Vortrag atf-Tagung

Referent: Peter Semrau, MSc, Suchttherapeut, Forel Klinik AG, Ellikon an der Thur

Die Forel Klinik: Raum für Motivation

Sehr geehrte Damen und Herren

Mein roter Faden als Vorbereitung für diesen Anlass war darüber nachzudenken, wie wir Therapeuten die Motivation von Patienten nutzen und ihnen mit dieser hilfreich sein können. Welche sprachlichen, inhaltlichen und praktischen Schwierigkeiten, bzw. Missverständnisse können wir entdecken und für Therapeut und Patient nutzbar machen? Welche Haltung verbirgt sich wohinter? Was können wir im stationären Rahmen anbieten, um aus therapeutischer Sicht die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass Patienten ihre Motivation mitteilen, daraus entstehende Energien nutzen und Veränderungen einzuleiten? Wie können wir einander verstehen?

Und zu der Schwierigkeit sich zu verständigen, bzw. sich zu verstehen sagt Wilhelm von Humboldt: „Keiner denkt bei dem Wort gerade und genau das, was der andre, und die noch so kleine Verschiedenheit zittert, wie ein Kreis im Wasser, durch die ganze Sprache fort. Alles Verstehen ist von daher immer zugleich ein Nicht-Verstehen, alle Übereinstimmung in Gedanken und Gefühlen zugleich ein Auseinandergehen."

Motivation braucht also Raum und Verständnis, um Sichtweisen, die Probleme bis jetzt genährt haben, nun ändern zu können. Motivation braucht die Möglichkeit zur Korrektur und die findet nun nicht im luftleeren Raum, sondern in einer Gemeinschaft in einem Miteinander statt. Gemeint ist damit heute immer wieder die Begegnung mit Patienten in der Forel Klinik.

Und zu meinem Hintergrund: Als systemischer Therapeut, werde ich immer wieder auf Ideen und gedankliche Hintergründe der systemischen Therapie und der systemischen Hypnotherapie zurückgreifen. Seit 2012 arbeite ich nun in der Forel Klinik

Soviel zum roten Faden, sofern sie ihn erkennen. Und wenn nicht, er nicht da war… und sie, wenn sie mögen, sich einen anderen oder auch keinen denken.

Die Leinwand möchte ich lediglich für ein paar Bilder nutzen. Das erste hier, habe ich in meinem diesjährigen Urlaub in Schottland machen können.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen schreibt: Sucht ist nicht gleich Sucht. Sucht ist verwoben mit Problemen, die ihr vorausgehen oder Neben-, Folge- oder Wechselwirkung sind. Die individuellen Schwierigkeiten der Betroffenen erwachsen aus sozialen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Bezügen, in denen die Menschen leben. So stehen Behandelnde, Beratende und Forschende vor der Herausforderung, die Sucht mit ihren vielen Facetten zu sehen.

forel klinik

atf alkoholismus therapieforschung schweiz

1. Inhaltsverzeichnis

1. Menschen wünschen Veränderungen 3

2. Motivation ist immer, nicht aber ist immer der passende Raum dazu da 3

3. Menschen brauchen Therapeuten als Begleiter, Motivation als Antrieb 3

4. Aus Therapie erwächst Neues, hiervon profitieren Patient und Therapeut 4

5. Wie und wo soll Motivation entstehen, wenn wie folgt über mich gedacht wird? 6

6. Auguste Forel, der besondere Motivator und seine Klinik 7

7. Zufriedenheit. Der Lohn meiner Motivation? 8

8. Sehe ich nur noch Probleme, verliere ich die Motivation meine Aufgaben zu lösen 9

9. Die Sehnsucht, das Naheliegende verschwinden zu lassen, Motivation, das Zweitbeste zu nutzen 10

10. Sucht als Beziehungsstörung. Die neue Balance zwischen Autonomie und Abhängigkeit. Motivation zur Integration 11

1. Menschen wünschen Veränderungen

Suchttherapie hat meiner Meinung nach dann Aussicht auf Erfolg, wenn wir davon ausgehen, dass Menschen den Wunsch nach Veränderungen haben und dazu einen Raum benötigen, den wir versuchen ihnen anzubieten. Erfolg wäre dann, dass Menschen überhaupt etwas ändern, Distanz zu leidvollen Sichtweisen schaffen und in aller Regel sind Veränderungen gemeint, die einen negativ besetzten Zustand in einen für sie positiveren, bzw. für den Patienten akzeptableren herbeiführen. An weiterreiche Ziele, wie die der Abstinenz, denke ich hier noch gar nicht. Unsere Vorstellung von Zielerreichung ist nicht immer die unserer Patienten…

Virginia Satir sagte: Zu wissen, dass Veränderung möglich ist, und der Wunsch, Veränderungen vorzunehmen, dies sind zwei große erste Schritte.

2. Motivation ist immer, nicht aber ist immer der passende Raum dazu da

Die Begrifflichkeiten von Bewegung, Motivation, Veränderung und Therapie liegen dicht beieinander. Was sie brauchen ist Raum zur Entfaltung. An dieser Stelle macht es vielleicht schon Sinn eine erste Unterscheidung, nämlich den zwischen Behandlung und Therapie einzuführen. Ich gehe davon aus, dass im Grunde jeder, der zu uns kommt annimmt, dass er eine Behandlung erhält. Was soll man auch erwarten, wenn man sich in ein Spital, ein Fachkrankenhaus oder eine psychiatrische Einheit begibt. „Da wird einem bestimmt geholfen." Und wenn man schon „krank" ist, dann wird man wohl auch auf eine Behandlung stoßen.

Patienten haben Motivation. Und wenn es die Vermutung ist, dass der Eintritt in eine Behandlung Sinn macht und hilfreich sei.

3. Menschen brauchen Therapeuten als Begleiter, Motivation als Antrieb

Therapie geht, aus meiner Sicht, davon aus, dass Patienten sich in einer Weise an den Therapeuten wenden, um mit diesem einen Stück ihres Weges zu gehen und schon dieser Gang ist Teil einer gewünschten Veränderung, auch wenn das Ende des Weges noch nicht sichtbar ist. „Therapeut" ist kein Beruf, Therapeut ist eine Rolle. Und wenn Patienten es gestatten, machen sie uns zu Therapeuten und laden uns ein, sie zu begleiten. Die folgende Bedeutungsklärung, nämlich, was Therapie bedeutet und wie ich zum Therapeuten werde, biete ich Patienten oft dann an, um zu einer inneren Klärung eigener Bedürfnisse, Veränderungsmotivationen und Abgrenzung auch zu einer „Nichttherapie", die auch möglich sein muss, kommen zu können. Wenn Freiwilligkeit oder neudeutsch der „informed consent" die Grundlage einer Behandlung oder Beziehung sein soll, dann muss auch die Nichtbeziehung möglich sein.

„Therapie ohne Therapeut". Eventuell entsteht aus dieser eine Veränderung, vielleicht auch nicht, auf jeden Fall sollte der Weg nicht in einer Entscheidungsfalle, sich zu etwas entscheiden zu „müssen", münden. Dies wäre eventuell ein Dilemma, wenn denn die Anzahl der Möglichkeiten (Tu es, oder lass es) nicht ausreichen, sich entscheiden zu können. Wir würden uns und dem Patienten Möglichkeiten nehmen und nicht etwa weitere Handlungsalternativen anbieten können. (Tetralemma als weitere Möglichkeit).

Ich beschreibe den Therapeuten (aus dem Griechischen Therapeutos): als einen *„Wagengefährte oder Weggefährte*". Es ist dieser, der "eine Wegbegleitung macht..." (grch. therapeutes "Diener, Wärter, Pfleger, Waffengefährte"; zu therapeutein "dienen, behandeln.)

In meiner Vorstellung ist er ein aufmerksamer Begleiter. Wenn griechische Krieger auf den Wagen sprangen, die Zügel der Pferde schnappten und die Waffe bereithielten, um in den Krieg zu ziehen, ritten sie nicht einfach hirnlos, Hals über Kopf los, sondern: Bevor sie losritten, riefen sie ihren "Therapeutos" / Wagengefährten, für welchen hinten am Wagen eine erhöhte Plattform eingerichtet war. Der Therapeutos schwang sich auf diese erhöhte Plattform, hatte weder Zügel noch Waffe zu bedienen. Sein Job war es - nebst dem, dass er für sich zu sorgen und sich gut am Wagen festzuhalten hatte - die Beobachtung des Kriegers, seines Umfeldes, den Überblick über die Umgebung zu bewahren sowie die Rückmeldung seiner Beobachtungen (Wetter, Blitzen von Waffen, Zusammenrottungen, natürliche Hindernisse, etc.) im Sinne von Rückmeldungen als Wagengefährte oder Weggefährte an den Krieger zu geben (http://www.therapiedschungel.ch)"... (WAHRIG, Fremdwörter Lexikon, 1983).

Ich finde diese Beschreibung so passend, weil auch unsere Patienten mit entsprechenden Metaphern zu uns kommend sich Hilfe erwarten:
„Ich muss meine Angst bekämpfen, ich habe den Kampf gegen den Alkohol verloren, ich suche nach einer Lösung, meine Ehe steckt in einer Krise, ich kann nicht mehr gewinnen, ich habe mich verloren, der Alkohol zerstört mich, ich mache alles kaputt, wenn das so weitergeht, werde ich untergehen."

4. Aus Therapie erwächst Neues, hiervon profitieren Patient und Therapeut

Fritz B. Simon und Gunthard Weber definieren Therapie so: Therapie ist der Prozess, in dem lieb gewonnene Wahrheiten und Verhaltensmuster (meistens des Patienten, oft der Familie, manchmal des Therapeuten) so in Frage gestellt (modisch: "verstört" [...]) werden, dass die Chance der Patienten (der Familie, des Systems etc.), neue Optionen für ihr Handeln zu (er)finden (d. h. wahrzunehmen und wahrzumachen) erhöht wird. Im Idealfall wird er/sie/es dann einen (manchmal nur kleinen) Schritt nach rechts oder links vom vorgezeichneten Wege abweichen, sich von dem Halt gebenden, dafür aber die Beweglichkeit beeinträchtigenden Schienen befreien und anrollende Gefahren bewältigen können (auch ohne rettenden Weichensteller). Psychotherapie ist - so lässt sich programmatisch verkünden - die systematische Förderung und Nutzung des menschlichen Möglichkeitssinns.

Auch hier zeigt sich, dass für die Motivation in einer Suchttherapie Raum notwendig ist. Notwendig ist, was die Not wendet. Der Mensch benötigt die Möglichkeit sich entfalten zu können, sich von ehemals ihn leitenden und ihn ins Leid getragenen Verhaltensweisen abzukehren (die Kurve kriegen), um Neues zu erfahren. Und auch im geschützten Rahmen das ein oder andere Neue aus- und anzuprobieren und zu entscheiden, was ihm Nutzen könnte.

Der Heidelberger Kurzzeittherapeut Bernd Schumacher zu seiner Vorstellung von Therapie, die zudem noch einen guten Blick auf suchttherapeutische und motivational erforderliche Arbeitsbedingungen in der Forel Klinik wirft: Systemische Therapie ist eine Problemlöseherausforderung für den Therapeuten selbst, daraus ergibt sich folgende Definition:

Systemische Therapie ist ein Verfahren, das den systemischen Therapeuten dazu einlädt, seine eigenen Probleme, die während eines Therapiegesprächs entstehen, und die er nicht hätte, wenn er nicht genau diese Klienten hätte, mit Hilfe eben dieser anwesenden Klienten so zu lösen, dass die Klienten, als Beteiligte

an diesem Problemlöseprozess des Therapeuten, sich selbst in die Lage versetzen können, ihre eigenen Probleme zu lösen.

Übersetzt heißt dies: Nicht mehr das Klientensystem ist das „zu therapierende" System, sondern das Therapiesystem, dessen Teil der Therapeut selbst ist, wird zum zentralen Ausgangspunkt von Interventionen, wobei davon ausgegangen wird, dass das, was gut für den Therapieprozess ist, auch gut für den/die Klienten sein könnte (Konzept der Kybernetik 2. Ordnung).

Folge: der Therapeut muss lernen, gut für sich selbst zu sorgen und er benötigt gleichzeitig ständiges Feedback der Klienten, über deren gegenwärtige Einschätzung des bisherigen Prozessverlaufs (die Klienten sind die zahlenden Supervisoren der Therapeuten).
Bernd Schumacher - IGST Heidelberg

Häufig sind solche Überlegungen auf einer Metaebene erste Momente, in denen über eine gemeinsame Art mit dem Patienten nachgedacht wird „Wie" man zu Veränderungen kommen möchte, wie Motivation entsteht und zu nutzen ist, bevor man sich um ein „Was" kümmert. Erst die Form, dann der Inhalt. Dabei passiert es häufig, dass Patienten, wie in einer „Problemtrance" einem mitteilen, dass sie davon überzeugt seien, eine Veränderung nicht schaffen zu können.

Beispiel:
Ich erinnere mich an eine Patientin, die im Alter von ca. 20 Jahren eine Panikattacke erlitt, nachdem sich ihr damaliger Freund von ihr getrennt hatte, sie zur Beruhigung Benzodiazepine verschrieben bekam und nach drei Monaten der Einnahme, feststellte, dass die Beendigung schwierig war. Sie begab sich in eine Frauenentzugsklinik, machte drei Monate eine Therapie und ging 10 Jahre im Grunde abstinent ihrem Leben und ihrem Beruf nach. Sie heiratete, bekam Kinder und der Ehemann trennte sich vor wenigen Jahren von ihr. Wieder reagierte sie mit Panik und begann nun Sekt zu trinken und kam in unsere Behandlung, ohne streng genommen die Kriterien einer Abhängigkeit zu erfüllen. Sie glaubte in ihrem Unglück, Zeit ihres Lebens an einer Abhängigkeitserkrankung zu leiden und korrigierte in der Therapie die abstinente Lebenszeit von 10 auf 15 Jahre. Sie hatte sich glatt verrechnet…

Hierbei legen Patienten ihren Fokus auf das Zurückliegende, das Nichtgeschaffte, das Unvollständige und gehen davon aus, dass dies das einzig mögliche sein muss – denn sie haben **es** ja tausende von Malen bereits probiert und erlebten sich in ihrem Rahmen als versagend und nicht fähig. Die Selbstattribution „Ich bin ein Versager" erhält dann eine für den Therapieprozess hilfreiche und erklärende Note, wenn wir versuchen zu ergründen, was oder wem sich der Patient versagt hat. Zu erkennen sich etwas aktiv versagt zu haben kann zur Lösung beitragen sich nicht mehr als Opfer zu stigmatisieren.

Wir sollten den Mut des Neubeginns, eines Wagnisses mit zunächst unbekanntem Ausgang immer wieder hervorheben und wertschätzen. Patienten berichten im Austrittsgespräch immer wieder davon, dass mit das Schwierigste der Beginn gewesen sei. Ein Patient berichtete vor ca. 4 Wochen, dass er davon ausgegangen sei, dass hier in der Klinik nur „komische" Menschen seien und seine Angst sei es gewesen, dass diese alle schreiend herumlaufen würden.

John Bingham ein Marathonläufer: "Das Wunder ist nicht, dass ich ins Ziel gekommen bin. Das Wunder ist, dass ich den Mut hatte, loszulaufen."

Motivation braucht Zeit, um seine Vorurteile korrigieren zu können.
Aufgabe von Therapie wird nun sein, einen neuen Raum, den sie ja bereits bei Eintritt in die Klinik betreten und womöglich noch nicht bemerkt haben, aufzuzeigen. Motivation, also das, was uns antreibt

und nach einer Veränderung strebt, benötigt eine neue Sichtweise, somit gleichsam einen neuen, vielleicht noch unbekannten Raum, da mit den bisherigen Mitteln ein Weiterkommen und eine Entwicklung nicht mehr möglich scheint.

Albert Einstein wird folgendes Zitat zugeschrieben, was, wie ich finde, an dieser Stelle gut passt: „Probleme kann man niemals mit derselben Denkweise lösen, durch die sie entstanden sind."
Also bieten wir schon deswegen einen abstinenten Rahmen an und zeigen uns in der Haltung auch stets abstinenzorientiert. Abstinenz ist ein Mittel zum Zweck und nicht das Ziel.

Motivation braucht Raum. Das Klinikgelände ist ein solcher, in dem man sich erproben kann und soll.
Gestatten sie mir an dieser Stelle einen kurzen Rückblick auf die Geschichte und den Gründer der Forel Klinik, um zu verdeutlichen, dass schon damals durch Forel Räume geschaffen, nicht zuletzt die Klinik gegründet und Sichtweisen etabliert wurden, die sich von einer damaligen psychiatrischen Sicht deutlich unterscheiden sollten und wir uns noch heute in einer guten Tradition befinden.

Ebenso verweise ich auf eine Art der besonderen Sicht auf Patienten, wie sie heute glücklicher Weise nicht mehr gegeben ist, in der Psychiatrie aber lange vorherrschte und Patienten sich auch heute noch selbst stigmatisierend so, oder ähnlich, selbst beschreiben.

5. Wie und wo soll Motivation entstehen, wenn wie folgt über mich gedacht wird?

1885 schrieb Pelmann, Begründer und erster Direktor des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Düsseldorf-Grafenberg in seine Anstaltschronik:

"Wir haben eine gewisse Anzahl Alkoholiker aufgenommen, aber wir sollten es nicht tun. Sie können nicht geheilt werden. Sie sind die unangenehmsten Patienten. Der Psychiater braucht viel Zeit und Beherrschung, um Gleichmut zu bewahren gegenüber einer solchen Mischung von Eitelkeit, Charakterschwäche, Lügen und Widerstand." (zit. aus Steingass: es kann nur einen geben)

Und:
Sie galten und gelten meist als hoffnungs- und erfolglos, unmotiviert, "therapieresistent" und "depraviert". Was soll man auch anderes erwarten von Personen, die aufgrund ihrer hirnorganischen Beeinträchtigung als "stumpf - apathisch - antriebsarm - langsam - schwerfällig - euphorisch - umständlich - distanzlos geschwätzig - enthemmt - weinerlich - rührselig - stimmungslabil und affektinkontinent" (Huber, 1974) beschrieben werden und bei denen ein Mangel an "Zartgefühl, Rücksicht, Takt, Pietät, ästhetischem Feingefühl, Pflichtgefühl, Rechtsgefühl, sexuellem Schamgefühl" (Bleuler, 1983) beklagt wird (nach Steingass www.ahg.de/AHG/Standorte/Remscheid).

Und:
Professor Täschner, Direktor der Psychiatrie am Bürgerhospital Stuttgart, 1983
Sucht verfehlt den (zwischen)menschlichen Bezug. Süchtige befinden sich deshalb auch nicht auf eigentlich menschlicher Daseinshöhe.

6. Auguste Forel, der besondere Motivator und seine Klinik

August Forel, geb. 1848, gründete per 1. Oktober 1888 die Trinkerheilstätte Ellikon. Am 3. Januar 1889 tritt der erste Patient ein. Das Haus ist gänzlich alkoholfrei. Der 31jährige Forel wirkt als Professor für Psychiatrie an der Universität Zürich und führt gleichzeitig die Klinik Burghölzli.

Zum ersten Mal erfolgt die Behandlung von Alkoholismus außerhalb einer psychiatrischen Anstalt. Während der Gründerzeit zählt Alkohol zu den Lebenselixieren. Abstinenz als Gedanke ist neu. Die Behandlungsdauer ist auf durchschnittlich vier Monate angesetzt. Im Weiteren wird durch ihn eine Tradition der Einschätzung der Pathologie, nämlich, dass die Alkoholabhängigkeit eine Krankheit sei, begründet.

Auguste Forel – (Motivation durch Hypnose)
Gekürztes Zitat aus: Tages-Anzeiger – Dienstag, 31. März 2015:
Forel war ein vehementer Verfechter der Alkoholabstinenz und ein Sozialreformer, der die damals revolutionäre Enttabuisierung des Sexuallebens und die Gleichberechtigung der Geschlechter befürwortete. Die Hypnosetherapie hat Forel Ende des 19. Jahrhunderts als Direktor der Irrenheilanstalt Burghölzli (heute Psychiatrische Universitätsklinik) in Zürich eingeführt. «Die Hypnose war damals eine der ersten psychotherapeutischen Therapieformen überhaupt und gehört zu den wichtigsten Neuerungen, die Forel in die Psychiatrie eingeführt hat», Für besonders geeignet hielt man […] Suchtkranke, insbesondere Alkoholiker, oder Morphiumabhängige, die sich gleichzeitig einer Abstinenzbehandlung unterzogen.

Doch Forel wandte die Hypnose nicht nur bei Kranken an, sondern im großen Stil auch bei seinem Personal. An ihm lotete er die Methode aus und bewies, dass sich auch Gesunde hypnotisieren ließen. «Vor allem aber nutzte er die Technik, um seine Klinik effizient zu steuern». Forel versuchte beispielsweise seine überlasteten Angestellten so zu hypnotisieren, dass sie während des Nachtdiensts gut schlafen konnten und trotzdem aufwachten, wenn etwas passierte. «Dabei kam es auch zu Abhängigkeiten», so die Historikerin Mirjam Bugmann. Eine Pflegerin litt nach einem Stellenwechsel an Schlafstörungen und sehnte sich nach Forels Hypnosen zurück.

Ist doch interessant, dass wir gerade wieder begonnen haben Mittel der Hypnose in unseren Behandlungsplan einzubinden. Mit Mitteln von angeleiteter Selbsthypnose und anderen Achtsamkeitsverfahren und Übungen, üben wir einen geregelten Schlaf wieder zu erlangen, uns mit Grübelgedanken in einer veränderten und hilfreichen Weise auseinanderzusetzen und üben besonders intensiv in unserer Traumagruppe uns und unsere Patienten im Hier und Jetzt zu halten, Dissoziationen vorzubeugen und dadurch, dass wir Spannungen und krisenhafte Zustände lernen kompensieren zu können die Motivation aufrecht zu erhalten an den eigenen Themen weiter arbeiten zu können. Auch hier sei der Hinweis gestattet, dass Räume geschaffen werden, die Patienten gerne nutzen und häufig im Nachhinein feststellen, dass es ihre Motivation gestärkt hat.

7. Zufriedenheit. Der Lohn meiner Motivation?

Patienten haben häufig den Wunsch und die Hoffnung, sich von einem (meist störenden) Ist, zu einem (erhofft nicht störenden) Soll-Zustand zu bewegen. Dieser Prozess und die Frage, ob solche Ziele erreichbar sind, wird unter anderem unter dem Gesichtspunkt der Zufriedenheit betrachtet. Vielleicht ist Zufriedenheit der Lohn der Motivation? Wie behandeln wir?

Es besteht die Möglichkeit, sich für eine mehrwöchige bis mehrmonatige stationäre Behandlung in Ellikon zu entscheiden. Dabei ist sowohl ein qualifizierter Entzug als auch eine Entwöhnungsbehandlung möglich. Die Behandlungsdauer ist abhängig vom Schweregrad der Erkrankung, sie richtet sich nach den gemeinsam gesetzten Zielen.

Patienten nehmen am Vormittag an einem Basisprogramm teil, welches aus psychotherapeutischer Gruppentherapie, Sport- und Bewegungstherapie und aus Gestaltungs-, bzw. Ergotherapie besteht. Dieses Programm wird durch Angebote von Indikativgruppen zu den Themen: Trauma (Najavits, L., 2009). „Sicherheit finden), Angst (Schumacher, B., 1997) Schlaf und Depression (Schaub, A., 2006) und in den Bereichen Sport-, Ergo- und Gestaltungstherapie ergänzt. Seit Kurzem bietet die Forel Klinik ein umfassendes Angebot an Ergotherapie an. Ein wichtiger Bestandteil ist weiterhin das Angebot psychotherapeutischer Einzelgespräche.

Patienten leben in gemeinsamen Stockwerken verschiedener Häuser und sollten dies als eine therapeutische Gemeinschaft empfinden können. Die derzeitige durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt ca. zehn Wochen.

Die Patientenzufriedenheit als Zielgrösse einer Behandlung spielt eine zunehmend bedeutsame Rolle. Weitgehend unklar ist bislang, welche Faktoren die Zufriedenheitsurteile unserer Pateinten beeinflussen und wie diese mit weiteren Indikatoren der Behandlungsqualität zusammenhängen. Bisherige Auswertungen eigener Daten zeigen, dass weibliches Geschlecht und höheres Alter mit positiveren Qualitätsurteilen assoziiert sind.

Woran erkenne ich Genesung, bzw. spüre ich Zufriedenheit, wenn ich meine Motivation habe nutzen können:

„Genesung" bedeutet...

- dass ich über die Schrecken meines Lebens sprechen kann, ohne aus dem Gleichgewicht zu kommen oder gefühllos zu werden.
- dass ich meinen Alltag gut bewältige.
- dass ich sicher bin
- dass ich gesunde Beziehungen zu meinen Mitmenschen habe, ohne mich völlig verletzbar oder isoliert zu fühlen.
- dass ich Freude am Leben habe.
- dass ich mich auf mich selbst und andere verlassen kann.
- dass ich daran glaube, dass ich einen guten Umgang mit mir selbst verdiene.

(aus: Najavits, Sicherheit finden)

Es erscheint einleuchtend, dass Motivation dann weiter genutzt werden kann, wenn ich mich verstanden fühle, meine Grenzen durch meine Ressourcen überwinden lerne, und lerne meine Probleme für mich erfolgreich lösen zu können.

8. Sehe ich nur noch Probleme, verliere ich die Motivation, meine Aufgaben zu lösen

Lassen sie mich nun ein paar Gedanken zu der Einschätzung von Problemen vornehmen. Das Wort „Problem" kommt aus dem Griechischen und meint eine zu lösende Aufgabe, Schwierigkeit oder auch Fragestellung (vgl. Duden 2009, S.858). Viele unserer Patienten bewegen sich in der Annahme, oft unter ausweglosen Problemen zu leiden. Das ist manchmal so, nicht aber immer. Ist dem nicht so, kann es sein, dass sich eine „Problemtrance" bildet und sich in die Gedanken- und Erlebniswelt einschleicht. Gekommen um zu bleiben. Glaubt man dann noch, was man denkt, entstehen nicht selten Grübelgedanken und sich selbst verstärkende Teufelskreise.

Auf die Frage, ob es zu solchen Problemannahmen auch Ausnahmen gebe, fällt den Patienten häufig nichts ein. Sie verkennen damit, dass es zu einem Jetzt mit Problemannahme auch ein Früher ohne Problemannahme gegeben haben muss. Denn erst durch den Vergleich den wir ziehen, dass jetzt etwas anders (störend) ist als vorher, bemerken wir einen Unterschied, der uns die Information „Hier ist ein Problem" liefert.

Dazu Arnold Retzer: In jeder (Paar) Therapie haben wir es mit der grundlegenden Unterscheidung der Bewertung von Problem und Lösung zu tun. Aus einer systemisch-konstruktivistischen Sicht gibt es weder Probleme noch Lösungen. Beides sind beobachterabhängige Bewertungen von Tatsachen. Ohne einen Beobachter, der bewertet, gibt es weder Probleme noch Lösungen. Jeder Beobachter könnte auch anders werten. Es geht um den Unterschied, den man erzeugt, wenn man die Bewertung anders vornimmt oder wenn man eine problemorientierte Perspektive durch eine lösungsorientierte Perspektive ersetzt und umgekehrt.

„Nach systemischer Sicht wird die Problementstehung von Schlippe und Schweitzer folgendermaßen erklärt:
„Nicht ein System…"hat" das Problem als zu ihm gehörendes Strukturmerkmal. Vielmehr kann man die Dinge auch andersherum betrachten: Um ein…entstandenes Verhalten oder Thema herum entwickelt sich ein durch die Kommunikation über das Problem charakterisiertes Sozialsystem: Ein Problem „erschafft" ein Problemsystem. Mit diesem Begriff wird versucht, das Ineinandergreifen der verschiedenen Beschreibungen zu skizzieren, die das hervorbringen, was wir gewohnt sind, „Problem" zu nennen.".

Eine Gruppe von Menschen, z.B. eine Familie, entwickelt also bestimmte Kommunikationsmuster und das Denken, Erleben und Verhalten der Gemeinschaft wird dann sozusagen von diesem Muster versklavt. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass sich nicht das System verändern muss, sondern die Kommunikation der Gruppe rund um das Problem. Schlippe und Schweitzer beschreiben vier Elemente der Definition Problem:

Erstens werden Probleme von einer Reihe von Personen als Zustand angesehen. Zweitens werden sie von jemandem als Zustand wahrgenommen und kommuniziert. Drittens wird der Zustand als unerwünscht und veränderungsbedürftig beschrieben und viertens gilt er als veränderbar.

Es geht nicht darum Probleme zu lösen, sondern gemeinsam Lösungen zu finden. Außerdem wird davon ausgegangen, dass man ein Problem nicht kennen muss, um es zu lösen. Wichtiger Bestandteil der Systemischen Beratung ist daher, Ziele gemeinsam zu erarbeiten und zu formulieren, um Lösungswege entwickeln zu können. (Schlippe/Schweitzer 2000)

Gelassenheitsgebet der Anonymen Alkoholiker: Gott, gib mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.

Diese Unterscheidungen sind nun wichtig, um einen Behandlungsplan zu entwerfen und eine realistische Einschätzung treffen zu können, ob das Angebot der Klinik und der Wunsch des Patienten zusammenpassen.

9. Die Sehnsucht, das Naheliegende verschwinden zu lassen, Motivation, das Zweitbeste zu nutzen

Führen wir uns den Beginn einer Behandlung noch einmal vor Augen: Ein Patient entscheidet sich für eine Behandlung. Damit gehört er zu den 10% die sich dann in einem suchttherapeutischen Setting befinden, während es eben 90% nicht tun. Das alleine ist Motivation, denn er hat sich bereits, in aller Regel aus freien Stücken und mit einer gewissen Einsicht in eine notwendige Veränderung, in die Klinik begeben. Überhaupt, haben Menschen immer etwas wie Motivation. Es mag wohl aber sein, dass wir diese nicht erkennen, bzw. wir an einem gezeigten oder empfundenen Widerstand eines Patienten lediglich erkennen, dass unser Behandlungsangebot noch nicht verstanden, akzeptiert oder verinnerlicht wurde.

Bei Eintritt eines Patienten haben wir (schon wieder) ein „Problem". Patienten äußern häufig zu Beginn die Hoffnung und letzten Endes auch die Motivation, dass nun entweder „alles besser" oder man etwas „wegmachen" könne. Sie haben die Hoffnung, dass etwas mit ihnen passieren möge und sich der als störend empfundene Zustand durch die Hilfe des Therapeuten, der Medizin oder wie durch ein Wunder der Klinik verschwinden möge. „Es soll jetzt weggehen, dafür bin ich doch da, ich habe so lange gelitten, jetzt muss etwas mit mir geschehen, wozu sind sie denn da, wenn ich alles selber machen soll…?

Gunther Schmidt dazu:
Aus der Sehnsucht der Klienten, dass die leidvollen Prozesse endlich aufhören, resultieren meist Zielvorstellungen/Lösungswünsche, die so nicht direkt, schnell und dauerhaft erreichbar sind (perfektionistische Wünsche wie „…dass diese quälenden Abläufe, diese fürchterlichen Flashbacks, endlich ein für alle Mal aufhören …" etc.) Wir nennen sie „Sehnsuchtsziele". Sie sind verständlich und werden achtungsvoll und empathisch akzeptiert. Sie sind aber meist Teil des Netzwerks, welches das Problem verstärkt.

Wir bitten aber die Klienten, ruhig ihre „Sehnsuchtsziele" beizubehalten, weil diese ihre berechtigten Wünsche ausdrücken und würdigen diese ja auch weil sie „vom Herzen kommen" (und möglicherweise ja doch mal erreichbar sein könnten).

Wir definieren eher realistische Ziele dann ausdrücklich als „zweitbeste" Ziele (oder das Beste von im Moment Möglichen), um den hohen Wert der „Sehnsuchtsziele" (mit denen die Klienten ja sehr identifiziert sind) weiter zu würdigen.

Denn: wäre der erstbeste Wunsch, die erstbeste Lösungsidee zu ermöglichen, hätten die Patienten es schon lange selber geschafft und genau das, war nun eben, warum und wie auch immer nicht möglich. Also steht an erster Stelle im Grunde im Sinne einer Orientierung eine Erwartungsenttäuschung, bzw. eine Auftragsklärung, um mögliche der Motivation dienlichen Ziele vereinbaren zu können.

Schmidt: Der Sinn therapeutischer Kooperation, die Kriterien dafür, was, wann, wie in den Fokus gerückt wird, entsteht nicht aus dem bisherigen Geschehen, auch nicht bei schweren Traumatisierungen, sondern aus den angestrebten Entwicklungszielen.

Im besten Fall kann es dann geschafft werden, sich aus folgender Falle zu befreien: Patienten wandeln sich vom:

Problem-Opfer: „es" ist mir passiert (z. B. Angst tritt spontan und unwillkürlich auf, man kann nichts dagegen tun, ist dem Geschehen ausgeliefert)

zum Lösungstäter: (die Entstehung von Angst geschieht: willentlich, ich kann sie willkürlich bekämpfend, ich kann etwas tun) Sie können dann eigene Handlungen ins Auge fassen, die gewünschte Lösung selbst herstellen, oder zumindest begünstigen. „Ich verhalte mich jetzt anders"

Wünschenswert ist die Haltung sich als Problem-Täter zu verstehen: Ich trage zur Aufrechterhaltung des Problems bei, bin mitbeteiligt. Und sich von der Vorstellung des Lösungsopfers: Lösung kommt von außen (passiv-hoffend), „es" ist jetzt besser „geworden" zu lösen.

Gunther Schmidt: Für erfolgreiche Therapie ist es generell von zentraler Bedeutung, das Wechselspiel zwischen willentlichen und unwillkürlichen Prozessen und Umweltreizen aus dem Außen-Kontext zu beachten und Menschen dabei zu unterstützen, so wirksam als möglich auch willentlich ihre unwillkürlichen Prozesse in gewünschter Weise anzuregen.
Aus hypnosystemischer Meta-Perspektive können alle therapeutischen Interventionen verstanden werden als Maßnahmen der Neuvernetzung, bei der die Dominanz bisheriger „Problem-Netzwerke" unterbrochen wird und durch die Vernetzung mit hilfreichen Erlebnis Elementen (aus dem „schlummernden Potenzial, denn von außen kann direkt nichts Neues hinzugefügt werden) transformiert wird mit dem Ergebnis, dass hilfreichere Netzwerke aktiviert werden und mehr und mehr zu den dominanten Netzwerken werden.

10. Sucht als Beziehungsstörung. Die neue Balance zwischen Autonomie und Abhängigkeit. Motivation zur Integration

Man kann eine Suchterkrankung als eine Beziehungsstörung, bzw. eine Systemerkrankung verstehen. Und: Man ist nie alleine krank.

Während zu Beginn der Alkohol noch für den Betroffenen eine heilvolle, entspannende, kontaktfördernde, angstlösende und schlaffördernde Wirkung hat, ändert sich dies im Verlauf der Erkrankung. Es treten zunehmend soziale Isolierung, somatische Erkrankungen und innerer Rückzug ein. Es entsteht ein Ungleichgewicht von Autonomie und Abhängigkeit. Es ist anzunehmen, dass, wenn inzwischen auch dysfunktional, es ehemals die Absicht war durch den Konsum von Suchtmitteln eine Entlastung herbeizuführen.

Gregory Bateson: „Wenn ihn sein Stil des nüchternen Lebens zum Trinken treibt, dann muss in diesem Stil ein Irrtum oder etwas Pathologisches angelegt sein; und die Intoxikation muss zu einer – zumindest subjektiven – Berichtigung dieses Irrtums führen. Mit anderen Worten: verglichen mit seiner Nüchternheit, die in gewisser Weise „"falsch" ist, muss seine Intoxikation in gewisser Weise „"richtig" sein." (Gregory Bateson 1985)

War es zunächst ein Versuch den Konsum als eine Art von Selbstbestimmung zu sehen und sich durch Alkohol autonom zu zeigen, beginnt sich ein Kreislauf zu entwickeln, der mehr die Abhängigkeit und eine Ausgrenzung fördert. Eine unheilvolle Folge ist, dass immer deutlicher wird, dass der eine „Krank" und in seinem Verhalten eher chaotisch, der andere als „Gesund" und in seinem Leben geordnet wahrgenommen wird. In der Folge wird der Gesunde dem Suchtkranken, also dem Siechen, anbieten gesund zu werden.

Es entsteht wieder ein Gefälle und ein Ungleichgewicht in der Betrachtung, denn: Würde der „Kranke" nun das tun, was der „Gesunde" ihm anbietet, würde er ihm damit auch eingestehen, anerkennen, dass er - der Gesunde - Recht hat und der Kranke, krank ist. Genau das hat der als krank erlebte Mensch vorher versucht zu vermeiden, eine Balance war ein Ziel, Autonomie ein weiteres, die Abhängigkeit hatte er verhindern wollen.

Die Folge ist Ambivalenz sich entscheiden zu müssen. Sein Selbstbild zu korrigieren, den Mut finden Veränderungen einzuleiten. Dabei ist darauf zu achten, dass der Betroffene sein Leben eher als chaotisch, unregelmäßig, unvorhersehbar und unbeeinflussbar erlebt. In respektvoller Akzeptanz solcher Sichtweise ist aber auch darauf hinzuweisen, dass nun genau dieses Verhalten seine häufig über lange Zeit eingeübte Gleichmäßigkeit und Ordnung erfährt. Um hier Veränderungsprozesse zu initiieren, muss also die alte Ordnung gestört werden, damit neue Impulse Platz finden können, hilfreiche Netzwerke aktiviert werden können.

Das alte und eingeübte Verhalten wird in der Klinik noch lange gezeigt. Alle therapeutischen und überhaupt alle Angebote und Interventionen der Klinik müssen darauf achten, das alte – und als störend – empfundene – Verhalten nicht zu wiederholen, sondern Neuerungen und Akzeptanz anzubieten. In der Klinik können nun neue Beziehungen zu sich und anderen versucht werden zu bahnen. Das Gefühl von Bindung, Integration, Wiedereingliederung, Kommunikation auf Augenhöhe, Veränderbarkeit und Sinnhaftigkeit können gemacht werden.

Der Patient ist allen Bereichen der Behandlung in psychodynamische Prozesse mit eingebunden. An jeder Stelle wird versucht ein Angebot zu machen, sich mit seiner Ambivalenz auseinandersetzen zu können. Wer seine Ambivalenz akzeptiert, kann sich entscheiden.

Wenn ich nur darf, wenn ich soll,
aber nie kann, wenn ich will,
dann mag ich auch nicht, wenn ich muss.
Wenn ich aber darf, wenn ich will,
dann mag ich auch, wenn ich soll,
und dann kann ich auch wenn ich muss.
Denn schliesslich:
Die können sollen, müssen wollen dürfen.
(Quelle unbekannt)

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit!