

Abhängigkeit und Befreiung

Mit Beiträgen von

M. Daunderer H. Dickhaus W. Keup

B. Luban-Plozza W. Pöldinger H. Solms

P. Watzlawick G. Weiss

Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York
London Paris Tokyo

Der ambulante Alkoholentzug in der Kassenarztpraxis

M. Dauderer

Unter bestimmten Voraussetzungen hat sich sowohl die ambulante Entgiftung als auch die Entwöhnung Alkoholkranker oder Polytoxikomaner in der Kassenarztpraxis bewährt.

Von 3865 in den letzten 4 Jahren handelnden Patienten brachen 32,2% die Behandlung (wohl rückfällig?) in den ersten 6 Wochen ab, 18,7% führten die Therapie ein halbes bzw. 2 Jahre lang planmäßig bis zum Ende, 12% wurden zu einem späteren Zeitpunkt rückfällig und mußten zur stationären Therapie weiterverwiesen werden. 37,1% der Patienten blieben nach einem, 11% von diesen nach mehreren Rückfällen, die therapeutisch aufgefangen werden konnten, trocken.

Wenn auch die Erfolgsquote doppelt so schlecht ist als bei stationären Langzeitentzügen, so muß man doch bedenken, daß die Kosten etwa ein Zweihundertstel eines stationären Entzuges betragen.

In Zukunft, wenn wir mehr auf die Kosten unseres Gesundheitswesens achten müssen, spielen diese Aspekte eine größere Rolle.

Voraussetzungen

Bei den erfolgreichen Entzügen lagen überraschenderweise eine (hier meist ein Rückfall) oder zwei (ausnahmslos bei Patienten ohne Rückfall) der folgenden Voraussetzungen vor:

1. drogenfreie Bezugsperson und/oder
2. schwere drogenbedingte Organerkrankung und/oder

3. Überwachung durch Arbeitgeber oder Gericht, Ärzte.

Etwa 75% der Patienten kamen auf Überweisung vom Betriebs- bzw. Hausarzt, 25% auf Empfehlung von Ex-Patienten oder Selbsthilfegruppen.

Patientengut

Gesamtzahl Alkoholiker	3865
(davon polytoxikoman)	1314)
Depressive Trinker	2631
Lithium-Behandelte	2112
Quartalstrinker	62

Vorteile des ambulanten Entzugs

- Arbeitsunfähigkeit von meistens 1 Woche,
- Partnertherapie von Anfang an,
- Arbeitgeber müssen nicht von der Erkrankung erfahren,
- erhebliche persönliche (Privatpatienten) oder volkswirtschaftliche Einsparungen.

Nachteile des ambulanten Entzugs

- Ein Drittel der Patienten brechen in den ersten 6 Wochen die Therapie ab,
- soziale und berufliche Konfliktsituationen aus den letzten Trinkperioden komplizieren die Therapie,
- das Trinkermilieu verleitet anfangs öfter zu Rückfällen,
- einem Umsteigen auf Ersatzmedikamente (Benzodiazepine, Clomethiazol, Kreislaufmittel) muß energisch gegengesteuert werden,
- wegen der großen Rückfallgefahr sind regelmäßige Drogenfreiheitskontrollen erforderlich,

- bei Abbruch der Therapie muß dem Patienten nachgespürt werden.

Prozedere

Hinweise auf Alkoholismus

- Partnerprobleme
- Berufsprobleme
- Gesundheitsprobleme (Bluthochdruck, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Gewichtsprobleme, Schlaflosigkeit, Konzentrationsstörungen, Unfälle)
- Rechtsprobleme (Führerschein, Ladendiebstahl)

Erstgespräch

- Alkotest Ausatemluft (falls positiv auch Blutalkoholkonzentration),
- Behandlungsvertrag,
- Checkliste Organschäden,
- Fragebogen soziale Schäden,
- Drogenanamnese.

Patienteninfo

- Fragebogen Alkoholismus,
- versteckter Alkohol,
- Alternativen zu Alkohol,
- Rückbildung der Alkoholabhängigkeit/Entwöhnung,
- auslösende Situationen,
- autogenes Training,
- Problemlösemodelle.

Checkliste Organschäden

- Gamma-GT_____ - Hb_____
- GPT_____ - Erys_____
- Kreatinin_____ - Leukos_____
- Harnstoff_____
- Hepatitissuchprogramm_____
- Amylase S_____
- HIV_____

- O Gallenstein
 - O Hexenschuß
 - O Schmerzen beim Gehen
 - O Magenoperation
 - O Bauchspeicheldrüsenentzündung
- Frauen: O Abgang O Totgeburt

- O Scheidung 19_____
- O Führerscheinentzug-
_____nal (_____Promille)

Entzugsoehardlung wo:_____

wann:_____

Hausarzt: Dr._____

Rauchen wieviel:_____was:_____

Pille O ja O nein_____Abgänge

Selbstmordversuch wann:_____

wie:_____

Depression O ja O nein

Alkoholiker

- O Gelegenheitstrinker
- O Konflikttrinker
- O Gewohnheitstrinker
- O Spiegeltrinker
- O Ich trinke, um mich anders zu fühlen
- O Ich bekämpfe morgendliche Übelkeit

Tabelle 1. Drogen-Vorgeschichte

Name: Alter: Gewicht: . . . kg

Drogen wielange ? wieviel ?
 (von - bis) (min.-max.)

Bier
Wein
Schnaps

Benzodiazepine:
Beruhigungsmittel:

Schmerzmittel:

andere:

Therapie

Entgiftung

- Patienten, die sich erstmals im Entzugsdelir melden, werden normalerweise in die nächste Klinik zur Entgiftung eingewiesen (2% der Patienten).
- Patienten, bei denen eine akute Alkoholvergiftung und/oder Benzodiazepinintoxi-

kation vorliegt, bekommen nach positivem Nachweis in der Arztpraxis Phj -ostigmin (1 Amp., i.m.) injiziert, damit - bei bekannter Anamnese und Kontrollverlust - ein Entzugsdelir verhindert wird. Zur Vermeidung eines Brechreizes soll der Patient 1 Stunde danach nichts trinken und 2 Stunden lang nichts essen. Mit einer aufgeklärten Begleitperson wird er nach Hause geschickt.

- Zur Linderung eines Prädelirs bekommt der Patient sowohl bei Alkohol- als auch Benzodiazepin-, Barbiturat- oder Analgetikaabhängigkeit Doxepin* (Aponal®, 50 mg) als Tabletten mit. In der Regel werden als Einzeldosis ein Viertel der Tabletten, als Tagesdosis maximal 100 mg benötigt.

Bei Alkoholabhängigen wird die medikamentöse Unterstützung etwa 3^{te} sge, bei Medikamentenabhängigen bis zu 10 Tagen fortgesetzt und dann abrupt abgesetzt.

- Schlafstörungen komplizieren jeden Alkohol- und Medikamentenentzug. Die Patienten bekommen ein Merkblatt und einen Zeitstempel. Sie sollen drei Nächte zwischen 0 Uhr und 6 Uhr zu jeder vollen Stunde stempeln, wenn sie schlaflos sind. Die Anspannung, pünktlich zu stempeln, und der Ehrgeiz, häufig zu stempeln, ermüden sehr und lehrten fast alle Patienten wieder das Schlafen. Eine Medikamentengabe war in fast 800 Fällen nicht mehr erforderlich. Die Patienten waren zwar alle sehr gestrebt, aber letztlich auch geheilt.

- Ein Benzodiazepinentzug **wird** ort dem abrupten Entzug begonnen, die Entzugerscheinungen setzen erst 10 Tage danach ein. Entzugsdelirien treten nur bei etwa 10% der Patienten ein und können sofort mit Physostigmin, d.h. bei Bedarf 2 mg i.m., behoben werden. Während der Entwöhnung wird ebenso auf Alkoholkarenz geachtet, wie beim chronischen Alkoholi-

ker. Der versteckte Alkohol spielt hier jedoch keine Rolle.

- Ein Barbituratentzug sollte wegen der Gefahr von Entzugskrämpfen oder einer Psychose unbedingt stationär erfolgen.
- Drohende Entzugskrämpfe können erstmalig nicht erkannt werden und müssen bei 10% der Alkoholiker, Benzodiazepin- oder Barbituratabhängigen erwartet werden. Phenytoin, 2mal täglich i.v. kann bei bekannter Anamnese den Entzugskampf verhindern und sollte am 3.Tag abgesetzt werden. Ein Ausschleichen mit den Drogen kann den Entzugskampf nicht verhindern.

Nachweis

- Da die Eigenanamnese bei Drogenabhängigen in der Regel nicht ganz verlässliche Angaben liefert, sollte zu Beginn und in vierteljährlichen Abständen ein Drogen-screening durchgeführt werden.
- Vor jeder Psychotherapie sollte eine Drogenfreiheitskontrolle auf die Primärdroge durchgeführt werden (Alkotest, EMIT, Benzodiazepine, Teststreifen, Salizylate u.a.).

Entwöhnung

Patienten ohne Kontrollverlust werden meist einmalig aufgeklärt und zu wöchentlichen Drogenfreiheitskontrollen und stabilisierenden Gesprächssitzungen (in Gruppen) sowie nach 6 Wochen zur Kontrolle ihrer ursprünglich veränderten Organbefunde einbestellt.

Patienten mit Kontrollverlust oder Rückfällige aus obiger Gruppe wird nach einem Alkotest der Behandlungsvertrag (siehe Abbildung) erklärt und aus verhaltenstherapeutischen Gründen zur Unterschrift vorgelegt. Dies motiviert besser zum Durchhalten der ersten schwierigen 6 Wochen.

* Aponal® 50, GALENUS MANNHEIM GmbH

Tabelle 2. Medikamentöse Unterstützung des Alkoholentzugs

Stadium	Wo?	Welches Präparat?	Welche Dosierung?	Wirkweise/Symptomatik
Prädelir	geschlossene Station	Doxepin = Aponal® ¹	2 Amp. ² ä 25 mg = 50 mg i.m. evtl. nach 4. Std. erneute Verabreichung	<ul style="list-style-type: none"> • Bei stärkerer Agitation und Schweißneigung sowie bei psychotischer Symptomatik • Medikation kann Delir nicht verhindern!
Akute, reine Alkoholintoxikation	geschlossene Station	Physostigminsali-cylat	2 mg i.m. oder i.v. nach 8 Std. - erneute Injektion i.m.	<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholentzugsdelir ist zu verhindern
Delir	Intensiv-Station	Clomethiazol-Infusion	0,8% Lösung <i>1. Tag:</i> zwischen 1.00 und 5.500 ml Anfangs: 100-500 ml/Std. nach Sedation: 40-80 ml/Std. <i>2. Tag:</i> halbe Dosis des Vortages <i>3.-7.(-12.) Tag:</i> halbe Dosis des Vortages <i>Letzter Therapietag:</i> 10 ml/Std. über 10 Std., danach absetzen <i>Nach Absetzen der Infusionen:</i> Kein Clomethiazol oral!	<p>Symptome: « Desorientierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tremor • Halluzinationen
		<u>und zwingend:</u> Atropinsulfat	3 x 0,5 mg i.m. oder i.v.	<ul style="list-style-type: none"> • Behebung der vagalen und hypersekretorischen Wirkung von Clomethiazol!
Abstinenz-Syndrom	Stationär und ambulant	Doxepin, Aponal®	<i>1.-3. Tag:</i> 3 x 50 r- % Doxepin = 3 Tableten Aponal® 50, über den Tag verteilt <i>4.-9. Tag:</i> 1 x 50 mg Doxepin = 1 Tablette Aponal® 50 abends!	<ol style="list-style-type: none"> 1. Milderung der inneren Spannung, Unruhe, Ängstlichkeit, Erregbarkeit und Aggressivität Erhöhung der Aufgeschlossenheit gegenüber soziotherapeutischen und psychagogischen Maßnahmen 2. Reduktion von Komplikationen des körperlichen Entzugs wie Entzugskrämpf, Delirium

¹ Aponal®, GALENUS MANNHEIM GmbH² Aponal® Ampullen

Behandlungsvertrag

- O Nach eingehender Belehrung durch Herrn Dr. med. . . . erkläre ich mich mit der Durchführung einer Alkoholentwöhnungskur mit einem - nicht im Handel befindlichen - Acetaldehydauslöser einverstanden. Insbesondere wurde ich auch darüber aufgeklärt, daß der Genuß von Alkohol in jeder Form (siehe Merkblatt) noch nach 14 Tagen lebensgefährlich sein kann.
 - O Nach der Injektion des Alkoholgegenspielers soll 1 Std. nichts getrunken, 2 Std. nichts gegessen werden. Die Heimfahrt erfolgt mit dem Taxi.
 - O Zur psychischen Stabilisierung bitte ich um das Spurenelement Lithium-Aspartat (3 Tage abends 6 Dragees, ab dann täglich abends 4 Dragees).
 - O Ich möchte wöchentlich einmal an einer Gruppentherapie teilnehmen und das Autogene Training erlernen. Termine: Montag und Donnerstag 18.00 Uhr.
 - O Ich erhielt eine Liste des versteckten Alkohols, eine Informationsschrift über das Autogene Training, einen Drogen-Fragebogen und die Therapiestufen, die ich erreichen will.
 - O Falls ich die Behandlung ohne Angaben von Gründen abbreche, bin ich mit einer Fortsetzung der Bemühungen durch das Gesundheitsamt einverstanden.
 - O Ich verpflichte mich, bis zur nachgewiesenen Entgiftung, nicht aktiv am Kiaftver ^hr teilzunehmen.
- Die Punkte, mit denen ich nicht einverstanden bin, habe ich gestrichen.

Unterschrift

Acetaldehydsyndromauslöser

Der früher übliche Alkohol-Probetrunk gilt heute aus verhaltenstherapeutischen, medizinischen und ethischen Gründen als obsolet. An seine Stelle tritt der Erfahrungsbericht über einen Rückfall unter einem Acetaldehydsyndrom eines Mitglieds aus der Gruppe. Nach sicherem Abklingen der Alkoholkonzentration (Abbaurate 0,15 Promille pro Stunde) wird der Patient entweder im Ende des ersten Behandlungstages oder iaeist am folgenden Tag wieder einbestellt zur ersten Einnahme eines Acetaldehydsyndromauslö-

sers, stets nach negativem Alkotest. Erneut wird der Patient auf die mögliche Todesgefahr nach massivem Rückfall hingewiesen.

Vorteile der Acetaldehydsyndromauslöser

1. Angst vor Rückfall,
2. Kennenlernen des versteckten Alkohols,
3. soziale Akzeptanz durch Angehörige und Mitarbeiter, weil ein Rückfall sofort erkennbar wäre (rote Haut).

Nachteile der Acetaldehydsyndromauslöser

- umfangreiche Aufklärung (auch schriftlich) nötig,
- Möglichkeit einer Allergie und von Organschäden.

Erfolg mit Acetaldehydsyndromauslöser

	Häufigkeit	ohne Rückfall
Nitrefazol	2808 (78,8%)	92%
Disulfiram	593 (16,6%)	76%
Calciumcyanamid	111 (3,1%)	44%
Calciumcarbimid	53 (1,5%)	32%
Gesamt	3865 (100%)	

Ein Acetaldehydsyndrom-auslösendes Präparat, wie Nitrefazol, Disulfiram, Calciumcyanamid oder Calciumcarbimid, bekamen die Patienten in einer Dosierung von 800 mg, 1,5 g, 300 bzw. 150 mg einmal wöchentlich nach negativem Alkotest in der Arztpraxis. Die Dauer dieser Therapie ist ebensolange wie die von Lithium. Auch Nitrafazol führte in keinem Fall zu Organschäden.

Tabelle 3. Rückbildung der Alkoholabhängigkeit

Dauer	Symptome
1. Tag	Entzugskampf oder/und Delir (bei 20%).
1. Woche	Zittern, Bewegungsunruhe, Schwitzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Schlafstörungen, Ermüdbarkeit, Durst, Konzentrationsstörungen, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme.
2.-4. Woche	Euphorie („alles vorbei“), Konzentrationsstörungen.

Tabelle 3. (Fortsetzung)

Dauer	Symptome
4.-12. Woche	Kampf mit Alkohol verlangen, Angstträume, Gewichtszunahme, Hunger auf Kohlehydrate (Zucker, Schokolade), Polyneuropathie („Hexenschuß“).
3.-6. Monat	Berufspläne, Fortbildung, Umschulung, Gefahr sich zu überarbeiten.
8.-12. Monat	Ekel vor Alkohol, Aufbau eines alkoholdistanzierten Bekanntenkreises.
1. Jahrestag	extreme Rückfallgefahr (Feier?).
2.-5. Jahr	verminderte Streßtoleranz, wellenförmiges Auftreten von Zittern, Schlafstörungen, Alkoholverlangen, Stimmungsschwankungen.

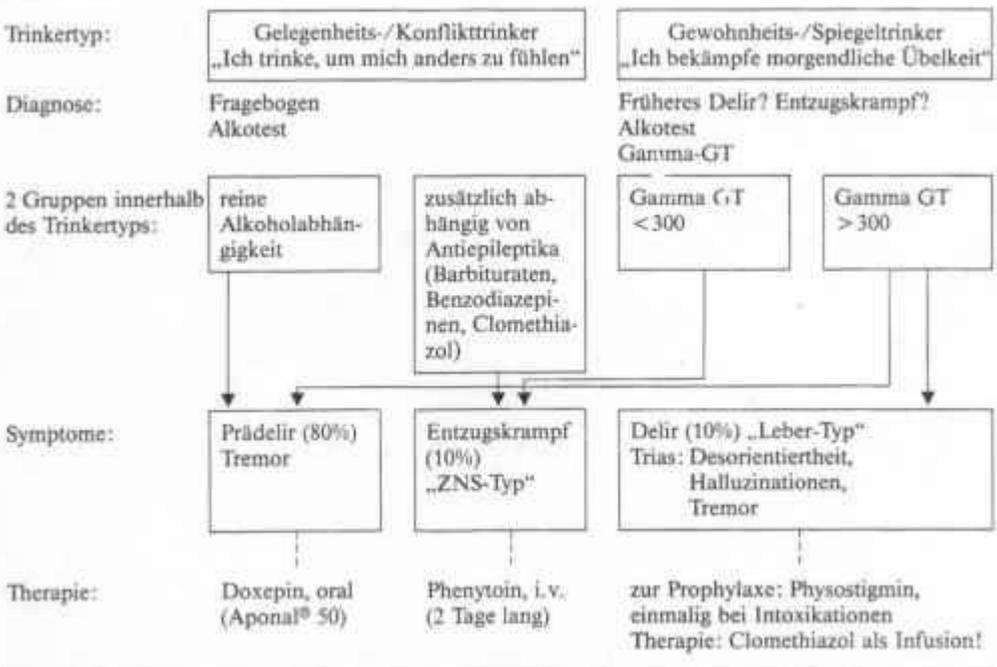
Versteckter Alkohol • innere Spannung, Nervosität, Angst, Unwohlsein, Zittern • Rückfall • kurze Besserung • Weitertrinken

Versteckter Alkohol

Vor Gabe eines Acetaldehydsyndromauslösers muß der Patient vor den Gefahren des versteckten Alkohols gewarnt werden; einerseits, weil unter dieser Gabe der Alkoholabbau auf der Stufe des Acetaldehyds stehenbleibt und sehr unangenehme und gefährliche Zustände auslöst und andererseits, weil dies später, wenn dieses Medikament nicht gegeben wird, der Anlaß für einen möglichen Rückfall sein kann. Falls Gels über die Haut, Alkohol aus Fensterputzmitteln, aus Gefrierschui.-mittel des Autos oder aus medizinisch verordne*en Tropfen aufgenommen wurde, führt dies biochemisch im Gehirn zu Entzugserscheinungen. Bei Alkoholikern besteht eine Schädigung der Blutgefäße im Gehirn, der sog. Blut-Hirn-Schranke. Alkoholabbauprodukte, die niemals ins Gehirn gelangen dürfen, gelangen durch diese Schädigung ins Gehirn.

Diese Tetraisochnoline - morphinähnliche Substanzen - lösen im Tierversuch bei der

Tabelle 4. Therapieübersicht: Chronischer Alkoholismus



nichtalkoholgewöhnten Ratte, wenn sie ins Gehirn gespritzt werden, den Wunsch nach Alkohol aus. Die Ratte läuft unruhig im Käfig hin und her, bis sie Alkohol findet. Auf den Menschen übertragen bedeutet dies, daß Alkoholmengen, die nicht bewußt wahrgenommen werden, monatelang den unbewußten Wunsch zu trinken, Unausgeglichenheit und Unzufriedenheit auslösen. Besonders für Familienangehörige ist die Liste des versteckten Alkohols (Liste über Zubereitungen von Arzneimitteln, Tropfen und Säften erhältlich beim Verfasser) und der Alternativen zu Alkohol (siehe Tabelle 5) wichtig.

Lithiumtherapie

In einer kontrollierten Doppelblindstudie wurden 1981 400 alkoholranke Patienten über drei Monate mit Lithiumaspartat behandelt. Jeder zugegebene oder bekannt gewordene Rückfall wurde hierbei gewertet. Nach drei Jahren ergab sich folgende Rückfallquote:

- Verum 7%,
- Plazebo 32%.

Der Unterschied ist signifikant.

Lithium blockiert die Kalium-Natrium-Pumpe, die bei chronischem Alkoholismus aktiviert ist.

Beim Alkoholentzug ist wie bei der Manie die Konzentration der Katecholamine (Adrenalin, Noradrenalin, Metanephrin) im Serum und Urin erhöht. Lithium kann die Blutdrucksteigerung von Noradrenalin aufheben und wohl auch die katecholaminbedingte Hypertonie beheben.

Kline et al. fanden, daß die Dauer der Alkoholentwöhnung wesentlich kürzer ist, wenn Lithium dazugegeben wird. Sinclair empfahl schon 1974 regelmäßig die zusätzliche Lithiumgabe zum Alkoholentzug. Noch nicht gesichert ist, ob Lithium die Endorphine erhöht und somit beim Drogenentzug wirkungsvoll ist.

Tabelle 5. Alternativen zu Alkohol

Versteckten Alkohol vermeiden!

	Nicht:	Sondern:
I. Nahrungsmittel:	Alkoholfreies Bier Fruchteis Fruchtjoghurt Weinessig Ketchup Torten	Coca Cola, Bitter Lemon, Maracujasaft Milcheis Naturjoghurt Essigessenz oder Essig abkochen Curry Englischer Kuchen
II. Kosmetika:	Mundwasser Rasierwasser Deodorants Zahnpasta	Munddusche Rasierseife Täglich Duschen Salz
III. Arzneimittel:	Tropfen Säfte Gel	Dragees Pulver Salbe
IV. Haushaltsmittel:	Flüssige Reinigungsmittel Fensterreiniger	Scheuermittel Prilwasser

Bei allen Handelsprodukten auf Zusammensetzung achten!

Verhaltenstherapie

Wichtiger als die medikamentöse Unterstützung war die Psychotherapie zum Verlernen süchtiger Verhaltensweisen, die wöchentlich einmal in der Gruppe mit ca. 20 Teilnehmern zusammen mit drogenfreien Angehörigen erfolgte.

Anhand von Beispielen und Rückfällen Anderer lernten die Patienten die Quellen für versteckten Alkohol kennen. Der persönliche Erfolg wurde wiederholt an der Tabelle der Entzugsssymptome (Tabelle 6) festgelegt. In der ein- bis zweijährigen Verhaltenstherapie wurde ein Programm u.a. mit Anleitungen zum Autogenen Training nach Prof. H. Schultz absolviert. Die Dauer der Therapie richtete sich nach den erreichten Verhaltenskriterien. Ein langsames Ausschleichen mit der Therapie wurde nach Erreichen eines Ekels vor Alkohol, d.h. zwischen dem 8.-12. Monat nach Abstinenzbeginn eingeleitet. Neue Patienten, Problempatienten und Rückfällige nach ihrer Entgiftung werden in

Gruppen zusammengefaßt. Partner nehmen grundsätzlich an der Therapie teil. Jeder Therapiekontakt wird stets mit Alkotestergebnis in einem Ausweis bestätigt. Hierdurch hat der Patient vor Angehörigen oder auch Vorgesetzten den Beweis seiner erfolgreichen Drogentherapie.

Bei Rückfall bekam er bei einer Alkoholintoxikation Physostigmin injiziert und am folgenden Tag sein Acetaldehydsyndromauslöserpräparat.

Das Ziel der Therapie, eine vollständige Abstinenz gegenher Alkohol und allen anderen psychotropen Drogen, der sozialen Wiedereingliederung und der physischen und psychischen Rehabilitation wurde - den jeweiligen Entzugsstufen angepaßt - gemeinsam mit Familienangehörigen im Rahmen der Langzeitbehandlung wiederholt klargestellt.

Tabelle 6. Auslösende Hinweisreize des Alkoholkonsums mit unmittelbar verstärkenden und verzögerten bestrafenden Konsequenzen. (In Anlehnung an Miller 1976)

Auslösende Situationen		Reaktionen	Unmittelbare Konsequenzen	Längerfristige Konsequenzen
<i>Sozial:</i>	Kneipe Fernsehen Ehestreit Arbeitsüberlastung		<i>Positive Verstärkung:</i> Stärke Kreativität Kontaktfähigkeit	<i>Positive Bestrafung:</i> Kater soz. Kritik Krankheiten
<i>Gedanklich:</i>	Langeweile Pessimismus Selbstunsicherheit Minderwertigkeit	Alkoholmißbrauch	soz. Aufmerksamk. Entspannung Anregung Unbeschwertheit Euphorie Schlaf	Unfälle Entmündigung
<i>Gefühlsmäßig:</i>	Angst Gespanntheit Ärger Depressionen		<i>Negative Verstärkung:</i> (Wegfall von...) Streß	<i>Negative Bestrafung:</i> (Verlust von...) Familie
<i>Körperlich:</i>	Schmerzen Schlafstörungen Vegetative Labilität Behinderungen		Konflikte Hemmungen Depressionen Isolation Entzugserscheinungen sozialer Druck	Arbeit Freunde Leistungsfähigkeit Wohnung Selbstwert

Problemlösungen

Echte Lösungen

- Tauschhandel:
Wir reden darüber und wenn wir uns nicht einigen können, gibt einer nach. Wir achten darauf, daß nicht immer der gleiche nachgibt: also gibt einmal der eine, einmal der andere nach.
- Demokratischer Komp! miß:
Wir reden zusammen und versuchen uns irgendwo in der Mitte zu treffen.
- Helfender Dritter:
Wenn wir mit einem Problem nicht weiterkommen, reden wir gemeinsam mit jemand anderem darüber und versuchen, so zu einer Klärung zu kommen.
- Umweg:
Wenn es schwierig ist und wir ein Problem haben, überlegen wir, was wir gemeinsam machen können, z.B. etwas das uns freut und uns einander näher bringt.

Scheinlösungen

- Vermeiden eines Gesprächs:
Wir reden nicht darüber, einer von uns löst das Problem.
- Einseitige autoritäre Entscheidung:
Wir reden nicht darüber und wenn wir uns nicht einigen können, gibt einer nach, Meistens gibt der gleiche nach,
- Streit:
Wenn wir ein Problem haben und dieses nicht so leicht gelöst werden kann, so besteht bei uns die Gefahr, daß wir uns in die Haare geraten.
- Auf die lange Bank schieben:
Wir sprechen möglichst wenig darüber, Dann löst sich das Problem meistens von selbst.
- Verleugnung:
Probleme gibt es bei uns nicht,

Literatur beim Verfasser.