

für die Arbeitsgruppe **GOG**: (Stand 01.04.2007), s. www.gog-institut.eu

Prof. Dr. med. Ulrich **Schwantes**, Allgemeinarzt, Psychotherapie, Universitätsklinikum Charité, Campus Mitte, Abt. für Allgemeinmedizin, Schumannstr. 20/21, 10117 Berlin, Tel. 030-450-514-092, Fax – 932; Sekretariat –114, e-mail: ulrich.schwantes@charite.de

Dr. med. Hans-Christoph **Schimansky**, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Post nur an Postfach 5144, 58226 Schwerte, Anschrift der Schulungsräume unter Kontakt/Institute „Anfahrt“ Schwerte auf www.gog-institut.eu oder www.schimansky-netz.eu, Tel. 02304-973377, Fax 02304-973379, E-Mail: hanschristoph.schimansky@googlemail.com

Weitere Mitglieder der AG GOG: Dr. med. Hermann Gocht, Allgemeinarzt, Psychotherapeut; Prof. Dr. phil. Karin Kersting, Krankenschwester, Pädagogin (Forschung); Heidemarie Kramer, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, EMDR-Therapeutin; Dr. med. Ruth Püttmann, ärztliche Psychotherapeutin; Gerda M. Schwantes, Allgemeinärztin (Die maskuline Tönung unserer Muttersprache bitten wir zu akzeptieren.)

Gesundheitsorientierte Gesprächsführung (GOG), Leitfaden, gestützt auf das Brügger Modell (Dr. Luc Isebaert)

Literatur der lösungsorientierten Therapie:

Als erstes allg. Lehrbuch: **Insoo Kim Berg/Scott Miller**: Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen; **Begründer der lösungsorientierten Kurzzeittherapie ist Steve de Shazer**: „...**Worte waren ursprünglich Zauber**“, „**Der Dreh**“ u.a. - Guter Überblick über Stand und Entwicklung: **Schlippe, A. von, J. Schweitzer**: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Mit Dr. Luc Isebaert, Psychiatrische Klinik Brügge, ist eine 3-jährige GOG-Ausbildung nach dem Brügger Modell entwickelt worden, die mit Dr. Isebaert seit 2001 in Schwerte läuft. Jeweils Januar beginnt ein neuer 3-Jahres-Kurs. Bei Interesse Fax/mail an Schimansky. **Lehrbuch von Luc Isebaert „Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch“ ist 04/05 im Thieme-Verlag erschienen, 29,95 EUR.**

Da in der BRD unter „lösungsorientiert“ sprachlich meist die Lösung von Problemen verstanden wird, hat unsere Arbeitsgruppe diesen Begriff 1996 umgetauft in „gesundheits-orientiert“: es geht nämlich um die Distanzierung vom Problem, nicht um die Lösung!

Die **GOG** ist eine Methode, die

1. die rasche Handhabung der ärztlichen **Gegenübertragungen** als Antwort auf das Innere der Patienten durch spezifische **Komplimente** ermöglicht, die das jeweilige **Beziehungsmuster** der Patienten einbeziehen, deren **Stolz** und **Lebensphilosophie** bestätigen und die **Arbeitsbeziehung** verbessern;
2. die Wahrnehmung der Patienten suggestiv auf die **Ausnahmen vom Symptom/Problem**, also auf das **Gesündere** hinlenkt (wann war es besser/anders?), dieses im Detail beschreibbar macht (was war anders, was machten Sie da anders? Was dachten und fühlten Sie dabei? Wie gingen Sie mit anderen anders um?) einschließlich der **Kompetenz der Patienten** zur Herstellung der Besserung (Wie haben Sie das geschafft? Was hat Ihnen dabei geholfen? - Was könnte Ihnen nun wieder helfen?).
Schwierigkeiten ohne Ausnahmen sind definiert als „Einschränkungen“ (Verlust des Beines, des Partners, diabet. Erblindung usw.), deren Akzeptanz (als Denkmöglichkeit) erarbeitet wird, um innerlich frei zu werden für neue Kompetenzen und den Umgang mit der Einschränkung.
3. **Ziele** (genauer: **das Ergebnis nach Erreichen der Ziele**, also den Erfolg) erarbeitet, die aus der **Vorstellung der Patienten von anderen, gesünderen „Gewohnheiten“** entstehen und mit dem **ersten Schritt** in Richtung Gesundheit angesteuert werden können; dies ist eine Abkehr von krankheits- und symptombezogenen „Nicht“-Zielen (Symptom soll aufhören) hin zu einer Orientierung an der Vorstellung, wie das gesündere Ergebnis sich zeigen würde im Denken, Befinden, Verhalten und in den Beziehungen - und wie die Patienten schrittweise dorthin kommen können. Hierbei ist das Konzept der „**Anatomie**“ der **Gewohnheiten** eine wichtige Basis, s. o.g. Buch von Luc Isebaert.

Die **GOG** sehen wir als eine gute Möglichkeit an, die **verbale Intervention** in der **Psychosomatischen Grundversorgung** für Hausärzte und andere Fachärzte zu einem Handwerkszeug im Sinne des „**Projekts Gesundheit**“ (Peter Fürstenau) zu entwickeln, das **weg von der Konfliktorientierung** („Mini-Psychotherapie“) auch über Jahrzehnte hin eine ärztliche Begleitung der Patienten ermöglicht: in der Arzt-Patient-Beziehung wird ständig gemeinsam **die schon vorhandene Gesundheits-Kompetenz der Patienten erkundet und nutzbar gemacht**: wie sie immer wieder aus Schwierigkeiten herauskamen, dies jetzt wieder wählen könnten - und welchen guten Sinn Beschwerden hatten/haben.

Die **pädagogische Begleitforschung (Karin Kersting)** soll den Transfer der GOG in das praktische Handeln der ÄrztInnen und den Nutzen für die PatientInnen klären und verbessern.

Schritte der GOG (Gesundheits-Orientierte Gesprächsführung) als Übersicht

- **Beschwerden schildern lassen**; Besprechen der Schwierigkeiten, Beschwerden, dabei besonders auf Verlauf und Kontext der Beschwerden achten. Was ist sonst noch zu untersuchen? **Dabei sortieren:**
 1. **Einschränkung = keine Lösung aus Sicht des Therapeuten denkbar, Ziel: Akzeptanz der Realität erarbeiten und kompetenten Umgang mit der Einschränkung**
 2. **Problem = Lösung denkbar, Ausnahmen vom Problem vorhanden, Wahlfreiheit zwischen Problem und Lösung denkbar. Ziel: Wahlfreiheit zwischen Gewohnheiten ermöglichen**
- **Gegenübertragung ausdrücken** – oder bei guter GOG-Kenntnis:
- **Komplimente machen je nach Beziehungsmuster**: alle verbessern die therapeutische Beziehung, das Selbstwertgefühl der Patienten **und** der Therapeuten! S. auch Pfeilbild!
 1. **Unverbindliche Beziehung (=keine Nachfrage nach Hilfe)**: Pat. sieht keine Schwierigkeiten, will deshalb nichts tun oder kann sich Hilfe nicht/nicht mehr vorstellen (bes. bei chronisch Kranken).

Kompliment: den Alltag wertschätzen (Beruf, Kinder..)

Ziel: Erneute Kontakte der Patienten durch höfliche Beziehung erleichtern, falls Hilfebedarf entsteht.

2. **Suchende Beziehung (=Nachfrage nach Hilfe, aber keine Bereitschaft zur Mitarbeit),**
- 3 **Untertypen**: 1. Typ: kann selbst nichts machen; 2. Typ: kann selbst nichts machen, ein anderer soll helfen; 3. Typ: kann selbst nichts machen, erst muss ein anderer sich ändern.

Kompliment: das Leiden würdigen („Wie halten Sie das nur aus, was hilft Ihnen dabei?)

Ziel: die hohe Kompetenz und Leistung sichtbar zu machen, trotz der Beschwerden noch etwas zu tun, aufzustehen und herzukommen. Bereit machen für Zukunftsprojektionen, Beobachtungsaufgaben.

3. **Consulting-Beziehung (=sucht Hilfe, kann aber eigene Ressourcen nicht nutzen)**: will nur Fachberatung mit Tipps. „Sagen Sie mir, was ich tun soll.“

Kompliment: dass es gut ist, dass Pat. hergekommen ist und dass es eine gute Eigenschaft ist, sich zu informieren (wer nicht fragt, bleibt dumm!)

Ziel: Infos geben und sehen, was Pat. damit macht. Hierzu gehören alle Distanzierungstechniken!

4. **Experten-Beziehung (=sucht Hilfe und kann Ressourcen nutzen; Therapeut erfragt die Ressourcen im Detail!)**: hat Schwierigkeiten und will selbst etwas daran tun.

Kompliment: die Kompetenz würdigen, immer wieder Ressourcen anzuwenden („Wie schaffen Sie das, immer wieder zu versuchen, eine gute Mutter zu sein trotz aller Schwierigkeiten?“)

Ziel: das Interesse an der detaillierten Erkundung der Ausnahmen verstärken, Distanzierung vom **Problem** einleiten. Wahlfreiheit herstellen zwischen Gewohnheiten.

- Bei **Einschränkungen**: Akzeptanz + Kompetenz im Umgang mit der Einschränkung ermöglichen.
- Bei **Problemen, nicht bei Einschränkungen**: **Fragen nach den Ausnahmen** (wann war es anders, besser? Was haben Sie da getan, anders gedacht, gefühlt? Wie gingen Sie mit der Umgebung anders um? Was hat Ihnen geholfen, das zu tun?)
 1. In dem Kontext, wo die Beschwerden meist auftreten
 2. In anderen Kontexten, wo sie kaum oder nicht auftreten

Zukunftsprojektion ermöglichen, also Ziele als Ergebnisse beschreiben: Experten/suchende Beziehung

1. **Allgemein**: „Woran würden Sie in 1 Woche, in 3 Monaten, in 1 Jahr merken, dass die Therapie sich gelohnt hat? Was wäre dann anders? Was würden Sie anderes tun, als Sie jetzt tun? (immer auch: anders denken, fühlen und mit der Umgebung anders umgehen)“
2. **Wunderfrage**, stellt auf die Zukunft ein (Wenn das Wunder geschehen wäre, was wäre dann anders, was würden Sie dann anderes tun, denken, fühlen, woran würde die Umgebung die Änderung bei Ihnen sehen? - Was machen Sie sogar jetzt schon davon?)

Hausaufgabe: Skalenfrage 0-10, stellt auf die Gegenwart ein (bei 4 z.B.: was hat sich schon angesammelt an Besserung, an Zuversicht ... von 0 bis 4?)

Bei chronisch Kranken nur Sicherung des Erreichten anstreben: z.B. „Was könnte Ihnen bei 4 auf der Skala helfen, immer wieder nach 4 zu kommen?“

Falls Patient keine Zukunftsprojektion beschreiben kann, nur Gesundheitstagebuch schreiben lassen mit den „3 Fragen zum glücklichen Leben“. Dann kann der Pat. aus der schon gelingenden Gegenwart – im Tagebuch dokumentiert – realistische Zukunftsvorstellungen ableiten.

Eventuell **Rückfallvorhersage** (es wird natürlich Rückfälle geben) und „**Der erste Schritt ist natürlich schwer**“ zur Sicherung des Konzepts. **Beim nächsten Termin (vom Pat. bestimmen lassen)**: Was war schon etwas besser, wie klappte die Hausaufgabe, was haben Sie seit dem letzten Mal schon Gutes getan (Suchende), was haben Sie statt der Hausaufgabe gemacht (falls Hausaufgabe nicht gemacht)?

Vorgehen bei der GOG:

Besprechen der Beschwerden (= Ernstnehmen der Klagen):

Das Anhören der Beschwerden der Patienten

- dient der üblichen **diagnostischen Orientierung** zu Beginn
- und ist **Ihre Kooperationsantwort** auf das Gesprächsangebot der Patienten.
- Als Grundmuster zum Üben könnten Sie **vereinfacht** bei **Problemen** etwa folgende Antworten geben: „Das ist schwer für Sie; - das braucht sicher Zeit; - das hat sicher wichtige Gründe.“ Hiermit werden erste globale Einschätzungen gegeben, ohne in die Gefahr der „Problemhypnose“ zu geraten.

Der Patient beschreibt also seine Schwierigkeiten, Symptome, Beschwerden, Probleme.

Dabei müssen Sie unterscheiden:

- **Probleme:** Je nach Beziehungsmuster (s.u.) können bei **Problemen** (die also mal mehr, mal weniger oder gelegentlich gar nicht auftreten, also „Ausnahmen“ zeigen) die **Ausnahmen von den Beschwerden** erfragt werden: wann sie auftraten, im gleichen Kontext oder in anderen Situationen, was da anders erlebt, gefühlt, kommuniziert und getan wurde und wie diese Ausnahmen „gewählt“ wurden (s.u. **Wahlfreiheit**). Aber: **Ausnahmen nicht erfragen bei Einschränkungen und nicht bei unverbindlicher Beziehung, nur gut vorbereitet bei suchender Beziehung!**
- **Einschränkungen:** Wenn bei den Schwierigkeiten **Einschränkungen** sind (Bein verloren, Partner tot, Ehe gescheitert, Stelle weg, pleite, Diabetes bekommen usw.): **dann nicht nach Ausnahmen fragen.**

Hinweis: alle Erfahrungen, die wir machen, alle Gewohnheiten, die wir entwickeln, bleiben im Gehirn als feste Strukturen erhalten (z.B. das Radfahren, das Sie nicht mehr bewußt „verlernen“ oder löschen können). So gibt es z.B. bei Klaustrophoben die 2 Gewohnheiten, früher ohne Angst und dann plötzlich mit Angst Aufzug zu fahren. Durch detailliertes Erfragen der früheren angstfreien Gewohnheit beim Aufzugfahren könnte der Patient diese **Gewohnheit wieder wählen**, weil sie zu seinem Repertoire gehört, er sie nur nicht sehen konnte in der „Problemhypnose“ und sie sich jetzt wieder anschaulich vorstellen kann. **Ich kann nur wählen, was ich mir vorstellen kann! – Ein Nichthandeln wie z.B. Abstinenz kann ich mir nicht vorstellen, sondern nur das, was ich tat, als ich nicht trank.**

Es kann auch ein guter Weg sein, den **genauen Ablauf der Beschwerden zu erfragen**: Sie lassen sich detailliert den Verlauf der Beschwerden schildern (Wie fing das genau an ..und dann ...und dann?) und erkennen dabei im Auf und Ab die **Ausnahmen**, - also „den Videofilm in Einzelstücke zerlegen“. Auch den Verlauf an den einzelnen Wochentagen kann man so erfragen, um die Unterschiede erkennbar zu machen.

Im Gespräch machen Sie laufend **GOG-Komplimente** (s.u.), die das gerade vorhandene Beziehungsmuster (s.u.) nutzen.

Sie prüfen natürlich auch, welche weiteren Erkrankungen, Diagnosen, Störungen relevant sind und was noch zu untersuchen ist.

Immer erst die Einschränkungen bearbeiten, dann die Probleme. Z. B. bei Tod eines Kindes erst den Abschied gestalten (traurig ist man, weil etwas Schönes vorbei ist – also über das Schöne reden und Rituale nutzen), **dann erst über den wieder normalen Umgang mit Partner und den anderen Kindern reden: wie der normale Umgang vorher gelang und wieder gewählt werden könnte.**

Gegenübertragungen beim Gesprächsbeginn:

(s. Karl König: „Gegenübertragungsanalyse“ und „Kleine psychoanalytische Charakterkunde“)

Wenn Sie mit anderen Menschen, Patienten reden, **spüren** Sie eigene antwortende Gefühle, Körperempfindungen und Gedanken (= **Gegenübertragungen**), die der/die andere in Ihnen auslöst.

Die Gegenübertragungen steuern Ihr (ärztliches) Handeln und Reden, sollten deshalb rasch erkannt und genutzt werden. Sie können sonst nicht erkennen, warum Sie z.B. bei Ärger über einen depressiven Patienten eine hohe Dosis verordnen „als Hammer“ oder Medikamente verweigern als sadistische Gegenreaktion oder als Chirurg „zum Messer greifen“ – Sie halten dies sogar für medizinisch geboten!

Sie handeln verschieden in der gleichen medizinischen Fragestellung je nach Gefühl: am wichtigsten sind Angst, Traurigkeit, Ärger, Scham und bei Psychosen das Gefühl der unheimlichen Angst. Ärger ist oft das zweite Gefühl als Antwort auf das erste Gefühl: das allererste Gefühl ist das diagnostisch wertvollste – also nur einen Schluck aus der Pulle des Patienten nehmen, nicht die ganze Pulle austrinken, sonst handeln Sie in Notwehr. Gegenübertragungen vermitteln dem Arzt eine gute Wahrnehmung, was los ist und was jetzt vernünftig wäre; ein Datenfriedhof schafft das nicht.

Die **professionelle Handhabung der Gegenübertragungen als ständig vorhandenes, ureigenes ärztliches Instrument ermöglicht wahrzunehmen:**

- ich spüre in mir einen **Teil des Inneren des Patienten** („Lackmustheorie“)
- ich kann (nach Training: kenne ich schon) **erste diagnostische Vermutungen** anstellen
- ich kann die **Kapazität** des Patienten für ein Gespräch einschätzen (wenn ich nicht mehr kann, ist der Patient ein Notfall!)
- ich kann die **Beziehungsform** erkennen, die der Patient mit mir herstellt, und schließen, was dem Patienten anderswo passieren kann, wenn er mit anderen auch so umgeht
- ich kann mich **entlasten**, indem ich die **Gegenübertragung ausdrücke**, z.B.: „Ich spüre, daß Sie sehr traurig sind!“ (oder: ängstlich, angespannt, verzweifelt; - nicht „aggressiv“, da dies meist als Werturteil verstanden wird!). Dies ist eine wichtige **eigene Psychohygiene**, um zu Hause abschalten zu können von der Patientenbetreuung.

Professioneller Umgang mit Gegenübertragungen heißt also zusammengefasst:

- **ich horche rasch schon zu Beginn in mich:** was löst der andere in mir aus? Dabei nur „einen Schluck aus der Pulle“ des anderen nehmen, sonst laufe ich voll und kann nur in Notwehr handeln
- ich formuliere **die eigenen Gegenübertragungen erst** für mich (wie heißen meine Gefühle genau?) und teile sie dann dem Patienten mit („Ich spüre, daß Sie ...“)
- ich entwickle **theoriegeleitet Distanz, auch als diagnostische Vermutung:** was ich spüre, ist das Problem des/der anderen! Ich entlaste mich dabei, indem ich mein aktuelles Inneres dahin packe, wo es herkommt, nämlich zum Patienten!
- Noch einige **Tipps:** einige Gegenübertragungen müssen übersetzt werden, nämlich alle die, wo ich keine differenzierten Gefühle spüre:

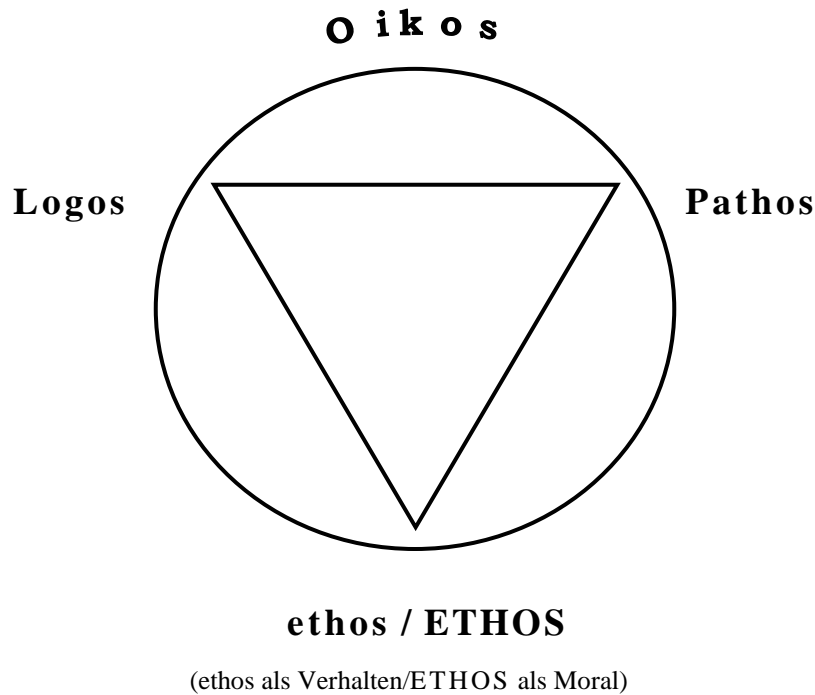
Wenn ich nur **Kuddelmuddel** spüre, sieht es im Patienten auch so aus. Er kann sich nicht deutlich wahrnehmen, ist orientierungslos und hat deshalb eine schlechte Frustrationstoleranz.

Wenn ich **nichts spüre**, hat der Patient keine Beziehung zu sich und kann sich für andere nicht spürbar machen. Gleichzeitig schützt er sich vor grässlichen Empfindungen. Sie stellen sich dann als Hilfsmaßnahme vor: **was würde ich spüren, wenn ich den Patienten einige Minuten eng in den Armen halten würde?** Dann wissen Sie es.

Wenn ich mich **gelangweilt, neutral, sachlich oder amüsiert fühle**, habe ich aggressive Gegenübertragungen, gehe auf Distanz und schütze mich vor Nähe oder stelle den Patienten auf eine Bühne und amüsiere mich über ihn. – Als Gegenmittel nehmen Sie ihn virtuell in den Arm, s.o.

Wenn Sie sich die Partner, Familie des Pat. nicht vorstellen können, kann der Pat. das auch nicht!

- **Oder: ich mache GOG-Komplimente (s.u.) zur Dämpfung negativer Gegenübertragungen; dies setzt GOG-Handwerkszeug voraus, da ich dann nur darauf schaue, wie ich weiterkomme mit dem Patienten und alles andere zur Seite lege!**



Die „Anatomie“ der **Gewohnheiten** ist hier dargestellt als eine Wechselwirkung zwischen

- **Logos** als das Denken, die Kognition, das Begreifen und Beschreiben der Welt,
- **Pathos** als Gefühle,
- **ethos** als das Handeln, dabei Verschränkung mit dem **ETHOS** als Moral, Aristoteles: „Die Moral ist die Tochter der Gewohnheit“ – und umgekehrt! Als z.B. mit Einführung der Pille sich die sexuellen Gewohnheiten änderten, ändern sich auch die moralischen Vorstellungen über sexuelle Kontakte.
- und dem **Oikos** als Umgebung, also der Außenrealität und den Beziehungen zu Menschen.

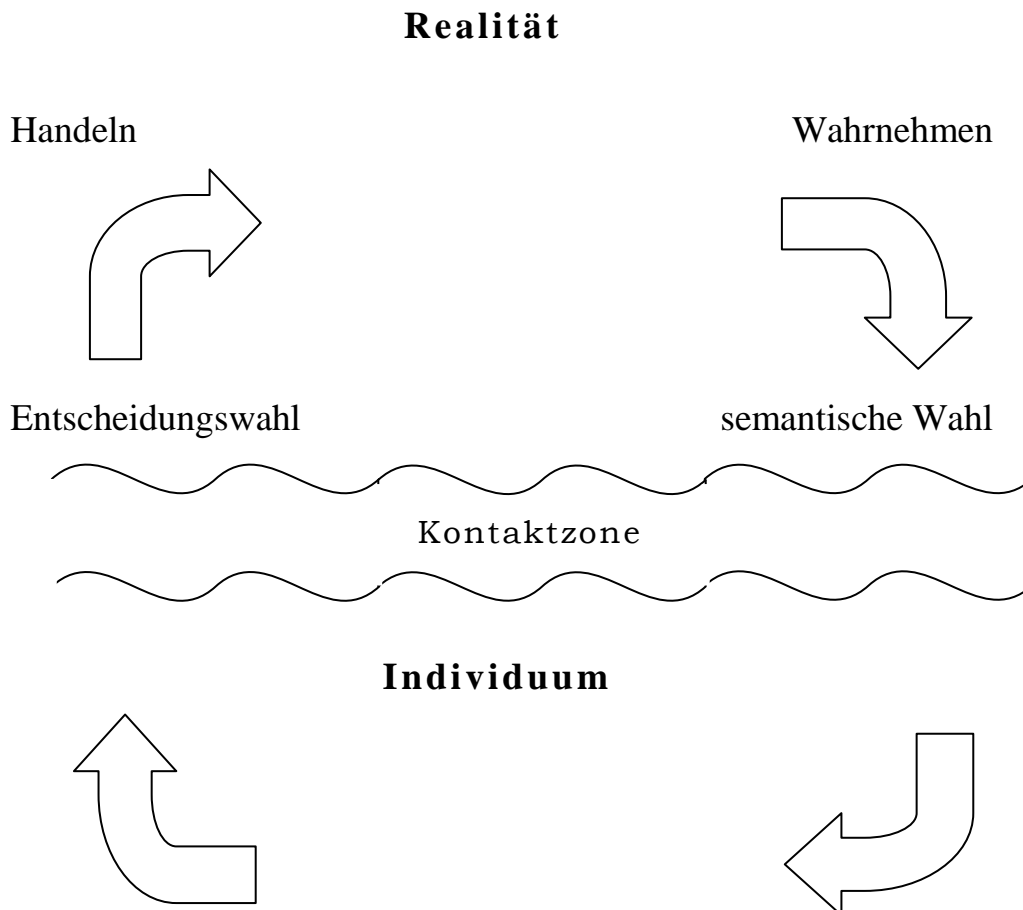
Pathologie kann als **Unfähigkeit, wählen zu können, in jedem der 5 Bereiche beginnen**: ich denke z.B., dass ich schlecht bin; dies steuert meine Gefühle, mein Handeln, meine moralischen Bewertungen und mein Verhalten zur Umwelt.

Aber auch der Ausstieg aus der Pathologie als Entscheidungswahl beginnt über einen der Bereiche.

Im Alltag häufig und jedem geläufig ist der Ausstieg durch Handeln: irgendetwas anderes tun, was distanziert vom Problem - ich esse etwas, laufe, zappe im Fernsehen, höre Musik usw.

Von der semantischen Wahl zur Entscheidungswahl:

1. Die Realität trifft auf das Individuum, den Patienten
2. Die **semantische Wahl** (= die Situation durch Begriffe festlegen: ich bin Alkoholiker; im Aufzug werde ich ersticken; ich bin nichts wert.) bewirkt eine „**Problemhypnose**“, in der Patienten nichts anderes mehr sehen können.



3. Durch **detailliertes Erfragen der „Ausnahmen“ vom Problem** (wann nicht getrunken? Wann ohne Angst Aufzug gefahren? Wann wertschätzender über sich gedacht? Was anders gedacht, gefühlt, getan?) können die Patienten wieder alternatives Denken, Fühlen und Handeln, auch interpersonell, sehen als vorhandene eigene Kompetenz.
4. Dadurch entsteht **Wahlfreiheit** zwischen verschiedenen Möglichkeiten, die die Patienten nun sehen können. Was ich mir vorstellen kann, könnte ich auch tun. Was ich mir nicht vorstellen kann, eben nicht. Abstinenz als Nichthandeln kann ich mir nicht vorstellen, sondern das, was ich tat, als ich nicht trank: das kann ich dann wieder wählen als **Entscheidungswahl** (Was könnte Ihnen helfen, das wieder zu tun?).

Das Pfeilbild der Beziehungen im Brügger Modell:

Die bisher „freibleibend“ genannte Beziehung heißt nun „unverbindliche“ Beziehung!

Patient/Klient kommt mit Schwierigkeiten:

Kann man sich eine Lösung ausdenken?

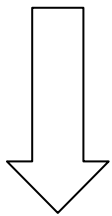
Nein = Einschränkung (Bein ist ab, Diabetes, Partner tot, Kindheit vorbei, Geschlecht, Alter, Hautfarbe, also Realität: sie zu akzeptieren, macht frei und ermöglicht neue Ressourcen)

Ja = Problem (ein Problem ist dadurch definiert, dass es Ausnahmen gibt, in denen das Problem nicht oder gering da ist: ich trinke Alkohol oder ich machte etwas anderes ohne Alkohol)

Hier Hinweise bezogen auf Probleme:

Besteht Nachfrage nach Hilfe?

Ja

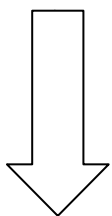


Nein = unverbindliche Beziehung

Patient sieht kein Problem und will nichts daran tun
oder: sieht Problem, kann sich aber keine Änderung/Hilfe vorstellen.
Patient wird häufig geschickt/eingewiesen von anderen.

Zeigt Patient sich bereit zu arbeiten?

Ja



Nein = suchende Beziehung

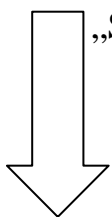
Patient sieht ein großes Problem, könne selbst nichts tun, sucht Änderung durch andere.
Arzt sucht Änderung durch Patienten, der aber aus eigener Sicht nichts tun kann.

Untertypen:

1. Patient klagt viel, Therapeut kommt nicht dazwischen: pacing günstig
2. hat Probleme, kann aber nichts machen (z.B. die Zigarette ist stärker),
hat sich selbst aufgegeben
3. jemand anders muss sich ändern, - „ich kann es nicht“

Weiß der Patient die Ressourcen zu nutzen?

Ja



Nein = Consulting-Beziehung

„Sagen sie mir, was ich tun soll“: Fachberatung mit Angeboten, Tipps, Techniken,
z.B. Entspannungsverfahren, psychoedukative Methoden, 54321

= Expertenbeziehung

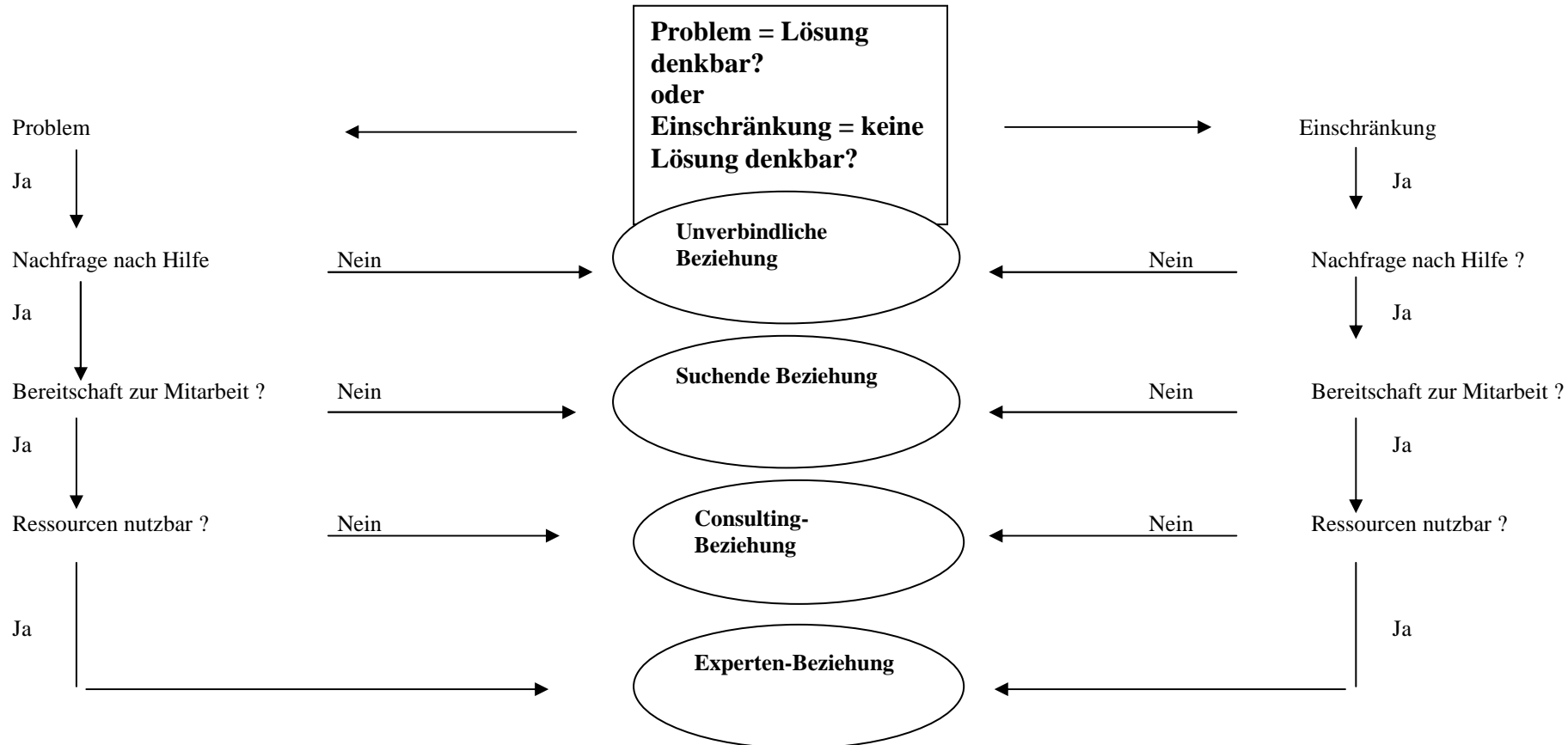
Patient hat ein Problem und will selbst was daran tun, er ist Experte für seine Ausnahmen.

Arzt ist Experte für detaillierte Fragen und fragt im Detail nach den Ausnahmen:

Wann war es anders? Was haben Sie da anders gemacht, gedacht, gefühlt und in Beziehungen anders gestaltet? Was hat Ihnen geholfen, das zu tun? Wie haben Sie das geschafft? Was könnte Ihnen wieder helfen, das zu wählen?

Das systemtherapeutische Korzybski-Institut, Brügge, hat eine umfassende Version des lösungsorientierten Ansatzes entwickelt, nämlich das **Brügger Modell** oder das **Modell der Wahl**.

Das untenstehende Pfeil-Diagramm gibt dies wieder und macht sichtbar, dass die Beziehungsmuster auch beim Umgang mit den Einschränkungen zu beachten sind:



Komplimente in der GOG

- bestätigen den **Stolz** und die **Lebensphilosophie** des Patienten (z.B. ungünstige Bedingungen aushalten zu können, nicht aufzugeben), damit sein **Selbstwertgefühl**
- verbessern die **Arbeitsbeziehung** durch narzisstische Zufuhr für Arzt und Patient, denn Empfänger, aber auch Sender von solchen Komplimenten fühlen sich besser
- helfen dem Arzt, rasch die eigenen **negativen Gegenübertragungen** zu dämpfen
- können **Überleitung** von der Patientenschilderung der Beschwerden/Probleme zu dem Erkunden von Gesünderem in der Vergangenheit sein: **wann** war es anders? **Woran** haben Sie das gemerkt? **Was** war anders? Was haben Sie da anders **gedacht, gefühlt, gemacht**, auch in Ihren **Beziehungen** zu anderen Menschen? Was hat die **Umgebung** bei Ihnen anderes gesehen? **Wie** haben Sie das geschafft?!
- sollen auf die **4 Beziehungsmuster** („unverbindliche Beziehung“, „suchende Beziehung“, „Consulting-Beziehung“ und „Experten-Beziehung“) abgestimmt sein, von denen **der Patient eines oder mehrere im Gespräch herstellt**. Diese Muster sind im Gespräch an den Inhalten, dem Verhalten und der eigenen Gegenübertragung erkennbar und können wechseln. **Sie sind nicht zu wechseln mit Persönlichkeitstypen, sondern beschreiben die Art und Weise des Patienten, wie er Einschränkungen/Probleme und seinen Umgang damit im Moment handhabt**. Der Arzt kann so einschätzen, welche Beziehungsebene und welchen Auftrag der Patient signalisiert:

Beispiel: eine junge Frau wird vom Jugendamt wegen Alkoholproblemen geschickt, die sie nicht sieht (**Einschränkung** durch die Vorschriften des Jugendamts; **unverbindliche Beziehung**), hat Erziehungsprobleme mit ihren Kindern und will dies bessern, immer wieder eine gute Mutter sein (**Problem** mit Ausnahmen; **Expertenbeziehung**) und Eheschwierigkeiten, an denen sie nichts ändern könne, weil der Mann sich nicht ändere (falls keine Ausnahmen im Eheverlauf: **Einschränkung; suchende Beziehung Typ 3**) und fragt um Rat wegen Schlafstörungen (da wechselnd ausgeprägt: **Problem; Consulting-beziehung**).

Bei dieser Frau würde besonders ein Kompliment auf die **Expertenbeziehung** bezogen sinnvoll sein: „Wie schaffen Sie das, trotz der vielen Schwierigkeiten mit Jugendamt, dem Ehemann und wohl auch anderen Menschen immer wieder zu versuchen, eine gute Mutter zu sein? Was hilft Ihnen dabei?“

Empfehlungen:

- **indirekte Komplimente sind besser als direkte Komplimente:** mit Interesse und Bewunderung die Aussagen wiederholen und dann fragen: „Wie haben Sie das geschafft?“ – dies erzeugt Selbstkompliment des Patienten, – statt des direkten Kompliments: „Das haben Sie gut gemacht.“
- **Angehörigenkomplimente** sind hilfreich: „Die Tochter liebt Sie trotz allem noch, da müssen Sie ja ein guter Vater sein/gewesen sein.“
- Wenn ein Alkoholiker **aufgehört hat zu trinken:** „Ich kenne einige Menschen, die reduziert haben, dann aber wieder mehr tranken. Sie haben aber ganz aufgehört! Wie schaffen Sie das?“
- **Im Kontakt sollten Sie immer permissiv vorgehen:** „Darf ich Ihnen eine Frage stellen (einen Vorschlag machen)?“ – „Ist es Ihnen recht, wenn ich Ihnen eine Frage stelle?“ – „Würden Sie mir zustimmen, wenn ich sage?“ Pat. sagt ja, hört dann zu, wird seltener in Gegenposition gehen.

Komplimente bei den 4 Beziehungsmustern:

1. **Unverbindliche Beziehung: Patient hat subjektiv keine Einschränkung/kein Problem, möchte deshalb nichts daran tun. Arzt und Patient sind frei darin, wie sie sich in der Beziehung engagieren. Cave: vermeide Konfrontation mit dem „Problem“, - oder „Motivation“ von außen und „Einsicht“ erzwingen!**

Allgemeine Fragen nach der Arbeit, Kindern usw. mit Interesse und Komplimenten ermöglichen eine wertschätzende Beziehung: „Darf ich fragen, was Sie beruflich machen?“ Auch andere Schilderungen mit Nützlichem werden wiederholt und gelobt (gesunde Ernährung, Bewegung, soziale Aktionen).

Es soll also eine gute „Gastgeberbeziehung“ hergestellt werden, damit Patient ggf. leichter wiederkommt und dann vielleicht etwas deutlichere Vorstellungen entwickeln kann.

- 2. Suchende Beziehung: Patient hat ein Problem, kann selbst nichts tun oder aber ein anderer muss sich ändern oder etwas tun. Patient sucht z.B. beim Arzt die Lösung, der Arzt will aber den Patienten zur Eigenverantwortung motivieren, beides ist vergeblich. - Dabei 3 Untertypen, s.u. und Pfeilbild.**

Der Patient bekommt ein **Kompliment**, das seine Leistungen trotz der Beschwerden würdigt: trotz der Depression aufgestanden, trotz der Angst in einen Laden gegangen, bei Alkohol mal weniger getrunken. Es kann dann auch die Frage nach Ausnahmen versucht werden, sonst den **Problemmix**, also den Verlauf der Beschwerden erfragen mit dem Auf und Ab.

3 Untertypen:

Typ I überschwemmend, mit einer Fülle von Problemen/Einschränkungen: Pacing, also das wörtliche rasche Wiederholen jeder Aussage des Patienten (wie ein Echo), bremst das Tempo des Patienten und macht aus einem Monolog einen Dialog. - Weitere Möglichkeiten zur Strukturierung: „Sie haben so viele Probleme, das braucht sicher Zeit, braucht eine Psychotherapie.“

Typ II ich kann nicht anders, das Problem (z.B. der Alkohol) ist stärker als ich. Sie müssen helfen.
Typ III ich kann nichts machen, andere sollen sich/die Situation ändern.

- 3. Consulting-Beziehung: Patient hat Probleme, hat sich auch schon helfen können, kann diese Erfahrungen aber noch nicht nutzen.**

Er bekommt eine Fachberatung, welche Techniken er anwenden könnte. Dann sieht man, ob er das tut. Wenn er eigene Tricks dazu erfindet und ausprobiert, bekommt er Komplimente.

- 4. Experten-Beziehung = Patient hat ein Problem und will selbst damit weiterkommen. Der Patient ist Experte für die bisherigen Ausnahmen, der Arzt ist Experte, um diese Ausnahmen detailliert zu erfragen und so sichtbar zu machen.**

Der Patient bekommt ein **Kompliment**, das seine Kraft bestätigt, Schwieriges auszuhalten, sich auf die schon gemachten Schritte zur Gesundheit bezieht, auf die Bereitschaft, weitere Schritte zu tun und die Mühe auf sich zu nehmen, zu kämpfen, zu suchen, immer wieder Anläufe zu machen, sich auch um Hilfe zu bemühen: „Wie haben Sie das nur geschafft (ausgehalten) bisher?! Wer oder was hat Ihnen dabei geholfen?!“ Durch die Frage wird ein **Selbstkompliment des Patienten** ermöglicht: dies sind **die stärksten Komplimente!**

Die Mutter im o.g. Beispiel könnte natürlich auch alle 4 Angaben zugleich im ersten Gespräch machen: dann mit Kompliment für die Experten-Beziehung beginnen! Und Akzeptanz für die Einschränkung anregen: „So ist das Jugendamt eben. Was könnten Sie tun, damit das Jugendamt zufrieden ist?“

Ein anderes **Beispiel**: ein junger Mann kommt, weil seine Frau ihn zur Therapie schicke, damit die Ehe besser werde; er selbst sehe jedoch keine Probleme, komme aber, um die Ehe zu retten (**unverbindliche Beziehung**). Beim nächsten Besuch ist seine Frau zu einem anderen Mann verschwunden. Er leide sehr, wolle sie zurück haben, könne nichts machen, der Arzt solle ihm dabei helfen (**suchende Beziehung**). Beim 3. Mal sieht er seine Ehe als gescheitert an, will nun selbst wieder klar kommen mit aller Macht (**Expertenbeziehung**).

Exkurs: Einschätzung der Beziehungsmuster über die Gegenübertragung

Die 4 **Beziehungsmuster** können manche Ärzte weniger an den Patientenangaben (also **inhaltlich**) erkennen, besser an ihren Gegenübertragungen (also **emotional**) und ihrem Gefühl für die Art des **Arbeitsauftrags**:

- **Experten-Beziehung: Patienten wollen selbst arbeiten und signalisieren Zusammenarbeit mit dem Arzt.** Gefühl des Arztes: wir können gut zusammenarbeiten **und** Patient macht viel selbst.

- **Suchende Beziehung: Patient erteilt dem Arzt den Arbeitsauftrag, daß er arbeiten und sich den Kopf zerbrechen soll.** Gefühl des Arztes: da kommt viel auf mich zu, viel Erwartungsdruck und Kopfarbeit: was kann ich raten, wie kann ich helfen? Ärger, dass Patient seinen Teil an den Problemen nicht sehen „will“.
Häufige Falle: depressive Patienten steuern durch Schuldgefühle; besonders depressiv strukturierte Ärzte müssen dann „bluten“ für die Patienten, auch wenn es nichts bringt.
- **Unverbindliche Beziehung: Patienten sehen kein Problem, keiner soll arbeiten.** Gefühl des Arztes: Fühlt sich entwertet, da Patient keine „Beziehung“ will, keine Hilfe sucht, die fachliche Kompetenz des Arztes nicht abrufen will. Enttäuschungsaggression (dir mache ich deine Probleme klar!). Entwertung des Patienten (Ich werfe doch nicht meine Perlen vor die Säue! Typischer uneinsichtiger Alkoholiker!). Ärger über den Entsender des Patienten (Partner, Arbeitgeber, Behörden).
- **Consulting-Beziehung:** Arzt als Fachmann gefragt, rationale Auskunft reicht.

Frage nach den Ausnahmen von den Beschwerden, Problemen:

Sie erkunden bei Patienten in Expertenbeziehung und eventuell bei suchender Beziehung, ob es **Ausnahmen (= ohne Beschwerden) im gleichen Kontext, also in der gleichen Situation** gab, wo sonst die Beschwerden häufig sind, und ob es **andere Situationen gab, in denen die Beschwerden gewöhnlich nicht auftreten**. Dabei erfragen Sie **im Detail**, was bei den Ausnahmen konkret passierte, getan wurde: dies sind die kompetenten Gesundheitsszenarien, die schon passierten und die der Patient schon geschafft hat, also schon kann.

Z. B. bei Alkoholproblemen wäre hier von entscheidender Bedeutung, im Detail zu erfragen, was jemand genau tat, als er z.B. 3 Tage nicht trank und ob dies in dem gleichen Kontext passierte, wo er sonst meist trank (z.B. allein zu Haus) oder durch die Wahl anderer Kontexte, die gewöhnlich ohne Trinken abliefen.

Die Fragen lauten:

- **Wann war die (gleiche oder andere) Situation, als es anders war (als Sie sich gut fühlten, gesünder waren, die Beziehung besser klappte)? Was passierte alles in der Situation?**
- **Was war dabei anders: wie haben Sie sich gefühlt (Gefühle, Körper, Gedanken)?**
- **Was haben Sie da anderes getan (gemacht), als Sie bei den Beschwerden tun?**
- **Woran hat Ihre Umgebung bei Ihnen gesehen, daß es anders war?**

Und dann erkunden, was der Schlüssel, der 1. Schritt, die Einleitung der Besserung war:

- **Wie haben Sie das geschafft, die Besserung zu erreichen? Was war der erste Schritt dahin? Was hat Ihnen dabei geholfen? Wie konnten Sie das wählen, statt .. (zu trinken)?**

Und dann den Transfer in die Gegenwart erfragen:

- **Was könnte Ihnen jetzt helfen, das wieder zu wählen?**

Wenn eine konkrete machbare Angabe erfolgt, was helfen könnte:

- **Wann wollen Sie das versuchen?**

Jede Aussage sofort mit „ja, gut ..“ bestätigen, besonders auch die Sätze/Worte wiederholen und weiterfragen. Sie bleiben dabei freundlich-suggestiv: vorbeugen, lächeln, langsam sprechen! Sonst erfolgt Rückfall des Patienten in die Beschwerdeschilderung (ja, aber..).

Falls die Wiederwahl der Ausnahmen möglich ist, dabei bleiben.

Sonst immer „Ziele“ bestimmen: d.h. eine Vorstellung vom erfolgreichen Ergebnis in der Zukunft (nach Erreichen des Zieles) jetzt in der Gegenwart phantasieren!

Ein wichtiger Unterschied besteht zur üblichen Zielbestimmung: Diese beschäftigt sich meist mit „Zielen“ und Fragen wie z.B.: „Es soll mir/der Beziehung besser gehen, Symptome sollen verschwinden, ich will wieder fit sein, wieder arbeiten können. Was soll ich tun, helfen Sie mir?“ Dies sind also lineare Fragen: wohin will ich, was soll weg?

In der GOG stellen Sie stattdessen Fragen, die die Imagination der Patienten anregen sollen zu der Vorstellung, was nach Erreichen des Zieles konkret anders wäre, also das Ergebnis:

„Wie würde es aussehen, wenn die Probleme gelöst sind?“ „Wenn z.B. in 1 Jahr die Probleme gelöst sind und wir sehen zurück auf die Probleme – wie würde Ihr Leben aussehen, wenn Sie sich Zeit genommen hätten, um die Probleme zu lösen?“ „Wenn unsere Gespräche geholfen hätten, was wäre dann in 4 Wochen/einem halben Jahr anders? Wie sähe dann Ihr Alltag aus?“

Fragen nach Änderung des eigenen Verhaltens, wenn die vom Patienten (suchende Beziehung Typ III) geforderten Bedingungen erfüllt sind: „Wenn Ihre Frau nicht mehr keift, was würden Sie dann anders tun? – Und wie würde das auf Ihre Frau wirken, die sich ja verändert hat? – Und wenn Sie das sogar jetzt schon tun würden, obwohl sich Ihre Frau noch nicht verändert hat, wie würde das auf Ihre Frau wirken?“

Immer konkret bleiben, nicht abstrakt: z.B. bei der Aussage „ich bin dann glücklicher“ konkretisieren: „Was würden Sie dann tun/denken, wenn Sie glücklicher sind; woran würden das andere bei Ihnen merken?“

Spezielle Techniken für Zukunftsprojektionen:

- **Wunderfrage** (langsam-suggestiv fragen): „Darf ich Ihnen eine ungewöhnliche Frage stellen? .. Für die Antwort brauchen Sie etwas Phantasie. - Stellen Sie sich vor, Sie schlafen heute nacht. – Und es geschieht ein Wunder, das alle Ihre Beschwerden und Probleme beseitigt! – Sie merken aber nichts davon, weil Sie ja schlafen! – Woran würden Sie morgens beim Erwachen merken, daß das Wunder geschehen ist?!“ Patienten stutzen oft, lächeln dann und beschreiben, was dann besser wäre; viele Patienten schildern, was dann nicht mehr da ist an Beschwerden. Sie bleiben dann freundlich-suggestiv bei der Frage, was dann **anders** wäre! Woran die Umgebung merken würde, daß das Wunder geschehen ist, was die Patienten anderes fühlen würden, auch körperlich - und was sie dann **anders** machen würden, als sie jetzt tun. Dies kann dann zur Hausaufgabe werden als Wahlmöglichkeit.
- Manchen Ärzten ist die Wunderfrage peinlich, deshalb eine **Kurzversion** für westliche Tatmenschen: „Woran würden Sie merken, daß alle Probleme und Beschwerden weg wären? Was wäre dann **anders**?“ – Weiterfragen wie bei der Wunderfrage.
- Weitere **Zukunftsprojektionen**: „Stellen Sie sich vor, dass in einem ¼, ½ oder 1 Jahr Ihre Beschwerden/Probleme weg sind; wie sähe dann 1 Tag bei Ihnen aus? Was würden Sie dann anders tun als jetzt?“

Eine Variante der Wunderfrage für Zweifelsfälle:

Die Zukunftsprojektion als Allround-Frage, die offen lässt, ob Patienten Probleme oder Einschränkungen haben:

Wenn Sie als Therapeut mal Schwierigkeiten haben in der Unterscheidung Probleme (also Ausnahmen, „Lösungen“ vorhanden) und Einschränkungen (keine Lösungen denkbar), besonders bei chronischen Erkrankungen, lässt sich eine **Zukunftsprojektion formulieren, die weniger blockierend wirkt – die Allround-Frage:**

„Sagen wir mal, in 6 Monaten oder in 1 Jahr oder in der Zeit, die Sie dafür brauchen, ist Ihr Leben so, dass Sie sagen, so kann ich weiter leben, so ist es mir recht, - wie würde Ihr Leben dann aussehen? Sie würden am Morgen erwachen, dann aufstehen und Sie sagen, oh je, wir haben ja am (z.B. 25.2.07) zusammen gegessen und da hatte ich diese Probleme, wir haben darüber geredet und jetzt muss ich sagen, jetzt bin ich soweit und ich kann sagen, so kann mein Leben weitergehen, - wie würde das anders aussehen als jetzt?“

Patient kann dabei selbst wählen, ob er Probleme mit Lösungen oder Einschränkungen mit Akzeptanz meint.

 Sonst gilt ja die Faustregel: **im Zweifelsfall eine Einschränkung annehmen**. Dabei schiebt man den Patienten nicht, geht nicht schneller als der Patient, ist vorsichtiger.

Die **Wunderfrage bei Problemen** hat ja die Phantasie, was anders wäre, wenn die Probleme weg sind.

Die **Wunderfrage bei Einschränkungen** strebt an, Akzeptanz denken zu können: „Gesetzt den Fall, Sie würden das akzeptieren, wie es eben ist – Sie müssen es nicht akzeptieren, sondern Sie würden es nur denken, - was würden Sie anders denken, fühlen, tun und mit der Umgebung anders machen?“
 Der kompetente Umgang mit der Realität kann dann besprochen werden.

Die **Einstellung auf die Gegenwart**, besonders bei wiederholten Kontakten, ermöglicht die **Skalenfrage**: „Stellen Sie sich vor, Sie befinden sich mit Ihrem jetzigen Zustand (Problem) auf einer Skala zwischen 0 und 10. Bei 0 ist alles aus, Sie können nichts mehr machen. Bei 10 ist alles o.k. (bei schwer oder chronisch Kranken: bei 10 ist es erträglich.) – Wo stehen Sie im Moment?!“
 Pat. sagt z.B. bei 2. – Sie fragen weiter: „Was hat sich zwischen 0 und 2 schon angesammelt, was steckt da alles drin?“

Bei **chronisch Kranken geht es nur um das Sichern des Erreichten**: „Was könnte Ihnen helfen, 2 zu halten (oder: immer wieder auf 2 zu kommen)?“

Den ersten Schritt bestimmen (denn der 2. geht nicht vor dem 1.!), **Hausaufgaben**

Sie fragen im Anschluß an die o.g. Zielfragen:

„Was könnte der 1. Schritt in Richtung **Wunder** (oder „alle Beschwerden weg“) sein?“ oder „wieder nach 3 zu kommen auf der **Skala**“ sein, der Ihnen sagt, daß Sie in diese Richtung gehen?!“

Sie erhalten oft sehr originelle Erste-Schritt-Phantasien mit Handlungsanteilen, die Sie interessiert loben und dann dazu ermutigen, diese **Hausaufgabe** in Angriff zu nehmen, auch scheinbar banale „Mini“-Schrittchen sind nützlich: Dann atme ich erstmal dreimal durch und denke, die Beziehung war auch schön; ich lehne mich zurück als erstes; ich nehme Lakritz und trinke dazu Fencheltee, dann sehe ich alles anders; morgen früh gehe ich spazieren und rieche die Natur; ich hänge mich eine halbe Stunde vor die Glotze und surfe herum, dann kann ich mit den Kindern spielen ...; und Sie fragen: „Wann wollen Sie damit beginnen?“

Viele GOG-Anwender benutzen für den Behandlungsverlauf **Skalenfragen**: zum Befinden, zur Einschätzung von Zuversicht, von Beziehungsgestaltung. Sie geben dann einen **Beobachtungsauftrag** als Hausaufgabe: „Ich schlage vor, dass sie jeden Abend oder jeden 2. Abend – wie Sie wollen – auf der Skala beobachten, wie Ihr Befinden (oder: Ihre Zuversicht...) an diesem Tag war. Ich werde Sie dann beim nächsten Mal als erstes danach fragen.“

Ein guter Beobachtungsauftrag ist auch, dass Patienten bis zum nächsten Mal beobachten sollen, was in der Zwischenzeit schon etwas besser war – und dass das beim nächsten Mal als erstes besprochen wird.

Tu-Aufträge sind schwerer als Beobachtungsaufträge, sollten selten vereinbart werden.

Noch einmal das o.g. Beispiel: eine junge Frau

- wird vom Jugendamt wegen Alkoholproblemen geschickt, die sie nicht sieht (**Einschränkung** durch die Vorschriften des Jugendamts; **unverbindliche Beziehung bezüglich des Alkohols**), nur Alltagskomplimente, keine Zukunftsprojektion, keine Hausaufgabe. – Akzeptanz der Jugendamts-Realität anregen, s.o.
- redet anfangs rasch und konfus drauf los (**Mischung aus Einschränkungen und Problemen, suchende Beziehung Typ I**): **Pacing sinnvoll. Beobachtungsauftrag:** Pat. soll zu Hause aufschreiben, was sie behalten will, was so weiter gehen soll, was nicht verändert werden soll, so bleiben darf – zu Hause, im Beruf, als Mutter ...? – Diese Pat. schreiben meist wenig, oft banal; Ergebnis ist jedoch, dass sie dann viel klarer äußern können, was sie ändern wollen. - Eventuell Fragen nach Ausnahmen versuchen, auch bei Verlaufsbefragung (Problem-mix).
- leidet unter ihrem aggressiven Umgang mit den Kindern, hat Erziehungsprobleme mit ihren Kindern und will dies bessern, immer wieder eine gute Mutter sein, was ihr auch gelegentlich gelungen ist aus ihrer Sicht (**Problem** mit Ausnahmen; **Expertenbeziehung**) Die **therapeutische Aufgabe** ist dann die Erarbeitung der Details der Ausnahmen, um sie wählbar zu machen.

**Die „Lösungen“ liegen in den Details der Ausnahmen, die besser funktionierten!
Wahlmöglichkeiten eröffnen!**

- und Eheschwierigkeiten, an denen sie nichts ändern könne, weil der Mann sich nicht ändere (falls keine Ausnahmen im Eheverlauf: **Einschränkung; suchende Beziehung Typ 3**): Zukunftsprojektion machen, was sie anders täte, wenn der Mann sich verändert hätte, wie das dann auf ihn, der sich verändert hat, wirken würde und wie das sogar jetzt schon wirken würde, obwohl er sich noch nicht verändert hat. – Auch als Beobachtungsauftrag getarnter Tu-Auftrag möglich: Dass sie beim Mittagessen 10 Minuten nur beobachtet, was Gutes an ihm ist (dabei verhält sie sich natürlich anders).

- und fragt um Rat wegen Schlafstörungen (da wechselnd ausgeprägt: **Problem; Consulting-beziehung**): Die **therapeutische Aufgabe** besteht darin, fachlichen Rat zu geben, z.B. Hausmittel, Entspannungsverfahren, und zu sehen, ob eigene Ressourcen geweckt werden, dann Komplimente machen. Die Problemlösung soll also nur „über die Schwelle“ gebracht werden, damit eigene Techniken entstehen können. Durch die fachlichen Ratschläge kommt sie vielleicht auch auf eigene Lösungen, wie sie früher Schlaf förderte oder sich jetzt helfen kann.

Übrigens: Menschen handeln eher nach konkreten Vorstellungen, nicht nach Informationen, Einsichten oder der Kenntnis der Ursachen von Problemen (s. rauchende Ärzte).

Konzept festigen: Sie sagen dazu, daß es natürlich **schwere Arbeit** ist, den Schritt zu machen – und dass es **mit Sicherheit Rückfälle** geben wird, das ist normal - und dass Sie **beim nächsten Mal als erstes fragen werden, was inzwischen schon besser war!**

Achtung: Besonderheiten bei chronischen Patienten

Chronische Patienten werden hier definiert als Menschen, die keine alternativen Gewohnheiten für die jetzige Situation von früher her kennen, die also z.B. nie als Erwachsene allein gesund gelebt haben: **polytoxikoman seit Jugend, Psychose seit dem Jugendalter, chronische Angststörung, chronische Depression, chronische Schmerzen.**

1. Chronische Patienten haben **Angst vor rascher Heilung als fremder Veränderung**, da sie in ein unbekanntes fremdes Leben geraten würden, das sie nicht kennen und können. Sie erkennen sich immer wieder an den vertrauten Symptomen.

Sie haben also eher **zirkuläre Zeitvorstellungen** (alles kehrt wieder, die Jahreszeiten, Tag und Nacht – und die Beschwerden!) statt linearer Zeitvorstellungen (alles geht vorwärts, wird besser).

Es geht bei ihnen deshalb therapeutisch nicht um Fortschritt und Veränderung, sondern um die Erhaltung und Sicherung des Erreichten! Dies ist z.B. mit der Skalenfrage möglich: was bei einem vom Patienten angegebenen Wert von 3 zwischen 0 und 3 schon funktioniert, schon darin enthalten ist. Und: was helfen könnte, immer wieder auf 3 zu kommen. Bei Rückfall dann also nur die Möglichkeiten einer Rückkehr nach 3 erarbeiten. **Dadurch Wahlfreiheit zeigen.**

2. Sie haben **keine stabilen Ich-Grenzen zur Umwelt**, sie kippen deshalb zwischen engen Beziehungen (Fusion, enge Versorgung durch Symbiose, Betreuung) und Verlorensein in der Distanz; und sie **beobachten die Umgebung, lernen aber nur durch Beobachtung**, nicht durch gleichzeitiges Wahrnehmen eigener Gefühle (**fehlende emotionale Klugheit**).

Die Fusionspartner müssen deshalb einbezogen werden und mit Beobachtungsaufgaben in ihrer emotional kompetenteren Symbiose-Funktion unterstützt werden: „Bitte beobachten Sie, was schon etwas besser ist, weil Sie dies am besten beurteilen können und wir darauf angewiesen sind in der Therapie. Ohne Sie kämen wir nicht weiter.“

Fusionspartner geraten dabei in eine doppelte Distanz: man braucht (räumlichen) Abstand, um etwas beobachten zu können, und man muss überlegen, ob das Beobachtete besser ist (reflexive Distanz).

Die **chronischen Patienten** können gefragt werden, was **bleiben darf an Gutem und an Beschwerden** und was sie loswerden wollen an Beschwerden – und was dann anders wäre.

Wenn sich **Menschen keine Zukunftsprojektionen vorstellen können, insbesondere schwer chronisch Kranke, und auch keine Vorstellung von ihrer „existentiellen Wahl“**, also von ihren gewünschten Rollen im Leben haben, müssen **aus der Gegenwart im Detail die Gewohnheiten gesammelt** werden, mit denen die Menschen **zufrieden sind: diese entsprechen am ehesten der gewünschten Rollenvorstellung von sich.**

- **Testfrage zur existenziellen Wahl:** Wenn Sie eines Tages sterben, was wünschen Sie sich, wie Ihre Angehörigen, Bekannten dann über Sie denken und reden sollten, woran sie sich erinnern sollten? Dabei werden indirekt die „existentiellen Wahlen“ beschrieben.

Wer gegen seine existenziellen Wahlen handelt (wie er sein möchte), ist krank.

- **Wer solche Rollentwürfe nicht berichten kann, benötigt neue Gewohnheiten.** Bis dahin neigt er zu verschwommenen unrealistischen Luftschlössern (heile Familie mit Häuschen...), die als Zukunftsprojektion nicht brauchbar sind und wegen des fehlenden Realitätsgehalts erste Schritte nicht vorstellbar machen. – Oder Patienten können nichts beschreiben, z.B. schwer Depressive, die keine Zukunft sehen (Weitsicht), sondern nur vor die Füße ins schwarze Loch schauen (Kurzzeit).

Neue Gewohnheiten erarbeiten:

in einem Tagebuch abends Antworten aufschreiben lassen zu: „**3 Fragen zum glücklichen Leben**“, um **Zukunftsprojektionen aus der Gegenwart** zu holen! S. nächste Seite!

Dies wird gesammelt, immer wieder besprochen und **ermöglicht nach einiger Zeit eine Zukunftsprojektion**: „Woran würden Sie in einem halben Jahr merken, dass die Behandlung genutzt hat, wie sähe dann Ihr Alltag aus?“ Hierbei sind die Beobachtungen aus dem Tagebuch entscheidend wichtig als neue Gewohnheit, die der Patient akzeptieren kann:

Womit ich zufrieden bin, ist etwas, was meiner eigenen Rolle entspricht, wie ich sein will. Es entspricht also meiner „existentiellen Wahl“, meiner Moral.

Krankheit ist, wenn ich etwas tue gegen meine existentielle Wahl, wie ich sein will.

Es gibt keine existentielle Wahl, die unterstützt, dass ich möglichst viel Alkohol trinken will, rauchen will, möglichst schwer depressiv sein möchte oder viel Angst haben will.

Anmerkung:

Es geschieht häufig in der Psychiatrie, auch als **Gegenübertragungsfalle**, dass wir rasch symbiotische **Beziehungen trennen wollen, um dadurch Autonomie zu fördern.**

Bei chronisch Kranken ist dies meist ungünstig, da diese sich nur langsam entwickeln können, am günstigsten oft in andere Symbiosen hinein (Wohnheime, Wohngruppen).

Gerade bei schwer Kranken wird häufig eine Reha-Planung durchgezogen, die am Ende vorsieht, dass der Patient allein lebt. Dort scheitern sie oft.

Übrigens haben die engagierten Teammitglieder für sich meist nicht das Ziel, endlich allein zu leben. Obwohl viele Behandler/Berater das Alleinleben für sich selbst nicht wollen, finden sie es für Patienten gut, auch wenn diese das bisher nicht geschafft haben.

Auch die Kostenträger sehen oft eine solche Stufung vor: Klinik, Tagesklinik, Reha, Übergangsheim, Wohngruppe, dann allein klarkommen. Meist sind diese Schritte zeitlich befristet in der Kostenregelung.

Seien Sie permissiv im Umgang: darf ich Sie etwas fragen, darf ich einen Vorschlag machen?

GOG-Patienten-Protokoll

Arzt,Berater:

Datum:

| Patientenname: | geb.: | Geschlecht m/w |
|--|---|-----------------------|
| Patienten-Klagen: <i>Problem oder Einschränkung?</i> <ul style="list-style-type: none"> • welche Symptome, Beschwerden? • in welchem Kontext häufig da? • wie habe ich die Klagen bestätigt? • Chronischer Patient? • Was ist noch zu untersuchen? • Weitere Diagnosen? | | |
| ärztliche Gegenübertragungen: <ul style="list-style-type: none"> • bei mir welche Gefühle, Gedanken, Körperempfindungen? • Wie habe ich sie ausgedrückt? • welche diagnostischen Vermutungen? • Patienten-Kapazität? (Notfall?) • was macht Pat. mit mir? (Beziehungsfigur) | z.B. traurig, ängstlich, ärgerlich, unheimlich, Scham, Druck auf der Brust, Lähmung | |
| Beziehungstyp GOG und warum? Experte, Suchend, Unverbindlich, Consulting | per Angaben oder Gegenübertragung? E, S, U, C | |
| Kompliment? <ul style="list-style-type: none"> • wie lautete das Kompliment? (Direkt, indirekt?) • wie auf Patienten gewirkt? • Pat. hat welche Lebensphilosophie? • woran bei mir Entlastung gespürt? Wie habe ich mich entlastet (Kompliment, Ausdrücken der eigenen Gegenübertr.)? | | |
| Bei <u>Einschränkungen</u> Akzeptanz anstreben: gesetzt den Fall, Sie würden akzeptieren, dass das eben so ist. Wie würden Sie dann anders darüber denken, anders handeln, fühlen, kommunizieren? | Ja eben, so ist das. Bei Tod: was haben Sie Schönes verloren? Bei Behörden: was könnten Sie tun, damit das Jugendamt zufrieden ist? | |
| Bei <u>Problemen</u>: Fragen nach Besserungen bzw. Ausnahmen vom <u>Problem</u> (in Expertenbeziehung, bei suchender Beziehung Symptomablauf erfragen): <ol style="list-style-type: none"> 1. im gleichen Kontext, wo häufig Symptome auftreten 2. in anderen Kontexten <ul style="list-style-type: none"> • wann war es anders, Pat. gesünder, fitter? • woran gemerkt? (Körper, Gedanken, Gefühle, Sinne, Handeln: was tat Pat. anderes, wie waren die Kontakte anders?) • woran sah die Umgebung dies bei Pat.? • wie hat Pat. Gesünderes geschafft? Was war der erste Schritt dahin? Was hat ihm geholfen? | | |
| Bei Experten- und suchender B.: Zukunftsprojektionen erfragen (z.B. Wunderfrage)? <ul style="list-style-type: none"> • welche Zielfrage gestellt? • was damit bewirkt? | (z.B. wenn Therapie geholfen hat, wie sähe dann Ihr Alltag anders aus?) | |
| Erster Schritt in Richtung Ziel? <ul style="list-style-type: none"> • welche Patientenformulierung kam dazu? • welche Hausaufgabe formuliert? Skalenfrage | (mit konkretem Handlungsschritt!) (Beobachtungs-, seltener Tu-Auftrag?) | |
| Rückfallvorhersage? „schwere Arbeit“? | | |
| Hinweise zum nächsten Mal? | Termin soll Pat. selbst wählen | |

Fortsetzungsinterventionen GOG bei weiteren Kontakten

- Sie haben im **Erstkontakt** die o.g. **Komplimente** GOG gemacht,
- durch eine **Zielfrage** die Vorstellung des Gesünderen ermöglicht und
- eine machbare **Hausaufgabe** als **ersten Schritt** erarbeitet,
- zuletzt auch die **Rückfallvorhersage** gemacht und
- eventuell auch den Hinweis gegeben, daß der erste Schritt natürlich **schwere Arbeit** ist.
- Und Sie kündigen an, daß Sie **beim nächsten Mal als erstes fragen werden, was in der Zwischenzeit „schon besser war“**.

Nun kommt der Patient wieder und um den Blick sofort auf das Gesündere zu richten, fragen Sie: „Was war seit dem letzten Mal schon besser?“, „Woran konnten Sie das merken?“, „Wie hat sich das ausgewirkt, woran merkte das Ihre Umgebung?“, „Wie haben Sie das geschafft, was hat Ihnen dabei geholfen?“ Bei **Suchenden Beziehungen** besser: „Was haben Sie seit dem letzten Mal Gutes getan?“

Bei **Klagen sollten Sie die einzelnen Tage daraufhin durchgehen**, wann es anders = besser war. Sie können auch fragen, welches **der beste Tag der letzten Woche** war. Und dann wieder die o.g. Fragen. Wenn alles „immer gleich schlecht war“, können Sie fragen, an welchem Tag es am schlimmsten war (**worst case Frage**): davor und danach war es also besser.

Bei der Schilderung von Beschwerden i.S. von **Rückfällen** fragen: „Konnten Sie etwas lernen aus dem Rückfall?“ „Gab es eine günstige Konsequenz aus dem Rückfall?“ „Hat sich durch den Rückfall in der Umgebung etwas Positives getan, was Sie bisher nicht beachtet hatten?“ „Was hat Ihnen geholfen, trotz des Rückfalls nicht aufzugeben, sondern weiterzukämpfen (weiterzumachen, die Kurve zu kriegen)?“ „Wie haben Sie den Rückfall beendet?“

Bei der Schilderung von **Tagesproblemen** fragen „Wie haben Sie die bewältigt, was hat Ihnen dabei geholfen?“

Verbesserungen spezifizieren:

Einzelheiten der Verbesserungen genau erfragen: „Wann war das?“ „Was geschah vorher und was danach?“ „Wer hat die Verbesserung noch bemerkt? Wer hat noch darauf reagiert? Hat jemand davon gesprochen?“

Dann weiter: „Was hat dabei geholfen? Welche Möglichkeiten konnten Sie nutzen?“

Und zum **ersten Schritt:** „Wie haben Sie es geschafft, soweit zu kommen und diesen Schritt zu tun? Woher wussten Sie, daß Sie gerade in diesem Moment das Richtige taten (den Schritt tun wollten, konnten)?“

Keine Warum-Fragen, nur: Wann war es besser? Was haben Sie gemacht? Wie haben Sie das geschafft? Wie hat sich das ausgewirkt, auch auf andere?

Verstärken der Verbesserungen:

- **Averbal:** vorbeugen, Augenbrauen bedeutungsvoll heben, Notiz machen, die Hände heben
- **Verbal:** sagen Sie das bitte nochmal! Sie haben was gemacht?! Komplimente Immer nur die Worte des Patienten wiederholen, nicht in eigene Worte „übersetzen“! Oder pacing mit Kopfnicken und ja, jaja..
- Komplimente im Beziehungskontext: „Wie haben Sie das gemacht, daß Ihre Frau so positiv reagieren konnte?!“

Im Praxisalltag – und bei Klinikvisiten - wird wohl häufig die Skalenfrage benutzt werden können, um die Zielvorstellungen in die Gegenwart zu bringen und den ersten Schritt für weitere Verbesserungen zu erarbeiten; dieser wird dann die nächste Hausaufgabe.

Für absaufende Therapeuten am einfachsten, die Symptomsequenz genau erfragen: „Können Sie mir noch einmal genau beschreiben, wie Ihre Beschwerden ablaufen. Wie fängt das an .. und dann .. und dann....? – Und direkt davor ..?“ Die Ausnahmen ergeben sich aus dem Auf und Ab.