

Was ist eine Gelegenheit?
Ein Punkt, von dem eine Geschichte ausgehen
oder an dem sie, falls sie schon begonnen hat,
eine bestimmte Wendung nehmen kann.
Es ist eine Möglichkeit, die sich uns im Verlauf der Erzählung selbst bietet.
Wir können sie ergreifen oder links liegen lassen.

Va´ dove ti porta il cuore.

Susanna Tamaro

Wahlmöglichkeiten - von der Einfachheit zur Vielfalt

Möglichkeiten mit Menschen zu kooperieren, die glauben
im Besitz einer Alkoholkrankheit zu sein oder von denen das angenommen wird¹

von Gerhard Krones

[Geschichten erzählen](#)

Seit jeher erzählen Menschen einander Geschichten zur Veranschaulichung bestimmter persönlicher Ansichten, geben also diesen Geschichten beim Erzählen und (Er-)Hören ganz individuelle Bedeutungen. Wenn Geschichten zu Personen passen, dann sind sie für *diese* Personen auch in einer guten Weise lebbar. Gerade deshalb möchte ich an den Beginn meiner erzählten Therapiegeschichten eine Bitte stellen: Keine der von mir im Folgenden für den Therapieprozess formulierten Fragen kann einfach kopiert werden, auch wenn manche dazu verführen oder einladen. Sie erscheinen manchmal spielerisch *leicht*, aber sie sind nicht *einfach* zu stellen und daher kopiert nicht wirkungsvoll. Fühlen Sie sich andererseits als Leser/in eingeladen beim Lesen *Ihre* Geschichte zu entdecken. Genau in diesem Sinne möchte ich die Begriffe „Geschichten“ und „Erzählen“ verstanden wissen.

Wenn wir als Therapeuten/innen in Dialogen mit Klienten/innen Lösungen suchen, lassen wir uns auf Biografien von Klienten/innen auch vor dem Hintergrund unserer eigenen Lebensgeschichten ein. Wie wir dies tun, d.h. wie wir Psychotherapie gestalten und wie wir dazu mit verschiedenen Professionen kooperieren, darüber gibt es vielfältige Geschichten. Im Verlauf der Zeit und der Erzählung in unterschiedlichen Kontexten, werden diese immer wieder neu miteinander verbunden oder auch neu geformt. Das Erzählen von Therapiegeschichten und das Öffentlich-Machen dessen, was in Therapieräumen geschieht, ist in den letzten Jahren vor allem auch durch die systemische Therapie erfolgt. Wenn ich im Folgenden die von mir im Moment favorisierte Geschichte vorstelle, nämlich die über den systemisch-lösungsorientierten und narrativen Therapieansatz, dann geschieht das lediglich in Ausschnitten. Gerade *diese* Therapiegeschichte zu erzählen, ist mir aber deshalb so wichtig, weil sie noch keine umfassende Anerkennung durch Rentenversicherungsträger und Krankenkassen gefunden hat.

[Innere Haltung und Biografie](#)

Zu Beginn möchte ich zunächst 2 Aspekte herausstellen:

¹ Ich danke an dieser Stelle Gaby Moskau und Gerd F. Müller für ihre wertschätzende Begleitung bei der Erstellung dieses Artikels und das Sehen von Möglichkeiten in mir.

- den Stellenwert des Konstrukts Liebe, als innere Haltung
- und die Bedeutung von Biografie für die Therapie.

Gaby Moskau und Gerd F. Müller² verweisen in Anlehnung an Virginia Satir darauf, „dass das Konstrukt Liebe (...) essentiell für den Prozess der Arbeit mit Menschen ist.“ Satir war der Meinung, „dass Menschen Manifestationen positiver Lebensenergien im Sinne *Kierkegards, Heideggers und Bubbers* sind, und dass diese Energien aktiviert werden können, um dysfunktionale Verhaltensweisen zu transformieren.“

Maturana und Varela³ beschreiben Liebe als etwas, das „uns den anderen *sehen* lässt und dazu führt, dass wir für sie oder für ihn einen Daseinsraum neben uns öffnen. Diesen Akt nennt man auch *Liebe* oder, wenn wir einen weniger starken Ausdruck bevorzugen, das Annehmen einer anderen Person neben uns selbst im täglichen Leben... Ohne Liebe, ohne dass wir den anderen annehmen und neben uns leben lassen, gibt es keinen sozialen Prozess, keine Sozialisation und damit keine Menschlichkeit. Alles, was die Annahme anderer untergräbt - vom Konkurrenzdenken über den Besitz der Wahrheit bis hin zur ideologischen Gewissheit - unterminiert den sozialen Prozess, weil es den biologischen Prozess unterminiert, der diesen erzeugt. Machen wir uns hier nichts vor: Wir halten keine Moralpredigt, wir predigen nicht die Liebe. Wir machen einzig und allein die Tatsache offenkundig, dass es, *biologisch gesehen, ohne Liebe, ohne Annahme anderer, keinen sozialen Prozess gibt*. Lebt man ohne Liebe zusammen, so lebt man heuchlerische Indifferenz oder gar aktive Negation des anderen.“

Diese affektive Koppelung ist qualitativ ein anderes Joining als lediglich In-der-Sprache-Sein. Hier lassen sich Dialogpartner/innen auf einer *sinnlichen* Ebene treffen, derart dass es einen *wirklich*, d.h. in einem *sinnvollen* Verstehen und Fühlen der erzählten Wirklichkeit (be-)trifft.

Karl Tomms⁴ Art und Weise Klienten/innen Fragen zu stellen, ist grundlegend geleitet von der Idee, Raum zu schaffen für andere und damit im Therapieprozess eine innere liebevolle Haltung einzunehmen. Für ihn ist diese ethische Haltung unerlässlich für jede Art von Therapie. Scott Miller⁵ setzt dies fort, wenn er Abstand davon nimmt, Klienten/innen mit einem starr festgelegten theoretischen Konzept zu begegnen und deren eigenen Konstrukten Priorität einräumt.

Die Darstellung des Lebenslaufs als Aneinanderreihung von Fakten und Daten eines Menschen und die damit verbundene Bedeutungsgebung in einem spezifischen Dialog, können wir als Biografie bezeichnen. Eine erzählte Biografie ist immer *eine* mögliche Form der Darstellung und sie kann in anderen Kontexten und Beziehungen anders ko-kreiert werden. Konkret bedeutet dies: Eine Biografie wird in Nuancen oder insgesamt anders konstruiert, je nachdem ob ein/e Klient/in mit seinem/ihrem Arzt, einem Priester, seinem/ihrem Arbeitgeber, dem Bewährungshelfer oder einem Therapeuten im Dialog ist - denn die Vorannahmen, um nicht zu sagen die professionellen Vorurteile dieser Personen über die Klienten/innen und ihre Probleme, haben Einfluss auf die Erzählung.

Andererseits bilden sich in Biografien auch Muster und Regeln, Einstellungen und dazu gehörige Gefühle ab, die bereits früh erworben wurden und mit zum Gelingen oder momentanen Scheitern eines Lebens beitragen.

Personen erzählen uns ihre Biografie in Therapiegesprächen,

- indem sie mitgeteiltem Erleben eine spezifische Bedeutung geben.
- Dieses Wie des Erzählens und die im Dialog erfahrenen Reaktionen geben ihnen ein Gefühl über sich selbst und dieses Selbstwertgefühl kann dadurch jeweils sinken oder anwachsen.
- Davon ausgehend entwerfen sie Handlungspläne und werden in irgendeiner Form aktiv.
- Als Folge der Auswirkungen dieser Handlungen innerhalb eines Lebenskontextes begreifen sie sich dann als Opfer der Umstände oder als auf Ereignisse Einfluss nehmend.

Beim Versuch, der Welt auf diese Weise einen Sinn zu geben, sind wir auf ein besonderes Werkzeug angewiesen: die Sprache. Die von uns verwendeten Worte lösen Assoziationen aus und beeinflussen unser Denken, unsere Bedeutungsgebungen und unser Fühlen. Unsere versprachlichte Erfahrung entfaltet so eine *Wirklichkeit*, die unter die Haut geht und Klienten/innen und Therapeuten/innen gleichermaßen wirkungsvoll beherrschen kann:

- Wir können uns eingeengt erleben und sehen dann kaum mehr Auswege aus dem momentan gelebten Leben,

² Moskau, G. u. Müller, G. F. (Hrsg.) (1992): Virginia Satir - Wege zum Wachstum

³ Maturana, H.R. u. Varela, F.J. (1987): Der Baum der Erkenntnis

⁴ Karl Tomm (1988): 30.-31.10.1998 Workshop beim Münchner Familienkolleg: Ko-Konstruieren von Verantwortung

⁵ Gerhard Krones unter Mitarbeit von Gaby Moskau (1999): Lösungsfokussierte Kurzzeit-Therapie: Arbeit mit „schwierigen“ Klienten und „unmöglichen“ Fällen

Siehe hierzu: www.muenchner-familien-kolleg.de/ / MFK-Info / Retrospektive

- oder wir sehen andererseits Wahlmöglichkeiten, die Hoffnung für einen guten Ausgang wachsen lassen.

Dabei ergibt sich ein Unterschied dadurch, wie wir innerhalb von Biografien Lebensproblemen Bedeutungen geben:

- Sehen wir sie als Defizite, die wegzuthrapieren sind und aus unserer Biografie am besten gestrichen werden,
- oder begreifen wir sie als Vorboten eines Wandels und als vorläufige Lösungsversuche, die wir sinnstiftend in unsere Erzählung integrieren können?

Wenn Klienten/innen sich mit mir zusammensetzen, erzählen sie mir daher *ihre* Version einer Biografie. Diesem/r so erzählenden Klienten/in begegne ich in einer inneren liebevollen Haltung, was im systemischen Sinne immer auch bedeutet, dass ich ihn/sie grundsätzlich nicht in seinen/ihren Defiziten, sondern in seinen/ihren Möglichkeiten sehe. Angesichts des Verhaltens von Menschen mit Alkoholproblemen oft eine große Herausforderung für uns als Therapeuten/innen. Aber, um es mit Martin Buber zu sagen: Wir brauchen alle das DU und Klienten benötigen diese Art der Resonanz des DU ganz besonders, um ICH werden zu können. Unabhängig von unseren Rollen sind wir zuerst als Menschen einander Aufgabe. Auf diese Art und Weise ist es möglich, dass Menschen befähigt werden, „ihre eigenen Kräfte in Besitz zu nehmen, ihren Selbstwert zu erhöhen und den direkten authentischen Ausdruck von Gedanken und Gefühlen in der systemischen Interaktion im Hier und Jetzt zu fördern.“⁶

Therapiegeschichten

„*Mein Arbeitgeber will, dass ich zu Ihnen komme.*“ kann der Einstieg des/der Klienten/in in seine/ihre Biografieerzählung sein, oder: „*Mein Hausarzt will, dass ich einen Entzug mache, aber ich denke nicht, dass ich den brauche.*“ und: „*Meine Frau will sich scheiden lassen, weil sie denkt, ich trinke zuviel, was ich wiederum nicht denke.*“

Nirgendwo im ICD-10 oder DSM-IV, den gültigen Klassifikationsschematas für seelische Störungen, finden wir diese Art von Problembenennungen aufgelistet. Für die Entwicklung der Zusammenarbeit mit Klienten/innen ist das aus meiner Sicht bedeutungslos. Ich sehe keine Notwendigkeit, dass Klienten/innen eine sog. Krankheitseinsicht zeigen müssen und formulieren: „*Ich bin Alkoholiker, helfen Sie mir bitte.*“ Vielmehr stimme ich Ben Furman⁷, einem finnischen Psychiater und systemischen Therapeuten zu, der schreibt: „Namen, Etiketten und diagnostische Begriffe sind nicht nur unschuldige Bezeichnungen, die auf bestimmte Probleme angewandt werden. Sie sind auch eine Codesprache für die zugrundeliegenden Glaubenssätze und Vermutungen über die Natur des Problems. Sie beziehen sich nicht nur auf das tatsächlich zu beobachtende Verhalten, sondern auch auf eine Unmenge von vorgefaßten Meinungen zu wichtigen Fragen in Zusammenhang mit dem Problem - Schwere, Verlauf, Ursache und therapeutisches Vorgehen.“

Die Feststellung eines/r Therapeuten/in: „Alkoholiker lügen.“ stellt daher für mich weniger einer wahre Aussage über eine/n Klienten/in, dessen/deren Biografie und sein/ihr Trinkverhalten, sondern mehr eine Information über die Person des/der Therapeuten/in und dessen/deren Beitrag zur Beziehungsgestaltung und Biografiekonstruktion des/der Klienten/in dar.

Was aber ist nun vorab bei jemandem geschehen, wenn ein/e Klient/in mit der Metapher für seine/ihre Identität zu uns kommt, die lautet: „*Ich bin Alkoholiker/in.*“ Hier hat innerhalb von familiären oder sonstigen Beziehungen ein Umdeutungsprozeß von Problemen in einem Kontext stattgefunden, der rekonstruiert werden kann:

- Zunächst gibt es eine Lebenskrise, die andauert, weil die gezeigten Bewältigungsversuche nicht weiterhelfen. Es folgen dann sich über Jahre immer wieder verändernde Deutungsmuster für diese Krise und die dazugehörigen Lösungsbemühungen. So kann zunächst bei jemand, der viel trinkt, ein organisches Deutungsmuster vorherrschen, wenn er formuliert: „*Es ist eine Magenschleimhautentzündung.*“
- Dem kann sich anschließen, daß Eltern anfangen, plötzlich schulische Leistungen eines Kindes verstärkt unter dem Aspekt *Lernstörung* zu sehen und sollte auch dies nicht weiterführend sein, kann das eine Ehefrau veranlassen, über evtl. *Eheprobleme* nachzudenken und dass eine mögliche Lösung für das Trinken des Mannes noch mehr Fürsorge ihrerseits ihm gegenüber sein könnte.

⁶ Moskau, G. u. Müller, G.F. (Hrsg.) (1992): Virginia Satir - Wege zum Wachstum

⁷ Furman, B. u. Aholi, T. (1995): Die Zukunft ist das Land das niemandem gehört...Probleme lösen im Gespräch

- Wenn auch dies nicht weiterhilft, bleibt als Möglichkeit die Idee einer Krankheit für die Art des Mannes, Alkohol zu trinken, einzuführen: *Alkoholismus* - und dies evtl. noch absichern zu lassen durch eine Expertendiagnose.

Die Art und Weise, wie ab diesem Zeitpunkt die beteiligten Personen über das Problem im Gespräch sind, unterscheidet sich nun grundlegend von den Dialogen vorher. Es wird nun vorwiegend über eine internalisierte Krankheit gesprochen.

Ein erster bedeutsamer Schritt im Rahmen einer systemisch-lösungsorientierten Therapie ist daher, unabhängig von möglichen professionellen Erklärungen, das Problem wieder in seinen Beziehungs- und Lebenskontext zu stellen und Klienten/innen von der Einengung auf Krankheit hin zu einem öffnenden, sinnstiftenden Suchprozess zu führen. Hierbei helfen Fragen, wie:

„Was veranlasst Ihren Arzt und Ihre Frau zu der Annahme, Sie seien Alkoholiker?“

„Was denken Sie, was Ihr Arzt denkt, was anders würde, wenn Sie seiner Empfehlung folgen würden?“

„Was ist aus Ihrer Sicht das Problem und was müsste sich ändern, dass Sie zufrieden wären?“

„Wer denkt da in Ihrer Umgebung eher wie Sie? Und wer denkt eher wie Ihre Frau und Ihr Arzt, und wie kommt das zu Stande?“

„Wie erklären Sie sich Ihre momentanen Probleme?“

„Wie erklären Sie sich, dass Ihre Frau und Ihr Arzt zu ganz anderen Erklärungen kommen, Ihr Problem Alkoholismus und nicht schwierige Ehebeziehung oder Arbeitslosigkeit nennen?“

Auf diese Weise

- nähern wir uns zusammen mit dem Klienten einem komplexen Beziehungs- und Bedeutungsgebungsgeschehen durch Fragen aus verschiedenen Blickwinkeln an,
- regen so Denk- und Suchprozesse an,
- und beginnen Standpunkte bei allen Beteiligten zu verstoren.
- Dabei interessiert mehr die Gegenwart und die Zukunft dieser Geschichten als ihre Vergangenheit.

Gleichzeitig fokussieren wir weniger auf sogenannte Defizite, sondern eher auf künftige Möglichkeiten:

„Angenommen, Sie hätten 3 Wünsche frei, die, wenn sie erfüllt würden, all Ihre Probleme lösen würden, welche wären das?“

„Angenommen, Sie könnten einen Schalter umstellen und damit wären Ihre Probleme gelöst, was wäre anders in Ihrem Leben?“

„Angenommen, über Nacht würde ein Wunder geschehen, was bedeuten würde, Ihre Probleme, die Sie hierher führten, wären gelöst. Woran genau würden Sie schon beim Aufwachen am nächsten Morgen erkennen, dass dieses Wunder geschehen ist?“

„Woran könnten Menschen in Ihrer Umgebung erkennen, dass dieses Wunder geschehen ist?“

„Wie würden Sie sich da ganz konkret anders verhalten?“

Wenn ich auf diese Weise weiter im Dialog bin, dann verändert sich der Gesichtsausdruck bei den Klienten/innen, ein Lächeln zeigt sich, die Körperhaltung wird aufrechter und gleichzeitig entspannter. Sie wechseln von einem leidvollen, sie niederdrückenden Problemzustand in einen erzählten Lösungszustand. Ganz offensichtlich wird dabei für die Klienten/innen denkbar, dass etwas im Bereich des Möglichen liegt und Hoffnung entsteht. Gerade Hoffnung ist ein bedeutsamer, ein signifikanter Faktor für Veränderung in der Psychotherapie.

So schreibt de Shazer⁸: „Die Erwartung, dass sich etwas verbessern kann, ist in der Tat die zentrale Voraussetzung jeder Therapie.“ und „Der Weg, möglichst bald in die Zukunft zu blicken, hat sich für uns als höchst effiziente Methode erwiesen, um Klienten bei der Definition ihrer Ziele zu helfen und sie damit in die Lage zu versetzen zu beschreiben, wie sie wissen, wann ein Problem gelöst ist.“

Die Zuversicht einerseits und die Beeinflussbarkeit der Beschwerden, d.h. dass Änderung also möglich und gestaltbar ist, scheint sehr stark mit einem Therapieerfolg in Zusammenhang zu stehen, wie eine quasiexperimentelle Studie von Stiehl-Werschak und Pfundt⁹ zu belegen scheint.

„Es scheint“, so formuliere ich dann evtl. weiter, „dass Sie auf Ihrem Weg zu diesem gewünschten Zustand auf eine bestimmte Art und Weise feststecken. Immer wieder kommt Ihnen störend der Alkohol dazwischen und das schon über lange Jahre.“ oder: „Dieser Herr Alkohol ist offensichtlich schon ein langjähriger Begleiter für Sie. Zu jemanden, der einen so lange begleitet, entwickelt man in

⁸ De Shazer, S. (1988): Der Dreh: Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurztherapie

⁹ Stiehl-Werschak, J.P. u. Pfundt, Ch. (1991): Was wirkt in der Therapie. In: System Familie (1991) 4: 211-222

der Regel ein besonderes Verhältnis. Das ist fast so, wie wenn man über Jahre einen guten Freund hat und gute Freunde bringt man nicht so schnell los, denn die denken: Ich werde hier gebraucht, hier muß ich helfen.“

Indem ich den Alkohol in dieser Art förmlich personifiziere und externalisiere, wie der australische Therapeut Michael White¹⁰ dies nennt, wird das Problem sprachlich von der Person getrennt und es entwickelt sich ein Beziehungsgeschehen an dem zwei und mehr Parteien beteiligt sind. Wenn Klienten/innen mit dieser Idee mitgehen können, dann läßt sich die hilfreiche Rolle des Symptoms, der Suchimpuls im Symptom entdecken:

„Was lässt Sie dieser Freund tun, was Sie sonst nie im Leben tun würden? Wozu hilft er Ihnen konkret? Wie verhalten Sie sich mit Unterstützung dieses Begleiters anders?“

„ Wohin geht dann gerade in diesem Moment Ihre Sehnsucht, was wünschen Sie sich gerade in diesem Moment am meisten?“

In Kontakt zu kommen mit den existentiell bedeutsamen Sehnsüchten der Klienten/innen eröffnet bei diesen am ehesten die Bereitschaft, sich verstören, anregen zu lassen und neue Ideen über das Leben und seine Gestaltung in das bisherige eher einengende Weltbild zu integrieren, weil sie sich *wirksam* in Bezug auf ihre ursprünglichen Absichten und Motive und damit *wirklich* verstanden fühlen. Therapeuten/innen haben nicht selten viel zu viele Ideen über ihre Klienten/innen im Kopf, statt diese nach ihren Sehnsüchten zu befragen. Diese in ihren Sehnsüchten und ihren potentiellen Möglichkeiten anzuerkennen, setzt eine Wertschätzungsspirale in Gang, die dann auf andere Beziehungen als bedeutsame Ressource übergreifen kann. Ein wesentlicher Unterschied zu den im traditionellen suchtttherapeutischen Vorgehen verwendeten Konfrontationstechniken, die eher eine Scham- und Schuld- und eine dazugehörige Verleugnungsspirale nach sich ziehen, mit all ihren negativen beziehungsgestaltenden Auswirkungen!

Es gibt aber auch Klienten/innen, die mit dieser Vorstellung, das Symptom spiele eine hilfreiche Rolle in ihrem Leben und gerade deshalb könne es sich so lange in ihrem Leben halten, anfangs noch wenig anfangen können, insbesondere dann, wenn sie stark von der Idee beeinflusst sind, im Besitz einer Alkoholkrankheit zu sein, also sagen: *„ Ich habe eine Alkoholkrankheit. “*, oder wenn sie extrem unter der momentanen Situation leiden. Wenn in diesem Zusammenhang die Idee vorherrschend ist, das Trinken überkomme sie irgendwie, ohne Chance sich wehren zu können, dann frage ich eher:

„Wie genau tritt dieses Sie derart quälende Alkoholmonster in Ihr Leben? Wie genau verschafft es sich Zutritt? Fällt er Sie völlig überraschend von hinten an? Schleicht es sich eher ganz leise an? Oder ist der Alkohol ein heimtückischer Verführer, der sich mit sanfter Stimme in Ihrem Gehirn festsetzt, wenn er Ihnen verspricht: Komm schon, ich mach es Dir leichter! Oder: So, genau so, kannst Du es Deiner Frau heimzahlen! Oder: Komm schon, trink mich, ich schenke Dir Wärme und Vergessen!“

Auf diese Art und Weise entwickelt sich dann langsam Ärger, manchmal sogar Wut darüber, was man mit sich geschehen läßt, und im folgenden die Vorstellung der Möglichkeit von Einflußnahme auf ein zunächst scheinbar rein automatisch ablaufendes Geschehen. Vorsichtig frage ich dann weiter, um die eigenen aktiven und somit von Klienten/innen beeinflussbaren Anteile an der Beziehungsgestaltung im Verhältnis zum Symptom zu klären:

„Gibt es Momente, wo Sie vielleicht dieses Monster selbst anlocken oder sie Mister Alki sogar selbst einladen oder wo sie nach diesem Freund schauen und denken: Ach wäre er doch hier?“ Und so füge ich hinzu: *„Dieses Wesen scheint Gedanken lesen zu können, selbst aus der Entfernung, und schon ist es dann zur Stelle und scheint sich bei Ihnen im Kopf einzunisten.“*

Ich leite dann über zur Frage des Preises, den diese Freundschaft hat:

„ Trotz all dieser Hilfestellungen, das Ganze scheint einen Preis zu haben, wie alles im Leben. Was ist aus Ihrer Sicht in Ihrem Fall der Preis, den Sie innerhalb Ihrer Familie, an Ihrem Arbeitsplatz zahlen? Und wollen Sie den weiterzahlen?“

Dann aber gehe ich zusammen mit dem/der Klienten/in wieder auf den Lösungsweg:

„ Was müsste geschehen, dass Ihr Freund, der Alkohol, oder dieses Monster zunächst für die nächsten Tage vor der Tür bleibt?“

„ Was müsste geschehen, dass er mal für ein paar Wochen in Urlaub geht und bei jemand anders vorbeischaut und das Gefühl bekommt: Dort werde ich nötiger gebraucht?“

„Was müsste geschehen, dass er sogar auswandert oder in die Wüste geht und dort verdunstet?“

Manchmal können Klienten zwar mit der Idee des guten Freundes mitgehen, wollen diesen guten Freund aber sofort loshaben, weil der Preis, den sie zahlen, wirklich sehr hoch ist. Dann frage ich:

„Was müssten Sie tun, dass dieser gute Freund überzeugt ist: Ich kann mich hier beruhigt zurückziehen. Hier kann ich nichts mehr tun. Da wird es langsam langweilig für mich.“

¹⁰ White, M. (1990): Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken

„Wenn Sie damit morgen anfangen würden, was wäre der erste Schritt, wo er denken müßte: Hoppla, was ist jetzt los?“

Ich könnte aber auch an vorhandene Ressourcen anknüpfen, indem wir gemeinsam über die Frage nachdenken:

„Gab es in Ihrem Leben Zeiten, wo Sie es geschafft haben, ganz ohne Alkohol zu sein? Wie haben Sie da konkret anders gelebt?“

Mehr von dem zu tun, was funktionierte, ist dann ein wichtiger Auftrag an die Klienten für die Zeit zwischen den einzelnen Sitzungen.

Veränderungen ereignen sich im Rahmen der lösungsorientierten Therapie in den Zeiten zwischen den Sitzungen. Deshalb sind die Abstände dazwischen auch länger als traditionell. In der Folgesitzung können wir dann jeweils ausführlich über Unterschiede reden:

„Wenn wir auf einer Skala von 0 bis 10, die Null als den Punkt auf einer Wegstrecke nehmen, bevor sie hierher gekommen sind, mit all den damaligen Problemen, und die Zehn wäre der Punkt, wo all diese Probleme gelöst sind, wo stehen Sie jetzt im Moment?“

„Was genau ist der Unterschied zwischen 0 und z.B. 4, wie leben Sie jetzt konkret anders und wie haben Sie das geschafft?“

De Shazer und seine Frau Insoo Kim Berg¹¹ haben diese sogenannten Skalierungsfragen entwickelt. Sie helfen Klienten/innen auf ihre Ressourcen zu fokussieren und ihre Fortschritte und Erfolge selbst zu evaluieren.

Die Art und Weise der Zusammenarbeit zwischen mir und den Klienten/innen ist dabei nicht durch dogmatische Vorgaben, sondern permanent durch die Anregung weiterer Suchbewegungen durch sogenannte zirkuläre und vor allem reflexive Fragen, womit sich der kanadische systemische Therapeut Karl Tomm¹² kreativ auseinandersetzt, ferner durch Wahlmöglichkeiten bestimmt. Diese Wahlmöglichkeiten halte ich offen bis hin zur Frage:

„Wenn Sie Ihr Trinkverhalten als Problem benennen, was ist dann Ihr Ziel: völlige Abstinenz oder wollen Sie Ihr Trinken verändern?“

„Wenn Ihre Idee ist, dass Sie Ihr Trinken auf 2 Bier täglich reduzieren oder dass Sie nicht mehr in der Kneipe, sondern nur Zuhause trinken oder dass Sie nur mehr abends trinken, was gibt Ihnen die Sicherheit, dass das funktionieren könnte?“

„Angenommen, in dem von Ihnen selbst gesetzten Zeitraum von 2 Monaten gelingt Ihnen das nicht, werden Sie dieses Ziel beibehalten oder dann über Abstinenz als Möglichkeit nachdenken?“

Ben Furman¹³ kommt da meinen Vorstellungen sehr nahe, wenn er schreibt: „Ein Mensch, der exzessiv trinkt, muß deshalb nicht gleich als Alkoholiker bezeichnet werden. Wenn man ein kooperatives Verhältnis (Anm. d. V.: Das ist das erste Ziel in der Zusammenarbeit!) zu einer solchen Person aufbauen will, dürfte es wesentlich hilfreicher sein, wohlwollende Bezeichnungen zu gebrauchen, etwa von `übermäßigem Trinken` zu sprechen oder davon, `den Alkoholkonsum einschränken` zu müssen. Manchmal können auch humorvolle Alternativen angebracht sei: So könnte man sagen, dem Trinker sitze `der Saufwurm im Nacken`.“

Wenn schließlich Abstinenz das Ziel wird, dann kommentiere ich dies wie folgt:

„Nach all dem, was Sie bisher über Ihre Erfahrungen mit Alkohol und die Wirkung des Alkohols bei Ihnen berichtet haben, scheint Abstinenz für den Moment tatsächlich das einzig Sinnvolle zu sein. Vielleicht wissen wir in 10 Jahren mehr über die Wirkung des Alkohols auf uns Menschen und auch anderes, was es dann vielleicht möglich macht, Ihre jetzige Entscheidung zu überdenken. Aber für den Moment, scheint es tatsächlich der einzig sinnvolle Weg für Sie zu sein.“

Der Gedanke der Wahlfreiheit ermöglicht den Prozeß eigenverantworteter Entscheidungen: „Ich will anders trinken.“ oder: „Ich will nicht mehr trinken.“ tritt an die Stelle von: „Du sollst, darfst nie mehr trinken.“ Diese Sichtweise macht gleichzeitig eine die Lebensqualität erheblich einschränkende Annahme einer chronisch verlaufenden Alkoholkrankheit mit der Implikation „Einmal krank immer krank“ - unabhängig davon, ob eine derartige Krankheit nun existiert oder nicht - überflüssig.

Die Bedeutung der Vergangenheit

¹¹ Kim Berg, I. u. Miller, S.D. (1993): Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen

¹² Tomm, K. (1994): Die Fragen des Beobachters

¹³ Furman, B. u. Ahola, T. (1995): Die Zukunft ist das Land, das niemandem gehört...Probleme lösen im Gespräch

Symptomatisches Verhalten zum Stillstand zu bringen und Leiden so schnell wie möglich zu beenden, bestimmt die Anfangsphase der Zusammenarbeit mit Klienten/innen und kann ein für eine bestimmte Lebensphase abgeschlossener Therapieabschnitt sein. Deshalb habe ich mich in der Erzählung über meine Art, Therapie zu gestalten, bisher mehr auf Dialoge zur Gegenwart und Zukunft konzentriert und dabei möglicherweise den Eindruck erweckt, die Vergangenheit komme in Therapiegeschichten nicht vor. Für einen Teil der Klienten/innen ist es aber so, dass sie ihre aktuellen Probleme in einem direkten Verursachungszusammenhang mit ihrer Vergangenheit, z.B. der Beziehung zu einem Elternteil, ihrer unglücklichen Kindheit oder bestimmten Schicksalsschlägen stellen. Ihre Sichtweise wird auch hier durch existierende professionelle Deutungsrahmen für Ursachen menschlicher Probleme unterstützt. Angesichts dieser subjektiv oft sehr stark gefühlten Verletzungen ausschließlich lösungsfokussiert vorzugehen und diesem Schmerz keinen Raum zu geben, hielte ich für mehr als zynisch. Ich nehme zur Rolle der Vergangenheit in Biografien daher ähnlich wie Ben Furman¹⁴ folgenden Standpunkt ein: „Die Überzeugung, dass Tragödien der Vergangenheit im späteren Leben Probleme verursachen und den Menschen gegen zukünftige Schicksalsschläge verwundbarer machen, kann auch zu einer sich selbst erfüllenden Vorhersage werden.“ Aber, so fügt Ben Furman hinzu: „Umgekehrt kann es einem Menschen tatsächlich helfen, seine Ziele zu erreichen, wenn er seine Vergangenheit als wertvolles Potential zu sehen vermag.“ Daher lade ich Klienten/innen ein, zu Romanautoren/innen oder Filmregisseuren/innen zu werden, wenn ich sie bitte, sich für die Phase ihrer Kindheit einen entsprechenden Buch- oder Filmtitel auszudenken und dies ebenso für ihr derzeitiges Leben zu tun und sich darüber hinaus die Überschrift des Fortsetzungsteils ihrer Biografie auszudenken:

„Was wäre ein Filmtitel für Ihr weiteres Leben, in dem Sie gerne der Hauptdarsteller wären?“ oder: „Wenn Sie Ihr Leben vom Ende her betrachten, wie möchten Sie, dass man einmal über Ihr Leben erzählt?“ und: „Wenn Sie jetzt damit anfangen würden, sich zu erlauben, Ihr Leben nach diesem neuen Drehbuch zu gestalten, was wäre in den nächsten Tagen der erste kleine Schritt, der Ihnen das Gefühl gäbe, auf dem Weg dahin zu sein?“

„Wenn Sie zurückblicken in Ihr früheres Leben, was fallen Ihnen für Menschen ein, die damals schon überzeugt waren, dass Sie einmal diesen Weg gehen werden können?“ und: „Was glauben Sie, was diese Menschen damals schon bei Ihnen an Fähigkeiten sahen, die Ihnen heute helfen könnten, diesen anderen Weg zu gehen?“

Eine besondere Tragödie stellt es dar, wenn sich Klienten/innen ihrer Wurzeln, d.h. ihrer Herkunftsfamilie schämen, im unversöhnlichen Streit liegen oder sogar mit ihr gebrochen haben. Unsere Eltern sind die einzigen, die uns zur Verfügung stehen und egal wie die aktuelle Beziehungen zu ihnen sind, ist es von großer Bedeutung, dass man sich von den Eltern angenommen und anerkannt fühlt und dass Eltern ähnlich das Gefühl haben können, dass sie von ihren Kindern als Eltern angenommen und wertgeschätzt werden. Bei Klienten/innen erlebe ich nicht selten wirkliche Brüche, wenn z.B. ein erwachsener alkoholabhängiger Sohn bei seiner Mutter lebt und keinen Kontakt zum Vater haben durfte, weil der selbst Alkoholiker ist, von der Ehefrau getrennt lebt und den Kindern als die Ursache aller familiären Probleme dargestellt wird. Diese Brüche werden teilweise professionell verordnet, wenn z.B. die Empfehlung ausgesprochen wird: „Gehen Sie weit, weit weg von diesen Eltern.“ Wir können aber noch so sehr auf Distanz gehen, die verinnerlichten Bilder über unsere Eltern werden uns begleiten und wirken.

Was bedeutet das nun für jemand, der zu Mutter wie zu Vater Kontakt haben möchte? Was bedeutet es für einen jungen Mann auf seinem Weg zum Mannwerden, wenn ein wichtiger Mann in seinem Leben derart ausgegrenzt ist? Ist dann nicht gerade der eigene Alkoholismus die Möglichkeit sich loyal dem Vater gegenüber zu zeigen, ihm so nahe sein zu können? Was kann daher ein möglicher Ausweg sein? Mir scheint

- die Entwicklung eines wertschätzenden Verstehens der Situation der Eltern
- und was deren Lösungsversuche in guter Absicht waren, aber mit dem damit verbundenen Preis, den sie für das Ergebnis zahlen mußten,
- sowie die Anerkennung dieser Lebensleistung,

ist eine Möglichkeit, Biografie in ein neues Licht zu stellen und einen gegenseitigen Abwertungsprozeß zu stoppen. Die Versuche der Eltern, ihr Leben so und nicht anders zu gestalten, als sinnvoll im Kontext der damaligen Zeit positiv zu konnotieren und als naheliegenden Versuch zu deuten, mit den damals schwierigen Lebensbedingungen zurecht zu kommen, kann der Neubeginn für den eigenen hilfreicher Biografieentwurf sein. Wenn Klienten/innen anfangen, ihre Eltern in deren Sosein zu tolerieren, dann gelingt es ihnen im selben Maße immer besser, sich selbst zu akzeptieren und versöhnlicher mit sich umzugehen. So frage ich daher weiter:

¹⁴ Furman, B. u. Ahola, T. (1995): Die Zukunft ist ein Land, das niemandem gehört...Probleme lösen im Gespräch

„Angenommen, Sie könnten anfangen, das Verhalten Ihrer Mutter und Ihres Vaters weniger als ständige Bevormundung, sondern als Sorge und als Versuch sehen, Ihnen als Sohn das Beste mit auf den Lebensweg zu geben und Sie würden morgen mit dieser inneren Einstellung Ihren Eltern gegenüberstehen, was wäre dann anders in Ihrem und in deren Verhalten?“

„Woran könnten Sie bei sich feststellen, daß Sie dabei sind, sich diese andere innere Einstellung mehr und mehr zu erlauben?“

„Wenn Sie sich dies Schritt für Schritt zugestehen könnten, was hätte dies für Auswirkungen auf Ihr Denken und Fühlen über Sie selbst, auf Ihren Selbstwert?“

Die Klienten/innen anzuregen „in Ko-Kreation eine Skulptur bzgl. eines bestimmten Aspekts der Erzählung zu gestalten und diese Skulptur zu verändern ... die bisherige Wirklichkeitskonstruktion umzugestalten und die Erzählung mit Hilfe einer Skulptur umzuschreiben / zu ergänzen“¹⁵ stellt eine weitere effektive Suchanregung dar. Müller und Müller-Moskau beschreiben sehr anschaulich wie „lösungsorientierte Skulpturarbeit“ in Verbindung mit Externalisieren (White) und der Wunderfrage (Kim Berg, de Shazer) ein wichtiger Teil in der Zusammenarbeit sein kann und dies gerade auch bei Problemen im Umgang mit Alkohol.

Geschichten sind Ressourcen

So können wir im Erzählen und in der gelebten Geschichte immer wieder neue Kapitel zu unserem bisherigen Leben dazu entwerfen und bereits erzählte Kapitel unserer Biografie umschreiben. „Unsere persönliche Geschichte ist ein wesentlicher Teil von uns. Solange wir die Vergangenheit als Quelle unserer Probleme betrachten, schaffen wir in gewisser Weise ein gegnerisches Verhältnis zu uns selbst. Die Vergangenheit reagiert genau wie ein lebendes Wesen - unwillig auf Kritik und Schuldzuweisungen, freundlich und schnurrend auf Respekt und Streicheleinheiten. Sie zieht es vor, als Kraftpotential betrachtet zu werden, als ein Vorrat an guten und bösen Erinnerungen und eine Quelle der Weisheit, die sich aus der Lebenserfahrung speist.“¹⁶

Das macht Hoffnung, weil das letzte Wort nie gesprochen sein muß und weil wir dabei immer wieder erfahren, „dass Geschichtenerzählen tröstet, dass aus Geschichten Möglichkeiten sprießen und dass Geschichten den Menschen das Gefühl von Zugehörigkeit vermitteln.“¹⁷

Neu geboren zu werden, bereit zu sein,
sich in einer anderen Ordnung neu zu orientieren,
bedeutet, der Hoffnung Zeit und Raum zu geben.

Susanna Tamaro

☑MFK-Info

Anschrift des Verfassers:
Gerhard Krones, Dipl.-Soz.-päd.
Mühlbergstr. 7
D-92271 Freihung
GKrones@aol.com

Münchner FamilienKolleg
Geschäftsstelle Egenburg
Mühlstraße 6

D-85235 Pfaffenhofen/Glonn

Fon: 08134 / 92 363
Fax: 08134 / 92 365
E-mail: MFK.FamilienKolleg@t-online.de
Internet: <http://www.muenchner-familien-kolleg.de>

¹⁵ Müller, G.F. u. Moskau, G. (1998): Systemisch-lösungsorientiertes Arbeiten mit Skulpturen. MFK-Info

¹⁶ Furman, B. u. Ahola, T. (1995): Die Zukunft ist ein Land, das niemandem gehört...Probleme lösen im Gespräch

¹⁷ Welter-Enderlin, R. (1995): Paare - Leidenschaft und lange Weile