

HILDE SCHRABACHER

„EINARMIG“ – DIE VERWENDUNG VON METAPHERN IN DER ARBEIT MIT PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIELERN



SOWOHL METAPHERN ALS AUCH

Glücksspiele sind in der Menschheitsgeschichte tief verwurzelt. Zu allen Zeiten und in allen Kulturen wurden Geschichten erzählt, „um zu unterhalten und um direkte oder auch indirekte Mitteilungen zu machen“ (Revenstorf, Freund & Trenkle, 2001, S. 240).

Wer in früheren Zeiten eine „weise“ Person nach Rat fragte, hörte anstelle einer einfachen Antwort nicht selten Gleichnisse, Parabeln, Märchen, Anekdoten und Geschichten (Hammel, 2009). Auch heute in der Psychotherapie spielt die Arbeit mit Metaphern eine große Rolle, da die Sprache von Klienten und Therapeuten voll von metaphorischen Wendungen ist (Klar, 2006).

Glücksspiele verfügen über eine ähnlich alte Tradition. Erste Hinweise über Glücksspiele sind bereits aus dem alten Ägypten, ca. 3. Jahrtausend v. Chr., bekannt. Seit jeher dienten sie dem Zeitvertreib und dem Vergnügen und dazu, die Sehnsucht nach Geld und Reichtum auszuleben (Grüsser & Albrecht, 2007).

Als Glücksspiele werden Spiele bezeichnet, die einen Geldeinsatz erfordern und deren Ausgang ganz oder überwiegend vom Zufall und nicht von den Fähigkeiten des Spielers abhängt (Meyer & Bachmann, 2000s). Wie aus Geschichte und Literatur bekannt ist, gab es schon immer einen gewissen Anteil an Spielern mit einer „ausufernden Spielleidenschaft“. Der flandrische Arzt und Philosoph Paquier Joostens, selbst ein Spieler, beschreibt bereits 1561 detailliert den Übergang vom harmlosen Freizeitvergnügen zur alles beherrschenden Sucht (Meyer, 2000).

PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL

Mit den Begriffen „pathologisches Glücksspiel“ bzw. „pathologisches Spielen“ soll ein problematisches Verhalten beschrieben werden, bei dem die Spieler „den Spielverlauf nicht mehr steuern können, weder bei Gewinnen noch bei Verlusten“ (Fröhlich, 1993, S. 165). Nach Horodecki (2010) werden als problematische Glücksspielarten in erster Linie Geldspielautomaten, Casinospiele, Wetten und Internetglücksspiele genannt.

Laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA ([On-line] verfügbar unter: <http://www.spielen-mit-verantwortung.de/gluecksspiele/uebersicht/index.php> [19.10.2012]) weisen sog. „einarmige Banditen“ das höchste Suchtpotenzial auf. Diese Glücksspielautomaten, die in Casinos zu finden sind, werden mithilfe eines Starthebels bedient. Daher rührt auch ihre Bezeichnung „einarmiger Bandit“. Damit sollte ursprünglich signalisiert werden, „dass er dem Benutzer wie ein Bandit das Geld aus der Tasche zieht, sobald man seinen Arm (Hebel) betätigt“ ([On-line]. Verfügbar unter: http://de.wikipedia.org/wiki/Einarmiger_Bandit [19.10.2012]).

Laut einer Studie des Zentrums für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg weisen etwa 1,1% der Österreicher zwischen 14 und 65 Jahren ein problematisches Glücksspielverhalten auf. Den höchsten Anteil (47%) stellen dabei „Automatenspieler“ dar (Kalke et al., 2011).

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN DES PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIELS

Im Jahr 1980 wurde daher erstmals von der American Psychiatric Association (APA) das pathologische Glücksspielverhalten als Diagnose in das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-III) aufgenommen und als Krankheit anerkannt (Horodecki, 2004). Die aktuelle Version dieses Klassifikationssystems (DSM-IV, Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003, S. 689-700) versteht unter „pathologischem Spielen“ ein andauerndes und wiederkehrendes fehlangepasstes Spielverhalten, das sich in mindestens fünf von zehn Merkmalen ausdrückt:

1. Der/die SpielerIn ist stark eingenommen vom Glücksspiel (z. B. starkes Beschäftigtsein mit gedanklichem Nacherleben vergangener Spielerfahrungen, mit Verhindern oder Planen der nächsten Spielunternehmungen, Nachdenken über Wege, Geld zum Spielen zu beschaffen)
2. muss mit immer höheren Einsätzen spielen, um die gewünschte Erregung zu erreichen
3. hat wiederholt erfolglose Versuche unternommen, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben

4. ist unruhig und gereizt beim Versuch, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben
5. spielt, um Problemen zu entkommen oder um eine dysphorische Stimmung (z. B. Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Depression) zu erleichtern
6. kehrt, nachdem er/sie beim Glücksspiel Geld verloren hat, am nächsten Tag zurück, um den Verlust auszugleichen (dem Verlust „hinterher jagen“)
7. belügt Familienmitglieder, den Therapeuten oder andere, um das Ausmaß der Verstrickung in das Spielen zu vertuschen
8. hat illegale Handlungen wie Fälschung, Betrug, Diebstahl oder Unterschlagung begangen, um das Spielen zu finanzieren
9. hat eine wichtige Beziehung, seinen Arbeitsplatz, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen wegen des Spielens gefährdet oder verloren
10. verlässt sich darauf, dass andere ihm/ihr Geld bereitstellen, um die durch das Spielen verursachte hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden

Weniger differenziert als im DSM-IV wird das pathologische Glücksspiel in der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, der sog. ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2000) beschrieben. Gemäß den diagnostischen Leitlinien des pathologischen Glücksspiels F63.0 besteht die Störung in häufig wiederholtem episodenhaften Glücksspiel, das die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte führt. ICD-10 differenziert weiters zwischen pathologischem und gewohnheitsmäßigem Spielen. Gewohnheitsmäßige Spieler spielen wegen der aufregenden Spannung oder um damit Geld zu verdienen. Bei schweren Verlusten oder anderen negativen Auswirkungen schränken sie ihr Spielen jedoch zumeist ein.

Obwohl die genannten Kriterien in ihrer Formulierung an die entsprechenden Merkmale für eine Abhängigkeitserkrankung erinnern, ist pathologisches Glücksspielen in beiden Klassifikationssystemen als Impulskontrollstörung eingeordnet (Bachmann, 2000). „Die Notwendigkeit, krankhaftes Glücksspiel als Sucht zu

begreifen und als Glücksspielsucht zu benennen, wird eindrücklich dadurch untermauert, dass viele der Betroffenen ihr eigenes Verhalten als süchtiges Verhaltensmuster beschreiben. (...) In ihren persönlichen Darstellungen des krankhaften Glücksspiels schildern sie eine typische abhängigkeitsdynamische Entwicklung“ (Grüser & Albrecht, 2007, S. 32).

SUCHTBEGRIFF AUS SYSTEMISCHER SICHT

Die frühen Ansätze, die auf der Kybernetik erster Ordnung basieren (z. B. Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1977), entwickelten Theorien über beobachtete Systeme (z. B. sog. Suchtfamilien). Es wurde angenommen, der Therapeut stehe außerhalb des Systems und könne von einer unabhängigen Position aus beobachten und intervenieren. In den 80er-Jahren - mit dem Übergang zur Kybernetik zweiter Ordnung - änderte sich die Auffassung bezüglich eines unabhängigen Beobachters grundlegend: Der Therapeut wurde jetzt selbst als Teil des Systems gesehen, was dazu führte, dass Theorien über Beobachter, die ein System beobachten, entwickelt wurden. Dies hatte zur Folge, dass auch der Suchtbegriff von der Bewertung eines Beobachters abhängig wurde (Schindler, Küstner, Sack & Thomasius, 2005). „Süchtiges Verhalten ist ... in ein Netzwerk aus Beschreibungen und Zuschreibungen eingebunden, die von Beobachtern vorgenommen werden“ (Schweitzer & Schlippe, 2007, S. 195).

Nach Ludewig (1992, zitiert nach Schindler et al., 2005, S. 157) sollte es in einer Therapie demnach nicht mehr darum gehen, einen von außen definierten Problemzustand (z. B. Suchtverhalten) in einen Zielzustand (z. B. Abstinenz) zu überführen, sondern um die „Auflösung von Mitgliedschaften in Problemsystemen“, sodass sich die beteiligten Personen nicht mehr als Teil eines Problemsystems sehen.

THEORIEN ZUR ENTSTEHUNG VON SÜCHTIGEM VERHALTEN

Klein (2005) beschreibt süchtiges Verhalten als einen noch nicht vollzogenen, stagnierenden Übergangsprozess. Zentral ist die Annahme, dass die Bewältigung ei-

ner existenziell bedeutsamen Veränderung aufgrund des Suchtverhaltens zeitlich verzögert bzw. vermieden wurde. D. h., aufgrund einer anstehenden Veränderung erkennt jemand, dass die Struktur I für ihn nicht mehr passend ist. Er begibt sich in die Schwellen- und Umwandlungsphase, die durch Unsicherheit, Vieldeutigkeit, Orientierungslosigkeit und Unstrukturiertheit gekennzeichnet ist. Dort kommt es zur Suche nach alternativen Lebens- und Erlebensweisen. Werden allerdings nach einer gewissen Zeitspanne der Suche keine attraktiven Alternativen gefunden bzw. die eigenen Ressourcen für die fällige Veränderung als nicht ausreichend bewertet, kommt es zu einem Verharren in dieser Schwellenphase. Dadurch wird die Annahme der eigenen Unzulänglichkeit bestärkt und liefert so die Begründung für die Fortsetzung des süchtigen Verhaltens. Auf diese Weise kann die direkte Konfrontation mit einer neuen Lebenssituation verhindert werden. Es ist weder möglich, diese in Richtung der Struktur II (neuer Lebensabschnitt) noch in Richtung der Struktur I (zurück zu den alten Bedingungen) zu verlassen.

Im familiären System wird das süchtige Verhalten ausschließlich als individuelles Problem der Person bewertet. Dies führt dazu, dass vonseiten der Familie versucht wird, die Person mit süchtigem Verhalten (z. B. pathologischer Glücksspieler) wieder in die Struktur I zu integrieren, indem sie „wieder so wird, wie sie war“. Es kommt zu einem Oszillieren zwischen Struktur I (z. B. weniger spielen bzw. Abstinenz, geringes Konfliktpotenzial) und der Schwellenphase (erneutes/verstärktes Spielen, hohes Konfliktpotenzial). Das Verharren des Spielers in der Schwellenphase und das Verharren der

Familienangehörigen in der Struktur I werden zementiert. „Die gemeinsame Verhandlung über einen Übergang wird genauso vermieden wie der gemeinsame Übergang selbst. Stattdessen wird die Spaltung gefördert“ (Klein, 2005, S. 128). Dadurch wird das süchtige Verhalten unbeabsichtigt gefördert, stabilisiert und chronifiziert.

DIES FÜHRT IN DER FOLGE DAZU, DASS IM SOZIALEN SYSTEM DAS VERHALTEN DES SPIELERS ALS PROBLEMATISCH EINGESTUFT WIRD. DER ALS „SÜCHTIG“ BEWERTETE SPIELER VERSUCHT ALS REAKTION DARAUF SEIN SPIELEN EINZUSCHRÄNKEN BZW. VERSPRICHT DAMIT AUFZUHÖREN. IN DER FOLGE KOMMT ES IMMER WIEDER ZUM BRUCH DES VERSPRECHENS UND ZU ENDLOSEN BETEUE- RUNGEN, MIT DEM SPIELEN AUFZUHÖREN. ANGEHÖRIGE REAGIEREN DARAUF MIT VOR- WÜRFEN, LEEREN TRENNUNGSDROHUNGEN UND WUT, UND DIE KONFLIKTE NEHMEN ZU. DIESE KONFLIKTE WIEDERUM BEGÜNSTIGEN DAS SPIELEN, DA ES EIN VÖLLIGES ABTAU- CHEN VON DER AUSSENWELT ERMÖGLICHT. SOMIT WIRD EIN SÜCHTIGER KREISLAUF ERZEUGT UND AUFRECHTERHALTEN.

Schmidt (2010) spricht von Suchtverhalten als beziehungsgestaltender Intervention und meint damit, „dass Suchtverhalten vor allem ein verzweifelter Lösungsversuch ist, um Loyalitäten in wichtigen Beziehungen gerecht zu werden und zum Bestand von wichtigen Beziehungen beizutragen, welche als gefährdet erlebt werden“ (S. 336). Betrachtet man die Interaktionen in einem System, das sich um ein Suchtthema (z. B. pathologisches Glücksspiel) herum organisiert, so lässt sich ein Pendeln zwischen komplementären Phasen und

symmetrischen Dominanz- und Unterwerfungskämpfen feststellen. Eskalieren die Kämpfe und besteht die Gefahr eines Beziehungsabbruches, wird versucht, die Beziehung über das Suchtmittel zu regulieren.

Diese interaktionelle Dynamik findet ihre synchrone Abbildung in den intrapsychischen Prozessen der jeweiligen Familienmitglieder. „Internal spielen sich bei den Familienmitgliedern häufig massive Kämpfe der diversen Bedürfnis-‘Seelen’ (z. B. Loyalität in Beziehungen gegen Autonomiebestrebungen) ab“ (Schmidt, 2010, S. 336). Demzufolge versuchen Personen mit süchtigem Verhalten den widersprüchlichen Vorstellungen in sich gleichzeitig gerecht zu werden, obwohl sie ihnen als unvereinbar erscheinen. Um dieses Dilemma für sich zu lösen, versuchen sie, die Anteile und Wünsche in sich, die nicht systemkonform sind, aus ihrer bewussten Wahrnehmung abzuspalten.

Als zentrales Ziel einer Suchttherapie schlägt Schmidt (2010) vor, die Dissoziation zwischen den verschiedenen Seiten der Person mit süchtigem Verhalten und des Systems aufzulockern bzw. aufzulösen und stattdessen eine Integration mit Kooperation der verschiedenen Seiten (statt Kampf gegeneinander) anzuregen.

THEORIEN ZUR AUFRECHTERHALTUNG VON SÜCHTIGEM VERHALTEN

Nach Klein (2005, 2007) ist süchtiges Verhalten das Ergebnis eines sich selbst organisierenden Prozesses, der durch das Ineinandergreifen psychischer, biologischer und kommunikativer Prozesse entsteht und sich über die Zeit hinweg stabilisiert. Auf das pathologische Glücksspiel angewandt, kann man sich diesen Prozess folgendermaßen vorstellen: Aufgrund von Erfahrungen mit dem Glücksspiel (z. B. erzeugt Wohlbefinden, Entspannung, vermindert Stress, Sorgen, Langeweile etc.) hat sich im psychischen System des Spielers im Laufe der Zeit eine spezielle „Fühl-, Denk- und Verhaltensschiene“ (Ciompi 1999, zitiert nach Klein, 2007, S. 5) entwickelt, um unangenehm erlebte körperliche, psychische und soziale Ereignisse zu beheben. Das Spielen hat somit den Charakter einer Selbstmedikation bekommen. Diese Form der Selbstmedikation, die anfangs noch als Störung des Systems wahrgenommen wurde, wird jetzt im

biologischen System als normales Funktionieren eingebaut und führt im Laufe der Zeit zu unangenehmen Nebenwirkungen wie Toleranzentwicklung und Entzugerscheinungen (Horodecki, 2004; Mayer & Bachmann, 2000). Diese sich mit der Zeit einstellenden unangenehmen Nebenwirkungen werden wiederum durch vermehrtes Spielen im Sinne einer „Selbstmedikation der Nebenwirkungen der Selbstmedikation“ (Schwertl et al., 1998, S. 37) subjektiv reduziert.

Dies führt in der Folge dazu, dass im sozialen System das Verhalten des Spielers als problematisch eingestuft wird. Der als „süchtig“ bewertete Spieler versucht als Reaktion darauf, sein Spielen einzuschränken bzw. verspricht, damit aufzuhören. In der Folge kommt es immer wieder zum Bruch des Versprechens und zu endlosen Beteuerungen, mit dem Spielen aufzuhören. Angehörige reagieren darauf mit Vorwürfen, leeren Trennungsdrohungen und Wut, und die Konflikte nehmen zu. Diese Konflikte wiederum begünstigen das Spielen, da es ein völliges Abtauchen von der Außenwelt ermöglicht. Somit wird ein süchtiger Kreislauf erzeugt und aufrechterhalten.

„Obwohl prinzipiell in jedem System Alternativen denkbar sind und Ressourcen dafür zur Verfügung stehen, wird der beschriebene Prozess abgerufen, als ob diese Alternativen nicht vorhanden wären. Diese hochdifferenzierte Selbstorganisationsdynamik ist ... das Ergebnis fortwährend ausgewählter Lösungsoperationen der beteiligten autonomen Systeme“ (Klein, 2007, S. 9).

Auch Schwertl et al. (1998) beschreiben süchtiges Verhalten als einen sich selbst organisierenden Prozess, der in einer Selbstmedikation seinen Anfang nimmt und der letztlich den Charakter eines dauerhaften Ordnungsparameters entwickelt. Da im therapeutischen Alltag das Suchtverhalten häufig auf Abstinenz/Nichtabstinenz reduziert wird, stellt das Suchtverhalten weiterhin den zentralen Ordnungsparameter dar: Die subjektive Befindlichkeit, spielen zu müssen, unterscheidet sich in ihrem Freiheitsgrad nicht von der Order, nicht spielen zu dürfen. Das therapeutische Ziel sollte sein, dass das süchtige Verhalten seinen Charakter als Ordnungsparameter verliert, d. h., „am Ende sollte eine Handlungsmöglichkeit mehr bestehen“ (S. 39). Nach Luc Isebaert (1999) handelt es sich bei süchtigem Ver-

halten um eine Pathologie der Wahl, also um ein „Nicht-mehr-wählen-Können“ (S. 141). Das Glücksspiel könne beispielsweise für einen Spieler bedeuten, sich in eine angenehme Stimmung zu versetzen, abzuschalten etc. Es fällt ihm nicht ein, dass er diese Gefühle auch auf eine andere Weise erzeugen könnte. Er wählt automatisch das Spielen, das heißt, er wählt nicht mehr. Daher sollte eine Suchtbehandlung die Wiederherstellung der Wahlfreiheit zum Ziel haben.

PHASENHAFTER VERLAUF PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIELS

Bei den sog. „Phasen einer Spielerkarriere“ (Custer, 1987, zitiert nach Meyer & Bachmann, 2000) handelt sich um einen prototypischen Entwurf, der sehr gut veranschaulicht, wie die Suchtspirale zustande kommen kann und sich im Verlauf der einzelnen Phasen immer mehr zuspitzt.

In das *positive Anfangsstadium* (Gewinnphase) fallen erste, gelegentliche Kontakte mit Glücksspielen, die in der Regel mit positiven Erfahrungen verbunden sind: Das Eingehen von Risiken und bereits kleine Gewinne vermitteln positive

Gefühle, führen zu Entspannung und lenken von alltäglichen Problemen ab. In der Folge nehmen unrealistischer Optimismus und Fantasien über zukünftige, große Gewinne zu. Vorerst ist das Glücksspiel noch auf die Freizeit beschränkt, jedoch werden vermehrt Kontakte zur Spielerszene geknüpft, und der Spieler macht sein Selbstwertgefühl immer mehr von seinen Erfolgen im Glücksspiel abhängig (Horodecki, 2004; Meyer & Bachmann, 2000).

Im *kritischen Gewöhnungsstadium* (*Verlustphase*) nehmen Häufigkeit, Einsätze, Spieldauer und -intensität zu. Da aufgrund des Gewöhnungseffektes die gewünschte Wirkung mit der Zeit abnimmt, sind für den Spieler immer höhere Einsätze und Gewinne notwendig, um denselben Effekt (z. B. Erregung, Stressabbau)

hervorzurufen. Das Spielverhalten schleift sich als „gewohnheitsmäßiges Verhalten“ (Horodecki, 2009, S. 41) immer mehr ein und gewinnt eine Eigendynamik: Der Spieler versucht, entstandene Verluste durch erneutes Spielen zurückzugewinnen (chasing – den Verlusten hinterherjagen). Da die Verluste zunehmen, muss oft - damit das Spielen fortgesetzt werden kann - zusätzlich Geld beschafft werden, indem Kredite aufgenommen und Schulden gemacht werden. Der Spieler sieht das Geld zunehmend als Spielkapital. Dadurch verliert er jeglichen Bezug zum Wert des Geldes. Erleidet er erneute Verluste, werden diese bagatellisiert. Seiner Umgebung gegenüber verheimlicht der Spieler das exzessive Spielen. Schwierigkeiten in der Partnerschaft oder Ehe werden wiederum mit einer Flucht ins Spielen beantwortet. Hobbys, Freunde, Ausbildung, Beruf

DAS GLÜCKSSPIEL KÖNNE BEISPIELSWEISE FÜR EINEN SPIELER BEDEUTEN, SICH IN EINE ANGENEHME STIMMUNG ZU VERSETZEN, ABZUSCHALTEN ETC. ES FÄLLT IHM NICHT EIN, DASS ER DIESE GEFÜHLE AUCH AUF EINE ANDERE WEISE ERZEUGEN KÖNNTE. ER WÄHLT AUTOMATISCH DAS SPIELEN, DAS HEISST, ER WÄHLT NICHT MEHR.

werden immer mehr vernachlässigt. Obwohl der Spieler in der Regel mehr Zeit und Geld verspielt als beabsichtigt, hat er insofern noch Kontrolle über sein Spielverhalten, als dass es ihm (noch) gelingt, mit (auch mittleren) Gewinnen nach Hause zu gehen (Horodecki, 2009; Meyer & Bachmann, 2000).

Das *Suchtstadium* (*Verzweiflungsphase*) ist durch das Einsetzen des Kontrollverlustes gekennzeichnet: Hat der Spieler erst einmal begonnen zu spielen, kann er nicht mehr damit aufhören, bis er wiederholt sein gesamtes Geld, einschließlich der Gewinne, verspielt hat. Mäßiges und vernunftgesteuertes Spielen ist in diesem Stadium nicht mehr möglich (Meyer & Bachmann, 2000). Wiederholte Versuche, mit dem Glücksspiel endgültig aufzuhören, schlagen meist nach wenigen Ta-

gen bzw. Wochen fehl. Mit der Sucht einhergehend ist auch eine Veränderung der Persönlichkeit des Spielers beobachtbar: Seine Unzuverlässigkeit, Gereiztheit, Niedergeschlagenheit, innere Unruhe, Stimmungs labilität und Selbstverachtung nehmen zu, das Interesse an seiner sozialen Umwelt und sein Antrieb für andere Aktivitäten - außer dem Glücksspiel - nehmen immer mehr ab (Horodecki, 2009). Alles im Leben dreht sich jetzt um das Glücksspiel, es wird wichtiger als Familie, Freunde und Beruf. Durch das exzessive Spielen wachsen die Schulden immer mehr an. Die Geldbeschaffung erfolgt jetzt mitunter auf illegalem Wege (Unterschlagung, Betrug, Diebstahl). Die Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und psychische Belastung nimmt weiter zu und wird durch erneutes Spielen verdrängt. Dies führt wiederum zu einer weiteren Verschlimmerung der Situation und in der Folge zu erneutem Spielen (Meyer & Bachmann, 2000). Nach Grüsser und Albrecht (2007) wird „die Bindung an das Suchtmittel ‘Glücksspiel’ ... durch einen sich selbst verstärkenden Suchtkreislauf aufrechterhalten“ (S. 37).

METAPHERN

Lakoff und Johnson (2003) haben in ihrem 1981 erschienenen Buch „Metaphors We Live By“ für breites Interesse gesorgt, indem sie gezeigt haben, dass Metaphern ein allgegenwärtiges Prinzip der Sprache sind. Aber nicht nur unserer Sprache liegen Grundkonzepte zugrunde, die auf Metaphern in Form von Bildern gründen (z. B. „Stuhlbein“), sondern auch unsere Denkprozesse laufen weitgehend metaphorisch ab.

DEFINITION UND ERSCHEINUNGSFORM VON METAPHERN

Betrachtet man die Etymologie des Wortes Metapher, so zeigt sich, dass es sich aus den griechischen Wörtern „meta“ (über) und „pherein“ (tragen) zusammensetzt, was wörtlich „Übertragung“ bedeutet (Seidler, 2005). Bei einer Metapher handelt es sich um eine „Stilfigur, in der die Verdeutlichung eines Sachverhaltes durch einen anderen, analogen erfolgt“ (Lankton & Lankton, 2000, S. 19). D. h. Metaphern übertragen Bedeutungen von einem Sachverhalt auf einen anderen und

schaffen auf diese Weise eine Ähnlichkeit zwischen Dingen, die im Grunde verschieden sind (Oberlechner, 2005). Eine Metapher kann in verschiedenen Formen auftreten: in einzelnen Bildern, Symbolen, Gleichnissen, Witzen, Parabeln, Märchen, Fabeln, Sagen, Anekdoten und Geschichten (Klemm, 2003). Alltagssprachlich versteht man unter einer Metapher die kurze bildliche Darstellung eines Sachverhalts ohne viele Worte. Im therapeutischen Kontext wird der Begriff universaler verwendet. Gordon (1986, zitiert nach Revenstorff et al., 2001, S. 242) definiert die therapeutische Metapher „als Geschichte oder Anekdote, die einen bestimmten Erlebensbereich des Klienten beschreibt, ohne ihn explizit zu nennen, und eine neue, sinnvollere Perspektive eröffnet“.

FUNKTION VON METAPHERN IN DER THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG

Metaphern können dem Therapeuten dabei helfen, die Erfahrungswelt seiner Klienten besser zu verstehen und so die therapeutische Beziehung zu festigen (Levitt, Korman & Angus, 2000; Lyddon, Clay & Sparks, 2001, zitiert nach Oberlechner, 2005). Sie ermöglichen es, emotional schwer Beschreibbares in etwas Fassbares zu übersetzen, und es so verstehbar und greifbar zu machen (Carlson, 1996, zitiert nach Oberlechner, 2005). Sie lösen durch das Einführen eines neuen Kontextes Suchprozesse aus, indem der Klient versucht, seine Sichtweise in diesen Bereich zu übertragen. Sie regen die Fantasie und Kreativität bei der Lösung von Problemen an. Manche Metaphern sind darüber hinaus besonders geeignet, das Vertrauen der Klienten in ihre eigenen Fähigkeiten zu stärken. Sie dienen der Unterstreichung und Verdeutlichung von Argumenten da man sich an eine prägnante Metapher bzw. Geschichte leichter erinnert als an abstrakte Argumente (Revenstorff et al., 2001). Die Identifikation mit den handelnden Personen der Metapher, die stellvertretend für sie ein Problem lösen, kann Mut machen, ähnliche Schritte zu gehen. Auch vermag der Umgang mit Metaphern den Widerstand gering zu halten, da die Metapher das Problem auf einer indirekten Ebene in einen neuen Rahmen setzt (Klemm, 2003).

KLIENTEN BIETEN METAPHERN AN VS. THERAPEUT BIETET METAPHERN AN

„Auf einer Ebene ist eine Metapher ‘einfach nur eine Geschichte’, auf die nicht reagiert werden muss, auf einer anderen Ebene regt sie indessen zum Nachdenken an, zum Erleben und zu neuen Einfällen, die eine Problemlösung unterstützen“

(Lankton & Lankton, 2000, S. 19).

Metaphern, die Klienten anbieten, sind für die therapeutischen Gespräche immer geeignet, weil sie etwas über die Themen, ihre Dilemmata und ihre Lösungsvorstellungen verraten (Klar, 2006). Nach Hammel (2009) hat das Aufgreifen der Klientenmetaphern den Vorteil, dass der Therapeut dadurch direkt an den Themen und Denkweisen der Klienten anknüpfen kann. Er hebt hervor, dass die meisten Metaphern, die Klienten einbringen, ungelöste Probleme oder Problemlösungen beschreiben und unterscheidet seinerseits zwischen Problemmetaphern (z. B. sich auf dünnem Eis bewegen) und Lösungsmetaphern (z. B. das Licht am Ende des Tunnels sehen).

Gordon (1986, zitiert nach Revenstorf et al., 2001, S. 260) empfiehlt, „die Metapher des Klienten, d. h. seine Problemdarstellung ohne Lösungsmöglichkeiten in eine Metapher mit Lösungsmöglichkeiten zu übersetzen“. Dazu brauche es das Problem, das angestrebte Ziel und eine Strategie, die beides vereinigt. Wie so eine Strategie aussehen könnte, geht aus den Beschreibungen der bisherigen Lösungsversuche des Klienten hervor. „Durch sie beschreibt er, wo er feststeckt, was er versuchte und – implizit – was zu tun ist, damit das Ziel erreicht wird“ (S. 261). Hammel (2009) führt dazu drei Möglichkeiten an, um eine Problemmetapher in eine Lösungsmetapher umzubauen: über ihre Regellogik, Ausnahmelogik oder Trickfilmlogik. Bei der Regellogik soll der Therapeut die Regeln, die der Metapher zugrunde liegen, ausformulieren und sie mit dem Klienten gemeinsam konsequent weiterdenken, bis die dort gültigen Lösungen klar ersichtlich sind. Der Klient wird bei dieser Vorgehensweise unbewusst nach „strukturanalogen (isomorphen) Lösungsstrategien“ (S. 253) suchen, die ihm letztendlich einen veränderten

Umgang mit der belastenden Situation ermöglichen. Bei der Ausnahmelogik formulieren Therapeut und Klient gemeinsam Ausnahmen und Variationen der Metapher. Man kann den Klienten auch fragen, wie er sich die positive Fortsetzung der Geschichte vorstellt. Bei der Trickfilmlogik wird die vom Klienten verwendete Metapher mit einem Zeichentrickfilm verglichen, den er selbst in seinem Kopf produziert. Da in Trickfilmen alles möglich erscheint, kann der Klient so verschiedene Veränderungen an seinem Bild vornehmen. Die auf diese Weise umgebaute Metapher eröffnet dem Klienten eine veränderte Sicht der Wirklichkeit. „Die innere Landkarte seiner Werte und Überzeugungen wird nicht ausgetauscht, sondern aus einer Lösungsperspektive neu aufgelegt“ (Hammel, 2009, S. 252).

Therapeuten können von sich aus dem Klienten Metaphern anbieten, um einen Sachverhalt verständlicher zu machen bzw. etwas zu verdeutlichen. Bei den meisten Metaphern, die Therapeuten in die Therapie einbringen, handelt es sich um Gleichnisse, die alternative Bedeutungen und Denkweisen nahe legen bzw. eine Botschaft vermitteln sollen. Als Beispiele können hier biblische Gleichnisse, Sufi- und chassidische Geschichten, Koans und Erzählungen von M. Erickson etc. genannt werden (Klar, 2006).

Nach Gordon (1986, zitiert nach Revenstorf et al., 2001, S. 245) ist eine Metapher therapeutisch wirksam, wenn die Elemente, die in der Metapher vorkommen, die wichtigsten Beziehungen/Personen aus dem Problemkontext und das Muster der Problembewältigung repräsentieren. Darüber hinaus soll eine Lösung angeboten werden. Für Gordon ist die Struktur der Metapher entscheidend, nicht ihr Inhalt. Der Inhalt der Metapher muss nicht zwangsläufig der Situation des Klienten entsprechen. Hammel (2009) differenziert zwischen Metaphern und Beispielgeschichten. Metaphern stimmen strukturell mit der Situation, für die sie erzählt werden überein. Inhaltlich weichen sie eher ab, da sie aus einem anderen Kontext stammen. Beispielgeschichten weisen zusätzlich inhaltlich eine Ähnlichkeit zur aktuellen Situation auf. Demzufolge liegt der wesentliche Unterschied zwischen Metaphern und Beispielgeschichten darin, dass bei Metaphern vie-

le Elemente von einem Kontext in einen anderen übertragen werden, während bei einer Beispielgeschichte nur einzelne Elemente (z. B. handelnde Personen, Ort und Zeit der Handlung) gedanklich ausgetauscht werden müssen, damit sie auf die aktuelle Lebenssituation angewendet werden können. Eine weitere Unterteilung trifft Hammel (2009) nach ihrer therapeutischen Verwendung in Positiv-, Negativ- und Suchmodelle. Positivmodelle zeigen, wie Lösungsstrukturen in einem anderen als dem vom Klienten geschilderten Lebensbereich aussehen, die dann auf die Problemsituation zurückübertragen werden können. Negativmodelle zeigen, wohin eine Situation nicht führen darf, und was deshalb vermieden werden soll. Sie sollen Abwehr und Vermeidung gegen das gezeigte Verhalten erzeugen. Suchmodelle lösen bei den Klienten Ratlosigkeit und Verwirrung aus, da es schwierig ist, die Bedeutung der Geschichte für das eigene Leben zu beurteilen. Dies führt zu einer Such- und Fragehaltung, um dem Rätsel auf den Grund zu gehen.

METAPHERN IN DER ARBEIT MIT PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIELERN

In der Behandlung pathologischer Glücksspieler erfolgt zunächst die therapeutische Auseinandersetzung mit dem exzessiven Spielverhalten und dessen Folgen, danach erst sollte auf eine möglicherweise schon länger bestehende Hintergrundproblematik eingegangen werden (Horodecki, 2009). Da es sich bei der Motivation des pathologischen Glücksspielers, mit dem Spielen aufzuhören, um keinen statischen Zustand handelt, ist Motivationsarbeit ein wichtiger Teil des laufenden Therapieprozesses.

Prochaska & DiClemente (1992, zitiert nach Meyer & Bachmann) teilen den Motivations- und Veränderungsprozess in fünf Phasen ein:

- Präkontemplation (Vorüberlegung): Der Klient zeigt keine bzw. geringste Einsichts- und Veränderungsbereitschaft.
- Kontemplation (Nachdenken): Der Klient ist bereit über Probleme zu reden, nachzudenken, ohne jedoch praktische Handlungen vorzunehmen.

- Vorbereitung/Entscheidungsfindung: Der Klient will Veränderung und sucht Hilfe. Als therapeutische Ziele nennt Horodecki (2010) hier das konkrete Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten, um den Klienten zur Veränderung seines Verhaltens zu ermutigen und ihm bei seiner Entscheidungsfindung behilflich zu sein.
- Handlung/Umsetzung: Der Klient wird aktiv, hat sich für Veränderungen entschieden und begonnen seine Verhältnisse zu ändern. Als therapeutische Ziele nennt Horodecki (2010), die weitere Einsicht und Akzeptanz der Spielabstinenz zu fördern sowie die Zuversicht und Problemlösekompetenz des Spielers zu stärken.
- Aufrechterhaltung: Der Klient soll die Veränderungsprozesse weiterführen (z. B. die Spielabstinenz aufrechterhalten).

Dabei wird angenommen, dass die Therapie effektiver gestaltet werden kann, wenn man die Phase, in der sich der Betroffene aktuell befindet, berücksichtigt und die Interventionsstrategien und -methoden danach auswählt (Prochaska & DiClemente, 1992, zitiert nach Horodecki, 2010).

Nachfolgend werden Beispiele von Metaphern angeführt, die in den Phasen der „Vorbereitung“, der „Handlung“ und der „Aufrechterhaltung“ verwendet werden können. Damit soll gezeigt werden, dass Metaphern in Form von bildhaften Darstellungen und Geschichten eine wichtige Ergänzung zu anderen Behandlungsmethoden der Glücksspielsucht darstellen.

PHASE DER VORBEREITUNG

Nachdem das Glücksspiel sehr viel Platz im Leben des Spielers eingenommen hat, ist es für viele vorerst schwierig, sich ein Leben ohne Spielen vorzustellen. Daher ist es in dieser Phase wichtig, die Motivation und Zuversicht des Spielers, dass er dieses Ziel trotz Hürden erreichen kann, zu stärken (Horodecki, 2010). Dies kann durch die Metapher „Samenkorn“ (adaptiert und modifiziert nach Stulik & Heumayer, 2010) verdeutlicht werden. Die Motivation wird dabei mit ei-

nem aufkeimenden Samenkorn verglichen, das am Anfang gehegt und gepflegt werden muss, sodass es schließlich zu einer prächtigen Pflanze (oder einem Baum) heranwachsen kann. Der Therapeut kann auch betonen, dass mit jedem spielfreien Tag die Zuversicht - so wie das Samenkorn - wachsen und die Spielgedanken und das Spielverlangen abnehmen werden. Mittels Gestik kann das schrittweise kleiner werdende Spielverlangen bzw. die wachsende Zuversicht verbildlicht und unterstrichen werden (Horodecki, 2010).

Da die meisten Spieler an den Folgen ihres exzessiven Spielens zu leiden haben, kann durch das Aufzeigen einer Perspektive - für ein besseres Leben nach dieser schweren Zeit - die Motivation für eine Verhaltensänderung gefördert werden. Dazu kann die Metapher „*Taube Füße*“ (Hammel, 2009, S. 156) verwendet werden: „*Wenn du an einem kalten Wintertag lange durch den Schnee gewandert bist, dann kann es passieren, dass du deine*

Füße nicht mehr spürst. Und anfangs, wenn du ins Warme kommst, sind deine Füße noch immer taub. Vielleicht legst du sie auf eine Heizung - das Merkwürdige ist, dass sie erst dann zu schmerzen beginnen, nachdem die Kälte vorüber ist, und nicht vorher in Eis und Schnee. Ein Narr könnte sagen: ich taue meine Füße gar nicht auf, dann tun sie nicht weh. Doch wer erfahren ist, der weiß: Die Wärme schmerzt die kalten Füße nur für eine Weile. Man muss diese Phase überstehen, und wenn der Schmerz überstanden ist, dann wird es wohligh-warm und angenehm.“

Um die Entscheidung Richtung Spielabstinenz zu unterstützen, ist es wichtig, dass sich der Spieler nicht überfordert, indem er sich in zu kurzer Zeit zu viel vornimmt. Deshalb ist ein wesentlicher Schritt, dass er lernt, sich realistische (kurzfristige) Teilziele zu setzen, da dadurch Hoffnungslosigkeit und Stress verringert und die Zuversicht gestärkt werden können. Dies kann

durch die Metapher „Bergtour“ (adaptiert und modifiziert nach Stulik & Heumayer, 2010) verdeutlicht werden. Die Entscheidung, mit dem Spielen aufzuhören, kann mit einer geplanten Bergtour verglichen werden, die zwar gewisse Anstrengungen bereithält, aber auch Vorfreude verspricht. Anhand dieser Metapher soll dem Spieler verdeutlicht werden, dass der Gipfel (in diesem Falle die Spielabstinenz) nicht an einem Tag,

DIE ENTSCHEIDUNG, MIT DEM SPIELEN AUFZUHÖREN, KANN MIT EINER GEPLANTEN BERGTOUR VERGlichen WERDEN, DIE ZWAR GEWISSE ANSTRENGUNGEN BEREITHÄLT, ABER AUCH VORFREUDE VERSPRICHT. ANHAND DIESER METAPHER SOLL DEM SPIELER VERDEUTLICHT WERDEN, DASS DER GIPFEL (IN DIESEM FALLE DIE SPIELABSTINENZ) NICHT AN EINEM TAG, SONDERN SCHRITT FÜR SCHRITT, ERKLOMMEN WERDEN KANN, UND DASS ES DAZU EINER SORGFÄLTIGEN PLANUNG BEDARF.

sondern Schritt für Schritt, erklommen werden kann, und dass es dazu einer sorgfältigen Planung bedarf. „Wenn man einen erfahrenen Wanderer fragen würde, worauf zu achten ist, würde er wahrscheinlich sagen, dass es wichtig ist, eine Wegkarte bzw. eine geeignete Ausrüstung bei sich zu haben, sich die vorgenommene Strecke in kleinere Etappenziele einzuteilen, mit seinen Kräften gut hauszuhalten etc.“ Der Therapeut könnte dann fragen: „Angenommen, Sie wollten eine Bergtour unternehmen, was wären ihre ersten Schritte? Was die nächsten, worauf würden Sie achten?“

Für manche Betroffene kann es auch hilfreich sein, ihnen die Angst vor eventuellen Entzugserscheinungen zu nehmen. Das kann anhand der Metapher „Grippe“ (adaptiert und modifiziert nach Stulik & Heumayer, 2010) erfolgen. Die erste Phase der Spielabstinenz kann dabei mit einer Grippe verglichen werden, bei der

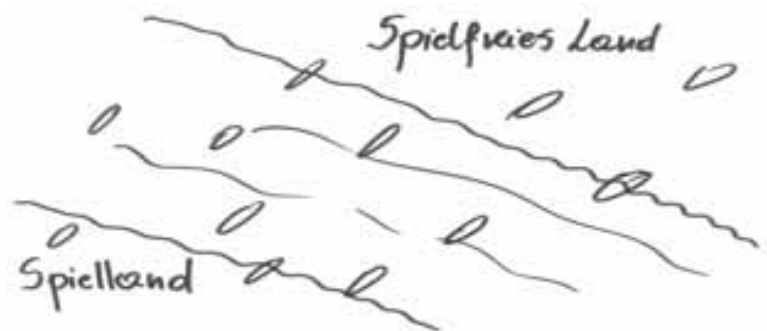
auch ähnliche Symptome auftreten können (wie z.B. Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Zittern, Schwitzen etc.). „Jeder, der schon einmal an einer Grippe erkrankt ist, hat die Erfahrung gemacht, dass der Körper einige Zeit braucht, um sich wieder zu erholen und um neue Energien zu tanken. Es kann vorkommen, dass man sich eine Zeitlang unwohl fühlt, weiß aber auch, dass dieser Zustand nicht von Dauer ist und die Symptome vorbei sind, sobald der Virus aus dem Körper gelangt ist. Eine Grippe kann unterschiedlich lange dauern; auch die Schwere ist unterschiedlich; sicher ist nur, dass sie nach einer Zeit vorbei ist und der Körper sich wieder erholt.“

Horodecki (2009, S. 58) schreibt „das Aufhören beginnt im Kopf, nicht am Automaten oder Spieltisch“. Daher ist der wichtigste Schritt zum Aufhören, dass der Spieler anfängt, eine Vision seines spielfreien Lebens zu entwickeln. Dies kann anhand der „Rubikon-Metapher“ (Horodecki, 2010) erfolgen. Diese „Flussmetapher“ kann verwendet werden, damit dem Betroffenen sein aktueller Standort klarer wird und um zu verdeutlichen, in welche Richtung es gehen soll, und welche energetische Investition (z. B. Ruderboot, Motorboot etc.) dazu nötig ist. Horodecki (2010) schlägt vor, während des Gesprächs mit dem Zeichnen anzufangen, und sobald die Neugier des Klienten geweckt ist, näher darauf einzugehen, indem man ihm die Zeichnung mit folgender Erklärung vorlegt: „Wenn ich Sie richtig verstanden habe, dann möchten Sie vom Spielland über diesen Fluss zum spielfreien Land gelangen. Sie sehen, es stehen einige Boote dazu zur Verfügung. Einige sind noch an Land, andere noch auf dem Wasser, andere wiederum haben bereits das spielfreie Ufer erreicht. Wenn Sie sich die Zeichnung genau ansehen, in welchem der Boote befinden Sie sich im Moment?“ Das gezeichnete Boot kann angemalt und mit dem heutigen Datum versehen werden. Danach können dazu weitere metaphorische Fragen gestellt werden, wie:

- Wo befindet sich das Boot? (Ist man noch im Spielland, bedeutet es mehr Anstrengung, als wenn man sich schon im spielfreien Land befindet)

- Um welche Art von Boot handelt es sich (z. B. Ruder-, Segel- oder Motorboot)? Damit kann man bewusst machen, mit welcher Anstrengung die Fahrt verbunden ist bzw. welche Einflüsse zu beachten sind (z. B. Segelboot ist vom Wind abhängig)
- Hat das Boot ein Navigationsgerät?
- Gibt es Wind? Handelt es sich dabei um Gegen- oder Rückenwind? Wie stark ist er?
- Wie stark ist die Strömung?
- In welche Richtung fährt das Boot? Ist die Richtung klar?
- Gibt es Hindernisse im Fluss? Wenn ja, welche? Wie kann man damit umgehen? etc.

In späteren Sitzungen kann man diese Fragen im Sinne einer Bestandsaufnahme erneut stellen, um die damit verbundenen Veränderungen, Erfolge bzw. Schwierigkeiten sichtbar zu machen (z. B. die Bootposition mit dem neuen Datum versehen).



Charakteristika Familie und Unternehmen. Kusemann (2004 S. 9)

PHASE DER UMSETZUNG/HANDLUNG

Um das Erreichen der Spielabstinenz des Klienten zu unterstützen, kann es sinnvoll sein, die generelle Ungeduld des Spielers zur Sprache zu bringen. Diese zeigt sich vor allem darin, dass der Spieler bisweilen seine Spielgedanken, seine Schulden und andere Probleme möglichst schnell „weghaben“ möchte. Allerdings braucht es seine Zeit, bis die Gedanken an das Spielen seltener werden und die verursachten Schulden zurückgezahlt werden können (Horodecki, 2009). Daher ist

es ein wesentlicher Schritt in der Therapie, Geduld als wichtige Komponente - beispielsweise anhand der Metapher „Vorankommen“ (Hammel, 2009, S. 239) – einzuführen:

Ein Lachs war auf einer Reise. Immer stromaufwärts ging sein Weg. Stromschnelle um Stromschnelle hatte er schon überwunden, Stein um Stein übersprungen. Sogar einige Wasserfälle hatte er mit Kraft und Geschick bewältigt. „Jetzt ist es nicht mehr lang“, sagte der Lachs schließlich zu sich selbst. „Ich erinnere mich an diese Stelle noch genau. Auf meinem Hinweg bin ich hier am ersten Abend gleich vorbeigekommen. Ich bin nun groß und stark geworden. In wenigen Stunden sollte ich am Ziel meiner Reise sein.“ Der Lachs vergrößerte noch einmal seine Anstrengungen. Schnell, noch schneller wollte er vorankommen. Doch die Strömung wurde immer stärker. War ihm der Weg flussabwärts kinderleicht gefallen, so schien der Rückweg nun die reinste Qual zu sein. Manchmal war er zu müde, um zu schwimmen, oft fehlte ihm die Konzentration für einen gezielten Sprung, mehrmals galt es die Angeln und Reusen der Lachsfischer zu umschwimmen, und einmal gar musste er der Tatze eines hungrigen Bären ausweichen. Immer wieder hielt er inne, um Kraft zu schöpfen. Der Fluss aber strömte unentwegt ins Meer. Am Abend schließlich stellte der Lachs fest, dass er nicht vorangekommen, sondern sogar noch zurückgetrieben worden war. Traurig und enttäuscht suchte er sich eine geschützte Stelle zwischen zwei Felsblöcken am Ufer. Er dachte nach. „Es muss möglich sein, das Ziel zu erreichen. Andere haben es schließlich vor mir geschafft. Aber wie?“ Da hatte der kluge Fisch eine Idee. „Ich will nicht mehr versuchen, möglichst schnell dort anzukommen, sondern nur noch, überhaupt voranzukommen. Alles, was ich also jetzt von mir verlange, ist dies: Ich will jetzt jeden Abend etwas näher am Ziel sein als morgens, das aber Tag für Tag. Irgendwann bin ich am Ziel! Wenn ich nur bis morgen Abend jedes Mal ein Stück vorankomme, so soll die aller kleinste Strecke mir genügen

– und sei es nur einen halben Zoll.“ Von da an fasste der Lachs neuen Mut. An manchen Tagen kam er kaum voran, doch meistens kam er sehr viel weiter, als er erwartete, und wenn es manchmal nicht so war, erinnerte er sich an seinen Vorsatz und war zufrieden. Nach ein paar Wochen hatte er sein Ziel erreicht, einen See nahe der Quelle, wo jener Fluss entsprang. Der Lachs schaute sich um. Noch hatten nur wenige andere Lachse diesen Ort erreicht. Die meisten versuchten noch, in ganz besonders kurzer Zeit am Ziel zu sein.

Viele Spieler haben im Rahmen ihres Spielproblems verlernt, mit Geld umzugehen. Daher wird es in der Therapie einerseits darum gehen, den eigenen Umgang mit Geld zu besprechen, andererseits diesen gegebenenfalls zu verändern. Dazu ist es hilfreich, sich Maßnahmen zu überlegen, die den impulsiven Umgang mit Geld erschweren (z. B. Daueraufträge, eigenes Konto sperren lassen). Auch eine vorübergehende zeitlich begrenzte Hilfestellung der Angehörigen bei der Verwaltung des Geldes kann überlegt werden. Einige Spieler

HÄUFIG IST ES SO, DASS SICH SPIELER NUR GEWINNSITUATIONEN VORSTELLEN. DAS IST SO, ALS OB SIE BEI IHREM VIDEOFILM AUF PAUSE GESCHALTET HABEN. ES WÄRE WICHTIG, DASS SIE IHRE FERNBEDIENUNG IN DIE HAND NEHMEN UND SICH DEN GANZEN FILM INKLUSIVE DER SCHLUSSZENE ANSEHEN.

können sich dadurch eingeschränkt und entmündigt fühlen (Horodecki, 2009). Um ihnen diese Art der „Hilfestellung“ näher zu bringen, kann die Metapher „Gipsphase“ verwendet werden: „Man kann sich die Geld-Fremdverwaltung wie eine Gipsphase vorstellen. Wenn Sie sich ein Bein brechen, brauchen Sie einen Gips. Er engt ein, hilft aber stabil zu bleiben. Später ist das Gipsbein weg, dann kann man mit einem Stock gehen, bis schließlich auch der Stock überflüssig wird.“ Spieler äußern häufig den Wunsch, Strategien zum Umgang mit dem Spielverlangen zu erlernen, um spiel-

frei zu werden. Eine mögliche Strategie besteht darin, Zeit zu gewinnen, abzuwarten und die Spielentscheidung hinauszuzögern (Horodecki, 2010). Dies kann durch die Metapher „Pizzaduft“ veranschaulicht werden. Man kann das Verlangen nach dem Spielen mit dem Vorbeigehen an einer Pizzeria vergleichen. „Eigentlich sind Sie nicht hungrig, aber der Pizzaduft ist so stark, dass Sie Lust auf eine Pizza bekommen. Wenn Sie schnell weitergehen, ist der Duft nicht mehr da.“ Oder man kann die Spielgedanken mit „*Wolken*“ vergleichen. „Tauchen Spielgedanken auf, so lassen Sie sie wie Wolken auf dem Himmel vorüberziehen.“

Wenn Gedanken ans Spielen kommen, ist es häufig so, dass sich Spieler oft nur die Gewinnsituation vorstellen. Wenn sie sich hingegen bewusst an den Ausgang der letzten Spielsituation erinnern, ist es für sie leichter, auf das Spielen zu verzichten (Horodecki, 2010). Um dies zu verdeutlichen, kann der Therapeut die Metapher „*Inneres Video einschalten und den ganzen Film (inklusive Schlussszene) anschauen*“ (adaptiert nach Horodecki, 2010) verwenden: „Häufig ist es so, dass sich Spieler nur Gewinnsituationen vorstellen. Das ist so, als ob Sie bei Ihrem Videofilm auf Pause geschaltet haben. Es wäre wichtig, dass Sie Ihre Fernbedienung in die Hand nehmen und sich den ganzen Film inklusive der Schlussszene ansehen.“

Immer wieder kommt es vor, dass sich Spieler, die bereits spielabstinent sind, über das noch vorhandene Misstrauen ihrer Angehörigen beschweren. Sie verstehen nicht, dass auch die Angehörigen Zeit brauchen, um das verloren gegangene Vertrauen wieder aufbauen zu können (Horodecki, 2009). Um dem Spieler dies zu verdeutlichen, kann das Bild der „Zeitverschiebung“ verwendet werden. Der Therapeut kann dem Klienten sagen: „Wenn der Spieler sich in Therapie begibt, hat er sich meist mit seiner Spielsucht auseinandergesetzt. Die Angehörigen beginnen sich erst viel später damit zu beschäftigen. Es gibt eine Zeitverschiebung. Diese mit den Händen zeigen. Die Angehörigen sind in der Zeit hinten nach. Sie wollen über das Thema reden, der Spieler hingegen will oft gar nicht mehr an das Thema erinnert werden. Es geht darum, eine Balance zu finden.“

PHASE DER AUFRECHTERHALTUNG

Die Aufrechterhaltung der Abstinenz ist für viele Klienten eine große Herausforderung. Um ihre Motivation hoch zu halten und Rückfällen vorzubeugen, ist es wesentlich, dass sie ein Verständnis dafür entwickeln, dass es sich bei der Abstinenz um eine langwierige Verhaltensänderung handelt (Stulik und Heumayer, 2010). Um den Klienten zu verdeutlichen, dass das Spielen etwas ist, welches sie lange begleitet hat, und dass diese „Gewohnheit“ einer bewussten, wiederholten Anstrengung für eine Veränderung bedarf, kann durch die Metapher „*Schublade*“ ausgedrückt werden. „Stellen Sie sich vor, Sie haben eine Kommode. Die Socken liegen in der obersten Schublade, die sonstigen Kleidungsstücke in der unteren. Dann tauschen Sie die beiden um. Sie werden merken, dass Sie längere Zeit in die falsche Schublade greifen. Dann werden Sie anfangen mitten in der Bewegung innezuhalten, weil Sie in die falsche Lade greifen wollten. Mit der Zeit werden Sie sich dann umgewöhnt haben, aber dazu sind mehrmalige Wiederholungen des neuen Verhaltens notwendig.“ Als Alternative kann die Metapher „*Pullover*“ (adaptiert und modifiziert nach Stulik & Heumayer, 2010) verwendet werden. „Angenommen Sie schlüpfen beim Anziehen Ihres Pullovers zuerst mit dem Kopf hinein und dann mit den Händen. Wenn Sie probieren, sich das umzugewöhnen, werden Sie sehen, dass es viele Wiederholungen braucht, bis Sie den Pullover automatisch auf eine andere Art und Weise anziehen.“

Zum Aufhören mit dem Spielen gehört auch das Umgehen mit eventuellen Rückfällen. Die Gefahr, in einer Stress- oder Belastungssituation zum Spielen als altbewährtes Lösungsmittel zu greifen, ist groß (Horodecki, 2009). Um diese Gefahr im Vorfeld zu minimieren, kann ein *imaginärer Notfallkoffer* zusammengestellt werden. „Wie bei einem Erste-Hilfe-Kasten kann es sinnvoll sein, für Notsituationen im spielfreien Leben gerüstet zu sein. Dazu können Sie Ihren persönlichen imaginären Notfallkoffer packen. Überlegen Sie sich drei Alternativen, die bisher in schwierigen Situationen am hilfreichsten waren, und legen Sie diese in den Koffer. So haben Sie ihre Strategien bei sich und können sie anwenden, wenn es schwierig werden sollte.“ Darin

können alle Strategien und Verhaltensweisen eingepackt werden, die man sich im Laufe der Therapie angeeignet hat (Stulik & Heumayer, 2010).

Sollte ein Rückfall geschehen, kann daraus gelernt werden. Manchmal zeigt sich beispielsweise, dass einige Überzeugungen (z. B. zu schnell zu große Geldbeträge bei sich tragen) zu revidieren sind (Horodecki, 2009). Diese Überzeugungen können mittels der Metapher „Marathon laufen“ thematisiert werden: „Mit größeren Geldbeträgen unterwegs sein, entspricht einem Marathonlauf. Wenn man aber wie Sie ein Bein gebrochen hatte, kann man nicht gleich wieder einen Marathon laufen.“

FALLBEISPIEL AUS DER PRAXIS

Maria, 54 Jahre, seit 28 Jahren verheiratet, 2 Kinder (Stefan, 28 Jahre, Tanja, 26 Jahre), Geldautomatenspielerin seit 3 Jahren, arbeitet seit 36 Jahren im öffentlichen Dienst. Seit ca. einem halben Jahr hatte Maria regelmäßig Geld aus der Betriebskassa genommen, um spielen zu gehen. Zuerst legte sie das entnommene Geld noch regelmäßig zurück, aber mit der Zeit hatte sie beim Spielen immer wieder größere Beträge verloren. Durch das „kurzfristige Ausborgen“ eines größeren Betrages (10.000 €) wollte sie diese Verluste wettmachen. Von dem erhofften Gewinn hätte sie ihre Schulden abdecken und die Betriebskasse wieder „auffüllen“ können. Derzeit ist sie wegen Veruntreuung, die durch eine interne Revision der Firma aufgedeckt wurde, vom Dienst suspendiert.

Bis zu diesem Tag wusste niemand von ihrem exzessiven Spielen, auch ihr Ehemann nicht. Nach diesem Vorfall nahm sie erstmals Kontakt zur ambulanten Beratungsstelle auf und informierte ihre Familie und Verwandtschaft darüber, dass sie „spielsüchtig“ sei. Maria meinte, *„dies war für alle ein großer Schock, aber ich wollte einfach nicht mehr lügen.“*

Im Vorfeld der Suchtentwicklung beschrieb Maria eine Reihe von Belastungen:

- Private Sorgen: Vor 8 Jahren stürzte ihr Ehemann aufgrund des Arbeitsplatzverlustes in eine schwere Depression; zur selben Zeit erkrankte ihre Tochter an Magersucht und erlitt bei einem Unfall eine

schwere Schädelverletzung, wobei unklar war, ob sie überleben würde. Es folgte ein langer Weg der Genesung.

- Finanzielle Belastungen durch Aufnahme eines Wohnungskredites (60.000 €).
- Berufliche Sorgen: Der Druck in der Firma hatte in den letzten Jahren zugenommen: Immer weniger Personal musste immer mehr Überstunden leisten; der eigene Handlungsspielraum wurde zunehmend als kleiner erlebt, und der Frust darüber wurde immer größer. *„Ich dachte mir, ich muss die restlichen Jahre noch irgendwie rüberbringen.“*

Maria beschrieb sich selbst als „spielsüchtig“. Sie litt unter massiven Spielgedanken. *„Ich träume nachts vom Gewinnen; überlege im Traum, ob ich weiterspielen soll.“* Sie erlebte sich als unruhig und gereizt, hatte wiederholt versucht, das Spielen zu kontrollieren bzw. einzuschränken. Dies war ihr nicht gelungen - im Gegenteil, die Spieleinsätze wurden immer höher. Wenn sie verloren hatte, ging sie am nächsten Tag wieder hin, um das Geld zurückzugewinnen. Sie belog ihren Ehemann, Freunde und Verwandte, um ihr exzessives Spielen zu verheimlichen. Sie hatte große Ängste in Bezug auf ihre Zukunft, litt unter Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen. *„Ich habe mir all die Jahre in der Arbeit nichts zuschulden kommen lassen, und jetzt habe ich mir auf einen Schlag meinen Ruf ruiniert.“*

Erstmalig kam Maria mit Geldspielautomaten in Kontakt, als sie vor drei Jahren mit ihren Schwiegereltern einen Ausflug in den Prater unternommen hatte. Sie besuchten dort eine Spielhalle, wo es „gratis Kaffee und Kuchen“ gab und Maria einen Geldspielautomaten „ausprobierte“. Da im Umkreis ihrer Arbeitsstelle viele Spiellokale mit Geldspielautomaten stehen, ging sie eines Tages - eher zufällig - nach der Arbeit hinein, um sich ein wenig „abzulenken“. Dort machte sie die Erfahrung, dass sie „von ihren Sorgen völlig abtauchen“ konnte. Mit der Zeit wurde dieses Verhaltensmuster immer häufiger. Im letzten Jahr ging sie täglich etwa 4 Stunden am Tag (vor, nach und während der Arbeit) spielen. *„Ich hatte das Gefühl, sonst bestimmen alle über mich, aber hier, am Automaten, da bestimme ich.“*

Am Wochenende ging sie nie spielen, da sie sonst „Erklärungsbedarf gegenüber ihrem Mann“ gehabt hätte. Aber kaum war sie in der Arbeit, setzte dieses „massive Spielverlangen“ ein. Als Ziele der Therapie nannte Maria „mit dem Spielen endgültig aufzuhören“ und „mit den Folgen, die durch das Spielen entstanden waren, zurechtzukommen“.

Mit Maria wurden zuerst wöchentliche, dann 14-tägige therapeutische Einzelsitzungen, wöchentlich stattfindende gruppentherapeutische Sitzungen sowie ein Termin bei der Schuldnerberatung und beim Psychiater der Beratungsstelle vereinbart.

Meine Haupthypothesen in der Arbeit mit Maria lauteten:

- „Das Spielen diene als Flucht vor bzw. Ablenkung von dem immer größer werdenden Frust in der Firma und von privaten Sorgen.“
- „Nehmen die Belastungen zu, ist die Gefahr groß, dass sie wieder zu spielen beginnt. Daher wäre es wichtig, die Belastungen zu reduzieren bzw. ihre Bewältigungsstrategien auszubauen.“
- „Die Unsicherheit im Ausgang des Disziplinarverfahrens zehrt an Marias Kräften. Wie kann sie diese Unsicherheit aushalten? Wie kann sie weiterhin bei Kräften bleiben? Ein wesentlicher Punkt wäre zudem, wie kann sie Geduld/Gelassenheit entwickeln?“
- „Maria wurde durch ihre Erfahrungen mit der Spielsucht in ihren ‘Grundmauern’ erschüttert, alles, was dazu dient, sie zu stabilisieren, zu stärken und ihr Selbstwertgefühl zu heben bzw. zu festigen, erscheint hilfreich.“

In den ersten Monaten standen folgende Themen im Vordergrund der Therapie: Umgang mit Spielgedanken/-verlangen sowie die Umsetzung und Aufrechterhaltung der Spielabstinenz. Mit zunehmender Stabilisierung wurde der Fokus verstärkt auf die Aufarbeitung der Folgen der Spielsucht gelegt (z. B. Rückzahlung der Schulden, Umgang mit ihrer Ungeduld, drohender Arbeitsplatzverlust, Schuldgefühle etc.). Zwischendurch war immer wieder die Disziplinarverhandlung an sich und deren (unsicherer) Ausgang Thema der therapeutischen Gespräche. Dabei ging es vor

allem darum, „wie kann Maria bei Kräften bleiben“ bzw. „wie kann Maria mit den möglichen Folgen wie z. B. Pensionierung/Entlassung umgehen“. Nachfolgend sollen Auszüge aus einigen therapeutischen Stunden dargestellt werden.

In der ersten Zeit der Therapie fiel es Maria schwer, mit dem aufkommenden Spielverlangen umzugehen. Sie beschrieb, dass sie die Spielgedanken nicht nur tagsüber, sondern auch in den Träumen verfolgen würden. *„Ich bin mitten im Spiel drinnen, denke nach, soll ich weiterspielen oder nicht.“* Marias Spielgedanken wurden positiv konnotiert „als ein wesentlicher Teil der Auseinandersetzung mit der Problematik und somit ein weiterer wichtiger Schritt Richtung Ziel“. Anhand der Metapher *„Samenkorn“* wurde versucht, ihre Zuversicht und Motivation zu stärken. Als symbolische Handlung wurde Maria die Anregung mitgegeben, sich eine Pflanze zu besorgen und ihr beim Wachsen zuzusehen. Wenn Maria ans Spielen dachte, stellte sie sich in der Regel nur Gewinnsituationen vor, wodurch ihr Spielverlangen deutlich zunahm. Dies wurde mit ihr anhand der Metapher *„Inneres Video einschalten und den ganzen Film (inklusive Schlusszene) anschauen“* thematisiert. Maria entwickelte folgende Strategien, um mit den aufkommenden Spielgedanken umzugehen:

- Sich abzulenken: *„Mit meinem Mann gemeinsam spazieren gehen, Musik hören, meine Plattensammlung sortieren, die Katze versorgen, mit meinem Mann gemeinsam kochen.“*
- Bankomatkarte abgeben, wenig Geld bei sich tragen, *„... nur ein paar Münzen, keine Scheine.“*
- Nicht alleine nach Wien fahren, *„... vorerst ist mir lieber, wenn mein Mann mich begleitet.“*
- Sport machen: *„Ich gehe laufen, wenn es schlimm wird, oder wandern.“*
- Sich mental vorzustellen, wie schlecht sie sich nach dem Spielen gefühlt hatte: *„Ich möchte mich nie mehr so erbärmlich fühlen, allein die Vorstellung schreckt mich ab.“*

Im Laufe der Zeit nahmen sowohl die Spielgedanken tagsüber als auch die konkreten Spielgedanken in den Träumen ab. *„Manchmal träume ich noch ein diffuses Gefühl, aber nichts Konkretes.“*

In einer der Stunden beschrieb Maria, dass ihr Mann – seit er in der Angehörigengruppe gewesen war – verunsichert sei. Er mache sich Sorgen, sie reagiere darauf gereizt. *„Er fragt ständig nach, hat Angst, wenn ich in Wien allein unterwegs bin ... Mein Nervensystem ist eh schon angeknackst, das ist für mich kontraproduktiv ...*

Das macht mich zornig, weil er ständig Fragen stellt. Durch seine Fragerei lenkt er den Fokus auf das, was ich vergessen möchte. Ich möchte Abstand zum Spielen, nicht ständig daran erinnert werden.“ Mittels der Metapher *„Zeitverschiebung“* wurde versucht, Maria dafür zu sensibilisieren, dass auch Angehörige Zeit brauchen, um das verloren gegangene Vertrauen wieder aufbauen zu können.

Nach etlichen spielfreien Monaten berichtete Maria, dass sie sich mit ihrer Cousine in einem Café getroffen hatte, in dem zufällig ein Spielautomat stand. In der Folge hatte sie sich kaum auf das Gespräch konzentrieren können, da erstmals seit langem der Wunsch zu spielen bzw. Spielgedanken aufgetaucht waren. Seitdem fühlte sie sich sehr verunsichert. *„Möchte gar nicht mehr ans Spielen denken, verdränge das ein bisschen. Wenn ich wieder spielen gehen würde, wäre ich zornig und enttäuscht von mir.“* Da Maria das Auftreten von Spielgedanken mit *„sofort spielen gehen“* gleichsetzte, wurde versucht, folgende Unterscheidung einzuführen: Ein Spielgedanke bedeutet nicht automatisch, spielen zu gehen. Um dies zu verdeutlichen, wurden die Metaphern *„Pizzaduft“* und *„Wolken“* verwendet. Weiters wurde das Auftauchen von Spielgedanken ein Stück weit normalisiert, um dem Ganzen den Schrecken zu nehmen: *„Es kann sein, dass von Zeit zu Zeit ein Gedanke auftaucht, das ist nichts Ungewöhnliches, ist ein Stück weit normal.“*

In einer der darauf folgenden Stunden wurde eine *„Zwischenbilanz“* gezogen, mit der Aufforderung, ein Bild zu finden, das zeigen würde, wo sich Maria in Bezug auf das Spielen sah.

M.: *„Ich habe mich selbst eingegraben, jetzt muss ich*

mich wieder ausgraben ... Ich bin im Sumpf gestanden, der hat mich immer mehr hinuntergezogen.“

Th.: *„Auf welchem Untergrund stehen Sie jetzt in Bezug auf das Spielen? Wie ist der Boden – falls einer vorhanden ist - beschaffen?“*

NACH ETLICHEN SPIELFREIEN MONATEN BERICHTETE MARIA, DASS SIE SICH MIT IHRER COUSINE IN EINEM CAFÉ GETROFFEN HATTE, IN DEM ZUFÄLLIG EIN SPIELAUTOMAT STAND. IN DER FOLGE HATTE SIE SICH KAUM AUF DAS GESPRÄCH KONZENTRIEREN KÖNNEN, DA ERSTMALS SEIT LANGEM DER WUNSCH ZU SPIELEN BZW. SPIELGEDANKEN AUFGETAUCHT WAREN. SEITDEM FÜHLTE SIE SICH SEHR VERUNSICHERT.

M.: *„Ein Wanderweg mit Wurzeln. Diese Wurzeln können Stolpersteine sein. Brauche ein festes Schuhwerk, damit ich nicht stolpere. Bin konzentriert, damit ich mir eine bessere Stelle suchen kann, wo ich vorbeigehen kann, um nicht über diese Wurzeln zu fallen. Deshalb ist der Blick noch sehr auf den Boden gerichtet. Zum Teil kann ich aber schon die Landschaft ringsum sehen.“*

Um sie sicherer zu machen, sodass sie *„den Blick mehr auf die Landschaft ringsum lenken könnte“*, wurde ihr vorgeschlagen, einen imaginären *„Notfallkoffer“* zusammenzustellen, mit allen hilfreichen Strategien, die sie sich im Laufe der vergangenen Monate angeeignet hatte. In ihren *„Notfallkoffer“* packte Maria folgende Strategien: *„Die Bankomatkarte bei meinem Mann lassen; ... nur mit Münzen unterwegs sein; ... die Karte mit den drei Stichpunkten, warum ich nicht spielen gehen werde, bei mir tragen; ... regelmäßige Therapiegespräche; ... Sport; ... neue Hobbys: meine Musik, Plattensammlung auf CD brennen; Tagebuch schreiben; ... mehr Zeit mit meinem Mann verbringen; ... ins Kino gehen; ... ko-*

chen; ... abwarten; ... bei „Pizzaduft“ schnell vorbeigehen; ... Kopfrechnen; ... den ganzen Film anschauen.“

Nachdem es 4 Monate dauerte, bis ein Termin für das Disziplinarverfahren fixiert werden konnte, und Maria in dieser Zeit vom Dienst suspendiert war und dadurch finanzielle Einbußen erlitt, konnte sie ihre Schulden nicht in dem Ausmaß zurückzahlen, wie sie sich vorgenommen hatte. Dies erzeugte in ihr ein Gefühl der Ungeduld und Unzufriedenheit. In den folgenden Stunden wurde versucht, das Thema Geduld als wichtige Eigenschaft mittels der Geschichte „Vorankommen“ einzuführen. Auch machte Maria zu schaffen, dass durch die mehrmalige Verlegung des Termins für die Verhandlung bzw. durch die Berufung vonseiten des Disziplinaranwaltes sich das Verfahren zusätzlich in die Länge zog. Hierzu ein Auszug aus einer Stunde, wo es um das Stundenziel „mehr Geduld/Gelassenheit“ ging.

- M.: *„Ich fühle mich wie ein Rennpferd in den Startlöchern. Ich möchte losrennen, Richtung Ziel und die Koppel ist noch zu.“*
- Th.: *„Angenommen Sie würden die Kunst eines Pferdeflüsterers beherrschen, was könnten Sie sagen, damit es dem Pferd besser geht?“*
- M.: *„Habe Geduld ... deine Zeit wird kommen ... lasse dich nicht verunsichern.“*
- Th.: *„Wenn ich das zu Ihnen sage, haben Sie Geduld, Ihre Zeit wird kommen, lassen Sie sich nicht verunsichern, wie geht es Ihnen da?“*
- M.: *„Ich werde innerlich ruhiger.“*
- Th.: *„Fällt Ihnen ein Bild ein, das diese innere Ruhe, Geduld ausdrückt?“*
- M.: *„Bild von einem See ...“*
- Th.: *„Können Sie mir dieses Bild näher beschreiben?“*
- M.: *„Kleiner Bergsee ... im Morgengrauen; ... bin allein ... höre die Vögel zwitschern; ... spüre den Tau der Wiese auf den Füßen, bin barfuß; ... ringsum die Berggipfel; ... sitze am Flussufer auf einer kleinen Holzbank.“*
- Th.: *„Welches Gefühl verbinden Sie mit diesem Bild?“*
- M.: *„Ruhe, Gelassenheit ...“*
- Th.: *„Im Körper, wo am ehesten spüren Sie diese Ruhe, Gelassenheit?“*

M.: *„In der Brust, beim Atmen; ... Atme ruhiger.“*

Th.: *„Gibt es eine Bewegung, die zu diesem Gefühl passt?“*

Maria legte die Hand auf die Brust und atmete tief ein und aus.

Als Anregung wurde Maria mitgegeben, sich täglich 5 Minuten Zeit zu nehmen und sich den Bergsee vorzustellen, und wie sie - Maria - dort im Morgengrauen sitzt und diese Ruhe und Gelassenheit in sich spürt. In den letzten Monaten der Therapie zeigte sich, dass Maria eine gewisse Distanz zu ihrer Spielsucht erreicht hatte. Es gelang ihr zunehmend besser, sich auf die Zukunft zu konzentrieren, was sie durch folgende Beschreibung gut zum Ausdruck brachte.

- M.: *„Ich sehe mein Leben wie durch einen Rückspiegel ... was hinter mir liegt, wird allmählich kleiner; ... Ich habe gedanklich einen Schlusstrich gezogen zwischen der Zeit vor dem 12. 7. 2010 und der Zeit danach; ... ich blicke jetzt nach vorne.“*
- Th.: *„Lassen Sie uns über die Zeit nach dem 12. 7. reden, was ist der wesentliche Unterschied zu davor, was machen Sie jetzt anders?“*
- M.: *„Ich denke positiver ... fühle mich körperlich besser; ... nehme die Gegebenheiten, wie sie sind, bin dadurch gelassener; ... nehme mir viel Zeit für meine Musik und meine Familie; ... gehe spazieren und in die Natur; ... denke, dass ich das Schlimmste überstanden habe; ... ich fühle mich relativ ausgeglichen, bin innerlich ruhiger und geduldiger; ... falle in keine tiefen Löcher mehr, es geht kontinuierlich aufwärts.“*

Mittlerweile ist Maria seit 13 Monaten spielfrei, die Disziplinarverhandlung, die sich über ein Jahr hinzog, endete damit, dass Maria zu einer Geldstrafe verurteilt und innerhalb des öffentlichen Dienstes an eine andere Stelle versetzt wurde. Ende August 2011 fand die vorläufig letzte therapeutische Sitzung statt, in der Maria folgende Bilanz über das vergangene Jahr zog. Die Beziehung zu ihrem Mann und zur Familie wurde „gefestigt“ (*„ich weiß jetzt, wer zu mir steht“*), ihre „Werte

haben sich verändert“ („*erfreue mich an den kleinen Dingen des Lebens*“), „das Freizeitverhalten hat jetzt einen festen Stellenwert“ erhalten („*gehe mit meiner Familie auf Veranstaltungen, Kino etc. - früher gab es für mich nur mehr die Arbeit*“), sie hat neue „Leidenschaften“ entdeckt („*die Musik der 60/70er-Jahre und das Kochen*“), ist insgesamt „gelassener und geduldiger“ geworden („*brauche für die Rückzahlung der Schulden halt doppelt so lang, auch egal*“). Rückblickend bezeichnet Maria ihre Spielsucht als eine „schmerzhafte, aber auch heilsame Erfahrung“, die sie vieles „mit neuen Augen sehen lässt“.

Abschließend lässt sich sagen, dass bei Themen, wo Klienten die passenden Worte fehlen, durch Metaphern eine Form des Ausdruckes gefunden werden kann. Mittels Metaphern ist es möglich, auf eine indirekte, unaufdringliche und respektvolle Weise erwünschte Veränderungen beim Klienten anzuregen und sie dabei zu unterstützen, neue Ideen aufzugreifen und so die Welt mit anderen Augen zu sehen.

MAG. A HILDE SCHRABACHER

ist Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Arbeitspsychologin, Supervisorin und Psychotherapeutin (SF); tätig in freier Praxis (Wien) und am Psychosomatischen Zentrum Waldviertel in Eggenburg; Absolventin des Lehrganges 19 der Ia:sf.

BIBLIOGRAFIE

- Bachmann, M. (2000). Therapie der Spielsucht. In S. Poppelreuter & W. Gross (Hrsg.). Nicht nur Drogen machen süchtig. Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten (S. 17-41). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien (S. 237-238). Bern: Huber.
- Fröhlich, R. (1993). Die Glücksspielsucht oder die Abhängigkeit vom Spielen. In R. Bosch & G. Juhnke (Hrsg.). Sucht in Österreich: Ein Leitfa-den für Betroffene, Angehörige, Betreuer (S. 165-172). Wien: Orac.
- Grüsser, S.M. & Albrecht, U. (2007). Rien ne va plus – wenn Glücksspiele Leiden schaffen. Bern: Huber.
- Hammel, S. (2009). Handbuch des therapeutischen Erzählens. Geschichten und Metaphern in der Psychotherapie, Kinder- und Familientherapie, Heilkunde, Coaching und Supervision. Stuttgart: Klett-Cotta

- Horodecki, I. (2004). Spielsucht. In R. Bosch (Hrsg.). Sucht und Suchtbehandlung: Problematik und Therapie in Österreich (S. 287-314). Wien: LexisNexis Orac.
- Horodecki, I. (2009): Wenn das Glücksspiel zum Problem wird. Wien: Gemeinnütziger Verein Spielsuchthilfe.
- Horodecki, I. (2010). Sie hatten Glück, es war Ihr Pech ... Praxisrelevante Aspekte in der ambulanten Behandlung pathologischen Glücksspiels. Workshop im Rahmen der Tagung „Spielsucht“, Salzburg, 30. April 2010. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Isebaert, L. (1999). Suchttherapie nach dem Brügger Modell. In H. Döring-Meijer (Hrsg.). Ressourcenorientierung – Lösungsorientierung (S. 140-150). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kalke J, Buth S, Rosenkranz M, Schütze C, Oechsler H, Verthein U (2011): Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Klar, S. (2006). Materialien zur Angewandten Menschenkunde II, Teil 3 – Therapeutische Arbeit auf der Ebene der Interpretation, Arbeit mit Metaphern, Unterscheidung der Geister, Zur Arbeit mit inneren Personen und Stimmen [On-line]. Verfügbar unter: http://www.iam.or.at/material/MMK_R_3.pdf [30.07.2011]
- Klein, R. (2005). Berauschte Sehnsucht. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag.
- Klein, R. (2007). Familie und Sucht eine systemische Betrachtung. Brennpunkt Familie Arge Tagung 2007 Spital am Pyhrn [On-line]. Verfügbar unter: <http://www.praevention.at/upload/documentbox/vortrag-klein.pdf> [30.07.2011]
- Klemm, S. (2003). „Lerne vom einfachen Kochtopf ...“ hilfreiche Metapherngeschichten in der Lebensberatung. Beratung Aktuell, 1 [On-line] verfügbar unter: www.beratung-aktuell.de/kochtopf.pdf [15.08.2011]
- Lakoff, G. & Johnson, M. (2003). Leben in Metaphern. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Lankton, C.H. & Lankton, S.R. (2000). Geschichten mit Zauberkraft. Die Arbeit mit Metaphern in der Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Meyer, G. (2000). Therapie der Spielsucht. In S. Poppelreuter & W. Gross (Hrsg.), Nicht nur Drogen machen süchtig. Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten (S. 1-16). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Meyer, G. & Bachmann, M. (2000). Spielsucht. Ursachen und Therapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Oberlechner, T. (2005). Metaphern in der Psychotherapie. Person, 2, S.107-112.
- Saß, H., Wittchen, H., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe, S. 250-251.
- Schindler, A., Küstner, U. J., Sack, P.-M. & Thomasius, R. (2005). Systemische Therapie. In R. Thomasius & U. J. Küstner (Hrsg.). Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention (S. 155-165). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Schmidt, G. (2010). Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Heidelberg:

- Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Schweitzer, J., Schlippe A.von (2007): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II – Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schwertl, W. (1998): Systemische Reflexionen zur Sucht. Das Frankfurter Modell der Suchttherapie. In W. Schwertl, G. Emlein, M.L. Staubach & E. Zwingmann (Hrsg.). Sucht aus systemischer Perspektive – Theorie, Forschung, Praxis (S. 14-42). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Seider, I. (2005). Über die Verwendung von Pflanzenmetaphern in der Psychotherapie oder Warum auch Gummibäume bisweilen narrisch sind. Systemische Notizen 3, 4-15.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, C., Cecchin, G. & Prata, G. (1977). Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart: Klett.
- Stulik, M. & Heumayer, N. (2010). Metaphern und Bilder in der psychologischen Behandlung der Tabakabhängigkeit – Beispiele aus der Praxis des österreichischen Rauchertelefons. Psychologie in Österreich, 2/3, 192-201.
- Revenstorf, D., Freund, U. & Trenkle, B. (2005). Therapeutische Geschichten und Metaphern. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin (S. 240-268). Berlin: Springer Verlag.

ACHTUNG: DATENÄNDERUNG

WIR INFORMIEREN SIE GERNE, WENN SIE UNS DIE MÖGLICHKEIT GEBEN.

Termine und –änderungen für Seminare, Fortbildungen, Einladungen für Veranstaltungen, wichtige Informationen des Ministeriums etc. können via Rundmail nur dann an Sie versandt werden, wenn wir Ihre aktuellsten Daten erhalten.

Speziell neue Mailadressen finden wir oft nicht im Internet. Wir bitten Sie daher in Ihrem Interesse, unserem Büro Mail- und Postadressenänderungen sowie geänderte Telefonnummern unter **office@la-sf.at** bekanntzugeben und danken für Ihr Verständnis.

Ihr la:sf-Team

Anzeige

SEMINAR Sonja Brauner

HEIMATLOS – Traumatherapie mit Kindern, die Krieg und Flucht überlebt haben

Thema dieses Seminars sind die Herausforderungen von Traumatherapie mit Kindern, die Krieg und Flucht überlebt haben. Neben schlimmen Verlusten von Heimat, Kultur, Sprache und Familienangehörigen erleben diese Kinder und ihre Familien in den meisten Fällen zusätzlich eine langjährige rechtliche Unsicherheit mit Unterkuftswechseln sowie Bedrohung von Abschiebung. Kinder, die diesen Situationen ausgeliefert sind, reagieren häufig mit einer sehr auffälligen Symptomatik: Stundenlanges Schreien kann ebenso Ausdruck für ihre hochgradige Belastung sein wie Sprachlosigkeit, Aggressionsausbrüche, selbstverletzendes Verhalten oder innerer Rückzug. Möglichkeiten der Therapiegestaltung in solchen Fällen und geeignete therapeutische Methoden sollen an diesem Tag vorgestellt und diskutiert werden.

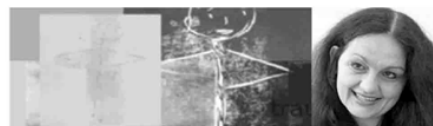
Zielgruppe: PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen, SozialarbeiterInnen, BeraterInnen im Flüchtlingskontext.

Termine: Samstag, 16.03.2013, 9-17 Uhr (8 Einheiten)
in 4020 Linz, Bischöfliches Priesterseminar, Harrachstr.7
Im Haus gibt es privat buchbare Übernachtungsmöglichkeiten.

Freitag, 21.06.2013, 9-17 Uhr (8 Einheiten)
in 1130 Wien, Lehranstalt für systemische Familientherapie, Trauttmansdorffgasse 3a, 1130 Wien

Seminarbeitrag: 150.-Euro plus 20% Mwst.=180.-Euro

Sonja Brauner, Psychotherapeutin (systemische Familientherapie), Dipl. Sozialpädagogin, Supervisorin. Aufbau und Leitung des ersten HIV/Aids-Projekts für Kinder in Berlin (Aids-Forum e.V.), 12 Jahre Sozialpädagogin bei der MAG11, seit 2002 Psychotherapeutin in freier Praxis, Mitarbeiterin bei Hemayat (Betreuungszentrum für Folteropfer und Kriegsüberlebende). Tätigkeitsschwerpunkte: Traumatherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Supervision.



Anmeldung unter:
sonjabrauner@hotmail.com oder traumart@outlook.com
Telefon: 0650/5771418 www.psychotherapie-sonja-brauner.at