demoralisiert sind, brauchen nicht nur Empathie, sondern auch eine Dosis Barmherzigkeit. Noch andere werden misstrauisch, wenn man ihnen zu viele Komplimente gibt; da muss man etwas negative Kritik dazwischen mischen. Auch hier gilt, den Patienten nicht auf dem Prokrustesbett der eigenen Überzeugungen zu binden (auch wenn diese statistisch gut unterbaut sind).

Primum non nocere - lat.: zuerst einmal nicht schaden - was negativ wirkt:

- Moralisierende Konfrontation: wie sie noch viel zu häufig, vor allem in der Suchtbehandlung, gemacht wird (W. R. Miller c.s., 2003)
- Negative Einstellung des Therapeuten: wenn der Therapeut es für notwendig hält, bestimmte Aspekte der Probleme zu kritisieren (z.B. bei Gewalt) ist es unerlässlich, dass er immer wieder darauf hinweist, dass er nicht die Person, nur diese bestimmte Aspekte kritisiert.
- Meinungen, Hypothesen und Auffassungen, die vom Patienten nicht geteilt werden. Es ist wichtig, immer wieder nachzufragen: „*Stimmt es, dass ...?*“
- Rigide, top-down Anwendung von Therapieprotokollen.

- Den Implikationen der Änderungen, die während der Therapie stattfinden, auf den Systemen des Patienten keine Rechnung tragen. Die therapeutische Allianz ist andererseits von der Anwendung einer spezifischen Therapieform abhängig. Für **Frank** (1991) sind zwei Elemente dabei wichtig: Ein Mythos und ein Ritual.

6.1. DAS RATIONALE ODER DER THERAPEUTISCHE MYTHOS

Die Therapeuten erklären in überzeugender Weise, wie es zu den Problemen der Patienten gekommen sei und folglich welche Prozedur gefolgt werden, muss um sie zu beheben. Dieses Rationale wird vom Patienten angenommen: er kommt zur Einsicht (nach den Gesetzen des Rationalen).

Diese Erklärungen brauchen nicht wissenschaftlich fundiert zu sein, es genügt, dass sie den Patienten zur Mitarbeit anspornen.

Wirksame Rationale haben meistens folgende Merkmale (Wampold c.s., 2007):

- Sie passen genügend zu den kulturbedingten Erwartungen in der Umgebung, in der die therapeutische Praxis eingebettet ist.
- Sie passen genügend zu den Erwartungen und Erklärungen, die die Patienten schon haben.
- Sie stimmen genügend überein mit den Werten der Patienten, damit diese sie nicht gleich ablehnen.

6.2. DIE PROZEDUR ODER DAS THERAPEUTISCHE RITUAL

Die Therapeuten begleiten die kognitiven, emotionalen und Verhaltensänderungen, die die Patienten vollziehen müssen. Diese therapeutische Arbeit geschieht zum Teil während der Sitzungen und zum (überwiegenden Teil) im realen Leben der Patienten.

Therapeutische Prozeduren, von denen der Therapeut überzeugt ist, dass sie bei diesem Patienten wirken werden, sind wirksamer als solche, an deren Wirksamkeit er selber nicht glaubt. Dasselbe gilt für die Überzeugung der Patienten: mit Prozeduren, deren Nutzen sie nicht einsehen, werden sie wahrscheinlich nicht oder schlecht mitmachen.

7. PLACEBO-FAKTOREN

Diese wurden von **Frank** (1991) und nach ihm von **Lambert** (1994) gesondert aufgestellt, obwohl sie eigentlich zu den Patienten-gebundenen und zu den Therapeuten-gebundenen Faktoren gehören. Es geht um die Erwartung und die Hoffnung bei beiden, dass diese Therapieform bei diesem Patienten die richtige Wahl ist und dass sie erfolgreich sein wird.

BIBLIOGRAPHIE

- Frank, J.D. & Frank, J.B. (1991): *Persuasion and Healing: A comparative Study of Psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gassman, D. & Grawe, K. (2006): *General Change Mechanisms: The Relation between Problem Activation and Resource Activation in Successful and Unsuccessful Therapeutic Interactions*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 1-11.
- Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1994): *The Effectiveness of Psychotherapy*. In: Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed., p.143-189). New York: Wiley.
- Miller, W.R., Wilbourne, P.L. & Hettema, J.E. (2003): *What Works? A Summary of alcohol Treatment Outcome Research*. In: Hester, R.K. & Miller, W.R. (eds.): *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives* (3rd ed, p. 13-63). Boston: Allyn & Bacon.
- Orlynski, D.E., Rönnestad, M.H., & Willutzki, U. (2004): *Fifty Years of Psychotherapy- outcome Research: Continuity and Change*. In: M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., p. 307-390). New York: Wiley.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & Di Clemente, C.C. (1994): *Changing for Good*. New York: Morrow.
- Rosenzweig, S. (1936): *Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: "At last the Dodo said: Everybody has won and all must have prizes"*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Smith, M.L. & Glass, G.V. (1977): *Meta-analysis of Psychotherapy Outcome Studies*. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Wampold B.E. (2001): *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. Mahwah, N.J.: Erlbaum.