

DUNJA TASIĆ

# SYSTEMISCHE ZÜNDER

## Was tun, wenn der therapeutische Prozess stockt?



### EINLEITUNG

Im Rahmen meiner Tätigkeit als klinische Psychologin und Psychotherapeutin in der Justizanstalt Wien-Favoriten wurde ich immer wieder mit der Frage konfrontiert, wie man im

Zwangskontext hilfreiche und effektive Behandlung anbieten kann. Die Justizanstalt Favoriten ist eine Einrichtung für suchtkranke RechtsbrecherInnen, in welcher multiprofessionelle Behandlung auf medizinischer, psychologischer, psychotherapeutischer und sozialarbeiterischer Ebene angeboten wird. Meine Aufgaben beziehen sich dabei auf die organisatorische und behandlungsbezogene Leitung einer Abteilung im geschlossenen Männervollzug. Dabei habe ich beobachtet, dass Schwierigkeiten, die sich im Zwangskontext ergeben, unterschiedlicher Natur sein können. KlientInnen können:

- im Rahmen ihres Haftaufenthaltes vom Gericht zu einer Therapie angeleitet und damit „gezwungen“ werden (nach § 22, StGB),
- sich eigenständig um einen Therapieplatz bemühen, allerdings aus einer Sekundärmotivation heraus, um beispielsweise Vollzugslockerungen oder andere Vergünstigungen in Anspruch nehmen zu können,
- sich auf die Behandlung einlassen, allerdings im Laufe des Prozesses immer wieder widersprüchliche, symptom- und misstrauensfördernde Handlungen setzen (z. B. Drogen konsumieren, kriminelle Handlungen setzen, wie z. B. die eigene Substitution weitergeben etc.), die auf den ersten Blick als ein Mangel an Motivation interpretiert werden können.

Alle drei Umstände stellen eine Herausforderung an die alltägliche Arbeit dar, sind allerdings in Relation zu den Erwartungen und Ansprüchen sowie Zugängen des/der Behandelnden zu sehen. Schon Wagner und Werdenich (1998) beschreiben in ihrem Buch, dass es von großem Nutzen sein kann, eine zu sanktionierende Handlung eines/r InsassIn als das Symptom seiner/ihrer Erkrankung zu betrachten und weniger als bestehenden Motivationsmangel. Erst mithilfe dieser Betrachtungsweise würde den Behandelnden das Ausmaß der vorherrschenden Ambivalenzen deutlich, und damit das Setzen von

entsprechenden genesungsfördernden Interventionen möglich werden. Das setzt allerdings ein Umdenken voraus und die Bereitschaft, sich mit Bedürfnissen sowie Blockaden von KlientInnen auseinanderzusetzen.

Solche Blockaden können in diversen Settings, mit unterschiedlicher Klientel und in verschiedenen Phasen des therapeutischen Prozesses auftauchen, so dass sich der vorliegende Artikel nicht ausschließlich auf das psychotherapeutische Tun im Zwangskontext oder mit suchtkranken Menschen bezieht, sondern auch verschiedene Situationen aus der Privatpraxis umfasst, die auf den ersten Blick als schwierig oder stockend verstanden werden können. Das Ziel dabei ist aufzuzeigen, dass es genau diese Situationen sind, die einen wichtigen Moment in der Therapie und je nach der Zugangsweise des/der PsychotherapeutIn entweder eine Chance zur Förderung oder aber eine Behinderung des Prozesses darstellen und im schlimmsten Fall sogar mit dem Therapieabbruch enden können.

Dabei stellt sich besonders die Frage, welche systemischen Interventionen sich in schwierigen psychotherapeutischen Momenten als hilfreich erweisen und weitere Veränderungsbereitschaft fördern? Bevor wir uns dieser Frage widmen, sollen zunächst hilfreiche Modelle sowie Ansätze beschrieben werden, die uns eine ungefähre Einteilung der gesetzten Interventionen in förderliche sowie hinderliche Maßnahmen erlauben.

### KONSTRUKT DER THERAPIEMOTIVATION UND VERÄNDERUNGSBEREITSCHAFT

Prochaska und DiClemente (in Prochaska, Norceoss & DiClemente, 1994) beschreiben in ihrem **transtheoretischen Modell** sechs Stadien der Veränderung (Stages of Change), die Menschen auf ihrem Weg zu einer Verhaltensänderung durchlaufen. Diese können als bewährtes Mittel zur Objektivierung des motivationalen Prozesses von KlientInnen herangezogen werden und sollen im Folgenden zur Verdeutlichung anhand von Beispielen aus der Drogenarbeit dargestellt werden:

- Absichtslosigkeit (precontemplation): KlientInnen haben noch KEINE Absicht, ihr Verhalten zu verändern, da sich viele Betroffene entweder ihres Problems noch nicht einmal bewusst sind, dieses leugnen

oder verdrängen. Manche kennen die langfristigen Konsequenzen ihres Verhaltens nicht (z. B. schädliche Langzeitfolgen von chronischem Drogenmissbrauch), andere sind wiederum schon mal bei dem Versuch einer Verhaltensveränderung „gescheitert“ und zweifeln an ihrer Selbstwirksamkeit. Dieses Phänomen ist sehr häufig in der Drogenarbeit anzutreffen: KlientInnen erscheint ein Leben ohne Drogen unerreichbar, und sie fühlen sich den Substanzen hilflos ausgeliefert. Mittel auf dem Weg zur Absichtsbildung reichen von ausführlicher Psychoedukation über die Wirkung und vor allem Langzeitfolgen von Drogen bis hin zur Stärkung des Selbstwertes und das Erleben von Selbstwirksamkeit.

- Absichtsbildung (contemplation): In dieser Phase werden sich KlientInnen ihres Problems bewusst und denken ernsthaft über Veränderungen nach. Der Veränderungsprozess steckt allerdings insofern noch in Kinderschuhen, als die Betroffenen noch keinerlei Verpflichtungen sich selbst oder anderen gegenüber eingehen, ein anderes Verhalten an den Tag zu legen. Diese Phase ist aus meiner Sicht eine sehr entscheidende in der Drogenarbeit, da sie von Ambivalenzen und Zweifeln geprägt ist. Auf der einen Seite scheinen die Betroffenen eine Veränderung zu wünschen, auf der anderen Seite hat man in der Arbeit mit ihnen das Gefühl, dass sie jede positive Veränderung und Anregung zu sabotieren versuchen. Es ist fast wie ein Ringen zwischen KlientIn und TherapeutIn um die eine oder andere Seite, je nachdem, auf welche man sich als Behandelnde/r stellt. Wenn man hierbei zu schnell vorgeht, kann es durchaus auch dazu führen, dass man den/die KlientIn zu einem Rückschritt bewegt (siehe dazu auch Kapitel 2. Spiel mit den Ambivalenzen).
- Vorbereitung (preparation): In der dritten Phase äußern KlientInnen konkret die Absicht, ihr Verhalten in einer bestimmten Zeit zu verändern und bereiten sich auf die kommenden Änderungen vor. Damit gehen sie auch erstmalig die Verpflichtung einer Verhaltensänderung ein. In der Arbeit mit süchtigen Menschen ist es von besonderer Bedeutung, dass man mit KlientInnen zunächst über das Ausmaß der Veränderung verhandelt: Das Ziel ist nicht zwingend die Ab-

stinenz von Drogen (Klein, 2009, Schmidt, 2010), wenn man davon ausgeht, dass KlientInnen unsere Auftraggeber sind und sie sich nur dann auf den Veränderungsprozess einlassen können, wenn sie ein realistisches und adäquates Ziel verfolgen (SMARTe Zielformulierung nach Doran, 1981). Eine Klientin/einen Klienten vom über Jahrzehnte lang andauernden chronischen und intravenösen Heroinkonsum hin zu „lediglich“ regelmäßigem Haschisch-Konsum zu begleiten, scheint ein durchaus erstrebenswertes Ziel zu sein; insbesondere, weil dieses die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen reduziert und die Klientin/den Klienten zum „Dranbleiben“ ermutigt. Da dieses Klientel besonders zum Schwarz-Weiß-Denken neigt und impulsive Tendenzen an den Tag legt, ist es oftmals notwendig, übermütige KlientInnen in ihrer Begeisterung für das „neue Projekt“ zu bremsen, sie auf kommende Schwierigkeiten und Verluste sowie mögliche Rückfälle vorzubereiten, um im Notfall dem Abbruch des therapeutischen Prozesses zuvorzukommen.

- Handlung (action): In dieser Phase strukturieren die Betroffenen aktiv ihr Tun, ihre Erfahrungen und ihre Umgebung neu, um ihr Problemverhalten zu verändern. Das Handeln erfordert viel Zeit, Energie, Achtsamkeit und Commitment, um den Alltagstransfer für die neuen Einstellungen sowie das neue Verhalten zu ermöglichen. Im besten Fall nehmen nicht nur die KlientInnen sondern auch ihre Umwelt die Veränderungen wahr und verstärken diese durch zirkuläres Feedback. In der Arbeit mit abhängigen Menschen habe ich leider die Erfahrung gemacht, dass dieser Verlauf nur sehr selten in dieser Geradlinigkeit möglich ist. Plötzlich sind KlientInnen mit sehr viel Widerstand (z. B. dem Neid alter Bekannter, die selbst dem Konsum erlegen sind) und Skepsis konfrontiert, die dann wiederum Druck und Zweifel aufkeimen und die Gier nach der alten Substanz wieder aufkommen lassen. In diesem Stadium geht es darum, KlientInnen in ihrer Entscheidung zu bestärken, die Abgrenzung vom Drogenmilieu zu fördern, sie beim Aufbau eines neuen sozialen Netzwerks zu unterstützen sowie ihnen neue Strategien im Umgang mit Stress und Gier zu vermitteln, um damit den Weg zu

Erfolgslebnissen zu ebnet, die wiederum die Selbstwirksamkeit stärken und das Aufrechterhalten des neuen Verhaltens ermöglichen.

- **Aufrechterhaltung (maintenance):** In der fünften Phase versuchen KlientInnen die erreichten Fortschritte über einen längeren Zeitraum beizubehalten und Rückfällen vorzubeugen. Die Anwendung der erlernten Fähigkeiten und Strategien wird langsam zur Routine. Wie bereits erwähnt, kann es in dieser Phase zu Rückfällen in das alte Verhaltensmuster kommen, deren Bedeutung für den weiteren psychotherapeutischen Verlauf stark von der Bewertung durch die Klientin/den Klienten abhängt: Gelingt es, dem Rückfall einen Sinn für den therapeutischen Prozess zu geben, kann er als wertvolles Mittel im Kampf gegen die eigene Sucht eingesetzt werden (siehe dazu Kapitel 1. Reframing: vom Rückfall zum Vorfall).
- **Abschluss (termination):** KlientInnen, die sich in dieser letzten Phase befinden, haben ihr Problemverhalten zur Gänze aufgegeben. In der Drogentherapie kann man KlientInnen in diesem Stadium daran erkennen, dass sie die Versuchung, in gewohnten (Belastungs-)Situationen wieder zu den Drogen zu greifen, als sehr gering einstufen, zahlreiche Strategien im Umgang mit Stress und Krisen aufweisen und das Vertrauen in die eigenen Widerstandskräfte sowie die erlebte Selbstwirksamkeit als sehr hoch einschätzen.

Dabei ist es von besonderer Bedeutung zu erwähnen, dass Prochaska und DiClemente zwar einen Verlauf durch die Stadien in aufsteigender Reihenfolge vorhersagen, aber genauso in jeder Phase einen Rückschritt in ein früheres Stadium für möglich halten (z. B. Rückfall als den Rückschritt von Handlung oder Aufrechterhaltung). Sie beschreiben ebenfalls den Umgang mit dem Rückfall als einen therapeutisch relevanten Bestandteil der Verhaltensänderung, der zu einem neuen Anlauf und damit möglicherweise zum Übergang in die nächste Phase führen KANN. Sie sagen, dass häufig ein mehrmaliges Durchlaufen der Stadien (recycling) nötig sei, bis ein Verhalten langfristig verändert werden kann.

Die **KlientInneneinteilung von Steve de Shazer** bietet ebenfalls eine gute Möglichkeit, die Bedürfnislage von KlientInnen zu erfassen (de Shazer, 1989):

- **BesucherIn:** Diese KlientInnen sehen meistens keinen Grund in Therapie zu gehen, haben keine Beschwerden und werden meistens geschickt oder zur Therapie explizit/implizit „gezwungen“. Die Kunst der Therapie besteht hierbei darin, den KlientInnen einen Auftrag zu entlocken, ausgehend von der Tatsache, dass sie doch immer wieder in die Therapiesitzungen kommen.
- **Klagende/r:** Klagende äußern laufend Beschwerden, sehen sich meist als „Opfer“ und scheinen keine Absicht zu haben, tatsächlich etwas gegen ihr Problem zu unternehmen. Auf der anderen Seite haben sie einen Leidensdruck, der sie motiviert, in die Psychotherapie zu gehen. Man könnte diese Differenz auch als bestehende Ambivalenzen deuten, welche eine Veränderung der Klientin/des Klienten verzögern. Die Aufgabe der Therapeutin/des Therapeuten würde dieser Sicht nach darin bestehen, das Bedürfnis des/r Klagenden nach einem offenen Ohr wahr- und ernst zu nehmen sowie im Laufe der Sitzungen einen Kontrakt mit der Klientin/dem Klienten zu entwickeln, welcher ein im eigenen Handlungsspielraum liegendes und damit veränderbares Ziel beinhaltet.
- **KundIn:** als KundInnen bezeichnet de Shazer Personen, die mit einem eigenen Anliegen/Ziel in die Stunde kommen, sich durch die Sitzung führen lassen und bereit sind, etwas gegen die eigenen Probleme zu unternehmen.

Mit dieser Unterteilung bringt Steve de Shazer zum Ausdruck, dass Menschen, die in Psychotherapie kommen, zwingend ein Anliegen haben und es die Aufgabe der Therapeutin/des Therapeuten ist, das richtige Angebot zu machen und damit die richtige Passung zwischen Behandelndem und KlientIn herzustellen. Er betont explizit, man würde „diese Unterscheidung falsch verstehen, würde man sie mit „Motivation“ oder „Bereitschaft zur Therapie“ der Klienten gleichsetzen.“ (de Shazer, 1989, S. 103-104). Dennoch wird seine Unterteilung in der weiter unten angeführten Darstellung der Fälle als Maß für den motivationalen psychotherapeutischen Prozess herangezogen, weil man in dieser Arbeit Veränderungsbereitschaft als erweiterten Begriff für die Passung zwischen TherapeutIn und KlientIn verstehen kann – eine verfehlte oder gar missglückte Passung wird früher oder

später zwingend zum Stocken des therapeutischen Prozesses oder gar zum Therapieabbruch führen.

Weiter soll angemerkt werden, dass diese „Motivation“ und damit die Unterteilung in eine der drei von de Shazer beschriebenen Gruppen

bei der gleichen Klientin/dem gleichen Klienten je nach Thema, Intervention oder Angebot durchaus auch variieren kann: Wenn man sich in eine Hypothese oder Intervention verbeißt und damit das Bedürfnis der Klientin/des Klienten ignoriert, kann es passieren, dass aus den „vorbildlichsten“ KundInnen plötzlich

KlägerInnen oder gar BesucherInnen werden. Umgekehrt kann die passende Intervention den Prozess wieder ins Laufen bringen.

Abschließend sollen die **Anschlussfähigkeit therapeutischer Interventionen** sowie die Qualität der therapeutischen Beziehung als weitere Faktoren für Veränderungsbereitschaft vorgeschlagen werden. Grawe et al (1994) beschreiben, dass eine gute therapeutische Beziehung die Bereitschaft der Klientin/des Klienten erhöht, sich mit den eigenen Problemen auseinanderzusetzen und sich für die therapeutischen Einflüsse sowie Interventionen zu öffnen. Weiter betonen sie, dass neben der Therapeutin/dem Therapeuten auch die/der Behandelte einen aktiven Beitrag zur Therapie leisten muss, damit es zu einem guten Ergebnis kommen kann. Dabei nennen Grawe, Donati und Bernauer (1994) zwei wesentliche Faktoren:

- Offenheit für Veränderungen und
  - engagierte Mitarbeit seitens der Klientin/des Klienten.
- Wenn man die obigen Ausführungen von de Shazer (1989) nochmals berücksichtigt, kann man sagen, dass die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut für die Passung des Angebots verantwortlich ist. In ihrer/ seiner Beziehungsgestaltung orientiert sich die Therapeutin/der Therapeut daran, welche Art von Zugang, Hypothese oder Intervention zur Reduktion des Problems im Moment anschlussfähig ist, wo Entwicklungspotenzial zu orten ist, welche Sichtweisen dafür förderlich oder hin-

derlich sind etc. Mit ihrer/seiner Aktivität ist sie/er damit in der Lage, die Veränderungsbereitschaft der Klientin/des Klienten in die eine oder andere Richtung zu lenken. Die Kunst besteht folglich darin, die passenden

MIT DIESER UNTERTEILUNG BRINGT STEVE DE SHAZER ZUM AUSDRUCK, DASS MENSCHEN, DIE IN PSYCHOTHERAPIE KOMMEN, ZWINGEND EIN ANLIEGEN HABEN UND ES DIE AUFGABE DER THERAPEUTIN/DES THERAPEUTEN IST, DAS RICHTIGE ANGEBOT ZU MACHEN UND DAMIT DIE RICHTIGE PASSUNG ZWISCHEN BEHANDELNDEM UND KLIENTIN HERZUSTELLEN.

Interventionen zur richtigen Zeit einzusetzen, um damit einen guten Nährboden für Entwicklung zu schaffen.

Als Maßstab für Anschlussfähigkeit können dabei diverse verbale (direktes Äußern des Unmuts oder Ablehnung einer Hypothese/Intervention, laut oder wütend werden, sich unverstanden fühlen etc.) und nonverbale Merkmale (Mimik, Gestik, Tonfall, Körperhaltung, abschweifen, nicht folgen können etc.) der Beziehungsqualität herangezogen werden.

#### **SYSTEMISCHE INTERVENTIONEN, DIE VERÄNDERUNGSMOTIVATION STÄRKEN**

Im Folgenden werden systemische Interventionen anhand von Fallbeispielen dargestellt, die in diversen psychotherapeutischen Prozessen an vermeintlich stockenden Stellen für eine „Zündung“ gesorgt und damit wieder Bewegung in den gemeinsamen Prozess gebracht haben. Aus Platzgründen beschränke ich mich dabei auf drei Interventionen, möchte aber betonen, dass jedes Eingreifen an einem bestimmten Punkt im Prozess den zündenden Erfolg bringen kann – egal, wie vermeintlich „einfach“ es zu wirken scheint. Lösungsorientierte Kurzinterventionen (wie z. B. Normalisieren, zirkuläre Fragen, reflexive Interventionen, wie die Wunderfrage usw.) können dabei genauso wirksam sein, wie komplexe Teile- und Strukturarbeiten.

## 1. REFRAMING: VOM RÜCKFALL ZUM VORFALL (GUNTHER SCHMIDT)

Immer wieder erlebe ich bei meiner Arbeit mit drogensüchtigen KlientInnen, dass nach dem so gefürchteten „Rückfall“ die gesamte Therapie in Frage gestellt wird. Dabei tritt ganz deutlich die Einstellung der KlientInnen zutage, dass die Therapie ein Kampf gegen die Sucht, das Ziel die absolute Abstinenz (nach dem Prinzip: entweder ganz oder gar nicht) und ein erneutes Hingreifen zu den Drogen ein Versagen sowie das Zeichen von Schwäche ist. Mit dieser Art von Einstellung lässt es sich leicht erklären, warum ein Rückfall von unangenehmen Gefühlen wie Scham, Zweifel und Selbstabwertungen begleitet wird und oft der Auslöser für Therapieabbrüche oder den erneuten „Absturz“ ist. Was ein „einfacher“ Perspektivenwechsel und damit eine Einstellungsänderung hin zu dem Rückfall als „wichtigen Informanten der eigenen Sucht“ (Schmidt, 2010) bewirken kann, möchte ich anhand eines Falls aus der Justizanstalt darstellen:

Herr P., ein sich wegen schwerer Heroinsucht in Behandlung befindender Insasse, kommt nach 20-monatiger Erfolgsphase ohne Beikonsum (also lediglich ärztlich mit Substitutionsverschreibungen versorgt) in eine Gruppensitzung und berichtet von einem Rückfall auf Benzodiazepine. Dabei wirkt er zutiefst beschämt, scheint den Rückfall als persönliches Versagen zu betrachten und denkt als Konsequenz bereits die Verlegung in eine andere Justizanstalt und damit den Therapieabbruch an. Gutes Zureden von Seiten der anderen Insassen scheint am Klienten abzuprallen; er scheint immer mehr in Selbstvorwürfen sowie Schwarzmalerei unterzutauchen, sodass der Feedbackprozess seitens der Behandelnden unterbrochen wird und mithilfe einer verstörenden Aussage die Aufmerksamkeit und Neugier des Klienten geweckt werden: Zunächst wird ihm herzlichst zu seinem ersten „Rückfall“ und seiner wichtigen Funktion gratuliert und der

Klient gefragt, was er nun damit anfangen wolle. Da Herr P. eher misstrauisch und verwirrt zu sein scheint (auch gleichzeitig den Köder geschluckt hat), wird mit den anderen GruppenteilnehmerInnen ausgearbeitet, welche wichtige Information Herr P. nun aus diesem „Rückfall“ ziehen soll. Ob er ihn eher als einen VORfall und damit eine wichtige Informationsquelle für seine Sucht betrachten könnte (damit wird dem erneuten Konsum von Substanzen ein Sinn gegeben und das Scheitern der Therapie relativiert). Nachdem mithilfe der anderen Klienten einige wichtige Ansätze gesammelt werden, steigt Herr P. darauf ein und betont, dass er sich

IMMER WIEDER ERLEBE ICH BEI MEINER ARBEIT MIT DROGENSÜCHTIGEN KLIENTINNEN, DASS NACH DEM SO GEFÜRCHTETEN „RÜCKFALL“ DIE GESAMTE THERAPIE IN FRAGE GESTELLT WIRD. DABEI TRITT GANZ DEUTLICH DIE EINSTELLUNG DER KLIENTINNEN ZUTAGE, DASS DIE THERAPIE EIN KAMPF GEGEN DIE SUCHT, DAS ZIEL DIE ABSOLUTE ABSTINENZ (NACH DEM PRINZIP: ENTWEDER GANZ ODER GAR NICHT) UND EIN ERNEUTES HINGREIFEN ZU DEN DROGEN EIN VERSAGEN SOWIE DAS ZEICHEN VON SCHWÄCHE IST.

durch den „Rückfall“ nach 20 Monaten definitiv wieder daran erinnert hat, dass die Einnahme von Benzodiazepinen langfristig kein funktionaler Lösungsversuch ist, auch wenn sie ihm früher guten Dienst geleistet hätte. Dabei erzählt er von aktuellen inneren Spannungs- und Angstzuständen und erwähnt, dass er es eine Weile geschafft habe, den Konsum aufzuschieben. Auf diese Weise wurde es möglich, die Aufmerksamkeit des Klienten wieder auf die Zeit zurück zu lenken, in welcher er erfolgreich gegen die Beruhigungsmittel angekämpft hat und einen positiven ressourcenorientierten Prozess wieder in Gang zu setzen. Dem Klienten gelang

es in den folgenden Stunden, den erwähnten VORfall mit den Benzos als Indikator dafür zu betrachten, dass er sich in einer neuen Lebenssituation befindet, in welcher die vorhandenen Strategien scheinbar erstmalig seit Beginn der Therapie nicht ausreichen. Da er den Behandelnden schließlich den expliziten Auftrag erteilte, mit ihm an neuen Bewältigungskompetenzen zu arbeiten, konnte der therapeutische Prozess – nach dem transtheoretischen Modell von Prochaska und DiClemente (siehe oben) – im Sinne einer erneuten Vorbereitung der Handlungsphase (Abstinenz von Benzodiazepinen) fortgesetzt werden.

## 2. DAS SPIEL MIT DEN AMBIVALENZEN

Viele Blockaden im psychotherapeutischen Prozess lassen sich als potenzielle Ambivalenzen auslegen – oder anders gesagt, KlientInnen wollen und wollen gleichzeitig auch nicht eine Veränderung initiieren. Das Aufgreifen dieser widersprüchlichen Gefühle und das Einleiten eines „Katz-und-Maus-Spiels“ mit den KlientInnen kann einen sehr spannenden und fruchtbringenden Weg darstellen.

### 2.1 STÄRKEN DER SELBSTVERANTWORTLICHKEIT (RUDOLF KLEIN)

Eine Entscheidung zu treffen, ist immer mit Konsequenzen verbunden und damit auch mit Gewinnen einerseits (von Vorteilen der entschiedenen Variante) und Verlusten (von Vorteilen der abgelehnten Variante) andererseits. Müssen Menschen mit Ambivalenzen sich bezüglich einer Entscheidung festlegen, ist dieser Prozess von ständigem Abwägen und wechselnden Tendenzen geprägt. Dieser kann einen sehr zermürbenden Verlauf nehmen, insbesondere dann, wenn man eine nach außen hin doch so „einfache und grundlegende Entscheidung“ FÜR oder GEGEN Drogen treffen muss. Schließlich könnte man ja davon ausgehen, dass jeder, der sich für eine Therapie auch gleichzeitig gegen die Substanzen entschieden hat. Dass dem oftmals nicht so ist – eine essenzielle Entscheidung von diesem Ausmaß auch oft hinausgezögert wird und damit der Prozess ins Stocken geraten kann – soll im folgenden Beispiel verdeutlicht werden:

Zum betreffenden Zeitpunkt befindet sich Herr T. wegen seiner Heroinsucht seit circa zehn Monaten in psy-

chotherapeutischer Behandlung in der Justizanstalt Favoriten. In der Zwischenzeit ist er nach einer relativ stabilen Phase im geschlossenen Vollzug in den gelockerten Vollzug gewechselt und wurde dort nach nur zwei Monaten, die von Heroinrückfällen geprägt waren, wieder in den geschlossenen Vollzug zur Stabilisierung zurückverlegt. Seine Entlassung steht unmittelbar bevor, und ohne dass Herr T. seine Rückfälle bearbeitet hatte, wirkt er immer optimistischer bezüglich seiner geplanten Abstinenz. Immer wieder wird er in der Gruppentherapie von den PsychotherapeutInnen mit seinen Rückfällen und den Gefahren der bevorstehenden Entlassung konfrontiert, doch immer wieder endet das Gespräch damit, dass er uns mit recht plausiblen Argumenten erklärt, warum die Drogen keine Gefahr mehr für ihn darstellen werden. Nachdem auf dieser Art und Weise mehrere Male ein Katz-und-Maus-Spiel zwischen dem Klienten und den Behandelnden gelaufen ist, wird Herr T. sehr eindeutig mit seiner Eigenverantwortlichkeit konfrontiert: Es wird ihm in den kommenden Stunden konsequent immer wieder gesagt, dass er für sein Leben und damit Weiterkommen oder Scheitern selbst verantwortlich sei. Immer wieder wird betont, dass die Entscheidung für oder gegen Drogen bei ihm läge, für uns beide Varianten in Ordnung seien, denn nur der Klient selbst müsse mit den sich ergebenden Konsequenzen zurechtkommen.

Nach mehreren Stunden beginnt Herr T. schließlich, über seine Ängste in Bezug auf den weiteren Konsum von Drogen einerseits sowie die Verzweiflung über den Verzicht darauf andererseits zu berichten und ermöglicht damit die Arbeit an seinen Ambivalenzen, welche im kommenden Kapitel dargestellt werden sollen.

Vor seiner Entlassung wurde Herr T. rückblickend auf diese positive Entwicklung in einer Feedbackrunde aufmerksam gemacht und danach gefragt, was schlussendlich zu einer Entscheidung für die Psychotherapie geführt habe – er meinte, dass er nichts unversucht lassen wolle, wenn er schon die Konsequenzen für sein Leben selbst tragen müsse.

### 2.2 AMBIVALENZEN SCHAUKELN

Nach dem „offiziellen Auftrag“ von Herr T. werden in einer der kommenden Gruppensitzungen seine Ambiva-

lenzen anhand einer Übung offengelegt: Am Flip-Chart werden zunächst mit Hilfe der Gruppe alle **Vor- und Nachteile** eines Lebens ohne Drogen gesammelt. Darauf wird dem Klienten ein Stück weit bewusster gemacht, was er im Falle einer Entscheidung gegen die Drogen gewinnt, aber auch mit welchen Verlusten er zu rechnen hat. Zur Verdeutlichung wird er gebeten auf zwei verschiedenen Stühlen nachzuspüren, wie sich eine Entscheidung für die eine oder andere Variante anfühlt und wiederzugeben, zu welcher der beiden Varianten er sich IM MOMENT stärker hingezogen fühlt. Immer dann, wenn der Klient sich auf der drogenfreien Seite zu sicher fühlt, werden die Argumente der anderen angeführt – so lange, bis er in dieser Sitzung fest auf dem drogenfreien Sessel sitzen bleibt.

In der Nachbesprechung wird Herrn T. bewusst, dass eine Situation konstruiert wurde, in welcher er sich erstmalig bewusst gegen die Drogen entschieden hat. Recht verwundert beschreibt er ein Gefühl von Stolz und betont, zum ersten Mal einen Hauch von Hoffnung zu haben, dass er sich auch für eine andere Lebensform entscheiden könnte. Den eigenen Angaben nach haben die erfahrene Selbstwirksamkeit in der besagten Sitzung sowie das neu gewonnene Zutrauen in die eigene Stärke dem Klienten bis zur Entlassung Antrieb im Kampf gegen die eigene Sucht gegeben und die Ängste in Bezug auf die bevorstehende Entlassung gelindert.

## ZUSAMMENFASSUNG UND REFLEXION

Der vorliegende Artikel widmet sich „schwierigen“, stockenden Momenten in der Psychotherapie und unternimmt den Versuch, systemische Interventionen als antreibende Kräfte darzustellen, die Veränderungsmotivation stärken und den therapeutischen Prozess wieder ins „Fließen“ bringen.

Dabei wurden mehrere Fälle aus der praktischen Arbeit herangezogen, die anschaulich machen, dass es manchmal durchaus auch sehr einfache und kurze Techniken sein können, die zum richtigen Zeitpunkt in der Behandlung die zündende Idee liefern können. Dieselben Interventionen erweisen sich mit Sicherheit an einer anderen Stelle der Therapie als schwierig oder unpassend und können mit hoher Wahrscheinlichkeit dem thera-

peutischen Prozess zusätzlich schaden oder gar die Klientin/ den Klienten zu einem Abbruch bewegen.

Es gibt sicher noch viele weitere Techniken, die bei richtigem Einsatz ebenfalls eine Zündung des Prozesses initiieren können – ich würde sogar so weit gehen und behaupten, dass prinzipiell jede Intervention dieses Potenzial in sich birgt. Umso wichtiger scheint es zu sein, den Bedarf der Klientin/des Klienten richtig einzuschätzen und mit entsprechenden Interventionen darauf zu reagieren. Dafür kann es eine Menge an unterstützenden Indikatoren geben, die uns in der Arbeit mit KlientInnen die notwendigen Hinweise liefern, ob und inwieweit wir uns auf dem richtigen Weg befinden. Einige oben angeführte Beispiele zeigen auf, warum die Beziehung zwischen KlientIn und PsychotherapeutIn ein so wichtiger Maßstab für Qualität der therapeutischen Arbeit ist. Die KlientInnenunterteilung nach Steve de Shazer (1989) ermöglicht uns wiederum ein besseres Verständnis dafür, welche Bedürfnisse der KlientInnen es im entsprechenden Moment zu befriedigen gilt. Und das transtheoretische Modell von Prochaska und DiClemente (1994) hilft zu erfassen, warum manche KlientInnen – gerade wenn es sich dabei um tiefsitzende Verhaltensmuster handelt – manchmal mehrere Durchgänge brauchen, immer wieder zu alt bewährten Mustern zurückgreifen und dabei scheinbar ein destruktives Verhalten an den Tag legen (müssen). Betrachtet man jede Änderung als einen Abschied vom Alten und die Einführung des Neuen, kann man davon ausgehen, dass auch „Widerstände“ oder Ambivalenzen auftreten können, so lange, bis sich das neue Verhalten als sinnvoll erweist. Statt sich diesen zu versperren, kann man sie ganz natürlich als therapeutische „Zünder“ verwenden, wenn man die widerständige Energie richtig für den Prozess zu nutzen weiß.

Als bestes Beispiel soll dafür noch einmal der so oft erwähnte „Rückfall“ in alte Verhaltensmuster genannt werden, auch zu verstehen als die Brücke zwischen dem alten und dem neuen Verhalten: Gelingt es diesen – ganz im Sinne eines lösungs- und ressourcenorientierten systemischen Ansatzes (siehe dazu auch Klein, 2009 und Schmidt, 2010) – als Chance und eine der vielen Etappen auf dem Weg hin zur Verhaltensänderung aufzufassen, kann dies die Pforten für einen weiteren, sehr

fruchtbaren therapeutischen Prozess öffnen. Die systemische Betrachtungsweise hilft uns dabei, auch in schwierigen und „erzwungenen“ Kontexten einen Auftrag und Sinn in der Behandlung zu entdecken sowie diesen KlientInnen zu vermitteln, was wiederum einer der wichtigsten Wegbereiter für erfolgreiche Psychotherapie zu sein scheint.

#### **MAG.<sup>A</sup> DUNJA TASIĆ**

ist Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (SF), Traumatherapeutin und Supervisorin in freier Praxis sowie in der Justizanstalt Wien-Favoriten; Leiterin der therapeutischen Gemeinschaftspraxis Strudlhof, [www.praxis-strudlhof.at](http://www.praxis-strudlhof.at); Absolventin des LG 20 der la:sf.

#### **BIBLIOGRAPHIE:**

- de Shazer, S. (1989). Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Heidelberg: Carl-Auer.
- Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. In: Management Review, Nov 1981, Vol. 70 (11), S. 35 - 36.
- Grawe, K., Donati R., Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Klein, R. (2009). Berauschte Sehnsucht. Zur ambulanten systemischen Therapie süchtigen Trinkens. Heidelberg: Carl-Auer.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). Changing for good. New York: William Morrow & Co., Inc.
- Schmidt, G. (2010). Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Heidelberg: Carl-Auer.
- Wagner, E., & Werdenich, W. (1998). Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle. Wien: Facultas Universitätsverlag.

## AMBULANTE SYSTEMISCHE THERAPIE

Die Ambulante Systemische Therapie (AST) der Lehranstalt für systemische Familientherapie (la:sf) hat im Dezember 2000 ihre Tätigkeit aufgenommen und ist als Therapieambulanz in unsere Ausbildungseinrichtung integriert. Wir haben an der la:sf begonnen, mit KlientInnen vor dem Spiegel zu arbeiten, damit unsere Studierenden vom Beginn der Ausbildung an die Möglichkeit haben, systemische PsychotherapeutInnen bei der Arbeit zu sehen und damit ihrer Praktikumpflicht nachzukommen.

#### **UNSER ANGEBOT**

Die psychotherapeutischen Gespräche finden – je nach Erfordernis – mit Paaren, Familien oder Einzelpersonen statt. Ein Unkostenbeitrag von € 22,- pro Therapieeinheit wird erbeten – Refundierung über die Krankenkasse ist möglich. Vertraulichkeit und – nach Wunsch – Anonymität werden gewährleistet.

#### **WIR SUCHEN GEMEINSAM LÖSUNGEN**

- bei Partnerschaftsproblemen
- bei Lebenskrisen (Verlust, Trennung, Geburt, ...)
- bei psychischen und psychosomatischen Beschwerden
- bei Erziehungsschwierigkeiten
- bei Konfliktsituationen (im privaten, familiären und beruflichen Umfeld)

#### **THERAPEUT/INNEN UND THERAPIEZEITEN**



**GERALD BINTER**  
Psychotherapeut  
Montag 14–20 Uhr



**MAG.<sup>A</sup> SIGRID BINNENSTEIN**  
Psychotherapeutin  
Dienstag 13–19 Uhr



**DR. KONRAD P. GROSSMANN**  
Psychotherapeut  
Mittwoch 13–19 Uhr



**MAG.<sup>A</sup> DR.<sup>IN</sup> CHRISTINA LENZ**  
Psychotherapeutin  
Donnerstag 14–20 Uhr

Telefonische Voranmeldung erforderlich!



**AMBULANTE  
SYSTEMISCHE THERAPIE**

A-1130 Wien, Trauttmansdorffgasse 3A  
Tel.: +43-1 478 63 00, Fax: +43-1 478 63 00-63  
E-Mail: [office@la-sf.at](mailto:office@la-sf.at), [www.la-sf.at](http://www.la-sf.at)