



Die Chefärzte, die sich ablösen: Dr. med. Gottfried Sondheimer (links), ehemaliger Leiter, Dr. med. Thomas Meyer, neuer Leiter der Forel Klinik

25 Jahre Forel Klinik 1972–1997 *Gottfried Sondheimer*

Kommunikation

Gesagt ist noch nicht gehört,
gehört ist noch nicht verstanden,
verstanden ist noch nicht einverstanden,
einverstanden ist noch nicht angewandt,
angewandt ist noch nicht beibehalten. (Konrad Lorenz)

Mit Beendigung meiner Tätigkeit in der Forel Klinik läge es nahe, einen Überblick über die Klinikentwicklung im letzten Vierteljahrhundert zu geben. Glücklicherweise ist es möglich, für die ersten 17 Jahre dieser Periode auf die ausgezeichnete Zusammenfassung «100 Jahre Forel Klinik» von August Reimann zurückgreifen zu können. In dieser Chronik sind die letzten Kapitel dem Strukturwandel «von der Heilstätte zur Forel Klinik» gewidmet¹.

Die folgenden 8 Jahre (1989–1997) brachten die Konsolidierung und Vertiefung therapeutischer Konzepte und Anliegen mit sich, was im Detail nicht weiter ausgeführt werden soll. Hingegen fragte ich mich, ob es Erfahrungen und Beobachtungen aus der Klinikstätigkeit der letzten 25 Jahre gibt, die es – aus meiner Sicht – wert wären, festgehalten zu werden.

Ich möchte meinen Beitrag auf den Diskurs des Therapieerfolges bei Alkoholkranken konzentrieren. Dabei beschäftigt mich insbesondere die Frage eines produktiven und kreativen Gesprächsverlaufes zwischen Arzt und Patient. *(Im folgenden Text wird vereinheitlichend von Arzt und Patient gesprochen, der Quantität nach wohl die häufigste Konstellation der Begegnung. Gemeint ist aber immer das real existierende ganze Spektrum von PatientInnen oder KlientInnen oder KundInnen im Kontakt mit ÄrztInnen und/oder PsychotherapeutInnen und/oder SozialarbeiterInnen und/oder...).*

Gibt es Verlaufskriterien, die eine gute Prognose erwarten oder das Scheitern der Bemühungen fürchten lassen?

Prinzipiell lassen sich verschiedene Zugänge zum Thema der Therapieerfolge denken. Man kann den Weg der Erfolgskontrolle sozusagen von aussen einschlagen, über Fragebögen, die an Hunderte von Patienten nach Abschluss einer Therapie in bestimmten Zeitintervallen verschickt werden. Man schaut nach, welche objektiven Behandlungserfolge, z.B. Einhaltung einer Totalabstinenz, vorhandene Berufstätigkeit, gesunde Lebensqualität u.ä. längerfristig weiterbestehen.

Ich möchte diese Sicht des Zugangs die Weitwinkel-Perspektive des Therapieerfolgs bezeichnen. Seit Übernahme meiner Leitungsfunktion in der Forel Klinik im Jahre 1975 habe ich mich um die Klärung dieser Aussenansicht sehr bemüht, da eine der Öffentlichkeit verantwortliche Suchtklinik auf eine seriöse und systematische Erfolgs- und Qualitätskontrolle ange-

¹ August Reimann: 100 Jahre Forel Klinik. Wirken der Heilstätte für Alkoholkranken in Ellikon an der Thur (Kanton Zürich) 1888–1988. Herausgeber: Verein Forel Klinik, Ellikon an der Thur, 1989 (192 Seiten). Neustrukturierung der Heilstätte, Periode 1972–1979; Von der Heilstätte zur Forel Klinik, Periode 1980–1988.

wiesen ist. Seit 1991 besteht eine eigene Stabsstelle für Katamneseforschung und wissenschaftliche Therapiebegleitung, wodurch eine ganze Reihe von Untersuchungen initiiert werden konnten.²

Im folgenden möchte ich den zweiten Weg wählen, den Weg der Innenansicht, die Tele-Perspektive der persönlichen Beziehung zwischen Psychotherapeut und alkoholabhängigem Patienten.

In welchen ambulanten oder stationären Institutionen findet welcher Patient, welche Patientin Kontakt zu welchem Therapeuten, zu welcher Therapeutin? In den verflissenen Jahren wollte es mir oft scheinen, dass nicht nur der Patient und allenfalls seine Umgebung wie Partner und Arbeitskollege für Erfolg und Misserfolg verantwortlich zu machen, sondern auch ein Hausarzt, der Sozialdienst, die Klinik irgendwie paritätisch in den Verantwortungsprozess miteingebunden sind. Behandlungsmotivation des Patienten und Kunstfertigkeit des Arztes bedingen ein Stück weit sich gegenseitig, wenn nicht ein Patient aufgrund alkohol- und hirnbedingter Störungen – zumindestens bei Therapiebeginn – erheblich in seiner Compliancefähigkeit eingeschränkt ist. Der therapiekundige Arzt wird sein Vorgehen in diesem häufigen Fall anzupassen wissen.

These: Bei einer Therapieeinleitung darf die Behandlungsmotivation des alkoholabhängigen Patienten nicht unbedingt vorausgesetzt werden. Diese muss zunächst geduldig erarbeitet werden.

Jeder Alkoholpatient hat in seiner Krankheit per definitionem nur eingesengte Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten, weshalb ihm besonders in ersten Gesprächskontakten trotz zuwiderlaufenden Tendenzen alle Aufmerksamkeit und Empathie gehört. Die psychische Ausgangssituation des Alkoholpatienten im Abklärungsgespräch wird von einer selektiven Problemwahrnehmung bestimmt, der eine schleichende Hirn-Wesensänderung zugrunde liegt.

Viele PatientInnen nehmen eigene Körperstörungen und auffällige Verhaltensänderungen im subjektiven Erleben überhaupt nicht wahr. Sie registrieren wissensmässig, dass eine Krankheit vorliegen muss, leugnen aber unlogisch eine Alkoholproblematik.

Innere, nur vage bewusste Deutungskonstrukte verdrängen objektive Untersuchungskriterien. Wie ist es möglich, das innere Vergessen und Unge-schehenmachen chronischer intrapsychischer und psychosozialer Konflikte aufzuheben, einer therapeutischen Arbeit zugänglich zu machen?

Hans U. Müller, langjähriger und einfühlsamer Supervisor der Forel Klinik, hat für diese «Abspaltung und ihre Folgen für die Psychotherapie der Suchtkranken» das innovative Bild der Drehbühne geprägt. Er möge hier persönlich zu Wort kommen:

«Prinzipielle Zweifel an der Intelligenz der Alkoholkranken waren – wie ich bald merkte – nicht berechtigt. Da gab's Leute aus allen Schichten und Berufsgattungen, doch im Verleugnen, im Danebenschauen, Danebenreden und Verdrängen ihres Leidens waren sie alle gleich... Wenn ein Mensch mehrere Klinikaufenthalte, mehrere Zusammen-

² Siehe weiteren Artikel dieser Beilage: Martin Sieber, Bemerkungen zur Evaluationsforschung in der Forel Klinik.

stösse mit der Polizei, den Gerichten, eine chronische Ehekrise und existenzbedrohende Warnungen des Arbeitgebers einfach auf die Seite schieben kann, reicht deskriptiv und strukturell nur noch der Begriff der Abspaltung aus. Diejenige innere Teilperson, welche die ständigen Krisen und Katastrophen leibhaftig erlebt hat, ist wie nicht mehr vorhanden, nicht mehr repräsentiert, oder nur noch in unbedeutenden Spuren. Das Bild einer Drehbühne drängt sich mir auf, die in zwei Halbkreise geteilt ist. Vorne das Idyll, alles scheint in Ordnung, doch wenn sie um 180° gedreht wird: Alles im Zerfall, im Niedergang mit schwarzer Zukunftsperspektive. Die Drehbühne besitzt bei den schweren Alkoholkranken eine Arretierung, die verhindert, dass die kaputte Hälfte ins Rampenlicht kommt.

Was für besondere Schwierigkeiten ergeben sich daraus für eine mögliche Therapie? Die Grundsituation ist voll von Widersprüchen, Paradoxien».³

Wie mit dem Kosmos Patient umgehen? Jeder Arzt und Therapeut hat seine Anfänge. Zu Beginn meiner eigenen therapeutischen Tätigkeit stand wohl eher das Mitleid mit dem Alkoholkranken, das Helfenwollen, die ethische Verantwortung für den Schwachen im Vordergrund. Dem Medizinstudium war eine theologische Ausbildung vorausgegangen. In meiner Spezialarztausbildung in Essen/Deutschland beendete mich die Ohnmacht der klinischen Psychiatrie gegenüber dem durch den Alkoholismus hervorgerufenen menschlichen Leid. War die Selbsthilfe Betroffener in der christlich-weltanschaulich geprägten AA (Anonyme Alkoholiker, Al-Anon) der mögliche Ausweg aus der Behandlungsmisere?

Als ich meine ärztliche Tätigkeit anfangs der 70er Jahre in der Psychiatrischen Poliklinik des Kantonsspitals, in der Jugend- und Drogenberatungsstelle der Stadt Winterthur und in der Heilstätte Ellikon ausübte, fragte ich mich manchmal leicht ungläubig, ob heute immer noch die Geschichte vom ratlosen Psychiatrieprofessor (Auguste Forel, 1848–1931, Arzt, Naturforscher, Sozialreformer) und seinem erfolgreichen abstinenten Schuster (Jakob Bosshard, 1853–1911, anfangs Trinkerfürsorger im Blaukreuzverein, ab 1888/89 erster Hausvater des Trinkerasylls Ellikon an der Thur ZH) Gültigkeit besitze.

Damals entdeckte ich die noch festgefügte, vernetzte Behandlungskette des Blauen Kreuzes in der deutschen Schweiz. Bei Einladungen zu Besinnungswochen lernte ich die beeindruckenden Blaukreuzferienheime in den Bergen kennen. Bald verband mich die Supervision mit intakten, weit verbreiteten Beratungsstellen. Es gab die traditionsreichen Heilstätten für Männer und Frauen, in welchen auf schmaler Personalbasis eine aufopferungsbereite Rehabilitationsarbeit im Rahmen von Ganzjahrskuren geleistet wurde. War das über Jahrzehnte entwickelte und konstante Vorbild der Solidarität mit Suchtabhängigen und die im Evangelium begründete und geforderte Abstinenz der gültige Behandlungsweg, wie er vom Blauen Kreuz vertreten wurde? Der gläubige, abstinente und starke Therapeut setzt sich für den verlorenen und schwachen Patienten ein, bis dieser selber gläubig, abstinent und stark ist und anderen helfen kann?

³ Beilage zum 106. Jahresbericht des Vereins Forel Klinik (1994)

Grundsatzfrage: Von welchem Menschenbild, von welcher Behandlungsphilosophie geht ein Therapieansatz aus? Wie beeinflusst eine bestimmte Therapieschule den Behandlungsverlauf?

Ich benötigte längere Zeit zu akzeptieren, dass gelegentlich der schwache Alkoholtherapeut von starken Alkoholkranken belehrt wurde, was zu tun sei, wenn diese zur aktiven Selbsthilfe griffen. Sollte ich mich jetzt herausreden, ich sei gerade auf einen Patienten mit guten Coping-Fähigkeiten gestossen? Oder beruhen schlussendlich positive Behandlungsverläufe auf den Erfolgen der Selbstheilung?

Eigenartige Widersprüche und Paradoxien! Hier Patienten, die dankbar jede Hilfe zur Selbsthilfe annehmen. Der Arzt ist sehr befriedigt. Dort die widerspenstigen, destruktiv-aggressiven Patienten, die dem Arzt den letzten Nerv rauben, von einem Psychiater schon gar nichts halten... Konfrontierte ich hart, was einen Therapieabbruch zur Folge hatte, oder zog ich mich mimosenhaft zurück, was auch keinen Therapieprozess in Gang setzte? Da waren noch die willfähigen, überangepassten Patienten, die im Gespräch alles zugeben und bejahen, aber absolut nichts verändern. Sollte ich diesen Patienten die Etikette der Therapieunfähigkeit anhängen oder mir das selbstquälerische Eingeständnis einer Therapieunkundigkeit machen?

These: Die Kunst der Patientenmotivation beruht auf einer differenzierten Fragetechnik. Nicht die feste Überzeugung des Arztes, sondern die sich entwickelnde Selbsteinsicht des Patienten fördert den Therapieprozess.

Wie verschieden kann man fragen!

Psychoanalytisch-tiefenpsychologisch geschulte Therapeuten pflegen die Alkoholabhängigkeit als ein Symptom zugrunde liegender, früher Störungen und Konflikte zu deuten. Implizit ist der retrospektiv orientierte Fragenbereich, unabhängig vom konkreten Patienten, bereits abgesteckt. Ausgehend von Krisensituationen, bei denen Alkoholprobleme eine «zweitrangige» Rolle spielen, schieben sich biographische Gesichtspunkte und Ereignisse aus Jugendzeit und (früher) Kindheit in den Vordergrund. Und die «Kröte Alkohol auf der Schulter» führt ihre Körperzerstörung in Ruhe weiter – wie ein Grafiker es meisterhaft im Bild darstellte (aufgehängt in der Galerie der Forel Klinik).

Gerne möchte ich hier eine prononzierte Stellungnahme von Ronald Furger, meinem früheren Mentor, ehemaliger Chefarzt der Psychiatrischen Poliklinik des Kantonsspitals Winterthur, von 1980–1991 Präsident des Vereins Forel Klinik, einschieben:

«Therapeutisch erstrangig ist nicht das retrospektive Fragen nach dem, was den Patienten ursprünglich in die Alkoholabhängigkeit hineingeführt hat, sondern **das prospektive Fragen** danach, wie er am ehesten wieder herausfinden kann... Das retrospektive Fragen lässt sich oft ohne Nachteil vernachlässigen.

Alkoholabhängigkeit ist im Unterschied zu überdauernden, konstanten neurotischen Strukturen oder Persönlichkeitsstörungen **ein progressiv eigengesetzlich verlaufender Krankheitsprozess, der den Körper unweigerlich schädigt und die Seele verändert. Diesen Krankheit-**

sprozess gilt es zu stoppen, auch wenn sich eine zugrunde liegende persönliche Problematik nicht lösen lässt.

Viele psychische Erscheinungen und Veränderungen sind oft eher Folge der Alkoholkrankung als deren Ursache. Viele triebpsychologisch, objektpsychologisch und ich-psychologisch orientierte Betrachtungsweisen vermengen oft zu sehr psychogenetische Ausgangslagen und sekundäre psychodynamische Veränderungen.»⁴

Was heisst prospektives Fragen?

Weisheitsspruch eines Elliker Patienten: Man trinkt nicht, weil man Probleme hat, sondern man hat Probleme, weil man trinkt.

- Welche Fragen lösen bei Patienten einen therapeutischen Prozess aus?
- Gibt es Fragen, die blockieren?
- Ist es besser, überhaupt nicht zu fragen?

Tatsache ist, wie ich es bei vielen Hunderten von Patienten erlebt habe, dass sie eigentlich in Ruhe gelassen werden möchten. Und viele sind geradezu Meister des Gesprächsverhaltens, nichts Konkretes auszusagen oder auf Nebenschauplätze auszuweichen. Als Arzt steht man bei alkoholkranken Patienten im Erstgespräch auf verlorenem Posten, wenn man es zugunsten eines vermeintlichen Beziehungsaufbaus versäumt, am Ball zu bleiben und ganz konkrete Fragen zu stellen.

Im Bild gesprochen: Patienten ziehen es vor, den Gesprächsball möglichst weit ins Out zu schlagen, damit die Spielzeit für sie glimpflich abläuft.

Es ist paradox: Konkrete Fragen, auch wenn sie unangenehm sind, entlasten das Gespräch. Sie helfen mit, eine Atmosphäre des Vorwurfes oder des Aufkommens von Schuldgefühlen zu vermeiden. Ein häufiger Patientenkommentar am Abschluss eines Abklärungsgesprächs lautet: «So konkret hat bisher noch nie jemand gefragt!». Das indirekte Kompliment deutet auf die Richtigkeit des Gesprächsverlaufes hin und eröffnet die Bereitschaft einer Behandlungsmotivation.

Welche konkreten Fragen sind zu stellen?

Ich erinnere mich noch gut, als zu Anfang der 80er Jahre hochfliegend von der kopernikanischen Wende der Psychotherapie gesprochen wurde. Gemeint war, dass nicht das Individuum für sich allein, sondern das System als Ganzes zu berücksichtigen und zu behandeln sei, in welchem ein Patient nur ein untergeordnetes Subsystem darstelle. Die Familientherapie wurde zum therapeutischen Leitziel erklärt. Co-Abhängigkeit und Mitschuldigkeit von Partnern und/oder Arbeitskollegen durch gemeinsame Problemverdrängung gingen eine Deutungsliason ein. Besonders betroffenen waren Mütter und Väter als Partner von Alkoholkranken, die, sowieso in misslicher psychosozialer und finanzieller Situation, sich bedrängenden Fragen der Mittäterschaft ausgesetzt sahen. Fragen wie «Haben Sie eine Trinkkontrolle durchgeführt?» – «Wussten Sie, wo die Flaschen versteckt sind?» führten häufig zur Reaktion der bedrückten Stimmung bei

⁴ Ronald Furger, Aspekte der ambulanten einzelspsychotherapeutischen Langzeitbehandlung von Alkoholkranken. In: Aspekte der Alkoholismus-Behandlung. Sonderbeilage zum 101. Jahreshericht 1989 des Vereins Forel Klinik, Ellikon an der Thur ZH.

Angehörigen, bei den Abhängigkeitskranken lösten sie bisweilen Schadenfreude aus. Der Therapeut als Parteigänger für den einen oder den anderen oder als Überparteilicher?

Beziehungsfragen im Alkoholbereich sind offensichtlich heikel zu handhaben und dürfen deshalb erst im letzten Gesprächsabschnitt der Abklärung oder überhaupt erst in einem zweiten oder dritten Gespräch angegangen werden. Das Konzept der Co-Abhängigkeit bedarf einer kritischen Anwendung.

Um so bedeutsamer für die Beziehungsklärung zwischen dem Alkoholabhängigen und seiner Umwelt ist die **Erfindung des zirkulären Fragens**, das sich im Bereich der systemischen Therapie entwickelt hat – und von mir wegen des thematischen Zusammenhangs hier vorgezogen wird.

1981 erschien der inzwischen berühmte Artikel einer Mailänder Therapeutengruppe, in welchem u.a. der Begriff der Zirkularität erstmals dargestellt wurde.⁵

«Unter Zirkularität verstehen wir die Fähigkeit des Therapeuten, sich selbst in seiner Befragung vom Feedback leiten zu lassen, das sich ihm aus dem Verhalten der Familie darbietet, wenn er um Informationen über ihr Verhältnis untereinander, d.h. über Unterschiede und Veränderungen bittet...

...Damit der Therapeut sich über die Komplexität der Familie ein Bild machen kann, ist ein zusätzlicher Kunstgriff notwendig: Man bittet jedes Familienglied, sich darüber zu äussern, wie es das Verhältnis zwischen zwei anderen Angehörigen der Familie sieht. Es handelt sich hier also um die Untersuchung einer dyadischen Beziehung, so wie diese in den Augen einer Drittperson erscheint.

...Diese Methode des Klassifizierens durch die Familienangehörigen ist eine wichtige Informationsquelle, enthüllt sie doch nicht nur die Stellung der einzelnen Personen im «Familienspiel», sondern deckt am Ende auch interessante Diskrepanzen zwischen den verschiedenen Klassifikationen auf».

Der «Kunstgriff» der Gesprächsführung besteht in der Einführung des rekursiven Feedbacks für den Therapeuten. In einem Paargespräch führt die bestätigende und wohlwollende zirkuläre Befragung des ersten Gesprächspartners über den zweiten und danach die Befragung des zweiten Gesprächspartners über den ersten zu einer Schleife von gegenseitigen, sachlich orientierten Feedbacks, die in ihrem Wert gar nicht hoch genug eingeschätzt werden können. Die zirkuläre Befragung wird von mir erklärt und mit der Einverständnisfrage eröffnet: «Erlauben Sie mir, einige Fragen zu Ihrem Partner zu stellen, auch wenn die Fragen belastend sind und vielleicht weh tun?» Nachdem in der Regel das gegenseitige Einverständnis gegeben wird, stehen bald eine Reihe von Themen im Raum, die sonst weitgehend verschwiegen worden wären: Trennungswunsch, sexuelles Versagen, Gefühle der Entwertung, gegenseitige Handgreiflichkeiten unter den Partnern, Depressionen, finanzielle Probleme usw.⁶

⁵ Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Giuliana Prata: Hypothesieren – Zirkularität – Neutralität: 3 Richtlinien für den Leiter der Sitzung. Deutsch in: Familiendynamik, 6 (1981), 123–139.

⁶ Es muss sicher nicht angemerkt werden, dass diese diffizile zirkuläre Gesprächstechnik nur über ein längeres Gesprächstraining erlernt werden kann, zu welchem auch noch andere Aspekte des Therapeutenverhaltens gehören.

Die wirksame Methode der zirkulären Gesprächsführung legt es nahe, das Abklärungsgespräch möglichst zu dritt, am häufigsten in der Zusammensetzung von Patient, Partner und Arzt, zu führen. Diese Gespräche erhalten grösseres Gewicht, verlaufen ernster und führen in der Regel zu einer grossen Realitätsnähe. Nur selten treiben beide Partner ein abgekartetes Gesprächsspiel, was rasch durchschaubar ist. Auch andere Bezugspersonen wie ein Elternteil, Arbeitgeber, betreuender Sozialarbeiter, Nachbar können, immer im Einverständnis des Indexpatienten, einbezogen werden.

Während 25 Jahren Forel Klinik hatte ich als Arzt und Therapeut die günstige Gelegenheit, bei persönlicher permanenter Fortbildung verschiedene Therapieschulen und ihre Auswirkungen auf die Therapie Alkoholkranker zu verfolgen. Oft lassen sich gleichzeitig neben interessanten Therapiebereicherungen im Sektor Alkoholismus-Behandlung defizitäre Entwicklungen feststellen, was jeden langjährigen Therapeuten notgedrungen zu einem selektiv-pragmatischen Vorgehen führt.

Meine Beobachtungen haben ergeben, dass nicht nur Patienten, sondern auch Ärzte und Therapeuten den Gesprächsball ungewollt oder unkritisch, bisweilen undiszipliniert durch bestimmte Annahmen und Gesinnungs- bzw. Verhaltensweisen ins Out schiessen. Bereits erwähnt habe ich den unkritischen Umgang mit dem christlich-weltanschaulichen, dem psychoanalytischen und dem systemisch-familientherapeutischen Ansatz.

Es existiert im weiteren ein gesellschaftskritisch gemeinter Ansatz: «Wir alle sind irgendwie abhängig und leben in einer süchtigen Gesellschaft» (von Eifersucht über Sexsucht zu Spielsucht und Gewinnsucht, weiter zur Arbeitssucht über ...).

Dieser wichtige, soziologische, politische und wirtschaftliche Zusammenhänge berücksichtigende Aspekt, zusätzlich ausgeweitet durch sog. systemisch-konstruktivistische Gesichtspunkte, hat therapeutisch beunruhigenderweise einen kontraproduktiven und paradoxen Effekt. Die Schwere der Alkoholabhängigkeit mit ihren erheblichen sozialen Folgestörungen nivelliert sich zu einer fast nichtssagenden Beliebigkeit. Alkoholismus – es geht um chronische, alkoholbedingte Krankheitsentwicklungen – wird zur unterschiedlich deutbaren Ansichtssache. Geht es bei der Alkoholabhängigkeit nur noch um einen vermeidbaren Missbrauch, der durch eine Versicherungsleistung nicht mehr abgedeckt wird (so juristisch im neuen, seit dem 1.1.1997 gültigen Versicherungsvertragsgesetz VVG festgelegt)?

Nach meiner Meinung geht es um eine bedenkliche Entwicklung, in der längst überwunden geglaubte moralistische Beurteilungsweisen wieder aufstehen.

Bereits 1989 haben wir versucht, auf diese sich anbahnende negative Entwicklung konkret mit der Herausgabe des blauen Büchleins «Alkoholismus: Ansichtssache?, Diagnose und Therapie des Alkoholismus aus der Sicht der Forel Klinik» zu antworten.⁷

Die hier angesprochene neue Form der De-Medizinisierung steht in klarem Widerspruch zur fast revolutionären Entwicklung der Neuro- und Kognitionswissenschaften der letzten 10 Jahre, die bisher eigentlich nur von Eingeweihten zur Kenntnis genommen wurde.

⁷ Gottfried Sondheimer, Martin Eichenberger: Alkoholismus: Ansichtssache? Ein Leitfaden für interessierte Fachkreise und Laien. 1989 (80 Seiten). Forel Klinik, 8548 Ellikon an der Thur (ZH).

Die wissenschaftliche und medizinische Durchdringung der Thematik «Alkohol und Gehirn» erlaubt neuropsychologische Fragestellungen sowohl im diagnostischen als auch im therapeutischen Bereich, welche die Bedeutung der Compliance zwischen Arzt und Patient in ein neues Licht rücken.

Kehren wir aus den Gefilden abstrakter Denkmodelle und unsicherer Deutungskonstrukte in den Klinikalltag zurück.

Ein Kontakt- und Beziehungsaufbau lebt von gemeinsamen Beobachtungen und Erfahrungen. Je konkreter die augenblickliche Lebens- und Gefährdungssituation zur Sprache kommt, um so deutlicher zeigt sich die äussere und innere Notlage, was wiederum eine gegenseitige Verständnisbasis schafft.

Eine verblüffende Erfahrung meiner Forel Klinik-Tätigkeit war die bereits angesprochene Erkenntnis, dass alkoholranke Patienten die Zusammenhänge ihrer Alkoholabhängigkeit, evtl. kombiniert mit einer Medikamenten- und Tabakabhängigkeit, überhaupt nicht kennen. Nur in seltenen Fällen legen sich Patienten eine genauere Rechenschaft darüber ab, was sich im einzelnen abspielt. Der Betroffene und seine Umwelt bewegen sich auf Allgemeinplätzen, in widersprüchlichen Behauptungen und entwertenden Vorwürfen. Präzise Details, durch Expertenwissen vermittelt, werden deshalb förmlich aufgesogen. Die Einverständnisfrage, ob der Wunsch bestehe, z.B. die anstehenden Trinkprobleme im einzelnen zu diskutieren, wird so gut wie nie abschlägig beantwortet.

Es kann mir nicht darum gehen, als nächstes nun einen Gesprächs- und Trainingsleitfaden zur Compliance-Förderung zwischen Arzt und Patient vorzulegen. Vielmehr möchte ich über die für mich wichtig gewordene Erfahrung des gemeinsamen Arbeitens in der Klinik berichten.

Der Dialog mit Patienten: Erfahrungen des gemeinsamen Arbeitens

Das gemeinsame Arbeiten bezieht sich in diesem Fall nicht auf die effiziente und kreative interdisziplinäre Teamarbeit – ohne die eine erfolgreiche Klinikarbeit gar nicht möglich ist –, es betrifft vielmehr die Arzt-/Therapeuten-Patienten-Beziehung.

Die langjährige Klinik­tätigkeit hat einen prägenden Einfluss auf mein Psychotherapieverständnis ausgeübt. Klingt es banal zu konstatieren, Psychotherapie sei etwas zutiefst Dialogisches?

Es mag schon sein, dass der Fachmann, die Fachfrau, der mit Fachwissen ausgerüstete Experte, die mit Leitungsfunktionen beauftragte Therapeutin einen Machtvorsprung vor dem kranken und abhängigen Patienten haben. Kann es zwischen dem abhängigen Patienten und dem unabhängigen, mächtigen Arzt zu einem partnerschaftlichen Dialog kommen?

Aber Vorsicht, viele Patienten und Patientinnen haben in ihrem zermürbenden Lebenskampf erstaunliche Fähigkeiten entwickelt, mit Macht und Autorität umzugehen, diese kritisch zu hinterfragen oder ganz einfach ins Leere laufen zu lassen. Die Macht des Therapeuten schlägt in Ohnmacht um.

Nicht selten ist es dem Patienten in seinem Agieren dann egal, ob er in dem nach aussen immer noch zivil wirkenden Umgang oder im offen gezeigten destruktiv-aggressiven Verhalten an dem eigenen Ast sägt, auf

dem er doch selber sitzt. Der therapeutische Prozess hängt von der Art des konstruktiven Dialogs ab.

Ohne verstandenen Dialog droht die Alkoholkrankheit ihren ungünstigen Verlauf zu nehmen. Wenn sie nicht bald gestoppt wird, hat sie etwas Brutales an sich, weil sie verschiedene Organsysteme schädigt und eine hohe Übersterblichkeit bewirkt. Betroffen ist nicht nur die Leber, verschiedene Krebsformen kommen signifikant gehäuft vor. Ausgerechnet das für die eigene Persönlichkeit und das gesamte soziale Bezugsnetz bedeutsame Organsystem Gehirn wird längerfristig durch die Droge Alkohol geschädigt. Im Bild gesprochen: Der Hirncomputer kann sich den Virus Alkohol nicht zu lange leisten, andernfalls Teile des Hirnprogrammes ausfallen werden (Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, allgemeine Müdigkeit, Energie- und Leistungsabfall, depressive Verstimmungen, Schlafstörungen usw.). Der Arzt und Psychotherapeut als zugezogener Computerexperte muss höchstes Interesse daran haben, den Patienten – als Computerbetreiber – dazu zu bringen, den Alkoholvirus aus dem Programm zu entfernen. Die spezifische dialogische Psychotherapie von Alkoholkranken muss am Anfang um die Beantwortung der Frage kreisen, wie nachhaltig und im eigenen, freiwilligen Interesse des Betroffenen mit der über die Jahre gefährlich werdenden Droge Alkohol umgegangen werden kann.

Dialog: «Von zwei oder mehreren Personen abwechselnd geführte Rede und Gegenrede, Zwiegespräch, Wechselrede (Gegensatz Monolog)»⁸

Dialogische Psychotherapie funktioniert nicht, wenn Arzt oder Patient monologisieren. Expertenwissen lässt sich nicht einhämmern. Die Patiententitanei führt zu gar nichts.

Dialogisch therapieren heisst gemeinsam konkret etwas tun: fragen, lernen, diskutieren, leiden, streiten, sich unterwerfen, den Stärkeren hervorkehren, nachdenklich schweigen, miteinander lachen, witzig sein, sich als Zwerg ausgeben, Humor entwickeln, selbstkritisch sich zurücknehmen, die harte Realität vergegenwärtigen, Wunschenken hinterfragen, den eigenen Kommunikationsstil aushandeln, über Entscheidungsmöglichkeiten verhandeln, heimliche Meinungen ansprechen, persönliche Einstellungen respektieren (Therapeut und Patient können sehr verschiedener Meinung sein). Wenn nur der Patient aus seiner Lethargie aufgeweckt und für eine echte Motivation gewonnen werden kann!

Einem schlagfertigen Therapeuten steht das ganze Repertoire eines Orgelregisters von zurückhaltender Empathie bis zur harten Konfrontation zur Verfügung, jeweils fein abgestimmt auf die Autonomiegrade des Patienten – der sehr oft viel stärker ist, als man es anfangs meinen könnte. Im Zweifelsfall habe ich oft die Autonomie des Indexpatienten deklariert, vor allem wenn dominierende Angehörige anwesend waren: «Sie sind wirklich der Chef/die Chefin in diesem Gespräch!». Ungläubiges Staunen oder aufleuchtende Augen signalisierten die aufkommende Stärke für die Auseinandersetzung.

Dieser therapeutische Zugang zu dem durch den Alkohol geschwächten Patienten ist immer bipolar strukturiert und graduell abgestimmt.

⁸ Meiers Enzyklopädisches Lexikon, Deutsches Wörterbuch, 9. Auflage, 1979

Der bipolare therapeutische Zugang



**Bestätigende
Empathie**

einführend
verstehend
stützend

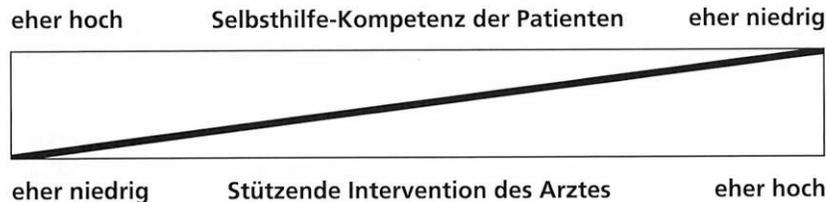
Offene Sachlichkeit
Faire Gesprächsführung
Respektierung der
Entscheidung

**Aktive
Auseinandersetzung**

prozessorientiert
konfrontierend
fordernd

Die unterschiedlichen Arten der Therapeuteninterventionen stehen in unmittelbarer Korrelation zu den Graden der Selbsthilfe-Kompetenz (Coping-Fähigkeit) des Patienten.

Eine niedrige Selbsthilfe-Kompetenz des Patienten bedingt die stützende Intervention des Arztes – und umgekehrt



In vielen Abklärungsgesprächen mit Patienten vor Klinikeintritt und im regelmässig stattfindenden sog. Unterricht, einer Veranstaltung für die «Information und Schulung» der Patienten in Grossgruppen, hat sich immer wieder eine überraschend offene und positive Atmosphäre gezeigt. Der Grund lag darin, dass die Patienten, einmal aus der Reserve herausgelockt, ihren Widerstand und das Misstrauen rasch beiseite liessen, um sich mit grossem Interesse detailliert informieren zu lassen. Ich gebe gerne zu, dass ich durch die präzisen Rückfragen, durch intelligente Nebenbemerkungen, durch qualifizierte Vorwürfe und harsche, oft gar nicht unberechtigte Kritik mein Gesprächs- und Argumentationsniveau wesentlich habe verbessern können. Mein heutiges Wissen als Alkoholfachmann habe ich zu einem grossen Teil aus diesen dialogischen Erfahrungen mit Patienten gesammelt.

Patienten schätzen die genaue Analyse, wenn sie wertfrei und sachbezogen ist. Sie wünschen präzise Auskünfte, auch wenn diese Dinge ans Licht bringen, die eine persönliche Belastung bedeuten. Patienten wollen wissen, was der neuste Forschungsstand ist - es geht um ihren eigenen Körper, ihre Persönlichkeit, ihr Gehirn...

Arbeiten mit Fragen zum Alkoholproblem:

Wie verhält es sich mit dem Pegeltrinken wirklich? Welche Zusammenhänge werden durch die Trinkuhr genau erklärt? Was sind akute und was sind chronische Gedächtnislücken? Wieso gibt es Alkoholiker, die noch nie einen komplizierten Rausch hatten? Können alle Alkoholiker einen epileptischen Anfall bekommen? Wieso rasten Patienten aus und andere nicht? Warum gibt es so unterschiedliche Alkoholstörungen? «Was kann ich tun, dass sich mein Gehirn wieder bessert?» - «Wurde ich Alkoholiker, weil ich immer Angst hatte?»... Fragen, die immer neue Fragen stimulieren!

Die hier angesprochenen Analysen im diagnostischen Bereich, denen sich der Patient in einem fairen Klima bereitwillig unterzieht, die einzelnen aufgezeigten Schritte im therapeutischen Prozess – die, wenn sie nicht zu gross sind, als Hilfe dankbar aufgenommen werden – bewegen sich auf verhaltenstherapeutischem Terrain. Mein heutiger Behandlungsansatz orientiert sich einerseits an der kognitiven Verhaltenstherapie, deren konkret-analytisches Vorgehen für die Therapie der Alkoholabhängigkeit und die notwendige Rückfallprophylaxe von grosser praktischer Bedeutung ist. Andererseits hat in meinem therapeutischen Denken das konstruktivistisch geprägte Verständnis der Lebenswirklichkeiten einen breiteren Raum erhalten.

Arbeiten mit Fragen zum inneren Konstruktverständnis des Patienten:

In welcher Weise nehmen Patienten ihre eigene komplexe, oft paradoxe, durch die Alkoholabhängigkeit verformte Wirklichkeit überhaupt wahr? Welche inneren Einstellungen beeinflussen das für Aussenstehende oft nur schwer verständliche Tun Alkoholkranker?

- Wie war das wirklich?
- Was kann das alles bewirken?
- Welche Möglichkeiten und konkreten Schritte ergeben sich daraus?
- «Was wäre, wenn Sie...?»
- «Wenn Sie sich erlauben würden, die ganze Situation...?»

Arbeiten mit Fragen zum zukünftigen Abstinenz-/Trinkverhalten:

Erst richtig heiss wird die Stimmung im Unterricht, wenn die erschreckliche Analyse des ABC (A = totale und lebenslängliche Abstinenz, B = begrenzte Abstinenz über ein Jahr, C = kontrolliertes Trinken) zur Diskussion gestellt wird.

Patientinnen und Patienten sind hin- und hergerissen, ob man darüber überhaupt reden darf, ob sie ihre heimliche Meinung kundtun sollen, ob sie sich vor den anderen schämen müssen, ob sie provokativ (mit C) genau das Gegenteil behaupten sollen, ob sie lieber (mit A) «Nummer sicher» gehen wollen, ob sie noch einmal – wie oft eigentlich noch? – einen Versuch (mit C) wagen dürfen... Geschichten, Bilder, Konstrukte schwirren im Unterrichtsraum, dass die Luft fast knistert und die Köpfe rauchen.

Der acht Jahre alte Leitfaden, zum Jubiläum «100 Jahre Forel Klinik» verfasst, hat nichts an Aktualität eingebüsst, auch nicht die vier zu erarbeitenden Stufen der Abstinenz, die keinem Patienten selbstverständlich in den Schoss fallen. Für das eigene Diagnose-Training (Dia-Gnosis = Durch-

Schauen) und die mögliche Umstellung innerer Einstellungen empfehlen wir unseren Patienten in der Klinik das «blaue Büchlein» als Pflichtlektüre (siehe Fussnote 7). Während all dieser Bemühungen warten wir darauf, wann der Groschen fällt, wann der «Klick» des persönlichen Einverständnisses und der inneren Überzeugung eintritt.

Schon manchmal habe ich mich gefragt, ob man auch für Nichtpatienten, für unsichere Fachpersonen ein solches Training anbieten sollte, damit durch ein vertieftes Verständnis dieses Krankheitsgeschehens der Zugang zum «verlogenen», unzugänglichen Alkoholpatienten in unserer Gesellschaft verbessert würde. Die Öffentlichkeitsarbeit der Forel Klinik, die alljährlich Hunderte von Besuchern aus Fachkreisen, Spitälern, Behörden, Firmen und Grossunternehmen erfasst, stellt ansatzweise eine solche Fortbildungsmöglichkeit dar.

Im neueren, kontrovers geführten Diskurs über Therapieerfolge und Psychotherapieforschung hat Klaus Grawe vier entscheidende Wirkfaktoren der Psychotherapie herausgestellt, (9) die ich auf die Therapie Alkoholkranker anwenden möchte.

Die vier Wirkfaktoren (K. Grawe, Bern) in der Therapie der Alkoholabhängigkeiten:

1. Ressourcenaktivierung 2. Problemaktualisierung 3. Aktive Hilfe zur Problembewältigung 4. Motivationale Klärung

Die weiter oben offengelassene Frage, was «prospektives Fragen» sei, findet in der Berücksichtigung der vier Wirkfaktoren eine adäquate Antwort. Die in der Forel Klinik unendlich oft gestellte Frage: Was will der Patient wirklich? – gerade weil er krankheitsbedingt, besonders zu Therapiebeginn in seiner Einsicht und Entscheidungsfähigkeit erheblich eingeschränkt ist – lässt sich anhand der hier vorgestellten Wirkfaktoren eindrucksvoll für den Patienten und seine zukünftige Identität, Autonomie und Selbsthilfe-Kompetenz variieren.

1. Ressourcenaktivierung:

«Welche Möglichkeiten sehe ich (noch), dem Teufelskreis Alkoholabhängigkeit zu entrinnen?» – «Wie lange möchte ich noch leben?»

Zu meinen bedrückenden therapeutischen Erfahrungen gehört die Erkenntnis, dass viele Patienten aufgrund ihrer desolaten Lebenssituation und Krankheitsentwicklung allen Zukunftsmut aufgegeben haben. Nach dem letzten Ruheaufenthalt in der Klinik lassen sie ihrem vermeintlich unvermeidbaren Untergangsschicksal den Lauf. An dieser Schicksalsereignis hat die behutsame therapeutische Intervention einzusetzen, andernfalls überhaupt kein therapeutischer Prozess zu erwarten ist. Lässt sich die latente Präsuizidalität umpolen?

Bei der Ressourcenaktivierung spielt **der dosierte Selbsteinsatz der Droge Arzt/Therapeut für den Patienten** eine nicht zu unterschätzende Rolle. Zeigt der Arzt ein optimistisches Engagement in der für den Indexpatienten

ten und seine Familie unlösbar scheinenden Situation? Wie gross ist das pädagogische Interesse an im chronischen Suchtprozess verschütteten Fähigkeiten des Patienten? Kann der Therapeut dort, wo sich der Patient in präsuizidalen Stimmungen verheddert hat, eine Zukunftshoffnung vermitteln, für die schwierige Übergangszeit des Therapiebeginns als Ersatz-Ich Glaubenshilfe leisten? «In acht Wochen sind Sie wieder ein anderer Mensch, das kann ich Ihnen versprechen!» – eine durchaus berechtigte positive Interventionsform bei wesensgeänderten chronischen Pegeltrinkern. Ressourcenaktivierung heisst auch, die weite Palette neuer Möglichkeiten auszubreiten, den potenten Möglichkeitssinn des Patienten zu stärken.

Allzu grosse Zurückhaltung im Gespräch, strikte Betonung der Neutralität, therapeutische Abstinenz in Gefühlen und Stellungnahmen seitens des Therapeuten blockieren die notwendige Aktivierung der Patientenressourcen. Wahrscheinlich gibt es Psychotherapeuten und Ärzte, die infolge des zurückgenommenen Engagements als Suchttherapeuten ungeeignet sind, wenn sie sich selbst nicht einem sie aktivierenden Gesprächstraining unterziehen.

2. Problemaktualisierung

- An erster Stelle stehen konkrete WIE-Fragen.
- Es folgen perspektive WAS BEWIRKT DAS-Fragen.
- Eher zurückhaltend werden WARUM-Fragen, häufig mit der SINN-Frage verbunden, behandelt, da sie das Gespräch gerne ausufern lassen.

Sehr hoffe ich, dass der geneigte Leser in meinen bisherigen Ausführungen genügend präzisen Fragen zu diesen Problemkreisen begegnet ist. Diese Form der Problemaktualisierung führt den Patienten weg von eingeschliffener Verbitterung und hoffnungsarmer Lethargie und weckt wieder ein erstes Interesse am eigenen Körper und Erleben.

3. Aktive Hilfe zu Problembewältigung

Solange ein Patient noch in der ambulanten Abklärungsphase ist:

Welche konkreten Möglichkeiten eines Ausstiegsszenarios bestehen? Was kann eine ambulante Therapie leisten? Welche Institution und welcher Therapeut ist geeignet? Wird eine medikamentöse Behandlung eingeleitet (Antabus, Campral, Nemexin, Antidepressiva, neue Anxiolytika)?

Wenn stationäre Massnahmen eingeleitet werden müssen:

Abklärung und Entgiftung im Allgemeinspital? Ist die Anschlussbehandlung gesichert? Wer führt diese durch? Soll eine Kurz-, Mittel- oder Langzeittherapie eingeleitet werden? In welchem Haus?

Hier ein wichtiger Hinweis: Jeder chronische Pegeltrinker benötigt 6–8 Wochen Hirn-Restitutionszeit, wie modernste neurowissenschaftliche Untersuchungen belegen. Für diese verunsichernde Zeit sollte ein verständnisvolles Arbeitsklima angeboten werden können. Für Intoxikationstrinker, besonders ausserhalb ihrer Absturzzeiten, gelten andere Bedingungen.

Die Angebote einer spezialisierten Suchtklinik machen zu Anfang vieles einfacher. Körpererfahrungen, wie sie in der Sport- und Bewegungstherapie vermittelt werden, gesundes Ernährungsverhalten und eine gere-

⁹ Klaus Grawe: Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut (1995) 40 : 130–145. Springer-Verlag 1995.

gelte Tagesstruktur im Klinikalltag sensibilisieren viel mehr als müde intellektuelle Diskussionen zum Therapiebeginn.

4. Motivationale Klärung

«Wie realistisch ist meine Behandlungsmotivation? Welches ist mein heimlicher ABC-Entscheid? Welche realen Schritte unternehme ich in der nächsten Zeit? Was will ich längerfristig für mich wirklich erreichen?» – Patientenfragen bei ambulantem oder stationärem Therapiebeginn oder bei der Organisation einer ambulanten Weiterbehandlung bei Abschluss der stationären Therapie. Wenn ein Patient in der Lage ist, seine inneren Einstellungen und Konstrukte zu differenzieren, klärt er seine persönliche Motivation.

Meine Reflexion und bisweilen eher lockere Assoziation zu 25 Jahren Forel Klinik möchte ich mit **Beobachtungen zu Patienteneinstellungen** ergänzen. Anhand vorliegender, in neuen Anläufen ständig verbesserten Diagnosenmanuale (ICD 10, DSM IV) liesse sich Art und Schweregrad einer Alkoholabhängigkeit, die Komplexität einer gleichzeitig bestehenden Co-Morbidität und weiterer Störungen im Persönlichkeitsbereich und/oder im sozialen Umfeld ziemlich objektiv bestimmen. Nochmals aber sei der Hinweis auf die Diskrepanz zwischen objektiver Diagnose des Arztes und subjektiver, selektiver Problemwahrnehmung des Patienten erlaubt. Diese Frage der psychotherapeutischen Nahsicht-Perspektive der persönlichen und ureigenen inneren Patienteneinstellung hat mich nie zur Ruhe kommen lassen.

Welches innere Bild hat der Patient von sich selbst? Was hält er von sich persönlich, unabhängig von äusseren Einflüssen oder Pressionen? Welche biographischen Selbstkonstrukte, Therapiebefürchtungen und -erwartungen spielen im Abklärungsgespräch und im Therapieverlauf eine Rolle? Welche Art von Beziehung wünscht ein Patient überhaupt aufzunehmen? Gibt es unfruchtbare und blockierte Therapieprozesse, weil der Patient in seinem wirklich inneren, heimlichen, eher unbewussten Anliegen nicht verstanden wurde, weil sozusagen ein Therapieversuch über seinen Kopf und sein Herz hinweg vorgenommen wurde?

Anfang der 90er Jahre begann ich, klinikintern eine unorthodoxe Patiententypologie zu entwickeln, die in wohlwollender Distanziertheit und ohne Etikettierungsanspruch den vom Patienten, von der Patientin wahrscheinlich anvisierten Behandlungsspielraum zu markieren versuchte.

Die therapeutische Erkenntnis gilt es unbedingt zu akzeptieren, dass schlussendlich die Patientin, der Patient selbst entscheidet, was sie/er zu bearbeiten gedenkt – selektive Problemwahrnehmung oder eingeschränkte Entscheidungsfunktion hin oder her. Sogar die «Entscheidung zum Tode» ist letztlich zu respektieren, da keine Therapeutin, kein Therapeut die Lebensverantwortung für ihren/seinen Patienten übernehmen kann.

Der Patient als Kunde, als Klient, als Patient

Der Patient als Kunde

Am meisten Mühe bereitete uns der Kunde, da dieser genau formulierte, wünschte und vorschrieb, was Arzt oder Therapeut zu tun hatten. Es waren vor allem selbstbewusst auftretende Geschäftsleute, im Klinikjargon «TGV-

VIP-Personen», und um ihre Autonomie kämpfende Frauen, die sich unmissverständlich artikulierten. Es war doch wohl keine Kapitulation sich zu sagen, es sei besser, die Ansprüche des Kunden zu befriedigen, als sich an ihm zu ärgern und ihn das merken zu lassen.

Mögliche Kundenmerkmale: Distanzierte Anspruchshaltung, besorgt um die eigene Machterhaltung, keine eigentliche Therapieerwartung. Initiative beim Patienten. Nur kurzer Aufenthalt erwünscht. Diskussionen werden nicht geduldet, Vorstellung einer somatischen Reparatur.

Ziel Entstressung, Fitnesstraining. Abwehr problemorientierter Überlegungen. Knappe, intellektuelle, «digital» strukturierte Gesprächsführung. C-Wunsch.

Nicht immer angenehme Gesprächsführung, da fordernde, z.T. entwertende Haltung seitens des Kunden.

Der Patient als Klient

Was waren das für PatientInnen, die allen TherapeutInnen so angenehm auffielen? Dankbare Gesprächsbereitschaft verband sich mit dem Wunsch vertiefter Problemeinsicht und der Fähigkeit zur konfrontativen Konfliktbearbeitung. Es war möglich, lange Gespräche zu führen, verbunden mit der Bitte, häufigere Sitzungstermine zu erhalten. Ein ausgesprochenes Flair für biographische Rückfragen und psychologische Zusammenhänge, z.T. aufgrund früherer Therapieerfahrungen, machten die Atmosphäre eher entspannt und ermöglichten eine «Arbeit im Bauch».

Mögliche Klientenmerkmale: Wunsch und Bereitschaft, der Sache auf den Grund zu gehen. Warum-Fragen. Problemorientierte Einstellungen, klare Konfliktkonstrukte. Gesprächsbereitschaft auf psychologischer Ebene. Eher Ablehnung eines schulmedizinischen Modells. Nicht krank, sondern süchtig. C-/B-Wunsch.

Angenehme Gesprächspartner. Gute Möglichkeit von Paar- und Familiengesprächen.

Der Patient als Patient

Da gab es die kranken Patienten, die sich besorgt, erschüttert und ängstlich über organsystemische Störungen und Zusammenhänge ausführlich informieren liessen und immer neue Fragen und Anliegen vorbrachten, obwohl der gleiche Gesprächsstoff schon früher ausführlich behandelt worden war. Bei psychologischen Hintergrundfragen oder Versuchen, lebensgeschichtliche Zusammenhänge zu bearbeiten, wurden diese Patienten ungeduldig, eher abwehrend, schnell ermüdbar, drängten auf Abbruch der Therapiesitzung.

Mögliche Patientenmerkmale: Somatische Störungen stehen im Vordergrund, Anerkennung der Krankheit, ohne vertieften Einsichtswunsch. Krankheit als Entschuldigung und Abwehrmöglichkeit. Klare Vorstellung: Wohl krank, aber nicht spinnig! Um körperliche Integrität bemüht.

Anspruch auf somatisch erfolgreiche Behandlung. Skepsis gegenüber psychologischen Deutungsmodellen. Ängstlich-regressive Züge. Häufigere Arztbesuche.

Abstinenzentscheid beruhend auf Einsicht der körperlichen Krankheit, viel weniger auf innerem Problembewusstsein. Eher intakte Arzt-Patient-Compliance.

Diese dem Patienten angepassten offeneren, eher unkomplizierten, nicht selten von Humor getragenen Beziehungen liessen es im Laufe der Jahre leichter fallen, mit der Beratung und Therapie an dem Ort einzusetzen, an welchem der Betroffene innerlich wirklich anzutreffen war. Wir haben gelernt, therapeutische Anspruchshaltungen und perfektionistische Behandlungsversuche abzubauen, was eine eher entspannte Gesprächsatmosphäre ermöglichte, wenn auch gelegentlich Frustrationen über die bruchstückhafte Therapie hervorgerufen wurden.

Die Frage, ob sich die uns anbefohlenen PatientInnen nach unseren idealisierten und anspruchlichen Therapieschemata richten, oder ob wir uns nicht viel mehr den mehr oder weniger berechtigten und persönlich geprägten Therapieerwartungen der betroffenen Alkoholabhängigen erfinderisch angleichen sollten, war schnell einmal beantwortet. Warum sollten wir uns nicht mit einer Symptomheilung der Alkoholabhängigkeit zufrieden geben, wenn viele Patienten angaben, die fokussierte, eng geführte Kurzzeitbehandlung habe ihnen sehr geholfen?

Wenn nach Jahren einer zufriedenen Lebensqualität eine zweite Therapie- runde eingeläutet werden muss, ist das kein Misserfolgskriterium für die frühere Therapie, die einen zeitweiligen Stopp der gefährlichen Alkoholabhängigkeit bewirkt hatte. Begrenzte Therapieerfolge sind langfristig wirksamer und befriedigender als nicht erfüllte maximale Therapieforderungen, die schliesslich in einen pessimistischen Behandlungsfatalismus umschlagen.

Selbstverständlich hat die skizzierte dialektisch-bipolar ablaufende, dialogische Psychotherapie Alkoholkranker im Klinikalltag ihre Spuren hinterlassen. Das individualisierende Behandlungskonzept hat strukturell und inhaltlich das Klinikangebot erheblich verändert.

Die kritische und nicht selten kritisierte Devise in der Forel Klinik lautete während Jahren «Flexibilisierung». Nicht mehr das Schema des «Prokrustes-Bettes», sondern die «Therapie nach Mass» im spezialisierten Behandlungssystem sollte Gültigkeit besitzen. Prokrustes war ein Unhold der altgriechischen Sage, der als Hotelier Wanderer zur Übernachtung aufnahm, sie aber nachts in ein Bett zwang, in dem er überstehende Gliedmassen abhieb oder zu kurze mit Gewalt streckte.

In der offenen stationären Suchttherapie stellte sich durchaus die Frage, ob es je nach Bedarf des Patienten «unterschiedlich grosse Betten» gab. Die Konsequenz war ein differenziertes Therapieangebot mit der Ausgestaltung einer Kurz-, Mittel- und Langzeittherapie, deren Flexibilisierung und Durchgestaltung noch längst nicht abgeschlossen ist und einer neuen Therapeutengeneration ein reiches Aufgabenfeld bereitstellt.

Mit dem Forschungsthema «Alkohol und Gehirn» kündigt sich in den letzten Jahren ein faszinierender Schwerpunkt an, der neue diagnostische Fragen aufreißt, wie die Neuropsychologie der Alkoholabhängigkeit, und die Theorie und Praxis der Therapie der Alkoholabhängigkeit erheblich verändern wird. Ein Beispiel ist die Einführung spezifischer alkoholwirksamer Psychopharmaka.

Es ist mein Wunsch, dass die Forel Klinik in der Krisenzeit der Ressourcenverknappung immer wieder die Höhe der Zeit zu halten vermag.