



EDITORIAL

Frohe Weihnacht,
liebe Leserin und lieber Leser!

In diesem Jahr haben Hunderttausende Menschen nach einer Flucht aus ihrer Heimat Schutz und Hilfe bei uns in Deutschland gesucht. Trotz der gewaltigen Anzahl musste wohl niemand im Stall bei Ochs und Esel untergebracht werden. Das wäre heutzutage schon wegen der Brandschutz- und Hygienevorschriften verboten. Insofern hatten es die Flüchtlinge im Jahr 2015 besser als Maria und Josef seinerzeit in Bethlehem. Brandschutz, Hygiene, Gebäudesicherheit, Unterbringungsstandards und Notfallmanagement sind durchaus wichtig, aber Verständnis, Wertschätzung, Offenheit und Fürsorge der Menschen im Gastland sind für einen Flüchtling wahrscheinlich noch bedeutsamer. Wenn ich an meine Kindheit und die erste Unterbringung in Lüneburg nach unserer Flucht aus der DDR 1950 denke, erinnere ich mich jedenfalls weniger an das Gebäude als an die menschlichen Qualitäten unserer „Gastgeber“. Wir wurden mit fünf Personen in zwei Räumen eines herrschaftlichen Hauses einquartiert, in dem schon eine weitere Familie zusätzlich zu den Besitzern wohnte. Es gab eine gemeinsame Küche im Souterrain und alle mussten sich beschränken, vor allem die Familie, die das Haus bisher allein bewohnt hatte. Für die Erwachsenen war die Enge oft belastend, aber für mich im Alter zwischen vier und sechs bedeutete das Nähe, nie allein sein, Herzlichkeit und Zuwendung. Trotz mancher Probleme, die in einer so beengten Situation unvermeidlich sind, gab uns niemand das Gefühl, Zwangsgäste zu sein, lästig und nicht willkommen. Das tat sehr gut! Eine „Willkommenskultur“, die in diesem Jahr so häufig beschworen wurde, sollte auch das Handeln jeder Klinik prägen, die psychisch angeschlagenen Personen Schutz, Erholung und Trainingsmöglichkeiten bietet, damit sie anschließend ihr Leben daheim wieder frei und erfolgreich gestalten können. Wir bemühen uns jeden Tag darum und hören, dass dies bei den meisten unserer „Gäste“ auch so ankommt. Diese Kultur wollen wir im Kleinen, in unserer Klinik, weiter pflegen. Wir hoffen, dass auch im Großen, in Deutschland und Europa, Menschen zukünftig weiterhin einen Platz und notwendige Hilfen erhalten, wenn sie aus einer verzweiferten, lebensbedrohlichen Lage fliehen müssen.

Ein gutes Neues Jahr
wünschen Ihnen alle Salusianerinnen und Salusianer,



Ihr Ralf Schneider



Tobias Wiehn

Wie rasch belohnen Sie sich wofür womit wozu?

Nicht nur zur Weihnachtszeit gibt es Süßigkeiten. Für die meisten Menschen stellen sie Belohnungen dar. Zur Sylvesternacht gehören gute Wünsche und Vorsätze, wovon letztere mehr oder weniger häufig umgesetzt werden.

Im Herbst 2014 hat der Psychologieprofessor Walter Mischel ein Buch für Laien und Fachleute herausgebracht. Ausgangspunkt ist der so genannte Marshmallow-Test aus den 60er und 70er Jahren, mit dem der aus Österreich mit seiner Familie vor den Nazis in die USA Geflohene in Fachkreisen weltbekannt wurde. 2015 erschien das Buch auch auf Deutsch, Grund es hiermit vorzustellen und Ihre Neugierde für das Thema zu wecken.

Das Buch weckt Interesse, befasst sich W. Mischel doch wissenschaftlich mit den uralten Fragen der Möglichkeit und Fähigkeit der Selbstkontrolle, allerdings nicht am Beispiel des Apfels der Verführung.

Seine Forschungsergebnisse sind zwischenzeitlich auch in Figuren und Rollenmodelle der Sesamstraße eingeflossen: das Cookie Monster bzw. in der deutschen Fassung das Krümelmonster.

Hintergrund der Forschung sind uralte Menschheitserfahrungen. Wir erleben eine ganze Palette von Bedürfnissen und Trieben, wie überlebenswichtige Bedürfnisse nach Flüssigkeit, Nahrung, angemessener Körpertemperatur und somit Schutz vor Hitze und Kälte, Schutz vor Gefahren, Sex und Fortpflanzung.

Uralte Wurzeln hat auch die Beschäftigung mit der Frage, in wie weit diese reflexartig befriedigt werden, bzw. wie und wozu wir diese unsere Triebe kontrollieren können? Bringt das Vorteile für sich und die Gemeinschaft in der man lebt?

Selbstkontrolle hat verschiedene Facetten. Selbstverständlich lernen - leider

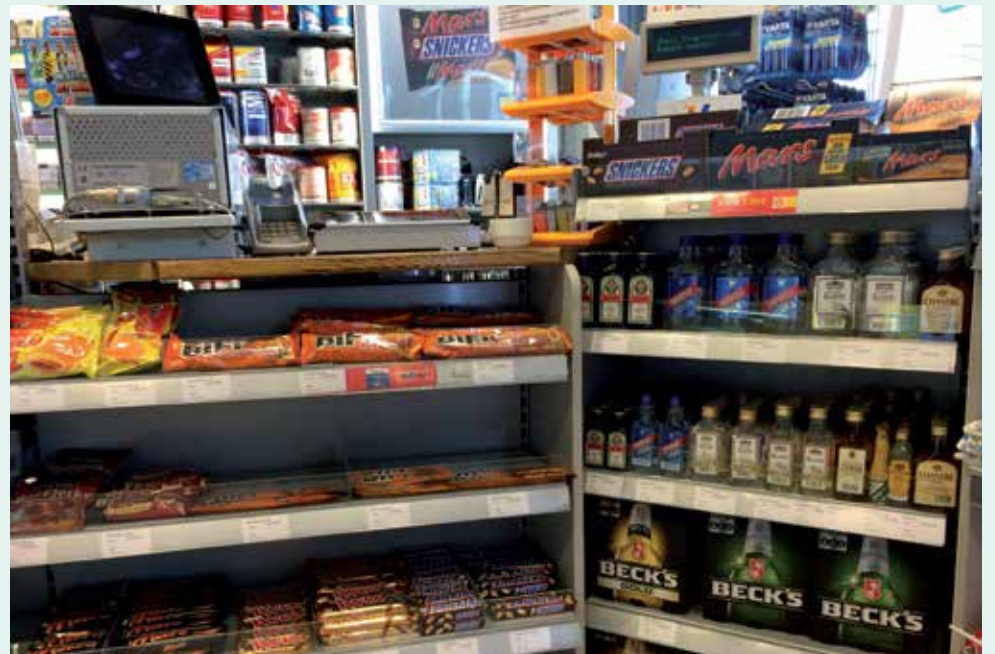
**KURZER VERZICHT
LANGE WIRKUNG**

BELOHNUNGS-AUFSCHUB UND SELBSTKONTROLLE

nicht alle - Menschen z.B. aggressive Impulse wirksam zu kontrollieren (nicht jede Wut oder Ärger führt zum Gebrüll, Prügel oder Mord), oder sexuelle Bedürfnisse nicht zu jeder Zeit an jedem Ort auszuleben. Anregungen dazu gibt es mit religiöser Prägung vom Alten bis Neuen

unterschiedliche Traditionen, wem dabei wieviel Verantwortung und implizit auch Verantwortungsfähigkeit zugeschrieben wird.

Der Test in Kurzfassung: Lieber sofort ein Marshmallow oder lieber später zwei?



Die Tanke: Der tägliche Marshmallow-Test für Erwachsene

Testament, Koran oder in buddhistischen Schriften sowie in eher neuzeitlicherer wissenschaftlicher Prägung, wie bspw. die Förderungen der Ichfunktionen nach Sigmund Freuds Instanzenlehre.

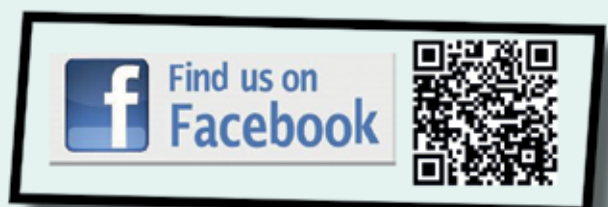
Im Folgenden soll es anlässlich und anhand des o. g. Buches v.a. um die Fähigkeit der Selbstkontrolle im Sinne des Belohnungsaufschubes gehen (also nicht um Fähigkeiten wie die Aggressionskontrolle!).

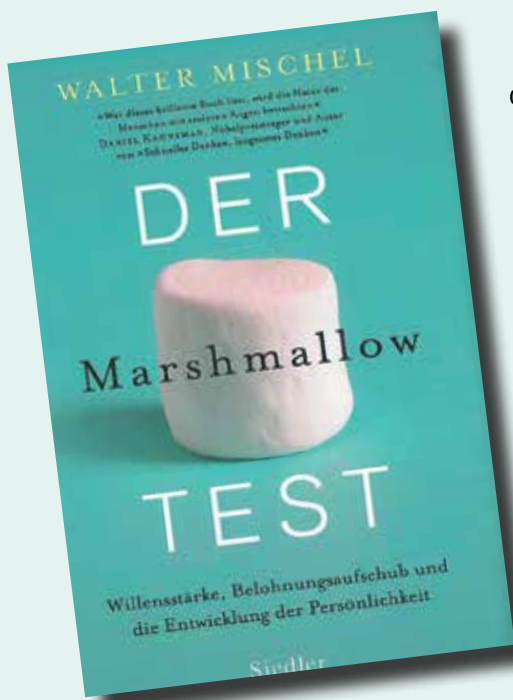
Diese Fähigkeit hat tiefe evolutionäre Wurzeln: Ob Jäger oder Sammler, es macht(e) Sinn, nicht alles sofort aufzuessen, sondern sich etwas „vom Munde absparen“ zu können für „schlechte Zeiten“. Siehe unsere Eichhörnchen im Herbst.

Heute geht es nicht nur in reichen Ländern u.a. darum, mit staatlichen Regeln und/oder privat für den Krankheitsfall und das Alter vorzusorgen. Staaten und ihre Bevölkerung haben

Kinder im Vorschulalter hatten alleine in einem Untersuchungsraum ein Marshmallow vor sich (oder in ähnlichen Untersuchungen ein anderes Objekt der Versuchung), das sie entweder, nachdem sie selbst ein Klingelsignal gaben, jederzeit essen durften oder, wenn sie es schafften, eine ihnen vorher nicht bekannte Zeit dieser Versuchung zu widerstehen, sogar noch einen zweiten dazu geschenkt bekamen.

Die dabei getestete Form der Selbstkontrolle, zugunsten eines längerfristigen Ziels auf einen kurzfristigen Genuss/Gewinn zu verzichten bzw. diesen hinauszuzögern, also eine Art des Belohnungsaufschubes, erwies sich als ein Merkmal,





das hoch mit dem späteren privaten und beruflichen Lebenserfolg dieser Kinder korrelierte.

Der Fachbegriff der Korrelation sagt nichts über Ursache und Wirkung, er benennt einen mathematisch-statistischen Zusammenhang zwischen zwei Merkmalen, in diesem Fall

- a) die Fähigkeit zum Belohnungsaufschub und
- b) der spätere Lebenserfolg, beruflich und privat.

Wer als Kind die eine besser beherrschte, hatte eine höhere Wahrscheinlichkeit den anderen später zu erreichen, warum auch immer...

Was steckt hinter der Fähigkeit zum Belohnungsaufschub? Auch wenn in unserem Gehirn dieselbe Temperatur herrscht, nutzt Mischel die Adjektive „heiß“ und „Kalt“ um Funktionseinheiten unseres Gehirns zu unterscheiden: die heißen Emotionen und der kühle Verstand. Es geht somit darum, den „neokortikalen“ Verstand – also den evolutionsgeschichtlich neuesten Teil unseres Gehirns – zu nutzen, um die im evolutionär älteren „limbischen System“ entstehenden Emotionen und die damit einhergehenden Verhaltensimpulse kontrollieren zu können.

Seine Forschung zeigte, mit welchen Mitteln die Kinder mehr oder weniger erfolgreich den Versuchungen widerstanden. Hier sind einige aufgeführt:

- A) Alle Kinder, die warten konnten, nutzten unterschiedliche Strategien,

die jedoch drei gemeinsame Merkmale beinhalteten:

1. Sie erinnerten sich an ihr Ziel und behielten dies aktiv im Kopf („wenn ich das eine jetzt esse, bekomme ich das zweite später nicht“).
2. Sie wechselten flexibel und kontinuierlich ihre Aufmerksamkeit zwischen zielorientierten Gedanken („Das will ich hinkriegen“) und Techniken zur Reduktion der Versuchung, indem sie bspw. ihre Aufmerksamkeit bewusst auf etwas anderes richteten.
3. Sie bremsten und stoppten impulsive Reaktionen/Antworten. Diese drei Prozesse sind heute kernspintomographisch räumlich als neuronale Aktivität bestimmten Hirnregionen, genauer dem präfrontalen Kortex und somit dem „kühlen“ Verstand, zuordenbar.

B) Die Art und Weise, wie deutlich die Belohnungen geistig abgebildet, vor dem inneren Auge sichtbar sind, verändert die Fähigkeit zum Gratifikationsaufschub ebenfalls, je deutlicher, umso besser.

C) Weitere Untersuchungen auch mit Jugendlichen und Erwachsenen zeigten, dass Vorbereitung helfen kann, Versuchungssituationen zu widerstehen. Hilfreich ist, einen konkreten Plan im Kopf zu haben, eine „Wenn-dann-Vorbereitung“: Wenn dies oder jenes geschieht oder mir durch den Kopf geht, dann handle ich so und so. Mit diesen festen Wenn-dann-Vorsätzen kann man der „heißen“ Versuchung besser widerstehen.

D) Ob diese Strategien genutzt werden, hängt auch von der Art der Kontrollüberzeugung ab. Bin ich der Überzeugung, die Fäden selbst in der Hand zu haben oder eine Marionette unter der Kontrolle anderer zu sein? Meine ich, ich kann das, ich schaffe das? Diese Herausforderung werde ich schon meistern. Oder bin ich überzeugt davon, dass es eh nicht klappt? Erinnern Sie sich vielleicht an Obamas berühmten Wahlkampfpruch? Yes, we can. Diese Überzeugungen sind wichtig, da sie nicht nur die Bereitschaft, etwas Neues auszuprobieren und zu lernen, beeinflussen, sondern auch unser Stressempfinden und unsere biologische Antwort auf Stress beeinflussen. Bin ich überzeugt, etwas zu schaffen, bleibt mein biologischer Stresslevel eher im grünen Bereich. Ein zu hoher Level an Stressbotenstoffen behindert oder erschwert Lernen.

Woher stammt die Fähigkeit? Die Fähigkeit zum Belohnungsaufschub ist teils angeboren, teils abhängig von

Umweltfaktoren, dem Verhalten der Mütter vor der Geburt bis zum Verhalten der Eltern oder anderer Bezugspersonen nach der Geburt: Die Reduktion von übermäßigem Stress, verlässliches Verhalten der engen Bezugspersonen und ein gutes Modell, Vorbild abgeben, sind wichtige Faktoren. In diesem Sinne werden wir „gemacht“: Niemand sucht sich seine Eltern aus, die Gene, die sie vererben, die Ereignisse oder Verhaltensweisen, die ihre Epigenetik (d.h. das „An- und Abschalten“ von Genen abhängig vom Verhalten und den Lebensbedingungen der Großeltern, Eltern wie des eigenen!) bestimmen, ihren Lebensmittelpunkt auf einem der Kontinente, ihre soziale Lage (Einkommen, Wohnverhältnisse, Ernährung, Umweltbelastung), ihre Einstellungen, ihr Vorbildverhalten. Gerade vor diesem Hintergrund zeigen die von W. Mischel zitierten Studien auch, wie wichtig Kindergärten gerade in sozial benachteiligten Bezirken sind, weil sie Chancenungleichheit reduzieren können.

Wozu Belohnungsaufschub und Selbstkontrolle?

Unter dem Blickwinkel dieser Forschung ist Selbstkontrolle ein wichtiges „Werkzeug“, Ziele geben uns jedoch die Richtung und Motivation. Die Forschung wie die Lebenserfahrung zeigen, dass Menschen die Fähigkeit zum Belohnungsaufschub, zur Selbstkontrolle ganz unterschiedlich nutzen: Auch diejenigen, die sie beherrschen, nutzen sie nicht in allen Lebensbereichen und Situationen! Selbstkontrolle ist in diesem Kontext keine Kardinaltugend, eher eine lernbare nützliche Fertigkeit; sie zu „besitzen“ oder zu beherrschen lässt einem die Wahl, ob man sie für ein – einem wichtig erscheinendes – Ziel einsetzt. Und dies stellt einen Baustein der Erklärung dafür dar, dass Menschen sich wohler fühlen sowie privat und beruflich erfolgreicher sind, wenn sie diese Fähigkeit zur Fertigkeit weiter „trainieren“ und somit Entscheidungsspielraum gewinnen, ob, wann und wo sie sie nutzen...

Die Chancen der Veränderbarkeit nutzen

Als ich das Buch fast zu Ende gelesen hatte, fiel mir dazu ein Spruch von Jean Paul Sartre ein.

« On peut toujours faire quelque chose de ce qu'on a fait de nous. »
Selbst übersetzt : « Man kann immer etwas aus dem machen, zu dem wir gemacht wurden. »
Oder freier: „Mach das Beste aus dem, zu dem Du gemacht worden bist.“

Auch die Forschung von W. Mischel zeigt, welche Tendenzen, Talente oder Fähigkeiten angelegt sind, bevor ich ein erwachsenes Ich werde. Dennoch: Auch wenn ich genetisch und epigenetisch geprägt bin, auch wenn mich das (gerade frühe) Erziehungsverhalten und die soziale Umgebung

prägten, welchen Spielraum habe ich, gerade als Erwachsener, selbst? Die pessimistische Haltung zur Selbstkontrolle könnte lauten: Lass es bleiben, ich bin ja eh nur die Marionette meiner Gene und meines Schicksals, in dieser oder jener Gegend der Welt geboren worden zu sein, mit diesen Eltern und diesen Bezugspersonen groß geworden zu sein. Die optimistische Haltung könnte lauten: Stimmt: Ich habe nicht alle Fäden in der Hand. Dennoch gehört zu meinen menschlichen Fähigkeiten auch, Entscheidungen zu treffen, und eine dieser Entscheidungen könnte auch sein, die Fähigkeit zur bewussten, absichtsvollen Kontrolle von Impulsen zu nutzen und auszubauen.

Sich (angeblich) nicht zu entscheiden, ist auch eine Entscheidung!

Selbstkontrolle setzt ein Motiv voraus. Welche Motive sind für mich stark genug, mich auf einen Belohnungsaufschub einzulassen?

Jeder kann sich – je älter, umso selbständiger – dafür entscheiden, diese Fähigkeit zu trainieren.

Das Training setzt ebenfalls hinreichende Motivation voraus, wie bspw. beim Sport: Wenn er mir nicht wichtig ist, treibe ich keinen. Hinzu kommen Durchhaltevermögen und realistische Ziele: Auch das beste Training macht nicht aus jedem einen Goldmedaillengewinner.

Wo nutzen wir die Ergebnisse in der Therapie (nicht)?

Die gerade im angloamerikanischen Jargon selbst von Vertretern der humanistischen Psychologie üblichen Begriffe der Selbstkontrolle, des Selbstmanagements, Selbstwertsteigerung sind manchmal – mindestens im Deutschen – mehrdeutig, wecken sie doch u. a. Assoziationen zur neoliberalen Wirtschaftspolitik.

Es geht uns in der Klinik nicht um Fremd- und Selbstoptimierung, wie sie sich in manchen Trends und Entwicklungen zeigen: Sei schön, sportlich, erfolgreich, kümmere Dich um Frühförderung, optimiere Dein Kind (siehe die Einkindpolitik der Chinesen); verbessere Deine Anpassungs- und Durchsetzungsfähigkeit vom Kampf um die besten Kindergarten- oder Schulplätze bis zu deutschen Produkten auf dem Weltmarkt.

Uns geht es vielmehr darum, diese und andere Forschungsergebnisse zu nutzen, um zu schauen, wie wir Personen mit psychischen Erkrankungen gezielt helfen können.

Eine der Voraussetzungen dafür ist die passende Motivation der Betroffenen. Dazu mehr im folgenden Beitrag von Herrn Dr. Khatib.

Womit ich mich für die Fertigstellung dieses Beitrages belohne, bleibt mein Geheimnis.

-twn-

Der salus-Chat

ist täglich von
19:00 - 21:00 Uhr durch
Moderatoren besetzt.

Jeden Mittwochs:
19:00 - 21:00 Psychosomatik-
Chat

www.saluschat.de



JAHRE SUCHTHERAPIE



Am 24. Juni durften wir 180 Gäste begrüßen, die unserer Einladung gefolgt sind, mit uns das 40-jährige Bestehen der Sucht-Reha in Friedrichsdorf zu feiern.

Sucht e.V., Dr. Volker Weissinger, die Leiterin des Zentrums für Jugendberatung und Suchthilfe

des Hochtaunuskreises, Pia Sohns-Riedl sowie die Selbsthilfeorganisationen. Mündlich vorgetragen wurde pars pro toto das Grußwort der Deutschen Rentenversicherung Bund, der federführende Leistungsträger der

Klinik. Wir haben und gefreut, dass die ärztliche Dezernentin Marie-Luise Delsa ihr persönliches Grußwort an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie alle kooperierenden Partner gerichtet hat.



Nach der Begrüßung durch den Gründungsgesellschafter führte der leitende Psychologe Dr. Khatib als Moderator durch die Tagung. Wir waren dankbar für die viele Grußworte, die wir zu der Feier erhalten haben. In unserer Festschrift haben sich schriftlich beteiligt: der hessische Minister für Soziales und Integration Stefan Grüttner, der Landrat des Hochtaunuskreises, Ulrich Krebs, der Bürgermeister der Stadt Friedrichsdorf, Horst Burghardt, der Geschäftsführer der DRV Hessen, Thomas Hild-Füllenbach, der Geschäftsführer des Fachverband

Nach den Vorträgen des Direktors Dipl. -Psych. Ralf Schneider und des leitenden Arztes Dr. Dietmar Kramer zu der geschichtlichen Entwicklung der Klinik sowie der Sucht-Reha im Allgemeinen, kam der fachliche Schwerpunkt der Veranstaltung mit dem Vortrag zur Emotionsfokussierten Psychotherapie von Frau Dr. phil. Marielle Sutter, die extra aus Bern anreiste.



Nach einer Mittagspause und einem gemeinsamen Mittagessen gab es am Nachmittag die Möglichkeit, sich im Klinikgarten in entspannter Atmosphäre über alte und neue Spezialisierungen der Klinik zu informieren. Während des so genannten Open Space“ konnte man mit einem leckeren Fruchtsaftgetränk oder einer Rindswurst von Stand zu Stand schlendern und sich bei insgesamt 13 Bezugstherapeuten über ihre jeweiligen Schwerpunkte informieren.

Hierbei waren folgende altbekannte Bereiche vertreten:

- Seniorengruppe
- Angebot für Angehörige
- Polyvalente Behandlung
- Verhaltenssüchte
- Psychosomatische Abteilung
- Essstörungen
- SAM (SalusAktivitätenManagement)

Aber auch neue Bereiche wie:

- Smartphone Nutzung in der Therapie
- salus chat
- BORA
- ADHS-Behandlung

Als absoluten Höhepunkt durften wir uns gemeinsam mit unseren Gästen zum Abschluss eines schönen Tages über Henni Nachtsheim die eine Hälfte von "Badesalz" freuen. Dessen Traum, war es schon immer, wie er uns mitteilte, in der salus klinik in Friedrichsdorf aufzutreten.

Für uns war es ein wunderschönes Fest, und wir bedanken uns bei allen Gästen, die mit uns diesen schönen Tag gefeiert haben.

- rsr + nbr -



Als krönenden Abschluss erfreuten wir uns über die hessische Comedylegende - Henni Nachtsheim



Ralf Schneider

DER MARSHMALLOW-TEST UND DIE SUCHT-THERAPIE

In dem Buch „Der Marshmallow-Test“ von Walter Mischel, das T. Wiehn in dieser salü vorstellt, spricht der Autor von „heißem“ und „kühlem“ Denken. Kühl nennt er die Selbstkontrollprozesse, die im präfrontalen Kortex des Gehirns lokalisiert werden, heiß die schnell auf starke, emotionsauslösende Reize reagierenden Prozesse, die im limbischen System und hier speziell im Mandelkern (Amygdala) verortet sind. In der Psychologie bezeichnet man die dahinter stehende Auffassung als „Dual-Process-Theorie“ kognitiver Prozesse.

Im alltäglichen Leben macht wohl jeder von uns gelegentlich die Erfahrung, dass wir etwas tun, was unseren geäußerten Absichten nicht entspricht oder was nicht in unserem langfristigen Interesse liegen kann. Wenn man sich vorgenommen hat, abzunehmen oder nicht mehr zu rauchen, erliegt man vielleicht doch der Versuchung, die von einem Eiscafé oder einer angebotenen Zigarette ausgeht. Oder jemand, der fest von sich glaubt, frei von fremdenfeindlichen Überzeugungen zu sein, spürt ein seltsames

Unbehagen und das Bedürfnis nach Distanz, als ein dunkelhäutiger Mann zu ihm in den Fahrstuhl steigt. So etwas erscheint einem oft seltsam und unerklärlich. In der Suchtbehandlung und bei Rückfällen fällt diese Parallelität von ernsthaftem Vorsatz und gegensätzlichem Verhalten besonders auf. Die Therapie muss sich also damit eingehend beschäftigen, zumal emotionale Selbstbeherrschung, Empathie, Achtsamkeit und Gewissen in einer engen Beziehung zueinander stehen. Verschiedene Forschergruppen haben für die beiden kognitiven Prozesse unterschiedliche Bezeichnungen gewählt: implizites und explizites Gedächtnis, impulsives und reflexives System (Strack & Deutsch), schnelles und langsames Denken (Kahneman), assoziatives und wahres Denken (W. James, 1890), automatische und kontrollierte Prozesse (Kanfer), Intuition und Nachdenken (Kahneman & Tversky), analoge und digitale Modalitäten der Kommunikation (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967). Im Kern meinen sie sehr Ähnliches: Es wirken nebeneinander und gleichzeitig zwei Kräfte auf unsere Einstellungen, Kommunikation und

unser Handeln ein, von denen die eine meist unbewusst und schwer kontrollierbar ist, während die andere rational und bewusst in Erscheinung tritt.

Was kann man aus den „Dual-Process-Theorien“ für die Sucht-Befreiung lernen?

Mischel selbst weist auf den vielleicht wichtigsten Punkt hin: Wer in Kindheit und Jugend die Fähigkeiten zur Selbstkontrolle nur unzureichend erworben hat und zu impulsivem Agieren neigt, der muss sich nicht resignierend damit abfinden, sondern etwas für die späte „Nachschulung“ dieser Fähigkeiten tun! Es ist eine wesentliche Aufgabe der Therapie, diese Entwicklung anzuregen, zu unterstützen und die entsprechenden Kompetenzen zu trainieren (siehe z.B. Suchtfibel Seite 427-431).

Das schnelle/heiße/implizite/automatische/impulsive System ist immer aktiv, während das langsame/kühle/explicite/kontrollierte/reflexive System ausgesetzt werden kann, z.B. bei großer Erschöpfung, Überforderung und motivationaler Deprivation. In solchen Zuständen wird das Verhalten weitgehend von den automatisierten Impulsen bestimmt. In einer Therapie muss die Aufmerksamkeit für solche Zustände erzeugt und die Wachsamkeit dafür erhöht werden, beispielsweise für die Rückfallgefährdung im Anschluss an kognitiv und emotional anstrengende Situationen, in denen man sich längere Zeit „zusammennehmen“ musste oder beruflichem wie privatem Stress ausgesetzt war. So ist es für süchtige Personen oft verwunderlich, dass sie schwierigsten Versuchungssituationen problemlos standhalten, in scheinbar harmlosen Situationen jedoch rückfällig werden. Beispielsweise trinkt jemand während einer feucht-fröhlichen Veranstaltung, in deren mehrstündigem Verlauf er wiederholt zum Mittrinken animiert wird, keinen Tropfen Alkohol und ist darauf auch stolz, besorgt sich aber auf der Heimfahrt an einer Tankstelle eine Flasche Schnaps und besäuft sich zu Hause. Psychologisch ist das kaum erstaunlich, denn im Anschluss an die viel Wachheit und rationale Kontrolle erfordernde Party legt das reflexive System eine Erholungspause ein, während der das impulsive System auf Autopilot schaltet – und darin ist die Abstinenz offenbar nicht als Automatismus verankert.

Das impulsive System zeichnet sich durch zwei Merkmale besonders aus: es kann keine Negationen speichern und es hat keine Zeitperspektive. Zur Erläuterung, was damit gemeint ist, denken Sie einmal an einen Hund: Befehle mit Verneinung sind für einen Hund unverständlich. Mit der digitalen Aussage „Spiel nicht mit dem Ball“ kann er nichts anfangen. Er wird auf die Auslöser „Spiel“ und „Ball“ positiv reagieren, es sei denn, er hört aus dem Klang der Stimme den analogen Auftrag zum Kuschen heraus. Über die Rückkehr seines Menschen freut er sich nach einer Abwesenheit von wenigen Stunden genauso wie nach mehreren Tagen. Einem Hund etwas für morgen oder nächste Woche in Aussicht zu stellen, ist völlig unsinnig. Für die unbewussten Prozesse von uns Menschen sind Negationen bei Zielen und Handlungsentwürfen sowie Zeitperspektiven ähnlich sinnlos. Die hypnotherapeutische Verwendung der Sprache in der Trance geht sehr geschickt auf dieses Phänomen ein. Suchttherapeuten sind gut beraten, sich damit auseinanderzusetzen.

Das reflexive System erfordert Aufmerksamkeit und Energie. Der menschliche Organismus ist aber – wie der jedes anderen Lebewesens – darauf eingestellt, möglichst wenig Energie zu verausgaben. Das impulsive System arbeitet viel ökonomischer und es ist ausgesprochen angenehm, wenn man seiner Intuition, seinen Impulsen und Eingebungen spontan folgen darf, weil man sicher ist, dass daraus keine unangenehmen Folgen entstehen. Das in der Kognitiven Therapie oft zitierte Prinzip „Mind over Mood“ (Greenberger & Padesky, 1995), zu Deutsch in etwa „Kopf über Bauch“, besagt, dass man sich schädlichen Gefühlen und Impulsen nicht überlassen soll, sondern dass man seine Launen durch spezifische Arten zu denken ändern kann. Dieses Prinzip ist in Änderungsphasen von großem Nutzen, nicht aber im „nor-



„Verzichten!?!- Worauf, wozu, warum?“

Offener Info-Abend:

Jeden Mittwoch findet in der salus klinik ein Informations-Abend statt.

Alle Interessierten sind herzlich um 18.30 Uhr eingeladen

malen Leben“. Unser Leben darf nicht überkontrolliert und lustlos werden, indem man jeden Impuls unterdrückt und z.B. die im Marshmallowtest durch Selbstkontrolle gewonnenen zwei Süßigkeiten wiederum aufspart und den Genuss bis in alle Ewigkeit hinausschiebt. Bei Süchtigen wäre nach entbehrensreichen „Wüsten-durchquerungen“ mit einem großen Bedürfnis zu rechnen, sich gehen zu lassen, die Zügel schießen zu lassen. Solchen Durststrecken sollten genesende Suchtkranke aufmerksam vorbeugen. Aber manchmal lassen sich Zeiten mit beruflichem Stress und privater Entbehrung nicht vollständig vermeiden. Sofern sie kein automatisiertes Suchtverhalten aktivieren, gehören Genuss und Genießen durch Bewegung, Begegnung, Abenteuer, Kommunikation, Kultur, Essen und Trinken sowie ungezügelter, leidenschaftlicher Aktivitäten ebenso in die Therapie und Alltagskultur von Suchtkranken wie Reflexion und Achtsamkeit.

Die Erkenntnisse aus der Dual-Process-Forschung, die z.B. etwas zum Verständnis des Suchtgedächtnisses beitragen, sind schon seit geraumer Zeit in die „Suchtfibel“ eingeflossen (18. Aufl., 2015, Seite 197 bis 201). Alle Kapitel zum Verständnis des Suchtprozesses, zur Änderung, zum Rückfall und zur Rückfallprävention beziehen sich darauf und vermitteln entsprechende Beispiele.

Ganz konkret werden bei uns in der Therapie die unbewussten Prozesse durch einen ebenfalls unbewussten Lernprozess beim computergestützten, neuropsychologischen Rückfallpräventionsprogramm (NKT) modifiziert: „Mit dem Joystick gegen die Sucht“. Man erhält dabei die Aufgabe, so rasch wie möglich Bilder in einem besonders angeordneten Rahmen mit dem Joystick bzw. einer Tastatur zu verkleinern. Das wirkt auf den Betrachter so, als würde man die Gegenstände auf dem Bildschirm von sich fortschieben. Bilder in einem deutlich anderen Rahmen soll man entsprechend vergrößern, zu sich heranziehen. Es geht bewusst nur um Geschwindigkeit und Konzentration. Als Rückmeldung erhält der „Spieler“ die Werte, wie viele Treffer bzw. Fehler er gemacht hat und wie der Fortschritt bei der Geschwindigkeit der Reaktion beschaffen ist. Anfangs sind die drogenbezogenen und neutralen Bilder in den beiden Typen von Rahmen noch vermischt. Anschließend wird die Anzahl der drogenbezogenen Bilder in der Kategorie „Wegschieben“ vom Computerprogramm erhöht und ebenso der Anteil der neutralen Bilder beim „Heranziehen“. Hier wird also auf unbewusste Weise eine unbewusste Annäherungstendenz beeinflusst.

Solche unbewussten, systematisch „verfälschten“ Tendenzen beim Wahr-

nehmen, Erinnern, Denken, Urteilen, Entscheiden und Handeln nennt man in der Fachsprache „Cognitive Bias“. Alle psychotropen Substanzen führen bei regelmäßigem Gebrauch infolge ihres Wirkmechanismus im Motivationszentrum des Gehirns und dessen Auswirkungen auf das Frontalhirn zu derartigen systematischen Fehlern, die komplex und fest verankert sind. In der Therapie oder Selbstveränderung geht es erstens darum, sich bewusst zu machen, dass es solche unbewussten Prozesse mit erheblicher Wirkkraft gibt. Zweitens gilt es individuell herauszufinden, wie sich diese Prozesse bei einem selbst zeigen und auswirken.

Die letzte Anregung aus dem „Marshmallow-Test“ war für mich keine Antwort, sondern eine Frage: Was sind die „zwei Marshmallows“ für abstinenzwillige Alkoholiker, die mit einer Flasche ihres Lieblingsgetränks konfrontiert sind? Wenn man darauf verzichtet, das Glas zu trinken, besteht die Belohnung ja nicht in der doppelten Ration der Versuchung, der man widerstanden hat. Was also „hat man davon“, das erste Glas stehen zu lassen? Und zwar nicht morgen, in einem Jahr oder am Lebensende – das impulsive System kennt keine Zeitperspektive –, sondern hier und jetzt! Eine wirksame Antwort muss sofort verfügbar und emotional bedeutsam sein. In der Friedrichsdorfer salü

(Jg. 14, 01/2007) habe ich ausführlich den aus der Logotherapie entlehnten Perspektivwechsel erläutert, der sich aus dem kleinen Austausch der Worte „haben“ und „sein“ entwickeln lässt. Die Frage „Was habe ich davon, wenn ich abstinente lebe?“ wird verändert in „Wer bin ich, was für eine Art Mensch bin ich, wenn ich weiter konsumiere bzw. wenn ich frei davon bin?“ Es geht also um die Identität der Person, nicht um „Haben“, um äußeren Gewinn. Wenn die abstinente Identität mental positiv besetzt ist, z.B. durch emotionale Visualisierungen, dann ist das die richtige Projektion, die anstelle der zwei Marshmallows erscheinen sollte! Die Veränderung der Identität beginnt manchmal mit einem „Aha-Effekt“, einem überraschenden Moment der Erkenntnis. Man sieht plötzlich alles mit ganz anderen Augen. Aber der Identitätswandel ist damit nicht abgeschlossen. Er muss permanent gefestigt und bestätigt werden, ehe die neue Identität selbstverständlich und automatisiert ist. Bei Erwachsenen ist nach sechs Monaten schon viel geschehen, konsolidiert ist der Wandel meistens erst nach zwei Jahren. Zumindest in dieser Phase ist man gut beraten, sich bei der Festigung der neuen Identität jeglicher Unterstützung zu versichern, die man in seiner Umgebung finden und schaffen kann.

-rsr-

MITARBEITERPORTRAIT



**PANAGIOTIS
„TOTIS“
VENIZELEAS**

-Bezugstherapeut-

Panagiotis ist Psychologischer Psychotherapeut und seit 2007 in der Suchtabteilung der salus klinik tätig.

Wie er selber sind auch seine Eltern Griechen. Schon immer in Griechenland lebend, zogen sie in den Jahren der Landflucht in die Stadt. Vor einigen Jahren erwarben sie in der Nähe des Poseidon-Tempels, an der Küste unweit von Athen, ein Haus.

Panagiotis durchlief, eigenen Worten zufolge, „eine ganz normale Entwicklung“, und das, obwohl er doch im zarten Alter von zwei Jahren „ungefragt von Athen ins Siegerland verfrachtet“ wurde.

Die Sommerferien verbrachte die Familie immer in Griechenland, so dass alle Kinder des Griechischen mächtig sind.

Panagiotis ging schon früh in die Musikschule, „wo dann meine Disziplinlosigkeit mit Rhythmus und dem Miteinander-Musizieren ausgetrieben wurde“.

1989 begann er sein Psychologiestudium in Gießen. Obwohl er eigentlich lieber nach Berlin oder Heidelberg gegangen wäre, blieb er bis heute in Gießen. Nach dem Studium arbeitete er u.a. freiberuflich in der sozialpädagogischen Familienhilfe, wo er nicht nur, aber auch für seine Dolmetscherfähigkeiten geschätzt

wurde. Eine Musikschule, jetzt in Frankfurt, besuchte er weiterhin, um – wieder O-Ton – „müde Knochen munter zu machen“, und lernte neben dem Saxophon noch Klavier spielen. Des Weiteren spielt er noch Ney, ein Blasinstrument, das vor allem in der Türkei beliebt ist.

Nach Studienabschluss musste er dann entscheiden, ob sein Herz mehr für die Musik oder die Psychologie schlug, zumindest was sein Einkommen betraf. Er begann die VT-Ausbildung in Marburg und kam zum praktischen Teil in die salus klinik. Er ist uns auch nach seiner Approbation 2012 treu geblieben und mittlerweile ist er zu einer tragenden Säule unseres klinischen Behandlungsteams geworden. Typisch für ihn ist, dass er in jeder Situation eine Grundzufriedenheit und Ruhe ausstrahlt. Wenn ihm der Job und das Pendeln noch Zeit lassen, freut er sich immer, mit seinem Faltboot-Hybrid auf der Lahn zu paddeln.

**Einladung
zum Sommerfest
am 25.06.2016
11.00 – 18.00 Uhr**

Mit
Public Viewing
zur Fußball-
europameisterschaft!

**Wir laden alle ehemaligen Patienten,
Angehörige und Interessierte
zu unserem Fest ein!**

**Unser Programm zum Fest können
Sie sich ca. eine Woche vorher auf
unserer Internetseite anschauen.**

Wir freuen uns auf Sie!





Mark Strobl

Die Zeit der Jäger und Sammler (40 000 v.Chr – 1500 n. Chr.)

Alkohol gilt als nützlicher und gefährlicher Begleiter der Menschheit seit jeher.

Als Menschen noch als Jäger und Sammler unterwegs waren, waren sie bestrebt, frische Nahrung zu finden. Von Frühling bis Herbst gab es Früchte in der Natur, im Winter oder den Eiszeiten noch Wild, Fische und Nüsse. Noch vor 500 Jahren war noch etwa die Hälfte der bewohnbaren Landfläche der Erde von Jägern und Sammlern besiedelt (B. Marquardt 2009).

Lebensmittel verdarben, Mäuse, Ratten, Käfer, Würmer und Schimmelpilze konnten das Überleben der Sippe



Babylonier beim Biertrinken mit Trinkhalm Quelle: DBB

gefährden. Jäger und Sammler sind auf frische Naturprodukte angewiesen. Sie konnten keine grossen Vorräte anlegen da sie mobil bleiben mussten. Verdorbene oder unsichere Lebensmittel wie Pilze oder Kräuter gab man den Druiden oder Medizinmännern zum Verkosten. Entweder sie kannten die Kräuter und Gerüche aus Erfahrung, oder sie berauschten sich stellvertretend für den Stamm und mussten gegebenenfalls mit den Göttern in Verbindung treten, wie man Vergiftungserscheinungen interpretierte.

Alkohol kommt im Tier- & Pflanzenreich als natürliches Abbauprodukt von Zucker und Stärke vor. Lebensmittel wurden in schlechten Zeiten angegoren gegessen. Die Menschen hatten dafür bereits Enzymsysteme zur Verdauung des Alkohols, lange bevor sie in der Lage waren alkoholische Getränke gezielt herzustellen (Carrigana 2014). Eskimos, die in den kälteren Regionen Eurasiens lebten und auf die Nahrungsquellen Robben und Fische spezialisiert waren, kamen nicht in

die Verlegenheit angegorene Produkte essen zu müssen. Bei arktischen Temperaturen kommt es zu keiner Gärung mehr, Lebensmittel verderben langsamer. Entsprechend haben einige Eskimostämme und deren Nachfahren im asiatischen Raum sowie die Indianer in Amerika weniger Alkohol abbauende Enzyme als Menschen in Mitteleuropa. Sie vertragen deshalb weniger Alkohol.

Landwirtschaft und Sesshaftwerden (10 000 v.Chr.- 1500)

Mit dem Sesshaftwerden und dem Aufkommen der Landwirtschaft begann die Aufbewahrung von Saatgut und Lebensmittelvorräten, sowie die Viehhaltung vor allem für die ertragsarme Winterzeit (Harari 2014). Durch Überschussproduktion konnte mehr als nur die Familie oder der Stamm ernährt werden. Städte entstanden, als die landwirtschaftlichen Produkte im ausreichenden Maß vorhanden waren und auf die Märkte transportiert werden konnten. (B. Marquardt 2009).

Es gab nur wenige Konservierungsmethoden. Räuchern über schwelendem Feuer, Pökeln mit Salz, das selten und teuer war, Käse herstellen aus Milch, Trocknen, und Vergären. Für die Vorratshaltung benötigte man Gefäße aus Stein, Holz und Ton zur Aufbewahrung. Die Größe und die Anzahl der Behältnisse waren begrenzt. Lässt man Früchte in Tonbehältern, fangen diese an zu gären, es entwickelt sich naturgegeben Wein oder Essig. Mit Wasser aufgeweichtes Brot wird zu Bier (Hoepfner 1998). Die Menschen kultivierten das Vergären von Früchten und von Broten.

Heute wissen wir, dass sich in alten Fässern und Tonkrügen neben Kultur-Wein- und Bierhefen, wilde Hefen und Bakterien an den Abbau der Inhaltsstoffe beteiligen. Jede Hefe, jedes Bakterium versucht durch Bildung von Stoffen wie z.B. Buttersäure, Milchsäure, Essigsäure aber auch Alkohol andere Mikroorganismen zu unterdrücken. Viele Mikroorganismen sind in der Lage in einem Bier oder Wein ein markantes Aroma und Trübungen zu hinterlassen.

Haben Abbauprodukte wie Alkohole und Säuren höhere Konzentrationen erreicht, wird der weitere Lebensmittelverderb verlangsamt. Hefen und Bakterien hemmen die Schimmelpilze, Alkohol und Säuren unterdrücken die meisten Krankheitserreger, die Durchfall oder Schlimmeres hervorrufen könnten. Die Gärungen waren geschmacklich und qualitativ vom Zufall abhängig. Meist waren es – nach heutiger Erwartungshaltung – keine wohl-schmeckenden Produkte (Bodenbender und Seybold 2011). Die spontane Gärung ohne technische und biologische Hilfsmittel führt zu sauren breiartigen trüben Brotsuppen oder vergorenen Maischen mit 1 – 2% Alkohol, Essig-aroma und undefinierten Geschmäckern. Aber: Die unlöslichen Ballaststoffe aus den Körnern und Früchten dienten der Sättigung in Notzeiten. Vergorene Produkte enthalten Vitamine und sind gesünder als verschimmelte Produkte. In der Geschichtsschreibung wird über besonders wohlschmeckende Ausnahmen berichtet, was nicht schmeckte wurde nicht erwähnt. Das ist heute auch nicht anders.

Babylonier praktizierten das Trinken von Bier mit einem Trinkhalm, um die Spelzen des Getreides und breiigen Substanzen nicht mittrinken zu müssen (siehe Abbildung). Mit der Zeit entwickelte man Pressen und Sedimentationsbehälter, um den flüssigen, alkoholhaltigen Teil von den Feststoffen zu trennen. Dadurch erhöhte sich der Alkoholgehalt in Bier und Wein. Ohne die Trüb- und Ballaststoffe machten die Weine und Biere aber nicht mehr so satt. Man konnte mehr trinken, als gut war.

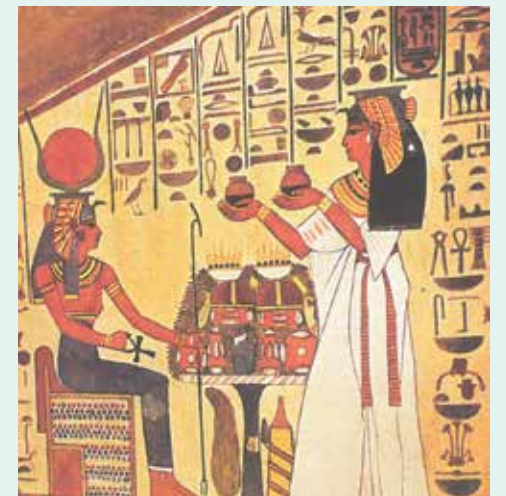
Vergorene Produkte waren vorwiegend für Stadtbewohner. Leisten konnten sich solche Getränke ganzjährig nur Könige, Hochadel und Priester. Überlieferungen über das damalige Leben gibt es nur aus den Kultur- und Machtzentren, die ein Bild darstellen, welches für die Mehrheit der Erdbewohner, die von den Früchten des Waldes, der Steppe oder der Felder lebten, nicht zutraf.

Eines der frühesten Beispiele für einen Fall von exzessivem Alkoholkonsum, wird um 3000 v.Chr. aus Memphis, Ägypten erwähnt. Auf den Wänden eines der Gräber der Könige steht geschrieben (Crothers 1911): „Seine irdische Wohnstätte war von Wein und Bier gepachtet und zerschlagen worden und sein Geist flüchtete, bevor er gerufen wurde“.

Rausch war an Festtagen kulturelle Pflicht. Pharaon, Priester und Priesterinnen und Hofbeamte betranken sich bis zur – als heilig angesehenen – Bewusstlosigkeit. Durch diese kultische Verwendung galt Wein als ein Getränk für die Vornehmen. Die Untertanen mussten sich schon damals über die Sitten und das Benehmen von Adel und Klerus wundern, oder versuchen, ihnen nachzueifern.

Bier hingegen war mit dem Alltagsleben verflochten, es war u.a. der Arbeitslohn. Ein Arbeiter erhielt fünf Brote und 2 Krüge Bier am Tag. Im Alltag, fern ab von religiösen Feiern, empfand man Trunkenheit als Schande.

Gesetze unter Echnaton um 1340 v.Chr. regelten den Ausschank des Bieres. Der Schankwirt, der in seiner Gaststätte politische oder staatsgefährdende Diskussionen duldet, ohne die Obrigkeit zu alarmieren, wurde getötet. Eine Priesterin, die eine Wirtschaft aufsuchte oder gar eine Wirtschaft eröffnete, wurde verbrannt. Bierpanscher wurden in ihren Fässern ertränkt oder so lange mit Bier vollgegossen, bis sie ersticken.



Die Probleme der Trunkenheit wurden beschrieben mit: Du verlässt die Bücher und gehst von Schenke zu Schenke; der Biergenuss allabendlich, der Biergeruch ver-scheucht die Menschen von dir (Singer und Watzel 2010).

„Du fällst und deine Glieder versagen. Kommt man dich suchen, findet man Dich am Boden liegen. Du bist wie ein kleines Kind“.

Der Alkohol hatte aber lediglich die Zentren der Macht erreicht.

Folge 2 (von insgesamt 4) in der nächsten salü: Alkohol in der Antike bei Griechen, Römern und Germanen

-msl-



Ahmad Khatib

Motivational Interviewing (Motivierende Gesprächsführung) "Das therapeutische Betriebssystem"

Kein anderes Konzept therapeutisch-professioneller Gesprächsführung hat in den letzten 30 Jahren eine derartige Aufmerksamkeit und Anerkennung erhalten, wie das von William Miller und Steven Rollnick entwickelte Motivational Interviewing (MI). Als die erste Darstellung dieses therapeutischen Vorgehens im Jahr 1983 erschien, wurde es von vielen im Suchthilfesystem tätigen Helfern und Therapeuten belächelt, ja sogar als naiv bezeichnet. Typische Meinungen waren damals, man müsse Suchtkranke mit ihrem Verhalten und dem Leid, das sie anderen dadurch bereiten, konfrontieren, um sie zu einer Änderung zu bewegen. Dabei wurde so getan, als würden für Suchtkranke anderen Motivationsprinzipien gelten als für andere Menschen. Wenn auch verständlich, dass die Umgebung ihre Unzufriedenheit (Enttäuschung, Verletzung, Ärger u. ä.) dem Suchtkranken gegenüber konfrontativ äußert, ist dieses Vorgehen jedoch keine geeignete Therapiemethode, um eine Reduktion des Suchtmittelkonsums oder eine Abstinenz zu erreichen.

Das MI stellt für uns, mit seinen Grundhaltungen und Prinzipien, die Grundlage für die motivierende Gesprächsführung in der salus klinik – Friedrichsdorf dar. In dem folgenden Beitrag sollen die Grundelemente dieses Vorgehens zusammenfassend erläutert werden.



"Im Grunde komme ich nur noch zu Ihnen, weil Ihre Couch viel bequemer ist als meine."

Psychotherapie: eine Frage der Motivation

Gäbe es eine andere Bezeichnung für „Psychotherapeut“, wäre „Motivator“ die passende. Zunächst ist es seine Aufgabe, Menschen mit psychischen Belastungen dazu zu motivieren, über das eigene Verhalten und dessen negative psychische, soziale und körperliche Folgen nachzudenken. Dann geht es darum zu entscheiden, ob sie ihr Verhalten verändern wollen und ggf. bereit dazu sind, die nötigen Schritte dafür zu unternehmen sowie diese (falls sinn-

voll) durch Stärkung der aufrechterhaltenden Bedingungen beizubehalten. Auf der Grundlage motivationspsychologischer Theorien vermitteln Miller & Rollnick in ihrem MI Prinzipien wie Therapeuten es den Menschen erleichtern können, sich und ihren Lebensstil (und somit auch ihren Suchtmittelkonsum) individuell in ihrem Sinne zu verändern. In Anlehnung an die personenzentrierte Therapie von Carl Rogers (Gründer der Gesprächspsychotherapie) werden im MI diesbezüglich praktische Handlungsanweisungen für eine motivierende Gesprächsführung gegeben. Das (zunächst) zieloffene, *direktive*, aber *nicht konfrontative* Vorgehen soll den Betroffenen helfen, selbst eine subjektiv bessere Lebenszufriedenheit zu erlangen. Mit der 3. Version des MI (2013) wurde das therapeutische Vorgehen mit vier Schritten (Engaging, Focusing, Evoking und Planing) neu beschrieben. Die praktische Umsetzung erfolgt mittels der bisherigen 4 Grundprinzipien (Empathie empfinden, Diskrepanz herstellen, Widerstand geschmeidig begegnen und Änderungs-zuversicht stärken), in Kombination mit (zum größten Teil bereits zuvor enthaltenen) 7 Methoden. Das MI wurde insgesamt überarbeitet und dessen Anwendbarkeit nun im Hinblick auf Änderung menschlichen Problemverhaltens generalisiert und nicht mehr nur auf Suchtkranke beschränkt.

Grundhaltungen im MI

Als zentrale Haltung im MI gilt die Erkenntnis, dass *Motivation* kein statisches oder stabiles Merkmal ist, sondern ein *veränderbarer* und *beeinflussbarer Zustand*, je nach (internen und/oder externen) Situationsbedingungen. Des Weiteren geht MI davon aus, dass Menschen mit einer Suchterkrankung *nicht unmotiviert* sind, sondern *ambivalent*. Die Ambivalenz wird bei Abhängigkeitserkrankungen (sowie auch bei vielen anderen psychischen Störungen) als völlig *normal* angesehen. Wenn die Konsumenten lange Zeit positive Wirkungen durch den Konsum erlebten (z.B. Entspannung, Freude, Reduktion von Ärger) dann ist es nur verständlich, wenn sie diese Vorteile des Konsums zunächst nicht aufgeben wollen. Und auch wenn sie bereits zahlreiche Nachteile des Konsums erkannt haben, hoffen viele Betroffene lange Zeit darauf, diese beseitigen zu können, ohne auf den Suchtmittelkonsum verzichten zu müssen. Professionelle Hilfe soll die Betroffenen darin unterstützen, ihr Verhalten in ihrem Sinne zu hinterfragen und ihre Lebensführung entsprechend ihrer persönlichen Motive und Ideale selbst (anders) zu gestalten.

Das therapeutische Gespräch hat einen Geist („spirit“)

Um eine Verhaltensänderung zu begünstigen, ist die Herstellung einer hierfür geeigneten Atmosphäre, die von Respekt und Würdigung des Patienten geprägt ist, von fundamentaler Bedeutung. Die Autoren sprechen vom Geist des MI („spirit“). Dieser Geist ist nicht „esoterisch“ aufzufassen, sondern wird mittels konkreter Gesprächsbedingungen praktisch beschrieben. Der Therapeut ist angehalten, die Autonomie des Patienten zu wahren: Respektieren, ob der Pat. überhaupt etwas verändern möchte und ggf. was. Die therapeutische Kommunikation muss partnerschaftlich gestaltet werden: Der Austausch zwischen Therapeut und Patient muss auf gleicher Augenhöhe stattfinden, darf nicht von einem Gefälle bestimmt sein und der Therapeut darf nicht bevormundend sein. Ferner soll der Therapeut teilnehmend sein: Er ist am Wohl des Patienten und nicht an den persönlichen Vorteilen (z.B. Bestätigung seiner therapeutischen Kompetenz) interessiert. In seinem klärenden Vorgehen ist der Therapeut entlockend: Er hilft dem Patienten herauszufinden, was dieser will bzw. was in seinem Sinne ist. Dabei ist „entlockend“ im motivierenden, keineswegs im „tricksenden“ Sinne zu verstehen! Mit diesen Gesprächsbedingungen soll der Therapeut eine günstige Voraussetzung für eine vertrauensvolle Therapeut-Patient-Beziehung und ein zielgerichtetes Arbeitsbündnis schaffen.

"Spirit" of MI

- Autonomie wahren
- Partnerschaftlich kommunizieren
- Anteil nehmen
- Entlockend vorgehen

„4 Schritte Plus“ bestimmen den Änderungsprozess und dessen Tempo

Gemäß der 3. Version des MI empfiehlt der Änderungsprozess beim therapeutischen Vorgehen folgende Schritte zu gehen, die hierarchisch, aber flexibel, zu beachten sind:

1) **Der Kontakt will hergestellt werden:** Der Therapiebeginn gilt als eine besonders sensible Begegnung zwischen Therapeut und Patient. Für den Patienten ist der Therapeut zunächst ein „fremder“ Mensch, dem er nun von seinen Schwierigkeiten oder Misserfolgen berichten soll. Mit Hilfe einer Atmosphäre von Zugewandtheit und Respekt soll sich der Therapeut vertrauensvoll in die Thematik des Patienten „einklinken“, sodass der Patient die Sicherheit bekommt, dass es sich lohnt,

dem Therapeuten einen Vertrauensvorschub zu geben. Der Therapeut versucht zu verstehen, was den Patienten beschäftigt, belastet oder ärgert - ohne zu bewerten. Verhören, befehlen, moralisieren, aber auch aufheitern oder trösten sind dabei keine geeigneten Gesprächsmethoden, da diese einer Klärung entgegenstehen.

2) **Das (therapeutische) Anliegen will geklärt werden:** Für den Betroffenen stellt der Konsum von Suchtmitteln über viele Jahre einen gelungenen Lösungsversuch dar, der ihm half, Sorgen besser zu ertragen, gute Laune zu bekommen oder Konflikte besser auszuhalten. Es ist keine Selbstverständlichkeit, dass sich Menschen mit Suchtproblemen darüber im Klaren sind, was das eigentliche Problem ist. Manche sehen nicht in dem Konsum selbst das Problem, sondern in dessen Hintergründen (z.B. Unzufriedenheit im Leben, depressive Verstimmung, Ängste, soziale Konflikte u.a.). Aus den verschiedenen Gesprächsthemen versucht der Therapeut - gemeinsam mit dem Patienten - das zentrale Anliegen „herauszuschälen“ (z.B. den Suchtmittelkonsum), das dann im Fokus der weiteren Gespräche stehen soll.

3) **Die Änderungsmotivation will geweckt werden:** Aus den persönlichen Sorgen oder Befürchtungen des Patienten, die mit einem weiteren Konsum verbunden sind, versucht der Therapeut eine Änderungsbereitschaft bei dem Patienten herauszubilden. Der Patient soll bei den Gesprächen eine Gelassenheit spüren, sodass er es „wagt“ - frei von jeglichem Druck - sich mit seinen Lebensumständen auseinanderzusetzen, z.B. was ihn genau beunruhigt oder welche seiner Probleme er auf seinen Konsum zurückführt. Dabei agiert der Therapeut wie eine „Hebamme“, indem er dem Patienten hilft, die Eigenmotivation zur Veränderung freizusetzen, um so eine subjektiv bessere Lebensqualität zu erreichen. Die Klärung soll schließlich auf die Schlüsselfrage hinauslaufen, wie der Patient sich wünscht, dass es weitergeht oder was er nun tun möchte. Erst wenn der Patient eine Änderung in seinem Verhalten befürwortet, kann gemeinsam ein Änderungsplan, bei dem der Patient eine handelnde Rolle einnimmt, erarbeitet werden. Änderungsbezogene Äußerungen („change talk“) können unterschiedlich ausgeprägte Änderungsbereitschaften in sich bergen. Beim MI wird unterschieden zwischen „*änderungsvorbereitenden*“ Aussagen („preparatory change talk“) und „*aktivierenden/ mobilisierenden*“ Aussagen („mobilizing change talk“).

Änderungsvorbereitende Aussage "DARN"

Desire als Wunsch	Ability als Fähigkeit
Reasons als Gründe	Need als Dringlichkeit

Änderungsvorbereitende Aussagen können vom Patienten in verschiedenen Formen (DARN) geäußert werden: (a) Als Wunsch/Sehnsucht („Desire“), z.B. „Ich möchte meine Partnerschaft retten und deshalb auf den Alkoholkonsum verzichten“. (b) Als Ausdruck persönlicher Fähigkeit („Ability“), z.B.: „Wenn andere es schaffen, auf Alkohol zu verzichten, schaffe ich es auch“. (c) Durch Änderungsgründe („Reasons for change“), z.B.: „Wenn ich mit dem Drogenkonsum aufhöre, schaffe ich es, meine Ausbildung zu absolvieren“. (d) Als Dringlichkeit („Need“) aufgrund akuter Konsequenzen, z.B. „Wegen meines Konsums wurde ich vom Arbeitgeber verwarnt; es ist höchste Zeit, den Konsum zu beenden“.

Aktivierende/mobilisierende Aussagen des Patienten können auf folgende Weise zum Ausdruck gebracht werden: (a) Als **Selbstverpflichtung** („Commitment“), z.B.: „Ich werde mir Gedanken machen bzw. die Informationen (Suchtvorträge) anhören“. (b) Als **Bereitschaft** zum aktiven Handeln („Activation“), z.B.: „Ich bin bereit, den Therapievertrag zu unterschreiben“. (c) In Form von **konkreten Handlungsschritten** („Taking Steps“), z.B.: „Ich habe schon die Telefonnummern von allen Dealern aus meinem Handy gelöscht“. Hingegen können Äußerungen des Patienten, die auf eine Fortsetzung des Konsums hindeuten, durch **Uneinigkeit mit Missstimmung** („discord“) gekennzeichnet sein, z.B.: „Ich lasse mir kein Alkoholproblem einreden“ (solche Äußerungen wurden in den vorherigen MI-Versionen als „resistance talk“ bezeichnet). Sie können aber auch im **ertragenden bzw. aufrechterhaltenden** Sinne („sustain talk“) formuliert sein, z.B.: „Ich war noch nie aggressiv, bin nie besoffen auf der Straße herumgelaufen“ u.ä. Gerade bei ambivalenten Patienten vermischen sich Äußerungen,

die von **Uneinigkeit mit Missstimmung** bzw. Aufrechterhaltung geprägt sind („discord bzw. sustain talk“) mit solchen Äußerungen, die für eine Änderung sprechen („change talk“) wie ein Blumenmeer auf einer wild wachsenden Wiese. Hier ist der Therapeut gefragt, die änderungsbezogenen Äußerungen zu „pflücken“ und daraus einen Blumenstrauß zu binden.

4) **Die Veränderung will geplant werden:** Hierbei geht es um die Umsetzung der Änderungsbereitschaft (als Absicht) in einem verbindlichen Handlungsplan (als Verhalten), je nach persönlicher Kompetenzen und Lebensumständen des Patienten.

Prinzipien motivierender Gesprächsführung: Förderung statt Forderung

4 Grundprinzipien sollen die therapeutische Grundhaltung stützen: Der Therapeut soll lernen, **Empathie für den Patienten zu empfinden**, in dem er sich bemüht, das Verhalten des Patienten, v.a. im Hinblick auf den Suchtmittelkonsum, aus dessen Perspektive zu sehen (Achtung: Verstehen ist nicht gutheißend!). Zugleich versucht der Therapeut, **Diskrepanzen zu entwickeln**, zwischen seinem tatsächlichen Verhalten (v.a. Suchtmittelkonsum) und seinen persönlichen Werten/Idealen einerseits und zwischen seiner Selbstwahrnehmung und der Fremdwahrnehmung (Familie, Partner, Arbeitgeber/Kollegen, Ärzte etc.) in Bezug auf seinen Suchtmittelkonsum andererseits.

"4. Schritte Plus"

- Kontakt herstellen
- Anliegen klären
- Änderungsmotivation wecken
- Veränderung planen

Für eine nachhaltige Änderungsbereitschaft ist die **Stärkung der Änderungszuversicht** von besonderer Bedeutung. Deshalb soll die Aufmerksamkeit des Betroffenen gezielt auf bisher gelungene Versuche, die Suchtproblematik (auch wenn nur für eine kurze Zeit) zu dämpfen, gelenkt werden. Dadurch sollen das Selbstvertrauen und die Änderungsbereitschaft gestärkt werden. Während der gesamten Gesprächsführung/Behandlung ist ein **geschmeidiger Umgang mit Widerstand** zu beachten. Dabei wird der Widerstand als völlig normaler Bestandteil der gesamten Problematik angesehen. Bagatellisieren, Verharmlosen, Intellektualisieren oder Ablehnen therapeutischer Empfehlungen sind wichtige Hinweise auf Widerstand. Zum Umgang damit gibt MI eine Reihe von hilfreichen Methoden vor, die das Ziel verfolgen, einen möglichen Widerstand aufzunehmen und sanft in einen konstruktiven Änderungsprozess umzulenken. Weitere Hinweise für Widerstand können auch Versäumen von Terminen, Vergessen von Vereinbarungen, zu spät kommen, Schweigen oder „Small-Talk“ sein.

Die Gesprächsführung hat Methoden: „Dancing“ statt „Wrestling“
In einer guten therapeutischen Gesprächsführung ist der Therapeut

angehalten, **offene Fragen** zu stellen, **aktiv zuzuhören**, die Bemühungen des Patienten gezielt zu **würdigen** und die zentralen Aussagen des Patienten im Gesprächsverlauf immer wieder **zusammenzufassen**. Über diese 4 Methoden hinaus wird auch das **Informieren und Beraten** (z.B. hinsichtlich körperlicher oder psychischer Folgen, medizinischer, sozialer oder rechtlicher Unterstützungsmöglichkeiten) als eine wertvolle Gesprächsmethode genannt. Zu den Gesprächsmethoden gehören auch die oben erläuterten Methoden **„change talk“** und **„confidence talk“**.

Die Autoren weisen auf typische **„Gesprächsfallen“** hin, die eine zielführende und klärende Gesprächsführung behindern können: das Gespräch im **„Frage-Antwort-Stil“** („ping-pong“) führen, wodurch die Klärung der emotional relevanten Themen des Patienten vermieden wird. **Konfrontation** des Patienten mit bestimmten Argumenten und „Tatsachen“, wodurch der Patient eine abwehrende und abweisende Haltung einnimmt. Als **Experte** auftreten und den Patienten mit Informationen **„überhäufen“**, da dies zu einer passiven Haltung des Patienten führen kann. **Etikettierung** des Patienten als **„süchtig“/„abhängig“**, wodurch die Klärung der Abhängigkeitserkrankung reduziert oder erschwert wird. **Frühzeitige Fokussierung** auf die Suchterkrankung (bei gleichzeitiger Vernachlässigung von belastenden Faktoren im Leben des Patienten), was dazu führen kann, dass der Patient sich unverstanden fühlt. Suche nach **„Schuldigen“** für die Entwicklung der Suchtproblematik, wodurch die Bewältigung des Suchtverhaltens in den Hintergrund treten kann.

Das MI lässt sich gut mit dem Ansatz der **„Selbstmanagement-Therapie“**, der die Grundlage unseres Behandlungskonzeptes darstellt, kombinieren. Die Auffassungen bzgl. menschlicher Motivation und die Grundprinzipien der therapeutischen Gesprächsführung bzw. der Beziehungsgestaltung der beiden Vorgehen widersprechen sich nicht. MI bietet jedoch eine Präzisierung von Gesprächsmethoden und eine Erweiterung der Motivationsregeln sowie eine Betonung der therapeutischen Grundhaltung.

Die Wirksamkeit und die Effektivität von MI wurden in mehr als 200 Studien (meistens aus dem Suchtbereich), darunter 10 Metaanalysen, belegt. Seit 2008 ist das MI in den USA als eine evidenzbasierte Behandlungsform offiziell registriert. Inzwischen gehört das MI schulenübergreifend zu den Kernkompetenzen der Psychotherapeuten, unabhängig von ihrem Arbeitsbereich. International gilt sie als die Methode der geschmeidigen Gesprächsführung und der Motivierung zur Verhaltensänderung. In der salus klinik – Friedrichsdorf stellt sie das **„therapeutische Betriebssystem“** dar.

-akb-



Nachruf



Hermann Huber

Am 16.07.2015 verstarb Hermann Huber sehr plötzlich an einem Herzinfarkt in seiner Wohnung in Kroatien.

Hermann Huber war vor ca. acht Jahren wegen seiner Alkoholabhängigkeit in der salus klinik und lebte seit dieser Zeit abstinent. Er engagierte sich direkt nach seiner Behandlung regelmäßig bei den Info-Abenden, die wir jeden Mittwoch in der salus klinik abhalten. Seit ca. sechs Jahren unterstützte Hermann Huber die allabendliche Arbeit im salus Chat (www.saluschat.de) als Moderator. Unser Chat ist für jeden, der Fragen zum Thema Sucht und Psychosomatik hat, offen und wird im Sinne der Selbsthilfe von ehemaligen Patienten der Klinik täglich von 19.00-21.00 Uhr moderiert. Hermann Huber kümmerte sich um die Belange des Chats sehr intensiv. Vor drei Jahren erfüllte sich für Hermann Huber ein langer gehegter Traum: Als er in Rente ging, übersiedelte er nach Kroatien, wo er Freunde hatte und lange Zeit schon jeden Urlaub verbrachte. Aber auch von Kroatien aus war Hermann fast täglich im Chat und im Forum und stand mit seinen Erfahrungen und seinem Wissen Rat suchenden Menschen zur Verfügung.

Von der Nachricht seines plötzlichen Todes waren wir völlig geschockt. Er war doch erst im Juni dieses Jahres hier in Deutschland und hatte uns bei der Vorbereitung des Ehemaligentreffens geholfen. Sein Tod bedeutet auch für den salus Chat einen großen Verlust. Es macht wieder einmal deutlich, wie wenig wir die Anwesenheit eines lieben Menschen als selbstverständlich ansehen können. Wir denken an Hermann und sind sehr dankbar für die Momente, die wir mit ihm verbringen konnten und in denen er uns unterstützt hat.

-flt-

IMPRESSUM

Herausgeber:
salus klinik Friedrichsdorf
Landgrafenplatz 1, 61381 Friedrichsdorf

Redaktion:
Judith Barkfelt, Nica Böttcher, Ralf Schneider

Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Judith Barkfelt, Nica Böttcher, Ahmad Khatib, Bianca Kutsche, Ferdinand Leist, Ralf Schneider, Mark Strobl, Nadja Tahmassebi, Tobias Wiehn

Herstellungsleitung:
Sandra Fisch, salus klinik GmbH

Druck & Versand:
Druckhaus Süd GmbH, 50968 Köln
www.druckhaus-sued.de