

Beziehungsgestaltung zur Raucherentwöhnung

Dr. med. Dorothea Thomaßen

Zusammenfassung:

In der Behandlung zur Raucherentwöhnung werden Therapieverfahren wie Akupunktur und Hypnose eingesetzt. Ziel des vorliegenden Artikels ist es nicht, diese oder andere Methoden bezüglich ihrer Wirksamkeit zu vergleichen. Grundgedanke ist vielmehr, dass das therapeutische Verfahren wirksamer wird, wenn eine Entzugsbehandlung in einen passenden kommunikativen Rahmen eingebettet ist.

Elemente der Beziehungsgestaltung sind Zielfokussierung, Ressourcenabklärung, die Nutzung von zustandsabhängigem Lernen sowie die Nutzung der Erfahrung des Gespaltenseins, wie sie im Nikotinentzug auftreten. Die

Therapie wird zu einem Ritual des Abschieds und des Neubeginns. Das vorgestellte Konzept kann mit verschiedenen Behandlungsmethoden kombiniert werden.

Schlüsselwörter: Raucherentwöhnung – Zielorientierung – Ressourcenabklärung – Zustandsabhängiges Lernen – Ritual

Abstract:

In Smoking Cessation Treatment Program, several approaches have proven to be efficient (i.e. Acupuncture and Hypnosis). The following article does not aim for a comparison of efficiency, but rather the proposition that the Embedment of the treatment methods, in a context of a supportive relationship and a style of communication, is

crucial for effectiveness. The following concept of Relationship Variables can be combined with a variety of approaches. Elements are: Orientation and Elaboration towards the treatment goal, Resource Assessment, the knowledge of State Dependent Learning, as well as Utilisation of Dissociation as it is happening during the withdrawal process. In this context, any applied method serves as a ritual for letting go and creating a new beginning.

Keywords state: Smoking Cessation – Goal-orientation – Assessment of Resources – State Dependent Learning – ritual

Einleitung

Der wissenschaftlichen Methodenvergleich versucht, den Placeboeffekt so weit wie möglich auszuschalten. Nur so lasse sich die Wirksamkeit einer Methode überprüfen. Selbst wenn eine Standardisierung der Rahmenbedingungen gelingt, kommuniziert der Rahmen „Anwendung einer therapeutischen Maßnahme im medizinischen Kontext“ sogar in einer Doppelblindstudie multiple wirksame Suggestionen. Dieser Ansatz vernachlässigt die Individualität des Patienten, als sei eine Methode nur dann wirksam, wenn sie hypothetisch bei fast jedem wirksam ist. Doch je heterogener eine Population ist, desto weniger vermag eine derartige Standardisierung über die Wirksamkeit einer Methode aussagen.

Dieser Aufsatz widmet sich der Frage nach einem kommunikativen Rahmen, in dem die Kompetenzen und Ressourcen des individuellen Klienten optimal genutzt werden.

Er ist keine verifizierbare Studie, sondern formuliert Kommunikationsstrategien zur Optimierung des Behandlungserfolges, die sich aus der praktischen Arbeit entwickelt haben. Die Wirksamkeit der Methoden Akupunktur und Hypnose wird als gegeben erachtet, ich erlebe beide in meinem Praxisalltag als effektiv.

Methode

Seit Jahren wird von staatlicher Seite, durch Ärzteverbände und Krankenkassen gute Aufklärungsarbeit hinsichtlich der Gesundheits-

schäden durch Rauchen geleistet. Große Teile der Bevölkerung können als informiert gelten, Rauchen hat eine generelle Abwertung erfahren. Vielen Raucher, die aufhören möchten, gelingt es, das Rauchen ohne therapeutische Hilfe aufzugeben. Nach meiner Erfahrung wird ärztliche Hilfe erst in Anspruch genommen, wenn der Entzug aus eigener Kraft nicht zu bewältigen war. Kognition allein hat dann nicht ausgereicht.

Wenn Raucher bei mir eine Entzugstherapie beginnen, fällt mir oft ihr abwertendes Selbstkonzept auf. Die gesellschaftliche Ächtung des Rauchens verbunden mit der Erfahrung, das Rauchen trotz besseren Wissens nicht aufgeben zu können, wird als demütigend, als Dummheit und Willensschwäche erfahren.

Aber gerade wenn es um die Auflösung von Abhängigkeit, mit anderen Worten um Autonomie geht, sind Selbstwertgefühl und Kompetenzen wesentliche Ressourcen für eine erfolgreiche Therapie. Die Kompetenzen und Ressourcen des Klienten sollen mit Hilfe der folgenden vier Elemente gefördert und genutzt werden:

1. Zielorientierung (1)
2. Ressourcenabklärung
 - a) Bereits erworbene Bewältigungsstrategien (1)
 - b) Ressource der Sucht (2)
 1. Provokation der Spaltung von mentalem Wille versus Körpererfahrung im Entzug
 2. Akupunktur oder Hypnose als Ritual des Abschieds und der Initiatio (3,4)

Das Konzept orientiert sich am ziel- und ressourcenorientierten Ansatz des Psychiaters Milton H. Erickson (5) und geht von der Vorstellung aus, dass jeder Klient seiner Individualität entsprechend behandelt werden muss. Dabei werden Klientenmuster spiegelnd benutzt.

Hauptteil

1. Zielorientierung

Fragt man einen Raucher, der das Rauchen aufgeben will, nach seinem Ziel, wird er in aller Regel antworten: „Ich will Nicht-Raucher werden.“ Eine solche Zielbeschreibung definiert das Ziel negativ, d.h. es wird nicht benannt, was erreicht werden soll. Vielmehr wird unter unendlich vielen Möglichkeiten nur eine ausgeschlossen. Wahrscheinlich wären die wenigsten Raucher damit zufrieden, wenn sie statt nikotin- z. B. kokainabhängig wären, auch wenn eine ausschließliche Kokainabhängigkeit streng genommen das Kriterium des Nichtrauchens erfüllen würde.

Das Herausarbeiten eines positiv benannten Ziels ist von hoher praktischer Relevanz. Sprache schafft Fokussierung, das Wort „Nicht-Raucher“ bleibt auf „Rauchen“ fokussiert.

Ein Alkoholiker oder ein Heroinabhängiger haben die Möglichkeit, ihr Ziel unter Umgehung des Suchtmittels zu benennen: Ein Alkoholiker wird nicht zum Nichtalkoholiker, er wird trocken. Ein Heroinabhängiger wird nicht zum Nichtjunkie, er wird

clean. Die positive Benennung eines Ziels erleichtert die Ausrichtung auf dasselbe, doch leider hat das Deutsche kein Wort für jemanden, der das Rauchen hinter sich gelassen hat. Ich bitte daher den Patienten bereits beim ersten Telefongespräch vor der Behandlung, ein Wort oder Wörter zu finden, die sein persönliches Ziel beschreiben.

Gewählt werden häufig Wörter wie frei, autonom, sauber, gut riechen, gut schmecken und gesund. Sie sind Geschenke an einen Therapeuten für eine erfolgreiche Therapie, denn es ist ein großer Unterschied, ob nur von Nichtrauchen geredet wird oder von Freiheit, Sauberkeit, Gesundheit, gutem Geschmack und gutem Geruch.

Es ist für meine Behandlungsweise wichtig, dass ein solches Wort/solche Wörter vor der Therapie gefunden werden. Etwas Positives, das der Klient mitbringt, ist eine Erfahrung der Eigenkompetenz – und mit kompetenten Klienten arbeitet es sich leichter. Außerdem bewirken ein Ausrichten auf Begriffe wie Freiheit und Autonomie sowie ein positives Ausmalen des Zielzustandes bereits eine wirksame mentale Umfokussierung.

Hypnotherapeutisch induziert die Frage nach dem Ziel eine Zukunftsprogression. Je deutlicher sich der Patient diesen Zustand vorstellt, desto stärker aktiviert er ihn bereits in sich. Wenn bei der ärztlichen Behandlung dann eine therapeutische Intervention erfolgt, muss diese den Prozess nicht mehr einleiten, sondern nur beschleunigen.

2. Ressourcenabklärung

a) bereits vorhandene Bewältigungsstrategien

Die meisten Raucher haben schon mehrfach versucht aufzuhören. Auch wenn bisher ein dauerhafter Abschied nicht erreicht wurde, gab es in der Regel Zeiten, in denen weniger geraucht wurde oder in denen jemand Wochen, Monate, bisweilen Jahre „frei“ war. Entgegen der verbreiteten Meinung: „Der hat schon so oft vergeblich versucht, aufzuhören, der schafft es auch dieses Mal nicht!“ zeigt empirische Forschung, dass die Wahrscheinlichkeit des endgültigen Abschieds von der Zigarette mit der Anzahl der Beendigungsversuche steigt (6).

Das ist leicht erklärbar: Mit jedem Versuch gewinnt der Klient Erfahrungen. Es kann den endgültigen Abschied von den Zigaretten erleichtern, wenn sich der behandelnde Arzt für Zeiten der Abstinenz interessiert: Was hat früher geholfen, den Entschluss in die Tat umzusetzen? Welche Rituale des Abschieds waren effektiv? Was hat beim Umgang mit oraler Bedürftigkeit geholfen? Welche Zeiten waren günstig für den Abschied: Urlaub oder möglichst viel Arbeit als Ablenkung? Wie wurden die mit der Zigarette gekoppelten Muster unterbrochen? Wie konnten andere Personen unterstützen, wie ist es möglich, diese Unterstützung zu bekommen? An dieser Stelle interessiert mich als Therapeutin auch, ob (und falls ja, wie) eine andere Sucht erfolgreich überwunden wurde. Solche Lernerfahrungen werden als Kompetenzen gewürdigt. Aus der Analyse früherer Entwöh-

nungserfahrungen entstehen individuelle Bewältigungsstrategien, diese wiederum stärken das Selbstwertgefühl und fördern den Entwöhnungsprozess. Bekanntermaßen werden zum Erhalt eines Zieles, das aus eigener Kraft und durch eigene Erfahrung erreicht wurde, mehr Energien mobilisiert.

b) Rauchen als Ressource

Viele Leser halten es vermutlich für vernünftig, am Rauchen kein gutes Haar zu lassen und finden es daher verblüffend, Rauchen als Ressource zu sehen. Zur Ablösung gehört aber auch die Einsicht, wo Zigaretten hilfreich waren, denn sie werden eine Lücke hinterlassen, die es zu schließen gilt. Je genauer man diese Lücke kennt, desto eher wird man einen Ersatz finden, der sich mit dem übergeordneten Ziel – z.B. nach Autonomie – verbinden lässt.

Wird die positive Funktion der Zigarette ausgeblendet, weil die generelle Abwertung des Nikotins zur Behandlungsstrategie gehört, kann sich das als Bumerang erweisen. Dann wirft man die Zigarette in hohem Bogen zur Vordertür der vermeintlichen Vernunft hinaus, um sie zur Hintertür der Bedürftigkeit wieder hereinlassen zu müssen.

Die Zigarette ist Pausenfüller, Kontaktleichterer, Schlankmacher, sie lässt cool aussehen, macht erwachsen, tröstet. Auch wenn sich das Wort Sucht etymologisch von siech ableitet, klingt in ihm Suche an. Das, was gesucht wird, ist eben auch ein Ziel des Klienten, etwas, was er gern erreichen oder behalten möch-

te, wenn auch zu einem anderen Preis. Diese (Sucht)-Ziele des Klienten behalten vor allem dann ihre Macht, wenn sie in einer Entweder-Oder-Logik an die Zigarette gekoppelt bleiben: schlank oder gesund, cool oder autonom. Zur Therapie gehört daher, Wege zu finden, wie man auf gesunde Art schlank bleiben, auf „saubere“ Art Pause machen oder coole Autonomie entwickeln kann. Die sprachliche Umfokussierung im Sinne einer Sowohl-als-Auch-Logik lässt Alternativen sichtbar werden.

3. Spaltungsphänomene der Sucht und ihre Provokation durch den Entzug

Um Veränderung zu ermöglichen, ist es hilfreich, sich mit einem lerntheoretischen Faktor zu beschäftigen: dem zustandsabhängigen Lernen (7). Darunter versteht man, dass Lerninhalte, die in einem bestimmten Zustand gelernt wurden, diesen Zustand brauchen, um verändert werden zu können. Das hat für Raucher eine besondere Relevanz: Gelernt wird das Rauchen meistens in der Pubertät, einer Zeit, in der „vernünftige“ Argumente von untergeordneter Bedeutung sind. Mit 15 denkt man kaum daran, dass es auch eine Zeit geben wird, in der man 25 ist. „Vernünftige“ Argumente erreichen Jugendliche selten, sie wollen vor allem anders werden. Ablösung und Abgrenzung als Pubertätsaufgabe fallen hier zusammen. Die Nikotinsucht wird somit häufig mit dem pubertären Ich assoziiert. Die Menschen, die meine Hilfe beim Nikotinentzug in Anspruch nehmen,

sind dagegen in der Regel älter als 30, die meisten sogar über 40 Jahre alt, und befinden sich erneut in einer Lebensphase der Neudefinition. Sie haben vernünftige Gründe, das Rauchen aufzugeben, bei vielen kommen bereits eigene Krankheitserfahrungen hinzu. Der Entschluss, die Sucht aufzugeben, wird von einem vernünftigen Erwachsenen-Ich vertreten. Das bedeutet, dass der „rauchende“ Persönlichkeitsanteil eine völlig andere Struktur aufweist und eine andere Sprache spricht als der zur Entwöhnung Entschlossene. Das heißt: Der eine Anteil erreicht den anderen nicht. Beide gegeneinander ausspielen zu wollen, führt zu einem Machtkampf innerhalb einer Person (auch hier entsteht wieder ein Entweder-Oder) und damit häufig zu ihrer Schwächung. Gehen Arzt und Klient hingegen respektvoll mit den intrapersonalen Anteilen um, kann dies zu Integration und Stärkung führen.

Raucher, die in mehreren Versuchen nicht von ihrer Sucht loskommen, sollten daher nicht als willensschwach, sondern als gespalten bezeichnet werden. Sucht impliziert ja gerade, dass Wille allein nicht genügt, um sich von dem Suchtmittel zu lösen, eine frustrierende und demütigende Erfahrung. Während der mentale Wille sehr genau weiß, weshalb man nicht mehr rauchen sollte, will der Körper rauchen. Diese Spaltung zwischen mentalem Wille versus Körpererleben einerseits und dem pubertären Persönlichkeitsanteil versus dem Erwachsenen-Ich werden im Entzug besonders drastisch durchlebt. Dies macht aber

auch die verschiedenen Anteile erkennbar, so dass man im Sinne einer Neuorganisation mit ihnen arbeiten kann.

4. Akupunktur oder Hypnose als Ritual des Abschieds und der Initiation

Diese im Entzug deutlich erlebten Spaltungserfahrungen führen zu Identitätsverunsicherung. Gerade sie aber erleichtert eine Umorientierung, vor allem, wenn sie mit Kompetenz und Perspektive gepaart ist. Daher ist die Entzugssituation eine ideale Situation für Integration. Die Themen sind Abschied und Eintritt in ein neues Lebensstadium. Rituale können einen solchen Übergang sehr erleichtern. Im Gegensatz zu Übergangsritualen wie Taufe oder Beerdigung aber ist die Eigenleistung ein wesentlicher Bestandteil von Initiationsriten, da diese immer Elemente einer Prüfung enthalten. Die Bereitschaft des Klienten, sich dem Entzug auszusetzen, repräsentiert ein solches Element.

Die Signalwirkung von Ritualen entsteht auch aus der Magie des Rituals und der Überhöhung gegenüber dem Alltag. Sowohl Akupunktur als auch Hypnose besitzen – über ihre medizinische Wirksamkeit hinaus – Elemente, die sich rituell nutzen lassen:

1. Sie besitzen die Faszination des Fremden und überhöhen so den Alltag.
2. Sie werden faktisch erlebt. Der Übergang findet nicht in Gedanken, sondern als Erfahrung statt.

3. Sie nutzen das Vorhandene. Es wird nichts hinzugefügt, das Vorhandene wird nur bewegt.

5. Konkretisierung des Ablaufs

Eine Therapie beginnt, wenn der Patient sich zur Therapie entschließt und ist beendet, wenn er sein Ziel erreicht hat. Beides bedarf nicht unbedingt eines Arztes.

Wenn wir einbezogen werden, ist es unsere Aufgabe, diesen Prozess zu fördern. Leider zieht schon der erste magische Moment in der Regel ungenutzt vorbei: Die telefonische Kontaktaufnahme zur Vereinbarung eines Behandlungstermins. Weil der Patient mit diesem Anruf einen für ihn entscheidenden Schritt tut und er den Therapeuten noch nicht kennt, wird er ihm mit hoher Aufmerksamkeit zuhören. Daher empfiehlt es sich, die telefonische Terminvereinbarung nicht der Arzthelferin zu überlassen, sondern sie dazu zu nutzen, um persönlich und vor der Behandlungssitzung einige vorbereitende Instruktionen zu geben.

1. Ich bitte den Anrufer, bis zum vereinbarten Termin eine positive Zielbeschreibung zu formulieren und sich zu überlegen, welche seiner bisherigen Erfahrungen ihm nun helfen könnten. Dies bewirkt schon vor der Behandlung eine zielfokussierte Zukunftsprogression und eine kompetenzorientierte Exploration der Vergangenheit.
2. Zusätzlich bitte ich darum, drei Tage vor dem vereinbarten Termin mit dem Rauchen aufzuhö-

ren. So entsteht ein Entzug zu Behandlungsbeginn, den ich damit begründe, dass die gewählte Methode dann am Besten funktioniert. Die kompetenz- und lösungsorientierte Ausrichtung dieses ersten Gesprächs sollen helfen, sich auf den Entzug einzulassen.

3. Als Therapieverfahren kann ich Akupunktur und Hypnose anbieten. Die Wahl der Behandlungsmethode überlasse ich dem Patienten. Manche Menschen wünschen keine Nadelbehandlung, andere schließen eine Hypnose für sich aus. Die Frage: „Möchten Sie lieber mit Akupunktur oder Hypnose aufhören zu rauchen?“ ist de facto eine Pseudowahl, denn sie impliziert: Egal, welche Methode Sie wählen, Sie werden mit dem Rauchen aufhören. Die Frage verbindet das Ziel mit einer Wahlmöglichkeit, das Entscheidende hierbei ist, dass selbst zu wählen Autonomie bedeutet. Da die Wahlmöglichkeit nur das „Wie“, aber nicht das „Was“ betrifft, verstärkt sie die Zielfokussierung und damit den Behandlungserfolg.

Eine Sitzung dauert etwa 90 Minuten. Sie beinhaltet die Exploration des Ziels und der Ressourcen des Patienten. Die Frage nach der Ressource des Rauchens stelle ich erst jetzt, da sie sich im Vorfeld schwächend auswirken könnte. Mit diesen Informationen kann eine Strategie des Selbstmanagements entwickelt werden. Diese sollte positiv formuliert werden, d.h. es sollte

zum Ausdruck kommen, was getan werden kann und nicht, was nicht getan werden kann. Wörtliche und mehrfache Wiederholung der Strategieformulierung des Patienten durch den behandelnden Arzt erhöhen deren Wirksamkeit. Darüber hinaus ist es förderlich, die Worte für den Zielzustand immer wieder einfließen zu lassen, z.B. „Seien Sie ruhig so autonom, sich Ihre eigenen Gedanken über Freiheit zu machen. Wenn Coolness ein Wunsch von Ihnen ist, werden Sie vielleicht auch hier eine gesunde Lösung finden.“ Auch ohne Induktion eines formalen Trancezustandes befindet sich der Klient in einem Zustand fokussierter Aufmerksamkeit, der offen ist für die suggestive Wirkung repetitiver Sprachmuster.

Die Aufklärung zur Behandlungsmethode halte ich so knapp wie möglich, einerseits der Sorgfaltspflicht genügend, andererseits aber den Reiz des Exotischen wahrend. Angestrebt ist, das Ziel der Ablösung von der Zigarette in einer Sitzung zu erreichen.

Wie oben ausgeführt, stellt der Entzug eine Spaltungserfahrung dar. Musterspiegelung bezogen auf Akupunktur bedeutet, dass ich Körper- und Ohrakupunktur kombiniere und sowohl ableitende als auch auffüllende Techniken anwende. Dabei erlebe ich häufig, dass ein Bedeutungsbezug durch den Klienten hergestellt wird. Zur Punktauswahl benutze ich kein festes Schema, sondern richte mich am Ohr nach der Sensitivität der von Ogil und Kolster (8) aufgeführten Punkte. Dies sind

neben den Punkten des NADA-Schemas (9) die psychotropen Punkte PT1 – 4, der Frustrationspunkt oder Punkte der postantitragalen Furche. Am Körper stellen der Funktionskreisbezug sowie die Druckdolenz die Auswahlkriterien dar. Punktekombinationen am Körper, die ich häufiger benutze, sind z.B. Lu7 auffüllend, Di4 neutral, Le3 ableitend oder aber Kombinationen der Rücken-Shu-Punkte.

Der Suchvorgang am Ohr und Körper schließt die Selbstwahrnehmung des Klienten ein und stellt Körperfokussierung her. Allein hierbei treten schon deutliche Entspannungsphänomene auf. Umgekehrt achte ich sehr darauf, wie viele Nadeln der Klient verträgt. Gerade am Ohr sind oft weniger als fünf Nadeln ausreichend. Die Akupunktur geschieht in einem dynamischen Beziehungsprozess, der durch die Körpererfahrung des Klienten „supervidiert“ wird.

Hypnotherapeutisch lassen sich ideodynamische motorische Phänomene besonders gut zur Musterspiegelung nutzen. Auch hier ist Körperwahrnehmung ein wichtiges Element.

Konkretes Behandlungsziel dieser Sitzung ist eine integrierte Körper- und Selbsterfahrung. Dies ist meiner Erfahrung nach sowohl mit Akupunktur, als auch Hypnose erreichbar. Die Therapie ist dann gelungen, wenn das, was zuvor als getrennt erfahren wurde, zueinander gefunden hat. Das heißt im Idealfall, dass der Klient nicht nur aufgehört hat zu rauchen, sondern sich auch sein Zustand verändert hat.

Am Ende der Behandlung weise ich darauf hin, dass bei Bedarf weitere Unterstützung möglich ist und bitte darum, mich anderenfalls in 4 Wochen nach dem Erfolg der Behandlung erkundigen zu dürfen.

Diskussion

Vielen Lesern wird aufgefallen sein, dass suggestive Kommunikationsmuster auch ohne formale Induktion eines hypnotischen Zustandes verwendet werden. Statt des Wortes Suggestion bevorzuge ich das Wort Fokussierung. Die Berechtigung für dieses Vorgehen beziehe ich aus einer klaren Auftragsklärung. Wenn ich einen Auftrag annehme, sehe ich mich verpflichtet, bewußt einzusetzen, was ich über Zielerreichung und Sprache weiß.

Auftragszentrierung bedeutet auch, dass ich nur mit tatsächlich vom Klienten gestellten Aufträgen arbeite. Aufträge wie: „Eigentlich sollte ich aufhören.“, „Mein Partner/Partnerin will...“, „Mein Arzt sagt, ich ...“ oder Wünsche von Eltern, die ihre pubertierenden Kinder mit Sätzen wie „Sorgen Sie dafür, dass...“ bringen, nehme ich nicht an. „Kein Auftrag, keine Therapie“ ist auch eine Musterspiegelung. Eine Auftragsablehnung findet aber erst beim vereinbarten Termin und nicht schon im telefonischen Vorgespräch statt. Das Telefongespräch dient nur der Vorbereitung der Auftragsklärung. Auch sollte zwischen beiden Kontakten unbedingt einige Zeit vergehen, da dies Raum für eigenständige Prozesse des Klienten schafft. Verbesserungen vor Beginn einer neuen Behandlung sind ein häufig zu beobachten-

des Phänomen. (1) Die erwähnten Instruktionen beim ersten Telefonat sollen diese Dynamik erhöhen. Ist es in der Behandlungssituation jedoch nicht möglich, zu einer Auftragsklärung zu kommen, kann die Auftragsablehnung durch den behandelnden Arzt eine Intervention darstellen. Selbstverständlich wird in jedem Fall das Honorar für die Sitzung fällig. Manchmal bekommt man dann das Feedback: „Sehen Sie, ich habe es auch ohne Sie geschafft.“

Wenn ein Klient sich vor der Therapie auf eine Ziel- und Ressourcenorientierung einlassen und drei Tage zuvor mit dem Rauchen aufhören kann, gelingt eine Ablösung in einer Sitzung mit hoher Wahrscheinlichkeit.

In meiner Praxis fällt mir auf, dass Männer diese Vorarbeit häufiger leisten können als Frauen. Sie formulieren ihre Ziele klarer und können eher drei Tage lang auf Zigaretten verzichten. Auch die Haltequote liegt bei Männern höher; in oben genannter Konstellation beträgt sie nach vier Wochen nahezu 100 %. Bei Frauen hat nur etwa jede zweite bei Behandlungsbeginn bereits mit dem Rauchen aufgehört. Bei Rückfrage vier Wochen später hat jede dritte einen Rückfall. Als häufigster Grund wird die Gewichtszunahme angegeben. Mitunter wird sogar gesagt, der Rückfall sei eine bewußte Entscheidung für einen schlankeren Körper, der Entzug sei gut bewältigbar gewesen.

Nach dem Erickson-Grundsatz der Musterpassung bedeutet dies, dass das von mir angebotene Modell

deutlicher männliche Muster spiegelt. Die Bewertung solcher Unpassungen unterscheidet die Erickson'sche Ausrichtung von vielen anderen Therapieverfahren: Was diese als Widerstand durch den Patienten werten, gilt bei Erickson als fehlender Rapport von Therapeut zu Klient.

Wenn – unabhängig vom Geschlecht – in der Behandlung Ambivalenzen deutlich wurden, habe ich anfangs versucht, die mangelnde Eindeutigkeit durch eine stärkere Fokussierung auf das Ziel und die Klientenressourcen herzustellen. Dies gelang manchmal, häufiger aber wirkte sich das als zunehmend frustrierender Kraftakt meinerseits bei gleichzeitiger Zunahme von Zweifeln auf Seiten des Klienten aus. Eine ambivalente Haltung des behandelnden Arztes kann also zu einer größeren Eindeutigkeit auf Klientenseite führen. Hier wird es wichtig, die Ressourcen des Rauchens herauszuarbeiten. Die Behandlung ist dann auf Begleitung ausgerichtet und umfasst mehrere Sitzungen. Die verbesserten Behandlungsergebnisse durch Berücksichtigung der Ambivalenz unterstreichen die Bedeutung der Behandlungsbeziehung.

Manche Kollegen wird es erstaunen, dass ich die Wahl der Behandlungsmethode dem Klienten überlasse. Aber zum einen kommen Klienten häufig mit Vorerfahrungen in den jeweiligen Methoden und auf Empfehlungen durch erfolgreich Behandelte. Andererseits fürchten manche Menschen Nadeln in der Akupunktur bzw. einen Kontrollverlust unter Hypnose, so dass sie bestimmte Methoden für sich ausschließen. Die

Einstellung, die der Klient zur Behandlung mitbringt, ist von Bedeutung. Zusätzlich ist es für mich von großer Faszination zu erleben, dass beide Ansätze in der Praxis funktionieren. Wenn sich aber für so unterschiedliche Methoden wie Akupunktur und Hypnose ein gemeinsamer kommunikativer Rahmen beschreiben lässt, unterstreicht dies die Bedeutung der Beziehung zwischen Klient und behandelndem Arzt in der Raucherentwöhnung.

Es wurden Elemente vorgestellt, die je nach Klient kombiniert werden können und müssen. Dabei wurde sicher deutlich, dass es sich bei dem hier vorgestellten Konzept nicht um eine starre Empfehlung handelt.

Schlussfolgerung / Fazit

Vorgestellt wurde ein kommunikativer Rahmen für die Entzugsbehandlung von Rauchern, der auf den Erickson-Grundsätzen der Ziel- und Ressourcenorientierung sowie Musterspiegelung beruht. Dieser Rahmen kann mit verschiedenen Behandlungsmethoden wie Akupunktur, Hypnose u. a. kombiniert werden. Der Einfluss der therapeutischen Beziehung auf den Erfolg der Behandlung wird betont.

Literatur

- (1) Prior M., Beratung und Therapie optimal vorbereiten. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag 2006
- (2) Gerl W., Reframing. In: Revensdorf D., Peter B. (Hrsg), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Berlin: Springer 2001
- (3) Kruse P., Dreesen H. N., Zur psychologischen und sozialen Funktion des Rituals. In: Hypnose und Kognition, Band 12, Heft 1, München: M.E.G.-Stiftung, April 1995
- (4) Gilligan St.G., Rituelle Übergänge in neue Identitäten. In: Hypnose und Kognition, Band 12, Heft 1, München: M.E.G.-Stiftung, April 1995
- (5) Rossi E. (Hrsg), Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson, Band 1 – 6. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag 1995
- (6) Prochaska J.O., Wie Menschen es schaffen, sich zu ändern, und wie wir noch mehr Menschen dabei unterstützen können. In: Hubble M. A., Duncan B. L. et.al. (Hrsg), So wirkt Psychotherapie. Dortmund: verlag modernes lernen 2001
- (7) Rossi E., Die Psychobiologie der Seele-Körper-Heilung. Köln: Synthesis Verlag 1991
- (8) Ogal H., Kolster B., Ohrakupunktur. Marburg: KVM Verlag 1999
- (9) Niedecker M., Akupunktur nach dem NADA-Protokoll am Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie (Vils). In: Deutsche Zeitschrift für Akupunktur 47 2/2004



Korrespondenzadresse:

Dr. Dorothea Thomaßen
 Fachärztin für Chirurgie
 B-Diplom DAEGfA
 Medizinische Hypnose M.E.G
 Hedderichstr. 104
 60596 Frankfurt
 Dorothea.Thomassen@arcor.de