

Vorwort

Nach vorsichtigen Schätzungen der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) leben in Deutschland ca. 2,5 Millionen behandlungsbedürftige Alkoholranke. Wenn bei diesen Zahlen berücksichtigt wird, daß die meisten dieser Alkoholabhängigen in ein soziales Umfeld eingebunden sind, kann davon ausgegangen werden, daß in unserem Land etwa jeder zehnte Mensch direkt oder indirekt mit dieser Erscheinung zu tun hat.

Der (kontrollierte) Konsum von harten und weichen Alkoholika gehört in unserer Gesellschaft zu den kulturell und sozial akzeptierten Formen des Genußkonsums. Dabei verhält sich unsere Gesellschaft widersprüchlich. Das Trinken von Alkohol ist „normal“ und in bestimmten vor allem geselligen Situationen durchaus auch erwünscht. Wer sich dem entzieht, der muß gute Gründe vorbringen, sonst gilt er als Spielverderber oder Muffel. Auf der anderen Seite wird aber der Alkoholranke leicht stigmatisiert, als charakter schwach und eher asozial ausgegrenzt. Hier mag eine Rolle spielen, daß jeder Alkoholiker jedem „kontrolliert“ Trinkenden zeigt, wohin der regelmäßige Konsum alkoholischer Getränke führen kann. Das macht vor allem dann Angst, wenn man das Janusgesicht des Alkohols verdrängen möchte.

Angesichts der Dimensionen, der Widersprüchlichkeit und der Tabuisierung gerade des Alkoholismus ist es um so wichtiger, daß sich auch die Wissenschaft mit der Frage nach den Ursachen, Folgen und Präventionsmöglichkeiten dieses gesellschaftlichen Mißstandes beschäftigt. Es geht schließlich um ein individuelles, soziales und gesellschaftliches Problem großer Tragweite.

Vor diesem Hintergrund leistet die hier veröffentlichte Arbeit einen wichtigen aufklärerischen Beitrag. Klaus Peter Albrecht geht der Frage nach, in welcher Weise sich der Alkoholismus als gesellschaftlich verursachte und verstärkte Familienkrankheit analysieren läßt und welche erfolgversprechenden Therapieansätze sich aus einer solchen Sichtweise ableiten lassen. Für ihn bietet vor dem Hintergrund dieser zum einen analytischen und zum anderen therapieorientierten Frage der systemische Ansatz, genauer gesagt der familiensystem-orientierte Ansatz die Perspektive, um nicht nur die ver-

ursachenden Faktoren, sondern auch das „heilende“ Bedingungsgefüge dieser sozial entstehenden Krankheit zu entfalten.

Die dabei entstandene Arbeit - sie wurde als Diplomarbeit im Studiengang Pädagogik an der Universität Oldenburg im Mai 1996 vorgelegt - ist das Ergebnis einer intensiven Quellenarbeit und eigener empirischer Ansätze. Das anspruchsvolle Thema wird in ungewöhnlicher Breite und Tiefe behandelt. Auf der Grundlage klarer Begriffe und geeigneter Fragestellungen zeigt die Arbeit eine in sich stringente Gliederung. Der Verfasser begründet plausibel, daß Sucht und damit auch die Alkoholkrankheit wesentlich ein kulturspezifischer Ausdruck der wachsenden Sinnkrise in unseren modernen Gesellschaften darstellt - gleichsam ein Symptom für tieferliegende Krisen -, nicht zuletzt auch in den Familien. Ihr widmet er sich in aller Ausführlichkeit aus systemischer Sicht, d.h. aus einer Forschungsperspektive, aus der heraus die Familie als System betrachtet wird, in dem sich Suchtverhalten entwickelt, verstärkt wird und sich gleichzeitig auch manifestiert. Aus den Darstellungen wird nachvollziehbar, daß bei der Wahl eines solchen theoretischen Konzeptes die Familie ein logisch-funktionaler Zusammenhang ist, bei dem ein Jeder seinen Anteil beim Zustandekommen und Erhalt der Alkoholkrankheit hat. Das gilt für den Partner/die Partnerin ebenso wie für die Kinder. Wenn das so ist oder als wesentliche Erklärung für den Alkoholismus so akzeptiert wird, dann liegt es nahe, auch die Therapie als „Systemische Therapie“ zu konzipieren. Konzepte von Familientherapie sind deshalb auch der weitere Inhalt dieser Arbeit. Dies gilt allgemein wie schließlich auch fokussiert auf das Thema der „Systemischen“ (bzw. systemorientierten) Therapie bei der Alkoholismusbehandlung.

Dem Verfasser reicht das aber noch nicht. Inspiriert durch eine von Schmidtobreck (1992) durchgeführte empirische Untersuchung entwickelt und realisiert er eine eigenständige Befragung, durch die er herausgefunden hat, in welchem Umfang Suchtkliniken in Deutschland tatsächlich bereits mit einem familientherapeutischen (bzw. systemorientierten) Ansatz arbeiten. Die Ergebnisse sind aus seiner Sicht durchaus ermutigend: familientherapeutische Konzepte sind inzwischen weitgehend anerkannt und kommen auch in der alltäglichen klinischen Arbeit mit Alkoholkranken zur Anwendung.

Insgesamt kann festgestellt werden, daß mit der hier vorgelegten Veröffentlichung ein wichtiges Thema und drängendes gesellschaftliches Problem mit Kopf und Herz, mit großer Sorgfalt und großem Engagement überaus sach-

kundig bearbeitet worden ist. Für alle, die sich mit der Reichweite systemorientierter Suchterklärung und systemorientierter Suchttherapie beschäftigen wollen, bieten die Ausführungen viele fruchtbare Hinweise und Anregungen.

Oldenburg, September 1996

Prof. Dr. Wolf-Dieter Scholz

1 *Sucht als gesellschaftliches Problem*

Zu einem der am weitesten verbreiteten psychosozialen und gesundheitlichen Probleme der Menschen in den westlichen Industriestaaten gehören die *Sucht-* bzw. *Abhängigkeitserkrankungen*.¹ Dabei ist Sucht als solche „ein Urphänomen menschlicher Existenzmöglichkeit.“ Süchtige hat es zu allen Zeiten gegeben und - so tragisch die Schicksale für die jeweils Betroffenen und ihr soziales Umfeld auch waren: gesamtgesellschaftlich handelte es sich meist um eine vernachlässigbare Größe. Dies hat sich allerdings grundlegend verändert: zunächst in den hochentwickelten Ländern der westlichen Welt auftauchend, hat die Suchtproblematik inzwischen das Ausmaß einer weltweiten Pandemie angenommen. „Die Menschheit als Ganzes, der ‘Organismus Menschheit’, hat eine süchtige Identität angenommen, und das drückt sich in generalisiertem..., süchtigem Verhalten aus.“²

Zur Verdeutlichung dieses Sachverhaltes einige Zahlen:

- Der illegale Drogenhandel hat heute ein erschreckendes Ausmaß erreicht und sein Umsatz wird von Experten auf 300 bis 500 Mrd. US-Dollar geschätzt. Demgegenüber setzt die Tabakindustrie weltweit 100 Mrd. US-

1 Da der Begriff *Sucht* unscharf und nur schwer zu definieren ist, schlug die WHO 1964 vor, im Zusammenhang mit der Einnahme von chemischen Substanzen (Drogen) auf ihn völlig zu verzichten und ihn durch den Begriff der *Abhängigkeit* zu ersetzen. In den folgenden Jahrzehnten setzte sich darüber hinaus die begriffliche Abtrennung der Abhängigkeit vom *Mißbrauch* weitgehend durch. Die Grenzen zwischen Mißbrauch und Abhängigkeit verwischen sich allerdings in der Praxis und geben damit den Beurteilern einen Ermessensspielraum (vgl. Feuerlein, 1989, S. 3 ff; Fichter/Frick, 1992, S. 1-3). Zu einer ausführlicheren Definition und Diskussion des Sucht- bzw. Abhängigkeits-/Mißbrauchsbegriffs vgl. u.a. Gross, 1990, S. 22/23; Feuerlein, 1987; 1989; Wanke, 1987. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden die Begriffe Abhängigkeit und Sucht weitgehend synonym verwandt und aus einem systemischen Verständnis heraus als „Signal einer gestörten Lebenswelt“ angesehen. Dahinter verbirgt sich die Überzeugung, „daß das Phänomen Abhängigkeit nur in direkter Verbindung mit den Chancen und Risiken der sog. normalen Entwicklung zu sehen und zu verstehen ist. Abhängige Verhaltensweisen sind für die tägliche Balance unseres Lebens ... notwendig (und) ... erst die Entgleisungen einer fehlgeleiteten Individuation, vorenthaltene Bewältigungsmechanismen, fehlende Flexibilität, das Abrutschen auf dem äußerst schmalen Grat zwischen Chance und Risiko der normalen Entwicklung, läßt aus der Entgleisung den Mißbrauch, aus dem Mißbrauch die Abhängigkeit werden“ (vgl. Voß, 1987, S. 424).

2 Vgl. Geck, 1995, S. 81/82

Dollar um und die Alkohol-Produzenten bringen es auf 170 Mrd. US-Dollar. Die Zahl der Drogenopfer war noch nie so hoch und die Drogensyndikate hatten noch nie eine solche Macht.³

- Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird davon ausgegangen, daß ca. „6% aller Todesfälle ... der unter 75jährigen sowie ein Fünftel aller akuten Krankenhausaufnahmen in Europa im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol stehen.“⁴ In der Bundesrepublik sterben jährlich 30.000 bis 40.000 Menschen an den Folgen ihres übermäßigen Alkoholkonsums.⁵
- Nach neuesten Angaben der „Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren“ müssen wir in Deutschland davon ausgehen, daß „2.500.000 Alkoholranke, 800.000-1.200.000 Medikamentenabhängige und 100.000-120.000 Drogenabhängige (Heroin, Kokain) behandlungsbedürftig suchtkrank sind.“⁶
- 28,8% der Bevölkerung über 15 Jahre konsumieren Tabakwaren.⁷ Nach *Kindermann (1992)* sind etwa 10 Mio. Bundesbürger abhängig vom Nikotin.⁸ Weltweit sterben nach Angaben der WHO jährlich 3 Mio. Men-

3 Vgl. Nagel, 1990, S. 109; zu den wirtschaftlichen Dimensionen der Sucht- und Drogenproblematik vgl. ausführlicher: Wichmann, 1992; Cavanagh/Clairmonte, 1986; Glaeske, 1986; Fischer/Roberts, 1980; Eisenbach-Stangl/Pilgram, 1988; Witkowski, 1986; Richter, 1992; Herha, 1986. Zu den Statistiken sei angemerkt, daß bis ca. 1990 bei den Angaben für die Bundesrepublik ausschließlich die alten Bundesländer einbezogen sind. Erst ab 1991 werden von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren Statistiken erstellt, in denen Angaben für die alten und neuen Bundesländer getrennt aufgeführt werden. Darüber hinaus werden Statistiken für die gesamte Bundesrepublik erstellt.

4 Vgl. WHO (Hrsg.): Europäischer Aktionsplan Alkohol, 1993, S. 13; der auf der 42. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa im Sept. 1992 verabschiedete „Europäische Aktionsplan Alkohol“ sieht vor, den Alkoholkonsum um ca. 25% zu reduzieren. Zu den Strategien, wie dieses Ziel erreicht werden kann/soll, vgl. ausführlicher die Ausführungen im „Europäischen Aktionsplan Alkohol“, 1993.

5 Vgl. DHS: Jahrbuch Sucht '95, S. 31, 37

6 Vgl. DHS: Jahrbuch Sucht '95, S. 31

7 Vgl. DHS, Jahrbuch Sucht '95, S. 38

8 Auch wenn die Tabakwaren, insbesondere das darin enthaltene Nikotin, im allgemeinen Sprachgebrauch noch nicht zu den Suchtmitteln gezählt werden, ist diese Auffassung wissenschaftlich längst widerlegt. Bereits im DSM III R (revidierte Ausgaben des Diagnostic and Statistical Manual der American Psychiatric Association von 1987, dt. 1989) wird das Nikotin zu den Stoffen mit Abhängigkeitspotential gerechnet (vgl. Feuerlein, 1989, S. 5). Derzeit wird vor dem Bundesgericht in New Orleans der größte Musterprozeß der

schen an den gesundheitlichen Folgen ihres Tabakmißbrauchs (vgl. Nordwest-Zeitung v. 01.06.1993). In der Bundesrepublik fallen mindestens 90.000 Menschen jährlich tabakbedingten Krankheiten zum Opfer. Die Folgekosten für die Wirtschaft (z.B. durch alkoholbedingte Arbeitsunfälle, Produktionsmängel, Unfälle) und das Gesundheitssystem (Beratung und Behandlung alkohol- bzw. tabakbedingter Erkrankungen) erreichen zweistellige Milliardenbeträge und werden auch von den etwas mehr als 8 Mrd. DM alkoholbezogener sowie den ca. 22,5 Mrd. DM tabakbezogener Steuereinnahmen (von 33 Mrd. DM, die die Deutschen 1993 für Tabakwaren ausgaben) nicht ausgeglichen.⁹

Angesichts dieser Dimensionen für die ganz alltäglichen Suchtmittel mutet es schon beinahe paradox an, daß nicht die legalen Suchtmittel, sondern die illegalen Drogen als das Suchtproblem Nr. 1 der Gesellschaft an den Pranger gestellt werden, obgleich hiervon nur ein Promille der Bevölkerung betroffen sind.¹⁰ Während am Mißbrauch illegaler Drogen jährlich so viele Men-

amerikanischen Rechtsgeschichte vorbereitet. Angeklagt sind Philip Morris und sechs weitere US-Zigarettenkonzerne. Sie werden beschuldigt, „Erkenntnisse über die suchtauslösende Wirkung von Nikotin wissentlich verschwiegen und den Nikotingehalt ihrer Produkte mit dem Vorsatz manipuliert zu haben, ihre Kunden süchtig zu machen“ (vgl. Spiegel, 25/1995, S. 161). Kürzlich wurde der Tabakkonzern „American Tobacco“ von einem Geschworenengericht in Jacksonville (Florida) zur Zahlung von einer Entschädigung in Höhe von umgerechnet 1,1 Millionen DM an einen unheilbar erkrankten Raucher verurteilt, ein Urteil, das Amerikas Tabakkonzerne erzittern läßt (vgl. STERN, 34/1996, S. 62).

- 9 In Deutschland gibt es bisher nur ganz wenige und begrenzte Untersuchungen über suchtbedingte Kosten. Schätzungen bewegen sich zwischen 15 und 60 Milliarden DM (vgl. Glaeske, 1986, S. 221). Nach in den USA durchgeführten Berechnungen, die „die Verluste an Arbeitsproduktivität, Arbeitsunfälle, Behandlungskosten, Verkehrsunfälle, Kriminalität, vorzeitige Mortalität und Präventionsausgaben einbezogen“, stiegen die alkoholmißbrauchs-bezogenen Kosten von 31 Mrd. US-Dollar (1971) über 117 Mrd. US-Dollar (1983) auf 136 Mrd. US-Dollar für 1990. „Auf die gesamte Bundesrepublik umgerechnet ergäbe sich für 1990 eine Summe von 80 Mrd. DM“ alkoholmißbrauchsbezogener Kosten (vgl. DHS: Jahrbuch 'Sucht '93, S. 42). Demgegenüber betragen die Steuereinnahmen für Alkoholika 1990 nur 6,55 Mrd. DM (vgl. DHS: Jahrbuch Sucht '92, S. 8).
- 10 Eine solche Einschätzung wird auch durch die Berichterstattung zur Sucht- und Drogenproblematik in der aktuellen Tagespresse gestützt. Von 83 längeren Artikeln, die 1993 in der Nordwest-Zeitung zur Sucht- und Drogenproblematik erschienen (die Sammlung ist unvollständig, da z.B. während der Ferientermine einzelne mögliche Artikel nicht erfaßt wurden), hatten 37 Artikel (ca. 45%) die illegale Sucht- und Drogenproblematik zum Inhalt. 19 Artikel (ca. 23%) bezogen sich auf die Alkoholproblematik und 7 Artikel (ca. 8,5%) auf den Tabakmißbrauch. Der Arzneimittelmißbrauch und die sog. nichtstofflichen Süchte waren mit je 3 Artikeln (zusammen ca. 7,3%) vertreten. 14 Artikel (ca. 17%) hatten die Suchtproblematik allgemein zum Inhalt (z.B. Suchtberatung, Prävention, Sucht-

schen sterben wie in einer Woche an den Folgen des Tabakkonsums, wird ausschließlich der illegale Drogenkonsum mit allen Mitteln des Rechtsstaats bekämpft. Es soll hier nicht das Problem der Heroin- und Kokainabhängigkeit verharmlost werden. 1738 Todesfälle (1993)¹¹ sind - trotz Rückgangs - immer noch 1738 Tote zu viel. Dennoch scheint es angezeigt, sich endlich der tatsächlichen Dimension der Suchtproblematik zu stellen. Nicht die illegalen Drogen (Heroin, Kokain, Haschisch, Amphetamine, u.a.m.) sind das Problem, wenn es um die Suchtmittelproblematik in unserer Gesellschaft geht. Sie sind nur die Spitze des Eisberges. Es sind unsere alltäglichen legalen Drogen Alkohol und Nikotin, die Segnungen der Pharmaindustrie (Psychopharmaka), die Eßstörungen sowie die nichtstofflichen süchtigen Verhaltensweisen (Spielsucht, Sexsucht, Arbeitssucht, Konsumsucht, usw.)¹², in denen sich das Sucht- und Abhängigkeitsproblem unserer Gesellschaft widerspiegelt. Und auch dem „selbstgefälligsten Politiker“, dem „ausgebufftesten Kripobeamteten“ müßte inzwischen aufgefallen sein, daß das Suchtproblem - weltweit - „nicht mit legislativen oder repressiven Maßnahmen, die direkt dieses Problem zum Gegenstand haben, lösbar ist. Dennoch wird durch ein 'Mehr desselben', ein verbissenes Steigern der bisherigen erfolglosen Strategie, weiterhin *DIE LÖSUNG* gesucht.“ Aber was erreicht wird ist einzig, daß das Phänomen Sucht um die Variante der Suchtbekämpfung bereichert wird.¹³

Kern des Dilemmas ist, daß „unsere Politik gegen die Suchtproblematik doppeltbödig ist.“ Zigaretten-, Pharma-, Alkoholindustrie und - nicht zuletzt - der

woche im ZDF). Auch wenn diese Statistik für das Jahr 1993 unvollständig ist, dürfte sie doch einen allgemeinen Trend widerspiegeln: Ein Problem muß nur groß genug, muß nur allgemein genug sein, um als Problem aus dem Blickfeld zu geraten bzw. verharmlost zu werden.

- 11 Vgl. DHS, Jahrbuch Sucht '95, S. 102; nach einem dramatischen Anstieg zwischen 1988 und 1991 auf 2125 Rauschgifttote, stagnierte 1992 die Zahl bei 2099 Toten und ging 1993 erstmals zurück (vgl. DHS, Jahrbuch Sucht '95, S. 102).
- 12 Gross (1990) benennt neben den stoffgebundenen Süchten bzw. Abhängigkeiten auch stoffungebundene Sucht- bzw. Abhängigkeitsformen, wie z.B. Eßstörungen, Spielsucht, Arbeitssucht, Kaufsucht, u.a.m. Letztendlich kann „jedes Ding Droge sein und süchtig machen“ (Otto Fenichel, Psychoanalytiker; zit. nach Gross, 1990, S. 28). Die Erweiterung des Suchtbegriffs um die stoffungebundenen Suchtformen, die zu einer „Inflation von Süchten“ geführt hat, wird durchaus kontrovers diskutiert. Im folgenden wird davon ausgegangen, daß es neben den stofflichen Abhängigkeiten auch nicht-stoffliche süchtige bzw. abhängige Verhaltensweisen gibt.
- 13 Vgl. Geck, 1995, S. 81

Staat verdienen viel Geld an den „Suchtpotenzen“, die unserer Gesellschaft immanent zu sein scheinen, und ihre „Breitenwirkung“ ist - vom gesundheitlichen Standpunkt her besehen - viel gravierender als die Wirkung der sogenannten harten Drogen, auch wenn deren Gesamtumsatz - weltweit - höher ist.¹⁴

1.1 Sinnkrise in der modernen Industrie- und Risikogesellschaft

Die Meinungen über die Bedeutung gesellschaftlicher Faktoren bei der Suchtentwicklung werden kontrovers diskutiert und reichen von „Sucht ist immer gesellschaftlich“ bis zu „die Vorstellung einer reinen Soziogenese (der Sucht) sei eher eine Ideologie als eine Tatsache“. Die Bedeutung gesellschaftlicher Faktoren bei der Suchtentwicklung wird jedoch meist nicht geleugnet. Und auch wenn die spezifischen Prozesse, auf denen der soziogene Anteil der Suchtentwicklung beruht, noch weitgehend ungeklärt sind, scheint festzustehen, „daß sich Suchtentwicklung (immer) im Spannungsfeld von Person und Umwelt vollzieht.“¹⁵ Leben wir in einer Suchtgesellschaft, besitzt diese Gesellschaft ein „Suchtpotential“, wie es ihr teilweise undifferenziert und pauschal zugeschrieben wird?¹⁶ Müssen wir uns immer mehr betäuben, immer mehr zusaufen, zufressen, zukiffen, um der Reizüberflutung und der Alltagshektik, der Sinnlosigkeit und Leere, die sich in der Seele vieler von uns breit macht, durch den Rausch zu entfliehen? Steht unsere technisierte Leistungsgesellschaft unseren wahren Bedürfnissen so gnadenlos gegenüber, daß wir das Gefühl, nur ein kleines, unbedeutendes Rädchen im Getriebe der Welt zu sein, nur betäubt ertragen können?¹⁷

Sicher ist, daß Sucht eines der größten gesellschaftlichen Probleme unserer Zeit darstellt. Die Folgekosten für das Gesundheitssystem sind immens und eine Vielzahl von Todesopfern jährlich sind nur die Spitze dieses „Eisberg-

14 Vgl. Bode, 1984, S. 135/136

15 Vgl. Renn, 1984, S. 94

16 An dieser Stelle sei angemerkt, daß es „die Gesellschaft als einheitlich wirkende Größe nicht gibt. Gesellschaft ist vielmehr ein Bündel einzelner Faktoren. Diese bestimmen die soziale Lage, in der sich einzelne Personen befinden. In einer Suchtentwicklung gehen von diesen Faktoren jeweils einzelne Wirkungen aus“ (vgl. ausführlicher: Renn, 1984, S. 94-114).

17 Vgl. Gross, 1992, S. 12

phänomens“¹⁸ - ganz abgesehen von dem individuellen und sozialen Leid, das mit dem Schicksal jedes einzelnen Suchtkranken und seiner Angehörigen verknüpft ist.

„Sucht ist keine fremde Macht, die von außen angreift, (sondern) eine Lebenshaltung, eine Einstellung, mit der wir dem Leben begegnen. ... (Sie) ist eine subjektive Lösung des Sinnproblems in der Wohlstandsgesellschaft.“¹⁹ Im Suchtkranken zeigen sich die „pathogenen Aspekte der Werthaltungen unserer Gesellschaft wie in einem Brennpunkt“ und, „so wie der Schmerz eine Signalfunktion für den einzelnen hat, so hat die wachsende Süchtigkeit eine Signalfunktion für unsere Gesellschaft.“²⁰ Und auch wenn Sucht keine gute Lösung ist und der Schaden langfristig den Nutzen überwiegt, scheint es manchmal, daß wir keine bessere Lösung haben. Zum „Leitmotiv“ unserer „Erwerbs- und Konsumgesellschaft“ wurden „Konsum“, „Wohlstand“ und „Habgier“, Habgier nach dem „Überfluß“, der uns vorgaukelt, daß alles, selbst das Glück, käuflich ist. Der Konsum wurde zur Bürgerpflicht und es wurde ein noch nie dagewesener Wohlstand erreicht, verbunden mit einer „Haben-Orientierung“, die sich „Lebensglück von einer Befriedigung der Konsumwünsche versprach, bei der aber ... das Sein vernachlässigt wurde.“²¹

18 Vgl. Richter, 1991, S. 93

19 Vgl. Rost, 1990, S. 215; in einer Welt, die von Leistung, Wachstum und Fortschritt geprägt ist, Maximen, deren Sinn dem Einzelnen nicht so recht deutlich wird, einer Welt, in der sich der Mensch scheinbar vom Zwang äußerer Autoritäten (Gott, Natur) befreit und sich selbst an deren Stelle gesetzt hat, muß der Mensch „sich selbst einen Sinn suchen (Autonomie) bzw. für sich und die Welt den Sinn herstellen, was ihn aber überfordert. Auf sich selbst gestellt, ist es ihm nicht möglich, der Schöpfung einen ‘Sinn’ zu geben, er fragt nur noch, inwieweit die Natur ihm nützlich ist. Damit wird aber Sinn in Zweck (Funktion und Leistung) verkehrt. ... Die Befreiung von der Furcht vor Göttern und einer bedrohlichen Natur hat den Menschen an die Ufer der Sinnlosigkeit geführt, was eine eigene Form von ‘existentieller Angst’ fördert. Zudem ... hat uns unsere eigene Leistung an den Rand einer planetarischen Katastrophe geführt. Das Bewußtsein davon bildet den Hintergrund für die Zunahme an - gegenwartstypischen - Vernichtungsängsten“ (Schiffer/Süsske, 1991, S. 236). In einer solchen ausweglosen Situation ist für viele das Suchtmittel, die süchtige Verhaltensweise, Ausweg, auch wenn die Sinnlosigkeit, der Hunger nach Erfüllung der wahren Bedürfnisse, später nur noch um so stärker verspürt und wahrgenommen wird.

20 Vgl. Herha, 1986, S. 67; siehe auch Bode, 1984, S. 137

21 Vgl. Herha, 1986, S. 67

Jeder, ob Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängiger, ob Eßsüchtiger, Spieler, ... nimmt zu viel von dem, was er meint zu brauchen, und hat doch nie genug davon. Es ist dieses unstillbare Gefühl der Entbehrung, dieser Hunger „nach immer mehr und intensiveren Reizen, jedoch begleitet von dem Gefühl, nie (wirklich) satt zu werden.“²² Entbehrung/Mangel und Übermaß/Überfluß verweisen auf ein Quantitätsproblem: „Während wir unsere Lebensqualität durch Vermehrung von Konsumgütern zu quantifizieren suchen, verdorren unsere Wälder“, ... sägen wir uns den Ast ab, auf dem wir selbst sitzen!²³ Die in den letzten Jahren entstandene schleichende „Versüchtelung unserer Gesellschaft“ hat uns in eine „Scheinwelt“ entführt, durch einen „Hintereingang ins (vermeintliche) Paradies“ - aus dem man allerdings auch ganz schnell wieder herausfliegen kann! Das Problem des Süchtigen (und von uns allen) besteht darin, daß wir verwoben sind in und mit einer Gesellschaft, in der Konsum die Normalität und Sucht nur eine Spielart entarteten - aber erwünschten - Konsumverhaltens darstellt. Durch ständige „Reizüberflutung und künstliche Bedürfnisweckung haben wir inzwischen einen Grad der „Innenweltverschmutzung“²⁴ erreicht, der so groß ist, daß nur noch wenige aus tiefstem Herzen und in nüchterner Zufriedenheit sagen können: Das brauche ich wirklich!“ Die hieraus resultierende Orientierungslosigkeit ist der Nährboden für die fortschreitende Versüchtelung in unserer Gesellschaft. Menschen, die nicht wissen, wer sie sind, was ihnen gut tut oder fehlt, was sie wollen, wo ihr Da-Seins-Sinn liegt, sind extrem anfällig für das erstbeste Angebot, sind leicht manipulier- und verführbar von „Wirtschaft und Werbung als (den) Dealern unserer alltäglichen Süchte. ... Wie nötig hat diese Wirtschaft genau diese leicht manipulierbaren Menschen ohne Eigenschaften?“

22 Wer seinen Hunger nicht mit Alkohol, Tabletten, Musik o.ä. betäubt, greift zu „extremen Reizerfahrungen“ (beispielsweise Extremsportarten/-verhalten, u.a.m.), „um dem faden, reglementierten Alltag zu entkommen“ (vgl. Schiffer/Süsske, 1991, S. 236).

23 Vgl. Buchholtz, 1985, S. 86

24 Unter Innenweltverschmutzung werden unsere unklaren und unsauberen Verhältnisse und Beziehungen zum Leben, zu dessen ökologischen Zusammenhängen, in die wir in all unseren Beziehungen unentrinnbar hineinverwoben sind, verstanden (vgl. Lechler, 1990, S. 15). In unserem Verhalten gegenüber Natur und Kreatur, in unserem Bezug zum Mitmenschen und zur Umwelt, spiegelt sich jener Grad an Innenweltzerstörung wider, den wir in uns bereits erreicht haben. So kann letztlich die äußerlich sichtbare Zerstörung unserer natürlichen Umwelt als Indikator für den Grad unserer Innenweltzerstörung herangezogen werden.

Die Außengelenktheit des zivilisierten Wohlstands- und Konsummenschen ist in unserer Gesellschaft inzwischen so weit fortgeschritten, daß die Sinnkrise des Einzelnen in der Gesellschaft unübersehbar ist. Es ist dieser einsame, diffuse, seines Sinnes beraubte Mensch, den eine auf Konsum und Profit orientierte Wirtschaft braucht, um „die Löcher in der Seele“ mit materiellen Gütern stopfen zu können - zur Mehrung der eigenen Profite!²⁵ Die wirklichen Bedürfnisse sind nicht käuflich, sind nicht leicht zu haben: Liebe, Geborgenheit, Sinn! Aber wer ist schon bereit, die Mühen ernsthafter Auseinandersetzung mit sich und anderen auf sich zu nehmen, wenn ihm die Verlockungen einer aggressiven Werbe- und Marketingstrategie leichten Genuß vorgaukeln? Der Preis für diese Mühelosigkeit ist eine innere Leere, Einsamkeit, die es zu betäuben gilt. Aber es ist gerade das Janusköpfige der Sucht, „daß sie einerseits eine tiefe Befriedigung zu geben vermag, daß sie langfristig aber auch in die Zerstörung führen kann.“²⁶ So entlarvt sich Sucht nicht als Problem des Einzelnen, sondern als untrennbar mit der Kultur unserer industriellen Erwerbsgesellschaft verbunden, deren Motor Wohlstand und Konsum sind. Inzwischen hat die Innenweltverschmutzung ein so großes Ausmaß erreicht, daß der Bestand unseres sozialen Gemeinwesens grundsätzlich in Frage gestellt ist. Die explodierenden Kosten im Gesundheits- (besser Krankheits-)wesen entpuppen sich bei „genauerer Analyse nur als Ausdruck unseres kranken, süchtigen, d.h. siechen Bezugs zum Leben.“²⁷

Gregori Bateson (1981) vertrat bereits die These, daß all jene, die ihr alltägliches Leben nicht mit den angemessenen Mechanismen zu meistern verstehen, „in der Abhängigkeit einen Ausweg aus (ihren) eigenen kaputten Voraussetzungen“ sehen, „die durch die umgebende Gesellschaft kontinuierlich verstärkt werden“.²⁸ Von einer neueren Forschungsrichtung, der „Psycho-

25 Vgl. Gross, 1992, S. 103

26 Vgl. Rost, 1990, S. 203-228

27 Vgl. Lechler, 1990, S. 15

28 Vgl. Bateson, 1981, S. 402; *Voß (1987)* fragt in diesem Zusammenhang (in Anlehnung an Grassmann, 1984): „Was soll man denn wirklich all jenen Betroffenen, denen keine hinreichende Ausrüstung zum Überleben in dieser Welt mit in den Tornister gelegt worden ist, anbieten, angesichts einer Zivilisation der westlichen Welt und unserer Gesellschaft, die in sich abhängig ist: immer mehr Konsum, mehr Konkurrenz, mehr Wachstum, mehr Ausbeutung der natürlichen Ressourcen, immer mehr Umweltverschmutzung und immer mehr Waffen“ (vgl. Voß, 1987, S. 428).

ökonomie“²⁹, wird eine solche „pathogene gesellschaftliche Alltagsnormalität“ gestützt.³⁰ Das Zeigen von „Risiko-Verhaltensweisen“ (beispielsweise Suchtverhalten, aber auch: U.Bahn-Surfen, Extremsportarten, u.a.m.) ist „so eng mit unserer dominanten Kultur verbunden, daß das normale Zeigen solchen Verhaltens die Zugehörigkeit zu unserer Gesellschaft symbolisiert“.³¹ Unter einer solchen Perspektive sind beispielsweise Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit „als gesundheitliches Risikoverhalten und eben auch als Handlungsmuster zu betrachten, als Symptombildung und Versuch einer Konfliktstilllegung, die aus der ständigen Auseinandersetzung mit den Widersprüchen und Konflikten des Alltags hervorgeht. Das gesundheitsriskante (Alkohol-)Verhalten hat kompensierende Funktion und bedeutet für das Individuum eine augenblickliche Gewinnsituation: Der zum Teil durchaus bewußte, langfristige Schaden wird verniedlicht, in die ferne Zukunft verlegt oder irgendwelchen ‘anderen’ zugeschoben“.³² Darüber hinaus läßt sich gesundheitsriskantes Verhalten (beispielsweise Alkoholmißbrauch) als Protest gegen entfremdete Lebensbedingungen verstehen: „Gegen die alltäglichen Belastungen und Unfreiheiten in der Arbeitswelt und auch in der Privatsphäre wird der momentane Erlebnispogewinn im Alkoholkonsum gesetzt und der Vorwurf des gesundheitsriskierenden Verhaltens in einem Widerstand konterkariert, der dieses Risiko als ein letztes Stück Freiheit ausgibt, nach dem Motto: ‘Was ich mit meinem Körper mache, ist meine Angelegenheit’“.³³ In diesem Sinne ist Risikoverhalten „selbstschädigende Anpassung mittels Kompensation, Betäubung oder Flucht“. Risikoverhalten ist aber darüber hinaus auch „eine sozial geprägte Verwendung aller subjektiv verfügbaren Ressourcen, den eigenen Alltag zumindest kurzfristig mit Affektlösung und Abenteuer zu durchsetzen.“³⁴

So spiegelt der Abhängige in seinem Verhalten grundlegende Implikationen unserer Wohlstands- und Konsumgesellschaft, die von *Beck (1986)* als

29 Diese Disziplin untersucht als Teilbereich der Ökologie die Wechselwirkungen zwischen Personen und ihren Mitmenschen bzw. ihrer mitmenschlich geschaffenen Umwelt (vgl. Schmieder, 1989, S. 67).

30 Vgl. Schmieder, 1989, S. 67

31 Vgl. Schmieder, 1989, S. 69

32 Vgl. Schmieder, 1989, S. 70

33 Vgl. Schmieder, 1989, S. 71

34 Vgl. Schmieder, 1989, S. 71

„Risikogesellschaft“ charakterisiert wurde. Nach seiner Einschätzung befinden wir uns im Übergang zur industriellen Risikogesellschaft, die dadurch gekennzeichnet ist, daß der „Machtgewinn des technisch-ökonomischen Fortschritts“ immer mehr durch eine „Produktion von Risiken“ erkaufte wird, „Modernisierungsrisiken und -folgen, die sich in irreversiblen Gefährdungen des Lebens von Pflanze, Tier und Mensch niederschlagen“.³⁵ Dabei handelt es sich um Globalgefährdungen und -bedrohungen (Umweltzerstörung, atomare Bedrohung, Bevölkerungsexplosion, Ressourcenverknappung, Massenarbeitslosigkeit, u.a.m.), die früher oder später jeden erwischen, auch jene, die sie produzieren („Bumerang-Effekt“). „Die Risikogesellschaft ist eine katastrophale Gesellschaft, (in der) der Ausnahmezustand zum Normalzustand zu werden“ droht.³⁶ In dieser Gesellschaft gehört „das Risiko zum Fortschritt, wie die Bugwelle zum Schiff auf großer Fahrt.“³⁷ Aber bei aller Betroffenheit: „Wo sich alles in Gefährdungen verwandelt, ist irgendwie auch nichts mehr gefährlich. Wo es kein Entkommen mehr gibt, mag man schließlich auch nicht mehr daran denken“ („Endzeitfatalismus“).³⁸ Denn,

35 Vgl. Beck, 1986, S. 17; nach *Becks's These* leben wir „noch nicht in einer Risikogesellschaft, aber auch nicht mehr nur in Verteilungskonflikten der Mangelgesellschaften... spätestens seit den siebziger Jahren (befinden wir uns) am Beginn dieses Übergangs“. Im Zuge dieses Wandels geht „die gesellschaftliche Produktion von Reichtum systematisch einher mit der gesellschaftlichen Produktion von Risiken. ... Dieser Wechsel von der Logik der Reichtumsverteilung in der Mangelgesellschaft zur Logik der Reichtumsverteilung in der (fortgeschrittenen) Moderne“, der durch „exponentiell wachsende Produktivkräfte“ charakterisiert ist, setzt „Destruktivkräfte (Risiken und Selbstbedrohungspotentiale) in einem Ausmaß frei, vor denen das menschliche Vorstellungsvermögen fassungslos steht. ... An die Stelle des Hungers treten für viele Menschen die ‘Probleme’ der ‘dicken Bäuche’“ (Beck, 1986, S. 25-27).

36 Vgl. Beck, 1986, S. 31

37 Vgl. Beck, 1986, S. 61

38 Vgl. Beck, 1986, S. 48; im weiteren Verlauf seiner Ausführungen verweist Beck am Beispiel der „Grenzwertdiskussion“ auf die „ökonomische Einäugigkeit“ einer „naturwissenschaftlich-technischen Rationalität“, deren Blick nur „auf die Produktivitätsvorteile gerichtet“ und von einer „systematisch bedingten Risikoblindheit“ geschlagen ist. „Grenzwerte (für zulässige Schadstoffe und Gifte) mögen zwar das Allerschlimmste verhindern, sind zugleich aber auch ‘Persilscheine’ dafür, Natur und Mensch ein bißchen zu vergiften (und das zu jeder Zeit, an jedem Ort; e.A.). ... Grenzwerte (erfüllen) die Funktion einer symbolischen Entgiftung, ... sind gleichsam symbolische Beruhigungspillen gegen die sich häufenden Giftnachrichten. ... Faktisch haben sie die Wirkung, die Schwellen für die Versuche am Menschen etwas höher zu setzen. Erst wenn das Zeug in Umlauf gesetzt wird, kann man herausfinden, wie es wirkt. ... Es wird sozusagen eine Art Dauerexperiment veranstaltet, in dem das Versuchstier Mensch in einer Selbsthilfebewegung die

und das ist das tragische, aber auch tröstliche zugleich: „Der Effekt ist erst da, wenn er da ist, und dann ist er nicht mehr da, weil nichts mehr da ist. Diese apokalyptische Drohung hinterläßt also keine greifbaren Spuren *im* Jetzt ihrer Drohung.“³⁹

In einer immer komplexer und widersprüchlicher werdenden Gesellschaft, einer Gesellschaft, der es an überzeugenden Zukunftsvorstellungen und -perspektiven, an Visionen mangelt, liegt es nahe, sich auf das als Ausweg angebotene „persönliche Wohlbefinden“ zurückzuziehen, gleichsam durch das vielfältige Angebot an Sucht- und Genußmitteln dem Druck einer Außen- und Fremdbestimmung zu entgehen, zumindest zeitweilig. So gesehen dient süchtiges Verhalten einer Kompensation vielfältiger Alltagsfrustrationen. und ist „in hohem Maße systemstabilisierend, da damit verbundene kleine Fluchten dem einzelnen helfen, Spannungen abzubauen und damit als sozial integriertes nützliches Mitglied unserer Gesellschaft zu leben.“ Unsere vielen kleinen Süchte „helfen uns, in unserer Gesellschaft angepaßt zu leben, die Diskrepanzen zwischen Anspruch und Wirklichkeit zu ertragen und den an uns gerichteten und verinnerlichten Verhaltenserwartungen gerecht zu werden.“⁴⁰

Um nicht am Leben zu zerbrechen, bedarf es der Vielfalt unserer Süchte, unserer allgemeinen Süchtigkeit. Sie ist ein unausbleibliches Produkt unserer modernen Gesellschaft, die sich als „Drogengesellschaft“ entpuppt, „sozusagen wie ein Schwamm vollgesogen mit „Alkohol. Wenn wir ein Virus erfinden würden, das allen Alkohol ganz schnell zerstört, dann würde diese ganze Gesellschaft zusammenbrechen, es würde nichts mehr funktionieren.“⁴¹

1.2 Volksdroge Nr. 1 - der Alkohol

„Sucht als Seuche ist im Vormarsch“⁴² und insbesondere ein alarmierender Anstieg des Alkoholismus⁴³ in nahezu allen Industrieländern hat dazu ge-

Daten für seine eigenen Vergiftungssymptome gegen das kritische Stirnrnzeln der Experten sammeln und zur Geltung bringen muß“(vgl. Beck, 1986, S. 80-92).

39 Vgl. Beck, 1986, S. 50, in Anlehnung an Anders, G: Die atomare Bedrohung, 1983

40 Vgl. von Troschke, J., 1988, S. 33

41 Vgl. Wanke, 1987, S. 128

42 Vgl. Schmieder/Fecken, 1988, S. 12

führt, daß dieser nicht nur quantitativ zum bedeutendsten psychiatrischen Problem wurde, sondern auch innerhalb der Suchtkrankheiten dominiert. Wenn auch das Einströmen neuer Drogen in den europäischen Raum kurzfristig die Aufmerksamkeit vom Alkohol ablenken konnte, so bleibt er dennoch „seiner physiologischen Wirkung nach eines der gefährlichsten Rauschmittel und ist, was z.B. Steigerung der Dosis und körperliche Abhängigkeit betrifft, gefährlicher als Haschisch und LSD“.⁴⁴ Ganz zu schweigen von seiner hochtoxischen Wirkung als Zellgift: „Es gibt kaum ein Organsystem, das durch Alkoholmißbrauch nicht direkt oder indirekt geschädigt werden kann.“⁴⁵ Trotz dieser Tatsache besteht eine hohe Diskrepanz zwischen der Bedeutung des Problems und der Aufmerksamkeit, mit der es behandelt wird.

Antons/Schulz (1981) „sehen die besondere Gefährlichkeit des Alkohols unter anderem darin, daß er, aus der Sicht der Bevölkerung, gar kein Problem zu sein scheint (und) vermuten, daß die Verankerung des Trinkens von Alkohol im Alltagsleben der Grund für diese Ambivalenz ist.“⁴⁶ In unserer Gesellschaft hat Alkohol eine lange kulturelle Tradition und es ist normal, alkoholische Getränke zu konsumieren. Als selbstverständlicher Teil der Geselligkeit wird er als „individuelles und gesellschaftliches Schmiermittel“⁴⁷ zur Besserung der Stimmung und Befindlichkeit sowie bei Gesellig-

43 Da der vom schwedischen Mediziner *Magnus Huss* eingeführte Begriff des *chronischen Alkoholismus* (*Alcoholismus chronicus*, 1852) im deutschen und internationalen Sprachgebrauch seit mehr als hundert Jahren eingebürgert ist, werden im folgenden die Termini „Alkoholismus“ und „Alkoholiker“ weiterhin verwendet. Aus Vereinfachungsgründen wird vom Alkoholiker nur in der maskulinen Form gesprochen, auch wenn sowohl Alkoholiker als auch Alkoholikerinnen gemeint sind. Ähnlich wie beim Sucht- bzw. Abhängigkeitsbegriff überschneiden sich in der Praxis die Grenzen der Phänomene des *Alkoholmißbrauchs* sowie der *Alkoholabhängigkeit*. (vgl. Fichter/Frick, 1992). Während die Definition der Begriffe Mißbrauch/Abhängigkeit durch die WHO (1980; vgl. ICD-Nr. 303 und ICD-Nr. 305.0) auf das Suchtmittel bzw. den Suchtmittelkonsumenten fokussiert, wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit stärker von einer systemischen Sichtweise ausgegangen (vgl. auch Fußnote Nr. 1).

44 Vgl. Antons/Schulz, 1981, S. 18

45 Vgl. Feuerlein, 1989, S. 25; zur Epidemiologie und den medizinisch-physiologischen Folgeerscheinungen des Alkoholmißbrauchs vgl. ausführlich Feuerlein, 1989; Schmidt, 1993.

46 Vgl. Antons/Schulz, 1981, S. 18

47 Vgl. DHS: Jahrbuch Sucht '92, S. 45; „87 Prozent der Deutschen glauben, daß man sich dank Alkohol in Gesellschaft wohler fühlt. 77 Prozent meinen, er erleichtere den Kontakt mit Leuten, die man noch nicht kennt. Und 73 Prozent finden, Alkohol mache witziger

keiten eingesetzt, ein Phänomen, das für viele von uns der Anfang eines lebenslangen sozialen Trinkens ist. Angesichts der fest verwurzelten Trink-sitten in unserer Gesellschaft ist kaum vorstellbar, daß festliche Anlässe wie Geburt, Taufe, Geburtstag, Konfirmation, Verlobung, Hochzeit - und selbst der Tod - ohne Alkohol feierlich gestaltet werden könnten.

Lag der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch an alkoholischen Getränken noch 1950 bei 3,5 l reinem Alkohol, so vervierfachte er sich bis 1980 auf 12,5 l, ehe er bis 1990 auf 11,9 l abfiel. Stieg in den Jahren 1991/1992 der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch noch einmal leicht auf 12,0 l an, so kann für 1993 ein Absinken auf 11,5 l vermeldet werden.⁴⁸ Diese erfreuliche Tatsache sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß der Alkoholkonsum sich auf einem sehr hohen Niveau eingependelt hat.⁴⁹ Bezieht man zu den ca. 2,5 Millionen behandlungsbedürftigen Alkoholikern noch „das unmittelbare, nicht alkohol-abhängige, soziale und familiäre Umfeld mit ein, in dem ausnahmslos neuro-tische Verhaltensstörungen verschiedenster Schweregrade zu beobachten sind“, so erweitern sich diese Zahlen „mindestens um das Drei- bis Fünf-fache“.⁵⁰ Hieraus ergibt sich, daß ca. 10-15% der bundesrepublikanischen Bevölkerung direkt oder indirekt vom Alkoholismus und seinen Folgen be-troffen sind.

Wird jemand in unserer Gesellschaft vom Alkohol abhängig, so wird er als Normabweichler identifiziert und diskriminiert; selbiges gilt allerdings auch für Alkoholabstinenzler, die es gleichfalls schwer haben, in unserer Gesell-

und einfallsreicher“ (vgl. den Artikel „Rausch: So bedröhnen sich die Deutschen“ im STERN, 25/1992, S. 48).

48 Vgl. DHS, 1994, S. 10; bis 1990 wurde von der Deutschen Hauptstelle gegen die Sucht-gefahren (DHS) eine Statistik nur für die alten Bundesländer geführt wurde. Erst ab 1991 wird eine Gesamtstatistik für die gesamte Bundesrepublik (alte und neue Bundesländer) erstellt. Der leichte Anstieg des Pro-Kopf-Verbrauchs 1991/92 ist darauf zurückzuführen, daß der Alkoholkonsum in den neuen Bundesländern höher ist als in den alten (1991: 11,9l in den alten BL, 13,1l in den neuen BL).

49 Der tatsächliche Verbrauch der Alkoholkonsumenten ist noch erheblich höher, denn in der Berechnung „Pro-Kopf-Verbrauch“ sind sämtliche Bürger der Bundesrepublik enthal-ten, also auch Abstinenzler und nichttrinkende Kinder, Jugendliche und Kranke. „Es ver-bleiben ca. 50 Prozent, die ... durchschnittlich 24 Liter reinen Alkohol pro Jahr trinken. Das entspricht ca. 70 Milliliter Alkohol täglich - deutlich oberhalb der Grenzen, die noch als (gesundheitlich) unbedenklich angesehen werden“ (vgl. DHS: Jahrbuch Sucht '93, S. 42).

50 Vgl. Lechler, o.J., S. 2

schaft akzeptiert zu werden.⁵¹ Die bundesrepublikanische Bevölkerung lehnt den Süchtigen mehrheitlich ab und nur wenige möchten soziale Nähe zu einem Süchtigen haben. Mit den Stigmen „*willensschwach, charakterlos, verlogen, unzuverlässig, kriminell, aggressiv*“⁵² von der Bevölkerung mehrheitlich diskriminiert, gerät der Süchtige, und hier insbesondere der Alkoholiker, ins gesellschaftliche Abseits, in die Isolation.⁵³

Erst 1968 wurde durch eine Entscheidung des Bundessozialgerichts Alkoholismus als Krankheit anerkannt, was „Ärzte und Sozialversicherungsträger dazu ‘verurteilt’, eine Krankheit zu behandeln und zu finanzieren, die trotz umfangreicher Aufklärung weithin noch nicht als Krankheit von der Gesellschaft gesehen wird“.⁵⁴ Aber auch das *Krankheitskonzept* des Alkoholismus⁵⁵ birgt in sich seine Tücken. Nicht nur, daß in der Öffentlichkeit der Alkoholiker bzw. der Alkoholismus nach wie vor unter moralischen Gesichtspunkten gesehen und verurteilt wird und die Ziele des Krankheitskonzeptes, den Betroffenen und seine Familie von Schimpf und Schande zu befreien, nur ansatzweise erreicht wurden; auch aus einem anderen Grund ist das Krankheitskonzept eine eher zweischneidige Angelegenheit: Der Abhängige hat zwar die Möglichkeit, sich auf Krankenschein behandeln zu lassen, kann aber durch die Akzeptanz seines Krankseins dazu verleitet werden, die Verantwortung für die Genesung von seiner Krankheit an Experten abzugeben. Da ihm geholfen wird, empfindet er „seine Krankheit als Gewinn“, was

51 Vgl. Ziegler, 1984, S. 14/15

52 Vgl. Ziegler, 1984, S. 13; Hervorhebungen durch den Autor!

53 Es sei an dieser Stelle bereits angemerkt, daß nicht nur der Alkoholiker, sondern insbesondere auch seine Familie ins gesellschaftliche Abseits, in die Isolation geraten. Dies ist allerdings nicht ausschließlich eine Folge der gesellschaftlichen Ablehnung, sondern auch Ausdruck der spezifischen Rollen und Dynamiken, die für eine Alkoholikerfamilie typisch sind. Dies wird bei der Darstellung des Alkoholismus als Familienkrankheit später noch ausführlicher dargestellt (vgl. Kap. 3).

54 Vgl. Ziegler, 1984, S. 13

55 Als Folge des Krankheitskonzepts, das auf einer individuumzentrierten und linear-kausalen Denkstruktur beruht, wurde ein nach naturwissenschaftlichen Gesichtspunkten erstelltes Krankheitsmodell entworfen, in dem Alkoholismus „...als eine Krankheit mit einer Ursache, mit einer Anzahl von Symptomen, einem typischen Verlauf und einer vorhersagbaren Prognose aufgefaßt ...“ wurde (Steinglass, 1983, S. 166; vgl. auch: Schmidtbreich, 1992, S. 11). Dieses auf Jellinek (1946, 1960) zurückgehende Modell wird ausführlicher in Feuerlein, 1984 und Schmidt, 1993 dargestellt. Da im weiteren Verlauf dieser Arbeit von einem „systemischen Modell“ der Alkoholabhängigkeit ausgegangen wird, wird auf eine ausführlichere Darstellung der „Stufen des Alkoholismus“ und der „Alkoholikertypen“ in Anlehnung an das Krankheitskonzept von Jellinek verzichtet.

die „Prägung zur passiven Konfliktlösung“ noch verstärkt.⁵⁶ Gerade im Suchtbereich ist eine solche Haltung aber eher kontra-produktiv und steht einer möglichen Genesung im Wege. Neuere Bestimmungsversuche sprechen deshalb bei Alkoholabhängigkeit auch nicht mehr von Krankheit, sondern von einer erlernten Verhaltensstörung, die als „Alkoholabhängigkeits-Syndrom“ bezeichnet wird.⁵⁷

Schmidtbreick (1992) betont, daß „abhängiges Verhalten mehr und mehr im Kontext von Systemen gesehen“ werden muß, was dazu führt, daß „der Blickwinkel nicht mehr ausschließlich auf ein Individuum und seine Symptome gerichtet (ist), sondern auf das System, in dem es lebt, also in der Regel das System ‘Familie’ ...Im Vordergrund stehen dabei die Interaktionen und die immer wiederkehrenden Verhaltensmuster zwischen den Systemmitgliedern. Süchtiges Verhalten wird also nicht mehr als das Problem eines Einzelnen gesehen, sondern als eine Art Interaktion im (Familien-)System. Somit entsteht ein Suchtkonzept, das sich nicht mehr nur auf das Symptom und den Symptomträger bezieht, sondern auf das ganze System, in dem der Suchtkranke lebt.“⁵⁸ Aus einem solchen systemischen Verständnis heraus werden später die Familien“krankheit“ Alkoholismus und sich daraus ergebende Konsequenzen für eine systemisch orientierte Therapie dargestellt.

Auch der ehemalige Chefarzt der Psychosomatischen Klinik Bad Herrenalb im Schwarzwald, *Dr. W. H. Lechler (1974)*, kommt aufgrund seiner langjährigen Erfahrung mit dem Alkoholismus zu der Einschätzung, daß es „eine eigentliche Krankheit Alkoholismus nicht gibt“. Es gibt nur „Menschen, die mit Hilfe des Alkohols versuchen, mit der Realität, Wirklichkeit dieser Welt, die sie nicht annehmen können, fertig zu werden. Denn der Alkohol filtert diese Realität ab, macht sie annehmbar.“⁵⁹

Für Lechler sind „Drogen, und hier besonders der Äthylalkohol, Glieder eines Ökosystems, das gestört ist und verzweifelt versucht, selbst auf die Gefahr der Selbstzerstörung hin, eine Selbstheilung einzuleiten und sein gesundes Gleichgewicht, seine Ganzheit wiederherzustellen“.⁶⁰ Alkohol steht

56 Vgl. Neffe, 1990, S. 39; siehe auch Antons-Volmerg, 1989, S. 16/17

57 Vgl. Fahrenkrug/Quack, 1985, S. 346

58 Vgl. Schmidtbreick, 1992, S. 11/12

59 Vgl. Lechler, 1974, in Sartory, 1974

60 Vgl. Lechler, 1990, S. 9

in diesem Verständnis nur als Metapher „für unzählbar viele und entsprechende Abhängigkeiten, denen wir uns selbst tagtäglich - ohne es uns bewußt zu machen - unterwerfen, um den Schmerzen, Schwierigkeiten und Unlustgefühlen aus dem Weg zu gehen, die bei unserer Jagd nach Genuß entstehen.“ In diesem Sinn ist Alkohol „ganz schlicht Synonym von Lebenslüge, Selbstbetrug und Selbsttäuschung (und) bezeichnet alles, was dazu dienen kann, unseren Blick vor der Wirklichkeit zu verstellen...Es gibt nichts auf dieser Welt, was wir nicht brauchen bzw. mißbrauchen können, um uns aus der Ver-Antwortungspflicht herauszumogeln. Alles, was es in dieser Welt gibt, kann dazu dienen, um uns in einen Zustand zu versetzen, in dem wir sprachlos, verantwortungsunfähig werden oder uns so darstellen.“⁶¹ Aus einer solchen Perspektive ist Sucht in unserer Gesellschaft „kein Merkmal sozialer Brennpunkte mehr, sondern schon ein Flächenbrand (und) der Süchtige oder der Alkoholiker im besonderen sind lediglich der Rauch, der zeigt, daß irgendwo ein Feuer brennt.“⁶² Da wir nicht bereit sind, das offenbar heiße Eisen anzufassen, leisten wir uns den Luxus eines Heeres von Psychologen, Sozialarbeitern und Ärzten, die als Feuerwehrleute für uns mit Schaumlöschern die Flammen in Grenzen zu halten versuchen.⁶³ „Aber jeder Alkoholiker läßt es auf eine neue penetrante, störend-unerträgliche Weise immer wieder neu ‘ruchbar’ werden, daß irgendwo bei uns ganz allgemein etwas nicht stimmt“.⁶⁴

61 Vgl. Lechler, 1990, S. 13/14

62 Vgl. Ziegler, 1984, S. 17; Lechler, 1990, S. 13; für *Lechler (1979)* sind die „sichtbar Süchtigen, wie Alkoholiker oder wie Drogenabhängige, Hilfeschreie. ...Wenn der Alkoholiker sagt, er hat Durst, dann sehnt er sich nach Stillen dieses Durstes, und das ist nicht der Durst nach Flüssigkeit, und beim Alkoholiker ist es nie der Durst nach Alkohol. Das hat mit Alkohol gar nichts mehr zu tun. Er möchte aus diesem grauenhaften Zustand der Unlustgefühle und des Unwohlseins heraus.“ Sein Trinken ist nicht Schwäche und Willenlosigkeit, sondern er ist einfach nicht ausgerüstet, in dieser Welt sich zu holen, was er braucht - nicht was er will! „Der äußere Durst ist nur Symptom eines inneren Durstes (nach Nähe, Wärme, Liebe, Gott; e.A.), so wie alles, was außen ist, Symptom und Ausdruck ist für das, was sich in uns abspielt. Und was sich in uns abspielt, wird außen sichtbar“ (vgl. Lechler, 1986, S. 110/111). Ganz in diesem Sinne äußert sich der Psychoanalytiker C.G. Jung, wenn er über den spirituellen Durst spricht: „Alkoholismus ist auf niederer Stufe das Äquivalent für den spirituellen Durst des menschlichen Wesens nach Ganzheit, oder, anders ausgedrückt, für den Durst nach Gott“ (zitiert nach: Antons, K., 1981, S. 237).

63 Vgl. Ziegler, 1984, S. 17

64 Vgl. Lechler, 1990, S. 13

Sucht allgemein und der Alkoholismus im besonderen sind eine Möglichkeit, „dem Leben davonzulaufen, eine innere Leere zu füllen“.⁶⁵ Um nicht ständig den Mangel unerfüllter Bedürfnisse als Ausdruck eines defizitären und entfremdeten Lebens zu spüren, entscheiden sich viele - bewußt oder unbewußt - für eine Flucht aus der Wirklichkeit in die Abhängigkeit, die Sucht, den Alkoholismus, die psychosomatische Störung, die Krankheit.⁶⁶ Insofern ist Sucht weniger eine Frage der wissenschaftlichen Definition, als ein „Grundproblem unserer Konsumgesellschaft“; für den Süchtigen, für den Alkoholiker stellt sie den subjektiven Lösungsversuch seines Sinnproblems in der Wohlstandsgesellschaft dar.⁶⁷

In diesem Zusammenhang warnt *Lechler (1990)* vor dem folgenschweren Irrtum, den Süchtigen als „Sklaven der Droge bzw. des Alkohols“ anzusehen. Vielmehr heuere sich derjenige, der als Süchtiger sich dem Leben nicht zu stellen vermag, stellvertretend Sklaven an, die für ihn das besorgen müssen, wozu er sich selbst nicht in der Lage fühlt. Dabei arbeiten „Drogen“ und „Alkohol“ sowie die unzähligen anderen Äquivalente zunächst zur größten Zufriedenheit der „Sklavenhalter“. Diese sind nicht mehr gezwungen, ihr Erfahrungs- und Lerndefizit, Ursache ihres Un-Vermögens im Leben, durch lernendes Suchen und Bemühen aufzufüllen. Da die Sklaven das Defizit scheinbar ausgleichen, erfährt der Konsument „nicht mehr die drohende und sogar quälende Not-Wendigkeit, sich einem oft mühseligen Lernprozeß zu stellen“.⁶⁸ Auf welchen faustischen Pakt er sich eingelassen hat, erfährt der Abhängige meist erst, wenn es beinahe zu spät ist; in manchen Fällen überhaupt nicht mehr! Und der Weg zurück ins Leben ist ein mühsamer, quälender und schmerzlicher Prozeß, der ein Leben lang andauert und - zumindest aus Sicht der meisten Suchttherapien - völlige Abstinenz vom Suchtmittel voraussetzt.⁶⁹

65 Vgl. Gross, 1992, S. 103

66 Es sei darauf hingewiesen, daß hier nur einige - aus gesellschaftlicher Sicht bedeutsame - Süchtigkeitskriterien genannt sind. Der Psychoanalytiker *Battegay (1982)*, kommt auf insgesamt elf Süchtigkeitskriterien, die die Vielfalt möglicher individueller Haltungen widerspiegeln (vgl. *Battegay, 1982, S. 49-59*).

67 Vgl. Gross, 1992, S. 103

68 Vgl. *Lechler, 1990, S. 18*

69 Die meisten Suchttherapien - mit Ausnahme einiger verhaltenstherapeutischer Ansätze, die als Therapieziel „kontrolliertes Trinken“ für erreichbar halten - halten am Therapieziel Abstinenz fest und messen den Erfolg/Nichterfolg der Therapie u.a. am Erreichen dieses Ziels. Wie später noch zu zeigen sein wird, hat der Suchtmittelgebrauch/-miß-

„Drogen machen nicht süchtig (und) Alkohol verursacht nicht den sogenannten Alkoholismus“.70 „Der Alkohol, die Droge jedweder Art selbst, ist nicht das Problem. Jedoch stehen der Alkohol, die Drogen der Problemlösung im Wege“.71 Das Problem ist nicht der Stoff, die Substanz, sondern eine gestörte Kommunikation, „eine Kommunikationsstörung mit sich und der Umwelt und eine Kommunikationsstörung in sich selbst in Beziehung zu seinem Körper“.72 „Nicht die Droge ist's, sondern der Mensch“73 - erst wenn wir bereit sind, unsere eigene Verantwortung, unser eigenes Betroffen-Sein im Problemfeld Sucht anzuerkennen, werden wir angemessen mit dem Problem Sucht umgehen können. Dann können wir auch von der Verteufelung74 einer an sich neutralen Substanz, die nur in uns und durch den Gebrauch von uns zur Droge, zum Alkohol wird, Abschied nehmen. Ansonsten liefert uns der Alkohol, die Droge nur den Vorwand, von unserer Eigen- und Mitverantwortung abzulenken.

Letztendlich stellt der Suchtkranke an uns, an die Gesellschaft Fragen, die peinlich sind. Sein Verhalten macht betroffen, weil er sich von uns Nicht-Süchtigen (?!?), die wir unsere Form des Süchtig-Seins nur besser verschleiern, nur wenig unterscheidet. Um nicht ständig an unsere eigenen „kleinen Schwächen“ oder „Leidenschaften“ erinnert zu werden, beschränken wir die Krankheit Sucht auf das Abhängigsein von Drogen, Alkohol und Medika-

brauch im Interaktions- und Kommunikationsgeschehen sozialer Systeme Regelungsfunktionen, die erst dann das Suchtmittel als Regler überflüssig machen, wenn sich das System in seiner Gesamtheit neu kalibriert hat. Insofern ist das Therapieziel Abstinenz für systemisch-orientierte Therapieansätze von eher untergeordneter Bedeutung.

70 Vgl. Lechler, 1990, S. 9; diese Aussage steht nur scheinbar im Widerspruch zu der allgemeinen These, die dem Suchtmittel, der Droge, ein spezifisches Suchtpotential zuschreibt (vgl. hierzu ausführlicher: Feuerlein, 1989, S. 13 ff). Hier soll lediglich zum Ausdruck gebracht werden, daß es immer noch der Mensch ist in seiner Ganzheit, seiner Selbstverantwortlichkeit, seiner sozialen Bezüglichkeit, der sich die Droge zuführt. In der Diskussion um das Drogenproblem wird häufig der Stoff verketzert, die Droge, der Alkohol, zur Ursache allen Übels erklärt. Indem wir den Stoff zum Dämon erhöhen, weisen wir ihm eine Macht zu, die ihm so nicht zukommt. Hier spiegelt sich jene linear-kausale Denkstruktur wider, die nur wenig geeignet ist für das Verständnis und die Genese des multifaktoriellen Geschehens der Suchtproblematik.

71 Vgl. Lechler, 1990, S. 9

72 Vgl. Stauss, o.J., „Psychosomatische Klinik“

73 Titel einer Publikation von Lechler, 1990/1995

74 Martin Luther wird der Satz zugeschrieben: „Jede Nation hat ihren Teufel, die Deutschen haben den Saufteufel“ (vgl. Feuerlein, 1988, S. 389).

menten⁷⁵ und glauben, damit aus dem Schneider zu sein! Aber dem ist nicht so: Sie (die Süchtigen) spiegeln uns das komplementäre Verhalten zu unseren eigenen Anstrengungen, Selbstkontrolle aufrecht zu erhalten, und „die Rigidität unseres Umgangs mit ihnen symbolisiert nur die Rigidität dieser Anstrengung.“⁷⁶

Vermutlich werden wir uns damit abfinden müssen, mit Sucht im allgemeinen, Alkoholabhängigkeit im besonderen leben zu müssen. „Unsere spätkapitalistische, patriarchalische Gesellschaft fördert und erhält ... süchtige Transaktionsmuster“, honoriert sozial viele Süchte (z.B. Arbeitssucht, Leistungssucht, Sport, Konsum, ...).⁷⁷ Wir leben in einer Suchtgesellschaft und „Nüchternheit“ dürfte kontraproduktiv für das Funktionieren dieser Gesellschaft sein. Ein bißchen Süchtigkeit, aber, bitte schön, kontrolliert und nicht zu auffällig, ist erwünscht und - wie stichwortartig aufgeführt - zum Funktionieren dieser Gesellschaft unabdingbar. Wichtigstes Kriterium ist, daß Sucht profitabel und bezahlbar bleibt. Hier erreichen wir allerdings inzwischen die Grenzen unseres Sozialversicherungssystems und Bestrebungen, die Kosten für die Folgen einer aus den Fugen geratenen Versüchtelung auf die Betroffenen abzuwälzen, nehmen zu.

1.3 Zusammenfassung

Natürlich konnten in den vorangegangenen Ausführungen nur kaleidoskopartig einige mögliche Ursachen und Hintergründe für die immer mehr ausufernde Sucht- bzw. „Siech“-problematik in unserer Gesellschaft angedeutet und angerissen werden. Für eine ausführlichere Diskussion sei auf die weiterführende Literatur verwiesen. Zusammenfassend sollen noch einmal thesenartig einige Punkte herausgestellt werden, die für das Verständnis von Süchtigkeit bzw. Abhängigkeit in unserer Gesellschaft bedeutsam zu sein scheinen:

- Sucht bzw. Abhängigkeit ist nicht das Problem eines Einzelnen, sondern hat mit jedem von uns etwas zu tun. Unsere moderne Industrie- und Risi-

75 Vgl. Lechler, 1990, S. 16

76 „Dieser Mechanismus von Projektion, im anderen eigene Impulse zu bestrafen, gilt sicherlich nicht nur bei Formen der Sucht; das vom Schuld- und Rachedanken durchzogene Strafrecht spiegelt die gleichen Abwehrbestrebungen wider“ (vgl. Legnaro, 1986, S. 60).

77 Vgl. Lenz/Osterhold, 1989, S. 34

kogesellschaft ist jenes System, in dem sich Sucht -bzw. Abhängigkeitsverhalten entwickelt und erhält.

- Eine an Konsum und Profitmaximierung orientierte Wirtschaftsweise, die globale Risiken billigend in Kauf nimmt, braucht manipulierbare, „betäubte“ Mitglieder, die bereit sind, ihre „Löcher in der Seele“ durch ein „immer mehr an Konsum“ zu stopfen. Erwachsene Mitglieder, die zur Befriedigung ihrer wahren Bedürfnisse fähig sind, d.h. sich auch an einer konstruktiven Veränderung gesellschaftlicher Fehlentwicklungen aktiv beteiligen, dürften nicht im Interesse dieser Gesellschaft sein.
- Die in der aktuellen Drogendiskussion stattfindende Fokussierung auf die Spitze des Eisberges, den illegalen Drogenkonsum (und Verfolgung desselben mit der ganzen Schärfe rechtsstaatlicher Repressalien) dient der Verschleierung und Ablenkung von den gesellschaftsstabilisierenden und erwünschten Suchtverhaltensweisen. Diese sollen allerdings „kontrolliert“⁷⁸ ausgelebt werden und dürfen nicht zu unnötigen Kostensteigerungen (beispielsweise im Gesundheitswesen) führen. Darüber hinaus brauchen wir sog. Nichtsüchtigen den Süchtigen, den Kranken, um von unserer eigenen alltäglichen Süchtigkeit und Destruktivität ablenken zu können, um unser geschöntes und verklärtes Selbstbild nicht in Frage stellen zu müssen.

Für viele von uns ist das Suchtmittel bzw. die süchtig entartete Verhaltensweise ein, wenn nicht gar das einzige Kompensationsmittel bzw. -instrumentarium, um in dieser Gesellschaft adäquat zu funktionieren. „Vollgedröhnt“, „betäubt“ ertragen wir den Widerspruch zwischen unseren Bedürfnissen, unserem „Hunger“ (beispielsweise nach zwischenmenschlicher Nähe und Liebe, nach körperlich/geistig/seelisch-spirituelle[r] Ganzheit, nach einem Leben im Einklang mit der uns umgebenden belebten und unbelebten Natur, ...) und dem, was wir tatsächlich bekommen. In diesem Sinne ist Sucht bzw. Abhängigkeit Ausdruck massiver Beziehungsstörungen, Ausdruck eines emotionalen Mangelsyndroms, das sich im Bezug zur Gesellschaft, zum Mitmenschen, zur belebten und unbelebten Natur und in besonderem Maße zu uns selbst und unserem eigenen Körper widerspiegelt.

78 Dies ist ein Paradoxon, denn es ist ja gerade das wesentliche Charakteristikum von Suchtverhalten, daß es nicht kontrollierbar ist.

Im nachfolgenden wird der Alkoholismus aus einem systemischen Verständnis heraus als Familien“krankheit“ ausführlicher dargestellt (vgl. die Kap. 2 und 3). Führt man sich die Auswirkungen und Folgen einer Alkoholabhängigkeit auf das unmittelbare soziale Umfeld, insbesondere die Familie, vor Augen, so ist es keineswegs übertrieben, den Alkoholismus als „Familienkrankheit“ zu bezeichnen. Jeder Alkoholiker, jeder Süchtige, „ist in ein Öko- und Feedback-System von unzählig vielen ‘Co-Alkoholikern’ untrenn- und unentrinnbar einverwoben, (die) als funktionelle Einheit gesehen werden (müssen und) in ihrer Eigendynamik die Störung ‘Alkoholismus’ durch ihre Art der Pathobiose immer wieder und unter veränderten Aspekten hervorbringen. Sie bedingen einander, brauchen einander, mißbrauchen einander und sind auf Gedeih und Verderb so lange miteinander verkettet, bis beide oder einer unter ihnen das ‘Sch...spiel’ einfach nicht mehr mitmacht.“⁷⁹

Richtete sich bisher der Fokus des Betrachters auf die Psychodynamik des einzelnen Suchtmittelkonsumenten (und tut es bei den meisten Suchttheorie- und -therapiekonzepten noch immer), „so richtet sich bei der systemischen Perspektive der Blick auf alle Teile eines beliebigen Systems, das heißt beispielsweise auf jedes Mitglied derjenigen Familie, die ein Suchtproblem zeigt. ... Die beziehungsgestaltende Funktion eines bestimmten Verhaltens, wie etwa das Trinken von Alkohol, wird in dem spezifischen sozialen Kontext gesehen, in dem es auftritt. ... Das Hauptinteresse gilt also den Beziehungen, den dynamischen Austauschprozessen zwischen Menschen und nicht mehr den individuellen ‘Eigenschaften’, dem intrapsychischen Geschehen oder den Persönlichkeitsstrukturen.“⁸⁰ Ein solches Verständnis von Sucht allgemein und Alkoholismus im besonderen hat natürlich auch Auswirkungen auf die Therapie. Nicht der „Indexpatient“, der „Süchtige“, der „Symptomträger“ ist ausschließlich Gegenstand der Behandlung, sondern das süchtige System (und hier insbesondere das sozial nahestehendste System, die Familie), in dem der Betreffende lebt. Dabei ist die „systemische“ Vorgehensweise stark „lösungsorientiert“, d.h. sie „orientier(t) sich bei der Suche nach sinnvollen Lösungen an den Ressourcen der Familie (beziehungsweise des relevanten Systems), statt nach defizitärem und pathologi-

79 Vgl. Lechler, 1990, S. 22

80 Vgl. Richelshagen, 1992, S. 7/8; in einem so verstandenen Sinne ist Suchtverhalten ein eher „sekundäres Problem“, gewissermaßen nichts anderes als „die Manifestation einer Dysfunktion im sozialen Leben dieser Menschen“ (vgl. E.M. Pattison in: Kaufman/Kaufmann, 1986, S. 9).

schem Verhalten Ausschau zu halten und es festzuschreiben.⁸¹ Letztendlich müßte das System Gesellschaft als Ganzes therapiert und behandelt werden; aber vielleicht reicht es ja auch aus, durch eine Behandlung der Subsysteme (beispielsweise der Familie) rückbezüglich auch den „Patienten Gesellschaft“ in seiner Gesamtheit auf den Weg der Genesung zu bringen, so wie die systemische Therapie rückbezüglich, zirkulär Auswirkungen auf die ganze Familie hat (zumindest ist dies die Hoffnung systemisch orientierter Therapeuten), selbst wenn nur das Individuum (z.B. im Rahmen einer systemischen Einzeltherapie) behandelt wird. Welche systemischen Ansätze inzwischen fruchtbar für die Behandlung von Suchtabhängigkeit, und hier insbesondere von Alkoholabhängigkeit eingesetzt werden, welche Möglichkeiten, aber auch Grenzen einer solchen systemisch-orientierten Therapie gesetzt sind, wird später im Therapieteil (vgl. Kap. 4) ausführlicher dargestellt. Darüber hinaus wird in einer kleinen empirischen Studie der Frage nachgegangen, inwieweit systemische Konzepte in der stationären Alkoholabhängigkeitsbehandlung inzwischen verbreitet sind bzw. welcher Stellenwert ihnen in der stationären Alkoholismusbehandlung zukommt.

81 Vgl. Richelshagen, 1992, S. 8

2 Die Familie als lebendes System

Jeder Mensch ist Teil sozialer *Systeme*¹, auf die er reagiert und die auf ihn reagieren. Solche sozialen Systeme sind in erster Linie die eigene Familie, die Herkunftsfamilie, aber auch das Berufssystem, das Freizeitsystem, u.a.m. Bis in die 50er Jahre unseres Jahrhunderts - und zum Teil auch noch heute - wurde die Psychiatrie von dem den Naturwissenschaften entlehnten analytisch-reduktionistischen *Paradigma*² dominiert. Dieses Denkmodell basiert auf linear-kausalen Schlußfolgerungen und beschränkt sich auf die Betrachtung von Individuen, die losgelöst aus ihrem sozialen Kontext beobachtet und bewertet werden.³ Das Verhalten des Individuums wird - unabhängig

-
- 1 Der Systembegriff wird in den einzelnen Wissenschaften unterschiedlich gebraucht und die verschiedenen Einzelerkenntnisse zur Systemtheorie wurden bisher noch nicht schlüssig zu einer Gesamtkonzeption integriert, obwohl Versuche zur Entwicklung einer „allgemeinen Systemtheorie“ gemacht wurden (z.B. L. v. Bertalanffy, 1968). Der im Rahmen der Familientherapie verwendete Systembegriff ist gemeinhin identisch mit dem der Kybernetik und enthält allgemeine „Systemmerkmale“ wie: Regelung, Verarbeitung und Speicherung von Informationen, Anpassungsfähigkeit, Fähigkeit zur Selbstorganisation sowie Entwicklung von Strategien für das eigene Verhalten (vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 355-358). Anstelle des Systembegriffs wurde von dem französischen Soziologen *Edgar Morin* der Begriff der „organisierten Komplexität“ geprägt. Aber auch dieser Begriff ist ähnlich dem Systembegriff offenbar „zu komplex, um von uns verstanden zu werden“ (vgl. Selvini-Palazzoli in Clemenz, 1983, S. 39/40).
 - 2 In den Naturwissenschaften gibt es „allgemein akzeptierte Grundannahmen und Modellvorstellungen, aus denen sich Regeln für die Forschung ergeben.“ Vom Wissenschaftstheoretiker *Kuhn* (1975) werden diese *Paradigmen* genannt. Der derzeit stattfindende Übergang von der „reduktionistischen“ zur „systemischen“ Sichtweise ist ein sehr gutes Beispiel für die Veränderbarkeit und Veränderung wissenschaftlicher Weltbilder: „Diese wandeln sich nicht kontinuierlich durch die bloße Zunahme der zur Verfügung stehenden Informationen, sondern diskontinuierlich durch den Wechsel von Sichtweisen und Interpretationsrahmen“ (vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 253; Simon, 1985, S. 455; zum grundsätzlichen Wandel zu einer „Wissenschaft der Komplexität“ vgl. auch Waldrop, 1996). Während der Übergang vom „geozentrischen“ zum „heliozentrischen“ Weltbild unumstritten als „wissenschaftliche Revolution“, als „Paradigmenwechsel“, anzusehen ist, scheint dies für den Bereich der Psychotherapie zumindest „fraglich“, auch wenn sicherlich richtig ist, daß durch eine systemische Betrachtungsweise bestimmte ‘selbstverständliche’ Erklärungsmuster und/oder ‘Hintergrundannahmen’ infrage gestellt werden“ (Kriz, 1989, S. 228).
 - 3 Sicherlich ist eine linear-kausal-reduktionistische Herangehensweise an die Phänomene der Welt teilweise sinnvoll und hat unser Wissen, auch unser Wissen über intrapsychische Vorgänge im Individuum, um unendlich viele Fakten erweitert. „Der Nachteil ist, daß

von Umweltbedingungen - ausschließlich aufgrund intra-psychischer Abläufe und Motive erklärt. Die Umwelt, z.B. das Verhalten anderer Menschen des sozialen Kontexts, wird nur insoweit mit einbezogen, daß „das Verhalten eines Menschen gewissermaßen von anderen ‘gezündet’ wird.“⁴ In einer solchen linear-kausalen Denkweise, die „von Aktion und Reaktion, von Reiz und Echo, von Ursache und Wirkung aus(geht)“,⁵ ist das Individuum der Ort des pathologischen Geschehens. Das medizinische Krankheitsmodell, das weitestgehend auch für die Psychiatrie Gültigkeit besitzt, ist nach wie vor von dieser reduktionistischen Denkweise durchdrungen.⁶

Für diese Denk- und Betrachtungsweise ist charakteristisch, daß beispielsweise die Alkoholabhängigkeit eines Menschen Folge einer Ich-Schwäche, einer Charakterschwäche, die intrapsychisch im Alkoholiker angelegt ist.⁷ In diesem Zusammenhang wird auch immer noch heftig diskutiert, ob Sucht allgemein und Alkoholismus im besonderen genetisch bedingt, zumindest mitverursacht ist. „Bis heute ist der Nachweis einer genetischen Vorbelastung von Drogensucht bzw. Alkoholabhängigkeit nicht gelungen - mit einer Ausnahme: Es gibt Erbanlagen, die eine Neigung zum Alkoholismus erhöhen: ...“⁸ Doch selbst wenn bei der Ausbildung des Symptoms/der Krankheit

dieses Denken künstliche Dichotomien (= Zweiteilungen), die es sich als Arbeitserleichterung geschaffen hat, als Realitäten ansieht und so die komplexe Ganzheit der Welt zerstört“ (A. v. Schlippe, 1991, S. 17).

4 vgl. A. v. Schlippe, 1991, S. 15

5 vgl. A. v. Schlippe, 1991, S. 15

6 Die sich aus der mechanistischen Sichtweise unserer Welt ergebende analytisch-reduktionistische Denkweise, die maßgeblich von Descartes und Newton geprägt wurde („cartesisches Weltbild“), „ist eng verbunden mit einem strengen Determinismus, d.h. mit der Auffassung von einer kausalen und völlig determinierten kosmischen Maschine, ... alles, was geschieht, hat demnach eine definitive Ursache und eine definitive Wirkung.“ Unser „biomedizinisches (Krankheits-)Modell ist fest im cartesianischen Denken verankert“ (vgl. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 10/11).

7 Gegen eine solche Auffassung spricht die Tatsache, daß bisher „keine spezifischen Persönlichkeitsstörungen bei Alkoholikern gefunden werden konnten“ (vgl. Feuerlein, 1987, S. 9; 1989, S. 10). Es gibt nicht *die* Alkoholikerpersönlichkeit. Zu den verschiedenen individuumorientierten Theorieansätzen für Sucht im allgemeinen und Alkoholismus im besonderen vgl. u.a. ausführlich: Rost, 1987; Feuerlein, 1986/1990; Schmidt, 1993.

8 Im Jahrbuch Sucht '92 der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren verweist Jost Leune in seinem Beitrag „Illegale Drogen“ in diesem Zusammenhang darauf, daß Söhne von Alkoholikern auch dann überdurchschnittlich häufig alkoholsüchtig werden, wenn sie nicht bei ihren alkoholkranken Vätern aufwachsen, sondern unmittelbar nach der Geburt von Adoptiveltern großgezogen werden (vgl. Jahrbuch Sucht '92, S. 25). Wie später noch ausführlicher dargestellt wird, kann es hierfür - aus einem familiendynamischen

Alkoholabhängigkeit genetische Ursachen mitbeteiligt sein sollten, gilt immer noch, „daß niemand durch ungünstige Erbanlagen zur Flasche gezwungen wird.“ In diesem Sinne ist „Biochemie kein Schicksal“⁹ und kann/darf nicht als Vorwand/Ausrede zur Negierung/Ablehnung einer eigenen Mitverantwortlichkeit, mißbraucht werden, zumindest was den Genesungsprozeß betrifft.¹⁰

Umgekehrt sind einseitige Schuldzuweisungen ausschließlich an äußere Faktoren als Ursache einer Alkoholabhängigkeit ebenfalls linear-kausal und nur bedingt geeignet für das Verständnis eines „multikonditionalen und in seinen Implikationen vielfältigen Phänomens“, wie es die Alkoholabhängigkeit nun einmal darstellt.¹¹

Erst sehr spät wurde *systemisches Denken*¹² auch in Psychiatrie und Medizin eingeführt, „um den Aspekt dynamischer Wechselbeziehungen zwischen den Menschen untereinander und ihrer Umwelt verstehen zu können.“¹³ Nicht

Verständnis heraus - auch einen völlig anderen Erklärungsansatz geben: Der Sohn entwickelt - aus einem unbewußten Loyalitätskonflikt seinem leiblichen Vater gegenüber - dessen Symptomatik, wenn dieser in der Adoptivfamilie „tabuisiert“ bzw. „verleugnet“ wird, um die Erinnerung an ihn am Leben zu erhalten. Das derzeitige Adoptionsrecht, das den leiblichen Eltern nach Freigabe ihres Kindes zur Adoption jeglichen Kontakt zu ihren Kindern untersagt, fördert möglicherweise solche unbewußten Symptombildungen. Dieser Sachverhalt wird später bei der Darstellung des familiendynamischen Konzeptes der „Heidelberger Schule“ (vgl. u.a. Stierlin, 1989; Simon/Stierlin, 1994) noch näher ausgeführt.

- 9 Vgl. Leune, J. in: DHS, Jahrbuch Sucht '92, S. 25/26
- 10 Zu den möglichen genetischen Aspekten des Suchtproblems bzw. des chronischen Alkoholismus vgl. ausführlich: Zerbin-Rüdin, 1977; 1984; 1985; 1986; 1989
- 11 Im Zusammenhang mit dem „Krankheitskonzept“ des Alkoholismus fordert *Feuerlein (1987)* den Verzicht auf einseitige reduktionistische Krankheitsmodelle (beispielsweise das tiefenpsychologisch-psychosomatische, das naturwissenschaftlich-medizinische, das juristisch-soziologische, u.a.m.). „Zu fordern ist vielmehr ein biopsychosoziales Krankheitsmodell“ (Feuerlein, 1987, S. 8/9).
- 12 Der Systemgedanke, dem die Einschätzung zugrunde liegt, „daß alle Phänomene in der Welt irgendwie miteinander verbunden sind“, entstand am Beginn unseres Jahrhunderts an verschiedenen Stätten und Orten gleichzeitig. Als integriertes Ganzes, können die Eigenschaften eines Systems nicht mehr auf die seiner Einzelteile reduziert werden. Im Sinne der Systemtheorie sind lebendige Organismen, Gesellschaften und Ökosysteme „Systeme“. Als „lebende Systeme sind sie so organisiert, daß sie Strukturen auf mehreren Ebenen bilden, wobei jede Ebene aus Untersystemen besteht, die in bezug auf ihre Teile Ganzheiten sind, und Teile in bezug auf die größeren Ganzheiten“ (vgl. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 6).
- 13 Vgl. Korb, 1991, S. 5; in Anlehnung an Minuchin, 1984

mehr die Einzelperson, sondern das Beziehungsnetz, in das sie eingebettet ist, wird zur Behandlungseinheit. „Das systemorientierte Modell beurteilt psychische Störungen oder Krankheiten als Ausdruck eines ‘kranken Familiensystems’, in welchem sowohl der Symptomträger (beispielsweise der Alkoholiker) als auch die übrigen Mitglieder der Familie in die ‘Störung’ verwickelt sind und sich gegenseitig beeinflussen.“¹⁴ Für den Systemiker wirkt jedes Teil eines Systems (jedes Mitglied der Familie) „organisierend“ und wird zugleich von den anderen Teilen des Systems (den anderen Familienmitgliedern) „organisiert“: Das Verhalten des Individuums ist zugleich ursächlich und verursacht.“¹⁵

Diese Sichtweise, „daß wir nicht in einer Welt von Individuen leben, sondern in einem komplexen ökologischen Kontext, in einem globalen System mit eigenen Gesetzmäßigkeiten“¹⁶, beginnt sich zunehmend - wenn auch erst allmählich - in Psychiatrie und Psychotherapie durchzusetzen. So tritt „an die Stelle der Welt innerpsychischer Prozesse“ zunehmend „eine Welt interaktiven Verhaltens in seinem räumlichen und zeitlichen Kontext.“¹⁷ Indem sie die Beziehungen der Familienmitglieder und somit das ganze Familiensystem in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen stellt, kann sich die systemische Denkweise die Suche nach Schuldigen und Opfern ersparen. Da alle Mitglieder gleichermaßen Mitverantwortung für das Geschehen innerhalb des Systems Familie haben, spielt es keine Rolle, ob die Familie die Symptomatik (z.B. den Alkoholismus) des Einzelnen verursacht hat oder nicht, denn jeder ist aktiver Mitgestalter der eigenen Wirklichkeit. Anstelle von Ursachen und Wirkungen interessiert den Systemiker das „Ineinanderpassen von Verhaltensweisen“, um „innere Zusammenhänge, Verknüpfungen und Vernetzungen von Verhaltensweisen in sozialen Systemen aufzuhebeln.“ Die einzelnen Mechanismen bzw. Prozesse dieses Ineinanderpassens werden untersucht.¹⁸

14 Vgl. Korb, 1991, S. 6; in Anlehnung an Mattejat, 1985

15 Vgl. A. v. Schlippe, 1991, S. 15; in Anlehnung an Minuchin/u.a., 1981

16 Vgl. A. v. Schlippe, 1991, S. 19

17 Vgl. Andolfi, 1988, S. 31

18 Vgl. Korb, 1991, S. 6/7

2.1 Der Wandel vom reduktionistischen zum systemischen Paradigma

Etwa ab Beginn unseres Jahrhunderts, ausgehend von der Physik und den mathematisch-logischen Wissenschaften, setzte ein Entwicklungsprozeß im wissenschaftlichen Denken ein, der längst noch nicht abgeschlossen ist. War es zunächst die Physik, deren „gedankliche Revolutionen“ (insbesondere die Relativitätstheorie und die Quantenmechanik) am Anfang dieses Jahrhunderts die Begrenztheit der mechanistischen Weltanschauung offenbarten, so erreichten die neuen Denkansätze nach Biologie, Kybernetik und Kommunikationswissenschaft ab Beginn der 50er Jahre auch Medizin und Psychiatrie.¹⁹ Im Zusammenhang mit dem Wandel im wissenschaftlichen Denken wird häufig von einem „Paradigmenwechsel“, vergleichbar einer „kopernikanischen Revolution“²⁰, gesprochen. Andere sprechen in diesem Zusammenhang bescheidener von einer „Änderung in der Denkstruktur.“²¹

Wurden zunächst - vereinfacht ausgedrückt - „materielle Eigenschaften einzelner Erkenntnisobjekte“ untersucht, so richteten die Systemwissenschaften ihren Fokus auf „Beziehungen und Organisationsprozesse.“²² Durch ihre ganzheitliche („holistische“) Betrachtungsweise ist die „systemische Betrachtungsweise konträr zum atomistischen Ansatz“. Ihr Zugang ermöglicht, „das Wirkungsgefüge von Variablen im Auge zu behalten und seine essentiellen Charakteristika einer Analyse zu unterwerfen.“²³

19 Von Villiez (1986) weist darauf hin, daß eine „systemische Sichtweise“ die Sucht- (und damit auch die Alkoholismus-)forschung erst über zwei Verzögerungsmomente erreichte. Das erste lag in der Psychiatrie selbst begründet, die sich erst Anfang der 50er Jahre einer „Erweiterung der Beobachtungsebene vom Individuum zum System“ - zumindest partiell in Form der Familientherapie - öffnete. Ein zweites Verzögerungsmoment ist unser medizinisches Sucht-Versorgungs-System, das auf den Suchtkranken zentriert ist und teilweise diesen - therapeutisch verordnet - von seiner Familie isoliert. Die Tendenz von Suchtfamilien, Hilfe erst aufzusuchen, wenn durch die Suchtentwicklung das süchtige Familienmitglied völlig im Mittelpunkt steht, verstärkt diese Tendenz noch (vgl. von Villiez, 1986, S. 2).

20 Vgl. Guntern, 1980; für Guntern (1980) gibt es „zwei grundsätzlich verschiedene, ja im wesentlichen sogar entgegengesetzte Paradigmen, in denen wissenschaftliche Theorie und Pragmatik wurzeln...das reduktionistische und .. das systemische Paradigma. Letzteres wird auch als holistisches, ökologisches oder organismisches Paradigma bezeichnet (Guntern, 1980, S. 3).

21 Vgl. Heisenberg, 1973; zit. n. von Villiez, 1986, S. 4

22 Vgl. Oppl, 1991, S. 239

23 Vgl. Brunner, 1986, S. 26

Jedes Ganze (z.B. der Kosmos, die Erde, die Natur, aber auch: das Atom, das Individuum, ...) stellt ein „System“ dar, das als „integriertes Ganzes“ nicht durch die Reduktion auf seine Einzelteile als Summe dieser erklär- und verstehbar ist. Das Ganze ist mehr bzw. etwas gänzlich anderes, als sich aus der Analyse, der Zerlegung in seine Einzelkomponenten, schlußfolgern läßt. „Der Welt der Dinge liegt eine Welt der Beziehungen zugrunde, die nicht zu erkennen ist, solange der Beobachter nicht die illusorische Suche nach der grundlegenden Natur der Dinge aufgibt und sich auf die Beziehung zwischen den Dingen als das Wesentliche konzentriert.“²⁴

„Heute wird das Universum als ein Organismus begriffen, als eine Welt der Beziehungen, als ein organisiertes Gewebe und nicht mehr als eine Welt isolierter Teile und Ereignisse.“ In einer so verstandenen Welt wird jedes Teil von allen anderen Teilen bestimmt, sowie umgekehrt deren Natur durch die spezifische Struktur ihrer gegenseitigen Beziehung.²⁵ Es ist daher auch nicht möglich, „einem Teil einen kausalen Einfluß gegenüber einem anderen Teil zuzusprechen oder überhaupt irgendwelche linearen Kennzeichen aufzustellen.“²⁶ So wird der Begriff der „linearen Kausalität“ innerhalb der neuen systemischen Sichtweise abgelöst vom zentralen Begriff der *Zirkularität*.²⁷

24 Vgl. Caille, 1983, S. 6; zur Kritik am reduktionistischen Ansatz, am mechanistischen Weltbild linearer Ursache-Wirkungs-Kausalität, das die Natur - und somit auch den Menschen - mechanisiert, vgl. auch: Wuketits, 1988.

25 vgl. Guntern, 1980, S. 17; Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 13; in seinem Buch „Wendzeit“ beschreibt Capra (1983) diese Welt wie folgt: „Keine einzige Eigenschaft irgendeines Teiles dieses Gewebes ist besonders wichtig; diese Eigenschaften sind vielmehr bestimmt durch die Eigenschaften der anderen Teile und die allgemeine Konsistenz ihrer gegenseitigen Beziehungen determiniert die Struktur des gesamten Gewebes“ (zit. n. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 13; siehe auch: Guntern, 1980, S. 17).

26 Bateson macht dies u.a. an folgendem Beispiel deutlich: „Ein Gehirn ‘denkt’ nicht. Was ‘denkt’, ist das Gehirn in einem Menschen, der Teil großer Systeme ist, die sich mit der Umgebung im Fließgleichgewicht befinden“ (vgl. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 18).

27 Mit *Zirkularität* werden Prozesse charakterisiert, „bei denen zahlreiche Elemente eines Systems sich in ihrem Verhalten auf komplizierte Art und Weise gegenseitig bedingen.“ Solche Prozesse sind rekursiv (rückbezüglich), d.h. eine Folge von Ursachen und Wirkungen“ führt zur Ausgangsursache zurück und bestätigt oder verändert diese. Das einfachste Modell für Zirkularität ist der Regelkreis. Evolutive Prozesse (und Prozesse lebender Systeme sind evolutiv!) lassen sich nicht durch einseitig linear-kausale Ursache-Wirkungsmechanismen erklären, sondern nur, wenn die Wechselwirkungen der Variablen (der Teile) mit einbezogen werden (vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 393; Simon, 1985, S. 456). In diesem Zusammenhang sei auf ein Problem hingewiesen, das Mara Selvini-Palazzoli als „Tyrannei der sprachlichen Konditionierung“ bezeichnete. Hiermit bringt sie zum Ausdruck, daß wir gewohnt sind, mittels unserer Sprache „linear“ zu ordnen:

Die Idee einer mechanisch beschreibbaren Welt, vergleichbar einem Uhrwerk, mußte damit endgültig zugunsten eines dynamischen, sich im ständigen Fließgleichgewicht befindlichen Universums aufgegeben werden.

Ein solches Universum zeigt sich nicht „als eine irgendwann einmal geschaffene Maschine, die aus statischen Objekten zusammengebaut ist, sondern als einen Tanz sich dynamisch wandelnder und sich im Rahmen von Selbstorganisationsprozessen entwickelnder Ereignisse. Das große Rätsel, das die Natur aufgibt, ist die Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung von Ordnung.“²⁸ Darüber hinaus zerstörten die Erkenntnisse von Quantenphysik²⁹, Relativitätstheorie³⁰ sowie die von *Heisenberg (1927)* formulierte „Unschärferrelation“³¹ endgültig „den Glauben an objektives Wissen und führten zu einer Relativierung von Theorie.“³²

So wie die Physik Abschied von der Vorstellung nehmen mußte „daß das Atom der kleinste Baustein des materiellen Universums sei, so verließen die Sozialwissenschaften das Denkmodell vom Individuum als dem kleinsten Baustein des menschlichen Universums.“³³ Indem wir unsere bisher auf analytisch-reduktionistischem Wege gewonnenen Detailkenntnisse für ein

„Wir sitzen fest zwischen dem lebendigen System, das dynamisch und zirkulär ist, und dem symbolischen System (der Sprache), das beschreibend, statisch und linear ist...“ (Selvini-Palazzoli, 1981; zit. n. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 19). Insofern wird von systemischen Erkenntnistheoretikern (z.B. von Foerster, Bateson) eine 'neue' Sprache gefordert, „da 'unsere' Sprache dem linearen Denken verhaftet ist“ (Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 15; vgl. ausführlicher: Lynn Hoffman, 1982/1984).

28 Vgl. Simon, 1988, S. 18

29 Der Quantenphysik verdanken wir die Erkenntnis, daß subatomare Teilchen eine Doppelnatur haben (mal erscheinen sie uns als Teilchen, mal als Welle); hieraus folgt: kein Objekt besitzt „innerliche Eigenschaften, die von seiner Umwelt unabhängig sind“ (vgl. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 13).

30 Einstein bewies: Raum und Zeit sind „relativ“ und „untrennbar im Raum-Zeit-Kontinuum miteinander verbunden“; Masse ist eine Form von Energie“ (vgl. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 12/13).

31 Heisenberg entdeckte, daß durch den Einfluß des Untersuchers auf sein Untersuchungsfeld es nicht möglich ist, *gleichzeitig* Geschwindigkeit *und* Position eines Elektrons zu bestimmen (Unschärferelation); damit wurde der Glaube „an die Neutralität des Beobachters und an die wissenschaftliche Allwissenheit“ zerstört (vgl. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 13).

32 Vgl. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 13; in Anlehnung an A. v. Schlippe, 1984, S. 19: „Eine Theorie kann nie die Wirklichkeit perfekt abbilden, da es abstrakte Wirklichkeiten nicht gibt, sondern nur Wirklichkeit in Beziehung auf den Beobachter.“

33 Vgl. von Villiez, 1986, S. 4

ganzheitlich-systemisches, vernetztes Weltbild nutzen, bekommen sie einen neuen Stellenwert. Insofern befinden wir uns heute tatsächlich an einem Wendepunkt unserer *Epistemologie*³⁴. Ob es sich hierbei um eine „kopernikanische Revolution“ (Guntern) oder nur um eine „Änderung der Denkstruktur“ (Heisenberg) handelt, darüber mögen sich die Theoretiker streiten.³⁵ Entscheidend bleibt, daß bereits bekannte Daten nicht ihren Wert verlieren, sondern unter einem veränderten Blickwinkel zu neuen Sichtweisen und Erkenntnissen führen und - beispielsweise im therapeutischen Feld - nutzbar gemacht werden können. Auf Psychiatrie und Psychotherapie bezogen bedeutet dies: Auch wenn ein Einzelgespräch geführt wird, ist nicht mehr das Individuum die Behandlungseinheit, „sondern das Beziehungssystem, in das sich dieses Individuum einbettet.“ Die „Interpretation ‘psychischer Krankheiten’ (zu denen auch die Suchterkrankungen zu zählen sind) im Funktionszusammenhang eines sozialen Systems erfordert ein radikales Umdenken, nicht nur, was die Vorstellung von Krankheit, sondern auch, was die Funktion des Therapeuten sowie therapeutischer Institutionen anbelangt.“³⁶

Die systemische Epistemologie ersetzt nicht das Falsche, Alte durch etwas Neues, Besseres, sondern erweitert lediglich die unvollständigen, auf reduktionistischem Wege gewonnenen Erkenntnisse. Insofern ist eine systemori-

34 Die *Epistemologie* (von: griech. episteme = Wissen, Erkenntnis) hat alle Arten des Erkenntnisgewinns zum Inhalt. Auf den Menschen bezogen bedeutet dies, daß die Epistemologie nicht nur „die Entwicklung von Denkstrukturen, sondern auch die der inneren Logik emotionaler Prozesse untersucht. Jede Erkenntnisstruktur eines Organismus läßt sich als ein Modell der Welt betrachten“ welche „den Orientierungsrahmen für das eigene Verhalten“ bildet (vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 83-85).

35 Nach Ansicht von *Kriz (1992)* zeugt die Auffassung jener Autoren (z.B. Guntern), die von einem Paradigmenwechsel sprechen, von „Selbstüberschätzung“ und „historischer Ignoranz“. Seiner Ansicht nach tauchen viele als ‘modern’ sich gebärdende systemische Konzepte „bereits in zahlreichen ‘klassischen’ Therapieformen auf“ (vgl. ausführlicher: *Kriz, 1992, S. 64/65*). In ähnlicher Weise äußert sich auch *Buchholz (1981)*: Die ‘epistemologische Grundhaltung’ (der Psychoanalyse, e.A.) ist gerade nicht dem naturwissenschaftlichen Ideal des 19. Jahrhunderts verpflichtet, sondern geht darüber hinaus: Sie hat den Paradigmawechsel für die Sozialwissenschaften vollzogen“, ...“ist die erste Wissenschaft vom Menschen, die systematisch den Untersucher mit einbezieht;...“ (*Buchholz, 1981, S. 52*). *Brunner (1986)* hält Gunterns Meinung, die Psychologie habe „das reduktionistische Prinzip überwunden“ und sei zum „holistisch-ökologischen System-Paradigma“ umgeschwenkt, schlichtweg für „falsch“ (vgl. *Brunner, 1986, S. 38*). Auch *Welter-Enderlin (1980)* warnt vor der Gefahr, daß die „systemisch-ökologische Denkweise“ bereits zu einem „Dogma erhoben wird, bevor sie noch aus ihrer vorwissenschaftlichen Phase heraus ist“ (*Welter-Enderlin, 1980; zit. n. Reiter-Theil, 1984, S. 21*).

36 Vgl. *Stierlin/Simon, 1986, S. 254*

enterte Sicht konstruktive Kritik und Erweiterung des reduktionistischen Paradigmas. Beide Denkrichtungen sollten sich ergänzen, damit die Erkenntnis qualitativ und quantitativ umfassender wird. Um gewisse Aspekte der individuellen Psyche zu beschreiben, ist die Psychoanalyse beispielsweise auch im systemischen Zeitalter noch nützlich; jedoch nur „für den Kontext, für den sie geschaffen wurde, d.h. für die Beschreibung eines dyadischen Interaktionssystems in der klassischen Rollenverteilung, die einen ganz bestimmten Interaktionstypus hervorruft.“³⁷ Selbiges gilt natürlich auch für andere eher reduktionistisch- individuumorientierte Ansätze (z.B. Verhaltenstherapie). Problematisch wird es allerdings, wenn mit dem Denk- und Begriffsinventar dieser linear-kausalen „Wissenschaften“ komplexere Systeme (z.B. Familien) beschrieben werden. Dann werden sie ihrem Gegenstand gegenüber „total inadäquat“.³⁸

Schlug das Pendel wissenschaftlicher Erkenntnis und Entwicklung bisher „vom Ganzen zum Detail“ aus, „so scheint es (sich) jetzt an einem Umkehrpunkt vom Detail zum Ganzen“ zu befinden. In der Psychiatrie zeigt sich dieser Übergang im Wechsel von der Betrachtungseinheit „Individuum“ zur Betrachtungseinheit „System“ (beispielsweise des Familiensystems); in der Praxis vollzieht er sich als Familientherapie bzw. Systemische Therapie. „Familientherapie (bzw. Systemische Therapie, e.A.) kennzeichnet also in erster Linie eine auf die ganze Familie (das ganze System, e.A.) gerichtete Sichtweise und in zweiter Linie die sich daraus ergebenden verschiedenen therapeutischen Techniken.“³⁹

Am Beispiel der Charakterisierung „pathologischen Verhaltens sei abschließend der Wandel zur systemischen Sicht noch einmal verdeutlicht. Während die dem medizinischen Krankheitsmodell verpflichtete Psychiatrie pathologisches Verhalten „als die Konsequenz eines organisch-biochemischen Faktors .. oder als die Konsequenz eines intrapsychischen Faktors“ erklärt, wird dasselbe Verhalten von Systemikern erklärt „als die Folge eines spezifisch strukturierten, transaktionellen Feldes, in dem sich genetische Faktoren, ...

37 Vgl. Guntern, 1980, S. 34

38 Vgl. Guntern 1980, S. 34; *Guntern (1981)* betont in diesem Zusammenhang, daß, „eine optimale Integration beider Denkart, d.h. des analytisch-dualistischen Denkens westlicher Kulturen und des vorwissenschaftlichen Systemdenkens östlicher Kulturen, Vorteile optimieren und Nachteile minimisieren könnte“ (zit. n. Korb, 1991, S. 9).

39 Vgl. von Villiez, 1986, S. 4

dauernde Lernprozesse und die transaktionellen Muster .. zwischen den Individuen eines Humansystems .. sowie zwischen dem Humansystem und seiner ökologischen Umwelt zu einem ganz bestimmten Konstellationsmuster verweben, das schließlich pathologisches Verhalten auslöst.“⁴⁰

2.2 Schlüsselkonzepte einer systemisch-familienorientierten Sicht

Von Villiez (1986) benennt für die systemisch-orientierte Sichtweise der Familientherapie vier „Schlüsselkonzepte“ (theoretische Wurzeln), die nachfolgend dargestellt werden:

2.2.1 Die Systemtheorie

Die „allgemeine Systemtheorie“, als deren Begründer der Biologe L. v. Bertalanffy (1968) gilt, basiert auf den folgenden vier grundlegenden Annahmen:

- „Das Ganze ist mehr als die Summe der Teile.“
- „Jedes Teil wird am besten im Kontext des Ganzen verstanden.“
- „Eine Änderung in einem Teil beeinflusst jeden anderen Teil.“
- „Das Ganze zeigt eine ‘Totalität’ mit Tendenzen zu Homöostase, Äquilibrium, Transformation und Äquifinalität.“⁴¹

40 Vgl. Guntern, 1980, S. 4; in diesem Zusammenhang merkt Guntern (1980) an, daß der herkömmliche Begriff der Pathologie „brüchig (wird) und wohl aufgegeben werden, respektiv adäquat neu formuliert werden“ muß. Die Charakterisierung „schizophrenes Individuum“, „pathologische Familie“ wird im neuen Kontext zunehmend fragwürdig. „Es ist eher so, daß entsprechend disponierte Individuen in einem bestimmten Kontext ‘schizophren’ reagieren und daß Familien nur dann ‘pathologisch’ sind, wenn sich ihre Kommunikationsprozesse um bestimmte Themen herum organisieren, während sie außerhalb dieser pathogenen und pathologischen Kristallisationspunkte sehr wohl normal funktionieren können“ (Guntern, 1980, S. 5).

41 Vgl. von Villiez, 1986, S. 4/5; beim Begriff der *Homöostase* handelt es sich um den „Sonderfall eines Gleichgewichtszustandes, bei dem durch Rückkopplungsmechanismen bestimmte Größen (z.B. physiologischer Natur) in einem System konstant bzw. innerhalb bestimmter Grenzen gehalten werden“ (Simon/Stierlin, 1994, S. 146). Solche Systeme sind durch eine relative Stabilität gekennzeichnet. Auf Familiensysteme wurde das Homöostase-Konzept erstmals 1957 von D. D. Jackson übertragen, der mit ihm die Starrheit, Rigidität und mangelnde Flexibilität/Entwicklungsfähigkeit pathologischer Familiensysteme (z.B. Familiensysteme mit einem schizophrenen Mitglied) zu charakterisieren versuchte. In letzter Zeit wurde die Brauchbarkeit des Homöostasebegriffs für die Familientherapie und Familientheorie zunehmend in Frage gestellt, da mit ihm „nur die Mechanismen der Strukturhaltung, nicht aber die des Strukturwandels ins Blickfeld

Von grundlegender Bedeutung für die Charakterisierung lebender Systeme war Bertalanffy's „Konzept der offenen Systeme in Verbindung mit dem Konzept des Fließgleichgewichts.“⁴²

Bertalanffy kennzeichnete lebende Systeme als „selbstregulierend, zielgerichtet, und als offene Systeme in ständigem Austausch (Stoff- und Energieaustausch, e.A.) mit der Umwelt. Sie sind relativ abgeschlossen, auf eine gewisse Stabilität ausgerichtet und haben Regulationsmechanismen, mit deren Hilfe sie diese Stabilität aufrechterhalten.“⁴³ Wird dieser Austauschprozeß abgebrochen, sind lebende Systeme nicht mehr lebensfähig. Da im Laufe der Existenz eines lebenden Systems der größte Teil seiner Substanz ausgewechselt, erneuert wird, befindet sich kein lebendes System im „wirklichen Gleichgewicht, sondern es handelt sich dabei stets um ein Fließgleichgewicht oder ein dynamisches Gleichgewicht“ („Fließgleichgewichtssystem“).⁴⁴

Da Bertalanffy's Systemtheorie zu stark Homöostase und Äquifinalität als zentrale Systemmerkmale betonte, konnte mit ihr nur sehr unvollständig das Entstehen neuer, komplexer Systeme verstanden werden. Diesem Mangel versuchen neuere Denkmodelle - z.B. Prigogine's Modell der „dissipativen Strukturen“ (1978, 1979) und Maturana's Vorstellungen von der „Organisation des Lebendigen“ - entgegenzuwirken. Sie sind bestrebt, „evolutionäre, zum Teil sprunghaft - diskontinuierlich verlaufende Prozesse“ zu erklären. Die Anwendung solcher Modelle für die Humanwissenschaft wurde u.a. von P. Dell (ab 1981) diskutiert.⁴⁵

Die grundlegende Dynamik der Evolution beginnt für den „neuen“ Systemansatz „mit einem System in Homöostase, einen Zustand dynamischen Gleichgewichts, das sich durch multiple wechselseitig abhängige Fluktuatio-

gelangen“ (vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 147). *Äquifinalität* meint, daß das gleiche Ergebnis von unterschiedlichen Ausgangspositionen her erzielt werden kann. Gegenstück hierzu ist der Begriff *Äquipotentialität*: unterschiedliche Wirkungen und Endzustände können denselben Ursprung haben. Hieraus resultiert, daß deterministische Voraussagen über Entwicklungsprozesse lebender Systeme, und damit auch Familien, *nicht* möglich sind (vgl. Simon/ Stierlin, 1994, S. 25).

42 Vgl. Wuketits, 1988, S. 292

43 Vgl. Cohors-Fresenborg, 1983, S. 14; vgl. auch: Wuketits, 1988

44 Vgl. Wuketits, 1988, S. 293

45 Vgl. Paul Dell, 1984; 1986

nen⁴⁶ auszeichnet.“ Bei Störungen hat dieses System die Tendenz, „seine Stabilität durch negative Rückkopplungsmechanismen zu bewahren ...“ Durch ständiges Fluktuieren wird das System auf die Probe gestellt („Veränderungen erster Ordnung“); fallen diese zu stark aus, kann das System „über die Stabilität hinaus in eine ganz neue Struktur hinein (ge)zwäng(t)“ werden („Veränderung zweiter Ordnung“). Diese kann erneut fluktuieren im Zustande relativer Stabilität. „Die Stabilität eines lebenden Systems ist also niemals absolut“; ganz im Gegenteil: lebende Systeme sind „zu jedem Zeitpunkt bereit, sich umzuwandeln, (sind) stets zur Evolution bereit.“⁴⁷

Leben und Überleben jedweden lebenden Systems sind abhängig von seiner Fähigkeit, sich den jeweiligen Umweltbedingungen anzupassen. „Ihre Flexibilität oder Starrheit bestimmen den Grad der Anpassungsfähigkeit an die Veränderungen der Umwelt. Dies gilt für biologische Systeme (z.B. das menschliche Individuum) ebenso wie für soziale Systeme (z.B. die Familie).“⁴⁸

Für die Autonomie eines kybernetischen Systems gegenüber seiner Umwelt, für seine „Fähigkeit zur Selbstorganisation, Selbstaufrechterhaltung und Selbstreparation“ spielen zwei Prozesse eine wichtige Rolle: *Morphostase* und *Morphogenese*. Die Fähigkeit zur Morphostase eines Systems hat Ähnlichkeit mit der Homöostase und bringt zum Ausdruck, daß das System angesichts der Unbeständigkeit seiner Umwelt bestrebt ist, „Konstanz zu erhalten.“⁴⁹ Nur so kann verhindert werden, „daß jegliche Veränderung des

46 Eine solche „Ordnung durch Fluktuation“ wird - in Anlehnung an *Prigogine (1976)* u.a. - mit dem Begriff „Dissipative Strukturen“ belegt. Hiermit wird der Tatsache Rechnung getragen, daß in dynamischen Systemen (beispielsweise das System „Wasserfall“, aber auch jedes „lebende System“) Stabilität nicht durch die „Struktur der Elemente“ (Teile des Systems; z.B. beim „Wasserfall“ die „Tropfen“ und ihre „räumliche Struktur“), sondern durch die „Struktur des Prozesses“ (z.B. das ständige „Fließen“ der Tropfen eines Wasserfalls durch immer neue Tropfen) erreicht wird. Eben weil ein dynamisches System von seinen einzelnen Teilen „unabhängig“ ist, erreicht es Stabilität (vgl. Kriz, 1989, S. 229).

47 Vgl. Capra, 1983; zit. n. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 16

48 Vgl. Simon, 1985, S. 457

49 Vgl. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 20; mittels Versuch und Irrtum wird zunächst durch „negative Rückkopplungsmechanismen“ („negatives feed back“, „Veränderung erster Ordnung“) versucht, Umwelteinwirkungen auszugleichen und den „homöostatischen“ Zustand wiederherzustellen (vgl. Simon, 1985, S. 457). Morphostase ist also ein eher „konservativer“, auf Erhaltung/Stabilisierung des Status quo gerichteter Vorgang.

Milieus zu Veränderungen des Systeminneren führt.“⁵⁰ Die Anpassungsfähigkeit eines Systems wird jedoch erheblich gesteigert, wenn es auch zur Veränderung seiner Grundstruktur in der Lage ist. Dies wird als Morphogenese bezeichnet. Wenn auch notgedrungen und unter Ausschöpfung zunächst seiner morphostatischen Fähigkeiten hat dies - insbesondere in Krisensituationen - erhebliche, meist qualitative, Neukalibrierungen des Systems zur Folge.⁵¹ Charakteristisch für gesunde lebende Systeme sind beide Fähigkeiten: jene zur „Morphostase“ (bzw. „Homöostase“) und jene zur „Morphogenese“ (bzw. „Transformation“).⁵² Voraussetzung hierfür ist, daß das System zur Aufnahme und Assimilation von Informationen aus seiner Umwelt bereit, willens und fähig ist, d.h. daß das System fähig ist zur *Autoorganisation* (Selbstorganisation).⁵³ Hieraus folgt, daß lebende Systeme

50 Vgl. Simon, 1985, S. 457

51 Dieser als „Veränderung zweiter Ordnung“ oder auch „positives Feed back“ bezeichnete Vorgang ist „radikal“ und begünstigt „Erneuerung“, „Veränderung“ (vgl. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 20). Hierbei werden nicht, wie bei der „negativen Rückkopplung“, Abweichungen von einem Gleichgewichtszustand ausgeglichen, sondern „verstärkt“, um den qualitativen Sprung in eine neue Struktur zu ermöglichen (vgl. Simon, 1985, S. 457).

52 Im weiteren Verlauf werden die Begriffe Homöostase/Morphostase bzw. Transformation/Morphogenese weitgehend synonym verwendet.

53 Vgl. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 21; nach *Guntern (1983, 1987)* besteht diese Autoorganisation aus sich gegenseitig bedingenden („autopoietischen“) Prozessen, u.a.: Zieldefinition, Strategienentwicklung, Zielkontrolle, Status quo-Evaluierung (vgl. ausführlicher in Guntern, 1983; Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 21/22). Das Konzept der „*Autopoiesis*“ (Maturana/Varela, 1979; von gr.: „autos“ = selbst, gr.: „poiein“ = schaffen) charakterisiert „die Fähigkeit eines Systems und seiner Subsysteme, jene Komponenten selber aufzubauen und am Existieren zu erhalten, deren Funktionen sich und die Komponenten gegenseitig aufbauen, aufrechterhalten und kontrollieren“ (Guntern, 1983, S. 53). Durch seine „Selbstreferenz“ („die Verhaltensweisen eines lebenden Systems wirken auf es selbst zurück“; vgl. Simon, 1985, S. 456) ist ein lebendes System „anpassungsfähig und kann seine Strukturen selbst verändern“; insofern ist „Autopoiesis“ ein „Zentralbegriff moderner Systemtheorie“ (vgl. Kriz, 1989, S. 229; siehe auch: Brunner, 1986; Ludewig, 1992; Rotthaus, 1989; Wuketits, 1988). *Wuketits (1988)*, der das Konzept der Autopoiesis „für heuristisch sehr wertvoll“ hält, da es „Aspekte zu erhellen vermag, die anders vielleicht nur schwer zugänglich sind“, warnt aber vor einer Verabsolutierung dieses von Maturana/Varela vorgeschlagenen Konzepts. Durch die starke Betonung eines lebenden Systems als „aktives“ (und nicht „reaktives“) System, besteht die Gefahr, daß die Bedeutung der Umwelt eines Organismus zu stark minimiert wird. Der Versuch, jeden „Umweltdeterminismus“ zu überwinden und die Selbstbestimmung, die Interaktion zwischen Organismus und Umwelt in den Vordergrund zu stellen (wie im Autopoiesis-Konzept geschehen), kann auch dazu führen, daß „das Pendel zu weit“ in das andere Extrem „aus schlägt“ (vgl. Wuketits, 1988, S. 294).

„offen“⁵⁴ sein müssen, d.h. sich ständig in Beziehung zu anderen Systemen und Subsystemen befinden: einerseits orientiert an „Selbsterhaltung“ (Prozesse wie Selbsterneuerung, Heilung, Morphostase und Anpassung dienen diesem Phänomen!), andererseits an „Selbsttransformation“ (dieses Phänomen drückt sich in Prozessen von Lernen, Entwicklung und Evolution aus). Insofern haben lebende Organismen, lebende Systeme „ein eingeborenes Potential über sich hinauszuwachsen, um neue Strukturen und neue Verhaltensformen zu schaffen.“⁵⁵

Zur Beschreibung des evolutiven Charakters eines Systems - unter Vermeidung eines Rückgriffs auf dualistische Erklärungen, wie sie auch im Morphostase-Morphogenese-Dualismus zum Ausdruck kommen - wird lebenden Systemen *Kohärenz* zugesprochen. Mit diesem Begriff wird „die kongruente, zusammenpassende Funktionsinterdependenz aller Aspekte eines Systems“ herausgestellt. Kohärenz „bezeichnet die Organisationsweise des Systems“ und ist somit „ein prinzipiell systemischer Begriff, weil er die Darstellung von Veränderung und Stabilität umgreifend ganzheitlich ermöglicht, im Gegensatz etwa zum Homöostasebegriff oder zum Dualismuspostulat zweier Systemkräfte: Homöostase und Transformation, Morphostase und Morphogenese, ... Denn wenn alles Verhalten der Kohärenz des Systems entspringt und zugleich darauf zurückwirkt, so ist jedes Verhalten eine irreversible Veränderung des Systems... Und da ein menschliches System in seiner lebendigen Kohärenz sich zu verhalten nicht aufhören kann, so ist das System in unaufhörlicher Evolution begriffen.“⁵⁶

Einer der ersten, der den Blickwinkel vom Individuum „auf die Familie“ verschob, der uns mit dem Gedanken vertraut machte, daß die Familie „...

54 Offen allerdings nur für Beziehungen zu anderen Systemen. Da lebende Systeme „selbstreferentiell“ sind, „ein Netzwerk von Prozessen, die sich ständig selber (wieder) hervorbringen“, sind sie durch „diese Zirkularität organisatorisch geschlossen“. Dieser Aspekt ist zentral für Maturana's strukturdeterministische Sicht der Organisation lebender Systeme (vgl. Efran/u.a., 1988, S. 182; siehe auch: Dell, 1984, 1986).

55 Vgl. Capra, 1983; zit. n. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 14; es ist diese Fähigkeit lebender Systeme, die sich systemisch orientierte Therapeuten bei ihrer Intervention in Familiensysteme nutzbar machen, um Wandel, Entwicklung, Veränderung anzuregen. Voraussetzung ist allerdings, daß sich das System (z.B. das Familiensystem) in einer Krise befindet, „sonst werden die Interventionen einfach 'geschluckt'“ (vgl. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 23). Im „Therapiezeit“ dieser Arbeit (vgl. Kap. 4) wird dieser Sachverhalt noch ausführlicher dargestellt.

56 Vgl. Ludewig, 1983, S. 80; Ludewig entlehnt den Kohärenzbegriff von Dell, 1982.

analog zu einem homöostatischen oder kybernetischen System gesehen ...“ werden kann, war *Gregory Bateson*.⁵⁷ Weiterhin bedeutsam waren Erkenntnisse der Gestaltpsychologie und der kognitiven Psychologie.⁵⁸ Die Fokussierung der Aufmerksamkeit des Beobachters (beispielsweise eines Therapeuten) weg vom Individuum (und den in ihm stattfindenden Prozessen) und hin zu den „alle Individuen eines Systems verbindenden Beziehungsmuster(n)“, rückt die beobachtbaren Familieninteraktionen ins Zentrum der Beobachtung/der Therapie und bedingt eine Neuformulierung von Krankheit/Gesundheit: Krankheit läßt sich nun nicht mehr nur als Schwierigkeit des einzelnen Individuums in seiner Familie auffassen, sondern „als ein strukturelles oder funktionelles Ungleichgewicht der Familie“ in ihrer Gesamtheit.⁵⁹

Ausgehend von diesem Denkansatz wurden Therapieansätze für die Behandlung von Alkoholabhängigkeit entwickelt, die später ausführlicher dargestellt werden (vgl. Kap. 4).

2.2.2 Das kybernetische Modell

Die von *Wiener (1948)* als Wissenschaft begründete Kybernetik hat „dynamische Systeme“ zum Gegenstand. Hierbei handelt es sich um „Ganzheiten, deren einzelne Elemente in einer funktionalen Beziehung zueinander und zum Ganzen stehen, auf Einwirkungen von außerhalb reagieren und ein oder mehrere Wirkungsnetze aufweisen.“⁶⁰ Wiener (1961) bezeichnete die Kybernetik als „die Wissenschaft der Kommunikation und Steuerung“ und beschrieb die Wirkung von Rückkopplungskreisen nicht nur bei Maschinen,

57 Vgl. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 17

58 Die Gestaltpsychologie beschrieb Prozesse der Wahrnehmung und Kognition erstmals „holistisch“. Die grundlegende Erkenntnis, daß das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile, verschob die Aufmerksamkeit auf das Ganze und die Beziehungen der Teile eines Ganzen zueinander. Darüber hinaus wurde festgestellt, daß Wahrnehmung ein aktiver und kein passiver Vorgang ist. „Der Beobachter bestimmt, was er sieht, indem er seine Wahrnehmung auf eine ausgewählte Figur richtet, die er aus dem verfügbaren Hintergrund bezieht.“ Die Theorien kognitiver Prozesse und der Entwicklungspsychologie (u.a. Piaget) entwickelten sich gleichfalls zunehmend „in Richtung auf das holistisch-systemische Paradigma“ (vgl. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 17).

59 Vgl. von Villiez, 1986, S. 5

60 Vgl. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 14

sondern auch im menschlichen Bereich.⁶¹ Diesem Modell entlehnt die Familientherapie „die Vorstellung von der Familie als einem zielorientierten und sich selbst regulierenden System, in dem die Interaktionen zirkulär ablaufen.“⁶²

Von diesem Ansatz ausgehend entwirft *Gregory Bateson (1981)* eine Theorie des Alkoholismus („eine Kybernetik des Alkoholiker-Selbst“) und macht mit diesem Denkmodell die Erfolge der Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker erklärbar.⁶³

2.2.3 Die Erkenntnistheorie

Bereits die klassische Philosophie der Griechen beschäftigte sich mit der Frage „ob und wie wir ‘Realität’, ‘Wahrheit’ erkennen können.“ In Platons „Ideenlehre“ ist „Materie nicht für sich allein existier(end)“, sondern wird erst „durch die Ideen, die in ihr anwesend sind, zur Wirklichkeit erweckt.“⁶⁴

Vermutlich durch die neueren Erkenntnisse der Naturwissenschaften ange-regt, wurden diese Fragen erneut aufgegriffen, nicht nur von Philosophen, sondern in besonderem Maße auch von Naturwissenschaftlern. Stellvertretend seien hier die Physiker von Foerster (1985) und Heisenberg (1973), die Biologen Maturana und Varela (1982/1984), der Anthropologe Gregory Bateson (1958/1981) sowie aus dem Bereich der Familientherapie Paul Dell (1984) und Lynn Hoffman (1984, 1991) benannt.

Im traditionell-naturwissenschaftlichen Modell nimmt der Beobachter die Position eines „objektiven, neutralen, außenstehenden Forschers“ ein, der „Fakten beschreibt“. Diese Illusion einer vom Beobachter/Beschreiber unabhängigen Wirklichkeit mußte allerdings inzwischen dem Altar von Fortschritt und Entwicklung geopfert werden.⁶⁵ Wir stehen nicht als „erkennendes Subjekt“ einer „Welt der Objekte“ gegenüber, sondern sind „teilneh-

61 Vgl. Hoffman, 1991, S. 208

62 Vgl. von Villiez, 1986, S. 6

63 Vgl. von Villiez, 1986, S. 6; auf Gregory Bateson's „Theorie des Alkoholismus“ wird später noch näher eingegangen (vgl. Kap. 3.2).

64 Vgl. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 8

65 Von Glaserfeld (1985) beschrieb „Objektivität .. als die Wahnvorstellung, man könne beobachten, ohne selbst daran beteiligt zu sein“ (zit. n. Rotthaus, 1989, S. 12).

mende Beobachter“, Mitwirkende, sind Bestandteil und Gestalter der Selbstorganisation unserer eigenen Wirklichkeit.⁶⁶

Besonders die Position des *radikalen Konstruktivismus* räumte mit unserer positivistischen Illusion auf, daß wissenschaftliche „Erkenntnis“ Resultat „beobachtbarer Tatsachen“⁶⁷ sei. Die Welt, wie wir sie sehen/beschreiben, ist ein Konstrukt unserer Wahrnehmung, unseres Gehirns; insofern ist „die Logik der Beschreibung“ der Welt/der Wirklichkeit „notwendigerweise die Logik (des Beschreibers,) des beschreibenden Systems“.⁶⁸ Eine solche „Theorie der sozialen Konstrukte“ hält „unsere Vorstellungen von der Welt für soziale Erfindungen“; „die Welt ist ein Artefakt der menschlichen Interaktion. Während wir uns in der Welt bewegen, bilden wir uns im Gespräch mit anderen Menschen Vorstellungen von ihr.“⁶⁹ Eine solche „konstruktivistische“ Erkenntnistheorie definiert auch „den Beobachter (z.B. den Therapeuten, e.A.) und sein Objekt (z.B. den Klienten, die Familie, e.A.) als Einheit (z.B. das therapeutische System, e.A.). Wie aber kann ein Beobachter etwas beschreiben, von dem er selbst ein wesentlicher Bestandteil ist?“

Dieses Problem wurde von *Gregory Bateson (1958)* als „Problem der ‘Übersetzung von Beobachtung in Beschreibung’ benannt, das daraus resultiert, daß ‘dem einen Ende des Instruments, mit dem wir menschliches Material untersuchen, immer ein anderes Ende entspricht, das in uns steckt.’“⁷⁰

Dies hat Konsequenzen für die Forschung und Praxis einer systemisch orientierten Therapie. Wenn es keine „objektiven Fakten“, sondern nur „subjektive Sichtweisen“ gibt, dann mißt sich beispielsweise der Erfolg therapeutischer Interventionen weniger an deren Wahrheitsgehalt als an deren Nützlichkeit. *Mara Selvini Palazzoli (1983)*, eine der herausragenden Persönlichkeiten im Bereich der systemisch orientierten Familientherapie, drückte dies in einem Interview einmal sehr deutlich aus: „Die Wahrheit interessiert mich nicht, nur der Effekt“.⁷¹

66 Vgl. Simon, 1988, S. 18

67 Vgl. Grubitzsch/Rexilius, 1990, S. 123

68 Vgl. Böse/Schiepeck, 1989, S. 91; in Anlehnung an Maturana, 1982

69 Vgl. L. Hoffman, 1991, S. 209; in Anlehnung an Gergen, 1985

70 Vgl. von Villiez, 1986, S. 6; in Anlehnung an Bateson, 1958

71 Vgl. M. S. Palazzoli in einem Interview mit M. Clemenz in *Psychologie heute*, 1983, S. 39-45

In letzter Konsequenz führt eine systemische Sichtweise, die den „konstruktivistischen Charakter“ unserer Vorstellung von der Welt betont, „zur Auflösung des positivistischen Wissenschaftsbegriffs: Es gibt keine ‘objektiven Fakten’, sondern (nur) ‘subjektive Sichtweisen’.“⁷² Es gibt keine „objektive“ Wirklichkeit „irgendwo da draußen“; „Wirklichkeit ist das Ergebnis eines Kommunikationsprozesses, eines Übereinkommens darüber, was wir für wirklich halten wollen.“ Für diese Welt haben wir „die absolute Verantwortung“, können nicht sagen: „die Welt ist halt mal so“, sondern müssen sagen: Wir machen die Welt so“ (Watzlawick, 1988).⁷³

Wissenschaft in diesem Sinne ist nicht „letzte und unveränderliche Wahrheit“; im Gegenteil: wissenschaftliche Gesetze sind „in jeder Hinsicht künstlich ... und dienen einfach als Mittel, sich besser in einer Welt zu orientieren, in der man sonst verwirrt und orientierungslos wäre“⁷⁴. Insofern kann auch *Maturana (1982)* nur zugestimmt werden, der als „eigentliche kreative Leistung des Menschen“ die Schaffung eines sog. „konsensuellen Bereich’(s)“ ansieht, „eine kommunikative Realität, welche uns das Teilen subjektgebundener Erfahrungen ermöglicht und diese somit vervollständigt. Wissenschaft sei somit eine Konvention der Wissenschaftlergemeinschaft.“⁷⁵

2.2.4 Die Kommunikationstheorie

Die Kommunikationstheorie ist eine weitere theoretische Wurzel, die die systemische Sicht im wesentlichen mit beeinflusste. Nachfolgend sollen nur einige wenige Grundannahmen, die zum Verständnis sozialer Systeme (beispielsweise Familiensysteme) bedeutsam sind, kurz dargestellt werden.

72 Vgl. von Villiez/Reichelt-Nauscef, 1986, S. 375

73 Vgl. Erbach, 1992, S. 74; eine weitere Konsequenz der Einnahme eines konstruktivistischen Standpunkts ist, daß die Realitätskonstruktionen „anderer Leute zumindest die gleiche Berechtigung haben“, wie die eigenen und: „Wirklichkeiten brauchen notwendigerweise nicht so zu sein, wie sie jeweils erscheinen, sondern können auch anders sein“ (Erbach, 1992, S. 75).

74 Vgl. Caille, 1983, S. 6; *Rotthaus (1989)* beschreibt in Anlehnung an von Glaserfeld diesen Sachverhalt wie folgt: „...das, was dieses System (z.B. ein beobachtendes menschliches System, e.A.) für Umwelt hält, (ist) nicht ‘Abbildung’, sondern ‘Vorstellung’. Wahrnehmen und Erkennen ist demnach nicht das richtige Erfassen einer objektiven Außenwelt, sondern die mehr oder weniger passende bzw. brauchbare Konstruktion einer Wirklichkeit, die uns zielstrebiges Handeln im Bereich der Erlebniswelt erlaubt“ (Rotthaus, 1989, S. 11/12).

75 Vgl. von Villiez, 1986, S. 7

- „Man kann nicht *nicht* kommunizieren“ (1. Axiom der Kommunikationstheorie).

Jedes Verhalten in einer zwischenmenschlichen Situation - verbal oder non-verbal - hat immer Mitteilungscharakter und ist somit immer kommunikativ.⁷⁶

- „In jeder Kommunikation ist immer ein Inhalts- und ein Beziehungsaspekt enthalten, wobei der Beziehungsaspekt den Inhaltsaspekt bestimmt“ (2. Axiom der Kommunikationstheorie).

Ist eine Beziehung sehr konfliktreich, kann der Inhaltsaspekt beinahe völlig in den Hintergrund treten: das wechselseitige Ringen um die Beziehung dominiert die Kommunikation. Ist die Beziehung eher spontan und ungestört, kann der Inhaltsaspekt in den Vordergrund rücken; der Beziehungsaspekt, das Ringen um die Beziehung, kann zurücktreten. Entscheidend ist, daß in jeder Kommunikation immer beide Aspekte vorkommen.⁷⁷

In Familiensystemen mit einem „identifizierten Patienten“ („Symptomträger“) tritt nun ein Phänomen auf, das von Gregory Bateson als *Doppelbindung* (*double bind*) bezeichnet wurde. Hierbei handelt es sich um eine Kommunikation, in der z.B. auf der Inhaltssebene (verbal) eine Botschaft gesendet wird, die auf der Beziehungsebene (non-verbal, z.B. durch Gestik, Mimik) sofort wieder negiert wird. Diese Widersprüchlichkeit hat zur Folge, daß es unmöglich ist, einer der Forderungen nachzukommen ohne sich der anderen, entgegengesetzten Forderung zu widersetzen. Erst auf einer höheren Kommunikationsebene (Metakommunikation = Kommunikation über die Kommunikation) könnte die Absurdität verdeutlicht werden, was aber durch zwei Bedingungen, mit denen die Doppelbindung gekoppelt ist, ausgeschlossen wird:

- a) Es darf nicht metakommuniziert werden;
- b) Niemand darf aus der Situation fliehen!

Das Resultat einer solchen „Double-bind“-Kommunikation ist eine Beziehung, die weder komplementär noch symmetrisch ist; durch die Unklarheit der Beziehung kann die bestehende Situation weder geklärt noch die Bezie-

76 Vgl. A. v. Schlippe, 1991, S. 32

77 Vgl. A. v. Schlippe, 1991, S. 32

hung neu definiert werden, „denn ‘es ist nur dann möglich, eine Beziehung neu zu definieren, wenn eben diese Beziehung klar definiert ist.’“⁷⁸

Da die Double-bind-Hypothese ursprünglich begrenzt war auf die Interaktion von Dyaden, Familiensysteme aber meist komplexer sind, erweiterten Bateson/u.a. Anfang der 60er Jahre den ursprünglichen Doppelbindungsgedanken, indem sie die Interaktion von Individuen in Systemen zirkulär zu erklären versuchten. Bateson sprach in diesem Zusammenhang vom „endlosen Tanz sich verändernder Koalitionen“.⁷⁹ Da diese Koalitionen instabil sind, entsteht eine zirkuläre Bewegung von ‘Lösungen’ (Koalitionen), die nie endet.⁸⁰

- „Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Kommunikationspartner festgelegt“ (3. Axiom der Kommunikationstheorie).

Jede Kommunikation ist kreisförmig, zirkulär. Hiermit wird zum Ausdruck gebracht, daß Verhalten sowohl Ursache als auch Wirkung ist („zirkuläre Kausalität“). Dabei legt jeder Teilnehmer am Kommunikationsgeschehen diesem eine Struktur, eine „Interpunktion von Ereignisabfolgen“ zugrunde, die durchaus differieren können. Das Dilemma, die Ursache häufiger jahrzehntelanger ungelöster Kommunikationskonflikte, liegt in der Annahme begründet, „daß Interaktionsabläufe einen (definierten) Anfang hätten“ (also "linear“ sind). Dabei wird von jedem der Kommunikanten vorausgesetzt, daß die eigene subjektive Wahrnehmung und Definition dieses Anfangs identisch ist mit jener des anderen. Eine systemische Sichtweise, die von einer „zirkulären Kausalität“ ausgeht, kann dieses Dilemma lösen, ist aber andererseits auch eine „Attacke auf unsere täglichen Erfahrungen“ (Minuchin, 1981).⁸¹

Neben diesen drei grundlegenden „metakommunikativen Axiome(n) von Watzlawick (1967)⁸² hebt von Schlippe (1991) noch zwei weitere Aspekte hervor, die charakteristisch für menschliche Kommunikation sind:

78 Zur Double-bind-Theorie vgl. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 29; die Autoren beziehen sich auf M.S. Palazzoli (1981), L. Hoffmann (1982) und G. Bateson.

79 Vgl. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 30

80 Vgl. L. Hoffmann, 1982; zit. n. Walkemeyer/Bäumer, 1990, S. 30

81 Vgl. A. v. Schlippe, 1991, S. 33

82 Vgl. A. v. Schlippe, 1991, S. 32

- „Menschliche Kommunikation ist digital oder analog“.

Hiermit wird zum Ausdruck gebracht, daß wir grundsätzlich zwei Möglichkeiten haben, über Objekte zu kommunizieren: wir können ihnen einen Namen geben oder eine Analogie verwenden (beispielsweise ein Bild, eine Metapher). Dabei ist „digitale (Namen gebende) Kommunikation“ als spezielle menschliche Form der Kommunikation eher abstrakt (Sprache, Zeichen, Zahlen), analoge eher universell, ganzheitlich, komplex und vieldeutig. Es ist anzunehmen, daß überall dort, wo die Beziehungsdefinition Schwerpunkt der Kommunikation ist, die analoge Kommunikation im Vordergrund steht.⁸³

- „Menschliche Kommunikation kann symmetrisch oder komplementär sein“.

Durch diese beiden von Bateson unterschiedenen Interaktionsmodi, die in der menschlichen Interaktion komplex miteinander verbunden sein können, wird zum Ausdruck gebracht, daß die Beziehung zwischen Partnern im Kommunikationsgeschehen auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruhen kann. Bei der „symmetrischen“ (spiegelbildlichen) Interaktion steht eine Art „Rivalisieren“ im Vordergrund mit dem Versuch, „Gleichheit herzustellen und zu bewahren“. Demgegenüber beruht „komplementäre“ Kommunikation auf Verschiedenheit, „auf sich gegenseitig ergänzenden Unterschiedlichkeiten.“ In beiden Fällen wird das eigene Verhalten als vom anderen determiniert erlebt. Dies ist noch nicht das entscheidende Problem. Problematisch wird die Kommunikation, wenn zwei Partner nur noch ein Muster der Interaktion (symmetrisch oder komplementär) zulassen: dann ist die Kommunikation festgefahren, rigide, und die Partner sind in ihrem „Teufelskreis“ gefangen, ein Sachverhalt, der von Bateson (1935) als *Schismogenese*⁸⁴ bezeichnet wurde. In einem solchen Teufelskreis sind die Mitglieder eines Alkoholismussystems gefangen, wie später noch zu zeigen sein wird (vgl. Kap. 3.2).

83 Vgl. A. v. Schlippe, 1991, S. 33/34

84 Vgl. A. v. Schlippe, 1991, S. 34/35; der Begriff *Schismogenese* (von griech.: schisma = Spaltung; genesis = Entstehung), der „von G. Bateson (1935) in die Ethnologie eingeführt“ wurde, umfaßt ein „Kategoriensystem“, mit dem „unterschiedliche, jedoch regelhafte Differenzierungen in und zwischen sozialen Gruppen beschrieben werden“ (vgl. ausführlicher: Simon/Stierlin, 1994, S. 304).

A. v. Schlippe (1991) benennt noch „kongruente - inkongruente“, „geeichte - rückgekoppelte“ und „Meta“-Kommunikation als Interaktionsmodi⁸⁵, Kommunikationsstrukturen und -sachverhalte auf die hier nicht näher eingegangen werden soll.

Während die Kommunikationstheorie sich zunächst nur auf Dyaden (Kommunikation zwischen zwei Partnern) beschränkte, wurde sie u.a. von *Selvini-Palazzoli (1984)* „um den systemischen Aspekt“ erweitert. „Jede dyadische Kommunikation kann wiederum Teil eines unterschiedlichen großen Personennetzes sein. Mit jeder hinzukommenden Person erhöht sich die Komplexität des Kommunikationssystems und das dyadische Erklärungsmodell muß durch ein komplexeres ersetzt werden.“⁸⁶ *Haley (1977)* betont neben der Personenzahl auch den „situativen Kontext“ als wesentlichen Bestandteil des Bedeutungsgehalts von Botschaften im Interaktionsfeld. Als Beispiel benennt Haley das „intoxikierte Verhalten“. Dieses „übt einen erheblichen Einfluß auf andere aus und signalisiert gleichzeitig, daß der Intoxikierte für sein Verhalten nicht verantwortlich ist.“ Im Falle eines alkohol-intoxikierten Familiensystems entschuldigt der Alkohol gewissermaßen das beziehungskontrollierende Verhalten durch den Suchtmittelkonsumenten.⁸⁷

Abschließend zu den vorangegangenen Ausführungen über die „geistigen Wurzeln“ einer familienorientierten Sicht sei noch einmal herausgestellt, daß die systemische Sichtweise - zumindest ihrem Selbstverständnis nach - das lineare, eindimensionale Ursache-Wirkungs-Denken aufgibt und durch ein zirkuläres, vernetztes, eben systemisches Denken ersetzt. Jedwedes Verhalten, beispielsweise das Trinken von Alkohol, wird als beziehungsgestaltend im spezifischen sozialen Kontext angesehen, in dem es auftritt, und in Bezug zu den anderen Mitgliedern des Systems (den Familienmitgliedern) gesetzt. Für den systemisch orientierten Therapeuten gilt, daß er sein „Hauptinteresse“ auf die „Beziehungen“, die „dynamischen Austauschprozesse zwischen Menschen“ richtet; die individuellen Eigenschaften der Systemmitglieder (insbesondere des Symptomträgers), deren „intrapsychisches Geschehen“ bzw. deren „Persönlichkeitsstrukturen“ treten in den Hintergrund. „An die Stelle von individualisierten Diagnosen treten beziehungsdynamische

85 Vgl. A. v. Schlippe, 1991, S. 35-42

86 Vgl. von Villiez, 1986, S. 5

87 Vgl. von Villiez, 1986, S. 6

Hypothesen, die sowohl das Verhalten jedes einzelnen Familienmitgliedes berücksichtigen als auch die Funktion des Symptoms für das gesamte System“. Darüber hinaus ist die Vorgehensweise systemisch orientierter Berater und Therapeuten stark „lösungsorientiert“, d.h. „bei der Suche nach sinnvollen Lösungen (wird) an den Ressourcen der Familie (bzw. des relevanten Systems)“ angesetzt, „statt nach defizitärem, pathologischem Verhalten Ausschau zu halten und es festzuschreiben.“⁸⁸ Hierzu im Therapieteil (vgl. Kap. 4) später mehr.

2.3 Die Familie als Sozialsystem

Die Familie läßt sich definieren als ein *soziales System*, das sich aus Menschen zusammensetzt, die „durch einen intensiven wechselseitigen Austausch von Gefühlen, Verhaltensweisen und Informationen miteinander verbunden“ sind.⁸⁹

Da der Mensch bei seiner Geburt nicht lebensfähig ist, braucht er zumindest einen Elternteil (oder eine Person, die an dessen Stelle tritt), um überhaupt zu überleben und um relativ selbständig leben zu lernen. Insofern ist - in welcher Form auch immer - Familie ein grundlegender Aspekt der menschlichen Natur. Nur in der Familie können die physischen und psychischen Bedürfnisse des Kindes befriedigt werden, nur in diesem sozialen Kontext, in diesem Sozial-System können sich Denken, Fühlen und Handeln entwickeln. Wie dies geschieht und „welche Form der familiäre Lebensraum aufweist, ist jedoch weitgehend kulturell und gesellschaftlich bestimmt und ständigem geschichtlichen Wandel unterworfen.“⁹⁰

von Villiez (1986) verweist darauf, daß der Begriff „Familie“ nicht nur „eine bestimmte Anzahl von Individuen“ beinhaltet, sondern - im Sinne Maturana's (1982) - „Produkt einer gemeinsamen 'konsensuellen Realität' ist.“⁹¹ Diesem Ansatz liegt die Theorie „autopoietischer lebender Systeme“ zugrunde (vgl. Kap. 2.2.1). Hiernach ist „das Individuum Zentrum und Motor sozialer Phänomene.“⁹² Durch „strukturelle Kopplung“⁹³ konstituiert

88 Vgl. Richelshagen, 1992, S. 8

89 Vgl. Hoopes/Harper, 1984, S. 267

90 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 250

91 Vgl. von Villiez, 1986, S. 17

92 Vgl. Steiner/Reiter, 1986, S. 329

sich ein Sozialsystem (beispielsweise eine Familie) durch seine Individuen, deren „Verhalten“ und „Episteme“ durch „kommunikativen Konsens“ koordiniert werden.⁹⁴ Soziologisch überschneiden sich im Individuum immer „mehrere soziale Systeme“. Diese werden vom bzw. im Individuum miteinander verknüpft. So läßt sich Gesellschaft charakterisieren „als ein Netzwerk sozialer Systeme, .. in dessen Knotenpunkten die Individuen ihren Platz haben.“⁹⁵

Nachfolgend wird mit Familie die in unserem Kulturkreis am weitesten verbreitete Form der Kern- oder Kleinfamilie verstanden. In einem erweiterten Sinne gehören zu jeder Kernfamilie auch noch die Herkunftsfamilien der Eltern sowie frühere Ehepartner und Kinder. Als Subsysteme innerhalb des größeren Systems „Kernfamilie“ sind Personenkonstellationen zu verstehen, die kleiner sind als diese Kernfamilie, z.B. die Subsysteme Eltern, Ehepartner, Kinder, Geschwister, Mutter-Kind-Dyade, Vater-Kind-Dyade. Das Sozialsystem ist so organisiert, daß es sein inneres Gleichgewicht aufrechterhält, Veränderungen widersteht und sich - insbesondere gegenüber anderen Subsystemen der Gesellschaft - nach außen abgrenzt. Als ein sich „selbst regulierendes, offenes Verwandtschaftssystem“, ist ein Familiensystem „zielorientiert“ und hält seine Homöostase aufrecht, „indem es mit seiner Umwelt dauernd Materie, Energie und Informationen austauscht.“⁹⁶

Die Subsysteme innerhalb des größeren Systems Familie (z.B. das elterliche Subsystem, das kindliche Subsystem) regulieren ihre Beziehungen/Interaktionen durch innere Grenzen, wobei einzelne Subsysteme in einer hierarchischen Rangordnung zueinander stehen. So ist z.B. das elterliche Subsystem „ranghöher“ als das kindliche Subsystem. Durch in der Familie wirksame

93 Der Begriff *strukturelle Kopplung* ist ein Zentralbegriff für Maturana's „struktur-determinierte Sicht“. In dieser Sichtweise determiniert „die Struktur eines Objekts sein Verhalten, nicht die Umwelt.“ Das Konzept der „strukturellen Kopplung“ ist der Versuch Maturanas, die Beziehung zwischen einer „struktureldeterminierten Einheit“ (z.B. ein Individuum) „und dem Medium, in dem diese existiert“ (z.B. Familie), zu beschreiben. Dabei handelt es sich um eine „komplementäre Beziehung“ zwischen der „Einheit“ und dem „Medium“; das Verhalten eines an seine Umwelt „strukturell gekoppelten“ Systems (Individuum) kann von dieser nicht „direkt bzw. instruktiv beeinflusst werden, es sei denn, die Einwirkung hat den Zerfall des Systems zur Folge“ (vgl. Böse/ Schiepek, 1989, S. 172-178). Zur Problematik einer Minimierung des Umwelteinflusses vgl. auch Fußnote 53.

94 Vgl. Steiner/Reiter, 1986, S. 332

95 Vgl. Steiner/Reiter, 1986, S. 331

96 Vgl. Guntern, 1980, S. 27; siehe auch Dembach, 1990, S. 91

offene (explizite) oder verdeckte (implizite) sowie funktionale (hilfreiche) oder dysfunktionale (nicht hilfreiche) Regeln wird die Funktionalität des Gesamtsystems Familie gewährleistet und der morphostatische Zustand, die Balance der Familie, aufrechterhalten.⁹⁷

Wie jedes lebende System ist eine Familie Veränderungsprozessen unterworfen und zu verschiedenen Zeiten der Geschichte eines Familiensystems („Familienzyklus“) kommt es gesetzmäßig zu Krisen, z.B. Paarbildung, die Geburt eines Kindes, Pubertät, Ablösung eines Kindes vom Elternhaus, u.a.m. So gibt es im Familiensystem „immer Phasen von Stabilität, Verunsicherung bis hin zur Auflösung und Phasen einer Neufindung, einer Systematisierung“,⁹⁸ d.h. die Morphostase des Familiensystems wird immer wieder in Frage gestellt bzw. muß sich erneut einpendeln. Hier sind neben den morphostatischen auch morphogenetische Fähigkeiten innerhalb des Familiensystems gefordert, um die Entwicklung der Familie bzw. der einzelnen Familienmitglieder zu fördern und nicht zu hemmen, wie es bei einem Festhalten an das überkommene Regelsystem der Fall wäre. Verharrt die Familie in solchen „Krisen“-Zeiten in ihrem gewohnten Status quo, können bisher sinnvolle und funktionale Regeln „dysfunktional“ werden, d.h. sie behindern/verhindern die Entwicklung einzelner Familienmitglieder bzw. des Familiensystems in seiner Gesamtheit. Neben solchen „zyklisch“ auftretenden „strukturellen“ Krisen, die eine neue Ausbalancierung des Familiensystems erfordern, kann auch die Regulierung von Nähe und Distanz, von Anpassung und Konflikt, Elternzentrierung und Kindzentrierung, Offenheit und Geschlossenheit das Familiensystem vor „strukturelle“ Probleme stellen, die es adäquat zu lösen nicht in der Lage ist.⁹⁹ In all solchen Krisensituationen reagiert häufig ein Familienmitglied mit „symptomatischem Verhalten“ (z.B. Suchtverhalten, psychosomatisches Verhalten) auf die festgefahrene Situation: die Pathologie des „Indexpatienten“ ist der Preis für ein Festhalten am Gewohnten, für die Aufrechterhaltung der Morphostase des Familiensystems, für einen Verzicht auf Entwicklung/Evolution. In diesem Sinne können Symptome als adäquate Verhaltensweisen aufgefaßt werden, die in

97 Vgl. Kuypers, 1986, S. 28

98 Vgl. Kuypers, 1986, S. 27; die Vorstellung vom „Familienzyklus“, vom „Lebenszyklus einer Familie“, enthält den Gedanken, „daß der Zusammenhang von Kontinuität und Wandel im Blick auf die aufeinanderfolgenden Phasen eines übergreifenden Entwicklungszyklus gesehen werden muß“ (vgl. Andolfi, 1988, S. 27).

99 Vgl. Dembach, 1990, S. 90

einem dysfunktionalen „Kontext angemessen und möglich sind.“ Symptomatisches Verhalten erweist sich folglich als Eigenschaft des Familiensystems und weniger als Eigenschaft des Individuums.¹⁰⁰ Der Patient ist lediglich Indikator für die Dysfunktionalität des Familiensystems, der durch sein Verhalten die Pathologie am Leben erhält.¹⁰¹ Insofern entpuppt sich das symptomatische Verhalten nicht nur als „Handicap“, sondern gleichzeitig als eine hochwirksame Strategie (die natürlich den einzelnen Familienmitgliedern und der Familie in ihrer Gesamtheit nicht bewußt ist), „um mit einer kognitiv nicht zu lösenden Problemsituation fertig zu werden.“¹⁰²

Nachfolgend werden die Sozialisationsleistungen der Familie und damit zusammenhängende Probleme vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Problematik und Widersprüchlichkeit erörtert, ehe die ein Familiensystem strukturierenden Aspekte (Regeln, Rollen, Grenzen) einer näheren Betrachtung unterzogen werden. Den Abschluß dieses auf die Familie im allgemeinen gerichteten Fokus bildet die Erörterung von Fragen, die mit den Hauptfunktionen der Familie („Personalisation“, „Enkulturation“) im Zusammenhang stehen. Dabei steht das familiendynamische, von psychoanalytischem Gedankengut beeinflusste systemische Familien-Modell der „Heidelberger Schule“ (Stierlin & Mitarbeiter) im Zentrum der Erörterungen.

2.4 Die Familie als Sozialisationsinstanz

Der Begriff *Sozialisation* umfaßt sowohl den „Entwicklungscharakter des Individuums als auch das Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft“ und charakterisiert das Hineinwachsen des Individuums in gesellschaftliche Struktur- und Interaktionszusammenhänge“, d.h. ganz allgemein „die Transformation des biologischen in ein soziales Wesen mit spezifischen kulturellen Maßstäben der Wirklichkeitsdeutung.“¹⁰³

Dembach (1990) bezeichnet die Familie „als Kombination dreier sich überlappender Handlungs-(Sub-)Systeme“: ein „auf emotionale(n) Bindungen

100 Vgl. Dembach, 1990, S. 91; in Anlehnung an Bosch, 1977

101 Vgl. Guntern, 1980, S. 28; Dembach, 1990, S. 91

102 Vgl. Guntern, 1980, S. 28; Dembach, 1990, S. 91/92; die Bedeutung symptomatischen Verhaltens in einem dysfunktionalen Kontext wird in Kap. 3 noch näher ausgeführt. Dort wird auch auf die Problematik „funktional/dysfunktional“ näher eingegangen.

103 Vgl. Grubitzsch/Rexilius, 1990, S. 987

und Spannungen, auf Solidarität und Zuwendung bezogene(s) *'Sympathiesystem'*, wobei die Familie als Kleingruppe in besonderem Maße auf *'Personalisierung als Systemprinzip'* und auf *'Gefühle als Steuerungsmedien'* setzt“, ein „auf Autorität, Macht, Herrschaft und soziale Geltung bezogene(s) *'Dominanzsystem'*“ und ein „auf die Bewältigung von Sachproblemen, im Sinne eines Grundmusters innerfamiliärer Arbeitsteilung, bezogene(s) *'Leistungssystem'*“¹⁰⁴

Grubitzsch/Rexilius (1990) heben die „zwiespältige Konzeption“, die dem Sozialisationsbegriff zugrunde liegt, hervor: „Einmal wird mit ihm die Einübung der Verhaltensstandards der Elterngeneration durch den gesellschaftlichen Nachwuchs angesprochen, zum anderen die Entwicklung des Kindes zu einem selbständigen, gesellschaftlich handlungsfähigen Individuum. Diese Widersprüchlichkeit ist grundsätzlicher Art“ und läßt sich nur auflösen, wenn im „Sozialisationsprozeß auf die Vermittlung zwischen Anlagen und Bedürfnissen des Individuums und gesellschaftlichen Lebenszusammenhängen hin(gewiesen) wird“; dabei ist zu berücksichtigen, daß „es sich weder um einen Gegensatz zwischen Individuum und Gesellschaft handelt noch um einen notwendig systemstabilisierenden Kreislauf der ideologischen Reproduktion gesellschaftlicher Strukturen.“ In diesem Sinne ist Sozialisation ein „Aneignungsprozeß“, eine „aktive Verwirklichung des Subjekts im Rahmen vergesellschafteter Produktions- und Reproduktionsbedingungen“, mit dessen „Aneignung auch das Potential für Veränderung verknüpft“ ist.¹⁰⁵ Bei ihrer Doppelfunktion, einerseits gesellschaftliche Ansprüche gegenüber ihren Kindern zu vertreten, andererseits aber auch die Ansprüche ihrer Kinder gegenüber der Gesellschaft zu vermitteln, wird es nach *Gukenbiehl (1979)* problematisch, wenn der Sozialisationsraum Familie „entartet“, indem er entweder zur „Isolierung (Familismus)“ bzw. zur „Überanpassung an die Gesellschaft“ tendiert.¹⁰⁶

Besonders die Tendenz zur Familialisierung, d.h. zum Rückzug in die familiäre Intimsphäre, wird durch für unsere Gesellschaft charakteristische Prozesse verstärkt: „*'Ausdifferenzierung und Spezialisierung'* gesellschaftlicher Teilbereiche“¹⁰⁷

104 Vgl. Dembach, 1990, S. 51; Hervorhebungen durch den Autor

105 Vgl. Grubitzsch/Rexilius, 1990, S. 987

106 Vgl. Dembach, 1990, S. 52/53; in Anlehnung an Gukenbiehl, 1979

107 Vgl. Dembach, 1990, S. 53

In diesem Zusammenhang wird auch häufig von der ‚Familie als Gegenstruktur zur Gesellschaft‘, als Antwort auf Rationalisierung, Anonymisierung und Differenzierung moderner Vergesellschaftung“ gesprochen.¹⁰⁸

In Anlehnung an die Zivilisationstheorie von Elias verweist von Ferber (1977) noch auf einen anderen Aspekt dieser Familialisierungstendenz: der resignierte „Rückzug in die Privat- und Intimsphäre der Familiengruppe (entsteht) zwangsläufig als Gegenbewegung zu der vielfältigen Abhängigkeit von Großorganisationen, die über die Existenzgrundlagen der einzelnen und der kleinen Gruppen verfügen. Der ‚moderne Familialismus‘ ... ist danach eine *erwartbare, weil unausweichliche* Antwort auf ein ungelöstes Kontrollproblem. Sie entspricht einer Situation der Familien, in der die wesentlichen Existenzgrundlagen Großorganisationen anvertraut sind, ja von diesen annektiert wurden.“¹⁰⁹ Darüber hinaus dürften die Charakteristika der „Risikogesellschaft“, wie von Beck (1986) postuliert, gleichfalls die Tendenz zur Familialisierung verstärken (vgl. Kap. 1.1).

Dieses „familiale Solidaritätsprinzip“ widerspricht jedoch gesellschaftlichen Teilbereichen, insbesondere wirtschaftlichen Strukturprinzipien, die eine Individualisierung fördern und „Diskontinuität, Intermitenz sowie einen Mangel familialer Tradition und familialer Gruppenwirkung zur Folge haben.“ Der „*Emotionalisierung* und *Ideologisierung* der Kleinfamilie einerseits“ steht ihre „unaufhaltsame *Erosion* andererseits“ gegenüber¹¹⁰, eine „Enttraditionalisierung von Lebensformen“ (beispielsweise der Familie im herkömmlichen Sinne) durch „Individualisierungsschübe“, die durch die zunehmende „sozioökonomisch-bedingte Trennung von Arbeit und Privatheit

einher(gehen)“.¹¹¹ Als Folge der wirtschaftlich geforderten Mobilität zeigt sich die zunehmende Auflösung der traditionellen Kleinfamilie beispielsweise daran, daß die „Netze familiäre(r) Unterstützungspotentiale kleiner“

108 Vgl. Dembach, 1990, S. 53

109 Vgl. von Ferber, 1977, S. 16; Hervorhebungen durch die Autorin; siehe auch: Dembach, 1990, S. 55

110 Vgl. Dembach, 1990, S. 53/54

111 Vgl. Dembach, 1990, S. 54; Beck, 1986, S. 115 ff

werden und durch die spezifischen Bedingungen einer städtischen Umwelt „mit geringerer Wahrscheinlichkeit auf junge Menschen einwirken.“¹¹²

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, daß die einander widersprechenden Tendenzen der „Familiälerisierung“ einerseits und der gesellschaftlich bedingten „Individualisierung“ andererseits zur Folge haben, daß „die Familie als eine sehr ambivalente und labile Grundform menschlichen Zusammenlebens erschein(t)“, deren Widersprüchlichkeit besonders an sog. „Bruchstellen“ sichtbar wird. Solche Bruchstellen „treten dann auf, wenn die Ziele, Erwartungen und Kompetenzen des Individuums nicht den Anforderungen und Möglichkeiten entsprechen“, die familial bzw. gesellschaftlich gefordert sind. Solche Bruchstellen können sein:

- Veränderung der Anforderungsstruktur neuer Lebensfelder (z.B. berufliche Veränderung);
- Veränderungen der Anforderungen in den Lebensfeldern einer Familie mittels dramatischer Lebensereignisse (z.B. Tod eines Familienmitgliedes) oder lebensphasischer Aufgabenveränderungen für die Familie (z.B. Geburt eines Kindes; Auszug eines Kindes);
- Veränderungen der „individuellen bzw. familialen Relevanzstrukturen“ (z.B. erneute Berufstätigkeit der Frau);
- die „Qualität des Person-Umwelt-Gleichgewichts“ kann als Folge eines „problematischen Aneignungsprozesses von Umwelt durch das Individuum“ (z.B. Überforderung durch die Anforderungen) „pathologische Strukturen“ enthalten.¹¹³

Solche „kritischen Lebensereignisse“ können zusätzlich zu den „normativen Entwicklungsaufgaben eine Überforderung dar(stellen), die ein defensives Abschirmen der eigenen Person gegenüber den Anforderungen zur Folge haben“ (beispielsweise durch Suchtmittelge- und -mißbrauch). Ob bzw. wie solche familiären Krisen, solche „Bruchstellen“ bewältigt werden, hängt ab von den besonderen „familialen Ressourcen“ der Familie in ihrer Gesamtheit, den „personalen Ressourcen“ der einzelnen Familienmitglieder mit ihren individuellen Bewältigungsstrategien und den ‚sozialen Netzwerken‘ der Familie.“¹¹⁴

112 Vgl. Dembach, 1990, S. 54

113 Vgl. Dembach, 1990, S. 57/58

114 Vgl. Dembach, 1990, S. 58

Insbesondere in Familien, in denen die Eltern durch eigene „personale Instabilität“ (z.B. mangelndes Selbstwertgefühl, mangelnde Bindungsfähigkeit, geringe Zuverlässigkeit) ihren Sozialisationsfunktionen nur ungenügend nachkommen können, erwerben Kinder „primäre Sozialisationsdefizite“ als „gleichsam ungünstige Vorprägung einer riskanten Ausgangsmatrix des Verhaltens.“ Solche „Störungen im primären Sozialisationsfeld der Familie“ begünstigen eine defizitäre Sozialisationsentwicklung der Kinder; ein erhöhtes Risiko für Suchtmittelabhängigkeit kann die Folge sein.¹¹⁵ Gleichfalls nachteilig wirken sich Eltern als Verhaltensmodell aus, wenn in ihrem Konsummuster - häufig über mehrere Generationen hinweg - Substanzmittelmißbrauch sowie andere abhängige Verhaltensweisen insbesondere zur Problemverarbeitung gepflegt werden. Kinder lernen dann durch die Übernahme der elterlichen „Problemverarbeitungsmuster (Copingstrategien)“ beispielsweise den Einsatz des Alkohols als Problemlöser und übertragen solches Verhalten auch auf andere Drogen.¹¹⁶

Die geschilderten widersprüchlichen Entwicklungen haben natürlich Auswirkungen auf die Ausgestaltung der „Familienrollen“, der „Familienform“ sowie der Gestaltung des „Familienlebens“¹¹⁷. Wenn auch am Beispiel der „Alkoholikerfamilie“ hierauf später noch ausführlicher eingegangen wird, so sollen doch nachfolgend grundlegende Aspekte zur Familienstruktur (Kap. 2.5) und zur Familiendynamik¹¹⁸ (Kap. 2.6) - unter besonderer Berücksichtigung des familiendynamischen Konzepts der sog. „Heidelberger Schule“ - erörtert werden. Dieses Modell, wenn auch psychoanalytisch beeinflusst, ist einem „systemischer Ansatz“ verpflichtet und eignet sich in besonderer Weise als grundlegendes „Familienmodell“, um spezifische Dynamiken z.B. von Familien mit einer Suchtmittelabhängigkeit in einem systemischen Kontext verstehen und interpretieren zu können.

115 Vgl. Dembach, 1990, S. 72/73

116 Vgl. Dembach, 1990, S. 76/77

117 Zur Veränderung traditioneller Familienrollen und -formen sowie der Gestaltung des Familienlebens vgl. ausführlicher Beck, 1986, S. 115 ff; Dembach, 1990, S. 60 ff

118 Unter Familiendynamik läßt sich allgemein „das bewußte oder unbewußte Zusammenspiel innerhalb der Familie“ verstehen (vgl. Dembach, 1990, S. 79; in Anlehnung an Neraal, 1985).

2.5 Die Struktur eines Familiensystems

Der Begriff *Struktur* in einem kybernetisch-systemischen Sinn umfaßt „die Gesamtheit der zwischen den Elementen eines dynamischen Systems bestehenden .. Beziehungen.“¹¹⁹ Hierunter sind „äußere“ Strukturen, wie die „familiale Organisationsform (Kernfamilie, Großfamilie), die Familiengröße (d.h. der Bestand des Systems Familie im Zeitablauf), die ökonomische Lage, ... die Geschwisterreihenfolge und der soziale Verkehrskreis der Familie“, aber auch „innere“ Strukturen, wie z.B. „dominierende Wertvorstellungen“¹²⁰ sowie Rollen, Regeln und Grenzen zu verstehen.

Als eine das Familiensystem belastende äußere Struktur einer Familie hebt *Dembach (1990)* die sog. *broken-home*-Situation hervor. Sie hat zur Folge, daß das „Zusammengehörigkeitsgefühl der Familienangehörigen“ fehlt bzw. als „unbefriedigend empfunden“ wird mit negativen Folgen für die „Stabilität der Sozialbeziehungen.“ Dabei unterscheidet *Dembach* zwischen „struktureller“ und „funktioneller broken-home-Situation“. Im ersteren Fall sind die Familien unvollständig (z.B. Ein-Eltern-Familien), im letzteren mangelt es an einer adäquaten Befriedigung von Bedürfnissen (z.B. bei versagendem Erziehungsstil).¹²¹ Für Suchtmittelabhängigkeit in der Kindergeneration sind strukturell unvollständige Familien als „Risikofaktor“ für einen späteren Suchtmittelge- und -mißbrauch gleichermaßen bedeutsam wie „vollständige“, die „äußere Fassade aufrechterhaltende“ Familien, die aber „funktionell gestört“ sind.¹²² Zu einer solchen funktionell-strukturellen „broken-home“-Situation zählen auch traumatische Ereignisse (z.B. vorzeitige Todesfälle, Trennungen und Verluste), „die nicht effektiv verarbeitet oder durch Trauer überwunden worden sind“. Sie sollen Suchtverhalten bei Jugendlichen begünstigen. Selbiges gilt „auch in *intergenerationaler Perspektive*, wenn die Eltern in ihrer eigenen Herkunftsfamilie schwere emotionale Verluste erlitten“ und diese nicht durch adäquate Trauerarbeit verarbeitet haben.¹²³

119 Vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 340

120 Vgl. Dembach, 1990, S. 64

121 Vgl. Dembach, 1990, S. 64-68

122 Vgl. Dembach, 1990, S. 79

123 Vgl. Dembach, 1990, S. 66; Hervorhebung durch den Autor

Nach *Dembach (1990)* läßt sich die „broken-home“-Situation unterschiedlich interpretieren, u.a. mehrgenerational als Ausdruck konflikträchtiger „Delegations-, Bindungs- und Ausstoßungsmuster“¹²⁴ auf Eltern- bzw. Kindebene sowie als „Defizit an Stabilisierungshilfen und Kontrollmöglichkeiten mit entsprechender Erschwerung für das Auffangen von Adoleszenzkrise.“¹²⁵

2.5.1 Familiengrenzen

In einer funktionalen Familienstruktur wird zum einen die Identitätsentwicklung des einzelnen gefördert, zum anderen sein Zugehörigkeitsgefühl zur Gruppe. Zwischen diesen beiden Funktionspolen pendeln die durch *Grenzen* voneinander getrennten familiären Subsysteme. Dabei bestimmen sich die Grenzen eines Systems „durch die Regeln, die definieren, wer dazugehört und wie er dazugehört. Damit ist nicht mehr ausgesagt, als daß Eltern sich entsprechend ihrer Rollenaufgaben anders verhalten müssen als Kinder.“¹²⁶

Die wesentlichen Grenzen in einem Familiensystem sind jene zwischen den individuellen Mitgliedern („Selbstgrenzen“), zwischen den familiären Subsystemen (Subsystemengrenzen: elterliches Subsystem, eheliches Subsystem, kindliches Subsystem, Mutter-Kind-Subsystem, u.a.m.) sowie innerhalb der familiären Subsysteme (interpersonale Grenzen in den jeweiligen dyadischen bzw. triadischen familiären Subsystemen).

Grenzen haben „eine strukturierende, ordnungschaffende Qualität“; durch die „Abgrenzung der Rollen“, durch die Ausbildung vertikaler (hierarchischer) und horizontaler Strukturen, geben sie „der Familie die jeweilige einzigartige Form. Die Grenzen in einer Familie sind der Ausdruck der psychodynamischen Kräfte innerhalb dieses Verbundes, die sich ... in ihrem Gleichgewichtszustand herausbilden. Zu wissen, wo man steht, gibt Sicherheit.“¹²⁷

Neben den interpersonalen Grenzen, die Ausdruck der Nähe-Distanz-Regulierung zwischen den Familienmitgliedern sind und darüber hinaus festlegen, „wieviel Territorium jedes Familienmitglied sein eigen nennen kann“, ist die

124 Vgl. hierzu ausführlicher Kap. 2.6.2

125 Vgl. Dembach, 1990, S. 67; in Anlehnung an Uchtenhagen, 1985

126 Vgl. Cierpka, 1986, S. 311; in Anlehnung an Minuchin, 1977

127 Vgl. Cierpka, 1986, S. 311

Grenze zwischen dem elterlichen und den kindlichen Subsystemen, die sog. *Generationengrenze*, von besonderer Bedeutung. Sie reguliert die *Hierarchie*, d.h. die Machtaufteilung zwischen dem elterlichen und dem kindlichen Subsystem und ist eine wichtige Voraussetzung für Zusammenleben und Entwicklung aller Familienmitglieder.

Darüber hinaus ist das Familiensystem mit einer Vielzahl von Umweltsystemen (z.B. Berufssysteme, Freundschaftssysteme, Freizeitsysteme u.a.m.) vernetzt, denen es einerseits verbunden ist, gegen die es sich aber auch abgrenzen muß. Eine besondere Umweltgrenze einer Familie ist jene zu den Herkunftsfamilien der Eltern; sie stellt eine besondere Form der Generationengrenze dar, die beispielsweise in Therapieprozessen mit beachtet werden sollte (Stichwort: „Mehrgenerationen-Perspektive“).¹²⁸

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, daß die Familiengrenzen nicht statisch, sondern „dauernden Veränderungen unterworfen sind.“ Dabei können es „strukturelle Veränderungen in der Familie sein“ (z.B. die Geburt eines Kindes, der Wegzug eines erwachsenen Kindes), die veränderte Grenzziehungen erfordern, aber auch Krisen jedweder Art. Gerade in Krisenzeiten zeigt sich „die Flexibilität und die Adaptionfähigkeit einer Familie am Umgang mit Grenzveränderungen.“¹²⁹ Dabei sind „Grenzüberschreitungen innerhalb bestimmter, für jede Familie spezifischer Toleranzschwellen für die Entwicklung der Familienmitglieder über die Lebensphasen hinweg notwendig.“ Sie „markieren die kritischen Stellen im Entwicklungsprozeß und zwingen die Familie zu Veränderungen ihrer Rollen und der damit in Zusammenhang stehenden Regeln.“¹³⁰

Dabei ist es gerade die Abhängigkeit der Familie von ihrer Fähigkeit, sich veränderten Bedingungen anzupassen und ihre Grenzen zu verändern, die Unabhängigkeit schafft. Würde sich das Familiensystem, beispielsweise gegen Störungen von außen, völlig abgrenzen und seine Mitglieder durch eine Art „Gummizaun“ (Wynne, 1958) umschließen, der nur das hindurchläßt, was zum Weltbild der Familie paßt, wäre diese Familie durch ihre „Unabhängigkeit“ völlig abhängig von der Umwelt, nämlich ihrer „Nichtveränderung“: nach dem „Alles-oder-Nichts-Prinzip“ erhielte sich dieses

128 Zu den Grenzen vgl. ausführlich Cierpka, 1986

129 Vgl. Cierpka, 1986, S. 312; zur Adaptionfähigkeit einer Familie (Adaptabilität) vgl. Kap. 2.7

130 Vgl. Cierpka, 1986, S. 309

Familiensystem seine Strukturen oder es löst sich völlig auf. Hingegen bewahrt die Offenheit des Familiensystems gegen adäquate Veränderungsmöglichkeiten, was auch die Veränderung ihrer Grenzen umschließt, langfristig seine „Autonomie“. Insofern ist beides wichtig: „Eine Offenheit, durch welche die Grenzenbildung nicht gefährdet wird, und eine Geschlossenheit, die durchlässig bleibt und nicht erstarrt.“¹³¹

Insbesondere während der Entwicklung der Kinder sind laufend Grenzveränderungen erforderlich. Dies schließt auch Grenzverletzungen seitens der Kinder ein, beispielsweise eine Verletzung der Generationengrenze. Solange Kinder nur zeitweilig „spielerisch“ in Elternrollen schlüpfen, um so die Rollen für ihr späteres Erwachsenenleben zu erlernen, ist dies legitim. Erst ein solches zeitweiliges Überschreiten von Grenzen ermöglicht es, Grenzen erfahrbar zu machen.¹³² Darüber hinaus sind Grenzen Strukturen, die im Interaktionsgeschehen fortwährend neu ausgehandelt und definiert werden müssen. Dies ist Teil des familiendynamischen Geschehens. Pathologisch und schädlich werden Grenzverletzungen erst, wenn dem Kind z.B. fortwährend Erwachsenen- bzw. Elternfunktionen aufgebürdet werden, die es zu erfüllen hat. Wie noch zu zeigen ist, kommt es gerade in Familien mit einem süchtigen (beispielsweise alkoholkranken) Erwachsenen sehr häufig zu einer „Generationenumkehr“ (Stichworte: „Elternkind“, „Parentifizierung“), mit negativen Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung dieses „verelterlichten“ Kindes. Hierzu mehr bei der Darstellung der Alkoholikerfamilie.

Von nahezu allen Familientherapeuten (nicht nur den systemischen) wird den „Prozessen der Grenzziehung zwischen Individuen, familiären Subsystemen (sog. Binnengrenzen, e.A.) sowie zwischen Familie und Umwelt (sog. Außengrenze, e.A.) eine zentrale Bedeutung bei(gemessen)“. Durch Grenzen werden Differenzierung und Entwicklung von Strukturen ermöglicht; daraus läßt sich umgekehrt folgern, daß in „dysfunktionalen Familien gestörte Grenzbildungen“ als Anhaltspunkt für „pathologische Strukturen“ herangezogen werden können.¹³³

131 Vgl. Simon, 1988, S. 151/152; Familien, die sich von ihrer sozialen Umwelt durch eine Art „Gummizaun“ abschließen, wurden 1958 von Wynne und Mitarbeitern beschrieben. Es handelt sich hierbei insbesondere um Familien mit einem als schizophran diagnostizierten Mitglied (vgl. Simon, 1988, S. 150).

132 Vgl. Cierpka, 1986, S. 320

133 Vgl. Cierpka, 1986, S. 307; Simon/Stierlin, 1994, S. 138

Innerhalb der Familientheorie werden Grenzstörungen in zwei Richtungen beschrieben: in sog. „verstrickten Familien“ sind die Grenzen starr, rigide und undurchlässig; in „aufgelösten“ Familien dagegen zu durchlässig und diffus.¹³⁴ Beides hat natürlich Konsequenzen, die im therapeutischen Prozeß unterschiedliche Strategien und Interventionen erfordern.

2.5.2 Die „innere Landkarte“ einer Familie

Neben den Grenzen ist insbesondere das im Laufe der Entwicklung des Familiensystems sich aufbauende „familiale Weltbild“, gewissermaßen die *innere Landkarte* der Familie, grundlegend für die Struktur eines Familiensystems. Jeder Mensch wird in den Kontext eines sozialen Systems (in der Regel irgendeine Form der Familie) hineingeboren, an das er sich anpaßt und das sich im Laufe der gemeinsamen Entwicklung an ihn anpaßt.¹³⁵ Während dieses *koevolutiven*¹³⁶ Prozesses „entsteht auf individueller Ebene so etwas wie ein handlungsleitendes Modell der Welt“ der Familie. Dieses bildet den Orientierungsrahmen für das Verhalten der einzelnen Familienmitglieder, für ihr Fühlen und Denken. Dabei ist die „Struktur dieser ‘inneren .. Landkarte’ einerseits Niederschlag der erlebten Interaktionen; sie realisiert sich aber auch wieder in der Interaktion, wird durch sie bestätigt oder in Frage gestellt. Es ist ein evolutionärer Prozeß, in dem so die Strukturen der subjektiven Wirklichkeit (jeden Individuums, d.h. jeden Familienmitgliedes) konstruiert werden.“¹³⁷ Insofern gibt es neben der „familiären Landkarte“ („Familien-Konsens“) entsprechend der Anzahl der Familienmitglieder „individuelle innere Landkarten“, die voneinander differieren können und deren „intraindividuelle Strukturen“ einem außenstehenden Beobachter nicht zugänglich sind. Er kann nur die „Verhaltens- und Handlungsebene“ beobachten und muß dabei berücksichtigen, daß keine Verhaltensweise „aus dem Kontext ihrer wechselseitigen Bezogenheit“ gelöst werden kann, im Gegenteil: „Sie bilden ein System, eine geordnete Ganzheit, deren Eigenschaften

134 Vgl. Cierpka, 1986, S. 307; vgl. auch Kap. 2.7

135 Vgl. Simon, 1985, S. 458

136 Der Begriff *ko-evolutiv* berücksichtigt die Tatsache, daß sich Systeme niemals in einer statischen Umwelt entwickeln, sondern auf diese zurückwirken. In diesem Sinne wirkt das System „Familie“ auf das System „Individuum“ ein, aber auch rückbezüglich das System „Individuum“ auf das System „Familie“ (vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 178).

137 Vgl. Simon, 1985, S. 458; Erbach, 1992, S. 75

nicht auf eines der Elemente zurückzuführen sind.“¹³⁸ Dies hat natürlich Konsequenzen für systemische Therapie, für das „therapeutische System“, wie noch zu zeigen sein wird.

2.5.3 Familienregeln

Die alltäglichen Interaktionen und das Verhalten der Mitglieder im Familiensystem werden durch *Regeln* gesteuert, die Ausdruck der familialen Wirklichkeit sind. Im Sinne der Spieltheorie¹³⁹ kann das Interaktionsgeschehen in der Familie als ein Spiel verstanden werden, dessen „bewußte Kenntnis der Spielregeln nicht Voraussetzung ihrer Befolgung“ ist.¹⁴⁰ Die „familiären Spielregeln bilden die Realität, die von jedem einzelnen ‘erkannt’ werden muß“; dabei gilt natürlich „eine zirkuläre, selbstrückbezügliche Beziehung: jeder einzelne verhält sich entsprechend seiner individuellen kognitiven ‘inneren Landkarte’“.¹⁴¹

Da sich bestimmte Verhaltenssequenzen in den Familien wiederholen, ist es für einen Beobachter (z.B. einen Therapeuten) möglich, jene Regeln zu erkennen, die die jeweilige familiäre Interaktion bestimmen. Dabei zwingt allerdings eine konsequente Anwendung systemischen Denkens den Beobachter, „die Hoffnung auf die Erkenntnis einer absoluten Realität aufzugeben.“ Die „Bedingungen des Beobachters und der Beobachtung, ihre Bezie-

138 Vgl. Simon, 1985, S. 458

139 Die „Spieltheorie“ (Begründer: v. Neumann, 1928) läßt sich auf familiäre Prozesse übertragen. Da die Familie ein System ist, in dem das Verhalten der einzelnen Mitglieder durch familiäre Regeln bestimmt wird, kann man das Miteinander als „Spiel“ verstehen. Jeder Spieler (jedes einzelne Familienmitglied) gerät zwangsläufig in Konflikt zu den anderen Mitspielern (Familienmitgliedern), wenn er (es) seine individuellen Interessen (Ziele und Bedürfnisse) zu verwirklichen sucht. Um in diesem Spiel zu gewinnen bzw. den Verlust möglichst gering zu halten, müssen Strategien entwickelt werden; diese wiederum sind abhängig vom Repertoire an Lösungs- bzw. Konfliktaustragungsstrategien, die jeder Spieler (jedes Familienmitglied) im Laufe seiner individuellen Evolution im familiären Kontext erworben hat (vgl. Simon, 1985, S. 458/459; Simon/Stierlin, 1994, S. 330).

140 *Simon (1985)* nennt als Beispiel die Sprache. Obgleich die jeweiligen grammatikalischen Regeln den wenigsten bewußt sind, beweist der fehlerfreie Gebrauch der Sprache, daß die Regeln unbewußt bekannt und wirksam sind (vgl. Simon, 1985, S. 458).

141 Vgl. Simon, 1985, S. 459

hung zu dem beobachteten Phänomen und ihre jeweiligen Wechselwirkungen“ müssen „in die Analyse mit einbezogen werden.“¹⁴²

Die Gesamtheit der regelmäßig wieder auftauchenden Verhaltens- und Interaktionsweisen einer Familie wird auch als deren *Redundanz*¹⁴³ bezeichnet. Ihre Beobachtung ermöglicht ein Erkennen der Wechselbeziehungen der Interaktionspartner bzw. ihrer Verhaltensweisen, nicht im Sinne einer kausalen Ursache-Wirkungs-Zuordnung, „sondern lediglich die Verknüpfung solcher Verhaltensweisen im Sinne eines Musters oder einer Struktur.“¹⁴⁴ Diese Interaktions-Struktur, die Redundanz einer Familie, ist zwar wandelbar, verändert sich aber nur, wenn besondere Umstände bzw. Situationen dies erfordern. Ansonsten werden bewährte Interaktionsmuster so lange wie möglich aufrecht erhalten - auch wenn sie sich für einen Beobachter als schädlich und dysfunktional darstellen (beispielsweise die Interaktionsmuster und -regeln eines Alkoholismussystems). Die Flexibilität bzw. Starrheit der Regeln bestimmt letztendlich, wie anpassungsfähig jedes Individuum und das System in seiner Gesamtheit auf Veränderungen, Anforderungen und Krisen im Lebenszyklus der Familie reagieren. Es sind gerade die Starrheit und Rigidität der Regeln, die die Mitglieder eines Alkoholismussystems so lange in ihrem familiären Teufelskreis gefangen und die dysfunktionale Morphostase aufrechterhalten.

2.5.4 Familienrollen

Neben den Regeln sind für die Familienstruktur auch die *Rollen* bedeutsam, die von den einzelnen Familienmitgliedern besetzt werden. In ihnen manifestieren sich „Erwartungen und Normen“, die an den Rollenträger „in einem gegebenen situativen oder sozialen Kontext gerichtet werden“.¹⁴⁵

Nach einem der Soziologie entlehntem Rollenmodell läßt sich Familie verstehen als ein soziales „Subsystem“, in dem bestimmten Mitgliedern bestimmte Rollen zugewiesen werden (z.B. wird dem Vater im allgemeinen

142 Vgl. Simon, 1985, S. 459

143 *Simon/Stierlin (1994)* verweisen darauf, daß im engeren Bereich der System- und der Informationstheorie der Redundanzbegriff anders definiert wird (vgl. hierzu ausführlicher: Simon/Stierlin, 1994, S. 290).

144 Vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 290

145 Vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 297

„die arbeits- und zielgerichtete“, der Mutter die „integrative, sozial-emotionale Rolle“ zugewiesen).¹⁴⁶ Darüber hinaus werden grundlegende Geschlechts-, Eltern-, Kind-, Ehepartner- und andere der sog. formalen Rollen in der Familie entworfen, gelehrt, verstärkt und an die nachfolgende Generation weiter vermittelt. Da die Vermittlung solcher gesellschaftlich relevanter Rollen (sowie des Normen- und Wertesystems) nur vor dem Hintergrund der jeweiligen Gesellschaft erfolgt, ist die Familie gewissermaßen der „rollen- (sowie normen- und werte-) induzierte Arm der Gesellschaft“¹⁴⁷

Innerhalb der Familientheorie wurde das Rollenkonzept durch Integration psychoanalytischer Vorstellungen erweitert, u.a. von *Richter (1963)*. In der kindlichen Rolle seien „unbewußte elterliche Erwartungsphantasien“ enthalten, die „dem Kind die Erfüllung einer bestimmten Funktion zuweisen.“ Eine solche Funktion kann beispielsweise die „Verelterlichung“ eines Kindes sein (sog. „Parentifikation“). In Fällen, in denen ein Kind einen fehlenden Partner ersetzt (beispielsweise der Sohn als Vertrauensperson und Stütze einer alleinerziehenden Mutter) kommt es zu einer Generationenumkehr. Das Kind wird in diesem Fall zum „Gattensubstitut“. In „triangulierten“ Dreiecks-Beziehungen wird ein Kind in eine konflikthafte Elterndyade mit einbezogen, um deren Konflikt zu verdecken bzw. zu entschärfen. Solche Triangulationen sind - wie noch zu zeigen sein wird - charakteristisch für Alkoholismussysteme (vgl. Kap. 3.7.3 und 3.8). In den genannten Fällen ist die Hierarchie in der Familie durch Mißachtung der Generationengrenze erheblich gestört.¹⁴⁸

Auf die besondere Bedeutung der „Rangordnung in der Geschwisterreihe“, die daraus resultierende Ausprägung bestimmter Rollen im Familiensystem sowie deren Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder

146 Vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 298

147 Vgl. Korb, 1991, S. 16/17

148 Vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 298/299; *Haley* spricht bei solchen die Generationengrenze verletzenden Strukturen von „pathologischen Dreiecken“ (Triaden). Da sie sehr häufig bei Problemfamilien anzutreffen sind, scheinen sie eine „Grundform dysfunktionaler (Familien-)Struktur(en)“ zu sein (Haley, 1980; zit. n. von Schlippe, 1987, S. 341). *Simon/Stierlin (1994)* verweisen in diesem Zusammenhang darauf, daß im Richter'schen Rollenkonzept „die kindliche Rolle in einer Weise im Mittelpunkt des Interesses (steht), die wesentliche Aspekte zirkularer Kausalität nicht erfaßt bzw. nicht thematisiert“ (vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 299/300).

wird später bei der Darstellung des Alkoholismussystems als Beispiel für ein dysfunktionales Familiensystem näher eingegangen (vgl. Kap. 3).

2.5.5 Familiäre Erziehungsstile

Nachfolgend werden - in Anlehnung an *Dembach (1990)* - einige familiäre Erziehungsstile dargestellt, die den Individualisierungs- und Sozialisationsprozeß der Kinder in der Familie negativ beeinflussen und beispielsweise eine spätere Suchtproblematik und -karriere dieser Kinder begünstigen können. Dabei schränken diese Erziehungsstile die Entwicklung zur „ganzheitlichen Persönlichkeit“¹⁴⁹ dergestalt ein, daß ein daraus resultierendes geringes Selbstwertgefühl den Suchtmittelge- und -mißbrauch fördert; dies insbesondere, wenn im Zuge des „Modellernens“ von den Eltern solche vorgelebten Muster erlernt wurden. Aus der Vielzahl möglicher Erziehungsstile¹⁵⁰ werden nachfolgend nur der „autoritäre“, der „verwöhnende“, der „versagende“ und der „inkonsequente“ Erziehungsstil kurz dargestellt.

Beim *autoritären* Erziehungsstil wird die Erlebniswelt der Eltern, deren „innere Landkarte“, rigoros und ohne die Möglichkeit einer wirklichen Auseinandersetzung und Relativierung als absolute Wahrheit und Wirklichkeit an die Kinder weitervermittelt; sie können sie nur annehmen. Ablehnung bzw. Nichtbefolgung zieht in der Regel Sanktionen nach sich. Der Zwang zur Verinnerlichung ausschließlich elterlicher „Fremderfahrungen“ als „Eigenerfahrung“ verhindert, daß adäquate Eigenerfahrungen gemacht werden können. Da die Problemlösungsschemata der Eltern (die nur ein winziger Ausschnitt möglicher Problemlösungsstrategien sind) sowie deren Befolgung/Annahme „vorgeschrieben“ sind und mittels Sanktionen durchgesetzt werden, haben die Kinder keine Möglichkeit, „eigene Techniken zur Problembewältigung“ aus einer Vielzahl von Möglichkeiten auszuwählen, auszuprobieren und zu erwerben. Als Folge bestätigt das Kind „die Allmachtsgefühle der Eltern, die Eltern leben sozusagen ihr Kind.“¹⁵¹

149 Zur ganzheitlichen Persönlichkeitsentwicklung vgl. das durch die wachstumsorientierte humanistische Psychologie (z.B. von Virginia Satir) beeinflusste Persönlichkeitsmodell von Sharon Wegscheider (1981, 1988) in Kap. 2.6.1

150 Vgl. ausführlicher Dembach, 1990, S. 71

151 Vgl. Dembach, 1990, S. 73

Der *verwöhnende* Erziehungsstil korrespondiert „mit übertriebener emotionaler Zuwendung“ und bewirkt eine sehr feste Bindung zwischen Eltern und Kind. Da aber die Eltern sich selbst meinen, wird der „Individualität des Kindes nicht entsprochen“. Als Folge dieser überfürsorglichen Erziehung ist die Frustrationstoleranz dieser Kinder sehr schwach ausgeprägt. Da das Kind, insbesondere für die Ablösephase von den Eltern, in diesem „überfürsorglichen Familienghetto“ kaum Techniken/Strategien entwickeln konnte, um auch mit belastenden/frustrierenden Situationen adäquat umzugehen, besteht für diese Kinder im Erwachsenenleben die Gefahr, daß sie „von einer Abhängigkeit in die nächste geraten.“¹⁵²

Beim *versagenden* (bzw. vernachlässigenden) Erziehungsstil ist die Bindungsfähigkeit aufgrund mangelnder Erfahrungen in der Familie so schwach ausgebildet, daß die Kinder „sozial unfähig“ werden. „Als psychische Reaktion auf seiten der Kinder ergibt sich eine ausgeprägte Flucht tendenz und seitens der Eltern läßt sich eher Resignation und Interaktionsabstinenz feststellen.“ Dies ist besonders tragisch, da mit „dem Wegfall“ von „Normen“ auch ein „weitgehender Verlust an Werterfahrung verbunden“ ist. Fehlende Familienorientierung begünstigt Ersatzorientierungen (beispielsweise „Peer-Groups“), was sich z.B. auch in Drogenkarrieren niederschlagen kann.¹⁵³

Bei einem *inkonsequenten* Erziehungsstil schließlich machen Kinder die Grunderfahrung, „daß sie sich auf ihre Eltern nicht verlassen können.“ Ihnen fehlen meist „klare Grenzen und Regeln“, mit denen sie „ihr Verhalten lenken können.“¹⁵⁴

Eine Familienstruktur ist für die Familienmitglieder sowie das Familiensystem in seiner Gesamtheit nur funktionsfähig, wenn sie sich dem familiären Lebenszyklus, d.h. den lebensgeschichtlich bedingten Veränderungen der Individuen sowie der Familie in ihrer Gesamtheit anzupassen vermag. Dies zeigt sich in der zyklusgerechten Veränderung von Regeln, Grenzen, Rollen sowie dem Selbstbild der Familie (seiner inneren Landkarte). Sind die strukturierenden Merkmale starr, rigide und verändern sich nicht dem Alter und dem individuellen Entwicklungsstand der Familienmitglieder

152 Vgl. Dembach, 1990, S. 74

153 Vgl. Dembach, 1990, S. 74/75

154 Vgl. Dembach, 1990, S. 75

angemessen, dann sind „pathologische“, „symptomatische“ Wirkungen zu erwarten.¹⁵⁵

2.6 Die Funktionalität/Kompetenz einer Familie

Während in den vorangegangenen Kapiteln die Familie als Sozialisationsinstanz sowie ihre strukturellen Aspekte dargestellt wurden, soll nun die Hauptfunktion der Familie, nämlich über Erziehung den Kindern Grundqualifikationen zur „Personalisation“ und „Enkulturation“ zu vermitteln¹⁵⁶, näher betrachtet werden. Hierbei ist es eine der wesentlichen Funktionen einer Familie, aus dem familiären „Bewältigungspotential“ den einzelnen Familienmitgliedern „individuelle Bewältigungsstrategien“ bereitzustellen und miteinander in Einklang zu bringen. „Das Bewältigungspotential ist dabei doppelgesichtig: zum einen bietet es Unterstützung, zum anderen reduziert es die zur Verfügung stehenden Wahlmöglichkeiten.“¹⁵⁷

Während dieses Prozesses können die bereitgestellten Wahrnehmungs- und Verhaltensmöglichkeiten der Familienmitglieder derart eingeschränkt und begrenzt werden, daß es im Prozeß der Persönlichkeitsentwicklung der Kinder zu Störungen und Defiziten kommt, die sich später z.B. in einem erhöhten Suchtmittelge- und -mißbrauch äußern können. Bevor das „familiendynamische Konzept“ der „Heidelberger Schule“ vorgestellt wird, sollen zunächst einige Erörterungen zur „ganzheitlichen Persönlichkeitsentwicklung“ des Individuums - in Anlehnung an Wegscheider (1981; 1988) - vorangestellt werden.

2.6.1 Wegscheider's Modell der ganzheitlichen Persönlichkeit

In ihrem „Modell der ganzheitlichen Persönlichkeit“¹⁵⁸ beschreibt *Sharon Wegscheider (1981; 1988)* „Persönlichkeitsanteile des ganzheitlichen Menschen“, die sie „menschliche Potentiale“ nennt. Eine gesunde Entwicklung

155 Vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 298; beispielsweise ändern sich die Rollen von Mutter und Kind inhaltlich im Verlauf der Ko-Evolution des Familiensystems in wechselseitiger Abhängigkeit, auch wenn jeder seine ursprüngliche Rolle (Mutter bzw. Kind) in diesem Kontext behält.

156 Vgl. Dembach, 1990, S. 72

157 Vgl. von Schlippe, 1987, S. 338

158 Vgl. Wegscheider, 1981 (dt. 1988), S. 37-49; siehe auch: Lippmann, 1992, S. 224-228

dieser Potentiale ist Voraussetzung für die Entwicklung zu einer ganzheitlichen Persönlichkeit, d.h. einer Persönlichkeit, die in sich ruht, die alle Teile des individuellen Selbst in sich integriert hat. Dies ist sicherlich ein Idealzustand der, wenn überhaupt, nur bedingt erreichbar ist und ständiges Wachsen und Er-Wachsen-Werden als lebenslangen Prozeß voraussetzt. Eine solche „Idealtypologie“ einer „ganzheitlichen“ Persönlichkeit kann hilfreich sein, als Ziel im Beratungs- und Therapieprozeß für Berater und Klient ebenso wie als Orientierungshilfe für das Individuum in seinem Entwicklungsprozeß.

In ihrem „Rad der ganzheitlichen Persönlichkeit“¹⁵⁹ symbolisiert Wegscheider die ganzheitliche Persönlichkeit als Kreis, der in sechs gleichgewichtige Segmente unterteilt ist. Sie unterscheidet in „physische(s)“- , „soziale(s)“- , „emotionale(s)“- , „Willens“- , „spirituelle(s)“- und „geistige(s)“- Potential und folgert, daß Defizite in einem dieser jeweiligen Bereiche sich auf die Gesamtheit, die Ganzheit der Persönlichkeit, nachteilig auswirken.

Beim *physische(n) Potential* stehen körperliche Gesundheit und eine positive Einstellung zum eigenen Körper im Vordergrund. „Alle unsere Potentiale basieren auf unserer Leiblichkeit, denn nur über diese können wir Informationen erhalten und uns körperlich ausdrücken.“¹⁶⁰ Gerade körperliche Betätigungen, die Spaß, Freude und Aufregung bereiten, bei denen neben der körperlichen Leistung auch Entspannung und sinnliche Wahrnehmung gefördert werden (z.B. Tanzen, Sport, Meditation, Entspannungsübungen), ebenso wie eine gesunde und lustvolle Einstellung zur Sexualität, sind geeignet, eine positive Einstellung/Haltung/Beziehung zu sich und der eigenen Leiblichkeit zu entfalten. Die lustvollen und schmerzlichen Empfindungen unseres Körpers sind Ergebnis der Nutzung unseres physischen Potentials; körperlicher und seelischer Schmerz sind häufig die Folge eines defizitären bzw. vernachlässigenden Umgangs mit diesem Potential. Besonders deutlich wird dies bei Suchtkranken, beispielsweise Alkoholikern, deren gestörte

159 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 38

160 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 39; *Konrad Stauss*, Chefarzt einer psychosomatischen Klinik in Grönenbach/Allgäu, drückte die Bedeutung des Umgangs mit seinem physischen Potential einmal wie folgt aus: „Habe ich meinen Körper verloren, so habe ich mich selbst verloren. Finde ich meinen Körper, so finde ich mich selbst. Bewege ich mich, so lebe ich und bewege die Welt. Ohne diesen Leib bin ich nicht, und als mein Leib bin ich. Er ist der Ausgangspunkt und das Ende meiner Existenz“ (Stauss: „Psychosomatische Erkrankungen“, o.J.).

Beziehung zur eigenen Leiblichkeit selbstschädigend sich und das soziale (meist familiäre) Umfeld zerstört.¹⁶¹

Mit unserem *emotionale(n) Potential* verhält es sich ähnlich wie mit unserem physischen: die ganze Skala unserer Gefühle ist bereits ohne unser Zutun vorhanden. Wir müßten ihnen nur Raum geben, um sich voll und ganz in uns entfalten zu können. Gefühle, ehrlich zugelassen, „geben dem Leben Farbe und Bewegtheit“, sind das „verlässlichste Barometer unserer eigenen Wirklichkeit.“ Insbesondere die unangenehmen Gefühle (z.B. Angst, Wut, Trauer, Einsamkeit, Verzweiflung, Langeweile), diese häufig als „negativ“ und „schlecht“ gewerteten Gefühle - wieviel Energie muß aufgewendet werden, um sie zu unterdrücken? Es gibt keine negativen, „schlechten“ Gefühle (sowie es auch keine positiven, „guten“ Gefühle gibt). Alle Gefühle sind gesund und gleichermaßen wichtig. Nur durch den Filter unser Bewertungen werden sie in gut/schlecht, in angenehm/unangenehm u.a.m. differenziert. Lediglich die Art und Weise, wie wir sie ausdrücken, unsere Unsicherheit im Umgang mit ihnen, kann schlecht oder schädlich für uns sein, wohingegen ein positiver Umgang mit dem gesamten Spektrum unserer Gefühlswelt sich auf unsere ganzheitliche Persönlichkeitsentwicklung positiv auswirkt.¹⁶²

Da niemand von uns völlig allein auf der Welt lebt, abgesehen vielleicht von dem einen oder anderen Eremiten, ist es für uns wichtig, zu anderen Menschen befriedigende und sinnvolle Beziehungen aufzubauen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, daß wir uns im Rahmen unserer Sozialisation zu einem „differenzierten und von anderen Personen unabhängigen und getrennten Selbst“ entwickeln. Erst die Entwicklung eigener „Autonomie in einem Prozeß zunehmender Differenzierung“ ermöglicht uns, gerade während der Pubertät, Abgrenzung, Ablösung und Versöhnung mit den Eltern, letztlich auf einer neuen Ebene „bezogene Individuation“ (vgl. Kap. 2.6.2). Zu diesem *sozialen Potential* gehören Ehrlichkeit, Offenheit, Bezogenheit im Kontakt zur mitmenschlichen Umwelt, Intimität; aber auch die Fähigkeit, Spannungen zu ertragen, Konflikte zu bearbeiten und auszutragen, „statt sie auf andere zu übertragen oder zu projizieren.“¹⁶³ Hierfür sind allerdings „soziale Handlungskompetenzen“ wie Kommunikations-, Kooperations- und Konfliktlösungsfähigkeit u.a.m. erforderlich, Fähigkeiten, die während der

161 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 39/40; Lippmann, 1992, S. 224/225

162 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 40-42; Lippmann, 1992, S. 225

163 Vgl. Lippmann, 1992, S. 226

Sozialisation, im Prozeß der „bezogenen Individuation“ insbesondere im familiären Umfeld erworben werden müssen. Eine Vernachlässigung dieses Potentials, wie z.B. in Alkoholikerfamilien, läßt dieses verkümmern; Isolation und der Verlust von Freundschaften und Unterstützungen insbesondere auch von außerfamiliären sozialen Subsystemen sind die Folge. Es ist mühsam, ein einmal verlorenes soziales Potential neu aufzubauen bzw. zurückzugewinnen.¹⁶⁴

Gerade in unserer westlichen Gesellschaft wird der Ausbildung unseres *geistige(n) Potentials* die größte Bedeutung beigemessen. Für die Ganzheit der Persönlichkeit ist der Geist von entscheidender Bedeutung, schlägt er doch „eine Brücke von der Vergangenheit in die Zukunft“, die wir uns vermittelt seines Potentials „vergegenwärtigen“. In einer ganzheitlichen Person steht der Geist immer „in lebendigem Austausch mit den anderen Potentialen“. Der Geist ist jene Instanz unserer Persönlichkeit, der körperliche Botschaften aufnimmt, eigene Botschaften nach außen abgibt, unsere Gefühle „in sichere und hilfreiche Bahnen (lenkt) und daraus wiederum Kraft und Leben empfängt“. Darüber hinaus bestimmt er unser Selbstwertgefühl und unser soziales Verhalten, damit wir im Einklang mit der Wirklichkeit stehen, bringt unsere Spiritualität zum Ausdruck u.a.m.¹⁶⁵

Gerade unser *spirituelles Potential*, das in unserem Bedürfnis nach Sinnfindung und Sinn-Begreifung wurzelt, dürfte in unserer materialistisch und sachrational orientierten westlichen Weltanschauung mit am stärksten im Prozeß der Entwicklung zur ganzheitlichen Persönlichkeit vernachlässigt werden. Dieses Potential kann sich innerlich und äußerlich auf vielerlei Weise verwirklichen: „in der Meditation, im Gebet, in der institutionellen Religion, im Streben nach (einem) Höheren Selbst, im Dienst am Menschen und für Gerechtigkeit, Gesundheit und Menschenwürde, im Respekt vor der Schöpfung,“ u.a.m. Indem es unser Wertesystem prägt, schwebt es jedoch nicht nur „in höheren Sphären“, sondern hat „einen sehr klaren Bezug zu unserem Leben“. Ohne einen positiven Sinn im Leben, wird dieses sinnlos. Aber ohne Sinn sind Depressionen, psychosomatische Beschwerden, Suizid oder jener langsame Suizid durch Betäubung und Sucht eine beinahe unausweichliche Konsequenz dieses Defizits im spirituellen Bereich.¹⁶⁶ Nicht

164 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 42/43; Lippmann, 1992, S. 225-227

165 Vgl. Wegscheider, 1988, S.44/45; Lippmann, 1992, S. 227

166 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 45/46

ohne Grund betonen die Anonymen Alkoholiker in ihrem Lebenskonzept (12-Schritte-Programm) gerade die Spiritualität, was letztendlich all jenen, die sich auf dieses Lebensprogramm einlassen können, neuen Sinn gibt und ihnen ermöglicht, von ihrer sinnentleerten Lebenshaltung und -gestaltung Abschied zu nehmen, sie loszulassen und sich auf den mühsamen und lebenslangen Weg der Genesung zu begeben.¹⁶⁷

Das *Willenspotential* schließlich befähigt uns, „Ziele zu setzen, zu verfolgen und die dafür nötigen Entscheidungen zu treffen.“¹⁶⁸ Die Bereitschaft, „Risiken einzugehen“, Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen, sowie die „Akzeptanz der eigenen Grenzen“ sind gleichfalls Bestandteil dieses Potentials.¹⁶⁹ Natürlich ist es weit weniger riskant, andere Ziele zu setzen und Entscheidungen treffen zu lassen; der Preis aber ist der Verzicht auf eigene Ganzheit, auf eigene Autonomie. In einer Alkoholikerfamilie beispielsweise trifft der alkoholkranke Partner nur eine eigene Entscheidung, hat nur ein Ziel: immer genug Stoff zu haben! Die übrigen Entscheidungen überläßt er seinem Partner, die Verantwortung für sein Leben überträgt er auf den Partner und seine Familie (vgl. Kap. 3).

Letztendlich ist eine ausgewogene Entwicklung aller Potentiale Voraussetzung für eine ganzheitliche Persönlichkeitsentwicklung und ein gesundes Selbstwertgefühl. Erst ein sich solcherart herausbildendes Selbstwertgefühl ermöglicht Offenheit im Kontakt zu den Mitmenschen; dies schließt auch die Möglichkeit des Verzichts auf Minderwertigkeitsgefühle über eigene Schwächen und Unzulänglichkeiten mit ein. Wer sich seines Selbstwertes bewußt ist, kann auch zu seinen Schwächen stehen, muß sie nicht verstecken.¹⁷⁰

2.6.2 Das Heidelberger Familien-Modell

Insbesondere das sowohl psychoanalytisch, als auch systemisch beeinflusste *familiendynamische Konzept* der *Heidelberger Gruppe* (Stierlin/Simon/Weber/u.a.) enthält einige „Hauptperspektiven“, die für die Ko-Evolution einer Familie von Bedeutung sind. Durch diese Perspektiven werden

167 Zur Bedeutung der spirituellen bzw. religiösen Komponente bei den Anonymen Alkoholikern vgl. ausführlich Mack, 1991

168 Vgl. Lippmann, 1992, S. 228; Wegscheider, 1988, S. 47

169 Vgl. Lippmann, 1992, S. 228

170 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 48-50

„Systemeigenschaften und -kräfte vor allem im Familienbereich ins Blickfeld gerückt - bei gleichzeitiger Offenheit für das Untersystem 'Individuum' und das Übersystem Gesellschaft.“¹⁷¹ Dabei ist die Heidelberger Gruppe nach eigenem Bekunden „um eine mehrdimensionale Systemanalyse“ bemüht und versucht in ihrem theoretischen Konzept, unterschiedliche Konzepte zu „integrieren“.

Derzeit umfaßt das familiendynamische Konzept der Heidelberger Gruppe fünf *Hauptperspektiven*, die sich teilweise überschneiden und mit denen „jeweils zentrale Systemkräfte erfass(t)“ werden sollen.¹⁷²

2.6.2.1 Die bezogene Individuation

Nach *Stierlin (1988)* gestaltet sich „Beziehungsrealität im Dialog“¹⁷³, was von ihm als *bezogene Individuation* bezeichnet wurde. Hierunter versteht er „eine Versöhnungsaufgabe, die sich allen Familienmitgliedern im Rahmen der Entwicklung des einzelnen und der ganzen Familie fortlaufend neu stellt.“¹⁷⁴ Sie beinhaltet „Bereitschaft und Fähigkeit“ aller am Interaktionsgeschehen in der Familie beteiligten Personen, „sich sowohl als Individuen zu entwickeln, abzugrenzen und zu behaupten als auch auf immer neuen Ebenen und in immer neuen Formen eine Beziehung zu(m) anderen herzustellen - eine Beziehung, die wiederum das Aushandeln und wechselseitige Validieren einer tragenden Realität erfordert wie bewirkt.“¹⁷⁵

Für Kinder heißt dies, daß sie sich sowohl *mit* als auch *gegen* die Eltern individuieren müssen. Dabei wird sich das Kind zunächst „an die Realität der Eltern anpassen und sich darin beheimaten“, d.h. durch Übernahme der elterlichen „Sprach- und Kulturwelt“ sich deren „Sichten der Welt“ aneignen, ehe es sich zunehmend gegen die Eltern individuiert, d.h. durch zunehmende Abgrenzung sein eigenes Selbst entwickelt - und dabei „bezogen“ bleibt.¹⁷⁶

171 Vgl. Stierlin, 1979, S. 107

172 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 255

173 Vgl. Stierlin, 1988, S. 5; 1989, S. 34

174 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 255

175 Vgl. Stierlin, 1988, S. 5; Stierlin, 1989, S. 34

176 Vgl. Stierlin, 1988, S. 15/16; Stierlin, 1989, S. 45

Während die Familie so die Identität des Kindes während des Sozialisationsprozesses formt, löst sich dieses mehr und mehr von seinem Beziehungskontext ab und entwickelt zunehmend Autonomie im Austausch mit seinen Familienmitgliedern, aber auch mit außerfamiliären Subsystemen, z.B. Freundeskreis, Schule, u.a.m. Dies setzt voraus, daß Fortschritte bei der Individuation einhergehen mit veränderten Kommunikations- und Beziehungsleistungen. Dabei gilt: jedes höhere „Niveau an Individuation“ erfordert auch „ein höheres Niveau an Bezogenheit zu Mitmenschen.“¹⁷⁷ Erst durch die Anpassung und Beteiligung am Interaktions- und Entwicklungsgeschehen der Familie, sowie durch zunehmende Teilhabe an außerfamiliären Subsystemen (Freunde, Schule, etc.), kann sich ein Gefühl der „Zugehörigkeit“, aber auch ein Gefühl des „Abgetrenntseins“ als Bestandteil einer erfolgreich fortschreitenden „bezogenen Individuation“ entwickeln. So ermöglicht uns die bezogene Individuation, daß wir uns „in den verschiedenen zwischenmenschlichen Kontexten als getrennt und zugleich bezogen erleben.“¹⁷⁸ Die Schwierigkeit besteht nun darin, in zwischenmenschlichen Kontakten Nähe und Distanz zu regulieren, den gegenseitigen Anforderungen an Rollen, Erwartungen und Wahrnehmungen im Entwicklungszyklus der Familie gerecht zu werden und gleichzeitig durch zunehmende Abgrenzung sich zu individualisieren - bei Erhalt gegenseitiger Bezogenheit bzw. Entwicklung neuer, komplexerer Beziehungsformen.

Stierlin/Simon (1986) sprechen angesichts einer solch geforderten „Entwicklung der bezogenen Individuation“ auch von einer „familienweiten Ko-Individuation und Ko-Evolution“ und verstehen hierunter „eine Form der Selbstorganisation psychischer und Beziehungsstrukturen innerhalb einer Familie.“¹⁷⁹

Als Hauptstörungen, die den Prozeß der bezogenen Individuation nachteilig beeinflussen, nennen *Stierlin/Simon (1986)* die *Überindividuation* und die *Unterindividuation*. Während bei einer zu starken Abgrenzung gegenüber anderen und der Umwelt die Unabhängigkeit des Individuums in „Isolation“

177 Vgl. Korb, 1991, S. 21

178 *Stierlin/Simon (1986)* betonen in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit einer „differenzierten Innenwelt“ (u.a. Gefühle, Bedürfnisse, Erwartungen, innere und äußere Wahrnehmungen, bewußte/unbewußte Bereiche), die es von der Außenwelt, insbesondere deren Ideen/Bedürfnissen/Erwartungen/Ansprüchen abzugrenzen gilt (vgl. *Stierlin/Simon, 1986, S. 255*).

179 Vgl. *Stierlin/Simon, 1986, S. 255*

und seine „Getrenntheit in ausweglose Einsamkeit“ mündet und im Extremfall der „Austausch mit anderen erstirbt“, mißlingt bei der Unterindividuation „die sichere Abgrenzung“: zu weiche, durchlässige, brüchige Grenzen bedingen eine „Fusion mit und Vereinnahmung durch andere Personen“; der „Verlust der Individuation droht.“¹⁸⁰ Dabei zeigen sich in der Praxis drei Spielarten solch mißlungener bzw. fehlenden Individuation: „die symbiotische Fusion“, „das starre (autistische) sich Absondern“ und ein „ambivalente(s) Hin- und Herpendeln zwischen den beiden Extremen.“¹⁸¹

Ob beide Elemente - „Abgrenzung *von*“ sowie „Bezogenheit *zu*“ anderen im Prozeß einer „erfolgreich fortschreitenden bezogenen Individuation (bzw. familienweiten Ko-Individuation)“ gelingen, zeigt sich am klarsten in der „Fähigkeit und Bereitschaft der Partner, unterschiedliche Gefühle, Erwartungen und Positionen zu artikulieren, Konflikte zu definieren und auszutragen, dabei aber einen gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus zu teilen und sich gegenseitige Bestätigung und Anerkennung zu vermitteln.“

Stierlin/Simon (1986) sprechen in diesem Zusammenhang „von einem notwendigen Dialog, der die Individuation des einzelnen, sowohl im Einklang *mit* den nahen anderen als auch, wenn es sein muß, *gegen* diese ermöglicht und verlangt.“¹⁸²

180 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 256

181 Während bei der *symbiotischen Fusion* das eigene Selbst mit dem Selbst eines (oder mehrerer) Anderer „verschwimmt“, ein Zustand von Unterindividuation, für den auch die Begriffe „Familien-Ich-Masse“ (Bowen, 1960), „intersubjektive Fusion“ (Boszormenyi-Nagy, 1965) und „Verstrickung“ (Minuchin, 1967, 1978) verwendet wurden, ist das *autistische Absondern* von einem so starken Mißtrauen gefärbt, daß es pathologische Züge angenommen hat (vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 256).

182 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 256; Hervorhebungen durch die Autoren

2.6.2.2 Die Interaktionsmodi von Bindung und Ausstoßung¹⁸³

Beide Beziehungsweisen - „Bindung“ sowie auch „Ausstoßung“ - sind geprägt von der Vorstellung, daß sich beim Prozeß der „bezogenen Individuation“ ein Gleichgewichtszustand „von bindenden (zentripetalen) und ausstoßenden (zentrifugalen) Tendenzen ausbildet.“ Solche Tendenzen („Modi“), bei denen im Einzelfall die „bindenden oder/und ausstoßenden“ Interaktionsmodi überwiegen, lassen sich „als (zumeist verdeckt) organisierende Muster verstehen, die verschiedensten Arten von Beziehungen zugrunde liegen.“ Besonders deutlich treten sie in Erscheinung, wenn für Heranwachsende „altersadäquate Ablösungsprozesse .. anstehen, die nunmehr von der ganzen Familie Umstellungen verlangen.“

Eine Familie, in der der „Bindungsmodus“ vorherrscht, läßt sich von der Annahme leiten, daß nur innerhalb der Familie Bedürfnisbefriedigungen und Sicherheit möglich sind; die Welt außerhalb wird als „feindlich und abschreckend“ eingestuft. Dies hat zur Folge, daß Eltern ihre Kinder noch fester ans „Familienghetto binden“ und deren „Verselbständigung hinauszögern oder gar aufgeben.“ Von den Kindern werden diese Einstellungen und Annahmen der Eltern „verinnerlicht: auch für sie bedeuten nun Ablösung und Verselbständigung äußerste (existentielle) Verlassenheit, Einsamkeit und Schutzlosigkeit.“ Aber nicht nur dem Kind wird eine „phasengerechte Individuation und Ablösung“ verwehrt; „auch die Eltern verpassen wichtige Individuations- und Reifungsschritte.“¹⁸⁴

183 Unter *Interaktionsmodi* (auch: Beziehungsmodi, Transaktionsmodi) wird die typische Art und Weise der Wechselbeziehung zwischen zwei und mehreren Partnern und/oder Familienangehörigen verstanden (vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 39). Bindung und Ausstoßung (Kap. 2.6.2.2) sowie Delegation (Kap. 2.6.2.3) sind Beziehungsmodi, die besonders im phasengerechten Ablösungsprozeß der Kinder von den Eltern, d.h. im Prozeß der bezogenen Individuation, zum Tragen kommen und sich - bei zu starker einseitiger Ausprägung - entwicklungshemmend für das Individuum sowie für die Ko-Evolution der Familie in ihrer Gesamtheit auswirken.

184 Nach psychoanalytischer Vorstellung lassen sich drei Bindungsebenen unterscheiden. In Familien, in denen auf der „Es-Ebene“ der Bindungsmodus überwiegt, herrscht ein gefühlsüberladenes, stickiges Klima („Plüsch und türkischer Honig“). Bei Bindung auf der Ich-Ebene ist im Extremfall bei allen Familienmitgliedern die Einstellung einer gleichen Sichtweise der Welt vorherrschend: „...empfinde gleich und denke gleich.“ Da dies nicht möglich und demzufolge paradoxal ist, sind „Wahrnehmungsverzerrungen und Disqualifikationen“ die Folge: jeder liest die Gedanken des anderen, spricht für ihn. Die so Gebundenen weisen einen geringen Grad an bezogener Individuation auf und sind extrem verstrickt. Indem sie sich ausschließlich am anderen orientieren, verzichten sie auf jegliche Art von Unabhängigkeit und eigener Individualisierung. Ihr Selbst ist identisch mit

Dominieren in einer Familie die „ausstoßenden Tendenzen“, so kommt es zu einer „phaseninadäquaten Ausstoßung bzw. Bindungslosigkeit.“¹⁸⁵ Solche Ausstoßungstendenzen sind besonders häufig in zerbrochenen bzw. Scheidungsfamilien („broken-home-Situation“). Da die Kinder aus früheren Ehen die Ehepartner, die in die neue Partnerschaft investieren wollen, an deren belastende, zerbrochene Vergangenheit erinnern, werden die Kinder häufig auf Dauer „emotional vernachlässigt“ und „ausgestoßen“¹⁸⁶

2.6.2.3 Der Interaktionsmodus der Delegation

Dieser von *Stierlin (1974)* beschriebene Beziehungsmodus ist von doppelter Bedeutung. Zum einen verweist Delegation darauf, daß jemand mit einem Auftrag, einer Mission, betraut und hinausgesandt wird. Gleichzeitig wird der Beauftragte vom Auftraggeber (im Falle eines Kindes von den Eltern) an einer langen Loyalitätsleine gehalten; seine Loyalität dem Auftraggeber gegenüber wird durch gewissenhafte Auftragsbefriedigung bewiesen.¹⁸⁷

Diese dritte Hauptperspektive des Heidelberger Familienmodells richtet den Fokus auf „Aufträge und Vermächnisse, die häufig über Generationen hinweg wirksam werden.“ So kann (verdeckt) der Auftrag der Eltern an ein Kind lauten: Lebe das „ungelebte“ Leben deines Bruders, der durch einen Unfall ums Leben gekommen ist; verwirkliche die Ziele (beruflich/sportlich), die wir selbst nicht erreicht haben; lebe die Abenteuer (z.B. sexuelle Ausschweifungen, Drogenkonsum), die wir uns selbst versagt haben, u.a.m.

dem Familien-Selbst; die eigene Identität bleibt dabei auf der Strecke. Bei einer Bindung auf der „Über-Ich-Ebene“ kommt es auf ethisch-moralischer Ebene zu Loyalitätskonflikten; eine massive Ausbruchsschuld und in deren Folge eine selbstdestruktive Lebensgestaltung (z.B. Alkoholismus, Drogenkonsum, Suizidneigung, u.a.m.) können als Folge einer massiven Bindung auf der Über-Ich-Ebene gedeutet werden (vgl. *Stierlin/Simon, 1986, S. 257/258; Simon/Stierlin, 1994, S. 47-49; Stadtfeld, 1985, S. 52*).

185 Ein Überwiegen des Ausstoßungsmodus auf der „Es“- Ebene bewirkt einen Mangel an emotionaler Bedürfnisbefriedigung. In der gefühlkalten und versagenden Atmosphäre solcher Familien werden Kinder „in eine vorzeitige, frühreife Pseudoselbständigkeit getrieben“; Anerkennung und Belohnung, die Möglichkeit zur Anlehnung und Entspannung wird ihnen verwehrt. Bindungslosigkeit auf der Ich-Ebene bewirkt eine Unterdrückung von Gedanken, Wahrnehmungen und Gefühlen; die Atmosphäre ist „stereotyp, wenig gefühlvoll, ohne empathische Anteilnahme.“ Auf der Über-Ich-Ebene bewirkt Ausstoßung „einen Mangel an tragenden und sinnvermittelnden Loyalitätsbindungen.“ Das Leben erscheint sinn- und ziellos (vgl. *Simon/Stierlin, 1994, S. 26*).

186 Vgl. *Stierlin/Simon, 1986, S. 258*

187 Vgl. *Simon/Stierlin, 1994, S. 58*

Dabei können sich auch Aufträge widersprechen bzw. zu Loyalitätskonflikten führen. So kann z.B. die Forderung einer überfürsorglichen Mutter an ihr Kind: „verhalte dich wie ein hilfloses Baby, damit ich einen Lebensinhalt habe“, im Widerspruch stehen zur gleichzeitigen Forderung: „setz dich im beruflichen Existenz- und Konkurrenzkampf durch“. In Fällen, wo die Aufträge „verfeindeter Eltern darauf abzielen, den kindlichen Delegierten als Bundesgenossen zu rekrutieren“ und zum Schaden des anderen Elternteils zu mobilisieren, wird das Kind in „destruktive Koalitionen bzw. Triangulationen“ gezwungen, die zu tiefgreifenden Loyalitätskonflikten („Schuldgefühle“) führen.¹⁸⁸

Mit einer solchen Perspektive vor Augen erscheint ein als abweichend etikettiertes Verhalten, z.B. „delinquentes“-, „psychotisches“-, aber auch „Sucht“-Verhalten, nicht mehr nur „negativ“ (z.B. als Haltlosigkeit, Charakterschwäche, Unreife, etc.), sondern vielmehr „positiv als Leistung, ja möglicherweise als Opferleistung des Delegierten für seine Eltern und Familie.“¹⁸⁹

Insbesondere bei Suchterkrankungen sind die Delegationen so wirkungsvoll, daß keine eigenständigen Entscheidungen getroffen werden. Die enge Verbundenheit mit und zur Familie, die in den Delegationen zum Ausdruck kommt, grenzt individuelle Autonomie und Entwicklung in übermäßig starkem Maße ein.¹⁹⁰

2.6.2.4 Die Mehrgenerationenperspektive

Diese Perspektive, die im wesentlichen von *Boszormenyi-Nagy/Spark* (1973, 1990) sowie im deutschsprachigen Raum von *Sperling* (1979, 1983) gearbeitet wurde, verweist darauf, daß „Delegationen, Vermächtnisse und

188 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 259; siehe auch ausführlicher Kap. 3.7.3

189 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 259/260; *Stierlin/Simon* verweisen darauf, daß der Delegationsbegriff in linear-kausaler Weise „einen geradlinig nur in einer Richtung wirkenden Verursachungsmechanismus suggerieren“ könnte, „der den tatsächlichen Verhältnissen nicht gerecht wird. Vielmehr kommen auch bei... Delegationsprozessen komplexe wechselseitige Beeinflussungen ins Spiel. Derjenige, der die Delegation annimmt, erhält dadurch oft ein hohes Maß narzißtischer Zufuhr. Er weiß insgeheim, welchen Wert, welche Bedeutung er für die ihn delegierenden Familienmitglieder hat. Das macht verständlich, warum gerade er nicht selten das größte Interesse daran zu haben scheint, daß sich an seiner 'Ausbeutung' nichts ändert...“ (Stierlin/Simon, 1986, S. 260).

190 Vgl. Stadtfeld, 1985, S. 53

Loyalitätskonflikte“ auch mehrere Generationen einschließen können. Von zentraler Bedeutung ist neben dem Begriff des „Vermächtnisses“ auch der des „Verdienstes“. Er verweist darauf, daß „Erfüllung oder Nichterfüllung von Vermächtnissen sich auf den Verdienstkonto ‘eines jeden Familienmitglieds’ auswirkt. ... Je nachdem, ob Vermächtnisse erfüllt oder nicht erfüllt wurden, weist jedes Familienmitglied einen negativen oder positiven ‘Verdienstkonto-stand’ auf.“¹⁹¹ Immer wenn Menschen zusammenleben, erwerben sie umeinander „positive wie auch negative Verdienste“, die ihrem jeweiligen „Konto“ gutgeschrieben werden. „Der Anspruch auf Gerechtigkeit ist der Anspruch auf den Ausgleich der jeweiligen Verdienstkonto. Nur im Kontext noch offener Ansprüche, die - teilweise über mehrere Generationen hin - eingeklagt werden, ist das Verhalten des einzelnen wie auch die Interaktion in der Familie zu verstehen. Erst die Anerkennung dessen, was jeder für den anderen leistet und geleistet hat, ermöglicht eine Weiterentwicklung der familiären Beziehungen.“¹⁹²

Nach *Sperling (1979, 1983)* enthält die Mehrgenerationenperspektive zwei Grundannahmen:

- „Störungen und Konflikte der jeweiligen Kindergeneration ergeben sich regelmäßig aus unbewußten Konflikten zwischen Eltern und Großeltern bzw. Partnern und ihren Eltern“;
- In Familien besteht ein „intrafamiliärer Wiederholungszwang“, d.h. „daß sich über die Generationen immer wieder dieselben Konflikte abspielen“.¹⁹³

Von *Boszormenyi-Nagy (1973, 1990)* wird dieser Sachverhalt mit dem Terminus „unsichtbare Bindungen“ charakterisiert, wobei „Loyalität“ als Schlüsselbegriff hervorgehoben wird, da „sie eine Verbindung herstellt zwischen den Bedürfnissen und Erwartungen eines sozialen Verbandes und dem Denken, den Gefühlen und Motivationen jedes einzelnen Verbandsmitglieds als Person.“¹⁹⁴ Eine solche Loyalität umfaßt „Werte, Ziele, Erwartungen und Ideen der Personen, denen man sich verbunden fühlt.“ Als „Vermächt-

191 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 261

192 Vgl. Simon, 1988, S. 165; Simon orientiert sich an Boszormenyi-Nagy/Spark (1973), die wiederum sehr stark von Buber (1923) beeinflusst sind.

193 Vgl. Dembach, 1990, S. 87

194 Vgl. Dembach, 1990, S. 87/88

nisse erlebt“, umgesetzt in „Delegationen“, setzt ein solches „Treuebündnis“ ein starkes, „wenn auch oft verborgenes Loyalitätsband voraus.“¹⁹⁵ In diesem Sinne läßt sich „Loyalität ... als Systemkraft“, als ein „unsichtbares Hauptbuch“ verstehen, „in dem die vergangenen und gegenwärtigen Verbindlichkeiten der Familienmitglieder untereinander erfaßt sind. Dem Wesen dieses Hauptbuches kommt multipersonale, systemische Faktizität“ zu.¹⁹⁶ Problematisch wird die Loyalität der Familienmitglieder untereinander, wenn sie sich zu starr und als nicht mehr hinterfragbar ausbildet. Dann geraten die loyal Gebundenen in eine „Verpflichtungsfalle“; ein Ausstieg aus diesem Bündnis gleicht dann einem „Verrat“, einem „Treuebruch“.¹⁹⁷ Wie noch zu zeigen sein wird, sind die Loyalitätsbände, die „unsichtbaren Bindungen“, in Sucht- bzw. Alkoholismusfamilien sehr stark ausgeprägt und halten ihre Mitglieder häufig jahrzehntelang im Ghetto wechselseitiger Loyalitätsverpflichtungen gefangen.

Das Familienleben ist ausgerichtet nach ungeschriebenen Gesetzen und Mythen; ein solcher *Familienmythos*¹⁹⁸ „verzerrt die Familienrealität und legt Positionen und Rollen der einzelnen Mitglieder fest.“¹⁹⁹ Häufig wird solch ein Familienmythos in Form der „Parentifizierung“ eines Kindes ausgelebt, indem ein „Ehepartner oder gar eines der Kinder einen Elternteil aus der Herkunftsfamilie dar(stellt)“. Derartig „parentifiziert“ wird ein Kind „in

195 Vgl. Stierlin, 1989, S. 80

196 Vgl. Dembach, 1990, S. 87/88; in Anlehnung an Boszormenyi-Nagy/Spark (1973; dt. 1981, 1990) und Sperling/u.a. (1982).

197 Zur Problematik „Loyalität - Verrat - Individuation“ vgl. ausführlich: Stierlin, 1989, S. 80-92.

198 Mit dem von *Ferreira (1963)* geprägten Begriff *Familienmythos* verbinden sich „wohlintegrierte Glaubenssätze, welche von allen Familienmitgliedern geteilt werden“ (vgl. Dembach, 1990, S. 88; in Anlehnung an Stierlin, 1978, und Sperling, 1982). Der Familienmythos ähnelt, indem er die Beziehungs- und Handlungsmöglichkeiten der Familienmitglieder festlegt, einer sich „selbsterfüllenden Prophezeiung“: „Wertvorstellungen, Beziehungs- und Handlungsmuster der Familie bzw. der verschiedenen Herkunftsfamilien“ konkretisieren sich im Familienmythos. Die Sicht von „gut-böse“, „stark-schwach“, „aktiv-passiv“, die Zuschreibung von „Täter-Opfer-Retter-Rollen“ innerhalb einer Familie (vgl. Simon, 1988, S. 163), sind gewissermaßen geronnenes Substrat der familiären Geschichte, das sich in der Gegenwart manifestiert. Für die Familiendiagnostik sind solche Familienmythen von besonderer Bedeutung, da sich in ihnen häufig „Muster offenbaren, welche die Grenzen der Kleinfamilie überschreiten und eine Mehrgenerationenperspektive eröffnen“ (vgl. Simon, 1988, S. 164).

199 Vgl. Dembach, 1990, S. 88; in Anlehnung an Sperling, 1982

unverantwortlicher Weise mit den eigenen unbewältigten Konflikten der Eltern belastet.“²⁰⁰

2.6.2.5 Der Status der Gegenseitigkeit

Während die bisher genannten vier Hauptperspektiven (bezogene Individuation, Bindung und Ausstoßung, Delegation, Mehrgenerationenperspektive) „langfristig wirkende Beziehungsstrukturen im gleichsam geschichtlichen Längsschnitt“ beschrieben, wird mit dieser fünften Perspektive „vor allem das Hier und Jetzt“, der „Ist-Zustand des Systems, die augenblickliche Beziehungskonstellation“ erfaßt.²⁰¹ Da, wie bereits gezeigt wurde (vgl. Kap. 2.2.1), jede Verhaltensweise eines lebenden Systems auf dieses selbst zurückwirkt, ist die „Aufrechterhaltung der Organisationsformen solcher Systeme, ihre Stabilität und Kohärenz ebenso wie ihre Veränderung und ihr Wachstum, nur aufgrund zirkulärer, auf sich selbst zurückwirkender Ursache-Wirkungs-Mechanismen möglich und verständlich. ... ‘Ursachen’ und ‘Wirkungen’ stehen somit in einer unauflösbaren Wechselbeziehung, die ‘Wirkung’ schafft sich sozusagen ihre eigene ‘Ursache’ und umgekehrt.“²⁰²

In einer solchen systemischen Sicht kann individuelle und familiäre Dysfunktionalität „als Ausdruck und Folge bestimmter (Beziehungs-)Spiele“ verstanden werden, „deren Regeln zwar gelten, aber nicht durchschaut und/oder reflektiert werden.“ Die Familienmitglieder sind in diesen Beziehungsspielen so miteinander in einem Machtkampf verstrickt, daß es „logisch oder gerechtfertigt“ erscheint, „das ‘Spiel’ fortzusetzen anstatt daraus auszusteigen.“²⁰³

Bereits 1971 entwickelte *Stierlin* das Konzept der „negativen Gegenseitigkeit“, dessen „dynamisches Geschehen“ bzw. „Beziehungsdialektik“ sich darin äußert, daß ‘das Tun des einen stets auch das Tun des anderen ist.’ Während bei „positiver Gegenseitigkeit“ die Partner einander „bestätigen und anerkennen“ und in der Lage sind, Konfrontationen auszutragen und sich schließlich zu versöhnen, werten bei „negativer Gegenseitigkeit“ die Partner „einander ab“; die Fähigkeiten/Möglichkeiten zu Konfrontation/Ver-

200 Vgl. Dembach, 1990, S. 88

201 Vgl. Stierlin, 1979, S. 108

202 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 261/262

203 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 262

söhnung fehlen bzw. sind stark eingeschränkt. Im Extremfall entartet die negative Gegenseitigkeit so zum Machtkampf, daß das System total erstarrt: „trotz möglicherweise dramatischer äußerer Bewegtheit bewegt sich in der Beziehung nichts, die Partner befinden sich im Clinch. (‘maligne Verklammerung’)“²⁰⁴. Ein solcher Clinch ist beispielsweise auch typisch für Alkoholikerfamilien, in denen Alkoholiker und Co-Alkoholiker in extremer Weise miteinander verstrickt und verklammert sind.

2.7 Adaptabilität und Kohäsion einer Familie

Wie aus den vorausgegangenen Ausführungen ersichtlich, werden während des Sozialisationsprozesses einerseits die Individualität des Kindes, andererseits dessen Qualität und Fähigkeit als soziales Gruppenwesen durch die Familie geformt.

Dabei kommt der Entwicklung zur „bezogenen Individuation“ eine zentrale Rolle zu. Wie gezeigt wurde, kann durch zu starke „Bindung“, durch „Ausstoßung“ sowie durch „Delegationen“ und damit zusammenhängende Loyalitätskonflikte diese Entwicklung behindert werden.

Abschließend sollen - in Anlehnung an das *Circumplex-Modell* von *Olson & Mitarbeitern (1983)* - noch zwei Kategorien dargestellt werden, die für das Gelingen/Mißlingen familialer Sozialisation bzw. bezogener Individuation von Bedeutung sind: die *Adaptabilität* einer Familie sowie deren *Kohäsion* (bzw. *Kohärenz*).²⁰⁵

204 Vgl. Stierlin, 1979, S. 108/109; mit dem dem Boxkampf entlehnten Begriff des „Clinchs“ wird zum Ausdruck gebracht, daß „die Kontrahenten wütend miteinander verklammert“ sind und „den Kampf dennoch nicht von der Stelle bringen“ (Stierlin/Simon, 1986, S. 262). Gregory Bateson bezeichnete einen solchen Machtkampf als *‘symmetrische Eskalation’*. Bereits 1936 führte Bateson die Begriffe Symmetrie und Komplementarität zur Charakterisierung von Interaktionsprozessen ein (vgl. Stierlin, 1979, S. 108). Sind Interaktionspartner im Teufelskreis eines der beiden Interaktionsmodi gefangen, spricht Bateson von Schismogenese (vgl. Kap. 2.2.4).

205 Das Circumplex-Modell von *Olson & Mitarbeitern (1983)* ist der Versuch zur Erstellung einer einheitlichen Familientypologie. Indem er die Kategorien Kohäsion und Adaptabilität jeweils vierfach stuft (Kohäsion von ‘losgelöst’ über ‘getrennt’, ‘verbunden’ zu ‘verstrickt’; Adaptabilität von ‘rigide’ über ‘strukturiert’, ‘flexibel’ zu ‘chaotisch’) kann Olson in seinem Modell 16 verschiedene Typen von Familien charakterisieren. Dabei ist eine mittlere Ausprägung (Balance) beider Dimensionen optimal für die Funktionsfähigkeit einer Familie. Abweichungen bedingen verschiedene Formen der Pathologie (vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 52; Brunner, 1986, S. 48; A. v. Schlippe, 1985). Zwecks einer ausführlicheren Darstellung der Olson’schen Familientypologie sei auf A. v. Schlippe,

Als lebendes und offenes System ist die Familie ständig Veränderungen unterworfen, die Anpassungsprozesse erfordern. Dies hat zur Folge, daß im Lebenszyklus der Familie Regeln, Rollen, Grenzen, die für das Zusammenleben bedeutsam sind, ständig überprüft und den entwicklungsbedingten Verhältnissen angepaßt werden müssen. Da jede von außen und/oder innen auf das Familiensystem einwirkende Veränderung (z.B. Krankheit/Tod eines Familienmitglieds, Geburt eines Kindes, Auszug eines Kindes, Wohnortwechsel, Arbeitslosigkeit, u.a.m.) deren Funktionsfähigkeit beeinflußt, müssen die das Zusammenleben strukturierenden Regeln, Rollen, Grenzen, Interaktions- und Kommunikationsmuster, innerfamiliäre Bindungen, Delegationen/Vermächtnisse, u.a.m. dem jeweiligen Entwicklungsstand entsprechend modifiziert werden. Ziel ist hierbei, den Familienzusammenhalt und das Wachstum der Familienmitglieder, d.h. deren „bezogene Individuation“ sowie „Ko-Evolution“ der Familie zu gewährleisten.

Durch *negative* bzw. *positive Rückkopplungsmechanismen* (vgl. Kap. 2.2.1) ist es hierbei möglich, auf entwicklungs- und lebensgeschichtlich bedingte Störungen der Familien-Morphostase so zu reagieren, daß das Gleichgewicht wiederhergestellt bzw. sich auf einer höheren Ebene der familialen Ko-Evolution neu einpendelt. Dabei sind Überlebensfähigkeit bzw. Funktionalität der Familie davon abhängig, inwieweit sie zum jeweils gegebenen Zeitpunkt über morphostatische *und* morphogenetische Fähigkeiten verfügt. Beide Fähigkeiten sind gleichermaßen wichtig, um eine gewisse Stabilität der familialen Beziehungsmuster zu bewahren, aber auch Wachstum und Entwicklung jedes Familienmitgliedes zu fördern. Die Familienmorphostase ist somit kein statischer Gleichgewichtszustand, sondern ein dynamisch sich fortwährend ändernder.

Simon (1985) benennt drei Formen der Fehlanpassung, die als Problemlösungsstrategie dysfunktional sind:

- Veränderungen sind erforderlich; Schwierigkeiten werden jedoch verleugnet und eine notwendige Lösung wird gar nicht erst versucht;

1985, verwiesen. Ein anderes „holistisches Klassifikationsschema von Familientypen“ wird von *Ricarda Müssig (1986)* vorgestellt. Auf der Basis von Systemtheorie, Gestaltwahrnehmung, Humanethologie und Psychoanalyse entwirft sie eine Familientypologie, bei der sie je nach Bindung der Familienmitglieder zwischen „vernetzten“ und „chaotischen“ Familien verschiedenen Ausprägungsgrades („angemessen“/„hoch“) differenziert, in denen „Streit“ bzw. „Harmonie“/„Pseudoharmonie“ vorherrschen (vgl. Müssig, 1986; siehe auch: Dembach, 1990, S. 95/96).

- Es wird die Lösung „eines objektiv unlösbaren Problems versucht;
- Es werden Lösungen erster Ordnung angewendet, wo Lösungen zweiter Ordnung angebracht wären und umgekehrt.²⁰⁶

Ob und inwieweit es einer Familie gelingt, morphostatische und morphogenetische Tendenzen sinnvoll für Wachstum und Entwicklung ihrer Mitglieder anzuwenden, ist abhängig von ihrer *Adaptabilität*.

Mit dieser Dimension, wird - in Anlehnung an *Olson & Mitarbeitern (1983)*²⁰⁷ - die Anpassungs- und Wandlungsfähigkeit einer Familie erfaßt. In ihren Untersuchungen kommen Olson und seine Mitarbeiter zu dem Ergebnis, daß ein mittleres Maß an Adaptabilität für die Entwicklung und das Wachstum des einzelnen und die Funktionsfähigkeit der Familie als Ganzes optimal ist. Für diese Dimension wird eine „kurvilineare Beziehung“ angenommen. Sowohl eine zu geringe Anpassungsfähigkeit, d.h. „ein zu starres Festhalten an überkommenen Strukturen (Rigidität)“, als auch ein zu hohes Maß an Anpassungsfähigkeit, d.h. „Überflexibilität (Chaotik)“ mit der Folge einer permanenten Instabilität, beeinträchtigen die Fähigkeit einer Familie „zur Reaktion auf Streß.“²⁰⁸ Während bei zu niedriger Adaptabilität sich „der stabilitäts-erhaltende Aspekt“ in Krisenzeiten, in denen Anpassungs- und Wandlungsfähigkeit gefordert sind, in sein Gegenteil verkehrt, bewirkt zu hohe Adaptabilität aufgrund der „chaotischen Interaktionsmuster und dem dadurch hervorgerufenen Ungleichgewichtszustand“ einen Verlust der „Schutzfunktion“ sowie des „familiären Orientierungsrahmen(s), der das Zugehörigkeitsgefühl und den Zusammenhalt absteckt.“ Mangelnde Stabilität, Konsistenz, fehlende Verantwortlichkeiten und Rollensicherheiten sind die Folge.²⁰⁹

Neben der Adaptabilität ist als weitere Dimension *Kohäsion* (bzw. *Kohärenz*²¹⁰) für die Funktionalität einer Familie von Bedeutung. Mit dieser Dimension wird - ebenfalls in Anlehnung an *Olson & Mitarbeitern (1983)* - „der Grad der emotionalen Bindung der Familienmitglieder untereinander sowie, damit verbunden, der Grad der individuellen Autonomie, den jede

206 Vgl. Simon, 1985, S. 459; zu Lösungen erster bzw. zweiter Ordnung vgl. auch Kap. 2.2.1

207 Vgl. A. von Schlippe, 1985; in Anlehnung an Olson/u.a. (1983)

208 Vgl. A. v. Schlippe, 1985, S. 7

209 Vgl. Korb, 1991, S. 24/25; in Anlehnung an Schwertl, 1987, und Mattejat, 1985

210 Zum systemischen Begriff der Kohärenz vgl. auch Kap. 2.2.1

Person in ihrer Familie erfährt bzw. erfahren darf“, erfaßt²¹¹, d.h. die Fähigkeit einer Familie, sich als zusammenhängendes Ganzes zu erhalten.²¹² Dabei ist die Stärke der Bindung an Personen bzw. Beziehungen als „höchst ambivalent“ anzusehen: „positiv ist, daß sie einen bekannten Lebensraum sichert und dadurch individuelle Krisen verhindert; doch genau das ist auch negativ, da so dem einzelnen die Chance des Lernens und der individuellen Entwicklung, die ohne Krisen nicht stattfindet, vorenthalten wird.“²¹³

Extreme dieser Dimension bezeichnet Olson - in Anlehnung an *Minuchin* (1977) - als „Verstrickung“ bzw. „Loslösung“. In verstrickten Familiensystemen ist die „individuelle Autonomie“ einzelner Familienmitglieder durch eine „Überidentifikation mit der Familie“ und daraus resultierender „extreme(r) Gebundenheit“ erheblich eingeschränkt bzw. unterentwickelt. Zu solchen „verstrickten“ Familiensystemen zählen auch solche „mit einer suchtmittebezogenen Abhängigkeitsproblematik“; sie scheinen besonders intensiv „an familiärer Kohäsion orientiert zu sein.“²¹⁴ Losgelöste Familien hingegen sind durch ein geringes Maß an emotionaler Nähe und Verbundenheit und durch ein hohes Maß an individueller Autonomie charakterisiert.

Ähnlich wie bei der Adaptabilität gilt auch für die Kohäsion (bzw. Kohärenz), daß „ein mittleres Ausmaß als optimal für das Funktionieren der Familie gilt.“²¹⁵

Am deutlichsten zeigt sich die Kohäsion einer Familie an der Beschaffenheit ihrer Grenzen (Innen- und Außengrenzen) und insbesondere an der Nähe-Distanz-Regulierung der Familienmitglieder untereinander (vgl. Kap. 2.5.1). Die Regulierung von Nähe und Distanz ist dann als funktional anzusehen, wenn sie sich den Erfordernissen der sich im Lebenszyklus der Familie wandelnden Beziehungen entsprechend jeweils neu einregulieren. Jeder steht mit

211 Vgl. A. v. Schlippe, 1985, S. 6

212 Vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 181; während in dieser Definition der Grad an Nähe-Distanz, die emotionale Bezogenheit der Familie, herausgestellt wird, betonen andere Autoren (Moos & Moos, 1976) 'das Ausmaß, in welchem Familienmitglieder sich der Familie gegenüber verpflichtet fühlen und einander helfen und unterstützen.' In dieser Definition steht also im Vordergrund, inwieweit durch die Aneignung überindividueller Ziele bzw. die Akzeptanz fremder Ziele als eigene Ziele, die Autonomie des Individuums begrenzt wird (vgl. Simon, 1988, S. 152)

213 Vgl. Simon, 1988, S. 154

214 Vgl. Brentrup, 1992, S. 189

215 Vgl. A. v. Schlippe, 1985, S. 6

jedem in Kontakt, pflegt diesen, hat aber zugleich auch die Möglichkeit zu Rückzug und Alleinsein.²¹⁶

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß für eine erfolgreiche „bezogene Individuation“ und „Ko-Evolution“ einer Familie gewährleistet sein muß, daß ihre Strukturen stabil und beständig sind bei gleichzeitiger Entwicklungs- und Wandlungsfähigkeit zugunsten der Entwicklungs- und Wachstumsmöglichkeiten ihrer Mitglieder. Nur durch ständige Veränderung ist es dem Menschen möglich, sich seine „Kohärenz und Identität ... als physisches und psychisches System (zu) erhalten.“ Selbiges gilt für die Familie. Soll es nicht zum „Abbruch der Beziehungen und zu ihrer Auflösung kommen“, muß sie sich und ihre Strukturen einerseits verändern, andererseits „aber ebenso ein gewisses Maß der Beständigkeit und Verlässlichkeit zeigen, da sonst keine konsensuelle Realität gebildet werden kann.“²¹⁷ Dies ist am ehesten gewährleistet, wenn die Adaptabilität (Fähigkeit zu Anpassung und Veränderung) und die Kohäsion bzw. Kohärenz (Fähigkeit zum Zusammenhalt) durch ein mittleres Maß charakterisiert sind. Insofern eignen sich diese Dimensionen für eine Einstufung von Familiensystemen in funktional/dysfunktional. Bei mittlerer Adaptabilität/Kohäsion sind am wenigsten Symptome zu erwarten, während ein Abweichen vom Mittelwert auf einer der beiden Dimensionen verschiedene Formen familiärer Dysfunktionalität bzw. Pathologie bedingen kann.²¹⁸ Letztlich hängen Erfolg und Mißerfolg der Ko-Evolution davon ab, inwiefern die „gegenseitige Anpassung der Familienmitglieder aneinander“ allen „Beteiligten ein (Über-)leben ermöglicht.“ Dies kann nur gelingen, wenn in einem Prozeß „die konsensuelle Realität der Beziehung immer wieder überprüft und krisenhaft in Frage gestellt, bestätigt oder neu definiert wird.“²¹⁹

216 Vgl. Korb, 1991, S. 26/27

217 Vgl. Simon, 1988, S. 168/169

218 Vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 52

219 Vgl. Simon, 1988, S. 169

3 *Alkoholismus und Co-Alkoholismus: die Alkoholikerfamilie in systemischer Perspektive*

Bereits Anfang der 70er Jahre begannen amerikanische Forscher (u.a. Steinglass/u.a., 1971; Davis/u.a., 1974), sich durch Wahl eines systemischen Bezugsrahmens dem Alkoholismusproblem anzunähern.¹ In der Folge wiesen sie die Annahme zurück, „daß exzessives Trinken fehlangepaßtes Verhalten sei...“ Vielmehr kamen sie aufgrund ihrer klinischen Erfahrungen zu dem Schluß, „daß Alkoholismus adaptive Konsequenzen hat, (die) verstärkend genug sind, ...ein Trinkverhalten aufrechtzuerhalten, völlig unabhängig von den zugrunde liegenden Ursachen.“²

Indem sie Verhalten, z.B. den Alkoholismus, in seinen *funktionalen* Zusammenhängen beobachteten und beschrieben, konnten sie „moralische Bewertungen“ zurückstellen und sich mehr auf die positiven und negativen Rückkopplungsmechanismen konzentrieren, die Interaktionsmuster und -strukturen aufrechterhalten.³

Im systemischen Denkmodell wird der Alkoholismus „als ein selbstdestruktives, selbstaufopferndes *Verhalten* gesehen, das ab einem gewissen Punkt von allen als ein Problem erlebt wird, um das herum sich das Verhaltensmuster der Familie strukturiert.“ Für den Systemiker sind „der Lösungsbei-

1 Bei der nachfolgend vorgestellten systemischen Sicht handelt es sich nur um ein mögliches Verständnis für Sucht- und Abhängigkeitsproblematiken. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Medizin und Biologie haben eine Vielzahl von Hypothesen/Theorien zur Alkoholabhängigkeit entwickelt, die jeweils Einzelaspekte des Gesamtphänomens und -problems näher beleuchten. Es würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen, wenn die Vielzahl von Definitionen, Hypothesen und Theorien zur Alkoholismusgenese, die natürlich Auswirkungen auf eine mögliche Therapie haben, hier benannt würden. Zu den unterschiedlichen Theorieansätzen für ein Verständnis der Suchtgenese vgl. ausführlich u.a. Feuerlein (1986), Feuerlein (1989), Schmidt (1993), Rost (1987), Bregelmann/u.a. (1992), Heigl-Evers (1988/1991), Zang (1984), Wanke/u.a. (1991) und Keup (1985) seien aus der beinahe unüberschaubaren Vielfalt der Alkoholismusliteratur ergänzend benannt. Hier werden nicht-systemische Sichtweisen der Alkoholismusgenese und -therapie ausführlich dargestellt.

2 Vgl. Hargens, 1983, S. 47/48

3 Vgl. Hargens, 1983, S. 48

trag und das zugrundeliegende familiäre Problem“ von Interesse; der Preis, den der Alkoholiker für seine Verdienste zahlt (körperlich-seelisch-soziale Folgeschäden) ist weniger von Interesse. Indem der Alkoholiker „Kommunikationsabläufe, familiäre Spielregeln und Rituale auf sich zentriert“, wird er zur starken, kohäsiven Kraft im Familiensystem. Vermutlich sind Alkoholismusfamilien stärker als andere Familien bemüht, Probleme zunächst „mit eigenen Bordmitteln zu lösen.“ Hilfe von außen wird weitgehend ignoriert oder abgelehnt.⁴

Für von Villiez/Reichelt-Nauscef (1986) liegen die Vorteile einer systemischen Sicht auf der Hand: die „von der Zelle bis zum sozialen Netzwerk sichtbar werdenden Manifestationen des Alkoholismus (können) in einem integrativen Modell“ verstanden werden. Dies führt in letzter Konsequenz „zu einer veränderten Sichtweise des Alkoholikers“.⁵

Nachfolgend wird von der grundlegenden Hypothese ausgegangen, daß es sich bei Sucht und Abhängigkeit um „soziale Phänomene und Verhaltensweisen“ handelt, die „in einem sozialen Kontext oder Netzwerk entstehen, aufrechterhalten werden und sich auch wieder auflösen können.“⁶ Ein solches Verständnis von Sucht und Abhängigkeit, konkretisiert am Beispiel des Alkoholismus, basiert auf einigen Grundannahmen, die nachfolgend - in Anlehnung an Lenz (1992) - kurz benannt seien:

- Bei Alkoholabhängigkeit handelt es sich um *eine* mögliche Verhaltensweise, um Probleme zu lösen;
- Die Alkoholabhängigkeit als Problemlösungsstrategie ist innerhalb eines Sozialsystems, im Regelfall die Familie, „die beste der im Moment möglichen Reaktionsweisen der beteiligten Menschen“;
- Alkoholabhängigkeit ist eine erlernte Problembewältigungsstrategie, die im sozialen Umfeld - häufig in den Herkunftsfamilien - bereits fest verankert war;
- Alkoholmißbrauch ist nur verstehbar, wenn dieses Verhalten im sozialen Kontext, in dem es entsteht und sich erhält, betrachtet wird;

4 Vgl. von Villiez/Reichelt-Nauscef, 1986, S. 381

5 Vgl. von Villiez/Reichelt-Nauscef, 1986, S. 381

6 Vgl. Lenz, 1992, S. 97

- Alkoholabhängigkeit ist keine individuelle Eigenschaft der Person, die dieses Verhalten zeigt, sondern ein „in einem bestimmten Kontext auftretendes Verhalten“;
- Das Verhalten eines Alkoholabhängigen ist ein Verhalten, das sich durch „spezifische Transaktionsmuster“ auszeichnet, die für den sozialen Kontext ihres Auftretens charakteristisch sind;
- Auch ein Rückfall, beispielsweise nach einer Therapie, ist nicht auf einen Mangel des Individuums (beispielsweise seines fehlenden Willens) zurückzuführen, sondern muß „in bezug auf Raum, Zeit, Beziehungen und Bedeutungen“ im sozialen Kontext gesehen werden;
- In der „nationalen und internationalen Vernetzung der Suchtmittelkreisläufe“ ist die Gesellschaft als Großsystem mit den Süchten und Suchtstoffen dergestalt vernetzt, daß sie sie organisiert und aufrechterhält!⁷

Was hier für die Alkoholabhängigkeit als Grundannahmen vorangestellt wurde, ist selbstverständlich in ähnlicher Weise auf jegliche Sucht- und Abhängigkeitsproblematik übertragbar. Darüber hinaus läßt sich ein solcher Ansatz fruchtbar auf jedwedes Familiensystem mit einem „symptomatisches Verhalten“ (z.B. Familien mit einem psychosomatischem Symptom) anwenden. Die Rolle des Symptoms im Familiensystem wird später noch ausführlicher erläutert (vgl. Kap. 3.3).

3.1 Die sich wandelnde Sichtweise abhängigen Verhaltens am Beispiel der Alkoholabhängigkeit

In Anlehnung an *Schmidtbreich (1992)* lassen sich historisch für die unterschiedliche Sichtweise der Alkoholabhängigkeit drei Entwicklungsstufen feststellen:

- Bis etwa 1950 dominierte eine *moralische* Sichtweise: der Trunksüchtige war ein Versager, konnte sich nicht beherrschen, sein Verhalten korrespondierte mit Schuld und Schande. Der Alkoholiker galt als minderwertig;
- Ab 1968, nach dem Urteil des Bundessozialgerichts, wurde Alkoholabhängigkeit als *Krankheit* definiert. In der Folge wurde für die Alkoholab-

⁷ Zu den Grundannahmen, die einem systemischen Suchtverständnis und damit auch einem Verständnis der Alkoholabhängigkeit zugrunde liegen, vgl. ausführlicher Lenz, 1992, S. 97-107.

hängigkeit ein naturwissenschaftlich-medizinisches Krankheitsmodell entworfen. Der Alkoholabhängige und seine Familie wurden von Schimpf und Schande - zumindest offiziell - befreit, die Medizin begann das Phänomen Alkoholabhängigkeit zu erforschen. Alkoholabhängigkeit war nun '...eine Krankheit mit einer Ursache, ... einer Anzahl von Symptomen, einem typischen Verlauf und einer vorhersagbaren Prognose...'“⁸;

- In einer dritten und derzeitigen letzten Phase wird die individuumzentrierte linear-kausale Denkstruktur, wie sie sich im medizinischen Krankheitsverständnis der Alkoholabhängigkeit widerspiegelt, zunehmend von einer *systemischen* Sicht abgelöst. Alkoholabhängigkeit wird nun als Interaktion und Verhaltensmuster in Systemen, bevorzugt dem Familiensystem verstanden. Die Alkoholabhängigkeit wird nicht als Krankheit eines Individuums, sondern als eine im Verhalten des Individuums zum Ausdruck kommende „Familienproblematik“ interpretiert, wobei dieses Verhalten zugleich ein Problemlösungsversuch ist, allerdings ein „selbst-destruktiver“. Dabei wurde „der Weg der Problemlösung zum Symptom“, und damit zum Problem.⁹ Ein hieraus abgeleitetes Suchtkonzept konzentriert sich nicht mehr nur auf den „Symptomträger“, den Alkoholabhängigen, sondern auf das ganze System, in der Regel das Familiensystem, in dem dieser lebt.¹⁰

Inzwischen deutet manches darauf hin, daß wir uns bereits auf dem Weg in eine vierte Phase befinden, die nicht durch einen „entweder-oder-Dualismus“, wie er sich z.B. noch bei Guntern, 1980, zeigt, sondern durch eine „sowohl-als-auch-Haltung“ charakterisiert werden kann. Tendenzen einer zunehmenden Individualisierung der Suchttherapie (vgl. z.B. Heide, 1990), sowie Integration individualtherapeutischer und systemischer Ansätze (z.B. Heidelberger Schule) sind zumindest ermutigende Ansätze, den paradigmatischen Gegensatz der Anhänger unterschiedlicher Sucht- und Therapiekonzepte aufzuweichen. *von Villiez (1986)* betont in diesem Zusammenhang, daß z.B. das Krankheitskonzept des Alkoholismus und Jellinek's „Typologie“ (sowie auch „Phasenverlauf“ der Alkoholabhängigkeit, e.A.)¹¹ nicht überflüssig werden, sondern einen neuen Stellenwert erhalten. Nicht nur „die

8 Vgl. Schmidtbreick, 1992, S. 11; in Anlehnung an Steinglass, 1983

9 Vgl. von Villiez, 1986, S. 16

10 Vgl. Schmidtbreick, 1992, S. 11/12; von Villiez/Reichelt-Nauscef, 1986, S. 380

11 Vgl. ausführlich: Jellinek, 1985; Feuerlein, 1989, S. 155-162

Schwere des individuellen Alkoholmißbrauchs und die Alkoholfolgeschäden“ werden definiert, sondern den Betroffenen wird auch geholfen, über die Krankheitsdefinition „außerfamiliäre Hilfe“ in Anspruch zu nehmen. Das Krankheitskonzept kann somit die Wirkung eines hilfreichen ‘Sprengmittel (s)’ haben: die Familie beendet ihre dysfunktionalen „Selbsthilfeversuche“ und wird „für hilfreiche neue Maßnahmen“, z.B. eine systemorientierte Therapie, zugänglich. Darüber hinaus ermöglicht das Krankheitsmodell der Öffentlichkeit einen verständnisvolleren und „nicht (mehr nur einen) moralisierend(en) oder strafend(en) Umgang mit dem Problem der Alkoholabhängigkeit.“¹²

3.2 Gregory Bateson’s kybernetische Theorie der Alkoholabhängigkeit

Dem Schriftsteller *Saint Exupéry* gelang bereits um 1940 in seinem *Kleinen Prinzen* eine der „ersten Einsichten in die Prozeßtypik sich selbst verstärkender Ereigniskreisläufe (positive feed backs, Teufelskreise) beim Suchtgeschehen.“¹³

Bei dem Besuch eines Planeten, der von einem Säufer bewohnt wird, spielt sich zwischen dem kleinen Prinzen und dem Trinker der folgende Dialog ab:

„Was machst du da?“ fragte ihn der kleine Prinz. „Ich trinke“, antwortete dieser. „Warum trinkst du?“ fragte der kleine Prinz weiter. „Um zu vergessen“, erwiderte der Trinker. „Um was zu vergessen?“ erkundigte sich der kleine Prinz. „Um zu vergessen, daß ich mich schäme“, gestand der Trinker. „Weshalb schämst du dich?“, fragte der kleine Prinz weiter. „Weil ich saufe“, endete der Säufer und hüllte sich in Schweigen. „Und der kleine Prinz verschwand bestürzt.“¹⁴

Dieses literarische Beispiel verdeutlicht in hervorragender Weise die *zirkuläre Kausalität* eines der Teufelskreise des Alkoholismus. Der systemische Aspekt rückbezüglicher Ereignisfolgen und vernetzter Wirkungsgefüge wird brillant dargestellt.

12 Vgl. von Villiez, 1986, S. 16

13 Vgl. Tretter, 1990, S. 44

14 Vgl. Saint Exupéry, 1988, S. 42/43

Anfang der 70er Jahre war es *Gregory Bateson* (1972), der auf Grundlage seiner Erfahrungen mit der Selbsthilfeorganisation der Anonymen Alkoholiker (AA) eine „umfassendere Theorie des Alkoholismus aus kybernetischer bzw. systemischer Sicht darlegte.“¹⁵ Bateson gilt somit als „akademische(r) Begründer des systemischen Denkens im klinischen Kontext.“¹⁶

Bateson interpretiert das Trinken als „Symptom eines gestörten Umwelt-Beziehungsgefüges der betroffenen Person“¹⁷ und siedelt die Gründe für den Alkoholismus „im nüchternen Leben des Alkoholikers“¹⁸ an. Da der Alkoholiker „nüchtern“ offenbar „gesünder ist als die Leute um ihn herum“, eine „Situation, (die) unerträglich ist“, trinkt er. Somit revoltiert er durch sein Verhalten „nicht gegen kaputte Ideale um ihn herum“, sondern sucht „einen Ausweg aus seinen eigenen kaputten Voraussetzungen, die durch die umgebende Gesellschaft kontinuierlich verstärkt werden.“¹⁹ Die „Nüchternheit des Alkoholikers“, so Batesons Argument, ist erkenntnistheoretisch „durch eine außergewöhnlich verheerende Variante des cartesischen Dualismus“ gekennzeichnet, nämlich einer „Spaltung (der Persönlichkeit) ... in bewußten Willen oder ‘Selbst’ und den Rest der Persönlichkeit.“²⁰ Der Teufelskreis, in dem sich der Alkoholiker befindet, resultiert nun aus dem Irrtum, daß ein Teil, nämlich der „bewußte Wille“, „einseitig Kontrolle über den Rest oder über irgendeinen anderen Teil haben kann.“²¹ Durch diese „dualistische Auffassung“, die auch von der Umwelt geteilt wird („Wenn der Alkoholiker nur will, kann er auch aufhören zu trinken!“), gerät der Alkoholiker nun in ein Dilemma, das Bateson als *symmetrische Eskalation* bezeichnete.²² Von außen (z.B. einem Partner) gedrängt, „stark zu sein“, der „Versuchung zu widerstehen“, versucht der Alkoholiker dem Anspruch, Kontrolle über den

15 Vgl. Feselmayer/Beiglböck, 1991, S. 189

16 Vgl. Tretter, 1990, S. 45

17 Vgl. Tretter, 1990, S. 45

18 Vgl. Bateson, 1981, S. 401

19 Vgl. Bateson, 1981, S. 402

20 Vgl. Bateson, 1981, S. 405

21 Vgl. Bateson, 1981, S. 408; Brunner, 1989, S. 38

22 Vgl. Brunner, 1989, S. 39; Zu den Begriffen „Symmetrie“, „Komplementarität“ und „Schismogenese“ vgl. Kap. 2.2.4.

Alkohol zu haben, gerecht zu werden. Er nimmt „als Kapitän seiner Seele“²³ den Kampf mit und gegen die Flasche auf.

Da bezüglich des normalen Trinkverhaltens sich unsere Kultur durch „eine starke Tendenz zur Symmetrie“ auszeichnet, d.h. egal, ob Normal- oder Abhängigkeitstrinker, wir beim gesellschaftlichen Konsum alkoholischer Getränke dazu neigen, „mit den anderen mitzuhalten und so symmetrisch zu reagieren“, gerät der Alkoholiker in den Zwang, „sich und der Umwelt zu beweisen, daß er doch weiterhin normal trinken kann.“²⁴ Verstärkt wird der öffentlich Druck auf den Alkoholiker durch den Vorwurf, sein Trinken sei ein Zeichen von „Schwäche und Labilität“, was seinen „Stolz“ und den „Krieg“, den er mit und gegen sich selbst bzw. die Flasche austrägt, nur noch mehr eskalieren läßt. Sein wie Bateson es nennt *Alkoholiker Stolz*, der durch die Haltung gekennzeichnet ist: „ich kann nüchtern bleiben, wenn ich will“, befindet sich im ständigen Kampf mit seiner Gewißheit: „ich kann nicht nüchtern bleiben“, eine Gewißheit, die er durch sein Verhalten bewahrheitet: Er „muß sich betrinken“.²⁵ Je mehr ihm nun von außen signalisiert wird, sein Trinken sei „Schwäche“, desto symmetrischer reagiert er, und verstrickt sich zunehmend in eine „noch tödlichere Art des symmetrischen Konflikts“: „Er muß jetzt beweisen, daß ihn die Flasche nicht umbringen kann.“²⁶

Dieser Konflikt wird noch verschärft, wenn zunehmend von außen versucht wird, Kontrolle über den Alkoholiker und sein Trinkproblem zu erlangen, z.B. indem der nicht-trinkende Partner versucht, Alkoholdepots aufzufinden und zu vernichten. Der Alkoholiker seinerseits versucht sich der Kontrolle zu entziehen, indem er zu „tricksen“ beginnt: er sucht z.B. immer raffiniertere Verstecke für seinen Alkohol. Die zueinander passenden komplementären Verhaltensweisen „Kontrolle versus Tricksen“ schaukeln sich gegenseitig immer mehr hoch, „weil die vermeintliche Lösung des Problems (zunehmend) das Problem selbst schafft.“²⁷ Die Beziehung zwischen dem Alkoholo-

23 Mit diesem Begriff verspotten die Anonymen Alkoholiker einen Alkoholiker, der mit seiner Willenskraft gegen die Flasche ankämpft (vgl. Bateson, 1981, S. 403).

24 Vgl. Feselmayer/Beiglböck, 1991, S. 190/191

25 Vgl. Brunner, 1989, S. 39

26 Vgl. Bateson, 1981, S. 421

27 Vgl. Oppl, 1991, S. 240; das Dilemma dieser Eskalation ist darin begründet, daß beim Versuch der Lösung eines Problems, wenn nicht sofort Erfolg eintritt, zunächst mit einem „mehr desselben“ versucht wird, das Problem zu lösen. Damit ist nun nicht mehr das Pro-

liker und seinem Partner beginnt komplementär zu eskalieren: Auf ein „mehr desselben“ (Kontrolle), wird mit einem „mehr des anderen“ (Trinken/Tricksen) geantwortet. Der Alkoholiker verteidigt in dieser Atmosphäre trotzig „das Trinken als letzte Wiese der Autonomie“, um der „Kontrolle Paroli bieten zu können“²⁸ und versucht seinerseits, die Kontrolle über den Alkohol, die er bereits längst verloren hat, nicht zu verlieren.

„Ich trinke, weil Du mich kontrollierst!“ „ich kontrolliere Dich, weil Du trinkst!“

In diesem Teufelskreis zwischen „Nüchternheit und Intoxikation“ bleibt der Alkoholiker so lange gefangen, wie er hofft, den Alkohol kontrollieren zu können, d.h. Macht über ihn zu haben. Erst wenn er seine Haltung: „ich kann dem Alkohol widerstehen“ ersetzt durch das Eingeständnis: „der Alkohol ist stärker als ich, ich bin Alkoholiker!“, d.h. erst wenn er aus dem tödlichen symmetrischen Konflikt mit der Flasche aussteigt und „die Aussichtslosigkeit seines Kampfes (ein)sieht“, wenn er, wie die Anonymen Alkoholiker sagen, seinen „Tiefpunkt“ erreicht hat und vor dem Alkohol „kapituliert“, d.h. zugibt, „wirklich alkoholkrank zu sein“, erst dann hat er eine Chance, den „symmetrischen Kampf mit dem Alkohol und mit seiner Umwelt“ aufzugeben.²⁹

Erkenntnistheoretisch bedeutet dieses Eingeständnis die Akzeptanz, daß „kein Teil eines interaktiven Systems eine einseitige Kontrolle über den Rest oder über irgendeinen anderen Teil ... (oder) über das Ganze haben“ kann.³⁰ Dies gilt für die Beziehung des Alkoholikers zur Flasche ebenso wie für die Beziehung des nicht-trinkenden Partners zum Alkoholiker. Praktisch bedeutet dies, daß sich die Beziehung des Alkoholikers zum Alkohol verändert: War sie bisher „symmetrisch“ und basierte auf Gleichheit („ich kann dir widerstehen“, „ich bin dir ebenbürtig“), wird sie nun „komplementär“ („du

blem das Problem, sondern die Problemlösung wird zum Problem (vgl. Walke-meyer/Bäumer, 1990, S. 31; in Anlehnung an Watzlawick/u.a., 1979).

28 Vgl. Oppl, 1991, S. 240

29 Vgl. Feselmayer/Beiglböck, 1991, S. 192

30 Vgl. Bateson, 1981, S. 408/409; Brunner, 1989, S. 38/39; nach Bateson wird in techni-schen Systemen das Verhalten des Reglers nicht nur durch das Verhalten der anderen Teile des Systems bestimmt, sondern auch durch sein eigenes Verhalten „zu einem frühe-ren Zeitpunkt“. Selbiges gilt auch für den „Willen“ als Regler menschlicher Interaktions-systeme (vgl. Bateson, 1981, S. 408/409).

bist stärker als ich“). In seinem Verhältnis zur Umwelt (z.B. zu seinem Partner), akzeptiert er dessen Sicht, „schwach“ gegenüber dem Alkohol zu sein, wenn er trinkt, zeigt sich aber „stark“, wenn er nicht trinkt. Während er beim Kampf mit der Flasche immer wieder die äußere Sicht (z.B. die seines Partners) bestätigte, und damit dessen Position in der komplementären Beziehung stärkte, kann er nun, bei Verzicht auf den Alkohol, in eine neue Beziehung zum Partner treten.³¹

Das Eingeständnis der Niederlage (gegen das System Alkohol), das Zugeben seiner Schwäche (gegenüber sich selbst und der Umwelt), ist für den Alkoholiker ein erster und entscheidender Schritt zur Lösung. Und genau an diesem Punkt beginnt nach Bateson die Arbeit der Anonymen Alkoholiker (AA). Im ersten Schritt des berühmten „12-Schritte-Programms“ der Anonymen Alkoholiker wird der Alkoholiker aufgefordert, sich seine Machtlosigkeit gegenüber dem Alkohol einzugestehen, d.h. den Kampf um die Kontrolle seiner Abhängigkeit aufzugeben; im zweiten Schritt bricht er den „Mythos der Macht über sich selbst“ durch die Akzeptanz einer „Macht, größer als er selbst“. Sein „symmetrische(r) Kampf (gegen sich selbst bzw. gegen die Flasche) wird aufgegeben zugunsten eines *komplementären* In-Beziehung-Seins mit einer höheren Macht.“³²

So überzeugt die Erfahrung der Niederlage den Alkoholiker nicht nur von der Notwendigkeit einer Veränderung, sondern „ist bereits der erste Schritt in diesem Veränderungsprozeß.“³³ Mit der Erkenntnis, „von der Flasche besiegt“ worden zu sein „und es zu wissen“, akzeptiert der Alkoholiker endgültig, daß er „- ob betrunken oder nüchtern - eine Alkoholiker-Persönlichkeit ist.“³⁴

31 Es sei bereits an dieser Stelle angemerkt, daß, auch wenn aus einer systemischen Sicht heraus das Therapieziel „Abstinenz“ eher von untergeordneter Bedeutung ist, dieses dennoch, zumindest langfristig, als unverzichtbar angesehen wird. Zwar hält insbesondere die Verhaltenstherapie „kontrolliertes Trinken“ als Therapieziel für erreichbar (und wünschenswert?); katamnestic Erhebungen legen aber den Schluß nahe, daß „Abstinenz leichter zu verwirklichen ist“ und nur sehr wenige Alkoholiker es schaffen, „über Jahre hindurch ‘kontrolliert’ zu trinken.“ Vielmehr polarisiert auch die Gruppe der kontrollierten Trinker „in zwei Richtungen: Abstinenz oder ungebessertes Trinkverhalten“ (vgl. Kufner/u.a., 1988; siehe auch: Feuerlein, 1989, S. 171-173).

32 Vgl. Brunner, 1989, S. 40

33 Vgl. Bateson, 1981, S. 404/405; Brunner, 1989, S. 39

34 Vgl. Bateson, 1981, S. 404

Inzwischen lassen sich - gewissermaßen die Entwicklung und den Wandel der systemischen Sicht widerspiegelnd - Tendenzen ausmachen, die sich aus der theoretischen Problematik „Realität“ versus „Konstruktion von Realität“ innerhalb der systemischen Therapieschulen ergeben.

Welter-Enderlin (1992) benennt zwei systemische Alkoholismusmodelle, die diese Problematik widerspiegeln:

- Alkoholismus als „*biopsychosoziale Realität*“ bzw. als „Funktion in einem gestörten menschlichen System.“ Diese Sichtweise erhebt den Anspruch, typische Beziehungsmuster und Verläufe in Alkoholikerfamilien zu erkennen und durch ein entsprechendes Therapieangebot behandeln zu können. Die Darstellung des Alkoholismus als Familienkrankheit mit charakteristischen Beziehungskonstellationen und Rollen, darunter das Konzept des Co-Alkoholismus, ebenso wie das „*lebensgeschichtliche Modell der Alkoholikerfamilie*“ in Anlehnung an Steinglass sind dieser Sichtweise entlehnt.³⁵
- In neuerem systemischen Verständnis, abgeleitet aus einer „radikal konstruktivistischen Sichtweise“, handelt es sich beim Alkoholismus um eine „*Auffassungssache*“, um ein Phänomen, das nicht „an sich“ existiere, sondern durch Versprachlichung“ erst „erzeugt werde“. Insofern verweist der Terminus „Alkoholismus“ nicht „auf (eine) objektive Entität“, sondern ist ein „Etikett“, das eingebunden ist „in die Traditionen, die es definieren und stützen.“³⁶

Beiden Sichtweisen gemeinsam ist die Vorstellung, „daß Alkoholismus ein Versuch sei, eine Situation zu korrigieren, die im nüchternen Zustand unerträglich ist.“³⁷

Während aber beim bio-psycho-sozialen Modell, das dem der Anonymen Alkoholiker ähnelt, die Alkoholabhängigkeit eine chronische und „unheilbare Krankheit“ ist, die nur „durch absoluten Verzicht auf Macht und Kon-

35 Die Charakterisierung der Alkoholabhängigkeit als Familienkrankheit, die Rollen der Mitglieder in einem Alkoholismussystem, wie sie nachfolgend näher dargestellt werden, folgen weitgehend diesem Verständnis von Alkoholabhängigkeit.

36 Vgl. Welter-Enderlin, 1992, S. 13/14; vgl. auch ausführlich: Efran/u.a., 1988/1989; Herwig-Lempp, 1988

37 Vgl. Welter-Enderlin, 1992, S. 15

trolle“ über den Alkohol heilbar ist, macht die Position des radikalen Konstruktivismus von der ‚erfundenen Wirklichkeit‘ der Alkoholabhängigkeit „das Symptom Alkoholabhängigkeit im Rahmen von Familien- und Arbeitsbeziehungen quasi verhandelbar.“ Der Mensch ist nicht einseitig nur „Opfer“, sondern „Gestalter seiner Welt“. Das Symptom wird angesehen „als Zeichen und Vorbote anstehender Veränderungen“ und der Alkoholismus somit verstanden als „Korrektur einer nicht passenden Geistes- und Beziehungssituation“. Der Vorteil dieser Sichtweise, nämlich „Heilung und nicht Kontrolle“ anzustreben, wird allerdings zum Teil wieder dadurch aufgehoben, daß die äußere Lebenswelt (z.B. die Familie) beim radikal-konstruktivistischen Ansatz zu sehr vernachlässigt wird. Das bio-psychoziale Krankheitskonzept entlastet von „moralischer Schuld“, hat aber den Nachteil, daß durch den „Mythos der Unheilbarkeit neue Abhängigkeiten“ geschaffen werden.³⁸

In der Praxis haben - je nach Kontext - beide systemischen Alkoholismusmodelle ihre Berechtigung.³⁹ Sie zeigen Strömungen, Tendenzen, Entwicklungsprozesse an, die für die systemische Theorie- und Therapieentwicklung derzeit charakteristisch sind, spiegeln Sichtweisen, Haltungen wider, die, wie auch das linear-kausale Krankheitsmodell nur eine Konstruktion von Wirklichkeit sind.

Nachfolgend wird die Alkoholikerfamilie als Alkoholismussystem definiert, in dem der „Alkohol kraft seiner weitreichenden verhaltensmäßigen, kulturellen, gesellschaftlichen und gesundheitlichen Folgen im Leben einiger Familien eine so beherrschende Position einnehmen kann, daß er für sie in ihrem interaktionellen Leben zu einem ordnungsstiftenden Prinzip wird.“ Solche Familien bezeichnet *Steinglass (1971, 1986)* als „Alkoholismussystem“.⁴⁰ In diesen Familien wird der „Alkohol zur wichtigsten einzelnen Variablen“. Er bestimmt das interaktionelle Verhalten zwischen dem „identifizierten Trinker“ und den übrigen Familienmitgliedern ebenso wie das Verhalten der nicht-trinkenden Familienmitglieder untereinander.

38 Vgl. Welter-Enderlin, 1992, S. 16/17

39 Vgl. Welter-Enderlin, 1992, S. 15

40 Vgl. Steinglass, 1971 (dt. 1986, S. 176)

3.3 Die Bedeutung des Symptoms im Alkoholismussystem

Für die Erklärung auffälliger bzw. symptomatischer Verhaltensweisen eines Individuums wäre es aus einem systemischen Verständnis heraus wünschenswert, alle das Individuum beeinflussenden Faktoren zu berücksichtigen. Einem solchen globalen Anspruch kann aber selbst eine systemtheoretische Sichtweise nur in Ansätzen gerecht werden. Innerhalb der Familienforschung besteht allerdings Konsens darüber, daß für die Entstehung und/oder Aufrechterhaltung einer Symptomatik der Einfluß der Familie auf den Symptomträger eine wichtige Rolle spielt. Auch wenn die ursprünglichen Entstehungsfaktoren auf anderem Gebiet liegen, so bildet doch die Art der innerfamiliären Beziehungs- und Interaktionsmuster den Ausgangspunkt für symptomatisches Verhalten, z.B. Alkoholismus, in einer Familie.⁴¹

Dabei ist das Symptom, der Alkoholismus, gewissermaßen eine Art Sprache, die mit typischen Verhaltensregeln gekoppelt ist.⁴² Nicht der Inhalt, sondern der Beziehungsaspekt ist wesentlicher Bestandteil für die Bedeutung der Botschaften, denn er wirkt sich auf die Beziehungen zwischen den Kommunikationspartnern in entscheidender Weise aus. Kommuniziert der Symptomträger in alkoholisiertem Zustand mit den übrigen Familienmitgliedern, ist leicht nachvollziehbar, daß sein Verhalten, sein Zustand, erheblichen Einfluß auf die übrigen Familienmitglieder und somit auf das gesamte Interaktionsgeschehen hat. Gleichzeitig signalisiert der Alkoholiker, daß nicht er, sondern der Alkohol, verantwortlich ist für die Art und Weise der Interaktion. Der Alkohol muß herhalten, um das beziehungskontrollierende Verhalten des Symptomträgers zu entschuldigen.⁴³ Aber es ist die Familie, die dem Alkohol die Rolle eines Regulators für die familiären Interaktionen zuweist. Der Alkoholkonsum und seine Konsequenzen sind Mittel zur Kontrolle der Beziehungsstrukturen innerhalb der Familie.⁴⁴

41 *Andolfi (1988)* erinnert an die Gefahren, die eine allzu vereinfachte Sicht mit sich bringt. Deshalb sollte sich das Untersuchungsfeld des Familientherapeuten nicht nur „auf das Individuum im Kontext seines familiären Systems beschränken, sondern auch das komplexe Netz der Beziehungen umfassen, von denen das Kleinsystem Familie umgeben ist“ (*Andolfi, 1988, S. 31*).

42 Vgl. *Simon/Stierlin, 1994, S. 350*; zu den Regeln, die das Interaktionsverhalten der Mitglieder im Alkoholismussystem regulieren, vgl. Kap. 3.6.

43 Vgl. *von Villiez/Reichelt-Nauscef, 1986, S. 374*

44 Vgl. *Korb, 1991, S. 44*; in Anlehnung an *Andolfi/u.a., 1986*

Wie jedes System strebt auch ein Familiensystem nach einem Gleichgewichtszustand. Allerdings ist in keiner Familie, selbst in anderen „nicht-funktionalen“ Familien, dieses homöostatische Prinzip derart ausgeprägt, wie in einer Alkoholikerfamilie.⁴⁵

Da die Familie offenbar nicht in der Lage ist, die Konflikthaftigkeit, die Gestörtheit der Beziehungen untereinander auf andere Weise zu lösen, übernimmt die Droge Alkohol die Funktion eines Ersatzreglers. Die „beziehungsstiftend(e) bzw. -erhaltend(e)“ Funktion des Alkohols besteht darin, den Aufmerksamkeitsfokus der Familie auf den Alkoholiker und sein Trinkproblem zu „attributieren“ und so „von gefährlichen Beziehungskonflikten“ abzulenken. Hierdurch werden die Beziehungen stabilisiert.⁴⁶ Die scheinbar system- und lebensrettende Wirkung des Alkohols als Ersatzregler besteht einzig und allein darin, das System Familie über die wahre Diskrepanz der gestörten Beziehungsstrukturen, hinwegzutäuschen. Der Ersatzregler wird gebraucht, um einen Gleichgewichtszustand, eine Homöostase, vorzutäuschen.⁴⁷

Die Alkoholabhängigkeit eines Familienmitgliedes ist so in die Struktur der Familie einbezogen, daß sie zum festen Bestandteil der Interaktionen aller Familienmitglieder wird. Dies sei an folgendem Beispiel kurz verdeutlicht:

„Wird eine Familie mit einer neuen, ungewohnten und Streß erzeugenden Situation (z.B. der Geburt ihres ersten Kindes) nicht in angemessener Weise fertig, da der Mann vielleicht seine Vaterrolle verweigert, entsteht zunächst eine Instabilität innerhalb des (Familien-)systems. Die Entwicklung eines Symptoms, wie Alkoholabhängigkeit, trägt dazu bei, daß diese Instabilität behoben werden kann, indem die Frau beide Elternrollen übernimmt und so die Krankheit ihres Mannes anerkennt. Das System erhält auf diese Weise sein Gleichgewicht zurück, da ein 'kranker' Mann verständlicherweise die Vaterrolle nicht ausnehmend übernehmen kann.“⁴⁸

Wenn in einer Familie bei einem Mitglied erhöhter Alkoholkonsum als Symptom auftritt, so zeigt der Symptomträger durch sein Verhalten, daß seine

45 Vgl. Hallmaier, 1985, S. 271

46 Vgl. Frick/u.a., 1992, S. 7

47 Vgl. Lechler, 1990, S. 18/19

48 Vgl. Korb, 1991, S. 43

Entwicklungs- und Entfaltungsmöglichkeiten in der Familie eingeschränkt bzw. blockiert sind. Gleichzeitig sind aber auch die Entwicklungs- und Entfaltungsmöglichkeiten aller übrigen Familienmitglieder blockiert. Durch die Alkoholabhängigkeit des Symptomträgers wird ein familiäres „Nichtfunktionieren“, eine „Dysfunktion“ äußerlich sichtbar, in der der Alkoholabhängige nicht der einzige Kranke ist, sondern durch seine Symptomatik das Funktionieren der übrigen Familienmitglieder gewährleistet oder stabilisiert. Als aktiver Rollenspieler hält der Symptomträger durch seine Transaktionen innerhalb des dysfunktionalen Familiensystems ein pathologisches Gleichgewicht aufrecht.⁴⁹ Dabei vereint er in sich drei Funktionen, die die Pathologie innerhalb der Familie einerseits stabilisieren, andererseits aber auch die Chance auf Veränderung implizit beinhalten:

- In der Phase seiner Entstehung - unabhängig wie inadäquat es sich in der Zwischenzeit entwickelt hat - war die Störung, das Symptom, der Alkoholeinsatz „eine kreative Antwort der Familie auf einen Konflikt, den sie seinerzeit nicht anders zu bewältigen vermochte.“⁵⁰ Dies ist der positive Aspekt des Symptoms. Es ist „kohärente(r) Aspekt der Familienstruktur (und) passendes Verhalten in einer gegebenen Situation.“⁵¹ Die Wirkung des chronischen Alkoholmißbrauchs als Problemlöser ermöglicht nun der Familie, ihre Lebensweise beizubehalten, auch wenn diese eingefahren ist und die Problemlösung sich langfristig als Scheinlösung entpuppt.
- Das Symptom stellt ein Problem an sich dar, dem die gesamte Familie Rechnung tragen muß. Es ist „...ein Symbol für den Schmerz und das Elend..., die jedem Mitglied des Systems aus den ihm auferlegten Beschränkungen erwachsen.“⁵²

49 Der Terminus *Dysfunktion* bzw. *dysfunktionales System* bezieht sich auf die Perspektive, die ein außenstehender Beobachter gewinnt, wenn er die Transaktionen und die Verhaltensweisen des Familiensystems interpretiert und bewertet. Selbiges gilt für den Terminus „pathologisches Gleichgewicht“. Für die Familie, für ihre Homöostase, ist das Verhalten des Symptomträgers durchaus „funktional“, gewährleistet es doch den Zusammenhalt des Familiensystems in seiner Gesamtheit. Erst wenn die Familie, bzw. einzelne Mitglieder, die um das Symptom herum organisierten Transaktionen und Interaktionen selbst als „dysfunktional“ und entwicklungshemmend einstufen, ist Veränderung möglich. So lange dies nicht der Fall ist, benötigt die Familie den Symptomträger und sein Verhalten, da dieser ihre „psychologische Balance oder das innere Gleichgewicht wiederherstellen hilft“ (vgl. Steinglass, 1986, S. 182).

50 Vgl. Korb, 1991, S. 34; in Anlehnung an Steffens, 1988

51 Vgl. Ludewig, 1983, S. 83

52 Vgl. Korb, 1991, S. 35; in Anlehnung an Andolfi/u.a., 1986

- Die Anpassung an das dysfunktionale Familiensystem bietet gleichzeitig auch die Chance zur Veränderung.⁵³ Da durch die Symptomatik nicht nur beim Symptomträger, sondern bei allen Familienmitgliedern unendlich viel Schmerz und Leid erzeugt wird, kann das Symptom auch den Anstoß zu Veränderungen der Beziehungs- und Interaktionsmuster sowie zu einer Modifikation der familiären Strukturen (Rollen, Regeln, Grenzen) geben. Irgend jemand steigt aus dem Sch...spiel aus, bringt das jahrelang funktionierende „Familienmobile“⁵⁴ aus dem Gleichgewicht, und gibt durch seinen Ausstieg dem Familiensystem die Chance, sich durch eine Veränderung seiner Struktur neu zu kalibrieren. Ergebnis dieses Prozesses kann ein neues, gesünderes bzw. funktionelleres Gleichgewicht sein, das jedem Familienmitglied die Chance zur Entwicklung und Entfaltung seiner Persönlichkeitspotentiale⁵⁵ ermöglicht.

Dabei kann aber nur durch eine Veränderung der gesamten Familienstruktur, d.h. eine Veränderung der Transaktionsmuster und Beziehungsstrukturen aller Familienmitglieder, das System gesunden und eine neue funktionale Homöostase aufbauen, die auch ohne das Symptom auskommt. Dies kann nur gelingen, wenn das System die Gesamtheit seiner ihm innewohnenden Ressourcen aktiviert und mobilisiert, um einen neuen Gleichgewichtszustand auf einem höheren Entwicklungsniveau zu erreichen. Erst eine solche Systemtransformation ermöglicht den Verzicht auf das Symptom als Ersatzregler. Gelingt diese Systemveränderung nicht, ist der Rückfall des Symptomträgers vorprogrammiert. Als weitere Möglichkeit, einen Status quo zu erhalten, kann ein anderes Familienmitglied durch Symptomverschiebung bzw. durch Symptomwandel die homöostatische Funktion in der Familie übernehmen.⁵⁶ Da das Symptom integraler Bestandteil der Familienbeziehungen und -interaktionen war, kann auf seine Integrationsfunktion erst verzichtet werden, wenn komplementäre Veränderungen in den Beziehungen der einzelnen Familienmitglieder dies ermöglichen.

53 Vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 159

54 Vgl. Hallmaier, 1985, S. 271

55 Vgl. Kap. 2.6.1.; Wegscheider, 1988, S. 37-50

56 Zu Symptomverschiebung bzw. -wandel vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 159

3.4 Die Rolle der Herkunftsfamilie für die Ausbildung eines Alkoholismussymptoms

Trotz intensivster, mehr als 40jähriger Forschung, konnte bisher nicht eindeutig herausgefunden werden, „warum manche Menschen eine Disposition zum Alkoholismus mitbringen.“⁵⁷ Sicher scheint nur, daß eine genetische Verursachung, „eine direkte Vererbung des Alkoholismus als einheitliches Merkmal weder erwiesen noch wahrscheinlich“ ist.⁵⁸ Sicher ist aber auch, daß das Risiko, selbst Alkoholiker zu werden, sehr hoch ist, wenn in der Herkunftsfamilie ein Mitglied Alkoholiker war/ist:

Bei amerikanischen Studien wurde festgestellt, daß „52% der befragten Alkoholiker selbst Kinder von Alkoholikern waren (und) von den nicht trinkenden Frauen der Alkoholiker 60% einen Alkoholiker zum Vater hatten.“⁵⁹

Diese und ähnliche Befunde⁶⁰ legen die Annahme nahe, daß die Entwicklung zur Alkoholabhängigkeit durch Erlebnisse und Einflüsse während der Kindheit mitbestimmt werden. Dies scheint auch logisch. Tritt bei den Eltern in der Herkunftsfamilie bei einem Elternteil Alkoholismus als Symptom auf, ist dieses Mitglied in seiner Persönlichkeitsstruktur defizitär. Sein niedriges Selbstwertgefühl, geprägt von Scham und Schuld⁶¹, hindert dieses Familienmitglied daran, eine seiner Hauptaufgaben als Elternteil zu erfüllen, nämlich seinem(n) Kind(ern) beim Aufbau und der Entwicklung eines gesunden und positiven Selbstwertgefühls behilflich zu sein. Zwangsläufig ist deren Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung mit Defiziten behaftet, die in Verbindung mit anderen Faktoren eine mögliche Suchtkarriere zumindest begünstigen. Die große Einflußnahme der Herkunftsfamilie besteht darin, daß dort gelernte Interaktionsmuster und Rollenvorstellungen in die aktuelle Familiensituation eingebracht werden. Angesichts dieser Befunde wurde in die

57 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 32

58 Vgl. Feuerlein, 1989, S. 47

59 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 34

60 *Bennett/Wolin's (1994)* empirische Untersuchungen zu „Familienrituale(n)“ und „Alkoholismus und Familienerbe“ bestätigen einen Zusammenhang zwischen einer „Familienkultur“ und der Weitergabe/Ausbildung einer Alkoholabhängigkeit.

61 Vgl. in Kap. 3.2 den Dialog des „Kleinen Prinzen“ mit dem Trinker (Saint. Exupèry, 1988, S. 42/43); zu Scham und Selbstwertgefühl in Familien, zur Scham insbesondere in Suchtfamilien vgl. auch ausführlich: Fossum/Mason, 1992, insbesondere S. 159 ff

Forschung der Begriff 'psychologische Vererbung'⁶² eingeführt. Er verweist darauf, daß Suchtmittelverhaltensweisen erlernt und der jeweilig nachfolgenden Generation als „soziales Erbe“ hinterlassen werden.

Auch von Villiez (1986) bestätigt, daß in Alkoholismussystemen fast immer „3 Familien mit der Suchtproblematik verknüpft (sind): die Herkunftsfamilien der beiden Ehepartner und die Kernfamilie.“⁶³ Eine Suchtmittelabhängigkeit kann demnach als Indikator für eine defizitäre, gestörte Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung des Symptomträgers in der Kindheit gedeutet werden.

Bill Wilson, Mitbegründer der Anonymen Alkoholiker, beschrieb den Alkoholismus als eine „physische, geistige und spirituelle Krankheit“. In ihrem „Modell der ganzheitlichen Persönlichkeit“ benennt Wegscheider (1988) noch ein emotionales-, soziales- und ein Willens-Potential als Bestandteile einer ganzheitlichen Persönlichkeit (vgl. Kap. 2.6.1). Nur wenn sich all diese Potentiale gesund entwickeln konnten (was sicherlich nur in den seltensten Fällen idealtypisch, d.h. völlig ohne Defizite gelungen ist), „ist der Mensch nicht nur ganz, er fühlt sich auch so. Er ist sich seiner selbst (seines Selbstwertes, e.A.) sicher und kann auf Situationen angemessen reagieren.“⁶⁴ Ein gesundes Selbstwertgefühl zeichnet sich auch dadurch aus, daß ein Mensch wegen seiner Schwächen keine Minderwertigkeitsgefühle entwickeln muß, die es sorgsam vor der Umwelt zu verstecken gilt. Im Gegenteil: sich seines Selbstwertes gewiß, kann er offen sein und sich dem Leben stellen! Dies schließt u.a. auch gesunde Abwehrmechanismen ein, um sich gegenüber schädlichen Forderungen und Angriffen von außen abzugrenzen, zum Schutz der eigenen Integrität (vgl. Kap. 2.6.1).

Besonders schlimm ist die Situation eines Alkoholabhängigen. Sein Selbstwertgefühl ist so schwach ausgebildet, er ist so sehr verletzbar, „daß (eine) ehrliche Kommunikation fast gänzlich unmöglich ist.“⁶⁵ Und sein gestörtes Verhältnis zu sich selbst hat Auswirkungen auf alle übrigen Familienmitglie-

62 Wolin/Bennett, 1983; zit. n. Reichelt-Nauscef/Hedder, 1985, S. 261

63 Vgl. von Villiez, 1986, S. 95; Heidegger, 1987, S. 9

64 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 48; Sharon Wegscheider, eine Schülerin Virginia Satirs, ist sehr eng dem Selbstwert-Konzept des entwicklungsorientierten Ansatzes von V. Satir verbunden.

65 Vgl. Wegscheider, 1988, S. S. 49

der und wirkt auf ihn zurück (Zirkularität): „In dem Maße, wie die anderen Familienmitglieder mit in die Krankheit hineingezogen werden, haben sie umgekehrt auch einen negativen Einfluß auf den Alkoholiker.“⁶⁶

Genau wie jedes andere System möchte auch eine Familie ihre Morphostase bewahren. Führt ein Familienmitglied ein ungesundes Element in die Familie ein, z.B. Alkoholmißbrauch, erkrankt zwangsläufig das gesamte System bei dem Versuch, sein Gleichgewicht zu bewahren. Die Erkrankung aller wird zum Regelungssystem zur Aufrechterhaltung bzw. Einpendelung eines - allerdings auf tönernen Füßen stehenden - Gleichgewichtszustandes. „Das System, das ursprünglich die Persönlichkeit stützte, fördert jetzt seine Krankheit.“⁶⁷

3.5 Der Phasenverlauf der Alkoholabhängigkeit

Die in der Literatur am häufigsten beschriebene Form einer Suchtfamilie besteht in der Regel aus dem suchtmittelabhängigen Mann, seiner Partnerin und ein bis zwei Kindern. Legt man Minuchin's „strukturell-familientherapeutischen Ansatz“ (vgl. Kap. 4.1.4.3) zugrunde, ist es für die Familiendynamik von erheblicher Bedeutung, ob der Suchtmittelabhängige dem elterlichen- oder kindlichen Subsystem angehört. Demzufolge sind die in den nachfolgenden Phasenmodellen beschriebenen Ergebnisse nicht automatisch auf Familien mit einem jugendlichen Suchtmittelabhängigen übertragbar.⁶⁸

Verschiedentlich wurden Versuche unternommen, den Verlauf einer Alkoholabhängigkeit in Phasen einzuteilen. Eine der bekanntesten Einteilungen stammt von *Jellinek (1952)*⁶⁹. Diese beschreibt jedoch ausschließlich den Phasenverlauf einer Alkoholabhängigkeit aus individuumorientierter Sicht und wird deshalb nicht näher vorgestellt.

Steinglass (1983) und *Hallmaier (1985)* schildern den Phasenverlauf der Alkoholabhängigkeit aus einer systemischen Perspektive. Während die systemtheoretische Beschreibung der Alkoholikerfamilie Hallmaier's aus dem Blickwinkel „einer querschnittartigen Aufsicht auf das aktuelle Gesche-

66 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 34

67 Vgl. Virginia Satir in ihrem Vorwort in Wegscheider, 1988, S. 12

68 Vgl. Heidegger, 1987, S. 7/8

69 Vgl. Jellinek, 1985; Feuerlein, 1989, S. 159 ff

hen“ erfolgt, entspricht Steinglass’ „lebensgeschichtliches Modell“ einer „längsschnittartigen Verlaufsbetrachtung“.70 Aus beiden Sichtweisen ergeben sich eigene Aspekte zum Verständnis des Geschehens. Deshalb werden nachfolgend auch beide Verlaufsmodelle näher dargestellt.71

3.5.1 Hallmaiers „Phasenmodell“72 der Alkoholabhängigkeit

Hallmaier schildert in seinem Phasenmodell typische Verlaufsformen, die sich in einer Alkoholikerfamilie feststellen lassen:

1. Phase

Erstmals werden „Anzeichen exzessiven Trinkens“ von den Familienmitgliedern bemerkt. Die Beziehungen zwischen den Ehepartnern werden jedoch nur leicht beeinflusst. Eine Auseinandersetzung über Eheprobleme wird vermieden, um vermehrtes Trinkverhalten nicht zusätzlich zu „provizieren“. Streit als möglicher Trinkanlaß und -vorwand wird vermieden. Die in dieser Phase vorherrschende *Familienregel* lautet: der Alkohol ist nicht die eigentliche Ursache des Familienproblems!

2. Phase

Das Trinken nimmt zu, die Familie zieht sich vermehrt aus dem sozialen Leben zurück, flüchtet aus Scham in die Isolation. Durch diesen Rückzug vergrößert sich die Bedeutung innerfamiliärer Beziehungen und Ereignisse. Gedanken und Verhaltensweisen richten sich nach dem Trinkverhalten des Alkoholikers, die Familie wird „trinkzentriert“. Die Spannungen zwischen den Ehepartnern nehmen zu, die Beziehung zwischen ihnen verschlechtert sich. Der nicht-trinkende Partner versucht, das Trinkverhalten des Alkoholikers zu kontrollieren, was mißlingt. Seinen Versuch, die ursprünglich harmonische Familienstruktur aufrechtzuerhalten, bezahlt er mit dem Verlust seines Selbstvertrauens. Die *Familienregel* in dieser Phase lautet: „Der Jetztzustand muß, koste es was es wolle, erhalten bleiben.“

70 Vgl. Sander, 1993a, S. 75

71 Es sei angemerkt, daß es noch weitere Versuche gegeben hat (z.B. Jackson, 1954; Wieser, 1972; Wolin, 1980; Guntern, 1992), den Alkoholismus in einem Phasenmodell zu erfassen, das die Familie in ihrer Gesamtheit berücksichtigt. Hierzu vgl. ausführlicher: von Villiez/Reichelt-Nauscef, 1986; Guntern, 1992.

72 Vgl. Hallmaier, 1985, S. 275

3. Phase

Die Familie gibt den Versuch auf, das Trinkverhalten zu kontrollieren. Sie beginnt sich so zu verhalten, daß Spannungen und Streitereien gar nicht erst auftreten. Der Alkoholiker wird in seiner Rolle als Partner und Elternteil entlastet und richtet sich in seiner neuen Rolle als Kranker ein (Rollenwandel). Hilfe und Versorgung des Alkoholkranken stärkt den Familienverband.

4. Phase

Zunehmend übernimmt der Partner des Alkoholikers die Kontrolle über die Familie. Der Alkoholiker wird wie ein widerborstiges Kind behandelt. Die Familie organisiert ihr Leben um den Alkoholiker herum und der Zusammenhalt wächst. Durch die Übernahme von Verantwortung steigert der nicht-trinkende Partner sein Selbstvertrauen.

5. Phase

Die Lage wird immer aussichtsloser, spitzt sich zu, die nicht-trinkenden Familienmitglieder suchen nach Auswegen. In dieser Phase kann es zu Trennungen mit und ohne zivilrechtliche Konsequenzen (z.B. Scheidung) kommen. Der Alkohol gibt den Anstoß zu einer Veränderung der problematischen Situation.

6. Phase

Als mögliche Konsequenz kann der Alkoholiker abstinent und nüchtern werden, beispielsweise durch eine Alkoholismustherapie oder eine Selbsthilfegruppe. Wenn dieser Fall eintritt, kann sich auch die Familie, die sich zuvor um das Trinkverhalten herum organisiert hatte, verändern und neu organisieren. In dieser Phase wird die systemverändernde Wirkung der Alkoholabhängigkeit wirksam und die Familie (mit, aber auch ohne ihren Alkoholiker) erhält die Chance zur Genesung und Gesundheit. Diese Neuorganisation ist ein schwieriger Prozeß und verlangt eine intensive Auseinandersetzung innerhalb der Familie.

Hallmaiers Phasenmodell ist im wesentlichen an ein „siebenphasiges Modell der reaktiven Anpassung der Familie auf den Alkoholkonsum“ angelehnt, das von Jackson bereits 1954 vorgestellt wurde. Der Soziologe Lemert (1960) widerlegte Jacksons Phasenkonzept. Seine Untersuchungen von 116 Familien ergeben „keine definierbaren Stadien und keine geregelte Abfolge

der Phänomene beim Umgang der Familie mit dem Alkoholismus“. Darüber hinaus bestand bei „50% aller Befragten ... der Alkoholismus bereits vor der Ehe.“ Von ihm wird deshalb vorgeschlagen, daß die familienorientierte Alkoholismusforschung bereits „im Stadium der Partnerwahl ansetzen müsse.“⁷³

Ein bereits die Phase vor der Partnerwahl berücksichtigendes Alkoholismusmodell ist Steinglass' „Lebensgeschichtliches Modell“ der Alkoholabhängigkeit, das nachfolgend dargestellt wird.

3.5.2 Steinglass' „Lebensgeschichtliches Modell“ der Alkoholabhängigkeit

Aufgrund der Daten seiner „Längsschnittuntersuchung“ schlägt *Steinglass* (1983) ein „Lebensgeschichtliches Modell der Alkoholfamilie“ vor. In diesem Modell kombiniert er die Elemente „Alkoholismussystem“, „Bedeutung des Alkoholkonsums für die familiäre Homöostase“ und „Lebensphasen der Familie“ (Phasen von Stabilität bzw. Instabilität) miteinander und richtet den Fokus auf die „Trocken-“ bzw. „Naßperioden“ einer Alkoholikerfamilie sowie Übergangsstadien. Darüber hinaus unterscheidet er die Alkoholikerfamilie von der alkoholismusfreien Familie. Indem Steinglass in diesem Modell „die Entwicklungsperspektive aufgreift“, kann er verdeutlichen, „daß eben diese Perspektive nicht auf eine Reihe progressiver Zustände verweist, sondern auf eine zyklische Organisation der Alkoholfamilie.“⁷⁴

Steinglass unterteilt die Lebensgeschichte einer Familie in fünf große Abschnitte („vor der Ehe“, „Anfangszeit der Ehe“, „Plateau der Lebensmitte“, „Krise der Lebensmitte“, „Spätentscheidung“), was ihm eine „brauchbare Arbeitsgrundlage“ zu sein scheint, wenn die gesamte Lebenszeit einer Familie betrachtet werden soll.⁷⁵

Die „voreheliche“ Phase

Obgleich im vorehelichen Stadium drei Kombinationsmöglichkeiten der Partnerwahl möglich sind (Alkoholiker/Nicht-Alkoholiker, Alkoholiker/

73 Vgl. von Villiez/Reichelt-Nauscef, 1986, S. 377

74 Vgl. Hargens, 1983, S. 49

75 Vgl. Steinglass, 1983, S. 74/75

Alkoholiker, Nicht-Alkoholiker/Nicht-Alkoholiker), wird häufig die Ansicht vertreten, „daß zur Zeit der Partnersuche die Neigung zum Alkoholismus schon festgelegt sei und der Prozeß der Partnerwahl im Dienste der Inszenierung eines alkoholzentrierten Lebens stünde.“ Darüber hinaus sollen „kulturelle Normen und Einstellungen hinsichtlich Alkoholkonsum und Alkoholismus die Entscheidungen bezüglich der Wahl des Ehepartners innerhalb eines gegebenen Kulturkreises bestimmen.“⁷⁶

Die „Anfangszeit der Ehe“

Diese Phase in der Beziehung eines Paares ist häufig eine Zeit „relativer Instabilität“, in der Rollen, Regeln und Grenzen sowie sinnvolle Verhaltensweisen aufeinander abgestimmt und ausgehandelt werden müssen. In dieser Periode des Familienzyklus, in der entscheidende Grundlagen für das künftige Leben der Familie gelegt werden - ein häufig mit Streß verbundener Lebensabschnitt -, werden vermutlich „auch die Weichen ... für die Rolle, die der Alkoholkonsum im Familienleben spielen soll“ gestellt und der Alkohol zunehmend „in wichtige familiäre Verhaltensmuster und Rituale“ integriert.

Die problematischen Begleiterscheinungen des Alkoholkonsums, die bereits in dieser Zeit auftreten, können mitverursachend für Scheidungen in dieser Zeitspanne sein. Ist der „Wunsch nach dauernder Stabilität auf seiten der Familie“ groß, wird sie versuchen, „den Alkoholismus irgendwie ins Familienleben einzubauen“, um ‘damit leben’ zu können. Endresultat dieses Prozesses ist eine Familie, in der der „Alkoholkonsum zum integralen Bestandteil des homöostatischen Mechanismus der Familie geworden“ ist: die ‘Familie mit einem Alkoholiker’ hat sich gewandelt zu einer ‘Alkoholismusfamilie’.⁷⁷

Das „Plateau der Lebensmitte“

In dieser Zeit befindet sich die Alkoholismusfamilie in einer „stabil-nassen Phase“ und der „Alkoholkonsum mitsamt seinen Verhaltenssequenzen (ist) längst zum Organisationsprinzip der Familieninteraktion geworden. In dieser Zeit können die verschiedensten „Streßvariablen“ den homöostatischen

76 Vgl. Steinglass, 1983, S. 76

77 Vgl. Steinglass, 1983, S. 76/77

Zustand des Familiensystems erschüttern, z.B. normale, entwicklungsbedingte Veränderungen (Geburt, Tod, Auszug der Kinder), veränderte Rollenfunktionen, Erkrankungen, wirtschaftliche Krisen, Wohnortwechsel, Berufsänderungen, u.a.m. Besteht die Antwort des Symptomträgers auf die „Bedrohung der Familienstabilität“ ausschließlich in einem „erhöhten Alkoholkonsum“, kann die Alkoholismusfamilie in dieser „instabil nassen Phase“ unter „dem anhaltenden Druck zusammenbrechen“. Aber auch die Abstinenz des Alkoholikers ist mit Risiken behaftet. Untersuchungen bestätigen, daß beim Übergang eines Alkoholismussystems von der „nassen“ in die „trockene“, abstinent Phase die Scheidungsraten gleichfalls hoch sind. Dieses Phänomen tritt gehäuft auf, wenn die „Alkoholismusgeschichte älter ist als die Ehe“ und wird häufig damit erklärt, „daß das Trinken intrapsychische Bedürfnisse *beider* Ehepartner erfüllt“ (vgl. das Konzept der Co-Abhängigkeit in Kap. 3.7). Wird der Übergang von naß zu trocken erfolgreich bewertet, kann die Familie die ‘stabil trockene’ Phase des Alkoholismus erreichen. Häufig kommt es aber auch zu einem „zyklisches Hin- und Herpendeln“ zwischen nassen und trockenen Phasen, wobei deren Zeitspannen mehrere Monate bzw. Jahre umfassen können. Schließlich erreicht die Alkoholikerfamilie die „Phase der Spätentscheidung“⁷⁸

Die „Phase der Spätentscheidung“

Steinglass kommt in seiner Längsschnittuntersuchung zu dem Ergebnis, daß sich „vier deutlich voneinander verschiedene Spätentscheidungsmuster identifizieren“ lassen. Eine Lösung ist, daß die Familie in der *stabil nassen Phase* verbleibt. Sie ist charakterisiert durch ihre „Unveränderlichkeit: eine Art ‘in Beton festgemauert sein’“. Sie bleibt Alkoholismusfamilie, Alkoholismussystem.

Eine zweite Lösung verkörpert die *stabil trockene Alkoholismusfamilie*. Obgleich nicht mehr getrunken wird, nimmt der Alkohol nach wie vor eine zentrale Stellung im Familienleben ein. Die Familienmitglieder sind aktiv bei den Anonymen Alkoholikern (oder anderen Selbsthilfegruppen) und haben ihr Leben so organisiert, „daß es eine optimale Prävention gegen Rückfälle gewährleistet. Sowohl das gesellschaftliche Leben wie Familienrituale ... und auch die Ferienplanung werden mit dieser Alkoholismuskomponente im Hintergrund strukturiert“. Gemeinsam ist diesen „spätentschiede-

78 Vgl. Steinglass, 1983, S. 77/78

nen stabil-trockenen Alkoholismusfamilien“, den Alkohol präventiv weiterhin in den Mittelpunkt ihres Lebens zu stellen.

In einer dritten Lösungsmöglichkeit, der *stabil trockenen alkoholismusfreien Familie*, ist der Alkohol völlig aus dem Familienleben verschwunden, nicht nur materiell, sondern auch emotional; die Familie befürchtet nicht, daß der Alkohol erneut zum Problem und Gestalter des Familienlebens werden könnte.

Eine vierte Variante, die Steinglass benennt, ist *die stabile, alkoholismusfreie Familie mit kontrolliertem Trinken*. Die Frage, ob bei chronischem Alkoholismus „kontrolliertes Trinken“ möglich sei (vgl. Fußnote 31), wird heiß diskutiert. Dennoch wird diese recht seltene Möglichkeit der Späterscheidung einer Alkoholismusfamilie von Steinglass (1983) mit aufgeführt.⁷⁹

Abschließend betont *Steinglass (1983)*, daß für therapeutische Interventionen die Rolle des Alkohols für die Familienhomöostase berücksichtigt werden muß. Besonders Familien, in denen Alkoholismus und Stabilität der Familie synonym miteinander verknüpft sind, dürften sich gegen eine Beseitigung des Alkohols aus ihrem Familiensystem sträuben. Erst wenn die Familie die Rolle des Alkohols im Familienleben verstanden hat, wenn alternative Stabilisierungsmechanismen entwickelt worden sind, kann die Familie auf den Alkohol als Regler für die Familieninteraktionen verzichten. In manchen Familien, die besonders „rigide“ und „eingemauert“ sind (z. B. die spät entschiedene „stabil-nasse Alkoholismusfamilie“), dürfte es sogar teilweise unmöglich sein, sie zum Verzicht zu ermuntern.⁸⁰

Die von Steinglass postulierten Phasen der Interaktionsmuster („trocken“, „naß“ bzw. Übergangsstadien) werden durch eine Untersuchung von *von Villiez (1986)* nicht bestätigt. Seine Befunde bestätigen jedoch das „Interaktionsmuster der stabil-trockenen Alkoholismusfamilie“, für die trotz Trockenheit der Alkohol „weiterhin das Leben der Familie strukturiert. Die - leere - Flasche steht sozusagen weiterhin auf dem Tisch des Hauses.“⁸¹

Beide Modelle, Hallmaier's Phasenmodell sowie auch Steinglass' „lebensgeschichtliches Modell“, können hilfreich sein, um im Stadium der Diagnostik

79 Vgl. Steinglass, 1983, S. 79/80

80 Vgl. Steinglass, 1983, S. 88

81 Vgl. von Villiez, 1986, S. 93; siehe auch: Heidegger, 1987, S. 9

die jeweilige Familiensituation und -struktur einschätzen zu können. Allerdings ist jede Familie einmalig und unverwechselbar und solche Modelle dürfen nicht dazu verleiten, eine Familie in die jeweils passende Schublade hineinzutun.

3.6 Die „dysfunktionalen“ Strukturmerkmale einer Alkoholikerfamilie

Für einen Außenstehenden ist häufig kaum nachvollziehbar, daß eine Familie mit einem „nassen Mitglied“ oft Jahre und Jahrzehnte in der Phase des aktiven Alkoholkonsums verharret, ohne eine Veränderung herbeiführen zu können. Ursachen für diese „Unfähigkeit zur Veränderung“ sind eine schwach ausgeprägte *Adaptabilität*, d.h. ein geringes Maß an Wandlungsfähigkeit bzw. Flexibilität innerhalb der Familie und eine sehr hohe *Kohäsion*, d.h. ein sehr hoher Grad an emotionaler Verbundenheit.⁸² Besonders das Interesse an einer intensiven „familiären Kohäsion“ scheint ein grundsätzliches Kriterium für suchtmittelbezogene Abhängigkeiten zu sein. Im Zusammenhang mit der langjährigen Problematik werden besonders „rigide gleichgewichtsfördernde Beziehungsmuster“ ausgebildet, die mit zunehmendem Suchtverhalten sich auf die „gegenseitigen Bindungsdynamiken“ verstärkend auswirken.⁸³

Zwischen den erwachsenen Partnern, von denen einer suchtmittelabhängig ist, besteht in der Regel eine „komplementäre“ Beziehung: Einer braucht den anderen, „um sowohl innen als auch in der Beziehung ein Gleichgewicht zu

82 Zur Adaptabilität und Kohäsion einer Familie vgl. Kap. 2.7; die in der Literatur häufig zu findende Aussage, daß für Suchtfamilien eine niedrige Adaptabilität und eine hohe Kohäsion typisch sei, konnte in empirischen Studien, die 1990/1991 am Anton-Proksch-Institut in Wien durchgeführt wurden, nur bedingt bestätigt werden. Die Rigidität und schwach ausgebildete Adaptabilität zeigte sich nur in „einer verminderten Flexibilität im Umgang mit Regeln. In Bezug auf den Faktor Kohäsion, dem ebenfalls eine wichtige Rolle in den Familien Abhängiger zugeschrieben wird (vgl. z.B. Stanton, 1982), konnten für die gesamte Familie keinerlei Unterschiede festgestellt werden.“ Es kann deshalb auch „nicht von pathologischen Familienstrukturen in Bezug auf diese beiden Variablen gesprochen werden“ (vgl. Beiglböck/Feselmayer, 1993, S. 49-51). Der Widerspruch dieser Ergebnisse könnte seinen Ursprung darin haben, daß die „in anderen Studien beschriebenen Ergebnisse aus Therapien stammen“. Darüber hinaus „müssen die Ergebnisse einer Selbstbeschreibung (wie sie den Ergebnissen der Wiener Studien zugrundeliegen, e.A.) nicht notwendigerweise mit jenen einer Fremdbeobachtung übereinstimmen“ (vgl. Beiglböck/Feselmayer, 1993, S. 51).

83 Vgl. Brentrup, 1992, S. 189

bewahren.“⁸⁴ Nach *Brentrup (1992)* drückt sich die Beziehungskomplementarität z.B. in der folgenden Grundhaltung der Beziehungspartner aus:

„Ich bin stärker als Du und helfe Dir, weil Du so unselbständig bist - Ich bin so schwach, weil Du mir alles abnimmst und ich mich nicht wehren kann!’ Dies steigert sich umso mehr, je mehr Versagen und Wertlosigkeit empfunden wird. ‘Sei gehorsam und beweise Deine Selbständigkeit - Hilf mir doch, unabhängig zu werden!’“⁸⁵

Das Ergebnis ist häufig eine „starr polarisierte Beziehung (‘schwarz-weiß’) mit massiven Verleugnungen.“ Das Aufeinanderprallen der Glaubens- und Regelsysteme zweier Herkunftsfamilien, beinahe unausweichliche Enttäuschungen, Rivalitäten und Loyalitätskonflikte in einer Beziehung mit einem als „schwach erlebten Partner“, führen zu einer „konflikthaft aufgeheizten Atmosphäre“⁸⁶, die sich dadurch stabilisiert, daß die Familienmitglieder symbiotisch miteinander verklammert sind und den Alkohol als Ersatzregler in ihr pathologisches System eingebaut haben. Durch „Triangulationen“ („pathologische Dreiecksbeziehungen“, vgl. Kap. 3.7.3) kann das Alkoholproblem in den Hintergrund treten: die Aufrechterhaltung des dysfunktionalen Gleichgewichts wird hierdurch begünstigt.

In gesunden Familien steht den Mitgliedern ein Repertoire an Verhaltensweisen zur Verfügung. Treten Störungen in der Familie auf, auf die sie reagieren muß, z.B. Konflikte, kann sie aus mehreren Möglichkeiten auswählen, um eine neue Stabilität zu erreichen. Da lebende Systeme niemals statisch sind, müssen die familiären *Regeln* geeignet sein, sich dem individuellen und familiären Lebenszyklus anzupassen. Erstarrte Regeln schränken die Entwicklungsmöglichkeiten aller Familienmitglieder ein.

In Familien mit einer Suchtmittelabhängigkeit sind die Regeln starr und rigide. *Sharon Wegscheider (1988)* beschreibt solche Regeln, die sie bei ihrer Arbeit mit Alkoholikerfamilien beobachten konnte. Dabei ist es der Alkoholiker, der in der Familie die „Macht“ ausübt, obgleich er als identifizierter „Kranker“ machtlos zu sein scheint. Er stellt die Regeln auf, die für alle Familienmitglieder bindend sind:

84 Vgl. Brentrup, 1992, S. 190

85 Vgl. Brentrup, 1992, S. 190

86 Vgl. Brentrup, 1992, S. 191

- Der Alkohol ist das Wichtigste im Familienleben;
- Der Alkohol ist nicht die Ursache des Problems, sondern nur eine Begleiterscheinung;
- Nicht der Alkoholiker ist für seine Abhängigkeit verantwortlich, sondern andere bzw. die Umstände;
- Der Status quo in der Familie muß um jeden Preis erhalten bleiben;
- Niemand in der Familie darf darüber reden, was wirklich in der Familie los ist, weder untereinander noch mit anderen;
- Niemand darf sagen, was er wirklich fühlt;
- Jeder in der Familie ist ein unbewußter Helfer, ein sog. Co-Abhängiger, der durch seine Hilfe seinen Beitrag zur Homöostase der Familie beiträgt!⁸⁷

Durch solche Regeln, deren Wirkungsmechanismen der Alkoholikerfamilie in der Regel nicht bewußt sind, erreicht der Alkoholiker, daß die übrigen Familienmitglieder ihn schonen, ihm Verantwortung abnehmen und selbst Verantwortung für ihn und sein Wohlbefinden übernehmen. Die Konflikthaftigkeit des gestörten Familiensystems wird nicht thematisiert. Im Gegenteil: Konflikte werden tabuisiert, was zur Verleugnung und Umleitung von Spannungen führt mit häufig somatisierten Folgen (z.B. psychosomatischen Erkrankungen).⁸⁸

Steinglass (1983; 1986) fand bei seinen Untersuchungen heraus, daß während der Phasen des aktiven Trinkens Alkoholismusfamilien „zwischen zwei verschiedenen, vorhersagbaren Interaktionszuständen - je einem mit Nüchternheit und einem mit Trunkenheit verbundenen - hin und herpendeln“, wobei sich diese Interaktionszustände nicht nur im Umgang mit dem „Alkoholiker“ zeigen, sondern insgesamt auf „familiärer Ebene“.⁸⁹

Mit anderen Worten: Je nach Zustand des Alkoholabhängigen zeigen die nicht-trinkenden Familienmitglieder die hierzu „passenden“ Verhaltens-

87 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 87-91; Hallmaier, 1985, S. 272/273; diese Regeln, die „nicht ausgesprochen, sondern durch Blicke, Gesten und Reaktionen vermittelt werden“, haben insbesondere auf die Kinder verheerende Auswirkungen, die sich meist erst im späteren Erwachsenenleben zeigen. Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen: „Rede nicht, traue nicht, fühle nicht!“ (vgl. Arenz-Greiving, 1993, S. 270; in Anlehnung an Black, 1988).

88 Vgl. Brentrup, 1992, S. 191

89 Vgl. Steinglass, 1983, S. 73; 1986, S. 179

muster und Regeln, die den Umgang mit dem Alkoholiker in der jeweiligen Phase bestimmen. Die Stabilität, die ein solches Familiensystem durch fest aufeinander abgestimmte starre Regel- und Interaktionsmuster erhält, ist äußerst unflexibel. Die durch „negative Rückkopplungsmechanismen“, Reaktionsweisen, die lediglich Abweichungen ausgleichen, erreichte Stabilität, ist starr und bewirkt keinen Strukturwandel des Systems, wie er im lebensgeschichtlichen Zyklus der Familie erforderlich wäre. Das System ist zwar anpassungsfähig, bewirkt dies aber ausschließlich durch einen „Wandel erster Ordnung“. Das Familiensystem verfestigt und stabilisiert seine dysfunktionalen Strukturen, seine pathologische Homöostase; ein Strukturwandel ist beinahe unmöglich.⁹⁰

Neben der Inflexibilität der Familie spielt die Integration des Alkoholkonsums als feste Größe in das Familiengeschehen eine wesentliche Rolle. Er ist „Teil des Problemlösungsverhaltens“ in der Familie. Die „Dysfunktion des Alkoholabhängigen (kann) nur mit Unterstützung seiner gesamten Familie fortbestehen.“⁹¹

Die Pathologie einer solchen Familienstruktur kann so weit gehen, daß ein Abstinenzversuch des Alkoholabhängigen durch die Familie torpediert wird:

Immer dann, wenn der „nasse“ Partner einen Entwöhnungsversuch startet, will der nichttrinkende Partner in ein Restaurant gehen, wo dann Alkohol bestellt wird. Oder er bringt Alkohol mit nach Hause.⁹²

Dies hat seine Ursache u.a. darin, daß die Familie aus der Sucht eines Mitgliedes einen erheblichen Nutzen ziehen kann. Zur Verdeutlichung dieses Nutzens zwei Beispiele:

- Durch seinen Alkoholmißbrauch kann ein Jugendlicher, der sein Erwachsenwerden durch die Suchtmittelabhängigkeit verhindert, stabilisierend auf das Rollenverhaltens seiner Eltern wirken. Sie erhalten sich ihre Elternaufgaben gegenüber ihrem in seiner Entwicklung „behinderten“ Kind, verhindern den notwendigen Ablösungsprozeß des Jugendlichen vom

90 Zum Wandel erster und zweiter Ordnung vgl. Kap. 2.2.1; siehe auch: Simon/Stierlin, 1994, S. 384-386

91 Vgl. Steinglass, 1986, S. 178, 180

92 Vgl. Steinglass, 1986, S. 171

Elternhaus und erhalten sich auf diese Weise „ihren Lebensinhalt“, ihren Lebens-Sinn.

- Der Alkoholkonsum des Jugendlichen kann sich positiv auf die Elternbeziehung auswirken, wenn diese konflikthaft ist. Die Abhängigkeit des Kindes eint die Eltern und lenkt von deren Paarproblematik ab. Die gemeinsame Aufgabe - die Suchtmittelabhängigkeit des Kindes - bindet die Eltern aneinander und verhindert so ein Austragen eigener Konflikte, die möglicherweise Trennung und Scheidung zur Folge haben könnten.⁹³

Die genannten Beispiele verdeutlichen, in welchem hohem Maß die Familienmitglieder miteinander verbunden sein können. Das „symbiotische Aneinander-Klammern“ der Familienmitglieder, die Starrheit der Familienregeln sowie die Rigidität der Interaktionsmuster bewirken, daß die Stabilität des Systems und damit der Zusammenhalt seiner Mitglieder um jeden Preis erhalten wird. Dabei läßt die Kohäsion, das Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb einer derart symbiotisch miteinander verstrickten Familie, keinerlei Raum für innerfamiliäre Subsysteme bzw. individuelle Abgrenzungen. Das Individuum geht gewissermaßen im System verloren, es gibt keine Privat- und Intimsphäre.⁹⁴

Für von Villiez (1986) wirken Suchtfamilien ‘familiensüchtig’. Ein solches Verhalten der Mitglieder einer Suchtfamilie zeigt sich am stärksten, wenn im Lebenszyklus der Familie Irritationen auftreten (z.B. Heirat, Pubertät, Auszug Jugendlicher, Berufstätigkeit der Ehefrau), die den gewohnten familiären Zusammenhalt der Familie gefährden.⁹⁵

Ein weiteres Strukturmerkmal einer Alkoholikerfamilie sind unklare *Grenzen*. In ihrer Beziehung zur Außenwelt zeichnen sich Alkoholikerfamilien durch starre, undurchlässige Grenzen aus. Die Alkoholikerfamilie isoliert sich zunehmend von der Außenwelt und verhindert somit „die Nutzung außerfamiliärer Ressourcen zum Vorteil ihrer Angehörigen.“⁹⁶

Nach innen „zeigt sich ein hohes Maß an Vermischung, Koalitionen und Grenzüberschreitungen.“ Während „Konfusion darüber“ besteht, „wer für

93 Vgl. Korb, 1991, S. 59; siehe auch Kap. 3.7.3.

94 Vgl. Korb, 1991, S. 66/67; in Anlehnung an Minuchin, 1981 und Mattejat, 1985

95 Vgl. von Villiez, 1986, S. 95; Heidegger, 1987, S. 9

96 Vgl. Steinglass, 1986, S. 175

was verantwortlich ist“, müssen Krankheit und süchtiges Verhalten dafür herhalten, um sich gegenseitig abzugrenzen.⁹⁷ Beim Alkoholismus eines Elternteils vermischen sich häufig elterliche mit kindlichen Subsystemen („triadische Konstellationen“, „pathologische Dreiecke“; vgl. Kap. 3.7.3) und es kommt zu intergenerationalen Bündnissen. Eine unklare Generationengrenze und die damit verbundene fehlende Rollendifferenzierung können dazu beitragen, daß Kinder „parentifiziert“ und in Erwachsenenrollen hineingedrängt werden, die der Symptomträger nur unzureichend ausfüllt (z.B. als Gattensubstitut). Die Macht des Alkoholabhängigen bleibt von solchen Koalitionen unberührt. So paradox es auch zu sein scheint: der Alkoholiker gewinnt zunehmend mehr Macht und Kontrolle über alle übrigen Familienmitglieder, obwohl er scheinbar die Kontrolle über sich selbst immer mehr verliert. Die Regeln, die das Familienleben strukturieren, sind seinem Alkoholkonsum angepaßt und „entspringen den persönlichen Zielen des Abhängigen. Sie sollen ihm den Zugriff auf den Alkohol, garantieren, Schmerzen vermeiden und seine Abwehr schützen.“ So wird in einer dysfunktionalen Familie die „ohnmächtigste Person“ zugleich zur „mächtigsten“.⁹⁸

3.7 Rollen der Familienmitglieder in einem Alkoholismussystem mit einem Symptomträger in der elterlichen Dyade

Wie bereits ausgeführt handelt es sich bei der Familie um ein Sozialsystem, das sich aus verschiedenen Subsystemen (elterliches, kindliches) zusammensetzt, mit anderen Sozialsystemen in Verbindung und Austausch steht und sich selbst stabilisiert. Das zentrale Subsystem ist normalerweise das elterliche Subsystem. In einer Alkoholikerfamilie⁹⁹ hat sich jedoch durch die Beziehung des Suchtmittelabhängigen zum Suchtmittel ein weiteres Teilsystem etabliert, „das in der weiteren Entwicklung zur Sucht zur alles beherrschenden Größe wird. Alles dreht sich nur noch um diese Bezie-

97 Vgl. Brentrup, 1992, S. 191/192

98 Vgl. Huber, 1990, S. 127

99 Bei der nachfolgenden Darstellung der Rollen in einer Alkoholikerfamilie wird von der folgenden Musterfamilie ausgegangen: Der Symptomträger ist Angehöriger des elterlichen Subsystems, häufig der Ehemann, sein(e) nicht-trinkende(r) Partner(in) ist der/die Chef-Co-Abhängige und die Kinder übernehmen, je nach Position in der Geschwisterfolge, gleichfalls Rollen, die zur Stabilisierung des Familiensystems beitragen, im Musterbeispiel sind es vier verschiedene Rollen.

hung.“¹⁰⁰ Der Alkoholiker rotiert um die Flasche und die Familie dreht sich um ihn herum. Je mehr der Alkoholiker sich in seinem symmetrischen Kampf mit der Flasche verstrickt, desto weniger Verantwortung übernimmt er im Familiensystem, die nun von den übrigen Familienmitgliedern übernommen wird. Hierdurch kommt es zu einer Verschiebung des Kräfte- bzw. Machtgleichgewichts in der Familie. Da der Verzicht auf das Symptom (z.B. durch Abstinenz) die mühsam hergestellte Familienhomöostase erneut belasten „und allen Beteiligten wiederum beträchtliche Anpassungs- und Veränderungsleistungen abverlangen“ würde, verharrt das Familiensystem trotz z.T. extremer Belastung in seinem dysfunktionalen Gleichgewicht. Es ist ja gerade ein Charakteristikum der Alkoholikerfamilie, daß ihre kohäsiven (Bindungs-)kräfte extrem stark, die Fähigkeiten zur Veränderung (Adaptabilität) aber nur schwach ausgeprägt sind (vgl. Kap. 2.7). Alle Familienmitglieder sind bereit, für die Aufrechterhaltung des Status quo einen hohen Preis zu zahlen, nämlich „die Beeinträchtigung ihrer gefühlsmäßigen, seelischen und sozialen Ressourcen, bis hin zum vollständigen körperlichen und seelischen Zusammenbruch.“¹⁰¹ Jeder in der Familie übernimmt Funktionen, Rollen, die gewährleisten, daß der morphostatische Zustand des Familiensystems erhalten bleibt. Solche Rollen sollen nachfolgend in Anlehnung an *Wegscheider (1988)* kurz dargestellt werden.

3.7.1 Die Funktion des Suchtkranken in der Familie

In seiner Familie erfüllt der Alkoholiker eine ganz spezielle Aufgabe. Er ist von besonderer Wichtigkeit, er ist das Zentrum, um das sich alle herumgruppieren. Verändert er sein Verhalten, indem er z.B. abstinent und nüchtern wird, hat dies Auswirkungen auf die ganze Familie: auch sie muß sich verändern und zu neuen Einstellungen und Verhaltensweisen kommen. Das jahrelang funktionierende „dysfunktionale Familiensystem“ wird durch die Abstinenz des Symptomträgers aus dem Gleichgewicht gebracht und ein neues Gleichgewicht muß aufgebaut werden. Die Funktion des Suchtkranken zur Aufrechterhaltung der Morphostase im pathologischen Alkoholismussystem wird von *Hallmaier (1985)* in Anlehnung an *Kaufman/Kaufmann (1983, 1986)* wie folgt beschrieben:

100 Vgl. Sander, 1993b, S. 10

101 Vgl. Sander, 1993b, S. 11/12

- Der Alkoholabhängige signalisiert durch seine Symptomatik „familiäres ‘Nichtfunktionieren’“;
- Dieses Nichtfunktionieren wird verdrängt bzw. verleugnet. Durch sein Verhalten stabilisiert der Symptomträger die familiäre Morphostase. „Dies ist zwar für alle beschwerlich und spannungsgeladen, jedoch besser als der totale Zusammenbruch“;
- Durch sein Verhalten fördert das süchtige Familienmitglied „den Drang und das Bedürfnis der anderen Mitglieder, zu kontrollieren und zu ‘be-muttern’“;
- Als „bevorzugtes Streitthema“ lenkt der Alkoholismus des Symptomträgers von anderen schwerwiegenden Problemen ab. Diese Probleme bleiben unausgesprochen. Durch den Streit über den Alkoholismus wird der morphostatische Zustand wiederhergestellt.¹⁰²

Indem der Alkoholabhängige durch sein Suchtproblem die Familie beschäftigt, lenkt er von innerfamiliären Problemen ab und zentriert die Energien der Familie auf sich. So gelingt es ihm, in Phasen der Instabilität (z.B. Pubertät, Berufstätigkeit der Frau, Adoleszenz eines Kindes) durch sein Suchtproblem den Zusammenhalt der Familie zu gewährleisten. Indem er die übrigen Familienmitglieder in deren Bemühen, ihn zu retten, bindet, steigt die innerfamiliäre Kohäsion an; die Isolation des Alkoholikers in seiner Familie sowie deren außerfamiliäre Isolation sind allerdings der Preis für den solcherart gewonnenen Familienzusammenhalt.¹⁰³

3.7.2 Das Konzept der Co-Abhängigkeit für die nicht-trinkenden Familienmitglieder

Für die nicht-trinkenden Familienmitglieder einer Alkoholikerfamilie wird in der Literatur häufig der Begriff *Co-Alkoholiker* verwendet. Dabei ist Bedeutung und Gebrauch dieser Bezeichnung in der Literatur eher verwirrend. So wie es keine allgemeingültige, einheitliche Definition von Alkoholismus gibt, gibt es auch keinen einheitlichen Begriff für Co-Alkoholismus bzw. Co-Abhängigkeit.¹⁰⁴ Nachfolgend wird davon ausgegangen, daß es sich bei

102 Vgl. Hallmaier, 1985, S. 271

103 Vgl. von Villiez, 1986, S. 95/96; Heidegger, 1987, S. 9/10

104 *Renkert (1989, 1990)* stellt verschiedene Konzepte von Co-Abhängigkeit vor: Co-Abhängigkeit aus der Sicht der Anonymen Alkoholiker, Co-Abhängigkeit als Persönlichkeits-

Co-Abhängigkeit bzw. Co-Alkoholismus um ein Verhalten handelt, das „in Verbindung mit der Suchterkrankung eines nahestehenden Menschen und den sich daraus ergebenden Beeinträchtigungen auftritt.“¹⁰⁵ Bezogen auf die Alkoholabhängigkeit sind dies Personen, die durch ihr Verhalten den Alkoholiker davor schützen, „die volle Wirkung und die damit verbundenen Konsequenzen seines Alkoholkonsums am eigenen Leibe zu erfahren.“¹⁰⁶ Sie helfen dem Alkoholiker, sich selbst zu täuschen, so daß sein Trinkverhalten für ihn kein Problem darstellt.

Alle Familienmitglieder, die Verantwortung für den Alkoholabhängigen übernehmen, die an sich der Alkoholiker in der Familie wahrzunehmen hätte, sind in diesem Sinne Co-Abhängige, Co-Alkoholiker,¹⁰⁷ Komplizen, die - meist unbewußt - durch ihr Verhalten den Alkoholiker in seinem destruktiven Verhalten „verstärken“ und „bestärken“.¹⁰⁸ Hierzu zählt der erwachsene Partner ebenso wie die Kinder. Da in ihrem Co-Verhalten die einzelnen Familienmitglieder unterschiedliche Rollen für die Aufrechterhaltung der familiären Morphoostase zu „spielen“ haben, werden sie nachfolgend getrennt beschrieben.

3.7.2.1 Die Rolle des nicht-trinkenden Partners

Für den erwachsenen Partner des Alkoholikers - in der Regel der Ehepartner - verwendet *Wegscheider (1988)* den Begriff „Zuhelfer (Enabler)“.¹⁰⁹ Der

störung nach Cermak, Subby's an den Familienregeln orientierter Ansatz, Wegscheiders Ansatz der Alkoholikerfamilie sowie dessen Erweiterung, Norwoods Co-Abhängigkeit als „Beziehungssucht“ sowie Wilson-Schaef's gesellschaftsbezogenes Krankheitskonzept der Co-Abhängigkeit. Das Konzept der Co-Abhängigkeit, das hier vorgestellt wird, ist eng an Wegscheiders Ansatz der Alkoholikerfamilie (1988) angelehnt, der stark mit der Sichtweise der Anonymen Alkoholiker und verwandter Gruppen (Al-Anon, Al-Ateen) korrespondiert. Zur vertiefenden Auseinandersetzung sei auf die weiterführende Literatur verwiesen, z.B. Abfalg, 1993; Bertling, 1993; Rennert 1990; Smith, 1994; Wilson-Schaef, 1986; u.a.m.

105 Vgl. Sander, 1993b, S. 5

106 Vgl. Hallmaier, 1985, S. 273

107 Die Termini Co-Abhängige(r) und Co-Alkoholiker werden nachfolgend synonym verwendet.

108 Vgl. Hallmaier, 1985, S. 273

109 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 96 ff; es liegt nahe, daß aufgrund traditioneller gesellschaftlicher Rollenzuweisungen Frauen besonders gefährdet sind, Zuhelfer zu werden. Dies hat zur Folge, daß im „systemorientierten Rollenmodell“ manchmal „den Frauen wieder

„Zuhelfer“ verhindert in seinem verständlichen Bemühen, seinen Partner vor schlimmen Folgen zu bewahren, durch sein „Helfen“, daß der Alkoholiker sich frühzeitig mit seiner Situation auseinandersetzen muß. Er hilft durch seine Hilfe dem Alkoholiker, sein destruktives, selbstzerstörerisches Trinkverhalten beizubehalten. Indem der Partner die Krise, die „seinen“ Alkoholiker in Behandlung bringen könnte, hinauszögert bzw. verhindert, verlängert er/sie - unbewußt - die Krankheit, den Alkoholismus.¹¹⁰

Ebenso wie die Suchtmittelabhängigkeit des Alkoholikers beginnt auch das Zuhelfen des Partners zunächst unmerklich. Aber mit zunehmendem Fortschreiten der Alkoholabhängigkeit beim Symptomträger, verstärken sich auch die Bemühungen des Zuhelfers, den Alkoholiker vor Schaden zu bewahren. Er übernimmt mehr und mehr Verantwortung für seinen „kranken“ Partner.

Für einen Außenstehenden ist kaum nachvollziehbar, weshalb ein Co-Abhängiger häufig Jahrzehnte in der Beziehung zu einem nassen Alkoholiker verharret, ohne auszusteigen, denn der Preis, den der Zuhelfer für seine langjährige Hilfe bezahlt, ist - ähnlich wie beim Alkoholiker - eine Zerstörung der Gesundheit, psychisch wie physisch. So paradox es auch klingt: Es hat etwas mit einer meist in der Herkunftsfamilie „erlernte(n) Hilflosigkeit“ zu tun, einer Unfähigkeit, für sich selbst in gleichem Maße zu sorgen und Verantwortung zu übernehmen, wie dies für den alkoholabhängigen Partner getan wird. In der Wahrnehmung ihrer eigenen Bedürfnisse gelten Co-Abhängige als hilflos, nicht fähig zur Unterscheidung ihrer eigenen Bedürfnisse von Fremdbedürfnissen.¹¹¹ Der hohe gesellschaftliche Stellenwert des

Schuld zugeschoben wird; durch die einseitige Betrachtung von Co-Abhängigkeit ausschließlich als suchtförderndes Verhalten“ (vgl. Rennert, 1993, S. 30, 31). Auch *Appel (1993)* verwahrt sich gegen Schuldzuweisung an Frauen, die mit einem Abhängigen zusammenleben. Besonders kritisiert sie Interpretationen, wie sie z.B. in Norwoods Ansatz der Co-Abhängigkeit zum Ausdruck kommen. Dort wird Co-Abhängigkeit als Ausdruck von Beziehungs- bzw. Liebessucht interpretiert. Hierzu Appel: „Ich kenne wenige Frauen, die zu viel lieben. Dafür aber zu viele, die zu wenig geliebt werden“ (Appel, 1993, S. 22). *Rennert (1993)* betont, daß in unserem westlichen Kulturkreis die „traditionellen Geschlechterrollen .. eine Entfaltung der persönlichen Potentiale und Übernahme von Selbstverantwortung verhindern.“ In diesem Sinne spiegeln Suchtfamilien - allerdings in „extremer Ausprägung“ - die „gesellschaftliche Situation“ wider (vgl. Rennert, 1993, S. 31).

110 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 96

111 *Rennert (1990)* sowie *Gross (1992)* beschreiben in Anlehnung an *Cermak (1986)* Persönlichkeitsmerkmale und Kriterien für Co-Abhängigkeit, von denen die wichtigsten sind:

Helfens tut sein übriges, daß der „Gewinn von Identität und Selbstwertgefühl durch äußere Bestätigung“ mitursächlich für die Stabilität eines Alkoholismussystems ist. Kaum jemand käme auf die Idee, daß sich - häufig unerkannt - „hinter so hoch anerkannten Tugenden wie Fleiß, Hilfs- und Opferbereitschaft ... eigennützige Motive verbergen könn(t)en.“ So belastend ein Alkoholismussystem für alle Beteiligten auch sein mag: Co-Abhängiger und Abhängiger ergänzen sich wie Schlüssel und Schloß, sind am Bestand ihres Systems für lange Zeit gemeinsam interessiert.¹¹² Insofern ist der Co-Abhängige niemals nur Opfer, sondern zugleich auch als „Ko“mplize mit in die Abhängigkeit verstrickt. Als unwissentlicher Verbündeter ist er „doppelter Teilhaber an der Krankheit: Er kriegt seinen Teil ab, und er trägt ungewollt dazu bei, daß die Abhängigkeit sich verfestigt.“¹¹³

Erst der Ausstieg des Zuhelfers aus dem gemeinsamen „Teufelskreis“ bietet ihm sowie auch seinem Alkoholiker die Chance, zu genesen. Meist bedarf es der Krankheit, damit der Zuhelfer die Vergeblichkeit seines Bemühens einsehen. Erst wenn er nur noch für sich selbst sorgt, hat auch sein umsorgter und behüteter Alkoholiker eine Chance, über das wahre Ausmaß seiner Alkoholabhängigkeit Klarheit zu bekommen. Keine Hilfe (durch den Zuhelfer) ist *die* Hilfe, nicht nur für den co-abhängigen Partner, sondern im besonderen auch für den Alkoholiker. Aber es bedarf meistens erst eines langen Leidensweges, bis es hierzu kommt. Der Abhängige und sein Co-Abhängiger „sind beide Teil eines krankmachenden Bezugs- und Regelsystems, innerhalb dessen sich Gefühle von Schuld, Scham, Verletzung und Kränkung zu einem immer enger werdenden Kreislauf spiralförmig verdichtet haben.“¹¹⁴

Hallmaier (1985) beschreibt drei typische Verlaufsphasen, die der Co-Alkoholiker im Verlaufe der Familiengeschichte durchläuft. Diese Phasen sind

ein niedriges Selbstwertgefühl, das durch ein symbiotisches Verschmelzen mit dem Abhängigen kompensiert wird; ein „völliges Einfrieren von Emotionen“, insbesondere Wut, Trauer, Angst; tiefe Depressionen, die meist verleugnet werden; erhöhte Wachsamkeit/Alarmbereitschaft infolge Zentrierung auf den abhängigen Partner; zwanghaftes Verhalten, insbesondere Kontrollverhalten; Realitätsverleugnung (vgl. Rennert, 1990, S. 136-159; Gross, 1992, S. 122-124).

112 Vgl. Sander, 1993b, S. 12-14

113 Vgl. Sander, 1993b, S. 14; in Anlehnung an Schneider, 1988

114 Vgl. Sander, 1993b, S. 14

zeitlich nicht beschränkt, können sich ständig wiederholen und tragen dazu bei, das Familiensystem unverändert zu belassen:

Beschützer- oder Erklärungsphase

Der nicht-trinkende Partner übernimmt zunehmend Verantwortung für das Verhalten des Alkoholikers, indem er für diesen Erklärungen abgibt, ihn entschuldigt, ihn beschützt. Zwangsläufig wird die Wirklichkeit, je häufiger es zu Alkoholexzessen kommt, für den Zuhelfer immer unerträglicher. Durch die erfolglosen Versuche, den Partner vom Alkoholkonsum abzubringen, sinkt das Selbstwertgefühl des Zuhelfers zunehmend und er beginnt, an sich zu zweifeln. Unzulänglichkeiten des Alkoholikers werden teilweise als die eigenen empfunden und die Folge sind Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle.

Kontrollphase

In dieser Phase ist das Selbstwertgefühl sehr eng an das Trinkverhalten des Alkoholikers gekoppelt. Je mehr dieser trinkt, desto stärker die „Versagensgefühle“ beim zuhelfenden Partner. Durch zunehmende Kontrolle versucht der nicht-trinkende Partner, den Alkoholkonsum und -mißbrauch seines Alkoholikers „in den Griff zu bekommen“. Je stärker der nicht-trinkende Partner seinen Alkoholiker gutmeinend „kontrolliert“, desto stärker wehrt sich dieser gegen diese verstärkte Kontrolle durch „noch mehr trinken“ - ein teuflischer Kreislauf. Sinkt in diesem destruktiven und selbstzerstörerischen Prozeß das Selbstbewußtsein des Zuhelfers gegen Null, schlägt Liebe häufig in Haß um.

Anklagephase

Der Zuhelfer dreht den Spieß nun um, läßt seinen ganzen, über Jahre aufgestauten Ärger und Haß, seine eigene Minderwertigkeit, auf den Partner ab. In dieser Phase kann es zu Abstinenzversuchen des trinkenden Partners kommen, die aber meist erfolglos sind. Da meist keine Veränderung innerhalb der Familie stattfindet, beginnt der Alkoholiker häufig nach einer kurzen Phase der Abstinenz wieder mit dem Trinken - und der Co-Alkoholiker mit dem Helfen und Beschützen. Und er liefert dem Alkoholiker erneut die besten Gründe, nicht mit dem Trinken aufzuhören. Ohne fremde Hilfe ist aus

dem Teufelskreis der gegenseitigen „negativen Verstärkung“ durch „negative Rückkopplung“ meist kein Ausweg möglich.¹¹⁵

Erst wenn es dem Co-Alkoholiker gelingt, seinem trinkenden Partner die „Verantwortung für seine Nüchternheit ganz in die Hand zu geben“¹¹⁶, hat dieser eine Chance. „Einem Drogensüchtigen kann man nicht helfen, höchstens Brücken bauen.“¹¹⁷ Der Co-Abhängige kann nur für sich selbst sorgen, er kann nur sich selbst helfen - und hilft damit seinem trinkenden Partner. Dies verlangt aber ein völliges Umdenken und Umfühlen beim Co-Alkoholiker. Gibt dieser seine eigene destruktive Haltung nicht auf, wird er, z.B. nach einer Trennung von „seinem“ Alkoholiker, mit untrüglichen Instinkt meist einen „neuen“ trinkenden Partner finden, und das Drama kann von vorn beginnen.¹¹⁸

3.7.2.2 Die Rollen der Kinder

Bevor auf die Rollen eingegangen wird, die Kinder in der Familie mit einem erwachsenen Alkoholkranken übernehmen, sei kurz die Atmosphäre skizziert, in der diese Kinder leben und aufwachsen:

- Die Kommunikation in einer Alkoholikerfamilie ist in der Regel erheblich gestört. Kinder lernen meist früh, daß die Eltern häufig nicht das meinen, was sie sagen („double bind“) und wenn, dann kann es morgen schon wieder aufgehoben sein. Das Thema Alkohol, obgleich es den Alltag der Familie dominiert, bleibt weitgehend ausgespart, ist tabuisiert. Die fehlende Kommunikation bewirkt, daß Ängste geschürt und Gefühle unterdrückt werden. An der Tagesordnung sind Unehrlichkeit, Verleugnungen, Beschimpfungen, Drohungen, eine Atmosphäre, in der die Erwachsenen mit sich selbst beschäftigt sind und als Ansprechpartner für kindliche Sorgen und Nöte meist ausfallen;

115 Zu den Co-Abhängigkeits-Phasen im Verlaufe der Familiengeschichte vgl. Hallmaier, 1985, S. 273-275

116 Vgl. Lechler, 1990, S. 25

117 Vgl. Lechler, 1990, S. 30; in diesem Zusammenhang wird als Drogensucht bzw. -abhängigkeit jegliche stoffgebundene Sucht/Abhängigkeit verstanden, nicht nur die auf den illegalen Drogenkonsum bezogene.

118 Vgl. Lechler, 1990, S. 25

- Die Atmosphäre ist angespannt und die gestörte Beziehung der Eltern bewirkt, daß auch die emotionale Beziehung der Kinder zu den Eltern gestört ist. Selten erfahren sie echte Zuneigung bzw. wird ihnen das Gefühl vermittelt, geliebt und akzeptiert zu sein. Die Kinder sind gezwungen, mit sich und ihren Problemen allein zurechtzukommen, denn die Erwachsenen sind viel zu sehr mit sich selbst beschäftigt;
- Die häufig auftretenden Ehestreitigkeiten erzeugen in den Kindern Gefühle von Angst und Ohnmacht. Sie werden ständig hin und her gerissen zwischen der Angst, die Eltern könnten sich trennen und der Hoffnung, daß es nach Versöhnungen besser wird. Häufig werden sie in den elterlichen Konflikt mit einbezogen („Triangulation“), was zu Loyalitätskonflikten führt;
- Das Erziehungsverhalten der Eltern ist gekennzeichnet durch Unbeständigkeit: mal so, mal so! Der Alkoholiker kompensiert seinen Statusverlust häufig durch autoritäres und gewalttätiges Erziehungsverhalten. Da für die Kinder meist nicht einschätzbar ist, welches Erziehungsverhalten die Eltern zeigen werden, sind sie häufig desorientiert, mißtrauisch, unsicher: es fehlt ihnen die notwendige Führung;
- Das Gefühlsleben der Kinder wird stark von der angespannten und wenig liebevollen Familienatmosphäre geprägt, in der sie gezwungen sind, aufzuwachsen. Der Zwang zur Verleugnung/Geheimhaltung der Alkoholproblematik hat zur Folge, daß Gefühlswahrnehmung und -äußerung bei diesen Kindern gestört sind;
- Durch die Übernahme von Erwachsenenfunktionen werden die Kinder in Suchtfamilien permanent überfordert und können ihre kindgemäßen Bedürfnisse meist nicht ausleben;
- Die Belastungen, denen sie ausgesetzt sind, äußern sich häufig in psychosomatischen Beschwerden, Schulversagen und anderen Verhaltensauffälligkeiten;
- Enttäuschte Hoffnungen haben zur Folge, daß die Kinder von Suchtkranken später als Erwachsene unter ihrem Mißtrauen leiden und sich danach sehnen, verlorenes Vertrauen zurückzugewinnen. Die Notwendigkeit, zu früh zu viel Verantwortung übernommen zu haben, alles unter Kontrolle haben zu müssen, hatte zur Folge, daß diese Kinder viel zu früh erwachsen werden mußten und um ihre Kindheit betrogen wurden. Die erworbe-

nen „Fähigkeiten“ finden ihre Fortsetzung meist im späteren Erwachsenenleben.¹¹⁹

In einer derart durch den Alkoholkonsum des Symptomträgers stark belasteten Familie müssen auch die Kinder Aufgaben übernehmen, Rollen spielen, die oft für sie die einzige Möglichkeit sind, psychisch zu überleben. Häufig kommt es durch sog. „triadische Konstellationen“ zu Koalitionen zwischen dem nicht-trinkenden Partner und den Kindern. Darüber hinaus können die Kinder „als Mittel bei der Konfliktlösung eingesetzt werden. ... Alle Möglichkeiten der Rollenübernahme sind für ein Kind in einer Alkoholikerfamilie denkbar, oft eng miteinander verzahnt und nicht exakt zu trennen.“¹²⁰ In Anlehnung an *Wegscheider (1988)*¹²¹ werden nachfolgend charakteristische Rollen beschrieben, die Kinder in einer Alkoholikerfamilie einnehmen und ausfüllen.

119 Zur Atmosphäre in der Alkoholikerfamilie vgl. Bertling, 1993, S. 53-70; Arenz-Greiving, 1990, S. 12-18; Arenz-Greiving, 1993, S. 267-270. Auf die Vielzahl seelischer und körperlicher Folgeschäden, die das Aufwachsen in einer Alkoholikerfamilie für die Kinder zur Folge haben, kann nicht näher eingegangen werden. Sexueller, aber in noch stärkerem Maße emotionaler Mißbrauch (z.B. als Trostspender und Gattensubstitut) sollen in Alkoholikerfamilien häufig anzutreffen sein. Zu den möglichen Auswirkungen der Alkoholsucht auf die Kinder vgl. ausführlich Bertling, 1993, S. 77-211.

120 Vgl. Korb, 1991, S. 71

121 Ähnlich, wie es verschiedene Alkoholismus- bzw. Co-Alkoholismuskonzepte gibt, wurden auch unterschiedliche Rollenkonzepte für Kinder in Suchtfamilien erstellt. Ein am „Kollusions-Modell“ von *J. Willi (1975/1978)* orientiertes Konzept familialer Rollen differenziert in „Exponent“, „Compagnon“, „Vermittler“, „Emigrant“ und „blinder Passagier“ (vgl. Buddeberg/Buddeberg, 1982, S. 146 ff). Diese Rollen weisen Ähnlichkeiten/Überschneidungen zum Rollenkonzept von *S. Wegscheider (1988)* und der Typologie von *M. Cleveland (1982)* auf. *C. Black (1988)* differenziert in „verantwortliches Kind“, „ausagierendes Kind“, „angepaßtes Kind“ und „beschwichtigendes Kind“, Kategorien, die sich gleichfalls mit den Rollenkonzepten von Wegscheider bzw. Cleveland überschneiden bzw. mit diesen identisch sind (vgl. in Rennert, 1993, S. 32-35:). Da in der Literatur am häufigsten benannt, wird nachfolgend Wegscheiders Rollenkonzept für die Suchtfamilie mit einem Abhängigen in der Eltern dyade näher ausgeführt. Da bei der Darstellung systemischer Therapieansätze (vgl. Kap. 4.1.4.3) Minuchin's „strukturelle Ansatz“ gerade für Suchtfamilien bedeutsam ist, wird auch das von *M. Cleveland (1982)* an diesem Ansatz angelehnte Konzept kindlicher Rollen in der Familie mit einem suchtmittelabhängigen Kind gleichfalls näher erläutert.

3.7.2.2.1 Der „Familienheld“

In der Regel übernehmen der älteste Sohn bzw. die älteste Tochter diese Rolle im Familienleben. Nach außen hin ist der Held erfolgreich, gibt der Familie Anlaß zu Freude, Stolz und Hoffnung und lenkt so von den tatsächlichen Problemen ab. Es scheint, „als habe er 'es geschafft'“. ¹²² Er ist gefangen in einem System, das dadurch gekennzeichnet ist, daß der Alkoholiker auf den Alkohol und sein co-abhängiger Partner auf ihn fixiert ist. Dies hat zur Folge, daß der „Held“ entweder zu wenig oder zu viel Aufmerksamkeit erhält. Er ist zunächst „der einzige Gesunde in diesem Dreieck“. ¹²³ Indem er versucht, durch ein sich früh ausbildendes erwachsenes Verantwortungs- und Pflichtgefühl den Sucht-Makel der Familie wettzumachen und zu überspielen, trägt er zu deren Stabilitätserhaltung bei. Er „gleicht Schwachpunkte, die eine Instabilität hervorrufen könnten, aus und stabilisiert den 'brüchig' gewordenen familiären Rahmen.“ ¹²⁴ Bereits früh übernimmt der Familienheld „Erwachsenen-Aufgaben“ in der Familie, z.B. die Betreuung jüngerer Geschwister, die Versorgung des Haushalts, als Trostspender für den nicht-trinkenden Ehepartner, u.a.m. (Stichworte: „Elternkind“, „parentifiziertes Kind“; vgl. Kap. 3.7.3). Dabei verstärkt sich mit zunehmendem Alter in ihm der Drang, „die Defizite in der Familie auszugleichen“. ¹²⁵

Für sein zu frühes „erwachsen-werden/erwachsen-Sein“ zahlt der Familienheld häufig einen hohen Preis: stabilisiert er z.B. durch gute Leistungen in der Schule das Familiensystem, wird er bevorzugt seine Leistungsfähigkeit entwickeln. Durch sein „Leisten“, sein „Stärke zeigen“, schwächt er jedoch zunehmend andere Bereiche seiner Persönlichkeitspotentiale, z.B. die Fähigkeit zu entspannen. Im Verlauf seines Lebens wird sich seine einseitige „Leistungsstärke“, die mit Schwächen in anderen Bereichen korrespondiert, zunehmend als hinderlich erweisen. Selbiges gilt, wenn er durch „Hilfsbereitschaft“ der Familie Freude bereitet. Er wird seine „Helfer-Seiten“ besonders entwickeln, als Erwachsener vielleicht im Sozialbereich „helfend“ tätig sein und - weil er nie gelernt hat, zu *entspannen*, *auszurufen*, sich *abzugrenzen* -

122 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 112

123 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 113

124 Vgl. Korb, 1991, S. 73

125 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 113

sich verausgaben („Burn out Syndrom“).¹²⁶ Selbiges kann er auch im Zusammenleben mit einem süchtigen Partner verwirklichen und „die Bühne (ist) frei für die Fortsetzung des alten Dramas.“¹²⁷

Es ist ein „unbewußter Wiederholungszwang der Familienstruktur“, der Familienhelden häufig einen Partner wählen läßt, an dem sie die „alten, unbewältigten Konflikte weiterhin ausagieren“ können.¹²⁸

Auch wenn dies zunächst nicht so scheint: auch der Familienheld wird durch das Alkoholismussymptom der Familie in seiner Persönlichkeitsentwicklung in erheblichem Maße gestört, eine Störung, die häufig erst spät im Erwachsenenleben sichtbar wird.

3.7.2.2.2 Das „Schwarze Schaf“

Das „Schwarze Schaf“, meist das zweite Kind in der Geschwisterreihe, muß zu seinem Leidwesen feststellen, daß die Rolle des „Helden“ bereits besetzt ist. Es ist zu spät gekommen. Im Familiensystem kann es mit dem Helden niemals mithalten und füllt deshalb die Rolle, die mit „negativer Aufmerksamkeit“ verbunden ist, aus. Es bekommt zwar nicht, was es braucht, nämlich „positive Zu-Wendung“; aber „negative“ Aufmerksamkeit ist immer noch besser als „gar keine“. Das Schwarze Schaf wird gewissermaßen zum „negativen Spiegelbild des Helden.“¹²⁹

126 Unter „Burnout versteht man den ‘...Zustand physischer oder seelischer Erschöpfung, der als Auswirkung langanhaltender negativer Gefühle entsteht, die sich in Arbeit und Selbstbild des Menschen entwickeln’“ (vgl. Fengler, 1993, S. 43; in Anlehnung an Emener/u.a., 1972). Nach einer Untersuchung von *Martin (1988)* sind etwa „80% aller in Helferberufen tätigen Menschen erwachsene Kinder von Suchtkranken“ (vgl. Arenz-Greiving, 1993, S. 278). Der Anteil derjenigen in Helferberufen, die hinsichtlich Suchterkrankungen und Co-Abhängigkeit nur unzureichend ausgebildet sind, wird ebenfalls auf 80% geschätzt (Whitfield, 1988; zit. n. Arenz-Greiving, 1993, S. 278). Dies hat weitreichende Konsequenzen, denn „wenn Helfer/-innen nichts gegen ihre eigenen co-abhängigen Tendenzen tun, dann sind sie nicht in der Lage, wirklich zu helfen, sondern verlängern zu allem Übel das Problem ihrer Klienten/innen unter dem Deckmantel des Helfens“ (Arenz-Greiving, 1993, S. 278). Zum „Ausgebrannt-Sein“ und zum „Helfer-Syndrom“ vgl. Schmidbauer, 1992

127 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 123

128 Vgl. Bertling, 1993, S. 177

129 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 125

Von allen Mitgliedern einer Alkoholikerfamilie zahlt das Schwarze Schaf möglicherweise den höchsten Preis. Zusätzlich zu den kranken Kräften des Familiensystems wirkt sich bei ihm noch - ausgelöst durch ein extrem schwach ausgeprägtes Selbstbewußtsein - ein ausgesprochen selbstzerstörerisches Verhalten verstärkend aus. Nimmt seine Entwicklung den „klassischen Verlauf“, wählt es den „Flucht-Weg“, den auch der Symptomträger in der Familie bereits vorgelebt hat: den Weg in die Abhängigkeit, in die Sucht.¹³⁰ Seine Rolle als „Sündenbock“ hat in der Familie zur Folge, daß seine Devianz die Familie vor neue Schwierigkeiten stellt. Von der eigentlichen Familienproblematik lenkt das Schwarze Schaf ab und stabilisiert somit das Familiensystem. Die innerfamiliären Auseinandersetzungen werden „auf weniger bedrohliche Schauplätze verlegt.“¹³¹ Ist für den Familienhelden im späteren Erwachsenenleben die Rolle des Helfers bzw. Co-Abhängigen „reserviert“, so werden die Schwarzen Schafe häufig zur „neuen Generation von Suchtmittelabhängigen.“¹³²

3.7.2.2.3 Das „Stille“ bzw. das „Verlorene Kind“

Dieses, meist das dritte Kind in der Alkoholikerfamilie, hat in der Familie eine unauffällige Position. Bei seinem Erscheinen auf der Bühne seiner Familie, hat sich das Drama bereits zugespitzt. Ebenso wie sein Vorgänger, das Schwarze Schaf, nimmt es eine Außenseiterrolle in der Familie ein. Aber es versucht gar nicht erst, Aufmerksamkeit zu erwecken, sondern zieht sich von vornherein zurück. Da alle viel zu sehr mit sich beschäftigt sind, hat auch niemand Zeit, ihm die Familienlage zu erklären. In seiner Verwirrung macht es sich *unsichtbar*. In einer Familie, in der „der Abhängige durch sein Trinken, der Zuhelfer durch sein Paktieren, der Held durch seine Triumphe und das Schwarze Schaf durch seine krummen Touren um Aufmerksamkeit wetteifern, ist ein Kind ohne Ansprüche eine wahre Wohltat.“¹³³

Zurückgezogen in sich selbst, schafft sich das „vergessene Kind“¹³⁴ häufig seine eigene Traumwelt. Die Familie schadet dem Kind weniger durch das,

130 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 125, 129

131 Vgl. Korb, 1991, S. 73

132 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 133/134

133 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 136

134 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 137

was sie ihm antut, als durch das, was sie an ihm versäumt.¹³⁵ Da durch seine Un-Sichtbarkeit und die dysfunktionalen Beziehungen in der Familie das „Stille Kind“ so gut wie keine menschliche Nähe und Wärme erfahren hat, ist es häufig im späteren Leben unfähig, tragfähige Beziehungen aufzubauen. Es wird häufig zum stillen Erwachsenen, der durch materiellen Besitz, durch Ablenkungen, seine Beziehungsunfähigkeit kompensiert.

3.7.2.2.4 Der „Familienc clown“ bzw. das „Maskottchen“

Diese Rolle übernimmt in der Regel das jüngste Kind in der Familie. Es spürt, daß etwas in der Familie nicht stimmt; verstehen tut es aber nichts und aufgeklärt wird es in dieser Familie auch nicht. Da die Familiensituation Spannungen und Angst erzeugt, entspannt das jüngste Kind durch Albernheiten und Clownerien das Familiengeschehen. Im positiven Sinne ähnelt diese Rolle der des Sündenbocks¹³⁶, indem sie zur Spannungsentlastung in der Familie beiträgt. Aber auch dem Helden ähnelt sie: „beide schaffen es, positive Aufmerksamkeit auf sich zu lenken und die Familie gleichzeitig aufzuheitern.“¹³⁷ Zunächst scheint die Rolle des Familienc clowns ein „idealer Schutz“ zu sein. Aber auch sie hat ihren Preis: Niemand weiß, wer sich eigentlich hinter seiner lustigen Maske verbirgt.¹³⁸

Im späteren Leben sind Clowns meistens sehr aktive, quirlige Menschen, die ängstlich sind, ihre Angst aber hinter ihrer lustigen Maske verbergen. Ihr Sozialverhalten ist nur oberflächlich ausgebildet und Problemen bzw. Streß weichen sie aus. Für *Wegscheider (1988)* ist er „von allen Mitgliedern der Alkoholikerfamilie derjenige, der am meisten psychisch gestört sein dürfte.“ Da seine Ängste sich häufig zu Phobien ausweiten können, sind Familien-Clowns im späteren Leben prädestiniert für psychische Erkrankungen und Kontakte zur Psychiatrie.¹³⁹

135 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 141

136 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 149

137 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 149

138 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 153

139 Vgl. Wegscheider, 1988, S. 157

3.7.2.2.5 Rollenwechsel in der Familie

Die dargestellten typischen Verhaltensmerkmale und Rollen in der Geschwisterreihe sind im Laufe der Zeit veränderbar. Ebenso kann ein Kind, z.B. in einer Ein-Kind-Familie, mehrere Rollen ausfüllen. In kinderreichen Familien kann auch eine Rolle von mehreren Kindern ausgefüllt werden. All diese Rollen sind Versuche der Kinder, mit der problematischen Familiensituation fertig zu werden, diese zu entspannen und somit einen spezifischen Beitrag zur Funktionsfähigkeit des Familien-Mobiles zu leisten. Darüber hinaus „trägt jede Rollenausübung zur Wahrung des Familiengeheimnisses bei und bindet die Kinder durch Loyalitätsverpflichtungen an den Familienverband.“¹⁴⁰

3.7.3 Triangulation als Beziehungsmuster in der Alkoholikerfamilie

Durch die Ausbildung von Dreiecksbeziehungen zwischen den nicht-trinkenden Familienmitgliedern, kann das Alkoholproblem des Symptomträgers in den Hintergrund treten und auf diese Weise das dysfunktionale Gleichgewicht innerhalb der Familie aufrechterhalten werden. Im Laufe des Lebenszyklusses einer Familie treten in jeder Familie Dreiecksbeziehungen auf. Pathologisch werden diese, wenn sie starr und nicht mehr veränderbar sind und dabei die Generationengrenze überschritten wird, wie das in Alkoholikerfamilien der Fall zu sein scheint. In diesem Zusammenhang spricht *Haley (1967)* von „perversen Dreiecken“, *Minuchin (1978)* von „starrer Triade“ und *Bowen (1966)* von „Triangulationen“.¹⁴¹ Durch solche Dreiecksbeziehungen wird das Austragen von Konflikten in der Alkoholikerfamilie weitgehend vermieden, da dies als zu bedrohlich empfunden wird. Die Konflikte bleiben ungelöst, verstärken sich und werden durch eine Verstärkung der konfliktvermeidenden Tendenzen beantwortet. Letztendlich tragen solche „Nicht-Problem-Lösungsstrategien“ zur Aufrechterhaltung des chronischen Alkoholismus beim Symptomträger bei.

Verstehbar wird der Mechanismus, wenn wir davon ausgehen, daß die Beziehung zwischen dem Symptomträger und dem Haupt-Co-Abhängigen (dem erwachsenen Partner) auf der Paarebene konflikthaft ist. Dann besteht bei der Austragung des/der Primärkonflikts(e) das Risiko, daß die Beziehung

140 Vgl. Arenz-Greiving, 1990, S. 21

141 Vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 177

zerbricht bzw. Gewinner und Verlierer aus dem Konflikt hervorgehen. Durch Hinzuziehung eines Dritten kann der Unterlegene seine Niederlage kompensieren, so daß innerhalb der Zweierbeziehung das Gleichgewicht wiederhergestellt ist. „Die konfliktreduzierende Wirkung auf die problematische Situation bewirkt ihre Stabilisierung und läßt ihre Bedrohlichkeit in den Hintergrund treten.“¹⁴²

Häufigste Dreiecksbeziehung in einem dysfunktionalen Familiensystem, z.B. einem Alkoholismussystem, ist die sog. *Triangulation*. *Haley (1976)* „definiert die Triade als eine Koalition zwischen zwei - meist aus verschiedenen Generationen stammenden - Personen auf Kosten einer dritten. Es handelt sich also um eine Zweierbeziehung, bei der ein Dritter ausgeschlossen wird.“¹⁴³ Pathologisch ist ein solches Eltern-Kind-Bündnis, weil die hierarchische Familienstruktur durch Überschreitung der Generationengrenze verletzt wird. Durch die Allianz mit einem Elternteil erhält das Kind auf der Elternebene zu viel Macht; die Autorität des sich mit ihm verbündenden Elternteils wird untergraben. Darüber hinaus gerät der betreffende Elternteil in Abhängigkeit zum Kind. *Hubschmid/Kurz (1986)* betonen, daß bei einem „parentifizierten“ Kind (auch: „Elternkind“) zwischen einer exekutiven und einer emotionalen Ebene unterschieden werden muß. Während ein „parentifiziertes Kind“ (Boszormenyi-Nagy, 1973) auf emotionaler Ebene „Elternfunktionen seinen eigenen Eltern gegenüber zu erfüllen“ hat, indem es „Nähe und Wärme“ bietet und in einem Ehekonflikt entspannend und ausgleichend wirkt, handelt ein „Elternkind“ (Minuchin, 1967/1974) meist wie ein Elternteil und übernimmt elterliche Funktionen (z.B. Versorgung und Verantwortung gegenüber jüngeren Geschwistern). In Familien mit einem suchtabhängigen Kind, durch dessen Versorgung und Betreuung die Eltern überfordert sind, kann ein Elternkind durch Übernahme von Erwachsenenfunktionen die Eltern entlasten. In Familien mit einem Alkoholiker in der Ehedyade kann ein parentifiziertes Kind den nicht-trinkenden Partner trösten, entlasten und gewissermaßen als Gattensubstitut wirken. In der Praxis vermischen sich häufig beide Funktionen, so daß „parentifizierte“ Kinder meist auch „Elternkinder“ sind.¹⁴⁴ Da Elternkinder bzw. parentifizierte Kinder bereits früh gezwungen sind, Verantwortung zu übernehmen, ist ihr

142 Vgl. Simon/Stierlin, 1994, S. 381

143 Vgl. Hubschmid/Kurz, 1986, S. 227

144 Vgl. Hubschmid/Kurz, 1986, S. 226/227

Selbstwert sehr eng an die Rolle des Helfenden gekoppelt. Sie werden demzufolge auch in ihren späteren Paar- bzw. Berufsbeziehungen häufig die Rolle des Helfenden einnehmen und sind demzufolge prädestiniert für die Fortsetzung einer co-abhängigen Karriere, beispielsweise mit einem Suchtmittelabhängigen. Die negativen Folgen des zu frühen Erwachsen-werdens derartig ausgenutzter und mißbrauchter Kinder, meist sind es die Familienhelden, zeigt sich meist erst spät im Leben („Burn out Syndrom“, „hilflose Helfer“, Depressionen, psychosomatische Erkrankungen, u.a.m.). Aber da diese Kinder auch früh Macht erhalten haben und auf der Eltern-Ebene zur Stabilisierung der Beziehung zwischen Symptomträger und Co-Alkoholiker beitragen, ist diese Rolle auch mit Gewinn, nämlich persönlichem Selbstwert verbunden.¹⁴⁵ Dank ernten diese Kinder allerdings nur in den seltensten Fällen für ihre aufopferungsvolle Tätigkeit im Dienste der Familie: Da ihnen alle „Dank schulden“ sind sie „bei den anderen Familienmitgliedern (meist) unbeliebt“. Darüber hinaus ist ihre Ablösung aus dem Elternhaus erheblich erschwert, da sie in der Familie gebraucht werden.¹⁴⁶

3.8 Kindliche Rollen in einem Alkoholismussystem mit einem Kind/Jugendlichen als Symptomträger

Familien mit einem symptomatischen Jugendlichen weisen „dysfunktionale Strukturen auf“, deren Charakteristika „Verstrickung, Überfürsorglichkeit, Rigidität und Konfliktvermeidung“ sind.¹⁴⁷ In Anlehnung an Minuchins „strukturellem“ Familienmodell“ (vgl. Kap. 2.5) und Haley's „strategischem“ Ansatz entwirft *Cleveland (1982)* für die Kinder in Familien mit einem suchtmittelabhängigen Jugendlichen ein Rollenkonzept, das nachfolgend näher erläutert wird.¹⁴⁸ Dabei wird differenziert in Rollen mit großer

145 Vgl. Korb, 1991, S. 77-80

146 Vgl. Hubschmid, 1986, S. 231

147 Vgl. Cleveland, 1982; in Anlehnung an Minuchin

148 Cleveland's Rollenkonzept ist auf die Familie mit einem Jugendlichen bezogen, der illegale Drogen konsumiert. Es kann m.E. hilfreich sein, dieses Konzept auch auf die Familie mit einem alkoholabhängigen Jugendlichen anzuwenden. Dabei gilt für jegliches Rollenkonzept das gleiche, was bereits zu den Phasenmodellen von Hallmaier und Steinglass (vgl. Kap. 3.5) angemerkt wurde: Jede Familie bzw. jedes Familienmitglied ist einmalig und - so hilfreich Modelle für Diagnostik/Therapie auch sein mögen - sie dürfen nicht dazu verleiten, eine Familie bzw. ein Familienmitglied in die jeweils passende Schublade hineinzutun.

struktureller Auswirkung („symptomatisches Kind“, „Elternkind“, „braves Kind“) und weniger bedeutenden Hilfsrollen („Anwaltskind“, „Analytiker Kind“, „Friedensstifter-Kind“ und „Kind als Therapeut“).

3.8.1 Die Rolle des „symptomatischen“ Kindes

Es handelt sich hierbei um ein Kind, mit dessen „Hilfe“ nicht lösbare Konflikte der Elterndyade umgelenkt werden. „Strukturell stehen solche Kinder im Scheitelpunkt eines pathogenen Dreiecks“, das aus ihnen und den beiden nicht-suchtmittelabhängigen Elternteilen besteht. Indem sie die Aufmerksamkeit auf sich und ihre Symptomatik richten, lenken sie von der Eheproblematik ab, da eine Auseinandersetzung der Ehepartner mit dem primären Paarkonflikt offenbar zu bedrohlich für den Zusammenhalt des Familiensystems ist. Indem sie durch ihre Symptomatik zum Erhalt des Familiensystems einen enorm wichtigen Beitrag leisten, wird diesen Kindern von ihren Eltern zu viel Macht zugestanden. Derart in den Mittelpunkt gestellt, manipulieren Symptomkinder durch ihr körperliches Wohlbefinden, ihr Verhalten, ihre Befindlichkeit „Stimmung und Moral der ganzen Familie.“¹⁴⁹

Die Familienstruktur besteht aus Vater, Mutter und dem Kind, das durch seine Suchtmittelabhängigkeit (Alkohol, Drogen, Eßstörungen) oder einem anderen auffälligen Verhalten (z.B. Schulversagen) mit den Eltern in einer *Triangulation* verbunden ist. Das Symptomkind ist meist das älteste Kind der Familie. Bei den Geschwistern fehlt ein sog. „Elternkind“; es gibt jedoch häufig ein jüngeres Geschwister, das die Rolle des „braven Kindes“ (vgl. Kap. 3.8.3) einnimmt. Nach einem starren Muster wird das Kind in den Paarkonflikt mit einbezogen:

- Der Paarkonflikt eskaliert auf der Elternebene;
- Das symptomatische Kind mischt sich ein und reduziert hierdurch den Konflikt der Eltern;
- Es kommt zum Konflikt zwischen einem Elternteil und dem symptomatischen Kind: der Konflikt auf der Elternebene wird umgelenkt und es kommt zu einem neuen Konflikt auf der Eltern-Kind-Ebene;
- Der andere Elternteil greift beschwichtigend in den Eltern-Kind-Konflikt ein;

149 Vgl. Cleveland, 1982, S. 272

- Der Paarkonflikt eskaliert erneut auf der Elternebene, allerdings geht es nun nicht mehr um den ursprünglichen Konflikt der Eltern (Primärkonflikt), sondern um den Konflikt mit dem symptomatischen Kind (Sekundärkonflikt);
- Das Symptomkind mischt sich erneut beschwichtigend ein;
-;

Entscheidend ist, daß sich „der Fokus des familiären Konflikts“ verschiebt: Er verbleibt nicht auf der Ehebeziehung, sondern pendelt „von dieser zu den Beziehungen zwischen jedem Elternteil und dem Kind hin und her. ... Dieser Zyklus wird ständig wiederholt, ohne daß dabei irgendein Problem gelöst oder irgend etwas verändert wird.“¹⁵⁰ Bei dieser „Problemlösungsstrategie“ (besser: Problemlösungsvermeidungsstrategie) wird die Konflikthaftigkeit der Ehebeziehung in ein gemeinsames Vorgehen gegenüber dem abhängigen Kind umgelenkt und das Kind zum ausschließlichen Familienproblem deklariert. Durch die Sucht des Kindes haben die Eltern ein gemeinsames sekundäres Problem und können näher zusammenrücken. Ihr eigener, primärer Konflikt tritt in den Hintergrund. Das Kind leistet durch seine Sucht einen Beitrag zur Stabilisierung einer problematischen Ehe- und Familiensituation, indem es den partnerschaftlichen Konflikt der Eltern auf sich umlenkt und somit dessen Angehen bzw. Lösung verhindert. Das Risiko des Auseinanderbrechens der Familie (z.B. durch Trennung, Scheidung) ist zu groß, wenn die Eltern den Konflikt auf der Paarebene zu lösen versuchen würden. Die „Um-Lenkungs-Strategien verstärken die Sucht des Kindes, aber auch die Gesamtheit der dysfunktionalen Strukturen in der Familie. Das Eheproblem der Eltern bleibt ungelöst, die Stabilität der Ehebeziehung ist nur eine scheinbare und der Preis des Symptomkindes ist extrem hoch: es bezahlt mit seiner Gesundheit und da es unverzichtbar ist, bleibt es im Familienghetto gefangen.

3.8.2 Triangulation unter Einbeziehung eines „Elternkindes“ (Eltern-Kind-Koalition)

In Anlehnung an *Minuchin (1974)* handelt es sich beim Elternkind um ein Kind, das in bezug auf das Symptomkind elterliche Funktionen übernimmt. Bei diesem Familientyp wird strukturell durch den Einbezug eines Kindes

150 Vgl. Cleveland, 1982, S. 272/273; in Anlehnung an Minuchin/u.a., 1978

als „Elternkind“ das pathogene Familiendreieck zu einem Viereck erweitert. Hierbei ist ein besonders engagierter Elternteil (häufig die Mutter) in überfürsorglicher Weise mit dem Symptomkind verstrickt; der weniger engagierte Elternteil verbündet sich mit einem Elternkind. Indem so zur Allianz „Mutter-symptomatisches Kind“ durch die Allianz „Vater-Elternkind“ ein Gegenpol gebildet wird, wird der Vater „von seinen elterlichen Entscheidungspflichten befrei(t) und damit ein Konfliktherd zwischen Vater und Mutter entfernen(t).“ Beide Elternteile gewinnen aus ihren Bündnissen „emotionale Unterstützung“. Darüber hinaus können die Eltern gegenüber dem symptomatischen Kind eine „gemeinsame mißbilligende Haltung einnehmen“ und „unangenehme Entscheidungen“ auf das „Elternkind übertragen“. Während das symptomatische Kind für die Umlenkung des Ehekonflikts auf sich für sein Bemühen mit dem Symptom „bezahlt“, ist auch die Umlenkung der „erzieherische(n) Unfähigkeit der Eltern“ auf das Elternkind für dieses nicht kostenfrei: „...durch Bestärkung in einem nicht altersgemäßen Verhalten“ zahlt es mit „einer Behinderung infolge dysfunktionaler Entwicklung.“ Diese sich meist erst im späteren Leben zeigende Behinderung wird dadurch kompensiert, daß das Kind durch seinen Aufstieg in der Familienhierarchie aus seiner Rolle „viel unmittelbare Befriedigung“ erhält. Indem es selbst elterliche Pflichten übernimmt, kann es jedoch zum symptomatischen Geschwister keine normale Beziehung aufbauen und auch die Eltern verliert es „als wirksame Vorbilder für die Elternrolle.“¹⁵¹

Die Dynamik in der Familie folgt ebenfalls einem immer gleichen starren Muster

- Der weniger engagierte Elternteil versucht mit dem Symptomkind, Kontrolle über dessen Verhalten und Symptomatik zu erlangen;
- Der überfürsorgliche Elternteil pendelt zwischen zwei Verhaltensweisen: Er nimmt das Symptomkind „in Schutz“, zieht sich zurück, nimmt es in Schutz, ...;
- Das Elternkind unterstützt den weniger engagierten Elternteil, zieht sich zurück, unterstützt, ... und zeigt somit ein ähnliches Verhalten wie der überfürsorgliche Elternteil mit dem Symptomkind.

Charakteristisch für diese Familienstruktur ist, daß in zweifacher Weise die Generationengrenze durchbrochen ist: Je ein Elternteil ist mit je einem Kind

151 Vgl. Cleveland, 1982, S. 268-270

verstrickt, verbündet; dieses erhält Macht auf der Elternebene. Besonders im Falle der Koalition zwischen dem weniger engagierten Elternteil und dem Elternkind kommt es zur „Rollenumkehr“. Die Dynamik ist gekennzeichnet durch ein Anheizen des Konflikts und sein Abflauen im ständigen Wechsel. Hierdurch wird die Morphostase des Familiensystems aufrechterhalten.¹⁵²

Auch im Fall der Eltern-Kind-Koalition durch Einbezug eines Elternkindes tritt der primäre eheliche Konflikt zurück; das symptomatische Kind sowie das Elternkind bleiben an das Elternhaus gebunden und ihre Ablösung bzw. Trennung in der Adoleszenz wird erheblich verzögert bzw. verhindert. Symptomkind wie Elternkind tragen dazu bei, Konflikte zwischen den Eltern zu vermeiden und deren Ehebeziehung zu stabilisieren.

3.8.3 Die Rolle des „braven“ Kindes

Diese Rolle ist nicht identisch mit der des Elternkindes, auch wenn ein Kind beide Rollen in sich vereinigen kann. Sie ähnelt sehr stark der Rolle des Familienhelden in Wegscheiders Rollenkonzept (vgl. Kap. 3.7.2.2). Dieses Kind ist fleißig, strebsam, verhält sich familien- und gesellschaftskonform, lenkt durch seinen Erfolg von familiären Problemen ab und läßt nach außen die Familie „als erfolgreich erscheinen“. Einsam und unter großem „Leistungs“-Druck stehend, ist die Rolle des braven Kindes zwischen Familie und Außenwelt angesiedelt: „Während das ‘symptomatische’ Kind der ehelichen Konfliktumleitung dient und das ‘Elternkind’ elterlichen Streß umleitet, scheint das ‘brave’ Kind die an die Familie als Ganzes herangetretenen Anforderungen durch sozial anerkanntes, moralisch einwandfreies Benehmen abbiegen zu wollen.“¹⁵³ Aber auch dieses Kind zahlt „seinen“ Preis für seine nicht ausgewogene Persönlichkeitsentfaltung (vgl. Kap. 3.7.2.2).

3.8.4 Kindliche „Hilfsrollen“

Handelt es sich bei den Rollen „symptomatisches Kind“, „Elternkind“ und „braves Kind“ um Rollen, denen eine hohe strukturelle Auswirkung (sprich: Bedeutung) für das Familiensystem zugesprochen wird (beim „Symptomkind“ und dem „Elternkind“ werden die Generationenschranken durchbro-

152 Vgl. Cleveland, 1982, S. 273; in Anlehnung an Minuchin/u.a., 1978; Stanton/u.a., 1978

153 Vgl. Cleveland, 1982, S. 270-272

chen; das „brave Kind“ steht gewissermaßen vermittelnd zwischen der Familie und dem weiteren sozialen Umfeld), sind die folgenden Hilfsrollen geeignet, „das familiäre Funktionieren beträchtlich mit(zu)beeinflussen; die Struktur des Systems (können sie) jedoch nicht wesentlich verändern.“¹⁵⁴ Sie seien deshalb auch nur kurz angesprochen.

Unter einem *Anwaltskind* wird ein Kind verstanden, das dem geschwisterlichen Subsystem vorsteht und sich gewissermaßen als „Anwalt für die Rechte der Kinder“ einsetzt. Die Ausprägung dieser Rolle hängt davon ab, „welcher Verantwortlichkeitsgrad ihm von den Eltern zugebilligt wird und wieviel von ihrer Entscheidungsgewalt die Eltern an die Kinder abzutreten gewillt sind.“¹⁵⁵

Wird diese Rolle vom „symptomatischen Kind“ mit übernommen, was häufig vorkommen soll, wird die ohnehin schon starke Position dieses Kindes noch mehr gestärkt. Gemeinsam mit den Geschwistern, die sich ihm eng anschließen, steht den Eltern nun ein so starkes innerfamiliäres Subsystem gegenüber, daß sie diesem häufig nicht gewachsen sind. Das „symptomatische Anwaltskind unterminiert auf wuchtige Weise die Exekutivgewalt der Elternachse.“¹⁵⁶

Unter *Analytiker-Kind* sind jene Kinder zu verstehen, die meist „viel klarere Vorstellungen“ davon haben „wie das gesamte Familiensystem funktioniert als ihre Eltern.“ Schlecht durchschaubar ist für diese Kinder das eheliche Subsystem; die kindlichen Subsysteme bzw. die Eltern-Kind-Koalitionen durchschauen sie in der Regel recht gut.¹⁵⁷

Ein *Friedensstifter-Kind* vermittelt „zwischen den Geschwister-, Eltern/Kind- und ehelichen Subsystemen.“ Als Träger dieser Rolle fungiert meist ein Kind, das „weniger offensichtlich verstrickt ist“; in seltenen Fällen wird diese Rolle auch vom „braven Kind“ ausgefüllt. Die Funktion dieses Kindes besteht darin, bei einem „Spannungsanstieg“ in der Familie „die familiäre Aufmerksamkeit abzulenken oder die Situation so umzudefinieren, daß sie

154 Vgl. Cleveland, 1982, S. 274

155 Vgl. Cleveland, 1982, S. 274/275

156 Vgl. Cleveland, 1982, S. 274

157 Vgl. Cleveland, 1982, S. 275

erträglicher wird.“ Häufig dient dieses Kind auch als „Brücke“ zwischen „den Eltern und dem ‘symptomatischen’ Kind.“¹⁵⁸

Das *Therapeutenkind* schließlich ist jenes Kind, welches „den Ernst familiärer Probleme erkennt“ und sich „um Hilfe bemüht“. Häufig ist dies das symptomatische Kind, indem es „ein Verhalten ausagiert, das eheliche Spannungen reduziert.“ Mit seiner Symptomatik kann dieses Kind z.B. „geschiedene Eltern dazu zwingen, wieder miteinander zu verkehren.“¹⁵⁹

Sowohl die „Hilfsrollen“ als auch die „strukturell wichtigen Rollen“ sind dergestalt „miteinander verwoben“, daß sie sich „gegenseitig unterstützen“ und zur „Erhaltung der Familienhomöostase“ beitragen.¹⁶⁰ So trägt jeder dazu bei, ein Familiensystem zu stabilisieren, das ein Beobachter aus seiner Außenperspektive als „hochgradig dysfunktional“ einstufen würde. Für die Morphostase des Familiensystems jedoch sind alle Funktionen/Rollen „hochgradig funktional“.

Wie aus den bisherigen Ausführungen hervorgeht, handelt es sich beim Alkoholismus nicht um die Einzelerkrankung eines Suchtmittelabhängigen, sondern um eine Familienkrankheit. Der mißbräuchliche Alkoholgebrauch des Symptomträgers hat Auswirkungen auf sein gesamtes soziales Umfeld, insbesondere auf die Familie. Durch die Herausbildung von zur Suchtmittelabhängigkeit des Symptomträgers passender Verhaltens- und Interaktionsmuster (sog. „Schlüssel-Schloß-Prinzip“) stabilisiert sich die Alkoholikerfamilie in ihrer Dysfunktionalität und Pathologie selbst. Durch eine Vielzahl von Strategien über lange Zeiträume wird die Gefahr des Aussteigens eines Mitspielers aus dem kranken Familiensystem verhindert. Erst wenn der Leidensdruck beim Symptomträger bzw. einem Co-Alkoholiker zu groß wird, wenn einer aus dem Teufelskreis aussteigt, beispielsweise, indem er professionelle Hilfe aufsucht oder sich einer der Selbsthilfegruppen im Suchtbereich, z.B. den Anonymen Alkoholikern, anschließt, besteht eine Chance auf Veränderung für den einzelnen und das gesamte Familiensystem.¹⁶¹

158 Vgl. Cleveland, 1982, S. 275/276

159 Vgl. Cleveland, 1982, S. 276

160 Vgl. Cleveland, 1982, S. 276/277

161 In der Literatur wird häufig der Begriff *Tiefpunkt* für jenen Zustand herangezogen, an dem ein Familienmitglied aus dem Familienverband aussteigt. Tiefpunkt bedeutet nicht „die totale Zerstörung des Systemverbandes“, sondern kennzeichnet die Bereitschaft zur

Nachfolgend sollen therapeutische Ansätze/Strategien dargestellt werden, die bei der Behandlung des einzelnen (z.B. im Rahmen einer systemischen Einzeltherapie) bzw. der gesamten Familie (z.B. im Rahmen einer systemischen Familientherapie) die Kontextgebundenheit des symptomatischen Verhaltens berücksichtigen.

„bedingungslosen Kapitulation“. ... „... der Tiefpunkt ist kein geografischer Ort, z.B. die Gosse, sondern ein innerer Zustand, wo der Betreffende erfährt, daß nur eine entscheidende Änderung Aussicht auf neues Leben gibt“ (vgl. Lechler, 1990, S. 19; 34).

4 Systemische Therapie¹ als Behandlungsmodus für Alkoholabhängigkeit

Durch die zunehmende Einführung einer systemischen Sichtweise in die Behandlung schwer therapierbarer Symptome (z.B. Schizophrenie) etwa ab Anfang der 50er Jahre in den USA, begann eine stürmische Entwicklung in Psychotherapie und Psychiatrie, die die Bundesrepublik allerdings erst mit zeitlicher Verzögerung Anfang der 70er Jahre erreichte. Die Arbeit der Gründerväter einer familien- bzw. systemorientierten Sicht (z.B. Ackermann, Whitacker, Jackson, Bateson, Haley, Weakland, Bowen, Wynne, Watzlawick, Boszormenyi-Nagy, u.a.) konzentrierte sich zunächst verstärkt auf Familien von Schizophrenen und erst ab den späten 60ern und zu Beginn der 70er Jahre geriet auch der Bereich der Suchterkrankungen (z.B. durch die Arbeit von Selvini-Palazzoli mit Magersuchtfamilien) verstärkt in den Aufmerksamkeitsfokus systemisch tätiger Therapeuten.²

EWING u. FOX (1968) versuchten in einer ersten Untersuchung über Familientherapie und Alkoholismus, „die theoretischen Konzepte der führenden Familientherapeuten BATESON u. JACKSON auf die Arbeit mit Alkoholkran-

-
- 1 Im nachfolgenden wird - außer in wörtlichen Zitaten - bevorzugt von system-orientierter bzw. Systemischer Therapie gesprochen, um zum Ausdruck zu bringen, daß neben einer systemischen Familientherapie (Therapie mit der ganzen Familie) auch systemische Einzelbehandlung praktiziert wird. Nichtanwesende Familienmitglieder bzw. andere wichtige Personen/Institutionen des soziokulturellen Kontextes werden bei einer systemischen Einzelbehandlung allerdings hinzuhalluziniert bzw. hinzugedacht, d.h. der Fokus bleibt aufs System gerichtet. Mit den Termini systemorientierter bzw. Systemischer Therapie, die synonym verwandt werden, soll des weiteren berücksichtigt werden, daß neben den Familiensystemen (aktuelle Familie, Herkunftsfamilien) auch andere Systeme mit berücksichtigt werden sollten (z.B. Berufssystem, Freundschaftssystem, u.a.m.), insgesamt also das gesamte Ökosystem, der gesamte soziokulturelle Kontext, in den ein Mensch eingebunden ist.
 - 2 Zu den Begründern der Familientherapie vgl. ausführlicher: Hoffman, 1984; Kriz, 1989; einer der Pioniere der Familientherapie, *John Weakland*, äußerte sich dahingehend, daß sich „die Familientherapie anfänglich auf den Schutthalden der Psychiatrie angesiedelt habe“ und brachte damit zum Ausdruck, daß sich die Familientherapie gerade jener Patienten annahm, „bei denen andere Psychiater und Therapeuten (bereits) aufgegeben hatten“ (vgl. Stierlin, 1990, S. 117).

ken zu übertragen.“³ Dabei gingen dieser Untersuchung jedoch einige Entwicklungsstufen voraus.

STEINGLASS (1979) postuliert ab etwa 1937 sechs Entwicklungsphasen, in denen chronischer Alkoholismus zunehmend unter strukturellen und - erst sehr verspätet - auch unter interaktionell/kommunikativen Aspekten im Familienkontext betrachtet wurde.⁴

Derzeit dürfte es wohl kaum einen psychotherapeutischen Bereich geben, der in solch „relativ kurzer Zeit einen ähnlich hohen Aktualitäts- und Komplexitätsgrad erreicht hat wie die Familientherapie“⁵ und inzwischen bestreitet ernsthaft wohl niemand mehr, daß bei Suchterkrankungen „die Familie eine wichtige Bedeutung in der Ätiologie der Krankheit sowie deren Aufrechterhaltung hat und deshalb auch in die Behandlung einbezogen werden muß.“⁶

Wie diese Einbeziehung allerdings erfolgen soll, stellt sich angesichts der immer zahlreicher werdenden Familientherapiekonzepte zunehmend als problematisch dar. In den USA wurden bereits 1976 „zwölf verschiedene Familientherapie-Richtungen“ gezählt⁷ und - wie VOLLMOELLER (1989) betont -: „Es fällt zunehmend schwerer, sich einen Überblick über die aktuelle Vielfalt familientherapeutischer Möglichkeiten zu verschaffen.“⁸ Begünstigt wurde diese Entwicklung dadurch, daß den familientherapeutischen Ansätzen eine „zentrale Gründerpersönlichkeit“ fehlt, im Unterschied zur Psychoanalyse, die sich auf den „Übervater“ Freud zurückführen läßt. Die Folge dieser „Mehrwurzigkeit“ der Familientherapie ist ein Methodenpluralismus, dem allerdings bei aller Unterschiedlichkeit eines als Gemeinsamkeit geblieben ist: aktuelle individuelle Störungen werden nicht nur auf das Individuum zurückgeführt, sondern im Kontext des sozialen Umfeldes, in erster Linie der Familie, betrachtet und therapiert.

3 Vgl. Kuypers, 1981, S. 101; Hervorhebungen durch die Autorin

4 Zu den einzelnen Entwicklungsstufen in Anlehnung an Steinglass (1979) vgl. ausführlicher: Kuypers, 1981, S. 101/102.

5 Vgl. Vollmoeller, 1989, S. 15

6 Vgl. Kuypers, 1981, S. 102

7 Vgl. Kuypers, 1981, S. 102

8 Vgl. Vollmoeller, 1989, S. 15

Familientherapie ist insofern zweierlei zugleich: einerseits Ausdruck einer neuen Sicht sowie andererseits spezifische therapeutische Technik, wobei der neueren Sichtweise eindeutig die zentralere Bedeutung zukommt.

Derzeit und auch für die nähere Zukunft ist nicht mit einem einheitlichen familientherapeutischen Konzept zu rechnen und auch „die zunehmende system-theoretische Betrachtung von Familien“⁹ sowie der Versuch der Heidelberger Schule um Helm Stierlin, unterschiedliche systemische Ansätze/Konzepte ineinander zu integrieren, ändern hieran nichts.

4.1 Modelle der Familientherapie

In Anlehnung an Vollmoeller (1989)¹⁰ lassen sich vier Hauptströmungen unterscheiden, innerhalb derer sich Untergruppen und Mischformen herausgebildet haben:

- eine stark von der Psychoanalyse beeinflusste *psychodynamisch* orientierte Richtung, deren wichtigste Vertreter BOSZORMENYI-NAGI, WYNNE und - im deutschsprachigen Raum - RICHTER (vgl. die Ausführungen zu seinem Rollenkonzept in Kap. 2.5.4), SPERLING (vgl. die Ausführungen zur Mehrgenerationenperspektive in Kap. 2.6.2.4) sowie die Heidelberger Gruppe um STIERLIN (vgl. das Heidelberger Familien-Modell in Kap. 2.6.2) sind;
- eine *verhaltenstherapeutisch* (lerntheoretisch, trainingsorientiert) orientierte Richtung (Vertreter dieser Richtung sind u.a. JACOBSEN, NITZ, PETERMANN);
- eine *entwicklungsorientierte* (erlebnisbezogene, wachstumsorientierte) Richtung (wichtige Vertreter sind SATIR, WHITACKER, KEMPLER, KIRSCHENBAUM, u.a.);
- eine *systemtheoretisch* (kontextbezogen, komplex-interaktionell) orientierte Richtung, die sich wiederum in drei große Schulen untergliedern

9 Vgl. Vollmoeller, 1989, S. 16

10 Neben der genannten Unterscheidung von Vollmoeller, 1989, an der sich auch Schmidtbreick, 1992, orientiert, gibt es für die Vielzahl familientherapeutischer bzw. systemischer Ansätze auch andere Klassifikationsmöglichkeiten, u.a. von A. v. Schlippe, 1991. Besonders von Schlippe betont, daß es sich bei solchen Ordnungsversuchen nur um jeweils „eine mögliche Aufteilung handelt, die z.T. auch künstliche Trennungen schafft“, da „Vernetzungen innerhalb der ‘Schulen’ unter den Tisch“ fallen (vgl. von Schlippe, 1991, S. 43).

läßt: das *kommunikationstheoretische* Modell der sog. Palo Alto Gruppe (WATZLAWICK & Mitarbeiter; als sehr eng an dieses Konzept angelehnte Weiterentwicklung kann der lösungsorientierte *kurztherapeutische* Ansatz von DE SHAZER & Mitarbeitern am Brief Family Therapy Center in Milwaukee/USA angesehen werden!), die *Mailänder Schule* (SELVINI-PALAZZOLI, CECCHIN, PRATA, BOSCOLO u.a.) sowie der *strukturelle* Ansatz (MINUCHIN und Mitarbeiter). Zwischen diesen drei Ansätzen innerhalb der systemtheoretisch orientierten Ansätze gibt es Überschneidungen/Verbindungen, z.B. Haley's *direktiven* Ansatz.

Auch innerhalb der familientherapeutischen Hauptströmungen (z.B. zwischen der familiendynamischen und der systemischen Richtung) sind Überschneidungen/Verbindungen in der Praxis der Normalfall. So vertritt kaum jemand mehr z.B. einen „ausschließlich ‘systemischen’ bzw. ausschließlich ‘psychodynamischen’ Ansatz“, im Gegenteil: „Therapeuten integrieren oftmals verschiedene Ansätze und Richtungen in ihre Arbeit.“ Ermöglicht und erleichtert wird dies, „weil die verschiedenen familientherapeutischen Ansätze, im besonderen die systemisch orientierten, sich eher graduell unterscheiden, nämlich zum Beispiel darin, wie sie ansetzen und welche therapeutischen Techniken sie benutzen.“¹¹

Nachfolgend werden Charakteristika der vier Hauptströmungen sowie jener systemischen Ansätze dargestellt, die für die Behandlung von Alkoholabhängigkeit bedeutsam zu sein scheinen.

4.1.1 Psychodynamische Familientherapie

Charakteristisch für diese Richtung der Familientherapie ist die Verschiebung des Aufmerksamkeitsfokus von der individuellen zur familiären *Psychodynamik*. Im Zentrum der Betrachtung/Beobachtung/Therapie stehen die Beziehungen, insbesondere „Übertragungsbeziehungen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern“, wobei „die Themen und Inhalte von Interaktionen... einen höheren Stellenwert für die Behandlung von Problemen (haben) als der strukturelle Aufbau des familiären Systems.“¹² Für diesen Ansatz sind „Trennungskonflikte“ (Abhängigkeitsbeziehungen, Verstrickungen),

11 Vgl. Schmidtbreick, 1992, S. 13

12 Vgl. Vollmoeller, 1989, S. 17

„Delegationskonflikte“ (Loyalitätsprobleme, Ausbeutung/Mißbrauch z.B. durch Parentifikation) und „Rollenkonflikte“ (z.B. durch Konfliktumleitungen), meist unter Berücksichtigung einer mehrgenerationalen Perspektive (z.B. transgenerationell vermittelte Vermächtnisse, familiäre Verdienste) wichtige Elemente, die es im therapeutischen Prozeß zu bearbeiten gilt (vgl. hierzu das „Heidelberger Familien-Modell in Kap. 2.6.2 sowie die Kap. 3.4; 3.7).¹³

Insbesondere die *Heidelberger Schule* (Stierlin & Mitarbeiter) bemüht sich darüber hinaus um eine Integration der familiendynamischen Perspektive (vgl. Kap. 2.6.2) mit systemisch/strukturellen Ansätzen (vgl. Kap. 4.1.4).

Unter Berücksichtigung der Hauptperspektiven des familiendynamischen Konzepts der Heidelberger Schule (vgl. Kap. 2.6.2) ist es das Ziel therapeutischer Bemühungen, eine systemisch-wechselseitige Ko-Individuation aller Familienmitglieder zu ermöglichen. Dies heißt für die Praxis: die Bereitschaft zum Dialog aber auch die Fähigkeit, sich abzugrenzen, werden durch aktives Kommunikationstraining gefördert. Dabei werden je nach vorherrschendem Interaktionsmodus (Bindung bzw. Ausstoßung) Bindungen gelockert bzw. tragfähige Bindungen hergestellt, widersprüchliche Vermächtnisse und Verdienstkonten durch Bewußtwerdung ausgeglichen sowie entartete und entgleiste Delegationen an die (in der Regel unbewußten) Auftraggeber zurückgegeben. Die Hauptarbeit Stierlinscher Interventionen ist somit Begegnungsarbeit mit dem Ziel, „einen befreienden innerfamiliären Dialog in Gang zu bringen.“ Als Ergänzung verwendet Stierlin Konzepte aus der strukturellen und der strategischen Familientherapie (vgl. Kap. 4.1.4), um rigide, starre Familiensysteme „aufzubrechen. In einem solchen Fall wäre Begegnungsarbeit dann der zweite Schritt, mit dem dann also im aufgebrochenen System die Arbeit fortgesetzt wird.“¹⁴

13 Vgl. Vollmoeller, 1989, S. 17; von Schlippe, 1991, S. 43-49; Kriz, 1989, S. 273-278

14 Vgl. Kriz, 1989, S. 272-278; das familiendynamische Konzept der Heidelberger Schule vgl. auch ausführlicher in: Simon, 1985; Simon/Stierlin, 1994; Stierlin, 1979; 1988; 1989; Stierlin/Simon, 1986. Das familiendynamischen Konzept der Heidelberger Schule wurde in seinen Grundzügen ausführlicher dargestellt, da nach meiner Einschätzung dieses das umfassendste Konzept einer psychoanalytisch beeinflussten systemischen Therapiekonzeption darstellt. Der Vollständigkeit halber sei noch auf weitere familiendynamische Konzepte verwiesen, die gleichfalls symptomatisches Verhalten im Beziehungskontext betrachten und therapieren, z.B. die bereits erwähnte *Mehrgenerationen-Familientherapie* (vgl. Kap. 2.6.2.4) von Sperling (1979; 1983) und Massing/Reich/Sperling (1992), das *Kollisionskonzept* von Willi (1975; 1978; vgl. auch in: Buddeberg/Buddeberg, 1982;

Um diese Ziele zu erreichen, sind die Therapeuten der Heidelberger Schule in ihrer ambulanten familientherapeutischen Arbeit dazu übergegangen, „Sitzungen in der Regel im Abstand von 4-6 Wochen abzuhalten.“ Dabei stützen sie sich auf die Erfahrung, daß „weniger ‘mehr’ ist.“ Häufigere Sitzungen bergen in sich die Gefahr, „daß der Therapeut zu einem Teil des Systems wird und daher, anstatt etwas zu verändern, den Status quo miterhält.“¹⁵ Als Methode hat sich die vom Mailänder Team um Mara Selvini-Palazzoli entwickelte Methode des *zirkulären Fragens* (vgl. Kap. 4.2) als „Standard- und Allzweckmethode bewährt“, da sie unterschiedlichen therapeutischen Anliegen gerecht wird: in möglichst kurzer Zeit ein Höchstmaß an Informationen zu gewinnen, neue Informationen ins System einzuführen und eine vertrauensvolle und tragende Beziehung zu allen Familienmitgliedern aufzubauen. „Was für den Analytiker die Interpretationen sind, sind für den systemischen Therapeuten die Fragen“: sie reduzieren Widerstand und eröffnen gerade dadurch „neue Perspektiven, neue Werte, neue Wirklichkeiten, neue Alternativen und erweitern damit den Raum der Freiheit, der Handlungsmöglichkeiten.“¹⁶

4.1.2 Verhaltenstherapeutische Familientherapie

Auf dem Hintergrund lerntheoretischer, kognitiver und ähnlicher Konzepte versucht die verhaltenstherapeutisch orientierte Familientherapie „mit systematischem Training bessere Fähigkeiten zur Kommunikation und Problemlösung innerhalb der Familie aufzubauen.“ Dabei sollen „Konflikt- und Problemlösungspotentiale im Verhalten mobilisier(t)“ und die Artikulation von „Bedürfnisse(n) und Unfähigkeiten“ gestärkt und verstärkt werden.¹⁷ Da diese Ansätze im wesentlichen einem linear-kausalen Verhaltensmodell (z.B. „Reiz-Reaktions-Ketten“) folgen und eine systemisch-zirkuläre Sicht demzufolge vernachlässigen, seien sie hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt. Nachfolgend werden sie nicht weiter berücksichtigt.

Kriz, 1989, S. 254-267), die *Kontextuelle Therapie* von Bozormenyi-Nagy (1981; vgl. auch in Peters, 1986), u.a.m.

15 Vgl. Stierlin, 1990, S. 120/121; zur Problematik Therapeut - Familiensystem bzw. den isomorphen Strukturen zwischen Suchthilfesystem und Suchtsystem vgl. ausführlicher Kap. 4.5

16 Vgl. Stierlin, 1990, S. 121

17 Vgl. Vollmoeller, 1989, S. 18

4.1.3 Wachstumsorientierte Familientherapie

Gemeinsames Ziel dieser auch als *entwicklungsorientiert* bezeichneten familientherapeutischen Richtungen, die der „humanistischen Psychologie“ (Rogers, Perls, u.a.) nahestehen, sind „Wachstum und Ganzheit der Persönlichkeit eines Menschen (durch) ... Selbstverwirklichung. Dabei wird, entsprechend dem humanistischen Menschenbild, eine Person „grundsätzlich (als) gesund“ angesehen („kreativ, produktiv, liebenswert“), sofern sie sich „unter natürlichen, nicht behindernden Bedingungen“, entwickeln kann.¹⁸

Für V. SATIR (1973, 1975, 1983, 1988), die bekannteste Vertreterin dieses Ansatzes, sind „Wachstum, System und Selbstwert“ von zentraler Bedeutung.¹⁹ Dabei ist Selbstwert nicht angeboren, sondern wird in der Familie erlernt. Blockierungen innerhalb der Familie führen...zu Störungen der Selbstachtung und des Selbstwertes“ und zu ganz typischen Kommunikationsmustern (zur Selbstwertproblematik des Alkoholabhängigen vgl. auch Wegscheider's Modell der ganzheitlichen Persönlichkeit in Kap. 2.6.1 sowie die Kap. 3.7; 3.8).

Bei ihrer Arbeit mit gestörten Familien konnte Virginia Satir „vier typische Kommunikationsmuster“ identifizieren, mit denen sich Familienmitglieder gegen vermeintliche bzw. tatsächliche Bedrohungen ihres zu schwachen Selbstwertes wehren: „Beschwichtigen“, „Anklagen“, „Ablenken“ und „Rationalisieren“. Dabei sind diese Kommunikationsmuster nicht nur an verbalen Äußerungen, sondern auch an charakteristischen, unterstützenden Körperhaltungen identifizierbar.

Als positive Alternative bietet Satir die „kongruente“ bzw. „fließende“ Kommunikation an.²⁰ Durch „Persönlichkeitsdifferenzierung und Ich-Stärkung der einzelnen Familienmitglieder“ sollen „Eigenverantwortlichkeit“ gefördert und gegenseitige Akzeptanz sowie innerfamiliäre „Wertschätzung“ und

18 Vgl. Kriz, 1989, S. 279

19 Vgl. Satir im Gespräch mit Schneider, 1983

20 Zu den Kommunikationsstilen in Anlehnung an V. Satir vgl. ausführlicher: Satir, 1975; Satir/Baldwin, 1988; Kriz, 1989, S. 281-283; von Schlippe, 1991, S. 68-77; im Unterschied zu den Mustern gestörter Kommunikation, heißt fließende, kongruente Kommunikation: „Im Kontakt zu sich selbst sendet der Mensch auf allen Ebenen übereinstimmende Botschaften, Diskrepanzen können wahrgenommen und angesprochen werden, Interaktion beruht auf Wertschätzung, Selbstwert, klaren Regeln, Realitätsbezogenheit, Zuverlässigkeit und Zuversichtlichkeit“ (Kriz, 1989, S. 283).

partnerschaftliche Konfliktlösung als Teilziele therapeutischen Handelns ermöglicht werden.²¹ Dabei bietet sich der Therapeut als „Kommunikationsmodell“ an mit dem Ziel, „für die einzelnen Mitglieder sowie für die Gesamtfamilie einen Wachstumsprozeß einzuleiten.“²²

Weitere Therapieziele sind die Herstellung horizontaler, nicht-hierarchischer (= symmetrischer) Beziehungsebenen (z.B. zwischen den Ehepartnern; nicht zwischen kindlichem und elterlichem Subsystem), eine möglichst realistische, „verzerrungsfreie Selbstsicht“ des Menschen, ein Verzicht auf Ursachenzuschreibungen (beispielsweise Schuldzuweisungen) durch eine „Revision von Erklärungsmodellen“ sowie die Bereitschaft/Fähigkeit „zur Akzeptanz von Veränderungen“, wie sie für den Lebenszyklus einer Familie charakteristisch sind. Auf der Systemebene unterscheidet SATIR (1975, 1988) zwischen offenen und geschlossenen Systemen, wobei „die meisten sozialen Systeme geschlossen sind oder zur Schließung tendieren.“²³ Ein sehr gutes Beispiel für ein geschlossenes System ist die Alkoholikerfamilie: das Selbstwertgefühl der Familienmitglieder ist gering, die Kommunikation ist letztlich entwicklungs- und wachstumshemmend und die Regeln sind rigide, starr und unflexibel (vgl. Kap. 3).

KRIZ (1989) betont, daß im Zentrum der entwicklungs- bzw. wachstumsorientierten familientherapeutischen Ansätze weder die Familienstruktur, noch psychodynamische Theorievorstellungen sowie therapeutische Strategien stehen. Im doppelten Wortsinn ist für diese Ansätze *Erfahrung* zentral: zum einen als „gegenseitige Erfahrung der Familienmitglieder in ihren Interaktionen“ (emotionale Äußerungen, Aktionen, Reaktionen, usw.) im „Hier und Jetzt“ des interaktionellen Geschehens; zum anderen „die bisherige Erfahrung (individuell wie familiär) als kontextueller Hintergrund des jetzigen Geschehens und der weiteren Erfahrungsmöglichkeiten (dies schließt also den Entwicklungsbegriff mit ein).“²⁴

21 Vgl. Vollmoeller, 1989, S. 18

22 Vgl. Kriz, 1989, S. 284

23 Vgl. Körner/Zygowski, 1987, S. 162; in Anlehnung an Satir, 1975; siehe auch Satir/Baldwin, 1988, S. 157 ff

24 Vgl. Kriz, 1989, S. 279

Eine der bekanntesten Therapeutinnen, die diesen Ansatz in die Alkoholismustherapie integrierte, ist die Satir-Schülerin Sharon WEGSCHEIDER (1988).²⁵

4.1.4 Systemorientierte Familientherapie

Die im engeren Sinne an der „Familie als Interaktionssystem“ orientierten Ansätze betrachten familiäre Schwierigkeiten/Probleme als eine Folge von deren 'organisierter Komplexität', wobei die Pathologie des „Symptomträgers“ untrennbar mit der familiären Morphostase gekoppelt ist. Durch seine Pathologie hält der „identifizierte Patient“ die „Systempathologie“ aufrecht.²⁶ Innerhalb der inzwischen recht zahlreichen „systemisch orientierten“ Ansätze lassen sich - in Anlehnung an VOLLMOELLER (1989) - drei Schulen unterscheiden, die international eine besondere Bedeutung erlangten: der in Kalifornien entwickelte kommunikationstheoretische Ansatz des sog. *Palo-Alto-Modells* (Watzlawick und Mitarbeiter), der im engeren Sinne systemische Ansatz der *Mailänder Schule* (Selvini-Palazzoli und Mitarbeiter) sowie der im Osten der USA entwickelte Ansatz der *strukturellen Familientherapie* (Minuchin).²⁷

25 Vgl. Wegscheider, 1988; vertiefend ist das Konzept des entwicklungsorientierten familientherapeutischen Ansatzes dargestellt in Satir, 1973; 1975; Satir/Baldwin, 1988; Kempler, 1980; Kriz, 1989, S. 278-285; von Schlippe, 1991, S. 60-79

26 Vgl. Vollmoeller, 1989, S. 18

27 Einige Autoren (z.B. Kriz, 1989; Körner/Zygowski, 1989) bezeichnen die kurztherapeutischen Ansätze des „Palo Alto Modells“ (Watzlawick & Mitarbeiter), dessen Weiterentwicklung am Brief Family Therapy Center (de Shazer & Mitarbeiter), Haleys „direktiven“ familientherapeutischen Ansatz sowie den Ansatz der „Mailänder Schule“ (Selvini-Palazzoli & Mitarbeiter) zusammengefaßt auch als *strategische Familientherapie*. Hiermit wird zum Ausdruck gebracht, daß, im Unterschied zum strukturellen Ansatz Minuchins, „weniger theoretische Überlegungen hinsichtlich einer gut funktionierenden Familie im Zentrum (stehen), als vielmehr die Möglichkeiten, direkten Einfluß auf Personen und das System zu nehmen, um Änderung zu induzieren.“ Während Minuchin sich von einer „abstrakten Ebene (der Struktur)... ins Familiensystem (hin)einarbeitet..., beginnen strategische Therapeuten sich (von einer) spezifischen Ebene zu einer Gesamtsicht der Familie vor(zu)arbeiten“ (vgl. Kriz, 1989, S. 290). Die Illusion, man könne durch eine „gezielte“ Intervention „eine 'Bombe' ins System werfen, die genau das Ziel, das die Therapeuten treffen wollen, trifft“, mußte allerdings aufgegeben werden. Sie können nur das System anstoßen; das Ergebnis selbst ist nicht vorhersagbar (vgl. Boscolo/u.a., 1990, S. 31).

4.1.4.1 Das kalifornische Palo-Alto-Modell (Watzlawick & Mitarbeiter) und dessen Weiterentwicklung (de Shazer & Mitarbeiter)

Dieser von WATZLAWICK & MITARBEITERN (1974) am „Brief Therapy Center“ des „Mental Research Institut“ in Palo Alto/Kalifornien entwickelte Ansatz fußt im wesentlichen auf Erkenntnissen der Kommunikationstheorie (vgl. Kap. 2.2.4). Dabei werden „Kommunikation und Verhalten weitgehend gleichgesetzt“ und die Klärung von „Kommunikationsmodalitäten, Doppeldeutigkeiten und Wechselseitigkeiten familiärer Beziehungen“ stehen im Zentrum therapeutischen Geschehens.²⁸ Es handelt sich bei diesem Ansatz um eine „Standardmethode“, nicht um einen Ersatz bzw. eine „begrenzte oder zusätzliche Maßnahme“ für „psychodynamisch orientierte Langzeitbehandlung(en) aufgrund beschränkter Umstände nicht durchführbar“ sind. Dieser Ansatz ist „auf alle Arten von familialen und individuellen Problemen“ anwendbar.²⁹

Ausgehend vom interaktionalen Charakter eines Problemverhaltens, das „hauptsächlich durch die gegenwärtige Interaktion aufrechterhalten und strukturiert“ wird, lassen sich Probleme nur lösen, „wenn die das Problem aufrechterhaltenden Verhaltensweisen verändert werden und so der Teufelskreis aus positiven Feedbackschleifen unterbrochen wird.“³⁰

Um dieses Ziel zu erreichen, erkundet der Therapeut zunächst das „größte Problem“ und die bisherigen „Lösungsversuche“, da diese „mit größter Wahrscheinlichkeit die das Problem hauptsächlich aufrechterhaltenden Verhaltensweisen“ umfassen. Danach wird das „kleinste Behandlungsziel“ erfragt, da „eine Veränderung am leichtesten zu erzeugen ist, wenn das Ziel deutlich bezeichnet und klein, aber bedeutsam ist.“³¹

Im Rahmen dieser lösungsorientierten Kurztherapie, die max. 10 Sitzungen umfaßt, ist es Ziel therapeutischer Interventionen, durch „Umdeutungen, positive Konnotationen und paradoxe Interventionen unter kommunikations-

28 Vgl. Vollmoeller, 1989, S. 19

29 Vgl. Weakland/Fisch/Watzlawick, 1984, S. 50

30 Vgl. Weakland/Fisch/Watzlawick, 1984, S. 52/53

31 Vgl. Weakland/Fisch/Watzlawick, 1984, S. 54/55

theoretischen Gesichtspunkten zwischenmenschliche Kommunikation zu analysieren und zu verändern.³²

Als Weiterentwicklung kann die von DE SHAZER & MITARBEITERN (1986/1989) am „Brief Family Therapy Center“ in Milwaukee/USA entwickelte *lösungsorientierte Kurztherapie* angesehen werden. Ziel dieser Therapie ist es, „das, was die Klienten mitbringen, nutzbar zu machen und ihnen zu helfen, es so zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse einzusetzen, daß sie ihr Leben aus eigener Kraft befriedigender gestalten können.“³³ Dabei geht DE SHAZER (1986) gleichfalls von der Prämisse aus, daß Probleme „Kommunikationsprobleme“ sind, die „im Zusammenhang menschlicher Interaktion entstehen und aufrechterhalten werden.“ Daraus folgt, daß die Lösung darin besteht, „die Interaktionen im Kontext der jeweiligen situativen Rahmenbedingungen zu verändern“³⁴; eine Kenntnis bzw. Korrektur „tieferliegende(r) ursächliche(r) Fehlanpassungen...ist nicht nötig.“³⁵ Die therapeutische Arbeit von de Shazer & Mitarbeitern ist zukunftsorientiert, d.h. sie setzen „die Gegenwart zur Zukunft in Beziehung und ignorieren die Vergangenheit mit Ausnahme vergangener Erfolge“. Sie würdigen die bisherigen Lösungsversuche der Klienten positiv, erarbeiten mit ihnen gemeinsam neue Lösungen, und betonen, daß „nur eine kleine Veränderung nötig ist“, denn, „ganz gleich, wie schlimm und komplex eine Situation sich darstellt, eine kleine Veränderung im Verhalten einer Person kann zu tiefgreifenden und weitreichenden Veränderungen...im ganzen System führen.“³⁶ Dabei gilt: „Veränderung ist nicht nur möglich, sondern unumgänglich.“³⁷

32 Vgl. Vollmoeller, 1989, S. 18/19; vgl. auch ausführlich: Watzlawick/Weakland/Fisch, 1974; Weakland/Fisch/Watzlawick, 1984

33 Vgl. de Shazer, 1986, S. 183

34 Vgl. de Shazer, 1986, S. 184

35 Vgl. de Shazer, 1986, S. 183

36 Vgl. de Shazer, 1986, S. 185/186

37 Vgl. de Shazer, 1989, S. 184 ff.; Kim Berg/Miller, 1993, S. 26; auf die Vielzahl kreativer Lösungsstrategien, die de Shazer & Mitarbeiter entwickelt haben, kann hier leider nicht ausführlicher eingegangen werden. Erwähnt seien abschließend nur die „fünf nützlichen Fragen“, nämlich: 1. Fragen, die vor Sitzungsbeginn eingetretene Veränderungen beleuchten (sie berücksichtigen die Beobachtung, daß zwischen Kontaktaufnahme und Behandlungsbeginn bereits signifikante Änderungen der Problemmuster eintreten); 2. Fragen, die nach Ausnahmen suchen, um aktuelle und vergangene Erfolge zu würdigen; 3. die Wunderfrage (orientiert auf einen zukünftigen problemfreien Zustand); 4. Skalenfragen (sind nützlich für eine Individualisierung des Behandlungsprozesses); 5. stützende

Indem der therapeutische Fokus nicht auf das Problem (und dessen Ursache), sondern auf die Mobilisierung von Ressourcen und die gemeinsame Erarbeitung von Lösungen gerichtet ist, können selbst schwerwiegende problematische Interaktions- und Verhaltensmuster (beispielsweise in einem Alkoholismussystem) in kurzer Zeit zum Verschwinden gebracht werden.³⁸ Dabei gilt als zentrale Philosophie für den lösungsbezogenen Ansatz:

- „Wenn Du einmal weißt, was funktioniert, *mache mehr vom Selben*“;
- Wenn es nicht funktioniert, laß es sein, *mache etwas anderes*“;
- Wenn etwas nicht kaputt ist, *mache es nicht ganz!*“³⁹

4.1.4.2 Der systemische Ansatz der Mailänder Schule (Selvini-Palazzoli & Mitarbeiter)

Beeinflußt von der Palo-Alto-Schule versucht der durch eine eigene Institutsgründung von Selvini-Palazzoli und Mitarbeitern seit 1967 begründete Ansatz der sog. *Mailänder Schule* als „reine systemische Therapie konsequent“, ein „kybernetisches Verständnis von Familienbeziehungen“ therapeutisch umzusetzen. Dabei stehen „das Verstehen und die Beeinflussung der sich selbst immer wieder erhaltenden familiären Regelmechanismen“ im Zentrum therapeutischen Bemühens; „die Ätiologie bzw. die Pathogenese von Störungen (spielt) keine Rolle.“⁴⁰ Grundlegend für den systemischen Ansatz der Mailänder ist die Annahme, daß „jede Familie in ihrem Entstehungsprozeß (sich) für sie spezifische Systemregeln gibt, die die verbale und nonverbale Kommunikation bestimmen.“ Familien mit symptomatischen Mitgliedern (z.B. Alkoholikerfamilien) entwickeln demzufolge Transaktionsmuster und -regeln, „die ihrer jeweiligen Pathologie entsprechen“ und der Aufrechterhaltung der familiären Morphostase dienen (vgl. auch Kap.

Fragen (sind hilfreich, um eine entmutigende klinische Situation erträglich zu machen und orientieren auf die Ressourcen). Zur ausführlicheren Auseinandersetzung sei auf die weiterführende Literatur verwiesen (de Shazer, 1986; 1989; Kim Berg/Miller, 1993).

38 Die durchschnittliche Anzahl der Sitzungen pro Klient am Brief Family Therapy Center in Milwaukee/USA verringerte sich von durchschnittlich 6 Sitzungen (bei 1600 Fällen in den Jahren 1978 bis einschließlich 1983) auf weniger als 5 Sitzungen (bei 500 Fällen im Jahre 1984). Die Erfolgsrate (Therapieziel erreicht bzw. Besserungen) lag ähnlich wie am Brief Therapy Center des Mental Research Institute in Palo Alto bei ca. 70% (nach Selbsteinschätzung der Klienten bei Nachuntersuchungen; vgl. de Shazer, 1986).

39 Vgl. Kim Berg/Miller, 1993, S. 33

40 Vgl. Kriz, 1989, S. 293

3.6). Logisch folgt hieraus, daß „symptomatisches Verhalten sich nur beseitigen läßt“, wenn die zentralen „Regel(n) des Systems entdeckt, ausgewechselt und das Familienspiel dadurch unterbrochen werden kann.“⁴¹

Die Haltung des Therapeuten im Prozeß ist geprägt von seiner *Neutralität*, d.h. er bildet „keine unüberlegten oder durchsichtigen“ Koalitionen mit einzelnen Familienmitgliedern⁴², denn: „derjenige, der das Spiel mitspielt (bzw. sich in das Spiel mit hineinziehen läßt), hat es bereits verloren.“⁴³

Bekannt wurde das Mailänder Modell durch seine unkonventionellen Interventionsmethoden (Strategien/Techniken). Als Konsequenz ihres systemischen Ansatzes werden die Verhaltensweisen aller Familienmitglieder, besonders auch die des „Symptomträgers“, positiv bewertet (*positive Konnotation*, vgl. Kap. 4.2) und als stabilisierend und bedeutsam für das Familiensystem herausgestellt.⁴⁴ Durch eine spezielle Fragetechnik, das sog. *zirkuläre Fragen* (vgl. Kap. 4.2), verschafft sich der Therapeut Informationen über das jeweilige Familiensystem und kann gleichzeitig in das System neue

41 Vgl. Körner/Zygowski, 1987, S. 160/161; allen Interventionskonzepten der Mailänder ist gemein, daß weder „das einzelne Familienmitglied“ (auch nicht der Symptomträger) noch „die Familie selbst das Objekt dieser Interventionen ist, sondern das ‘Familienspiel!’“ (vgl. Kriz, 1989, S. 293).

42 Hier unterscheidet sich der systemische Therapeut der Mailänder Schule vom strukturellen, der sich um *Allparteilichkeit* bemüht, d.h. sich mit allen Familienmitgliedern abwechselnd verbündet, wobei er dies mit voller Absicht tut. *Cecchin (1988)* betont, daß mit Neutralität nicht „die Kultivierung einer kalten und distanzierten...Position des Unbeteiligt-Seins“ gemeint ist, sondern „das Kreieren eines Zustands von Neugier auf seiten des Therapeuten/der Therapeutin. Neugier führt zur Erforschung und Erfindung alternativer Sichtweisen und Bewegungen, und unterschiedliche Bewegungen und Sichtweisen bringen wiederum Neugier hervor. Neutralität und Neugier bringen sich rekursiv in einen Kontext, der Unterschiede hervorbringt, ohne gleichzeitig eine bestimmte Position einzunehmen“ (vgl. *Cecchin, 1988, S. 190/191*).

43 Vgl. Kriz, 1989, S. 295

44 M. Selvini-Palazzoli äußerte in einem Interview (vgl. *Clemenzenz, 1983*) in diesem Zusammenhang, daß sie z.B. bei einer paradoxen Verschreibung, in der das symptomatische Verhalten des Symptomträgers als Opferleistung für das Familiensystem positiv konnotiert wird, „niemals (daran glaube), daß der Patient sich für die Familie opfert.... Nichts ist wahr, alles ist Taktik.... Aber das einzige, was zählt, ist, daß eine therapeutische Intervention nützlich ist, nicht, daß sie wahr ist. Es ist einfach unmöglich zu wissen, was in ‘organisierter Komplexität’ die Wahrheit ist“ (vgl. *Clemenzenz, 1983, S. 45*). Der Effekt, nicht die Wahrheit, steuert therapeutisches Handeln, eine Haltung, die charakteristisch ist für Anhänger eines radikalen Konstruktivismus.

Informationen hineingeben (z.B. durch zukunftsorientierte Fragen).⁴⁵ Ständiges *Hypothesisieren*, *Umdeuten* sowie *paradoxe Interventionsstrategien* (z.B. Symptomverschreibungen) sind typisch für diesen systemischen Ansatz.⁴⁶ Bei der *Symptomverschreibung* beispielsweise wird die Familie aufgefordert, „das Symptom aufrechtzuerhalten oder noch zu verstärken. Da das symptomatische Verhalten auf Anweisung geschieht, verliert es seine ‘Widerstandsfunktion’.“⁴⁷

Dennoch gilt, „daß es keine ‘instruktive’ Interaktion’ (sprich: Intervention) gibt, sondern nur die Verstörung eines Systems, das dann gemäß seiner Struktur reagiert. Aus diesem Grund zielen Interventionen - seien es nun Rituale, Abschlußkommentare oder der Interviewprozeß selber - nicht auf ein spezifisches Ereignis, sondern sie stoßen das System an in Bezug auf ein nicht vorhersagbares Ergebnis.“⁴⁸

Beim Mailänder Ansatz handelt es sich um eine „lange Kurzzeittherapie“, bei der eine geringe Anzahl von Sitzungen über einen langen Zeitraum verteilt sind. Die Sitzungen, meist mit der gesamten Familie, dauern ca. eine Stunde und finden in Abständen von ca. 4-5 Wochen statt. Da die Veränderung (im Unterschied zum strukturellen Ansatz) zwischen den Sitzungen stattfindet, sind solche langen Sitzungsintervalle erforderlich, „um der Familie die Möglichkeit zur Veränderung zu geben.“⁴⁹

45 Ähnlich wie für Watzlawick & Mitarbeiter (1974) und de Shazer & Mitarbeiter (1986/1989) sind auch nach Auffassung der Mailänder Zukunftsfragen geeignet, „die vorherrschenden Kommunikationsregeln der Familie zu durchbrechen“ und „das Ausprobieren neuer Lösungswege“ zu erleichtern (vgl. Penn, 1986, S. 206/207).

46 Vgl. Vollmoeller, 1989, S. 19; zum Mailänder Ansatz vgl. u.a. ausführlicher: Selvini-Palazzoli/u.a., 1981; Tomm, 1984; 1988; 1994; Cecchin, 1988; Boscoli/u.a., 1990; Selvini, 1992. Charakteristisch ist für den Mailänder Ansatz, daß ständig Hypothesen gebildet werden. Sie werden aufgrund der von der Familie dem Therapeuten zur Verfügung gestellten Informationen aufgestellt und ständig überprüft, ergänzt, verworfen, etc. (vgl. Selvini-Palazzoli/u.a., 1981, S. 124). Hypothesen sind notwendig für den Therapieprozeß, „aber wir müssen uns darüber klar sein, daß sie nicht die Realität sind. Das einzig Reale ist die Wirkung, die wir alle beobachten können“ (vgl. Mara Selvini-Palazzoli im Gespräch mit Clemenz, 1983, S. 44).

47 Vgl. Körner/Zygowski, 1987, S. 161

48 Vgl. Boscolo/u.a., 1990, S. 31

49 Vgl. Kriz, 1989, S. 295; zum speziellen Setting des Mailänder Ansatzes vgl. ausführlicher die in Fußnote 46 angegebene Literatur.

4.1.4.3 Der Ansatz der strukturellen Familientherapie (Minuchin)

Dieser im Osten der USA (Philadelphia) von Minuchin und Mitarbeitern entwickelte Ansatz richtet seinen Aufmerksamkeitsfokus „hauptsächlich auf die *dysfunktionale Struktur* der Interaktionen im Familiensystem sowie deren hypothesengeleiteten, oft direktiven Veränderungsmöglichkeiten.“⁵⁰ Voraussetzung dieses Ansatzes sind „normative Vorstellungen“ über ein richtiges Funktionieren von „gesunden bzw. funktionalen“ Familien.⁵¹ Dabei läßt sich der strukturelle Familientherapeut von den folgenden Grundüberzeugungen leiten:

- Die Familie ist ein „offene(s), soziokulturelle(s) System, dessen Struktur sich in ständiger „Transformation“ (Morphogenese; vgl. ausführlicher Kap. 2.3) befindet;
- Als ein solches durchläuft jede Familie entwicklungsbedingte Zyklen, die ständige Neukalibrierungen erfordern (vgl. auch das dem strukturellen Ansatz angelehnte „Lebensgeschichtliche Modell der Alkoholikerfamilie“ von Steinglass in Kap. 3.5.2);
- Indem die Familie bereit ist, sich zu verändern und veränderten Umständen anzupassen, bewahrt sie ihre Kontinuität und fördert die Entwicklung aller ihrer Mitglieder. Wichtig sind für Minuchin Grenzen, insbesondere zwischen den innerfamiliären Subsystemen, und „Regeln, die darüber bestimmen, wer an (dem jeweiligen) Subsystem beteiligt ist und wie seine Beteiligung aussieht.“⁵² Wichtig ist, daß Grenzen und Regeln weder „starr“ noch ‘losgelöst’, sondern ‘flexibel’ und ‘klar’“ sind (zur Familienstruktur vgl. auch ausführlicher Kap. 2.5).⁵³

Durch ständiges *Hypothesieren* (Aufstellen und Überprüfen von Hypothesen) erschließt sich der Therapeut die familiären Strukturen, die ihm „unmittelbar nicht zugänglich“ sind. Die Analyse familiärer Subsystemgrenzen (beispielsweise Generationengrenzen; vgl. auch Kap. 2.5) und - bei Fehlen - deren Wiederherstellung, die „bewußte Beeinflussung von Kommunikationsstilen“ sowie die Wiederherstellung und der „Erhalt von Entscheidungskompetenzen in der Familie“ werden durch das „Eingehen therapeutischer

50 Vgl. Vollmoeller, 1989, S. 19; Hervorhebungen durch den Autor

51 Vgl. Vollmoeller, 1989, S. 20; Körner/Zygowski, 1987, S. 159

52 Vgl. Körner/Zygowski, 1987, S. 159/160; in Anlehnung an Minuchin, 1977, S. 72

53 Vgl. Körner/Zygowski, 1987, S. 160

Allianzen“ bei diesem Ansatz erreicht („Joining“ = therapeutisches Arbeitsbündnis). Dabei sind für den strukturellen Therapeuten drei Prämissen („Axiome“) grundlegend:

- Als Kontext beeinflusst die Familienstruktur innere Prozesse des Individuums (und umgekehrt);
- Veränderungen im familiären Kontext bewirken Veränderungen im Individuum (und umgekehrt);
- Das Verhalten des Therapeuten wird zum Bestandteil des therapeutischen Kontext, des therapeutischen Systems.⁵⁴

Aus einer „übergeordneten Position“ heraus übernimmt der Therapeut die Führung im therapeutischen System, um aus dieser Position heraus eine „Veränderung der Systemregeln initiieren zu können.“⁵⁵ Um in diese übergeordnete Position zu gelangen, ist der strukturelle Therapeut bemüht, „zu allen Familienmitgliedern eine tragfähige Beziehung aufzubauen“ (*Allparteilichkeit*); dies setzt „Kompetenz und Einfühlungsvermögen“ beim Therapeuten voraus. Hat er diese Position erreicht, kann er „die zugrunde liegende Familienstruktur aufdecken... (und) Umstände schaffen, die eine Transformation der Struktur“ ermöglichen.⁵⁶ Durch die Arbeit an den innerfamiliären Grenzen, die Bewußtmachung („Aktualisierung“) der familialen transaktionalen Muster, einer „gewollten Eskalation von Belastungen“, der „Erteilung von (Haus-)aufgaben, Symptomverschreibungen, u.a.m. versucht der strukturelle Therapeut während der Sitzung⁵⁷, „Umstrukturierungsprozesse im familiären System oder seiner Subsysteme“ in Gang zu setzen mit dem Ziel einer Verbesserung/Optimierung der Problemlösestrategien.⁵⁸ Hierzu provoziert/konfrontiert er das „Symptom“, die „Familienstruktur“ sowie die „Familienrealität“, schafft Krisen, zerstört die Homöostase der Familie, u.a.m.⁵⁹ Um die Struktur der Familie (Grenzen, Subsysteme, Koalitionen,...)

54 Vgl. Minuchin, 1977, S. 117; Kriz, 1989, S. 288/289

55 Vgl. Körner/Zygowski, 1987, S. 160

56 Vgl. Kriz, 1989, S. 289

57 Hier unterscheidet sich der strukturelle Ansatz vom systemischen Ansatz Mailänder Prägung. Während Veränderungen bei Minuchin *in* der Sitzung initiiert werden und stattfinden, finden sie bei den Mailändern *zwischen* den Sitzungen statt.

58 Die Theorie und Praxis des strukturellen Ansatzes vgl. ausführlich in: Minuchin, 1977; 1984; Minuchin/Fishman, 1983; Kaufman, 1986; Stanton/Todd, 1986

59 Vgl. ausführlicher: Minuchin/Fishman, 1983; Kriz, 1989

zu erfassen, entwickelte Minuchin ein graphisches Notationssystem⁶⁰. Indem er ständig „Lagepläne“ der Familie entwirft, aus den beobachtbaren Prozeßdaten Hypothesen über die Familienstruktur entwickelt (wobei es sich jeweils nur um vorläufige Hypothesen im Sinne einer Prozeßdiagnose handelt), arbeitet sich der strukturelle Therapeut von außen in die Familienstruktur hinein und versucht im Sinne seines funktionalen Familienmodells, Strukturänderungen zu initiieren.

4.2 Schulenübergreifende familientherapeutische Interventionskonzepte und -techniken

Als Grundlagen für therapeutische Interventionen betonen STIERLIN/SIMON (1986), KRIZ (1989) und VON SCHLIPPE (1991)⁶¹ u.a. die folgenden Aspekte:

- *Allparteilichkeit/Neutralität*: In beiden Konzepten bemüht sich „der Therapeut in seiner Interessenzuwendung an einzelne Mitglieder“ langfristig um Fairneß und Ausgeglichenheit. Erst eine solche Allparteilichkeit (hierunter ist zu verstehen, daß der Therapeut abwechselnd Koalitionen mit allen Familienmitgliedern eingeht) bzw. Neutralität (hier vermeidet der Therapeut Koalitionen, verbleibt gegenüber dem familiären Spiel in einer Meta-Position) schafft die Grundlage dafür, „daß sich die ganze Familie überhaupt längerfristig auf einen Behandlungsprozeß einläßt“⁶²;
- *Aktivität*: Hiermit wird die Notwendigkeit häufiger Eingriffe des Therapeuten in die Interaktionen des Familiensystems hervorgehoben, um Abwehrmanöver bzw. ständige Machtkämpfe („maligner Clinch“) zu unterbinden, die sonst die Systempathologie verstärken würden⁶³;
- *positive Konnotation*: Statt Symptome bzw. das Verhalten des Symptomträgers als pathologisch/dysfunktional negativ zu bewerten, wird die Funktionalität der Symptome in den Vordergrund gestellt und das Verhalten des Symptomträgers als wichtiger Beitrag für den Zusammenhalt der Familie positiv gewertet. „Der Blick für, und die Betonung des Positiven

60 Vgl. Minuchin, 1977, S. 73; von Schlippe, 1991, S. 57; Kriz, 1989, S. 287

61 Bei dem folgenden Abriß familientherapeutischer Interventionskonzepte geht es nicht um einen vollständigen Überblick, sondern vielmehr um einige zentrale Aspekte, die exemplarisch hervorgehoben werden.

62 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 263

63 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 263/264

sind in der Familientherapie zentral wichtig, damit möglichst schnell Scham, Schuld und Angst abgebaut, positive Motivationen gefördert und dadurch Möglichkeiten für effektive Interventionen geschaffen werden können.“⁶⁴ Der Teufelskreis gegenseitiger Schuldzuweisung, in dem beispielsweise die Alkoholikerfamilie häufig jahrzehntelang verharrt, kann durch eine solche positive Deutung des symptomatischen Verhaltens z.B. durchbrochen werden;

- *Ressourcenmobilisierung*: Eng im Zusammenhang mit der positiven Konnotation steht dieser Aspekt. Hierunter ist zu verstehen, daß Fähigkeiten wie z.B. Einsatzbereitschaft, Opferbereitschaft, usw., mobilisiert und genutzt werden, was oft bereits in kurzer Zeit zu tiefgreifenden Veränderungen im Familiensystem führen soll;
- *Umdeutungen (Reframing)*: Wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß und in unterschiedlicher Weise zielen die Vertreter aller familientherapeutischen Schulen darauf ab, „gezeigte Verhaltensweisen umzudeuten bzw. umzubewerten“ (z.B. durch positive Konnotation). „Damit zielen sie letztlich auch alle auf eine Änderung der inneren, kognitiven ‘Landkarte’ bzw. der Epistemologie der einzelnen Familienmitglieder und der Familie als Ganzes ab“⁶⁵ (vgl. Kap. 2.5.2);
- *Therapeutisches Arbeitsbündnis (Joining)*: Obwohl von Minuchin für seinen strukturellen Ansatz geprägt (vgl. Kap. 4.1.4.3), „spielt die Form des therapeutischen Arbeitsbündnisses natürlich in allen Ansätzen eine sehr wichtige Rolle.“ Da nach systemischer Sicht bereits vom ersten Augenblick der Arbeit eines Therapeuten mit einer Familie (bzw. einem Individuum) sich das System Familie (bzw. Individuum) in ein therapeutisches System wandelt (transformiert), ist es bereits während der ersten gemeinsamen Sitzung (Erstgespräch) von entscheidender Bedeutung, gemeinsame Regeln festzulegen und ein stabiles Arbeitsbündnis „zwischen Therapeut und Familie herzustellen.“ Wie dies geschieht, kann recht unterschiedlich gehandhabt werden. So bevorzugen Anhänger der Mailänder Schule die spezielle Interviewtechnik der „zirkulären Befragung“ (vgl.

64 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 264

65 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 264; von Schlippe, 1991, S. 85-89; Kriz, 1989, S. 270/271

Kap. 4.1.4.2); andere bevorzugen eine „direkte“ Kommunikationsform („Sagen Sie es ihm direkt“)⁶⁶;

- *Arbeit an Grenzen*: Wenn auch in Minuchin's strukturellem Ansatz (vgl. die Kap. 2.5.1 und 4.1.4.3) die „Grenzen“ besonders betont werden, gilt auch für die anderen Ansätze, „daß der Therapeut sehr sorgfältig hinsichtlich der Grenzen bestimmter familiärer Subsysteme zu intervenieren habe.“ Im konkreten Einzelfall werden durchaus unterschiedliche Techniken eingesetzt, „die von Erklärungen über Rollenspiele bis hin zu Konfrontation und Verschreibung bestimmter Verhaltensweisen reichen“⁶⁷;
- *Zirkuläre Fragen*: Es handelt sich hierbei um eine Technik, bei der der Therapeut gewissermaßen „ums Eck herum“ sich Informationen über das Gesamtsystem, in das der Patient verstrickt ist, verschafft: „Was denken die anderen, was die Mutter tun sollte, wenn der Vater trinkt?“⁶⁸ Beantwortet der Klient diese Frage, ist er gezwungen, sich in „die Zirkularität des Familiensystems, sozusagen die ‘Familienströmung’, (hineinzudenken, hineinzulerleben und somit lineare Perspektiven aufzugeben.“⁶⁹ Für RETZER (1988) stellt die zirkuläre Befragung „ein hervorragendes Instrument zur Erzeugung von Informationen dar. Gleichzeitig liefert sie Hinweise auf Muster der Beziehungsrealität und kann diese stören. Dadurch werden der bzw. die Klienten angeregt, neue Muster zu konstruieren.“⁷⁰
- *paradoxe Interventionen*: Bei den Interventionen lassen sich zwei Arten unterscheiden: direkte und paradoxe. Direkte Interventionen, z.B. Vorschläge, Aufforderungen, Erläuterungen, etc. sind Hilfen für eine bewußte Veränderung und somit auf Morphogenese ausgerichtet. Sie können eingesetzt werden, wenn der Widerstand der Familie gegen Veränderung nicht zu stark ist. In Fällen, in denen die morphostatischen Kräfte der Familie sehr stark ausgebildet sind, haben sich die sog. paradoxen Verschreibungen bewährt. Von Laien wird unter paradoxalem Vorgehen meist die Vermittlung einer Botschaft verstanden, „die dem Gegenteil

66 Vgl. Kriz, 1989, S. 269/270; von Schlippe, 1991, S. 82-84

67 Vgl. Kriz, 1989, S. 271; von Schlippe, 1991, S. 94-96

68 Vgl. Oppl, 1991, S. 240

69 Vgl. Penn, 1983, S. 205

70 Vgl. Retzer, 1988, S. 301; zur Technik der zirkulären Befragung vgl. ausführlicher: Penn, 1983; Cecchin, 1988; Rothermel/Feierfeil, 1990

dessen entspricht, was man als richtig erachtet“ (z.B. die umstrittene Symptomverschreibung).⁷¹ Deren Befolgung würde genau das Gegenteil bewirken, was eigentlich erreicht werden soll (nämlich Symptombeseitigung). Die insbesondere von den Mailändern perfektionierte Technik des „systemische(n) Paradox(ons)“ ist „die machtvollste und zugleich gefährlichste Interventionstechnik in der Familientherapie“⁷²; gerade sie ist - bei unsachgemäßer Anwendung - mit dem größten Risiko für Therapieabbrüche behaftet, „da das Familiensystem durch solche Taktiken meist unter starken Streß gerät. Es handelt sich aber auch um Familien, in welchen ohne massive Interventionen oft nichts verändert werden kann.“⁷³ Aber in besonders rigiden und starren Systemen kann eine gezielt eingesetzte paradoxe Intervention in kürzester Zeit zur Beseitigung massivster Symptome (beispielsweise eines Magersuchtsymptoms) führen.⁷⁴

Aus der Vielzahl möglicher Techniken, die von den unterschiedlichsten systemischen Ansätzen angewendet werden, seien abschließend noch das Konzept der „Familienskulptur“, das „Familienbrett“ sowie die Technik der Familienanamnese (beispielsweise im diagnostischen Erstgespräch) mittels des graphisch-anschaulichen „Genogramms“ (Familienstammbaums) kurz dargestellt. Bei der dem Psychodrama entlehnten Technik der *Familienskulptur*, die besonders von entwicklungs- und wachstumsorientierten Therapeuten eingesetzt wird (z.B. V. Satir), werden „in Form eines pantomimischen Bildes bestimmte familiäre Beziehungen und Haltungen dargestellt. Ein Familienmitglied fungiert dabei als ‘Bildhauer’, die anderen Personen müssen sich entsprechend dessen Anweisungen aufstellen und bestimmte Haltungen einnehmen.“ Bei dieser Methode wird die bereits von Wilhelm Reich (einem der frühen Schüler Sigmund Freuds, der als Begründer der körperorientierten Therapieverfahren gilt) und Alexander Lowen (dem Begründer der Bioenergetik) gemachte Beobachtung genutzt, daß „Reaktionsmuster (mit) verfestigte(n) körperliche(n) Haltungen“ korrespondieren, d.h. in der körperlichen Haltung hat sich z.B. das „Selbstwertgefühl“ mani-

71 Vgl. Hess, 1980, S. 67;

72 Vgl. von Schlippe, 1991, S. 93

73 Vgl. Hess, 1980, S. 70

74 Zu den paradoxen Interventionen vgl. ausführlich: Selvini-Palazzoli, 1977; Selvini, 1992, sowie die vielfältige Sekundärliteratur: Hess, 1980; Wynne, 1980; Fisher, L./u.a., 1982; Papp, 1983

festiert. Solche „Familienskulpturen sind sowohl als diagnostisches Instrument als auch zur therapeutischen Aufarbeitung geeignet“⁷⁵

Eine weitere anschauliche Technik, mit der in der systemorientierten Diagnostik und Therapie Familienbeziehungen verdeutlicht werden können, ist das sog. *Familienbrett*, ein Holzbrett mit Holzfiguren, die Familienmitglieder repräsentieren. Hierbei werden anschaulich die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern herausgearbeitet, deren Verstrickungen und die Systemdynamik verdeutlicht und so für den therapeutischen Prozeß nutzbar gemacht.⁷⁶ Beim *Genogramm* schließlich handelt es sich um ein zeichnerisches Verfahren, durch das die Familiensituation bis in die Großeltern-generation hinein erhoben und erfaßt wird. Der Therapeut und die Familienmitglieder erhalten ein „Bild“ von der Familie, das mit Hilfe einer besonderen Symbolik zeichnerisch dargestellt wird. Hierdurch sind bereits Rückschlüsse vom Symptom auf die Beziehungsstrukturen und umgekehrt möglich.⁷⁷

All die genannten schulenübergreifenden Interventionstechniken und -methoden sind für die einzelnen familientherapeutischen bzw. systemischen Ansätze in unterschiedlicher Weise charakteristisch. Die gerade in der Praxis beobachtbaren Bestrebungen, die verschiedenen Ansätze ineinander zu integrieren, fördern einen solchen Methodenpluralismus. Letztendlich ist eine der Hauptintentionen systemischer Therapeuten, einzusetzen „was wirkt“; warum etwas wirkt, ist dabei eher von untergeordnetem Interesse.

4.3 Möglichkeiten und Grenzen der Integration familientherapeutischer Modelle

STIERLIN/SIMON (1986) heben hervor, daß sich nach den Erfahrungen der Heidelberger Arbeitsgruppe „der systemische Ansatz um so mehr empfiehlt, ja als einzig sinnvolles Modell erscheint, je starrer (d.h. je blockierter in seiner Ko-Individuation und Ko-Evolution) ein Familiensystem sich darstellt und je dringlicher sich die Aufgabe stellt, diagnostisch einen Gesamtein-

75 Vgl. Kriz, 1989, S. 271/272; von Schlippe, 1991 und ausführlicher: Wille, 1982; Schweitzer/Weber, 1982;

76 Zum Verfahren der Darstellung der Familienbeziehungen mittels des Familienbretts vgl. ausführlicher: Ludwig/u.a., 1983; zur Diagnostik allgemein: Cierpka, 1988

77 Zur Technik der Genogrammerstellung und -analyse vgl. ausführlicher: Heint, 1987; von Schlippe, 1991

druck von der Familie zu gewinnen und gleichzeitig möglichst schnell eine tragende Beziehung zu allen Familienmitgliedern herzustellen.“ Als Methode hat sich die von der Mailänder Schule entwickelte „zirkuläre“ Interviewtechnik bewährt. Der Therapeut erhält „innerhalb kürzester Zeit eine Fülle relevanter Informationen“, kann veränderungsfördernde, „positive Kreisprozesse auslösende Informationen in das Familiensystem einführen“ und - indem er Konfrontationen vermeidet und „positive“ Antworten provoziert - ein günstiges „kooperatives (therapeutisches) Klima“ schaffen, das wiederum „einen Spielraum für verschiedenste therapeutische Interventionen“ eröffnet⁷⁸. Je nachdem, ob seine auf Veränderung bezogenen Interventionen angenommen bzw. abgelehnt werden, kann der Therapeut sich „entwicklungs- und wachstumsorientiert“ - im Sinne einer Förderung von Kommunikationmustern und Selbstwert (Satir) bzw. „Ko-Individuation“ und „Ko-Evolution“ (Stierlin) - oder „strukturell-strategisch“ engagieren, indem er sich „auf die Seite der Nichtveränderung stellt“ und „gerade dadurch die auf Veränderung gerichtete Seite der Ambivalenz mobilisiert“ (z.B. durch paradoxe Verschreibungen). Welches Modell der Therapeut wählt, hängt vom jeweiligen Einzelfall, der Erfahrung des Therapeuten, seinem Stil, seinen Vorlieben, u.a.m. ab.⁷⁹

4.4 Anleihen bei anderen therapeutischen Schulen

Nicht nur die Elemente verschiedener familientherapeutischer Modelle werden von systemisch arbeitenden Familientherapeuten in ihre Arbeit integriert, sondern auch bei überwiegend einzeltherapeutisch arbeitenden Schulen machen sie ihre Anleihen. Insofern entsteht in der Praxis ein Therapiemethodenmix, der die Vorlieben der jeweiligen Therapeuten widerspiegelt, die sich in der Regel von der Prämisse leiten lassen, einzusetzen, „was wirkt“, unabhängig davon, welche Kopfschmerzen dies den Theoretikern bereitet. Ein besonderes Interesse entwickelten Sie für *hypnotherapeutische* Methoden, die darauf abzielen, „eine komplementäre Therapeut-Patient-Beziehung herzustellen und zu festigen, indem sie den Widerstand des Patienten unterlaufen oder als aussichtslos erscheinen lassen.“⁸⁰ Besonders die

78 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 268; Stierlin, 1990, S. 121

79 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 268/269

80 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 269; besonders „Suchtkranke gelten bis heute als besonders harte Nüsse, widerspenstig und wenig kooperativ...“ (vgl. Hübner, 1993, S. 19). Dabei

Interventionsansätze des Hypnotherapeuten Milton ERICKSON wurden für viele Familientherapeuten wegweisend. Bekannt wurde Erickson „durch seine Art, alles, was ein Klient mit in die Behandlung brachte, für die Therapie zu nutzen. Alles, was ein Klient tat oder nicht tat, war ein Zeichen für seine Kooperation in Richtung auf eine Lösung.“⁸¹

SCHMIDT (1985) betont, daß Variabilität und Effizienz therapeutischer Interventionen in der systemischen Familientherapie erheblich gesteigert werden können, wenn „systematisch Ericksonsche Interventionsansätze darin integriert“ werden. Als Folge dient das systemische Interview (z.B. mittels der Technik des zirkulären Fragens) „nicht nur der Gewinnung, sondern auch der Eingabe veränderungsrelevanter (indirekt-hypnotherapeutischer) Informationen.“⁸²

Als weiteres Verfahren, das sich in den vergangenen Jahren zunehmend etabliert hat, seien die sog. *Familienaufstellungen* nach HELLINGER erwähnt. Hellinger, einst katholischer Ordenspriester in Südafrika, wurde in seinem psychotherapeutischen Werdegang beeinflusst von der Psychoanalyse (u.a. Boszormenyi-Nagy), der Transaktionsanalyse („Skriptarbeit“), der Primärtherapie (Janov's „Urschrei“-Therapie), der Gestalttherapie, der Hypnotherapie (Erickson), u.a.m. Seine spezifische Form systemischer Therapie basiert auf den folgenden beiden Grundannahmen:

bringen sie vermutlich nur zum Ausdruck, daß ihre „Uhren... langsamer gehen als die unsrigen“ (vgl. Schmidt-Keller/Klein, 1990, S. 89), daß ihr Symptom „die Familie vor den Gefahren durch die Veränderung beschützt“ (vgl. Hübner, 1993, S. 21). Widerstand in der Therapie weist auf Störungen/Mißverständnisse im therapeutischen System hin und tritt z.B. auf, wenn der Therapeut die Haltung der Neutralität verletzt, wenn er den Kontext, in dem die Klienten zur Therapie kommen, ignoriert, den Auftrag, den er erhält, mißversteht/ignoriert (vgl. Hübner, 1993, S. 23-26; siehe auch: Welter-Enderlin, 1988) bzw. wenn die Strukturen des Suchthilfesystems „isomorph“ jenen des Suchtsystems sind (vgl. Erbach/Richelshagen, 1989; Brentrup, 1992). Auf einen Spezialfall der Mißachtung des Kontextes, in dem der Klient zur Therapie kommt, weisen Selvini-Palazzoli/u.a. (1983) hin: „Das Problem des Zuweisenden“. Häufig kommen Klienten zu einem systemischen Therapeuten, bei denen ein „Helfer“ des traditionellen Suchthilfesystems bereits gescheitert ist. Wenn dieser „Zuweisende“ nicht berücksichtigt/gewürdigt wird, kann beispielsweise als „selbst-erfüllte Prophezeiung“ dieses Zuweisenden (z.B. „Ihnen ist nicht zu helfen, aber sie können es ja noch einmal bei dem Familientherapeuten probieren“) Therapie mißlingen (vgl. Selvini-Palazzoli/u.a., 1983).

81 Vgl. Hübner, 1993, S. 20

82 Vgl. Schmidt, 1985, S. 241; zur Hypnotherapie bzw. Integration hypnotherapeutischer Elemente in die systemische Familientherapie vgl. ausführlicher Erickson, 1981; Schmidt, 1985; Beiglböck/Feselmayer, 1992

- In Familien gibt es eine Ursprungsordnung. Diese ergibt sich durch die Zeit: „Wer oder was zuerst da war, hat Vorrang vor allem, was später kommt“. Insofern hat beispielsweise die Herkunftsfamilie Vorrang vor der aktuellen Familie, der Erstgeborene vor dem Nachgeborenen, usw;
- Symptome entstehen „durch eine unterbrochene Hinbewegung zu den Eltern. Gleichgültig, was geschehen ist: Kinder wollen ihre Eltern lieben, und „wenn diese liebende Hinbewegung unterbrochen wurde, dann schlägt Liebe um in Schmerz“ und äußert sich beispielsweise in Symptomen⁸³.

Durch *Familienaufstellungen*, bei denen Gruppenmitglieder stellvertretend z.B. die Herkunftsfamilie repräsentieren (einschließlich verstorbener bzw. tabuisierter/ausgeschlossener Familienmitglieder), werden innerfamiliäre Beziehungen und Bezüge verdeutlicht. Dieses Verfahren ähnelt der Familienskulptur (vgl. Kap. 4.2). Hellingers Arbeitsweise differiert allerdings von etablierten Verfahrensweisen: „Er schreibt bestimmten Mustern Pathogenität zu und stellt dann die ‘Lösungskonstellation’, das heißt, er stellt die Familienmitglieder (bzw. ihre Repräsentanten) um, er ändert das Bild so, daß eine (von ihm bestimmte) Ordnung der innerfamiliären Beziehungen entsteht, die nach seiner Ansicht die Lösung des Problems ist“; ein in der Praxis recht direktives Verfahren, denn Hellinger läßt mit sich weder diskutieren, noch versucht er, zu überzeugen. Seine Haltung entspricht einem: „Nimm es oder laß es.“⁸⁴ Ziel ist Versöhnung/Vertöchterung; gelingt die „gute“ Lösung, wird das Symptom überflüssig.

Hellinger ist umstritten, und dennoch: seine normativen Praktiken gewinnen zunehmend an Einfluß innerhalb systemisch orientierter Therapieansätze.⁸⁵

4.5 Systemische Therapie in der Alkoholismusbehandlung

SIMON/WEBER (1988) verstehen „Therapie als einen Prozeß, in dem von einer Familie/einem Patienten gemeinsam mit einem Therapeuten eine neue Wirklichkeit konstruiert wird, die neue Verhaltensoptionen eröffnet und

83 Vgl. Nuber, 1995, S. 21

84 Vgl. Simon/Retzer, 1995, S. 28

85 Zum Phänomen Bert Hellinger vgl. Weber, 1993; die kontroverse Diskussion in *Psychologie heute*, 1995 (Simon/Retzer, Krüll, Krüll/Nuber, Nuber); sowie die Panorama-Sendung vom 06.07.1995 (Sendemanuskript).

damit neue Interaktionsmuster ermöglicht.“⁸⁶ In einer systemorientierten Therapiekonzeption, in der „Suchtverhalten... *nicht als Krankheit* des Individuums oder der Familie gewertet“, sondern „... als Ausdruck eines *Entscheidungsprozesses* (wenn auch oft unbewußter Art) des Suchtpatienten“ gedeutet⁸⁷ und „als Interaktion in einem System“ verstanden wird⁸⁸, steht nicht die „Nüchternheit“ des Indexpatienten als Therapieziel im Zentrum der Behandlung. Vielmehr geht es darum, „die Probleme in den Sinn- und Lebenswelten der Betroffenen zu erkennen und Anstöße für Lösungen zu vermitteln.“⁸⁹ Dabei steigt die Wahrscheinlichkeit, „daß das alkoholabhängige Familienmitglied sein ‘Etikett’ abschütteln und neue Interaktionsmuster in der Familie einführen kann, je mehr das Trinkverhalten nur als ein Teilaspekt der Familieninteraktion erkannt wird.“⁹⁰ Ein „verdinglichte(s) Krankheitskonzept“, so verlockend es auch ist, würde den Weg dorthin blockieren.⁹¹

Das vorrangige Therapieziel einer systemisch orientierten Therapie ist insofern *nicht* die Beseitigung des Symptoms Sucht (bzw. Alkoholismus), denn wenn die Funktion des Symptoms für das Familiensystem nicht berücksichtigt und gewürdigt wird, „wird es mit großer Wahrscheinlichkeit zurückkehren bzw. ein anderes Symptom wird seine Funktion übernehmen.“⁹² Vielmehr ist es Ziel einer systemorientierten Alkoholismustherapie, das Symptom „durch (eine) Veränderung der Familienstruktur überflüssig zu machen.“⁹³

86 Vgl. Simon/Weber, 1988, S. 58

87 Vgl. Schmidt, 1988, S. 175/176; Hervorhebungen (kursiv) durch den Autor.

88 Vgl. Schmidtbreick, 1992, S. 14

89 Vgl. Welter-Enderlin, 1992, S. 25

90 Vgl. Steinglass, 1986, S. 183

91 Vgl. Simon/Weber, 1988, S. 58; verführerisch an einem „Krankheit“skonzept „als Erklärung von Verhalten“ ist die Entlastung „alle(r) Beteiligten von Schuld und Verantwortung“: die Krankheit ist schuld! „Kehrseite dieser Schuldentlastung ist die Ohnmacht, das Abgeben der Kompetenz an die Experten“ (vgl. Simon/Weber, 1988, S. 57). Entgegen einer völligen Negierung des Krankheitskonzepts betont *von Villiez (1986)*, daß auch in einem zunehmend systemischeren Zeitalter dieses nicht überflüssig wird, sondern einen neuen Stellenwert erhält, und sei es nur, daß es die sinnlosen Selbstheilungsversuche der Alkoholikerfamilie unterbricht und sie für professionelle Hilfe, beispielsweise bei einem systemisch-orientierten Therapeuten, zugänglich macht (vgl. Kap. 3.1).

92 Vgl. Schmidtbreick, 1992, S. 22

93 Vgl. Fischer-Wittmann, 1986, S. 91

Bei allen therapeutischen Interventionen⁹⁴ gilt es zu berücksichtigen, daß in einem Alkoholismussystem die Mitglieder extrem miteinander verstrickt und durch einen hohen Grad an innerfamiliärer Kohäsion charakterisiert sind (vgl. Kap. 2.7). Dies hat strukturelle Konsequenzen (Grenzen, Regeln, Rollen, vgl. Kap. 2.5; 3.6; 3.7; 3.8), mit dem Ergebnis, daß in einer Alkoholikerfamilie (wie auch in anderen Suchtfamilien) „oftmals extreme Trennungs- und Veränderungsängste bestehen; Autonomiebestrebungen und das Entwickeln einer eigenen Identität (werden) mit Verlassen, Schuld, Konflikt und Loyalitätsverrat assoziiert und somit als Bedrohung angesehen.“⁹⁵

Die innerfamiliäre Kohäsion, die Organisation der Familie um das Suchtmittel bzw. den Suchtmittelkonsumenten (mit der Herausbildung spezifischer Transaktionsmuster), verhindert die „Ko-Individuation“ jedes einzelnen Familienmitglieds bzw. die „Ko-Evolution“ des Familiensystems in seiner Gesamtheit (im Sinne Stierlins) und steht somit einer „ganzheitlichen Persönlichkeitsentwicklung“ (im Sinne Satirs bzw. Wegscheiders) im Wege (vgl. Kap. 2.6).

Eine systemorientierte Therapie, die die Besonderheiten einer Sucht- bzw. Alkoholikerfamilie berücksichtigt, wird, nach einer systemischen Diagnoseerstellung am Beginn, zunächst an den Strukturen ansetzen und diese zu verändern versuchen (z.B. durch Auflösen von Triangulationen, Wiederherstellung innerfamiliärer Grenzen, Rollenentlastungen der Kinder, u.a.m.), ehe charakteristische Kommunikationsstrukturen und Interaktionsmuster einer Veränderung nahe gebracht werden können. Insofern steht zunächst Strukturarbeit im Vordergrund, ehe Begegnungsarbeit (im Sinne Stierlins) bzw. ein Entwicklungs- und Wachstumsprozeß (im Sinne Satirs, Wegscheiders) in Gang gesetzt werden kann. Für die Behandlung von Suchtsystemen ist nicht nur ein systemischer Ansatz (vgl. Kap. 4.1 - 4.4) indiziert, sondern eine Integration unterschiedlicher Ansätze, beispielsweise des strukturellen mit dem entwicklungsorientierten bzw. des strukturellen mit dem psychodynamischen. Ob im Einzelfall stärker strategisch-lösungsorientiert (im Sinne de Shazer's) bzw. strategisch-paradoxal (im Sinne Selvini-Palazzoli's) gearbeitet wird, dürfte abhängig sein vom jeweiligen therapeutischen System, inner-

94 In Anlehnung an *Ludewig (1983)* „wird als Intervention jede vom Therapeuten vorgenommene Maßnahme verstanden, die eine signifikante Verstörung im therapeutischen System in Aussicht stellt“ (vgl. *Ludewig, 1983, S. 89*).

95 Vgl. *Schmidtbreick, 1992, S. 22/23*

halb dessen die Behandlung stattfindet, d.h. vom jeweiligen Therapeuten (seiner Ausbildung, seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten), der jeweiligen Alkoholismusfamilie und den äußeren Rahmenbedingungen (z.B. ambulante bzw. stationäre Therapie, Therapie mit der ganzen Familie, einem Paar, bzw. einem Einzelklienten im Sinne einer systemischen Einzelbehandlung bzw. Familientherapie *ohne* Familie, Therapie mit Ko-Therapeuten, mit einem Team hinter der Einwegscheibe, u.a.m).

Entscheidend ist, daß der Aufmerksamkeitsfokus des/der Therapeuten auf das System und die das System stabilisierenden Interaktions- und Kommunikationsmuster (z.B. Regeln) gerichtet bleibt und nicht auf die Dysfunktionalität bzw. Pathologie des Symptomträgers. Werden die Regeln erfaßt, „nach denen eine Familie (auch eine Alkoholismusfamilie, e.A.) ihre Wirklichkeit konstruiert, lassen sich therapeutische Strategien entwickeln, die diese kognitiven Muster... nutzen und dennoch die pathologieerzeugenden Regelkreise durchbrechen.“⁹⁶ Dabei überprüft der Therapeut „alle als relevant denkbaren Beziehungsmuster im Problemkontext daraufhin, ob sie eventuell zur Aufrechterhaltung einer symptomatischen Lösung beitragen“; dies schließt selbstverständlich mit ein, daß die „Anwesenheit“ bzw. das „Verhalten (des/der Therapeuten) der Familie gegenüber... ebenfalls symptomhaltend wirken kann.“⁹⁷ Grundsätzlich ist eine systemorientierte Therapie für Alkoholabhängigkeit an kein spezifisches Setting gebunden. Demzufolge kann sie *ambulant* (z.B. in einer Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtabhängigkeiten), *stationär* (in einer Suchtklinik), mit der ganzen Familie (als systemische Familientherapie), mit einem Paar (als systemorientierte Paartherapie) bzw. mit Einzelklienten (als systemische Einzelbehandlung) stattfinden. Entscheidend ist, daß die Aufmerksamkeit des Therapeuten auf das System und nicht auf die Pathologie des Symptomträgers (bzw. auf das Symptom) gerichtet bleibt.

96 Vgl. Simon, 1985, S. 460

97 Vgl. Schmidtobreck, 1992, S. 19; Schmidt, 1985b, S. 41

4.5.1 Systemische Therapie als diagnostisch-therapeutischer Prozeß

Wie bei jeder Therapie, so steht auch am Beginn einer systemorientierten Therapie die Diagnostik.⁹⁸ Dabei ist unerheblich, ob bereits beim ersten telefonischen Kontakt vom Therapeuten Daten gesammelt und in vorläufige Hypothesen überführt werden (wie z.B. durch die Vertreter der Mailänder Schule praktiziert), ob zum Erstgespräch der Alkoholiker bzw. sein co-abhängiger Partner allein, als Paar, mit/ohne Kinder, mit den Eltern erscheinen (die Mailänder luden beispielsweise zum Erstgespräch die gesamte Familie einschließlich Eltern/Großeltern ein, um sich einen Überblick über das familiäre Spiel zu verschaffen!), u.a.m.

Gerade systemische Therapeuten messen dem Erstkontakt/dem Erstgespräch für den weiteren Therapieverlauf eine immense Bedeutung bei und STIERLIN & MITARBEITER (1977/1980) widmeten dieser Thematik sogar eine eigenständige Publikation.⁹⁹

Eine systemische Diagnostik¹⁰⁰ vernachlässigt die innerpsychischen Prozesse, die zur Symptombildung geführt haben und konzentriert sich vielmehr darauf, „wie das Verhalten der Systemmitglieder miteinander sinnhaft verknüpft sein könnte.“¹⁰¹ Die dabei postulierten „systemischen Hypothesen“ werden „auf der pragmatischen Ebene überprüft“, so daß bereits während

98 Mit Diagnostik wird in der Psychologie ein Prozeß charakterisiert, „der die Suche und das Erkennen, das Beschreiben und Interpretieren, die Beurteilung und Vorhersage von persönlichen Merkmalen und Handlungen, psychischen Sachverhalten, Zuständen und Vorgängen beinhaltet. Das Ziel diagnostischer Praxis ist die Erleichterung, Absicherung, Kontrolle oder auch lediglich die Legitimation nachfolgender Entscheidungen... oder beraterischer und therapeutischer Interventionen“ (vgl. Grubitzsch/Rexilius, 1990, S. 206).

99 Vgl. Stierlin/u.a., 1980; angemerkt sei, daß die meisten systemischen Konzepte, zumindest am Beginn der Therapie, möglichst die Anwesenheit der gesamten aktuellen Familie befürworten und erst im späteren Verlauf des therapeutischen Prozesses auch mit Individuen bzw. Subsystemen einzeln arbeiten. Als Beispiel für den Aufbau eines Erstinterviews und der Erstellung eines Behandlungsplans für ein strukturell-entwicklungsorientiertes Vorgehen in der Familientherapie vgl. auch Bosch, 1984, S. 198-200.

100 In Anlehnung Cierpka, 1988, untersucht und beschreibt eine „Familiendiagnostik... die Interaktionen und ihre Veränderungen zwischen den Familienmitgliedern, den Subsystemen, und analysiert die Dynamik der Familie als systemisches Ganzes. Sie untersucht die unbewußten Phantasien, Wünsche und Ängste der Familie auf dem Hintergrund ihrer Familiengeschichte, um zu einem Verständnis über die bedeutsamen Interaktionssequenzen zu kommen“ (vgl. Cierpka, 1988, S. 2).

101 Vgl. Schmidt-Keller, 1992, S. 68/69

des diagnostisch/therapeutischen Interviews „veränderte Wahrnehmung“ und somit auch „verändertes Verhalten“ erzeugt und ausgelöst wird. So sind im systemischen Interview (egal ob Erstgespräch oder Folgegespräche) immer Diagnose (als Informationsbeschaffungsprozeß) und Therapie (als Verhaltensänderungsprozeß) eng miteinander verwoben und voneinander nicht zu trennen.¹⁰²

Ein geeignetes Hilfsmittel im diagnostisch-therapeutischen Prozeß ist neben der speziellen Fragetechnik des „zirkulären Fragens“ das *Genogramm*, ein Familienstammbaum (vgl. auch Kap. 4.2). Es handelt sich hierbei um ein graphisches Hilfsmittel, mit dem Familienstrukturen erfaßt und sichtbar gemacht werden, indem alle problemrelevanten Mitglieder des Ökosystems, in dem der Klient lebt, erfaßt werden. Bereits beim Erstkontakt (z.B. Telefongespräch) kann mit der Genogrammerstellung begonnen werden und es dient dann als Vorbereitung des Erstgesprächs. Hierbei wird es ergänzt/korrigiert und dient als Grundlage für alle weiteren Gespräche. Neben den gemeinsam lebenden Familienmitgliedern (aktuelle Familie, Herkunftsfamilien, Großelterngeneration) werden ins Genogramm auch Verstorbene, Abwesende, Fehl-/Totgeburten, Abtreibungen, Trennungs-/Scheidungs-/Todesdaten- und -ursachen, u.a.m. aufgenommen. Ergänzt wird das Genogramm durch Daten über chronische bzw. besonders einschneidende Krankheiten, (z.B. Schizophrenie, Krebs), Suchtabhängigkeiten (Alkohol-/Medikamenten-/Drogenabhängigkeit/u.a.m.), psychisch-emotionale Probleme (z.B. Depressionen, Migräne), etwaige Straffälligkeiten, den ethnisch-religiösen Hintergrund, u.a.m. All diese Daten werden in Arbeitshypothesen miteinander vernetzt und dienen als Grundlage für die Strukturierung der ersten bzw. der folgenden Sitzungen.¹⁰³ Dabei ist die Datenerhebung „eingebettet in die Problemdefinition, das Erfragen der unterschiedlichen Erklärungsmuster sowie das Erfragen bisheriger Lösungsversuche.“¹⁰⁴ Schließlich, wenn im gemeinsamen Gespräch/Interview Probleme definiert, Themenbereiche abgesteckt und Ziele formuliert sind, wenn also Konsens zwischen Berater und Klient(en) besteht, eine therapeutische Beziehung einzugehen, wird dies

102 Vgl. Schmidt-Keller, 1992, S. 69

103 Vgl. Schmidt-Keller, 1992, S. 70; zur Genogrammerstellung vgl. auch: Heinl, 1987; von Schlippe, 1991;

104 Vgl. Schmidt-Keller, 1992, S. 70/71

vom Therapeuten als Auftragserteilung definiert.¹⁰⁵ Dabei ist wichtig, daß die Definition von Problemen/Zielen einzelner Familienmitglieder unterschiedlich sein kann/darf. SCHMIDT-KELLER (1992) betont, daß nicht der Therapeut, sondern der Klient/die Familie die Probleme/Ziele definiert. Dies gebietet der Respekt gegenüber den Ängsten, Verletzungen und dem Mißtrauen gegenüber schmerzhaften Themen. Darüber hinaus stärkt dies Eigenverantwortung und Kooperationsfähigkeit der/des Klienten.¹⁰⁶ Indem der Therapeut, der nicht im „Wertekodex der Familie gefangen ist und sich nicht an die familienspezifischen Muster hält“, als neues Mitglied zum ursprünglichen System hinzukommt, entsteht als neues System das therapeutische System: damit ist grundsätzlich die „Chance zum Wandel“ gegeben.¹⁰⁷

Durch konsequente Einführung einer „Außenperspektive“ durch einen Beobachter (Therapeut), der sich in der Meta-Position befindet, kann dieser „die Selbstorganisationskräfte der Familie aktivieren, so daß der (erstarrte) Prozeß der familienweiten Ko-Evolution wieder in Gang gesetzt wird.“¹⁰⁸ Dies kann allerdings nur gelingen, wenn der Therapeut, gegenüber jedem Systemmitglied (insbesondere den nicht-anwesenden Systemmitgliedern) sich eine Haltung der „Neutralität“ bzw. „Allparteilichkeit“ bewahrt, um nicht in Loyalitätskonflikte verstrickt zu werden.¹⁰⁹ Gelingt ihm dies nicht, trägt er zur Stabilisierung der morphostatischen Kräfte innerhalb der Familie bei,

105 In diesem Zusammenhang betont *Ludewig (1992)*, daß es „Ziel des gemeinsam festgelegten Auftrages ist,... die Ressourcen der Kunden mit den Möglichkeiten des Therapeuten zu koordinieren.... (Dabei ist) von zentraler Bedeutung, klar zwischen Anliegen und Auftrag zu unterscheiden. Viele Therapien mißlingen oder fahren sich fest, weil kein eindeutiger Auftrag formuliert wurde“ (vgl. *Ludewig, 1992, S. 132*). Bei der Festlegung der Behandlungsziele sollte zunächst das „kleinste Behandlungsziel“ erfragt werden, denn nur mit einem „kleinen“ Ziel, das aber „bedeutsam und deutlich bezeichnet“ ist, ist eine Veränderung am ehesten erreichbar (vgl. *Weakland/Fisch/Watzlawick, 1984; de Shazer, 1986; Kim Berg/Miller, 1993*).

106 Vgl. *Schmidt-Keller, 1992, S. 72*

107 Vgl. *Rotthaus, 1989, S. 15*

108 Vgl. *Simon, 1985, S. 461*; ähnlich äußert sich auch *Schmidtbreick (1992)*, wenn sie betont, daß der Sinn therapeutischer Interventionen nicht auf kurzfristige Lösungen ausgerichtet ist, die aus einer momentanen problematischen Situation herausführen sollen, sondern langfristig auf Aktivierung der „Selbstheilungspotentiale einer Familie“ und der Unterstützung deren eigener, „konstruktiver Neuorganisation“ (vgl. *Schmidtbreick, 1992, S. 19; Schmidt, 1985b, S. 40*).

109 Vgl. *Bosch, 1984, S. 194; Eith, 1993, S. 150*

was sich als Widerstand gegen therapeutische Interventionen und Implikationen äußern kann (vgl. Kap. 4.4).

Aber ist es überhaupt möglich, daß ein Therapeut zu allen Systemmitgliedern eine tragende Beziehung aufbaut, sich jedem gegenüber eine Haltung der Neutralität bzw. Allparteilichkeit bewahrt und gleichzeitig als „Teil des Systems“ bzw. als „Außenstehender“ nicht die Meta-Position verliert? STIERLIN (1989) verweist auf diese Problematik der „Balance zwischen Teilhabe und Abstand“, die sich „in der systemischen Therapie (als) sowohl besonders schwierig als auch wichtig“ erweist. Als nützlich und hilfreich für eine Lösung dieses Dilemmas hat sich in der systemischen Therapie die Praxis bewährt, durch „Ko-Therapie, Teamarbeit sowie die Nutzung von Einwegscheibe und Videoaufzeichnung“ dieser Gefahr vorzubeugen bzw. negative Aspekte zu minimieren.¹¹⁰ Aber nicht jede Institution des Suchthilfesystems (Suchtberatungsstelle, Suchtklinik, Praxis eines niedergelassenen Therapeuten) verfügt über die personelle bzw. materielle Ausstattung, optimal zu arbeiten, allein schon aus Kostengründen. So sind auch hier Kompromisse erforderlich.

Zur Beziehung Therapeut-Klient(en) sei abschließend noch einmal betont, daß „der Respekt und die Akzeptanz, die der Systemiker seinem Klienten entgegenbringt“, am systemischen Ansatz fasziniert. Für ihn ist der Klient keine kaputte, defizitäre, kranke Maschine, die es zu reparieren gilt, sondern „ein gleichwertige(r), eigenständige(r) Mensch“, der „zu autonomen Beobachtungen und selbständiger Sinnggebung fähig“ ist.¹¹¹ Da es einem Therapeuten nach systemischen Verständnis nicht möglich ist, andere gezielt zu beeinflussen bzw. sie zu verändern¹¹², kann der Therapeut dem Klienten nur „alternative Wirklichkeitskonstruktionen an(bieten)“ bzw. solche mit ihm gemeinsam erarbeiten. Denn im Unterschied zu seinem Klienten, der sich

110 Vgl. Stierlin, 1989, S.145/146

111 Vgl. Herwig-Lempp, 1988, S. 195

112 Vgl. u.a. Herwig-Lempp, 1988, S. 199; Rotthaus, 1989, S. 13; in Anlehnung an Maturana. Anzumerken ist, daß die Begründer systemischer Ansätze, z.B. Minuchin, noch der Illusion verhaftet waren, gezielt Veränderungen auslösen zu können. Minuchin strebte die Rolle des „Führenden“ im therapeutischen System an. Für ihn beginnt Veränderung, wenn seine „alternativen Interaktionsmöglichkeiten... als richtig empfunden“ werden (vgl. Minuchin, 1986, S. 34 ff). Hier schätzen die Anhänger des „Struktur-Determinismus“ im Sinne Maturana's ihre Interventionsmöglichkeiten wesentlich bescheidener ein (vgl. Herwig-Lempp, 1988).

meist „auf eine bestimmte Lösungsperspektive festgelegt hat“ (z.B. Alkoholkonsum), stehen dem Therapeuten mehrere Lösungsmöglichkeiten zur Verfügung. Für welche Lösung der Klient sich letztendlich entscheidet, obliegt allein seiner Verantwortung.¹¹³ Die Rolle des Therapeuten im Prozeß, die sich als die eines „reflektierende(n) Reisebegleiter(s)“ definieren läßt, der seinen Klienten „ohne Kontrollversuche zur Seite steh(t)“, ist geprägt von Achtung und Respekt für die „Autonomie und Würde“ seiner Klienten, denen er „uneingeschränkt... Autorität... über die Entwicklungsschritte in ihrem Leben“ zuspricht.¹¹⁴ Erst eine solche Haltung schafft gegenseitiges Vertrauen als Voraussetzung für verhaltensändernde therapeutische Prozesse.

Im fortschreitenden diagnostisch-therapeutischen Prozeß mit den Mitgliedern eines Alkoholismussystems, sollte die Symptomatik zunehmend in den lebensgeschichtlichen Zusammenhang der Alkoholikerfamilie gestellt (vgl. Kap. 3.5) und mit deren „Wertvorstellungen, Prämissen und Mythen“ (auch unter einer Mehrgenerationenperspektive) sowie „Beobachtungen über den Kommunikationsstil, die familiäre Gefühlsatmosphäre, den Umgang mit Anerkennung und Entwertung“ verknüpft werden (vgl. auch Kap. 2.5; 2.6; 2.7; 3.4; 3.7; 3.8). „Dabei ist der strukturelle-systemische Aspekt der familiären Außengrenzen sowie der Binnengrenzen zwischen den Subsystemen bzw. zwischen den Generationen und deren Auswirkungen auf den Prozeß familiärer Entscheidungsfindungen wichtig.“¹¹⁵

Im Prozeß einer systemischen Diagnostik und Therapie geht es darum, wichtige Interaktionsregeln, die zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beitragen, zu erkennen und zu verändern. Dies geschieht bereits durch die Methode der „zirkulären Befragung“ (vgl. Kap. 4.2). Insbesondere die „hypothetischen Zukunftsfragen“ (Penn, 1986) und die „lösungs-konstruierenden Wunderfragen“ (de Shazer, 1986; Kim Berg/Miller, 1993) haben sich bewährt. Mit diesen Fragen wird nicht der Problem-, sondern der Lösungsbereich betont; häufig längst vergessene familiäre Ressourcen lassen sich auf

113 Vgl. Herwig-Lempp, 1988, S. 196

114 Vgl. Schmidt, 1992, S. 56

115 Vgl. Schmidt-Keller, 1992, S. 72-74

diesem Wege reaktivieren.¹¹⁶ Darüber hinaus lassen sich durch gezielte „Interventionen, die auf die Sichtweisen und Bedeutungsgebungen abzielen, an denen sich die Familienmitglieder bei der Auswahl ihres Verhaltens orientieren (Umdeutung, positive Konnotation), oder aber durch Interventionen, die direkt auf das Verhalten gerichtet sind (Verschreibung von Ritualen, Aufgaben, die neues Verhalten beinhalten, etc.)“ neue Informationen ins festgefahrene Familiensystem einbringen, die bleibende Veränderungen provozieren und initiieren können.¹¹⁷

LUDEWIG (1983) bezeichnete diesen Vorgang als „signifikante Verstörung.“¹¹⁸ Dabei verändert nicht der Therapeut, sondern der/die Klient(el) entscheidet letztendlich ob und inwieweit er/sie sich verändert.

Abschließend sei noch auf eine Problematik hingewiesen, die gerade für unser traditionelles Suchthilfesystem charakteristisch zu sein scheint: das Vorhandensein „isomorpher Strukturen“ zwischen Suchtsystem und Suchthilfesystem. ERBACH/RICHELSHAGEN (1989) berichten, daß „Denkmuster, Organisationsprinzipien und Verhaltensmuster“ des traditionellen Suchthilfesystems (Beratungsstellen, Fachkliniken, Kostenträger, etc.) „in beängstigender Weise denen der betroffenen Familien ähneln“. Diese „Isomorphie“ begünstigt „ungeeignete Lösungsversuche“ mit dem Ergebnis, daß wohlmeinende therapeutische Implikationen „einen eher suchstabilisierenden Effekt“ haben.¹¹⁹ Gerade die Kategorisierung der Sucht als Krankheit, die Entwicklung des medizinischen Suchtmodells und des darauf basierenden Suchthilfesystems, ähneln in ihren Erklärungsansätzen, Sichtweisen und Vorgehensweisen so frappierend „den Glaubenssystemen“ von Suchtklienten und ihren Angehörigen, daß zwischen Therapeut und Klientel (z.B. Alkoholiker) eine ähnlich komplementäre Beziehung entsteht, wie sie bereits zwischen dem Alkoholiker und seinem co-abhängigen Partner existiert. Indem aber das Suchthilfesystem gewissermaßen die ohnehin vorhandenen

116 Vgl. Schmidt-Keller, 1992, S. 74/75; der systemische Therapeut vertraut auf die Ressourcen einer Familie, mit denen sie ihre Lösung selbst findet. Er begleitet sie und hilft ihr als Steigbügelhalter „über den Zaun zu schauen, mit dem sie sich den Blick auf die 100 Möglichkeiten selbst versperrt hat“ (vgl. Rotthaus, 1989, S. 14).

117 Vgl. Erbach, 1987, S. 120

118 Vgl. Ludewig, 1983, S. 87

119 Vgl. Erbach/Richelshagen, 1989, S. 27; ähnlich äußern sich auch Berensen, 1986; Eberling, 1989; Schmidt-Keller/Klein, 1990; Tröscher-Hüfner, 1990; Erbach, 1992

Glaubenshaltungen, Interaktionsmuster, etc. nur bestätigt und positiv konnotiert, wird keine neue Information ins ohnehin erstarrte System hineingegeben; das System erstarrt noch mehr, denn: Wo keine „Unterschiede (mehr erzeugt werden), die Unterschiede machen“, bleibt alles beim alten.¹²⁰ Insofern scheint unser derzeitiges traditionelles Suchthilfesystem, das in guter Absicht Abstinenz propagiert und in vielfältiger Weise - zumindest vorübergehend - „Kontrolle und Führung des Klienten übernimmt...“, gerade bei Süchtigen kontraindiziert.¹²¹ Die systemische Sicht der Alkoholabhängigkeit und eine darauf basierende systemorientierte Therapie könnte diesem Isomorphismusdilemma entgegenwirken.

4.5.2 Systemorientierte Alkoholismusbehandlung im ambulanten und/oder stationären Rahmen

Ursprünglich wurde Familientherapie für die ambulante Praxis entwickelt und beschrieben und die Begründer der systemorientierten Sicht (z.B. Haley, 1975) warnten vor einer Übertragung systemorientierter Konzepte in den stationären Bereich.¹²² Da in der damaligen Praxis mit ganzen Familien gearbeitet wurde, was allein schon aus Kostengründen in einem stationären Kontext kaum zu verwirklichen ist, entwickelte sich die systemische Familientherapie zunächst als eine Domäne ambulanter Einrichtungen und auch die gegenwärtigen systemischen Konzepte (vgl. Kap. 4.1) dürften geradezu prädestiniert sein für ein ambulantes Setting mit einer Sitzungsdauer von ca. 1-1,5 Stunden, Sitzungsintervallen von ca. 3-4 Wochen und einer Sitzungsfrequenz von ca. 5-10 Therapiesitzungen pro Therapie (mit ganzen Familien einschließlich Kindern, Großeltern, usw., aber auch mit einzelnen Klienten, Paaren, Kindersubsystemen, u.ä.).

Wie bereits dargestellt (vgl. Kap. 4) setzte sich die systemische Sicht im Suchtbereich nur sehr zögernd durch und noch Mitte der 80er Jahre wurde in ambulanten Beratungsstellen eine systemisch-orientierte Suchttherapie erst vereinzelt angeboten. Erfahrungen mit systemorientierter Suchttherapie im

120 Vgl. Simon, 1988

121 Vgl. Erbach/Richelshagen, 1989, S. 30; 45

122 Vgl. Rösch, 1993, S. 176

stationären Rahmen fehlten bis zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik (alte Bundesländer) völlig.¹²³

SCHMIDTOBREICK (1992) untersuchte Anfang der 90er Jahre in einer Evaluationsstudie, in welchem Umfang systemische Familientherapie in der ambulanten Suchtkrankenhilfe verbreitet ist und kam zu dem Ergebnis, daß in etwa jeder dritten Beratungsstelle für Suchtabhängigkeiten Mitarbeiter systemisch ausgebildet sind bzw. sich in Ausbildung befinden.¹²⁴ Daraus kann gefolgert werden, daß in ca. einem Drittel der psychosozialen Beratungsstellen (zumindest jener, die dem Caritas-Verband angehören) seit Anfang der 90er Jahre systemische Familientherapie möglich ist und praktiziert werden kann.

Eine „systemisch-familientherapeutische Arbeit ist in einem stationären Rahmen streng genommen nicht möglich. Die alleinige Aufnahme des Abhängigen... widerspricht a priori dem systemischen Ansatz“¹²⁵ Dennoch sieht die klinische Realität inzwischen anders aus und eine systemische Sicht von Abhängigkeitssymptomatik findet zunehmend Eingang in den stationären Kontext. Dies schafft Konflikte im traditionellen klinischen Suchthilfesystem und führt zu einer Vermischung/Integration traditioneller Ansätze/Sichtweisen mit einem systemischen Verständnis von Sucht.

Während aus systemischer Sicht das Symptom vernachlässigbar ist und erst im therapeutischen Prozeß „durch eine Veränderung der Familienstruktur überflüssig“ wird (vgl. Kap. 3.3; 4.5)¹²⁶, steht in stationären Einrichtungen

123 Vgl. Fischer-Wittmann/Lang/Lang, 1987, S. 18/19; Schmidtbreick, 1992, S. 24

124 In der Evaluationsstudie von *Schmidtbreick (1992)* wurden 221 Beratungsstellen des Deutschen Caritas Verbandes (alte BRD) befragt. Von 129 Beratungsstellen, die ihre Fragebögen zurücksandten, waren 120 Fragebögen auswertbar. In 71 Beratungsstellen waren Mitarbeiter tätig, die bereits eine Ausbildung in systemischer Familientherapie abgeschlossen hatten bzw. sich in einer Ausbildung befanden (vgl. Schmidtbreick, 1992, S. 31). Bezogen auf alle 221 Beratungsstellen, die in die Studie einbezogen waren, ergibt sich, daß mindestens in jeder dritten Beratungsstelle des Deutschen Caritas-Verbandes systemische Familientherapie angeboten wird/bzw. angeboten werden kann. Bezogen auf jene 120 Beratungsstellen, deren Fragebögen auswertbar waren, erhöht sich der Anteil auf 59,16%. Über die Verbreitung systemischer Ansätze in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe wird im Rahmen einer eigenen explorativen Studie später noch ausführlicher berichtet (vgl. Kap. 5).

125 Vgl. Rink, 1993, S. 158

126 Vgl. Fischer-Wittmann, 1986, S. 91

nach wie vor am Beginn der Alkoholismustherapie in der Regel die „Entgiftung“ des Alkoholikers. Des weiteren wird in „Hausordnungen“ für den Zeitraum des stationären Aufenthaltes ein striktes Alkoholverbot ausgesprochen, dessen Einhaltung kontrolliert wird. Verstöße werden häufig als Rückfall krankheitsuneinsichtiger Klienten gewertet und mit Repressalien bis hin zum Verweis geahndet.¹²⁷ Eine solche Praxis steht grundsätzlich in krassem Widerspruch zur systemischen Sicht der Alkohol- (bzw. Suchtmittel)abhängigkeit, für die eben Abstinenz *nicht das* Therapieziel ist und sich der therapeutische Erfolg auch nicht ausschließlich an diesem Ziel mißt. Und es sind gerade solch „isomorphe“ Strukturen zwischen Suchtsystem und Suchthilfesystem, die mit dazu beitragen können, daß Therapie (gemessen am Therapieziel Abstinenz) nach wie vor häufig mißlingt.¹²⁸ Und dennoch: so überzeugend eine systemische Sicht der Alkoholabhängigkeit auch ist, hat nicht auch jenes Argument/jene Sichtweise seine/ihre Berechtigung, welche(s) postuliert, daß die Intoxikation mit dem Suchtmittel (das ja als Problemlösung eingesetzt wird) den Blick auf das ursprüngliche Problem (das ja in der Regel ein Kommunikationsproblem ist) verstellt und somit einer Problemlösung im Wege steht?¹²⁹

Hier befindet sich die Suchthilfe (nicht nur die stationäre) in einem Dilemma, das nur lösbar ist, wenn sie beide Sichtweisen im Sinne eines „sowohl als auch“ einander gleichberechtigt nebeneinander stellt und sich von einem „entweder-oder“-Dualismus (wie er z.B. im Paradigma-Streit zum Ausdruck kommt) verabschiedet; in der Praxis ist dies auch durchaus üblich. Es kann FISCHER-WITTMANN/LANG/LANG (1987) nur zugestimmt werden, wenn sie es aus diagnostischer Sicht für hilfreich erachten, zum Zwecke der Informationsgewinnung „die Familie auch im intoxiziertem Stadium zu sehen“ und andererseits für den weiteren therapeutischen Prozeß betonen, daß dieser „den klaren Kopf aller voraus(setzt); der Therapeut ließe sich in das Spiel hineinziehen, wenn er die ‘nasse’ Familie längerfristig tolerieren würde.“ Letztendlich ist nicht der Therapeut, sondern die Familie der

127 Zur Rückfallproblematik aus einem systemischen Verständnis vgl. ausführlicher Kap. 4.6

128 Zur Isomorphie zwischen Sucht- und Suchthilfesystem vgl. Kap. 4.5.1

129 Vgl. Kap. 1.2, S. 17

entscheidende Faktor, der festlegt, „ob jemand abhängig bleibt oder nicht - sie muß die Entscheidung treffen.“¹³⁰

4.5.2.1 Systemische Behandlung in einer ambulanten Beratungsstelle bzw. Praxis

Eine Suchtberatungsstelle für Alkoholabhängige wird in der Regel von jenen aufgesucht (Alkoholabhängige bzw. deren Angehörige), die noch in den alltäglichen Kampf mit dem Suchtmittel verstrickt sind bzw. nach kurzfristiger Abstinenz den Rückfall (Verlust der Abstinenz) befürchten. Darüber hinaus sind es häufig Dritte (z.B. Ärzte, Krankenkassen, Arbeitgeber, u.a.), die die Kontaktaufnahme zu einer Suchtberatungsstelle initiieren. Da dem Anmelder häufig eine „Schlüsselposition in der Familie“ zukommt, ist es für die Behandlungsstelle wichtig, „ihn kennenzulernen und seine Rolle zu definieren.“¹³¹

FISCHER-WITTMANN/LANG/LANG (1987) laden bei jenen Klienten, die in einem Familienverband leben, zum Erstgespräch „die gesamte Familie (evtl. Großfamilie) zu einem gemeinsamen klärenden Gespräch ein, an dessen Ende dann ein Kontrakt über weitere Sitzungen stehen kann.“; dies allerdings nur, wenn der Suchtkranke gegen die Einbeziehung der Familie keine Einwände hat.¹³² Ansonsten ist eine systemische Einzelbehandlung bzw. eine Familientherapie ohne Familie (vgl. Kap. 4.5.2.3) indiziert. Besonders wenn der Suchtkranke aus der Elternryade kommt, bestehen oftmals starke Widerstände gegen einen Einbezug der Kinder, die, wie dargestellt, spezifische Rollen im Suchtsystem ausfüllen und häufig durch Triangulationen in die Interaktionen der Eltern verstrickt sind (vgl. Kap. 3.7; 3.8). Darüber hinaus stehen Gefühle von Scham und Schuld auf Seiten des Alkoholikers und seine Ängste vor einer Wiederholung des meist jahrelangen Familiendramas in der Beratungsstelle häufig einer systemischen Therapie mit der gesamten

130 Da in der Suchtfamilie sich ein Gleichgewicht herausgebildet hat zwischen „Trunkenheit und Highsein auf der einen und Nüchternheit und Klar-denken-können auf der anderen Seite“ (vgl. Fischer-Wittmann/Lang/Lang, 1987, S. 23; in Anlehnung an Steinglass, 1983, S. 73; 1986, S. 179; siehe auch Kap. 3.6), ist es zum Verständnis der Interaktion in einer Alkoholikerfamilie sinnvoll, beide Zustände kennenzulernen.

131 Vgl. Fischer-Wittmann/Lang/Lang, 1987, S. 21; zur Problematik des Zuweisenden vgl. ausführlicher Selvini-Palazzoli, 1983

132 Vgl. Fischer-Wittmann/Lang/Lang, 1987, S. 21

Familie im Wege. Systemisches Denken und Handeln ist dem Hilfesuchenden in der Regel fremd und es ist Aufgabe der Berater, Ängste und Widerstände seiner Klientel gegen den Einbezug von Familienangehörigen ernstzunehmen und zu respektieren. Erst wenn zwischen Berater und Klient Vertrauen besteht, wenn in solchen Fällen durch systemisch orientierte Einzeltherapie Bedenken gegen die Mitwirkung der Angehörigen ausgeräumt werden konnten, ist deren Einbeziehung im weiteren Therapieverlauf möglich. Letztendlich entscheidet der Klient über Therapieziele, den Einbezug von Angehörigen und den Therapieverlauf in seiner Gesamtheit. Wichtig ist, daß Berater und Klient in Form eines Therapievertrages die Therapieziele sowie die Therapiedauer (Anzahl der Sitzungen) miteinander verabreden (vgl. Kap. 4.5.1). Im Therapieverlauf fokussieren Therapeut und Klient gemeinsam auf die Interaktionen im jeweiligen Familiensystem strukturierenden Regeln und Rollen, lenken den Blick auf familiäre Ressourcen und versuchen, im gemeinsamen Prozeß Lösungen zu entwickeln, die geeignet sind, längerfristig auf den Alkohol als Beziehungsregler zu verzichten. Hier bestehen allerdings Unterschiede zwischen den verschiedenen systemischen Ansätzen. Während die wachstumsorientierten Ansätze (Satir, Wegscheider) stärker auf Regeln, Rollen und Interaktionsstrukturen fokussieren und Selbstwert und Wachstum (im Sinne einer „ganzheitlichen Persönlichkeit“) betonen (vgl. Kap. 2.6; 4.1.3), wird ein „strukturell-orientierter“ Therapeut sich in besonderer Weise den Grenzen/Triangulationen zuwenden und diese zu verändern trachten (vgl. Kap. 2.5; 4.1.4.3). Der strategisch-orientierte Therapeut im Sinne der Mailänder Schule wird versuchen, das „Interaktionsspiel“ zu verstehen und zu verstören (vgl. Kap. 4.1.4.2), während der kurztherapeutisch-lösungsorientierte Therapeut sich vorrangig auf Ressourcen und Lösungen konzentriert (vgl. Kap. 4.1.4.1). Der familiendynamisch-orientierte Therapeut letztendlich wird bemüht sein, Delegationen und Vermächtnisse bewußt zu machen und ist an einer Verflüssigung verfestigter Strukturen (z.B. Auflösung von „Clinch-Beziehungen“, Triangulationen, u.a.m.) und an einer Versöhnung/Vertöchterung im Sinne einer „bezogenen Individuation“ interessiert. Im Idealfall ist ein systemischer Therapeut so umfassend ausgebildet, daß er „klientenorientiert“ und „situationsbezogen“ in der Lage ist, gemeinsam mit dem Klienten dessen Ziele zu realisieren. Hier kommt dem Therapievertrag am Beginn der Therapie und dem Können des Therapeuten eine besondere Bedeutung zu.

Die Dauer einer ambulanten Therapie schwankt in der Regel zwischen ca. 5-10 Sitzungen im Abstand von jeweils 4-6 Wochen. Auch hier bestehen - je

nach Beratungsstelle und Konzept - Unterschiede, die hier im einzelnen nicht aufgeführt werden können. Darüber hinaus gibt es keine eindeutige Regel, wann eine systemische Therapie mit einer Alkoholismusfamilie abgeschlossen ist. Da das Abstinenzziel kein eindeutiges Kriterium für den Erfolg/Mißerfolg einer Systemischen Therapie ist, muß jeweils in Absprache mit den Klienten neu festgelegt werden, ob gemeinsam festgelegte Ziele erreicht sind, ob neue Ziele und somit ein neuer Auftrag verabredet werden, u.a.m. Systemische Therapie versteht sich hierbei als die „therapeutische Begleitung eines Teiles des Prozesses der Familie“ und in Absprache mit der Klientel wird das Therapieende bzw. eine Fortsetzung der Therapie festgelegt.¹³³

Abschließend sei noch auf ein Problem hingewiesen, das die Beziehung zwischen Therapeut und Klient maßgeblich beeinflussen kann. Vertreter des lösungs-orientierten Ansatzes (de Shazer, Kim Berg, Miller) differenzieren ihre Klienten in den Beziehungstyp des „Kunden“, des „Klagenden“ und des „Besuchers“ und betonen, daß in Therapien, in denen Klienten als „schwierig“, „widerständig“ und/oder „verleugend“ erlebt werden, die „Therapeut-Klient-Beziehung“ häufig falsch klassifiziert wurde. Dies hat Konsequenzen für den Therapieprozeß, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann.¹³⁴

4.5.2.2 Systemische Alkoholismusbehandlung in einer stationären Einrichtung

Inzwischen werden in beinahe jeder stationären Einrichtung die Angehörigen in die Therapie mit einbezogen, in der Regel, um sie über Abhängigkeit und deren Folgen zu informieren, um sie als zusätzliche Informanten bzw. „Hilfstherapeuten“ zu nutzen, u.a.m. Die Einbeziehung von Angehörigen

133 Vgl. Fischer-Wittmann/Lang/Lang, 1987, S. 25

134 Der Beziehungstyp des „Kunden“ ist dadurch charakterisiert, „daß er sich selbst als Teil der Lösung sieht und bereit ist, bezüglich des Problems etwas zu tun“ (vgl. Kim Berg/Miller, 1993, S. 39). Der Beziehungstyp des „Klagenden“ zeichnet sich dadurch aus, daß er die Lösung des Problems/der Beschwerden in der Veränderung des Anderen sieht (vgl. Kim Berg/Miller, 1993, S. 41). Wird am Ende des Erstgesprächs weder eine Beschwerde noch ein gemeinsames Ziel gefunden, handelt es sich häufig um einen „Besucher-Typ“ (vgl. Kim Berg/Miller, 1993, S. 43). Zu den Auswirkungen und Konsequenzen, die die Definition der Therapeut-Klient-Beziehung für eine ressourcen- und lösungsorientierte Kurztherapie hat, vgl. ausführlicher Kim Berg/Miller, 1993, S. 39-51.

bedeutet hierbei noch nicht, daß die Einrichtung einem systemischen Ansatz verbunden ist.

Wie bereits angedeutet (vgl. Kap. 4.5.2), ist Systemische Therapie in einer stationären Einrichtung grundsätzlich nicht möglich, denn die „Ausgliederung“ bzw. „Ausgrenzung eines Familienmitgliedes“ steht im „Widerspruch zum systemischen Denken“. Indem „der/die Suchtkranke in eine Fachklinik überwiesen und somit implizit als Alleinverantwortliche(r)... definiert und von der Familie abgekoppelt wird,... rückt (er/sie) unweigerlich in den Behandlungsmittelpunkt, während die Restfamilie... in eine Zuschauer- oder Begutachterposition gerät.... Dieser system-immanenten, grundsätzlich unauflösbaren Problematik muß Rechnung getragen werden, wann immer Familientherapie im stationären Setting angeboten wird.“¹³⁵

Hilfreich ist, wenn im Beratungs- und Vorbereitungsprozeß *vor* Beginn der stationären Therapie die Angehörigen mit einbezogen werden; dies schließt auch ein „Aufnahmegespräch“ in der stationären Einrichtung vor Therapiebeginn mit ein. In diesem Gespräch können mit dem Klienten und seinen Angehörigen gemeinsam Therapieziele formuliert und insbesondere die Trennungproblematik (meist ist es das erste Mal, daß die Familie sich für längere Zeit trennt) kann positiv umgedeutet werden.¹³⁶ Der stationäre Aufenthalt sollte „eine Entscheidung der gesamten Familie“ sein, denn „der in der Loyalität der Familie gefangene Patient wird sich auch in einer stationären Therapie nur soweit entwickeln oder verändern, wie es die Familienhomöostase zuzulassen scheint.“¹³⁷

135 Vgl. Fischer-Wittmann/Lang/Lang, 1987, S. 28

136 Vgl. Kuypers, 1984, S. 188/189; Fischer-Wittmann/Lang/Lang, 1987, S. 29

137 Vgl. Fischer-Wittmann, 1986, S. 103; Zu den Loyalitätskonflikten, in die Suchtmittelabhängige geraten können, vgl. ausführlicher die Kap. 3.7 und 3.8. Gerade wenn der Suchtmittelabhängige aus dem Subsystem der Kinder stammt, dürfte ein Therapieerfolg erst dann möglich sein, wenn die Familie (sprich: die Elterndyade) ihre Erlaubnis zur Veränderung erteilt. Ansonsten bleibt der jugendliche Suchtmittelabhängige in seinem Loyalitätskonflikt „gefangen“. In solchen Fällen könnte es sinnvoll und hilfreich sein, daß „parallel“ zur systemisch-orientierten Behandlung des jugendlichen Suchtmittelabhängigen in der Klinik die Eltern (bzw. die gesamte Restfamilie) sich „ambulant“ einer systemisch-orientierten Therapie unterziehen. Eine Kooperation zwischen ambulanter Beratungs- und Behandlungsstelle sowie stationärer Einrichtung und eine Koordinierung der Therapie ist dabei sicherlich nicht nur hilfreich, sondern erforderlich.

Nach wie vor steht am Beginn einer stationären Therapie die „Entgiftung“¹³⁸, ehe - meist mit einer mehr oder weniger ausgiebigen „Kontakt-sperre“¹³⁹ - die eigentliche Therapie beginnt. Dabei schwankt die Aufenthaltsdauer in traditionellen Einrichtungen zwischen etwa 6 Wochen (als Minimum) und ca. einem halben Jahr (als Maximum). Einrichtungen, die sich einem systemischen Konzept verschrieben haben und die Aktivierung von Ressourcen unter einem lösungs-orientierten Ansatz anstreben, versuchen die „Trennung“ des Suchtmittelabhängigen von seinen Angehörigen möglichst kurz zu halten, so daß Therapien von 6-10 Wochen (in Ausnahmefällen bis zu 12 Wochen) als Regel anzusehen sind. Während des stationären Aufenthaltes sind je nach Konzept ein oder mehrere Familiengespräche bzw. mehrtägige Angehörigenseminare üblich.

HERRMANN (1993), Leiter einer Suchtklinik, berichtet, daß in seiner Einrichtung bereits zu Therapiebeginn individuell Angehörigenmaßnahmen mit den Klienten vereinbart werden. Die Regel sind zwei 3tägige Angehörigenseminare, die lösungsorientiert konzipiert sind. In diesen Seminaren wird „auf das Suchen nach Kollusionsmustern und Defiziten ebenso verzichtet wie auf die traditionelle Auflösung der Koabhängigkeitsrollen zugunsten einer differenzierteren Betrachtungsweise der Verhaltensbeiträge aller Teilnehmer am Interaktionsgeschehen.“ Deren Verhaltensbeiträge werden positiv konnotiert und als „besondere Leistung“ gewürdigt. Ein drittes Angehörigenseminar, zu dem nur die Kinder (zwischen 7 und 17 Jahren) eingeladen sind, dient der „Auflösung (von) Parentifizierungsmuster(n)“ und der Entwicklung von „Generationengrenzen“. Ergänzend werden noch Familien- und Paargespräche angeboten.¹⁴⁰

Kliniken, die in ihre Konzeption systemische Familientherapie integriert haben, sind meist auch psychoanalytisch und/oder verhaltenstherapeutisch ausgerichtet und integrieren darüber hinaus körperorientierte, humanistische

138 Unter „Entgiftung“ ist die „Behebung der wichtigsten organischen Beeinträchtigungen beim Abhängigen“ zu verstehen (vgl. Kuypers, 1981, S. 104; 1984, S. 188; und ausführlicher auch in: Feuerlein, 4. Aufl. 1989; L. Schmidt, 3. Aufl. 1993).

139 In vielen stationären Suchteinrichtungen ist es in den ersten Wochen der Therapie untersagt, Außenkontakte zu Angehörigen (auch telefonisch) zu pflegen. Dies wird in der traditionellen Suchttherapie als störend empfunden. Gerade in den ersten Wochen soll der Klient sich voll und ganz auf die Therapie konzentrieren, d.h. auf sich selbst, und sich nicht ablenken lassen.

140 Vgl. Herrmann, 1993, S. 180

sowie eine Vielzahl ergänzender Therapieverfahren (z.B. Meditation/Entspannung, Sport, verschiedene Formen der Arbeits- und Beschäftigungstherapie u.a.m.). Darüber hinaus dürften sie in ihrem Setting Einzel- und/oder Gruppentherapie anbieten. So dürfte es angesichts dieser Mixtur unterschiedlichster Therapieverfahren (Polypragmasie¹⁴¹) kaum zwei stationäre Einrichtungen geben, die in ihrer praktischen Konzeption identisch sind. Insofern sei für eine differenziertere Betrachtung systemisch orientierter stationärer Konzepte auf die weiterführende Literatur hingewiesen.¹⁴²

Für eine systemisch-orientierte Therapie im stationären Kontext wäre es wünschenswert, wenn die Möglichkeit bestände, zumindest kurzzeitig, die gesamte Alkoholikerfamilie stationär einzuweisen und intensiv zu behandeln. Diese Möglichkeit, die anderswo bei schweren Krisen erfolgreich angewendet wurde (z.B. USA, Schweden), bestand - zumindest bis Mitte der 80er Jahre - in der Bundesrepublik nicht.¹⁴³ Inwieweit heute ganze Familien in eine stationäre systemisch-orientierte Alkoholismusbehandlung aufgenommen werden können, war aus der bearbeiteten Literatur heraus nicht zu eruieren. Es ist aber anzunehmen, daß dies - allein schon aus Kostengründen - nur in besonders begründeten Einzelfällen möglich sein dürfte. Insofern dürfte bei besonders rigiden Alkoholismussystemen (beispielsweise der spät entschiedenen „nassen“ Alkoholikerfamilie, vgl. Kap. 3.5.2) auch eine stationäre systemisch-orientierte Therapie nur begrenzt erfolgreich verlaufen.¹⁴⁴

Um dennoch Familienangehörige in den stationären Prozeß stärker mit einbeziehen zu können, bietet sich eine „Regionalisierung“ der stationären Abhängigkeitsbehandlung an, wie sie vielerorts bereits praktiziert wird.¹⁴⁵

Trotz dieser Einschränkung dürfte eine systemisch-orientierte Therapie im stationären Setting eine sinnvolle Ergänzung innerhalb des traditionellen sta-

141 Im medizinischen Bereich wird unter Polypragmasie das Ausprobieren vieler Behandlungsmethoden und Arzneien verstanden.

142 Vgl. u.a. Kuypers, 1984; Huber, 1990; Herrmann, 1993; Loos, 1993; Rink, 1993; Rösch, 1993; Schmid, 1993; Standke, 1993

143 Vgl. Bosch, 1983, S. 386

144 Zu den Möglichkeiten und Grenzen einer systemisch-orientierten Therapie vgl. ausführlicher Kap. 4.7

145 Vgl. u.a. Huber, 1990; Rink, 1993; Schmid, 1993

tionären Behandlungsangebots für Alkohol- (bzw. Suchtmittel-) abhängigkeit sein. „Gerade bei Therapiewiederholern, bei denen sich eine einmal durchgeführte Maßnahme im üblichen stationären Setting als ineffektiv erwies, ist stets zu prüfen, ob nicht verdeckte, unbearbeitet gebliebene Familienkonflikte die erste Behandlung unergiebig machten.“¹⁴⁶ Darüber hinaus hat eine lösungs- und ressourcen-orientierte Sichtweise und eine daraus abgeleitete Therapie auch im stationären Setting „den Vorteil, daß... (sie) die Behandler von einem übermäßigen Veränderungsdruck entlastet und ihr Vertrauen auf die Selbstheilungskräfte des Systems festigt.“¹⁴⁷

4.5.2.3 Systemorientierte Einzelbehandlung

So wie im stationären Bereich eine Familienbehandlung im klassischen Sinne mit möglichst allen oder vielen Familienmitgliedern nicht möglich ist, bröckelt auch im ambulanten Bereich zunehmend das Dogma aus den Anfängen der Familientherapie, eine systemorientierte Sicht und Behandlung gehe nur mit möglichst vielen Familienangehörigen und sei als Einzelbehandlung nicht indiziert. Dies schränkte die Möglichkeit der systemischen Therapie auf jenen Personenkreis ein, der zu Beginn der Therapie bereit und willens war, zusammen mit seinen Angehörigen sich auf eine systemorientierte Therapie einzulassen. Allen übrigen, und das dürften nicht wenige gewesen sein, blieb nach wie vor das individuumzentrierte Behandlungsmodell als einzige Möglichkeit. Gerade bei Suchtproblematiken, bei denen der „Nachweis eines Familienproblems fast immer“ gelingt, stößt aber eine nicht-systemische Behandlungsmethode naturgemäß an ihre Grenzen. Für diesen Klientenkreis scheint eine „individuumzentrierte, psychodynamisch orientierte und in erster Linie auf Abstinenz und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gerichtete Einzelbehandlung (eher) kontraindiziert“ zu sein.¹⁴⁸

Inzwischen hat sich auch im ambulanten Bereich eine systemische Einzelbehandlung zunehmend etabliert, was nicht heißt, daß sie als Ersatz zur bisherigen Praxis verstanden wird. Im Gegenteil: die therapeutische Arbeit mit größeren Systemen hat „weiterhin Priorität, aber die „Umstände (richten

146 Vgl. Jansen, 1993, S. 142

147 Vgl. Jansen, 1993, S. 142

148 Vgl. Erbach/Richelshagen, 1989, S. 45; Eith, 1993, S. 152

sich) dummerweise nicht immer nach den Wünschen des Therapeuten.“ Er hat die Alternative, „nur Menschen zu behandeln, die zu der Methode passen, oder aber die Methode den Menschen (Patienten wie Therapeuten) anzupassen.“¹⁴⁹

Gerade das lösungsorientierte kurzzeittherapeutische Konzept der Palo Alto Gruppe (Watzlawick & Mitarbeiter, vgl. Kap. 4.1.4.1) sammelte wichtige Erfahrungen mit Einzelkunden. Selbiges gilt auch für die Weiterentwicklung dieses Konzepts durch de Shazer & Mitarbeiter (vgl. Kap. 4.1.4.1), die darüber hinaus auch vielfältige Erfahrungen mit Alkoholabhängigen sammelten.¹⁵⁰

Gerade in der ambulanten Praxis des niedergelassenen Therapeuten und in vielen ambulanten Suchtberatungs- und -behandlungsstellen dürfte allein aufgrund der äußeren Rahmenbedingungen eine Familientherapie *mit* der ganzen Familie (bzw. mit außerfamiliären relevanten Systemen) nicht immer möglich sein. Hier bietet sich ebenfalls als Alternative eine systemorientierte Einzelbehandlung an, die auch als „Familientherapie *ohne* Familie“ bezeichnet wird.¹⁵¹

Da Therapieprozeß und Setting einer systemischen Einzelbehandlung jenem einer systemischen Familienbehandlung ähneln, unabhängig, ob in einem ambulanten bzw. stationären Setting gearbeitet wird (vgl. Kap. 4, insbesondere Kap. 4.1; 4.2; 4.4; 4.5), kann an dieser Stelle auf eine ausführlichere Erörterung verzichtet werden.

In Anlehnung an *Weber/Simon (1987)* seien abschließend einige Aspekte benannt, die für eine systemische Einzelbehandlung charakteristisch sind:

- Im Unterschied zur Arbeit mit der gesamten Familie, wird das Problem nur aus Sicht einer Person dargestellt, einseitig gefärbt durch deren subjektiven Wahrnehmungs- und Bedeutungsgebungsfilter;

149 Vgl. Weber/Simon, 1987, S. 193

150 Die lösungsorientierte Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen ist ausführlich dargestellt bei Kim Berg/Miller, 1993

151 Vgl. Weiss/Haertel-Weiss, 1988/1991; es sei angemerkt, daß in ihrer ambulanten Praxis Weiss/Haertel-Weiss die strategischen Ansätze der Mailänder Schule (Selvini-Palazzoli & Mitarbeiter) sowie das lösungsorientierte kurzzeittherapeutische Konzept aus Milwaukee (de Shazer & Mitarbeiter) ineinander integriert bzw. miteinander kombiniert haben.

- Auch für eine ambulante systemische Einzelbehandlung ist ein Intervall von 3-4 Wochen zwischen zwei Sitzungen charakteristisch;
- So wie bei der systemischen Familienbehandlung die Familie Verantwortung für Veränderung bzw. Nichtveränderung trägt, gilt dies auch für die systemische Einzelbehandlung: der Klient trägt ausschließlich die Verantwortung für Veränderung/Nichtveränderung;
- Je nach Konzept wird auch in der systemischen Einzelbehandlung auf „Grundannahmen, Verhalten und Beziehungsmuster“ fokussiert mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung (vgl. u.a. Kap. 4.5.2.1). Dabei werden durch Fragen Nichtanwesende immer mit einbezogen;
- Auch bei systemischer Einzelbehandlung ist der Therapeut zur Neutralität verpflichtet, muß eine Parteinahme für den Klienten vermeiden und darf sich nicht mit diesem gegen Nichtanwesende verbünden;
- Um eine Außenperspektive zu ermöglichen, kann im Gespräch ein fiktiver außenstehender und neutraler Beobachter eingeführt werden (was würde dieser denken, welche Sicht hätte dieser, ..., u.a.m.);
- Während bei einer systemischen Familienbehandlung der Therapeut sich vor einer Verwicklung in das Familienspiel hüten muß, gilt dies gleichfalls für eine Verwicklung in das Spiel bzw. das angebotene Beziehungsmuster des Einzelklienten. Auch hier gilt, möglichst in der Perspektive des außenstehenden Beobachters zu verbleiben (Meta-Position)!

Auch in der systemischen Einzelbehandlung wird auf die Ressourcen des Klienten und seiner nichtanwesenden Familienmitglieder fokussiert mit dem Ziel, Lösungsperspektiven zu entwickeln.¹⁵²

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß auch in der systemischen Einzelbehandlung, zumindest einer psychodynamisch-familienorientierten¹⁵³, zunächst diagnostische Fragen zum Kontext dominieren, ehe auf eine symptomfreie Zukunft hypothetisch fokussiert und ressourcenorientierte Lösungsperspektiven erarbeitet werden.¹⁵⁴ Demgegenüber betont ein strate-

152 Vgl. Weber/Simon, 1987, S. 192-198

153 Vgl. das psychodynamische Konzept der Heidelberger Schule (Kap. 2.6.2; 4.1.1) sowie die Ausführungen zum diagnostisch-therapeutischen Prozeß (Kap. 4.5.1).

154 Zu den sehr ausführlichen Fragen- und Themenbereichen des diagnostisch-therapeutischen Prozesses im Einzelinterview vgl. ausführlich: Weber/Simon, 1987, S. 197/198 und das Fallbeispiel zur Interviewtechnik auf S. 199-205. Zur systemischen Einzeltherapie

gischeres Konzept (z.B. Weiss/Weiss-Haertel, 1988/1991) stärker den Lösungsbereich; familiendynamische Aspekte, auch Strukturen, Regeln und Rollen des Kontext, treten eher in den Hintergrund.¹⁵⁵

WEBER/SIMON (1987) merken kritisch an, daß die strategischen Konzepte bei ihrer systemischen Einzelbehandlung den „Fokus zu einseitig auf die Veränderung der individuellen Problemlösungsmuster ausrichte(n) und die Beziehungsmuster und die möglichen Reaktionen auf Veränderungen in den Familien zu wenig berücksichtigen.“¹⁵⁶ Dem kann nur zugestimmt werden. Da das „veränderte Verhalten eines Familienmitgliedes durch Feedback-Schleifen auch zur Veränderung der Bedingungen des Verhaltens der anderen Familienmitglieder führt“¹⁵⁷, ist systemische Einzelbehandlung immer auch Systembehandlung und es ist Aufgabe des Therapeuten, gewissermaßen als deren Anwalt, die Nichtanwesenden wertzuschätzen und für sie Verantwortung zu übernehmen. Sein Blick sollte auch bei einer systemischen Einzelbehandlung immer auf das Familiensystem in seiner Gesamtheit gerichtet sein und seiner Verpflichtung zur Neutralität bzw. Allparteilichkeit muß er gerade auch in einer systemischen Einzelbehandlung gerecht werden.

4.6 Der Rückfall des Alkoholabhängigen im systemischen Verständnis

Ein zentrales Problem in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit ist der „Rückfall in den Mißbrauch nach einer (mehr oder weniger langen) Abstinenzphase.“ Entsprechend der Vielfalt gängiger Alkoholismusmodelle (z.B. psychoanalytische, lerntheoretische, systemische, etc.) gibt es auch entsprechend viele Modelle, Theorien und Sichtweisen für einen Rückfall (moralisches-, medizinisches-, lerntheoretisches Modell, u.a.m.).¹⁵⁸ Im nachfolgen-

mit den strategischen Modellen (Mailand, Milwaukee) vgl. die Fülle an Beispielen in Weiss/Haertel-Weiss, 1988/1991; Kim Berg/Miler, 1993.

155 Vgl. Weiss/Weiss-Haertel, 1988/1991; Kim Berg/Miller, 1993

156 Vgl. Weber/Simon, 1987, S. 193/194

157 Vgl. Weber/Simon, 1987, S. 192

158 Vgl. Körkel/Lauer, 1988, S. 6; die Autoren verweisen in diesem Zusammenhang auf eine amerikanische Studie von 1980 (sog. „Rand-Bericht“), derzufolge „in den ersten vier Jahren nach der Entlassung aus stationärer Behandlung 81% der Alkoholiker zeitweise oder kontinuierlich schwer rückfällig“ werden. Dabei wird in der traditionellen suchttherapeutischen Praxis jeglicher Alkoholkonsum nach einer Abstinenzphase als Rückfall klassifiziert (vgl. Körkel/Lauer, 1988, S. 6). Nach einer umfassenden 4-Jahres-Katamnese von

den soll das Rückfallgeschehen aus einem systemischen Verständnis heraus näher dargestellt werden. Zu einer ausführlicheren Auseinandersetzung mit der Rückfallproblematik sei auf die weiterführende Literatur verwiesen.¹⁵⁹

SCHMIDT (1988) hebt hervor, daß es sich bei einem Rückfall „nicht (um) eine in sich feststehende Erscheinung (handelt), sondern (um) das Ergebnis eines sozialen Einigungsprozesses.“ Dabei wird in der Regel ohne Hinterfragung jeglicher Alkoholgenuß eines als „trocken“ definierten Alkoholikers als Rückfall gewertet und diagnostiziert.¹⁶⁰ Aus einem systemischen Verständnis heraus hat die allgemein in der Suchtbehandlung verbreitete pathologische Sichtweise gravierende Auswirkungen. Nicht der „Alkoholkonsum an sich macht etwas zu einem Rückfall, sondern welche Bedeutung dem Konsum gegeben wird und welche Interaktionen damit einhergehen.“¹⁶¹ Dabei kommt jeder Alkoholiker in eine geradezu „paradoxe Situation“, die sich auf sein gesamtes soziales Leben auswirkt: als Alkoholiker abgestem-

Küfner/u.a. (1988) muß davon ausgegangen werden, daß ca. 51% der Behandelten (im Sinne eines Verstoßes gegen das Abstinenz-Dogma) rückfällig werden. *Körkel/Lauer (1988)* verweisen darauf, daß über die Ursachen der höheren Abstinenzraten in der BRD nur spekuliert werden kann. Die gegenüber den USA deutlich längeren Behandlungszeiten (4-6 Monate gegenüber 2-3 Wochen) werden als eine mögliche Ursache benannt (vgl. *Körkel/Lauer, 1988, S. 58*). Je nach Rückfall-Theorie wird der Rückfall anders bewertet. Nach einem *moralischen* Verständnis, weist ein Rückfall auf eine Charakter- und Willensschwäche hin. Im *medizinischen* Sinne wird ein Rückfall „mittels genetischer und/oder biochemischer bzw. metabolischer Abnormitäten von Alkoholikern erklärt.“ Nach *lerntheoretischem* Verständnis weist ein Rückfall auf eine „Löschung von Behandlungseffekten“ hin. Aus *psychodynamischer* Perspektive korreliert der Rückfall mit Ich-Schwäche und ist Indiz für eine „Unfähigkeit, Enttäuschungen auf andere Weise als mit Alkohol zu verarbeiten.“ (vgl. *Körkel/Lauer, 1988, S. 21-40*). All diese Rückfalltheorien korrelieren mit den entsprechenden Alkoholismusmodellen.

159 Insbesondere *Körkel & Mitarbeiter (1988; 1991; 1991b; 1993; 1995)* haben sich sehr ausführlich mit dem Rückfallgeschehen auseinandersetzt und die Thematik unter den unterschiedlichsten Aspekten und Sichtweisen abgehandelt. Selbiges gilt für *Watzl/Cohen, 1989* und *de Jong-Meyer/Heyden, 1993*.

160 Vgl. *Schmidt, 1988, S. 185*; es handelt sich hierbei um eine „enge“ Rückfalldefinition, die in Selbsthilfegruppen (z.B. Anonyme Alkoholiker, Kreuzbund, Guttempler, u.a.m.) bzw. im professionellen Behandlungssystem vorherrscht. Dabei reicht „eine einmalige oder geringe Menge konsumierten Alkohols unabhängig von der Verabreichungsform (als Getränk oder in Form eines anderen, alkoholenthaltenden Nahrungsmittels) aus, um von Rückfälligkeit zu sprechen“ (vgl. *Körkel/Lauer, 1988, S. 11*). Diese Rückfalldefinition basiert weitgehend auf dem Krankheitsmodell der Anonymen Alkoholiker, die den Alkoholismus als chronische Krankheit, vergleichbar einer „körperlichen Allergie“, charakterisieren (vgl. *Körkel/Lauer, 1988, S. 25*; in Anlehnung an Publikationen der Anonymen Alkoholiker).

161 Vgl. *Schmidt, 1988, S. 186*

pelt und damit grundsätzlich als „rückfallgefährdet diagnostiziert“, wird ein an sich normales Verhalten in unserer Gesellschaft (z.B. in Gesellschaft ein Glas Bier zu trinken) als „unnormal“ und Ausdruck von Krankheit gewertet. Umgekehrt gilt für einen Alkoholiker ein an sich unnormales Verhalten (sich in Gesellschaft abstinenter zu verhalten) als Ausdruck von Gesundheit.¹⁶²

Durch die Instanzen des Beratungs- und Behandlungssystems gerät der Alkoholiker zusätzlich in eine ähnliche Eskalation, die bereits zuvor für sein Leben charakteristisch war. Indem deren „an Pathologie- und Defizitmodellen“ orientierte Konzepte für das mit dem Begriff ‚Rückfall‘ beschriebene „Interaktionsgeschehen“ eine ähnliche Definition anbieten wie die Familien, „die selbst meist auf solche Konzepte hin ausgerichtet sind“, tragen sie mit dazu bei, solche „familiäre(n) Muster festzuschreiben und zu stabilisieren (vgl. auch ausführlicher die in Kap. 4.5.1 dargestellte „Isomorphie“-Problematik).¹⁶³

Insofern ist es aus systemischer Sicht auch geradezu kontraindiziert, „Patienten als defizitär, gestört oder gar krank“ zu etikettieren. Vielmehr sollten „Sinnhaftigkeit und regulative Effekte von Symptomen in Beziehungen erkennbar“ gemacht werden, damit „Beziehungsregelkreise deutlich werden, die bisher das Symptom stabilisiert haben.“ Eine ausschließliche Pathologieorientierung verstellt sich den Blick „auf die Sinnhaftigkeit (des Symptoms, e.A.) und die im Symptom versteckte beziehungsgestaltende Fähigkeit“¹⁶⁴, denn das als Rückfall deklarierte Verhalten des Alkoholabhängigen ist aus systemischer Sicht kein Indikator dafür, daß der Alkoholabhängige wieder die Kontrolle verloren hat, sondern wird vielmehr als ein „bewußte(r) oder unbewußte(r) Verzicht (des Alkoholabhängigen) auf (seine) eigenen Steuerungsmöglichkeiten“ eingestuft.¹⁶⁵ Insofern sollte man auch nicht mehr von einem „Rückfall“ sprechen, der ja impliziert, daß man in etwas vorheriges, früheres zurückgefallen ist, sondern vielmehr von einem „Vorfall“, der zum Ausdruck bringt, daß in einer aktuellen Situation etwas wichtiges vorgefallen ist.

162 Vgl. Simon/Weber, 1992, S. 97

163 Vgl. Schmidt, 1988, S. 183

164 Vgl. Schmidt, 1988, S. 184

165 Vgl. Schmidt, 1988, S. 186

Wie gezeigt wurde, ist in einem Alkoholismussystem nach systemischem Verständnis der Alkohol „zentraler Regulationsfaktor von Nähe und Distanz in den Beziehungen“ und das Suchtverhalten des Symptomträgers entschärft Loyalitätskonflikte, stärkt die familiäre Kohäsion und verschiebt bzw. verhindert anstehende Entscheidungsprozesse, die möglicherweise mit Trennung verbunden sind (vgl. Kap. 2; 3). Kommt in solche Familien, beispielsweise nach einer Therapie, der Alkoholiker abstinent zurück, in eine Familie, die sich im Unterschied zu ihm nicht wesentlich verändert hat, fehlt dem System ein wichtiger Teil seiner bisherigen Regulationsmöglichkeiten, nämlich der Alkohol, und es reagiert auf die veränderte Situation mit Streß. Kommt es nun zu einem Rückfall (im Sinne eines erneuten Alkoholkonsums), kann dies aus systemischer Sicht als Indiz dafür gewertet werden, daß durch die Abstinenz „Beziehungskonflikte und -instabilitäten“ manifest sichtbar werden, die „durch Herbeiführung des vertrauten ‘nassen’ Zustandes eingedämmt werden sollen.“¹⁶⁶ Das erneute intoxikierte Verhalten des Alkoholikers kann somit als ein „wichtiges Informationssignal“ gewertet werden, das Auskunft „über den derzeitigen Entwicklungsstand des betreffenden Systems“ gibt.¹⁶⁷

Im Unterschied zum traditionellen Suchthilfesystem, das den Erfolg von Therapie am Therapieziel „Abstinenz“ mißt, ist dieses für den Systemiker eher von untergeordneter Bedeutung (vgl. ausführlicher u.a. Kap. 3.3; 4.5). Für systemische Therapien ist „vorrangige(s) Therapieziel“ eine Relativierung und Veränderung der „bewußten und unbewußten Glaubenshaltungen und Beziehungsregelungen“ aller Mitglieder des jeweiligen Familiensystems. Erst wenn die Beziehungen auf „konstruktivere Art geregelt werden“ - so die Erfahrungen einer systemischen Alkoholismusbehandlung - wird „der Alkohol als Regulierungsinstrument irrelevant.“¹⁶⁸ Insofern ist ein Rückfall des Alkoholikers auch kein Versagen eines Einzelnen, sondern immer Indiz für einen Rückfall des gesamten Systems, nämlich einen Rück-

166 Vgl. Körkel/Lauer, 1995, S. 166, in Anlehnung an Schmidt (1988); Körkel (1993) und Körkel/Lauer (1995) verweisen in diesem Zusammenhang auf neuere, in einem anderen Theoriekontext durchgeführte Studien, die *nicht* darauf hindeuten, daß nach dem Eintritt von Abstinenz in der Familie auffällig häufig zuvor verdeckte Probleme aufbrechen (vgl. Körkel, 1993, S. 322/323; Körkel/Lauer, 1995, S. 166). Insofern warnen diese Autoren vor „einer zu leichtfertigen Verallgemeinerung plausibler Vermutungen aus der systemischen Rückfalltheorie“ (vgl. Körkel/Lauer, 1995, S. 166).

167 Vgl. Schmidt, 1988, S. 188

168 Vgl. Schmidt, 1988, S. 188

fall in rigide, entwicklungshemmende Interaktionsmuster und Beziehungsregelungen (vgl. Kap. 3.6; 3.7).

SCHMIDT (1988) schildert ausführlich, inwieweit im ambulanten und stationären Bereich mit Rückfällen aus einem systemischen Verständnis heraus gearbeitet werden kann. An dieser Stelle wird deshalb auf eine ausführlichere Erläuterung verzichtet.¹⁶⁹

KÖRKEKEL/LAUER (1988) merken kritisch an, daß eine Anwendung systemtheoretischer Gedanken auf Alkoholiker ohne festes Beziehungssystem bisher noch aussteht. Darüber hinaus fehlt es bisher an einer empirischen Überprüfung der Thesen des systemischen Rückfall-Modells.¹⁷⁰

Mittel- bis langfristig ist der Rückfall eines Alkoholabhängigen (im Sinne von erneutem Alkoholkonsum) nicht die Ausnahme, sondern „der wahrscheinlichere Fall als die dauerhafte Abstinenz - selbst nach intensiver Behandlung.“¹⁷¹ Insofern stellt sich die Frage, ob von der Abstinenz als *dem* Therapieziel einer traditionellen Alkoholismusbehandlung nicht Abschied genommen werden sollte.

Abstinenz als Therapieziel im traditionellen Sinne läßt sich am ehesten verwirklichen, wenn „tragende soziale Beziehungen“ die Abstinenzorientierung unterstützen.¹⁷² Zur Erreichung eines solchen Ziels kommt den Selbsthilfegruppen (vgl. Kap. 4.7) eine besondere Bedeutung als präventivem Element zu.

Für ein systemisches Verständnis von Rückfällen betont KÖRKEKEL (1993), daß die abhängige Person und deren engstes Beziehungsumfeld ebenso als Einflußfaktoren des Rückfallgeschehens berücksichtigt werden müssen, wie das Suchtbehandlungssystem, dessen Personal und unser nach wie vor den Rückfälligen moralisch stark abwertendes Behandlungs- und Gesellschaftssystem in seiner Gesamtheit.¹⁷³ Ähnlich wie die Alkoholabhängigkeitspro-

169 Vgl. Schmidt, 1988, S. 189-212

170 Vgl. Körkel/Lauer, 1988, S. 41

171 Vgl. Körkel, 1993, S. 315

172 Vgl. Körkel, 1993, S. 323

173 Vgl. Körkel, 1993, S. 324/325

blematik insgesamt sind auch „Rückfälle multikausal bedingt (und) soziale Faktoren spielen dabei eine bedeutende Rolle.“¹⁷⁴

4.7 Der systemische Ansatz in der Alkoholismustherapie und das Konzept der Selbsthilfegruppen

Zu den tragenden Säulen einer traditionellen Alkoholismustherapie zählen die Selbsthilfegruppen (SHG), deren bekannteste Vertreter die Anonymen Alkoholiker (zusammen mit den Angehörigengruppen) sowie die Abstinenzlerverbände (Guttempler-Orden, Kreuzbund e.V., Blaues Kreuz in Deutschland e.V.) sind.¹⁷⁵ Dabei wird die Teilnahme an den Selbsthilfegruppen wie ein „Versicherungsverhältnis angepriesen“ nach dem Motto: „Abstinenz bleiben kann nur der, der regelmäßig zur Gruppe geht.“¹⁷⁶

In unserer Gesellschaft haben die Selbsthilfegruppen in der Sucht-Nachsorge inzwischen eine so „wichtige Bedeutung“ erlangt, daß sie „nicht mehr wegzudenken sind.“¹⁷⁷ Gerade nach einer stationären Therapie wird einer Mitwirkung in den SHG *die* zentrale „Bedeutung für die Vorbeugung von und den Umgang mit Rückfällen zu(gesprochen)“, eine Einschätzung, die von empirischen Studien offenbar bestätigt wird. Bezogen auf das in traditionellen Suchttherapien vorrangige Therapieziel der „Abstinenz“, korreliert ein regelmäßiger Besuch der SHG auffallend hoch mit der Erreichung dieses Ziels.¹⁷⁸

174 Vgl. Körkel, 1993, S. 323

175 Im allgemeinen werden unter Selbsthilfe „Gruppenangebote verstanden, in denen Betroffene ihre Erfahrungen austauschen und dadurch Schlüsse für ihre eigene Selbst-Entwicklung oder Veränderung ziehen“ (vgl. Schneider, 1993, S. 226).

176 Vgl. Kuypers, 1986b, S. 27

177 Vgl. Kuypers, 1986b, S. 33

178 *Körkel/Lauer (1988)* berichten, daß „die Mehrzahl der empirischen Studien zur Effektivität von SHG als Nachsorgemaßnahme zu dem Ergebnis kommt, daß die regelmäßige Teilnahme an SHG-Sitzungen mit einer relativ hohen Abstinenzrate einhergeht (vgl. Körkel/Lauer, 1988, S. 90). Sie beziehen sich dabei u.a. auf *Küfner/u.a. (1986)*, die in ihren katamnestic Erhebungen zu dem Ergebnis kamen, daß „71,6% der Patienten mit regelmäßigen, aber nur 48,1% derer mit unregelmäßigen und 51% mit keinem Kontakt zur SHG in den ersten 1,5 Jahren abstinent blieben“ (vgl. Küfner/u.a., 1986, S. 68; Körkel/Lauer, 1988, S. 90). Nicht geklärt ist, ob „die Teilnahme an SHG-Sitzungen Abstinenz bewirkt/fördert,... oder ob bereits gehäuft zur Abstinenz Motivierte an den Sitzungen teilnehmen“ (vgl. Körkel/Lauer, 1988, S. 92).

Trotz dieser empirischen Belege und der sehr positiven Einstellung professioneller Suchthelfer zu den Selbsthilfegruppen, scheint deren „Anziehungs- und Integrationskraft,...gemessen an der Gesamtzahl aller süchtigen Menschen, (eher als) gering einzustufen“ zu sein, denn von den behandelten/bzw. behandelbaren Suchtkranken organisieren sich „keine fünf Prozent in Selbsthilfegruppen.“¹⁷⁹ Woher rührt diese Diskrepanz? KÖRKEL (1995) postuliert, daß „die Abstinenzfixierung dazu beigetragen hat, daß ein Teil der hilfebedürftigen Süchtigen aus Behandlungen gänzlich ausgegrenzt oder ihm keine seiner Problemlage angemessene Maßnahme zuteil wird.“¹⁸⁰ Es scheinen gerade das Abstinenzdogma und die moralischen Sanktionen bei einem Rückfall zu sein, die Abhängige von einem Besuch der SHG abhalten, trotz deren unbestreitbarer Erfolge. Insofern scheint „erst bei sich ausbildender Abstinenzbereitschaft (diese)...ein realistisches Ziel“ zu sein.¹⁸¹

Zum Verhältnis einer systemorientierten Alkoholismustherapie und den Selbsthilfegruppen bemerkt RENNERT (1990), daß in der Bundesrepublik das Konzept einer systemorientierten Familientherapie mit dem der Selbsthilfegruppen (z.B. Anonyme Alkoholiker und deren Angehörigengruppen) häufig als „unverträglich“ eingestuft würde, „da sich die traditionellen Abstinenzverbände bei uns im allgemeinen auf die Genesung der suchtkranken Person konzentrieren und damit konträr zum Ansatz systemorientierter Familientherapie stehen.“¹⁸² Dies trifft so nur bedingt zu. Sicherlich betonen die Selbsthilfegruppen als Konsequenz ihres „Krankheits-Modells“ der Alkoholabhängigkeit das Abstinenzziel stärker als die systemischen Ansätze. Andererseits stimmen sie in wesentlichen Elementen mit einem systemischen Verständnis von Sucht überein, so z.B. darin, daß „es zu einer Familienkrise kommt, wenn der Suchtkranke allein an seiner Genesung arbeitet und die anderen Familienmitglieder auf ihrem alten Stand verharren“, „daß

179 Vgl. Körkel, 1995, S. 53

180 Vgl. Körkel, 1995, S. 53

181 Vgl. Körkel, 1995, S. 57; es geht hier nicht darum, die Abstinenz als mögliches Therapieziel aufzugeben. Im Gegenteil: sie ist „nach wie vor (das) Solideste und Anzustrebendste)... Das mögliche Fernziel der Abstinenz sollte aber nicht im Mittelpunkt der Therapie stehen, falls nicht der Abhängige selber Interesse an dieser Zielsetzung entwickelt“ (vgl. Körkel, 1995, S. 59; in Anlehnung an Antons-Volmerg, 1989, und Wohlfarth, 1991).

182 Vgl. Rennert, 1990, S. 101

die Angehörigen einer Veränderung des Suchtkranken Widerstand entgegenzusetzen können“, u.a.m.¹⁸³

Gerade in den Selbsthilfegruppen wird z.T. bereits seit mehr als 100 Jahren betont, „daß Sucht eine Familienkrankheit“¹⁸⁴ ist, was im Prinzip bedeutet, daß Sucht als ein systemisches Geschehen und nicht als die Einzelerkrankung eines Individuums gesehen wird. Allerdings wird die Pathologie des Einzelnen zur Pathologie des Systems, der Familie erweitert, eine Sichtweise, die einem systemischen Verständnis wiederum eher fremd ist, das sich ja nach eigenem Anspruch vom Pathologiekonzept verabschiedet hat.

Der Psychoanalytiker ROST (1983) kritisiert besonders scharf die Symptomorientierung in den Selbsthilfegruppen. Indem sie „die der Sucht zugrunde liegenden Mechanismen... gegen die Droge wenden, ohne sie aufzudecken“, erhält diese „als Inkarnation des Bösen“ eine Macht, die den „Alkoholiker zeitlebens auf den Alkohol fixiert; nur beschäftigt sich sein Denken jetzt damit, wie er ihn vermeiden kann.“¹⁸⁵ Als Konsequenz, so Rost, würden sich abstinente Alkoholiker sehr häufig selbst als Suchtkrankenhelfer engagieren, um „sich dann ebenso süchtig in die Aufgabe zu stürzen, anderen zu helfen“, ein Verhalten, das er als „Suchtverschiebung“ bezeichnet.¹⁸⁶ Und jeder, der in der Bekämpfung der Droge das einzige Ziel sieht, ist permanent rückfallgefährdet, mit einer großen Wahrscheinlichkeit, tatsächlich rückfällig zu werden (vgl. Kap. 4.6). Andererseits beweist das Beispiel der Millionen Anonymen Alkoholiker weltweit, daß die Mitwirkung in dieser Gemeinschaft ein sehr guter Schutz vor dem „Rückfall“ ist, besonders, wenn sich der Alkoholiker auf den mühsamen Weg des Lernens und des Wachsens begibt. Das Lebensprogramm der Anonymen Alkoholiker („Zwölf-Schritte-Programm“), insbesondere dessen „spirituelle Komponente“, bietet dem Alkoholiker, trotz einer „lebenslangen Allergie“ gegen Alkohol jedweder Art, eine gute Chance, zu genesen, auch wenn der Alkohol (bzw. dessen Vermeidung) nach wie vor eine zentrale Rolle im Leben des Alkoholikers und seines sozialen Umfeldes einnimmt.

183 Vgl. Rennert, 1990, S. 101

184 Vgl. Schneider, 1993, S. 226

185 Vgl. Rost, 1983, S. 429

186 Vgl. Rost, 1983, S. 432

Wie auch immer: Selbsthilfe jedweder Art muß sich letztlich „ständig um ein eigenes Profil“ bemühen und muß immer wieder aufs neue „ihre Aufgaben und Inhalte definieren und... überprüfen.“¹⁸⁷ Dreht sie sich nur „um das Symptom und dessen Bewältigung, bleibt wenig Raum für andere Fragen.“¹⁸⁸ Für SCHNEIDER (1993) ist die Infragestellung des „ganz normalen abhängigkeitsfördernde(n) Verhalten(s)“ sowie die Entwicklung „neue(r) Wege der Selbstbestimmung in Verantwortung“ eine „vorrangige und schwierige Aufgabe von Selbsthilfe“¹⁸⁹, eine Aufgabe, die gerade in den ausschließlich abstinentorientierten Gruppen eine Umgestaltung erfordert. In diesem Zusammenhang spekuliert SCHMIDT (1988), „welche Auswirkungen es für die Dynamik in Selbsthilfegruppen hätte, wenn es die Pathologieprämissen dort nicht mehr gäbe“ und kommt zu der Einschätzung, daß deren „derzeitige Organisationsform dann nicht mehr möglich wäre.“¹⁹⁰ Darüber hinaus „darf sich (Selbsthilfe, e.A.) nicht zum ‘Billigarbeiter’ der Suchthilfe degradieren lassen, (indem sie) Aufgaben professioneller Hilfen über(nimmt) oder immer dort bereitwillig Lücken schließ(t), wo andere Stellen versagen.“¹⁹¹

KUYPERS (1986B) betont gerade die „Entlastungsfunktionen für die Gesellschaft“, die, einerseits „durch Technisierung und Spezialisierung soziale Bezüge und Beziehungen zerstör(t)“, andererseits kostenneutrale, auf ehrenamtlichem Engagement aufbauende „Gruppen und Initiativen“ unterstützt und fördert.¹⁹² Hier muß Selbsthilfe aufpassen, daß ihre Gruppen nicht als Ersatz für eine „desolat(e) ambulante Nachbetreuung“¹⁹³, gewissermaßen als „Mini-Therapie-Gruppen“¹⁹⁴, mißbraucht und vereinnahmt werden.

187 Vgl. Schneider, 1993, S. 227

188 Vgl. Schneider, 1993, S. 229

189 Vgl. Schneider, 1993, S. 231

190 Schmidt (1988) bemerkt, daß die Prämissen in bestimmten Situationen ein „Rückfallverhalten zur Lösung von Beziehungsproblemen“ auslösen können: So kann z.B. der ‘trokene’ Leiter einer SHG überlastet sein und „durch die Wahl des Rückfallverhaltens eine für ihn schwierige Beziehungssituation auf sehr kreative Weise“ lösen.... „Die Koalition mit dem Sündenbock Alkohol löst die Situation für ihn ohne direkte Konfrontation“ mit den Gruppenmitgliedern; der Rückfall erlöst ihn von den Belastungen als Gruppenleiter, da er dieses Amt nun nicht mehr ausüben darf/kann (vgl. Schmidt, 1988, S. 187).

191 Vgl. Schneider, 1993, S. 227

192 Vgl. Kuypers, 1986b, S. 32

193 Vgl. Pfrang/u.a., 1988, S. 386

194 Vgl. Kuypers, 1986b, S. 35

Insofern ist es dringend erforderlich, „den informellen und freiwilligen Charakter des Angebots der Selbsthilfegruppen durch den Aufbau einer institutionalisierten Nachsorge (bzw. einer) ambulante(n) Fortsetzung der Therapie zu ersetzen“ bzw. zu ergänzen.¹⁹⁵

In ihrem ganz speziellen Wirkungsfeld leisten die Selbsthilfegruppen hervorragende Arbeit als Ergänzung einer professionalisierten Suchthilfe. Wenn sie es allerdings wirklich ernst meinen mit ihrem Leitgedanken „Leben lernen“, dann „gehört (hierzu allerdings) mehr als die Überwindung eines - wenngleich lebenszerstörenden - Symptoms!“¹⁹⁶ Indem sie sich ausschließlich auf das Symptom und die Abstinenz konzentrieren, hemmen sie „Autonomie-Entwicklungen“ ihrer Mitglieder zu „mündige(n) Bürger(n) der Gesellschaft“ und versäumen darüber hinaus die Nutzung ihres Potentials als innovative Kraft in der Gesellschaft.

KUYPERS (1986B) betont gerade die „politische Schlüsselposition“ der Selbsthilfegruppen: Indem diese sich „mit der Annahme der Folgen zufriedengeben“, versäumen sie es, „die bestimmenden Mehrheiten in der Gesellschaft auf die Folgen ihrer zum Teil inhumanen technischen und wirtschaftlichen Entwicklungen hinzuweisen.“¹⁹⁷

Es sei allerdings abschließend die Frage erlaubt, ob die Möglichkeiten der Selbsthilfegruppen hier nicht doch erheblich überschätzt werden. Die Selbsthilfegruppen leben von den Interessen und Intentionen ihrer Mitglieder und so innovativ theoretisch die Möglichkeiten einzelner Gruppen bzw. Mitglieder auch sein sollten, letztlich bildet sich jede Gruppe ihre eigene „konsensuelle Realität“ und kann auch nur für diesen Kontext Verantwortung übernehmen. Und es ist abhängig vom jeweiligen Gruppendispens, inwieweit sie eventuell auch gesellschaftspolitische Verantwortung bzw. Initiative entwickelt. Hierauf zu spekulieren hieße allerdings erneut, die Selbsthilfegruppen zu mißbrauchen und sie dort in die Pflicht zu nehmen, wo andere, beispielsweise die Politik, versagen.

195 Vgl. Pfrang/u.a., 1988, S. 386

196 Vgl. Schneider, 1993, S. 236

197 Vgl. Kuypers, 1986b, S. 35

4.8 Möglichkeiten und Grenzen einer Systemischen Therapie bei der Behandlung von Alkoholabhängigkeit

Geht man davon aus, daß eine Systemische Therapie, die als Systemische Familientherapie aber auch als systemisch-orientierte Einzeltherapie ambulant oder stationär durchgeführt werden kann, immer dann indiziert ist, wenn der „Nachweis eines Familienproblems gelingt“¹⁹⁸, dann kann davon ausgegangen werden, daß bei Alkoholabhängigkeit grundsätzlich eine systemische Vorgehensweise indiziert zu sein scheint.

ERBACH/RICHELSHAGEN (1989) betonen in diesem Zusammenhang, daß eine „individuumzentrierte, psychodynamisch orientierte... Einzelbehandlung“, wie sie für unser traditionelles Suchthilfesystem charakteristisch ist, „gerade bei Süchtigen kontraindiziert“¹⁹⁹ zu sein scheint (vgl. auch Kap. 4.5.1) und die hohe Rückfallquote in der Suchttherapie scheint dies zu bestätigen (vgl. Kap. 4.6).

Auch STIERLIN/SIMON (1986) heben hervor, daß eine Systemtherapie immer dann indiziert ist, „wenn die zu behandelnden Probleme aus starken Bindungen und Abhängigkeitsverhältnissen erwachsen.“²⁰⁰ Dies trifft in besonderem Maße auch auf ein Alkoholismussystem zu (vgl. Kap. 2.7; 3.7; 3.8). Doch so überzeugend die systemische Perspektive der Alkoholismusbehandlung auch zu sein scheint: in der Praxis stößt auch dieser Ansatz an seine Grenzen, zumindest wenn es darum geht, im Rahmen einer systemischen Familientherapie die Familienangehörigen direkt mit in die Therapie einzubeziehen.

Für VON VILLIEZ (1985) werden einer systemischen Therapie mit der ganzen Familie auf zweierlei Weise Grenzen gesetzt: einerseits durch die Familie und der ihr „zur Verfügung stehenden menschlichen Quellen und deren Mobilisierbarkeit“, andererseits aber auch durch den Therapeuten und dessen „Bereitschaft, (sein) vertraute(s) und erprobte(s) Suchtmodell von einer individuumorientierten zu einer familienorientierten Sichtweise“ zu erweitern.²⁰¹ Des weiteren könnte die Erweiterung des individuellen Krankheits-

198 Vgl. Eith, 1993, S. 152

199 Vgl. Erbach/Richelshagen, 1989, S. 45; Eith, 1993, S. 152

200 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 270

201 Vgl. von Villiez, 1985, S. 74; vgl. auch Fischer-Wittmann, 1986, S. 107; *Fischer Wittmann (1986)* benennt als Beispiel für eine reduzierte Mobilisierbarkeit familiärer Res-

konzepts zum systemischen Suchtmodell „in einer Art ‘Familiarismus’ dazu führen“, stillschweigend der Familie die Schuld für den Alkoholismus zuzuweisen. Dies würde aber unterschlagen, „daß der Alkoholismus sich von der Zelle bis zum sozialen Netzwerk (auf biologischer, psychologischer und gesellschaftlicher Ebene, e.A.) manifestiert und die Familie selbst wiederum ein Teil des Ganzen ist, d.h. sowohl gesellschaftliche als auch intraindividuelle Faktoren könnten übersehen werden.“²⁰²

EITH (1993) nennt noch weitere Gründe, durch die in der Praxis einer systemischen bzw. familientherapeutischen Arbeit Grenzen gesetzt werden. Hierzu zählen in besonderem Maße „Kontextbedingungen“, z.B. ein Mangel an entsprechend ausgebildeten und erfahrenen Therapeuten sowie Mängel in den Rahmenbedingungen der Institutionen des Suchthilfesystems (z.B. fehlende Supervision, ungeeignete Räume, Diskrepanzen zwischen Mitarbeitern unterschiedlicher Therapierichtungen, u.a.m.). Auch wenn das Suchtverhalten mit einer drohenden Psychose bzw. Psychosomatose gekoppelt auftritt, sollen die Erfolgsaussichten einer Familienbehandlung deutlich begrenzt sein. Dabei ergeben sich „die für die Arbeit mit Suchtfamiliensystemen häufigsten relevanten Kontraindikationen... zum einen durch das Vorhandensein besonders rigider Abwehroperationen, bei deren Infragestellung massive Destabilisierungen einzelner Familienmitglieder oder des Gesamtsystems drohen; zum anderen ergeben sich Kontraindikationen durch den in Suchtfamiliensystemen nicht seltenen Fall, daß ab einem bestimmten Punkt der Entwicklung die besonders ausgeprägte familiäre Bindungsdynamik in eine massive Abgrenzungsdynamik umschlägt. Dann befinden sich die Familien in Auflösung... (und) in Spätstadien von Suchtentwicklungen sind dann wichtige Familienmitglieder entweder nicht mehr ansprechbar oder gar nicht mehr auffindbar.“²⁰³

Doch trotz der Begrenzungen, denen auch ein systemischer bzw. familienorientierter Ansatz in der Alkoholabhängigkeitsbehandlung unterliegt, scheint er dennoch effektiv genug zu sein, um durchaus beachtliche Erfolge

sources die Tatsache, daß der nicht suchtkranke Partner einer Familie häufig versucht, „die angeblich unbeteiligten Kinder aus dem therapeutischen Prozeß herauszuhalten - sie dienten bisher als Alibi, in der Familie nichts zu verändern und, wenn sie in die Therapie einbezogen werden, entsteht die Angst, daß dieses Kartenhaus zusammenbrechen könnte“ (vgl. Fischer-Wittmann, 1986, S. 105/106).

202 Vgl. von Villiez/Reichelt-Nauscef, 1986, S. 382/383

203 Vgl. Eith, 1993, S. 154/155

bei der Heilung bzw. Besserung der Beziehungs„krankheit“ Alkoholismus zu erzielen. Dies scheinen zumindest amerikanische Untersuchungen nahezu zulegen. Für den deutschsprachigen Raum gibt es allerdings bisher „nur wenige Untersuchungen zur Wirksamkeit der Familienbehandlung bei Alkoholabhängigen“²⁰⁴, die darüber hinaus auch in ihren Folgerungen recht uneinheitlich sind. Erwähnt seien hier beispielhaft die Studien von von Villiez und von Frick & Mitarbeitern.

Während VON VILLIEZ (1986) durchaus zu dem Ergebnis kommt, daß eine systemische Sicht des Alkoholismus sinnvoll ist und ein Alkoholismus-system, wie von Steinglass vorgeschlagen, sich durchaus nachweisen läßt²⁰⁵, kommen FRICK & MITARBEITER (1992) zu einem anderen Ergebnis: sie konnten „keine ‘komplementären’ Beziehungsmuster der ‘Gestörtheit’ der alkoholischen Familiensysteme beobachte(n)“ und fanden „die Vorstellungen des sog. Ko-Alkoholismus-Modells“ ebensowenig bestätigt wie „eine wechselseitige Rückbezüglichkeit von Trinkverhalten und Familienklima, wie sie im Denken der Systemtheorie vorherrscht.“²⁰⁶

Da aber beide Studien zu unterschiedlich in ihrer Anlage sind, sind die Ergebnisse nur bedingt miteinander vergleichbar. Es fehlt nach wie vor an Effizienzstudien, die die Wirksamkeit und Berechtigung des systemischen Ansatzes in der Alkoholismusbehandlung zum Gegenstand haben.

Dies gilt allerdings nicht nur für den Effektivitätsnachweis systemischer Therapie bei Alkoholabhängigkeit, sondern generell für die Wirksamkeitsforschung im Bereich der systemischen Therapie. KRIZ (1991) kommt zu dem Schluß, daß sich „die empirische Forschung im Verhältnis zur voll-

204 Williams (1994) bezieht sich auf amerikanische Untersuchungen über Familientherapie mit Alkoholikern, die zu dem Schluß kommen, daß die „Ergebnisse im allgemeinen positiv“ bzw. „durchaus erfolgversprechend seien“ (vgl. Williams, 1994, S. 110/111).

205 Bei seiner Untersuchung von 20 Alkoholismusfamilien fand von Villiez (1986) allerdings nicht die typische Alkoholismusfamilie, sondern vier verschiedene Interaktionsmuster, die deutlich voneinander unterschieden werden konnten. Er bezeichnete sie als „Familien in der Auflösung“, „verstrickte und konfliktvermeidende Familien“, „verstrickte Clinchfamilien“ und „flexible und offene Familien“ (vgl. von Villiez, 1986, S. 90). Des weiteren stellt er die Thesen auf, daß „Suchtfamilien ‘familiensüchtig’ wirken“ und „besonders sensibel auf Irritationen (z.B. Heirat, Pubertät,...) reagieren.“ Dem Indexpatienten fällt die Rolle zu, „durch Selbstdestruktion Kohäsion“ zu erzeugen bzw. zu bewahren (vgl. von Villiez, 1986, S. 95). Insofern bestätigt er eher ein Alkoholismus-system, wie von Steinglass (1983; 1986) postuliert.

206 Vgl. Frick/u.a., 1992, S. 12 und 16

mundigen Überlegenheit, mit der die inhaltlich-theoretischen Konzepte im klinisch-systemischen Alltag oft vertreten werden noch eher dürftig ausnimmt.“²⁰⁷ Ähnlich äußern sich auch HEEKERENS (1988) und WYNNE (1988).²⁰⁸

Worin liegen aber die Ursachen für diese Diskrepanz zwischen den weitreichenden Behauptungen einerseits und den wenigen methodisch überzeugenden Belegen andererseits, die den Systemikern bereits „den Vorwurf der Empirie-Feindlichkeit“ eingebracht haben?²⁰⁹

Zum einen sicherlich darin, daß bisher „keine umfassende systemische Methodologie“ für den Bereich klinischer Forschung entwickelt worden ist. So steht systemische Forschung vor dem Dilemma, mehr oder weniger auf klassische Instrumente der Therapieerfolgsmessung zurückgreifen zu müssen, die „auf dem Konzept statischer, linearer Strukturen bzw. Veränderungen basieren (z.B. Korrelations-, Regressions-, Faktoren-, Varianzanalyse).“²¹⁰ Diese sind aber kaum geeignet, „nicht nur die Veränderung eines einzelnen, sondern auch die der mitbehandelten oder mitbetroffenen Systemangehörigen zu bewerten.“²¹¹ WYNNE (1988) schlägt deshalb vor, daß das Schwergewicht der Forschung sich derzeit auf den „Bereich der Methodenentwicklung und auf Studien zur Therapieprozeßforschung mit multipler

207 Vgl. Kriz, 1991, S. 236; hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auch auf Stierlin/Simon (1986) und Cierpka (1988). *Stierlin/Simon (1986)* kamen bei katamnestic Erhebungen auf Erfolgsraten, die durchaus beachtlich sind: „Zur Zeit der Katamneseerhebung zeigten sich knapp 75% der Patientinnen (mit Anorexia nervosa, e.A.) geheilt oder stark gebessert...“ (Stierlin/Simon, 1986, S. 271). In Anlehnung an Gurman/Kniskern (1978), wiederholt *Cierpka (1988)* u.a. deren optimistische Schlußfolgerungen: 1) „In zwei Dritteln aller Fälle führen jene familientherapeutischen Methoden, die nicht der Verhaltenstherapie angehören, zu klinischen Verbesserungen“; 2) „Die Familientherapie ist zumindest genauso effektiv und wahrscheinlich noch effektiver als die allgemeinen einzeltherapeutischen Maßnahmen, wenn es um Probleme geht, die mit familiären Konflikten zusammenhängen“ (vgl. Cierpa, 1988, S. 4).

208 *Heekerens (1988)* kommt bei einer Auswertung vorliegender Evaluationsstudien zur Familientherapie zu dem Ergebnis, daß Effizienzprüfungen familientherapeutischer Ansätze in der deutschen Literatur weitgehend fehlen“ (Heekerens, 1988, S. 93) und auch *Wynne (1988)* kommt zu dem Ergebnis, „daß die Forschung in der Familientherapie in Quantität und Qualität verblüffend rückständig war, daß sie nur aus Stückwerk bestand und nicht mit der klinischen Praxis Schritt hielt“ (Wynne, 1988, S. 4).

209 Vgl. Kriz, 1991, S. 236

210 Vgl. Kriz, 1991, S. 238

211 Vgl. Stierlin/Simon, 1986, S. 271

Erfolgskriterienmessung“ konzentrieren sollte und nicht auf „groß angelegte, rein hypothesenüberprüfende klinische Experimente“ (z.B. im Sinne des Vergleichs zweier Therapiemethoden miteinander). Dabei stellt sich für eine systemische Forschung „die Suche nach geeigneten Kriterien für Veränderungsmessung“ als „zentrales Problem“ dar²¹², denn, bezogen auf eine Alkoholabhängigkeitsbehandlung: das Kriterium „Abstinenz“ (das in vielen Studien traditioneller Suchtforschung als Erfolgskriterium herangezogen wird) reicht bei weitem nicht aus bzw. ist für sich allein ungeeignet, um den Erfolg einer systemischen Therapie für den Abhängigen bzw. sein familiäres Umfeld zu messen. Die Zusammenfassung der Daten einzelner Familienmitglieder, der Vergleich von (Familien-)Systemen unterschiedlicher Größe, dies u.a.m. sind Probleme der Prozeßforschung und „Studien zu diesen Methodenproblemen sollten Priorität haben.“²¹³ Hier besteht für die systemische Forschung noch ein umfangreiches Feld, um die mögliche Effizienz des systemischen Ansatzes allgemein und seine Berechtigung in der Alkoholismusbehandlung im besonderen zu überprüfen und empirisch abzusichern.

Nachfolgend soll abschließend über eine Studie berichtet werden, die allerdings nicht die angesprochene Prozeß- und Methodenforschung zum Gegenstand hatte. Vielmehr sollte in einer explorativen Studie überprüft werden, in welchem Umfang systemische Therapieansätze derzeit in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik verbreitet sind.

212 Vgl. Wynne, 1988, S. 8

213 Vgl. Wynne, 1988, S. 18

5 *Zur Verbreitung systemischer Ansätze in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe: Bericht über eine explorative Studie*

SCHMIDTOBREICK (1992) untersuchte im Rahmen einer Evaluationsstudie, „in welchem Umfang die Systemische Familientherapie in der ambulanten Suchtkrankenhilfe verbreitet ist, welchen Stellenwert sie dort einnimmt, in welchem Ausmaß und in welchem Anwendungsgebiet sie als nützlich angesehen wird (und) wo Hindernisse in der Umsetzung auftauchen.“¹

Ihre in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Caritas-Verband durchgeführte Studie umfaßte als Adressaten „alle psychosozialen Beratungsstellen (PSB) des Deutschen Caritas-Verbandes im Bereich der alten BRD.“² Befragt zu ihren Erfahrungen mit Systemischer Familientherapie wurden jene MitarbeiterInnen, die in diesen Beratungsstellen mit mindestens 15 Stunden/Woche angestellt waren und die sich in der Ausbildung zur Systemischen Familientherapie befanden bzw. diese Ausbildung abgeschlossen hatten.

Von den insgesamt 221 Beratungsstellen, denen sie Fragebögen zusandte, erhielt sie von 129 Beratungsstellen (ca. 58,4%) diese zurück. Dabei waren die zurückgesandten Fragebögen von 120 Beratungsstellen (ca. 54,3%) auswertbar. Als Fazit dieser Erhebung kann u.a. festgehalten werden, daß in ca. 59,17% jener Beratungsstellen (71 von 120), die auswertbare Fragebögen zurücksandten, Systemische Familientherapie praktiziert wird bzw. angeboten werden kann. Bezogen auf alle in die Erhebung einbezogenen Beratungsstellen ergibt sich, daß *mindestens* in jeder dritten (71 von 221) Beratungsstelle Systemische Familientherapie angeboten wird bzw. angeboten werden kann.

Angeregt durch diese Studie sollte in einer eigenen Erhebung ermittelt werden, inwieweit systemische Ansätze in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe insbesondere zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit zur

1 Vgl. Schmidtbreick, 1992, S. 28

2 Vgl. Schmidtbreick, 1992, S. 28

Anwendung kommen. Über diese Erhebung wird nachfolgend ausführlicher berichtet.³

5.1 Planung und Durchführung der Studie

Ziel der explorativen Studie, über die nachfolgend berichtet wird, war es, zu ermitteln, in welchem Umfang systemische Therapieansätze derzeit in der stationären Alkoholismusbehandlung verbreitet sind und welchen Stellenwert sie in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe einnehmen. Dabei ging es nicht um die Überprüfung bereits vorher aufgestellter Hypothesen, sondern es sollte ermittelt werden, inwieweit systemisches Denken und Handeln im stationären Kontext inzwischen Eingang gefunden hat. Als Stichprobe für die Erhebung dienten jene stationären Einrichtungen, die dem Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe („buss“) e.V. angehören. Dies sind derzeit 75 stationäre Einrichtungen aus der gesamten Bundesrepublik (alte und neue Bundesländer, Stand: 1995), die „in freier oder öffentlich-rechtlicher Trägerschaft stehen“ und „in das therapeutische Verbundsystem der Freien und öffentlichen Wohlfahrt integriert sind.“⁴

Von den 75 stationären Einrichtungen wurden jene ausgesondert, in denen ausschließlich „illegale Drogenabhängigkeit“ behandelt wird (10 Einrichtungen) bzw. deren Bettenzahl geringer als 30 Betten ist (6 Einrichtungen).⁵ Da im Falle einer Einrichtung zwei Häuser mit gleicher Postanschrift firmieren, blieben 58 stationäre Einrichtungen übrig, in denen ausschließlich Alkoholabhängigkeit bzw. Suchtkrankheiten allgemein behandelt werden und die sich wie folgt auf die einzelnen Bundesländer verteilen (vgl. Abb. 1).

3 Die Bezeichnungen „Systemische Therapie (ST)“ und „Systemische Familientherapie (SFT)“ werden nachfolgend weitgehend synonym verwandt. Einzelne Ergebnisse der Studie Schmidtbreich's werden im weiteren Verlauf vergleichend/ergänzend mit herangezogen.

4 Vgl. Mitgliederverzeichnis des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., 1995, S. III

5 Um die Gesamtstichprobe zu begrenzen, wurde eher willkürlich ein Bettenkontingent von 30 als Mindestgröße gewählt. Rückschauend hätte allerdings der Einbezug jener sechs Einrichtungen, deren Aufnahmekapazität kleiner als 30 KlientInnen war, die Stichprobe auch nicht wesentlich erhöht. Da überwiegend von Interesse war, inwieweit systemische Ansätze zur Alkoholismusbehandlung eingesetzt werden, waren Einrichtungen, die ausschließlich illegale Drogenabhängigkeit behandeln, für diese Erhebung nicht von Interesse.

Bundesland	Zahl der Einrichtungen
Niedersachsen/Schleswig-Holstein/Hamburg/ Bremen	13
Berlin/Sachsen-Anhalt	3
Nordrhein-Westfalen	11
Hessen/Rheinland-Pfalz/Saarland	10
Baden-Württemberg	13
Bayern	8
	N = 58 Einrichtungen

Abb. 1: Verteilung der stationären Einrichtungen des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. in den Bundesländern

Die Datenerhebung wurde mit Hilfe einer schriftlichen Befragung durchgeführt. Da bisher für den stationären Bereich offenbar noch keine diesbezügliche Erhebung durchgeführt wurde, wurden zwei Fragebögen, die SCHMIDTOBREICK (1992) für ihre Evaluation ambulanter Beratungsstellen entwickelt hatte, herangezogen. Sie wurden entsprechend den eigenen Bedürfnissen und Intentionen modifiziert und verändert und zu einem Fragebogen zusammengefaßt (vgl. Anhang).

Um vergleichbare Ergebnisse zu erhalten, wurden ankreuzbare Antwortkategorien vorgegeben (Fragen 5-7, 11-13) bzw. Prozent- oder Zahlenangaben als Antwort erbeten (Fragen 1-4, 14). Nur wenige Fragen wurden offen ohne Vorgaben gestellt (Fragen 8-10). Darüber hinaus konnten als Erweiterung der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten ergänzende Angaben (Fragen 5, 6, 11, 12) gemacht werden.

Der Fragebogen, der an die Klinikleitung der jeweiligen Einrichtung gerichtet war, gliederte sich in mehrere Teilbereiche. Zunächst wurde nach der Anzahl der KlientInnen (Frage 1) und den KlientInnengruppen (Frage 2, differenziert nach Alter, Geschlecht und Hauptproblemfeld) gefragt. Die folgenden Fragen waren den therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen (Fragen 3, 4) sowie den psychotherapeutischen und ergänzenden therapeutischen Verfahren (Fragen 5, 6) gewidmet. Von Einrichtungen die angaben, daß sie in ihrem Setting auch systemisch arbeiten, wurden nähere Angaben zu den systemischen Konzepten, an denen sie sich orientieren (Frage 11), zum Umfang des Einbezugs von Familienangehörigen (Frage 12), zum Zeitraum, den sie bereits systemisch arbeiten (Frage 13) sowie zum Ausbildungsstand der systemisch arbeitenden MitarbeiterInnen dieser Einrichtungen (Frage 14) erbeten.

Die Fragen 7-9 waren an Einrichtungen gerichtet, die bisher noch nicht systemisch orientiert arbeiten. Mit diesen Fragen sollte ermittelt werden, welche Haltung diese Einrichtungen (bzw. deren Leitungen) einem systemisch orientierten Ansatz bei der Alkoholabhängigkeitsbehandlung gegenüber einnehmen. In diesem Zusammenhang wurde gefragt, ob sie eine Erweiterung ihrer Konzeption um den systemischen Ansatz für die Zukunft planen (Frage 7) bzw. welche Gründe ihrer Meinung nach für oder gegen eine systemische Sicht in der Alkoholabhängigkeitsbehandlung sprechen (Fragen 8, 9).

Abschließend wurden die Klinikleitungen gebeten, Anregungen und Kritik zur Erhebung und zum Fragebogen zu äußern.

Am 29.02.1996 wurde der Fragebogen zusammen mit einem frankierten Rückumschlag und einem Begleitschreiben an die Leitung der einzelnen stationären Einrichtungen versandt. Das Begleitschreiben unterrichtete über die Ziele der Erhebung und es wurde um eine Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens bis zum 31.03.1996 an den Absender gebeten. Ein zweites offizielles Begleitschreiben der Universität Oldenburg von Herrn Prof. Dr. W.-D. Scholz an die Adressaten der Studie warb gleichfalls um Unterstützung des Vorhabens durch Beantwortung und Rücksendung des Fragebogens.

5.2 Fragebogenrücklauf und erste Ergebnisse

Von 58 stationären Einrichtungen im gesamten Bundesgebiet (100%), die am 29.02.1996 angeschrieben wurden, antworteten 34 Einrichtungen (58,6%) bis zum 11.04.1996 und konnten in die Auswertung mit einbezogen werden.⁶ Von diesen 34 stationären Einrichtungen sandten 5 Einrichtungen (8,6%) den Fragebogen unausgefüllt zurück. Da eine der übrigen 29 Einrichtungen, wie sich erst bei der Auswertung herausstellte, nur über eine Kapazität von 20 Betten verfügt, wurde sie nachträglich noch ausgesondert.⁷ Somit

6 Die ausgefüllten Fragebögen zweier Einrichtungen wurden erst am 10.05.1996 an den Absender zurückgesandt. Da das Diplomarbeitvorhaben zu diesem Zeitpunkt bereits abgeschlossen war, konnten die Fragebögen bei der Auswertung nicht mehr berücksichtigt werden.

7 Wie in Kap. 5.1 angegeben, wurden als Stichprobe nur jene stationären Einrichtungen herangezogen, die eine Mindestaufnahmekapazität von 30 KlientInnen haben. Im Falle einer Einrichtung war dem Mitgliederverzeichnis des Bundesverbandes für stationäre

verblieben 28 stationäre Einrichtungen (48,3%), deren ausgefüllte Fragebögen ausgewertet wurden.

Das Ergebnis - 58,6% zurückgesandte Fragebögen und 48,3% auswertbare Fragebögen - kann für den sozialwissenschaftlichen Bereich als durchaus gutes Ergebnis angesehen werden.⁸

Von den fünf stationären Einrichtungen, die den Fragebogen unausgefüllt zurücksandten, begründeten zwei dies damit, daß sie zeitlich zur Beantwortung des Fragebogens nicht in der Lage seien, eine Einrichtung sah sich nicht in der Lage, den Fragebogen zu beantworten, eine Einrichtung praktiziert keine Systemische Familientherapie und eine Einrichtung fühlte sich nicht zum Kreis der Untersuchung zugehörig.

Von den 28 stationären Einrichtungen, die ausgefüllte und auswertbare Fragebögen zurücksandten, gaben 20 Einrichtungen an, daß sie Systemische Familientherapie praktizieren, meist gekoppelt mit anderen psychotherapeutischen Verfahren (beispielsweise Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie). Dies entspricht einem Anteil von ca. 71,4% der auswertbaren Antworten.⁹

Suchtkrankenhilfe e.V. zu entnehmen, daß neben einer Aufnahmekapazität von 15 noch 55 weitere Betten im gesamten Suchtbereich zur Verfügung stehen. Im Fragebogen gab diese Einrichtung an, daß sie 20 KlientInnen zur psychotherapeutischen Behandlung aufnehmen kann. Um die Stichprobe nicht zu verfälschen, wurde der Fragebogen dieser Einrichtung nicht weiter ausgewertet.

- 8 *Schmidtobreick (1992)* erhielt 58,4% Antworten von Beratungsstellen und 54,3% auswertbare Fragebögen und bezeichnete dieses Ergebnis „für den sozialwissenschaftlichen Bereich als durchaus gut“ (Schmidtobreick, 1992, S. 31).
- 9 Bezieht man dies Ergebnis auf die Gesamtstichprobe (58 Einrichtungen), könnte man hieraus folgern, daß in jeder dritten stationären Einrichtung systemisch gearbeitet wird bzw. gearbeitet werden kann. Dies Ergebnis ähnelt jenem, das *Schmidtobreick (1992)* für den ambulanten Bereich ermittelte. Doch diese Selbsteinschätzung muß z.T. differenzierter betrachtet werden. Im Fall einer Klinik mit 50 MitarbeiterInnen hat niemand eine Ausbildung in Systemischer Therapie abgeschlossen bzw. befindet sich derzeit in einer Zusatzausbildung zur Systemischen Therapie (vgl. ausführlicher die Kap. 5.3.5; 5.3.6). Geht man davon aus, daß ca. 50% (bei enger Auslegung) bis 75% der Einrichtungen (bei großzügiger Auslegung), die angaben, systemisch zu arbeiten, aufgrund des MitarbeiterInnenanteils auch hierzu in der Lage sind (vgl. Kap. 5.3.5; 5.3.6), kann gefolgert werden, daß im günstigsten Fall in etwa jeder vierten Klinik eine systemisch-orientierte Arbeit möglich ist (zumindest wenn man als Kriterium den Ausbildungsstand der MitarbeiterInnen heranzieht).

Nachfolgend werden die Fragebögen dieser Einrichtungen detailliert ausgewertet (vgl. Kap. 5.3).

Acht Einrichtungen (ca. 28,6% der auswertbaren Antworten) gaben an, daß sie derzeit keine Systemische Familientherapie praktizieren. Die Fragebögen dieser Einrichtungen werden nachfolgend gesondert ausgewertet (vgl. Kap. 5.4).

5.3 Auswertung der Fragebögen jener stationären Einrichtungen, die bereits Systemische Therapie im Rahmen ihrer Gesamtkonzeption praktizieren

Wie bereits erwähnt gaben 21 Einrichtungen an, daß sie bereits Systemische Therapie praktizieren. Auf Grund einer zu geringen Bettenkapazität wurde eine Einrichtung nachträglich ausgesondert. So verblieben 20 stationäre Einrichtungen, die nachfolgend detailliert ausgewertet werden.

5.3.1 KlientInnen und KlientInnengruppen in den stationären Einrichtungen mit Systemischer Therapie (ST)

In den 20 stationären Einrichtungen können 1390 KlientInnen aufgenommen und behandelt werden. Dabei schwankt die Aufnahmekapazität der einzelnen Einrichtungen zwischen 30 und 150 KlientInnen und liegt im Mittel bei ca. 69,5 KlientInnen. Über die Größe der Einrichtungen gibt Abb. 2 Auskunft.

<i>Aufnahmekapazität (Bettzahl)</i>	<i>Anzahl der stationären Einrichtungen</i>
30 - 39	3
40 - 49	5
50 - 59	3
60 - 69	1
70 - 79	0
80 - 89	3
90 - 99	1
100 und mehr	4
N = 20 stationäre Einrichtungen	

Abb. 2: *Aufnahmekapazität (Bettzahl) der stationären Einrichtungen mit Systemischer Therapie (ST)*

Demnach überwiegen in stationären Einrichtungen mit Systemischer Therapie jene Einrichtungen von geringer bis mittlerer Größe (Aufnahmekapazität von 30-69 KlientInnen). Bei 8 Einrichtungen handelt es sich um Großeinrichtungen (80 KlientInnen und mehr).

Die KlientInnen wurden unterschieden nach dem Alter, nach dem Geschlecht und dem Hauptproblembereich.

a) unterschieden nach dem Alter

Hier wurde unterschieden in „KlientInnen unter 25 Jahre und ‘Erwachsene’ (25jährige und älter).“¹⁰ Dabei ergab sich, daß der Mittelwert der unter 25jährigen in den stationären Einrichtungen mit Systemischer Therapie bei 5,4% liegt, während der Mittelwert der 25jährigen und älter bei 94,6% liegt.¹¹ Bezogen auf die Gesamtaufnahmekapazität (1390 Betten) der 20 stationären Einrichtungen heißt dies, daß ca. 1315 KlientInnen, die 25 Jahre und älter sind, nur eine verschwindend kleine Minderheit von ca. 75 KlientInnen gegenübersteht, die jünger als 25 Jahre sind.

Vergleicht man dieses Ergebnis mit der ambulanten Studie von SCHMIDTOBREICK (1992), so zeigt sich hier doch ein deutlicher Unterschied: der Mittelwert der unter 25jährigen in Beratungsstellen mit Systemischer Familientherapie lag bei 17,3% während der Anteil derjenigen, die 25 Jahre und älter waren, bei 82,7% lag.¹² Der deutlich geringere Anteil der jüngeren KlientInnen im stationären Kontext dürfte verschiedene Ursachen haben. Einerseits ist im Falle einer Alkoholabhängigkeit ein stationärer Aufenthalt häufig erst nach einer langen Suchtkarriere indiziert. Dies setzt naturgemäß ein höheres Lebensalter voraus. Darüber hinaus dürfte ein stationärer Aufenthalt in der Regel erst nach Inanspruchnahme entsprechender ambulanter Angebote in Frage kommen. Und last not least dürfte nur ein Bruchteil jener, die ambulante Angebote in Anspruch nehmen, später auch noch einen stationären Aufenthalt wahrnehmen.

10 Diese Unterscheidung erfolgte in Anlehnung an Schmidtbreick, 1992, S. 32

11 Die von den einzelnen stationären Einrichtungen zu den Fragen 2 a-c angegebenen Prozentangaben wurden addiert und durch die Anzahl der Einrichtungen gemittelt. Daraus ergaben sich die angegebenen Mittelwerte (gerundet). Darüber hinaus wurden die Prozentangaben mit der Aufnahmekapazität (Bettenzahl) der Einrichtungen in Beziehung gesetzt.

12 Vgl. Schmidtbreick, 1992, S. 32

b) unterschieden nach dem Geschlecht

Von den 20 stationären Einrichtungen mit Systemischer Therapie behandeln 14 Einrichtungen ausschließlich Männer und 3 Einrichtungen ausschließlich Frauen; nur in drei Einrichtungen werden Frauen und Männer zusammen behandelt. Dabei ist der Männeranteil in zwei dieser Einrichtungen mit 90% bzw. 85% deutlich höher als der entsprechende Frauenanteil (10% bzw. 15%). In einer Einrichtung ist der Frauenanteil (70%) deutlich höher als der Männeranteil (30%). Setzt man die Prozentangaben mit der Aufnahmekapazität der jeweiligen Einrichtung in Beziehung, so ergibt sich, daß in den 20 stationären Einrichtungen ca. 1125 Männer (ca. 81%) und ca. 265 Frauen (ca. 19%) behandelt werden. Hier ergibt sich ein deutlicher Unterschied zur Studie Schmidtbreick's für den ambulanten Bereich: 41,9% Frauen und 58,1% Männer suchten Beratungsstellen mit Systemischer Familientherapie auf.

c) unterschieden nach dem Hauptproblemfeld

Hier wurde unterschieden in Alkoholabhängigkeit/-gefährdung, Medikamentenabhängigkeit/-gefährdung, Mißbrauch/Abhängigkeit von illegalen Drogen, Polytoxikomanie, Eßstörungen und sonstigem süchtigem Verhalten (z.B. Spielsucht, Sexsucht, Arbeitssucht, u.a.m.). Aufgrund der Tatsache, daß einzelne Einrichtungen ihre KlientInnen mehreren Hauptproblemgruppen zuordneten, ergaben sich bei den prozentualen Angaben Schwankungen. Zwölf Einrichtungen ordneten ihre KlientInnen nur einem Hauptproblemfeld zu, sieben ordneten sie mehreren Hauptproblemfeldern zu (und kamen somit auf einen KlientInnenanteil von mehr als 100%) und eine Einrichtung führte keine Unterscheidung durch. Unter Berücksichtigung der minimalen Ungenauigkeiten, die durch die Fragestellung und eine unterschiedliche Beantwortung durch die einzelnen Einrichtungen bedingt sind, ergibt sich folgendes Bild:

Hauptproblemfeld	KlientInnenanteil (in %)
Alkoholabhängigkeit/-gefährdung	85,70
Medikamentenabhängigkeit/-gefährdung	3,45
Abhängigkeit/Mißbrauch von illegalen Drogen	1,45
Polytoxikomanie (z.B. Alkohol/Medikamente)	9,80
Eßstörungen	2,30
sonstiges süchtiges Verhalten (Spielsucht, u.a.m.)	3,10

Abb. 3: KlientInnengruppen in den stationären Einrichtungen mit ST, unterschieden nach dem Hauptproblemfeld (in %)

Auch wenn in dieser Statistik jene Einrichtungen fehlen, die ausschließlich illegale Drogenabhängigkeit behandeln, so belegt sie doch eindrücklich, daß Alkoholabhängigkeit *die* Suchtabhängigkeit Nr. 1 in unserer Gesellschaft ist und daß den illegalen Drogen nur ein relativ geringer Anteil an der gesamten Suchtproblematik zukommt.¹³ In keiner der stationären Einrichtungen mit Systemischer Therapie war der Anteil der KlientInnen mit dem Hauptproblemfeld Alkoholabhängigkeit niedriger als 65% und in mehr als der Hälfte der Einrichtungen (52,6%) ist das Hauptproblemfeld Alkoholabhängigkeit mit 90 - 100% beinahe ausschließlich vertreten (vgl. Abb. 4).

<i>Anteil der KlientInnen mit dem Hauptproblemfeld Alkoholabhängigkeit (in %)</i>	<i>Anzahl der stationären Einrichtungen</i>
60 - 69	2
70 - 79	4
80 - 89	3
90 - 99	7
100	3
	N = 19 Einrichtungen; eine Einrichtung differenzierte nicht nach dem Hauptproblemfeld

Abb. 4: Anteil der KlientInnen mit Alkoholabhängigkeit als Hauptproblemfeld in stationären Einrichtungen mit ST

5.3.2 Therapeutisch arbeitende MitarbeiterInnen in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe mit Systemischer Therapie (ST)

Neben der Ermittlung der Anzahl der therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen in den stationären Einrichtungen (differenziert nach dem Beschäftigungs-

13 Nach einer Statistik der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren für 1993 standen in der Bundesrepublik für eine qualifizierte stationäre Entwöhnungsbehandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit 11656 Betten zu Verfügung. Bei einer Abhängigkeitszahl von 3,229 Millionen lag die Versorgungsquote bei 0,36%. Für die 91600 Abhängigen von „illegalen“ Drogen standen 4186 Betten zur Verfügung, was einem Versorgungsanteil von 4,57% entspricht (vgl. Jahrbuch Sucht '94, S. 27). Auch wenn der Versorgungsanteil für qualifizierte Entwöhnungsbehandlungen im Bereich der „illegalen“ Drogen immer noch viel zu gering ist, sollte dennoch festgehalten werden, daß für die vergleichsweise geringe Anzahl der Abhängigen von „illegalen“ Drogen (verglichen mit der „legalen“ Suchtproblematik) doch ein relativ hoher Anteil an qualifizierten stationären Entwöhnungsbehandlungsplätzen eingerichtet ist.

grad), wurde eine Differenzierung nach Berufsfeldern durchgeführt. Darüber hinaus wurde der Anteil derjenigen ermittelt, die bereits eine Zusatzausbildung in Systemischer Therapie abgeschlossen haben bzw. sich derzeit noch in einer Zusatzausbildung befinden (vgl. Kap. 5.3.5).

Insgesamt sind 432 therapeutisch tätige MitarbeiterInnen in den 20 stationären Einrichtungen beschäftigt, die mit Systemischer Therapie arbeiten. Davon sind 349 Vollzeitbeschäftigte (ca. 81%), 74 sind teilzeitbeschäftigt mit 15 und mehr Stunden (ca. 17%) und 9 sind teilzeitbeschäftigt mit weniger als 15 Stunden bzw. auf Honorarbasis (ca. 2%). Gemessen an der Gesamtzahl der PatientInnen, die in diesen Einrichtungen behandelt werden (ca. 1390) ergibt sich ein durchschnittliches Beschäftigten-/Patientenverhältnis von ca. 1:3. Dabei ist dieses Verhältnis in den einzelnen Einrichtungen recht unterschiedlich und beträgt im günstigsten Fall 1:1,7 (50 Beschäftigte für 84 PatientInnen) und im ungünstigsten Fall 1:7,6 (5 Beschäftigte für 38 PatientInnen). Die Beschäftigten verteilen sich auf die einzelnen Berufsgruppen wie folgt:

Berufsgruppen	Anzahl der MitarbeiterInnen
Arzt/Ärztin	52,5*
Psychologe/-in	52
Diplompädagoge/-in	28
Sozialpädagoge/-in; Sozialarbeiter/-in	98*
Sonstige	122
	N = 352,5*

Abb. 5: *Beschäftigte in den stationären Einrichtungen, differenziert nach Berufen¹⁴*

Gemessen an der Gesamtzahl der MitarbeiterInnen ist die Gruppe der „Sonstigen“ mit ca. 34,6% am stärksten vertreten, gefolgt von der Gruppe der SozialarbeiterInnen/-pädagogInnen (ca. 27,8%), den ÄrztInnen und PsychologInnen (je ca. 14,9%) und den DiplompädagogInnen (ca. 7,9%).

14 Zu den mit (gekennzeichneten Angaben ist folgendes hinzuzufügen: In einem Fall gab eine Einrichtung die Zahl ihrer Ärzte mit 1,5 (vermutlich 1,5 Arztstellen) an. Zwei Kliniken differenzierten nicht in SozialpädagogInnen bzw. SozialarbeiterInnen. Aus diesem Grunde wurden beide Berufe zu einer Berufsgruppe zusammengefaßt. Vier Einrichtungen gaben bei der Gesamtzahl der Beschäftigten (Frage 3) *mehr* Beschäftigte an (20; 9; 50; 24), als sie später den Berufsgruppen (Frage 4) zuordneten (14; 8; 18,5; 10).

Zur Gruppe der „Sonstigen“ zählen Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Sporttherapeuten, Ergotherapeuten u.a.m. Darüber hinaus ist es wahrscheinlich, daß in Einzelfällen medizinisches Personal, wie z.B. Krankenschwestern, gleichfalls der Gruppe der sonstigen therapeutischen MitarbeiterInnen zugeordnet wurde. Dies einfach deshalb, weil die Bezeichnung „therapeutische Mitarbeiter“ einerseits mehrdeutig ist und andererseits - außer bei der Differenzierung in die Berufsgruppen - im Rahmen der Erhebung nicht besonders spezifiziert wurde.

Verglichen mit dem ambulanten Bereich sind hier deutliche Unterschiede festzustellen: auch hier, ebenso wie im stationären Bereich, ist die Gruppe der SozialarbeiterInnen/-pädagogInnen am stärksten vertreten; mit 80% der MitarbeiterInnen ist sie allerdings *die* dominierende Berufsgruppe in der ambulanten Suchtkrankenhilfe Psychosozialer Beratungsstellen. PsychologInnen (6,1%) und DiplompädagogInnen (10,4%) stellen nur eine Minderheit der MitarbeiterInnen in den ambulanten Psychosozialen Beratungsstellen. Die restlichen MitarbeiterInnen (3,5%) gehörten anderen Berufsgruppen an.¹⁵ Die Gruppe der Ärzte/Ärztinnen fehlt in Psychosozialen Beratungsstellen offenbar völlig.

5.3.3 Psychotherapeutische Konzepte und ergänzende therapeutische Verfahren in stationären Einrichtungen der Alkoholabhängigkeitsbehandlung mit ST

Da in der Regel in stationären Einrichtungen der Alkohol- bzw. Suchtabhängigkeitsbehandlung - je nach therapeutischer Konzeption und Ausbildung der MitarbeiterInnen - neben den systemischen Ansätzen auch eine Vielzahl individuum-zentrierter Ansätze zur Anwendung kommen (vgl. Abb. 6), war von Interesse, welche Therapieverfahren zur Alkoholabhängigkeitsbehandlung eingesetzt werden und welche individuum-zentrierten Verfahren am ehesten mit systemischen Ansätzen in stationären Einrichtungen kombiniert werden.

15 Vgl. Schmidtbreick, 1992, S. 39

<i>Psychotherapeutische Konzepte</i>	<i>Zahl der Einrichtungen</i>
Analytische Psychotherapie	18
Verhaltenstherapie	15
Transaktionsanalyse	2
Gestalttherapie	11
Bioenergetik	--
New Identity Process (Casriel)	--
Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)	1
hypnotherapeutische Elemente (Erickson)	4
Neurolinguistisches Programmieren (NLP)	3
Ergänzende psychotherapeutische Verfahren	11

Abb. 6: Psychotherapeutische Konzepte, die in stationären Einrichtungen mit ST zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit eingesetzt werden

Dabei stellte sich heraus, daß in 13 stationären Einrichtungen Analytische Psychotherapie *und* Verhaltenstherapie mit systemischen Ansätzen kombiniert werden. In weiteren 5 Einrichtungen wird die Analytische Psychotherapie mit Systemischer Therapie kombiniert und in weiteren 2 Einrichtungen tritt Verhaltenstherapie in Kombination mit systemischen Ansätzen auf. Ebenfalls sehr weit verbreitet ist der humanistische Ansatz der Gestalttherapie. In 9 Einrichtungen sind Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Gestalttherapie mit systemischen Ansätzen kombiniert, in je einer Einrichtung Verhaltenstherapie bzw. Analytische Psychotherapie mit Gestalttherapie und systemischen Ansätzen.

Auffallend war, daß die eher körperorientierten Therapieverfahren (Bioenergetik, New Identity Process, Konzentrierte Bewegungstherapie, u.a.m.) praktisch ohne Relevanz im Therapie-Potpourrie der stationären Einrichtungen zu sein scheinen. Da gerade bei Suchtmittelabhängigkeiten nicht nur Schwierigkeiten in der Gestaltung der sozialen Interaktionen und Bezüge, sondern insbesondere auch in der Beziehung zum eigenen Körper, zu den eigenen Gefühlen bestehen, ist dies doch ein auffälliges Ergebnis. Sollte zwischen der Dominanz der Analytischen Psychotherapie in den stationären Einrichtungen und der Distanziertheit gegenüber den körperorientierten Therapieverfahren ein kausaler, eventuell historisch bedingter Zusammenhang

bestehen?¹⁶ In diesem Zusammenhang wäre es sicherlich interessant, festzustellen, welche Motive diese Distanziertheit gegenüber den körper- und leiborientierten Therapieverfahren begünstigen.

Neben den nur vereinzelt in einzelnen Einrichtungen praktizierten weiteren psychotherapeutischen Verfahren (vgl. Abb. 6) wurden unter dem Stichwort „Sonstige psychotherapeutische Verfahren“ (vgl. im Fragebogen die Frage 5) von 11 Einrichtungen noch weitere Verfahren genannt, die der Vollständigkeit halber aufgeführt seien: Das Psychodrama (in Anlehnung an Moreno) und die Gesprächstherapie (nach Rogers) waren mit je 4 Nennungen vertreten; Integrative Bewegungstherapie, Sozialtherapie, Logotherapie, Katathymes Bilderleben, Themenzentrierte Interaktion, analytische Gruppentherapie und „Familientherapie anderer Art“ (was immer hierunter zu verstehen ist!) verzeichneten je eine Nennung.

Angesichts der Vielfalt individuum-zentrierter Therapieverfahren, die mit systemischen Ansätzen kombiniert werden, stellt sich die Frage, welchen Stellenwert die systemorientierte Sicht in diesen Einrichtungen tatsächlich einnimmt. Nach wie vor scheint in vielen dieser stationären Einrichtungen eine eher individuum-zentrierte Sicht zu dominieren, die lediglich durch den Einbezug systemischen Gedankenguts bzw. systemischer Sichtweisen ergänzt wird. Hierauf deutet zumindest auch der recht geringe Anteil systemisch ausgebildeter bzw. sich in systemischer Zusatzausbildung befindlicher MitarbeiterInnen (vgl. Kap. 5.3.5) hin.

Inwieweit es zu Konflikten zwischen den Anhängern der verschiedenen therapeutischen Verfahren kommt, kann nur gemutmaßt werden. Sicherlich gehört viel Toleranz dazu, um die Vielzahl der unterschiedlichen therapeutischen Ansätze in einer stationären Konzeption miteinander in Einklang zu bringen. Das Prinzip des „sowohl als auch“ dürfte hier besonders gefragt sein, kommt allerdings auch all jenen Tendenzen entgegen, die bereits von einer „Individualisierung der Suchttherapie“¹⁷ sprechen, nicht im Sinne einer monokausalen, individuum-zentrierten Sicht, sondern im Sinne eines Einsatzes der jeweils bestmöglichen therapeutischen Verfahren im jeweili-

16 Es sei in diesem Zusammenhang nur an die Kontroverse zwischen der Psychoanalytischen Gesellschaft und Wilhelm Reich, dem Begründer der eher körperorientierten Therapieverfahren, aus den 20er Jahren unseres Jahrhunderts erinnert.

17 Vgl. Heide, 1990

gen Einzelfall. Diese Haltung spiegelt sich auch in der Aussage eines der Teilnehmer an der Studie wider: „Ich bin ein Vertreter einer Differential-Indikation von Therapiemethoden: Für jedes Problem das am besten geeignete Werkzeug - für System-Probleme eben eine systemische Therapie.“¹⁸

Insofern könnte der Methodenpluralismus, wie er in den stationären Einrichtungen anzutreffen ist, auch eher als Ausdruck eines Trends zu mehr Integration und Vielfalt, denn als Ausdruck eines Verharrens auf konservativen Therapieverfahren gedeutet werden. Darüber hinaus dürfte auch die Praxis der Kostenträger mit dazu beitragen, die eher traditionellen Therapieverfahren (z.B. Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie) zu stärken. Kostenträger verhielten sich Neuem gegenüber schon immer eher zurückhaltend, selbst wenn angeblich oder tatsächlich „Altbewährtes“, wie z.B. die Analytische Psychotherapie, seine Wirksamkeit bisher auch nur bedingt unter Beweis stellen konnte.¹⁹

Abschließend sei noch kurz auf die weiteren therapeutischen Verfahren (vgl. Abb. 7) eingegangen. Gerade für den Bereich der Alkoholabhängigkeitsbehandlung ist es nicht verwunderlich, daß der Sporttherapie, der Arbeitstherapie, der Beschäftigungstherapie und den Entspannungsverfahren (z.B. Autogenes Training) ein hoher Stellenwert zugemessen wird. Wie bereits angedeutet, haben gerade Alkoholabhängige in besonderem Maße den Bezug zu ihrem Körper verloren und sportliche Betätigung bzw. Entspannungstechniken sind geeignete therapeutische Hilfsmittel, einen neuen Bezug zur Leiblichkeit zu fördern. Dennoch verwundert die bereits geäußerte Distanziertheit gegenüber den körperorientierten Therapieverfahren in der stationären Alkoholismustherapie.

18 Zitiert aus einem der Fragebögen; Antwort eines Teilnehmers auf die Frage: Welche Gründe bewogen Sie, Systemische Familientherapie in Ihrer Einrichtung zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit einzuführen?

19 Vgl. den Artikel „Psychotherapien auf dem Prüfstand“ im STERN, H. 44/1993, S. 112-120 und ausführlicher: Grawe/Donati/Bernauer, 1993

<i>Ergänzende therapeutische Konzepte</i>	<i>Zahl der Einrichtungen</i>
Beschäftigungstherapie	19
Sport- und/oder Physiotherapie	20
Arbeitstherapie	20
Gestaltungstherapie	13
Musik- und/oder Tanztherapie	9
Autogenes Training und/oder sonstige Entspannungstechniken (z.B. Muskuläres Ent-spannungstraining nach Jacobsen)	19
Ergänzende therapeutische Verfahren	6

Abb. 7: Ergänzende therapeutische Verfahren, die in stationären Einrichtungen mit ST zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit eingesetzt werden

Da besonders bei langanhaltender Suchtkarriere meist auch Probleme im Arbeitsprozeß bzw. in einer alkoholunabhängigen Gestaltung von Freizeit auftreten, unterstützen die ergänzenden Verfahren jenen Prozeß, der ein möglichst abstinentes Leben nach dem stationären Aufenthalt fördern soll. An ergänzenden therapeutischen Verfahren wurden des weiteren Kunsttherapie (3 Nennungen), lebenspraktische Übungen (Hausmannsdienst) wie z.B. Kochen/Nähen/Reinigung (1 Nennung), Tai Chi (1 Nennung), Training sozialer Kompetenzen (1 Nennung) und physiotherapeutisches Schwimmen (1 Nennung) benannt, Methoden/Verfahren, die allerdings z. T. auch bei Beschäftigungstherapie bzw. Sport- und/oder Physiotherapie eingeordnet werden könnten.

Angesichts der Vielzahl an psychotherapeutischen und ergänzenden therapeutischen Verfahren entsteht der Eindruck, daß es angesichts der Polypragmasie unterschiedlichster Therapieverfahren kaum zwei stationäre Einrichtungen geben dürfte, die sich in ihrer praktischen Konzeption gleichen bzw. identisch sind. Dies dürfte mit dazu beitragen, daß ein empirischer Vergleich klinischer Konzepte in der Praxis äußerst schwierig ist und derartige Vergleichsstudien derzeit eher noch selten sind.

5.3.4 Systemische Konzepte, die bei der Behandlung von Alkoholabhängigkeit in stationären Einrichtungen mit ST eingesetzt werden

Es verwundert nicht, daß stationäre Einrichtungen bei der Behandlung von Alkoholabhängigkeit die unterschiedlichsten systemischen Ansätze (vgl. Abb. 8) in ähnlicher Vielfalt einsetzen, wie dies bereits bei der Kombination der individuumzentrierten Psychotherapieansätze mit Systemischer Therapie festzustellen war. Das größere System Klinik, die Zusammenarbeit von MitarbeiterInnen unterschiedlichster Berufe und Therapieausbildungen, schafft einen Pluralismus, der sich in der Gesamtkonzeption und im Therapie-Know how widerspiegelt. Ebenfalls nicht verwunderlich ist die Tatsache, daß sich 70% der Einrichtungen am familiendynamischen Konzept der Heidelberger Schule (Helm Stierlin & Mitarbeiter) orientieren. Die Nähe dieses Ansatzes zur Psychoanalyse, der Versuch von Stierlin & Mitarbeitern, in die familiendynamische Sicht strukturelle und strategische Elemente zu integrieren, trägt sicherlich zur großen Verbreitung dieses systemischen Ansatzes in der Praxis stationärer Alkoholabhängigkeitsbehandlung in der Bundesrepublik bei.

<i>Systemischer Ansatz</i>	<i>Anzahl der Einrichtungen</i>
familiendynamischer Ansatz der Heidelberger Schule (Stierlin & Mitarbeiter)	14
entwicklungs-/erfahrungsorientierte Ansätze (Satir, Kempler, u.a.)	8
struktureller Ansatz (Minuchin)	8
strategische Ansätze (Selvini-Palazzoli, Haley, Watzlawick, u.a.)	5
strukturell-strategischer Ansatz (z.B. Tomm)	2
strukturell-entwicklungsorientierter Ansatz (z.B. Wegscheider, Weinheimer Institut für Familientherapie)	9
kurztherapeutische Ansätze (de Shazer/u.a.)	7
Familienaufstellungen nach Hellinger	5

Abb. 8: *Systemische Ansätze, an denen sich Kliniker in stationären Einrichtungen mit ST bei der Behandlung von Alkoholabhängigkeit orientieren*

Nur in je einem Fall wurden der familiendynamische Ansatz sowie der entwicklungs-/erfahrungsorientierte bzw. der strukturell-/entwicklungsorientierte Ansatz als einziger systemischer Ansatz angegeben. Häufig (in je 4

Einrichtungen) wird in der stationären Alkoholabhängigkeitsbehandlung die familiendynamische Perspektive mit dem entwicklungs-/erfahrungsbezogenen (Satir, Kempler) bzw. dem strukturell-/entwicklungsorientierten Ansatz (Wegscheider, Weinheimer Modell) kombiniert.

Zumindest in jeder dritten stationären Einrichtung werden auch Elemente des lösungs- und ressourcen-orientierten Ansatzes von de Shazer und Mitarbeitern in die praktische Arbeit integriert. Die Tatsache, daß mit diesem Ansatz vielfältige Erfahrungen gerade in der Alkoholabhängigkeitsbehandlung vorliegen²⁰ sowie seine Lösungs-/Ressourcen- und Zukunftsorientiertheit tragen sicherlich mit dazu bei, daß dieser Ansatz in stationären Einrichtungen inzwischen doch recht häufig angewandt wird. Auch die erst in den letzten Jahren sich zunehmend etablierenden Familienaufstellungen nach Hellinger, die inzwischen bereits in 25% der stationären Einrichtungen praktiziert werden, sind lösungsorientiert und scheinen gleichfalls Indiz dafür zu sein, daß eine eher problem- und ursachenorientierte Arbeit in den stationären Einrichtungen zunehmend von einer lösungsorientierten Perspektive abgelöst wird. Äußerungen von Klinikern, die sich an der Studie beteiligten, scheinen zumindest eine solche Einschätzung zu bestätigen (vgl. Kap. 5.3.8).

Der Einfluß des strategischen Ansatzes der Mailänder Schule, der in ambulanten Einrichtungen in der Vergangenheit gerade bei besonders rigiden Familiensystemen (z.B. Magersuchtfamilien) spektakuläre Erfolge verzeichnete, scheint im stationären Feld - zumindest im Vergleich zu den übrigen Ansätzen - eher an Bedeutung zu verlieren. Wirkt sich hier aus, daß dieser Ansatz eher darauf gerichtet ist, zwischen den Therapiesitzungen Veränderungen zu initiieren (z.B. durch eine paradoxe Abschlußintervention am Ende der Sitzungen, durch die Verschreibung von Ritualen, u.a.m.)? Dies ist in einem ambulanten Setting naturgemäß eher realisierbar als in einem stationären Kontext. Bei der Einbeziehung von Familienangehörigen in die stationäre Therapie (z.B. durch Familiengespräche, Familienseminare, Paargespräche, u.a.m.) ist es allerdings ohne weiteres vorstellbar, daß zur Unterbrechung des Spiels in einem Alkoholismussystem auch strategische Techniken (z.B. paradoxe Interventionen) nutzbringend und lösungsorientiert eingesetzt werden können.

20 Vgl. u.a. Kim Berg/Miller, 1993

Neben den genannten Ansätzen wurden vereinzelt (je einmal) weitere Ansätze genannt, die in der stationären Alkoholabhängigkeitsbehandlung zum Einsatz kommen. Der Vollständigkeit halber seien sie abschließend genannt: ein soziometrisches Verfahren nach Moreno, ein pragmatischer kurztherapeutischer Ansatz nach Schwarz und die systemische Therapie in Anlehnung an Ludewig.²¹

5.3.5 Zum Ausbildungsstand der MitarbeiterInnen in Systemischer Therapie (ST) in stationären Einrichtungen mit ST

Systemiker, z.B. STIERLIN (1979), KUYPERS (1981; 1984), betonen die „Notwendigkeit einer qualifizierten Ausbildung vor Anwendung der Familientherapie“, da diese „in vielem schwieriger sei als Einzeltherapie.“²² BOSCH (1984) hebt hervor, „daß Anfänger in Familientherapie erst nach zweijähriger Schulung und bei einer umfangreichen Praxis beginnen, ‘systemisch’ wahrzunehmen, d.h. die Fähigkeit besitzen, gleichzeitige, rückbezügliche, neben- wie übereinandergelagerte und interagierende Vorgänge wahrzunehmen, ohne sich einseitig mit einem Familienmitglied zu identifizieren.“²³

SCHMIDTOBREICK (1992) ermittelte für den Bereich der ambulanten Psychosozialen Beratungsstellen, daß sich 31,8% der vollbeschäftigten und teilzeitbeschäftigten MitarbeiterInnen (mit über 15 Stunden wöchentlicher Beschäftigungszeit) in einer Ausbildung zur Systemischen Familientherapie befanden bzw. diese bereits abgeschlossen hatten.²⁴

Betrachtet man vor dem Hintergrund der von systemisch arbeitenden Therapeuten geforderten Notwendigkeit einer qualifizierten Ausbildung in Systemischer Therapie *vor* deren Anwendung in Praxisfeldern den tatsächlichen Ausbildungsstand der therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen in stationären Einrichtungen, die nach eigenem Bekunden systemisch arbeiten, so ergibt sich ein eher ernüchterndes Bild.²⁵

21 Vgl. Ludewig, 1992

22 Vgl. Kuypers, 1984, S. 192; Stierlin, 1979, S. 199

23 Vgl. Bosch, 1984, S. 194

24 Vgl. Schmidtbreick, 1992, S. 38/39

25 Wenn nachfolgend vom Ausbildungsstand der MitarbeiterInnen die Rede ist, geht es hier einzig und allein um den Anteil der systemisch ausgebildeten bzw. sich in systemischer Ausbildung befindlichen MitarbeiterInnen im Verhältnis zur Gesamtzahl der therapeu-

Bei einer Gesamtzahl von 432 therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen (vgl. Kap. 5.3.2) in stationären Einrichtungen, die mit Systemischer Familientherapie arbeiten, haben 37 (8,6%) eine abgeschlossene Ausbildung in Systemischer Familientherapie. 15 MitarbeiterInnen (3,5%) befinden sich in einer Zusatzausbildung zur Systemischen Familientherapie. Selbst wenn man die geringere Zahl therapeutisch tätiger MitarbeiterInnen zugrunde legt, die bei der Differenzierung nach Berufsgruppen angegeben wurde (352,5 MitarbeiterInnen, vgl. Tabelle 5), ergibt sich nur ein geringfügig besseres Bild. Der Anteil derjenigen MitarbeiterInnen mit einer abgeschlossenen Ausbildung in Systemischer Familientherapie erhöht sich auf 10,5%; der Anteil derjenigen MitarbeiterInnen, die sich in einer Zusatzausbildung befinden, auf 4,3%.

Innerhalb der einzelnen stationären Einrichtungen, die mit ST arbeiten, variiert der Anteil derjenigen MitarbeiterInnen, die eine systemische Therapieausbildung abgeschlossen haben bzw. sich in einer Zusatzausbildung befinden, erheblich: In einer Einrichtung mit 50 therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen befindet sich kein(e) MitarbeiterIn in einer Zusatzausbildung zur Systemischen Familientherapie bzw. hat eine abgeschlossene Ausbildung in ST. Dennoch wird in dieser stationären Einrichtung - nach eigener Einschätzung - Systemische Familientherapie praktiziert, und zwar orientiert an einem kurztherapeutischen Ansatz. In einer anderen stationären Einrichtung haben 60% der therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen (3 von 5) eine abgeschlossene Ausbildung in Systemischer Familientherapie.

Angesichts des doch recht geringen Anteils der MitarbeiterInnen mit einer abgeschlossenen Ausbildung in Systemischer Therapie bzw. der MitarbeiterInnen, die sich in einer systemischen Zusatzausbildung befinden (vgl. Abb. 9: in 14 Einrichtungen liegt dieser Anteil bei unter 20%) stellt sich die Frage, inwieweit in der Mehrzahl der stationären Einrichtungen tatsächlich systemisch orientiert gearbeitet werden kann.

tisch tätigen MitarbeiterInnen der stationären Einrichtungen. Die Qualität der Ausbildung der jeweiligen MitarbeiterInnen war nicht Gegenstand der Untersuchung. Es wird davon ausgegangen, daß, wer systemisch ausgebildet ist bzw. sich in einer systemischen Zusatzausbildung befindet, auch ausreichend qualifiziert ist, systemisch-orientierte Therapie zu praktizieren.

Anzahl der MitarbeiterInnen (in %)	Zahl der stationären Einrichtungen
0 - 9	6
10 - 19	8
20 - 29	1
30 - 39	2
40 - 49	1
50 - 59	1
60 und mehr	1

Abb. 9: MitarbeiterInnenanteil mit abgeschlossener systemischer Zusatzausbildung bzw. in systemischer Zusatzausbildung befindlich, bezogen auf die Gesamtzahl der MitarbeiterInnen in den stationären Einrichtungen mit ST (in %)

SCHMID (1993) hält es für erforderlich, daß „mindestens zwei MitarbeiterInnen über eine (abgeschlossene, e.A.) systemische Ausbildung verfügen“ müssen, „um in der Klinik systemisch arbeiten“ zu können. „Darüber hinaus sollte/muß eine(r) der MitarbeiterInnen „der Klinikleitung angehören“²⁶.

Dies zugrunde gelegt, erfüllt nur die Hälfte der stationären Einrichtungen mit Systemischer Therapie das Kriterium der Mindestzahl voll ausgebildeter systemischer Therapeuten (10 Einrichtungen haben 2-4 MitarbeiterInnen mit einer abgeschlossenen Ausbildung in Systemischer Therapie; wieviele dieser MitarbeiterInnen der Klinikleitung angehören, konnte nicht ermittelt werden). In 9 Einrichtungen hat nur ein(e) MitarbeiterIn eine abgeschlossene Ausbildung in Systemischer Therapie. In einer Einrichtung (mit 50 MitarbeiterInnen) hat niemand eine Ausbildung in Systemischer Therapie abgeschlossen bzw. befindet sich in einer Zusatzausbildung.

Der geringe Anteil voll ausgebildeter bzw. sich in einer systemischen Zusatzausbildung befindlicher MitarbeiterInnen in den stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe gibt Anlaß zu der Vermutung, daß der systemorientierte Ansatz gegenüber den individualtherapeutisch-orientierten Ansätzen in stationären Einrichtungen nach wie vor eher von einer untergeordneten Bedeutung ist. Dies ist allerdings eine Vermutung, die erst noch durch differenziertere Erhebungen als die vorliegende evaluiert werden müßte. Insbesondere im Vergleich zum Ausbildungsstand der MitarbeiterInnen in der

26 Vgl. Schmid, 1993, S. 174

ambulanten Suchtkrankenhilfe der Psychosozialen Beratungsstellen zeigt sich, daß deren Möglichkeiten, systemisch-orientiert zu arbeiten, derzeit erheblich günstiger zu sein scheinen als die Möglichkeiten stationärer Einrichtungen, zumindest, wenn man den Anteil voll ausgebildeter bzw. sich in einer entsprechenden Zusatzausbildung befindlicher MitarbeiterInnen als Kriterium für systemorientiertes Arbeiten zugrunde legt.

Interessant wäre in diesem Zusammenhang sicherlich, ob sich innerhalb der in stationären Einrichtungen beschäftigten MitarbeiterInnen berufsspezifische Unterschiede feststellen ließen. Da im stationären Kontext der Anteil der Ärzte/Psychologen erheblich höher ist als im ambulanten Bereich, in dem die Berufsgruppe der Sozialpädagogen/-arbeiter den Hauptanteil (ca. 80%) der Beschäftigten stellt, ergibt sich die Frage, ob die Berufszugehörigkeit der im Suchthilfesystem Beschäftigten sich in irgendeiner Weise auf deren Motivation/Qualifikation für oder gegen bestimmte therapeutische Verfahren/Sichtweisen auswirkt. Aber auch solche Überlegungen ließen sich erst durch erheblich differenziertere Erhebungen als die vorliegende evaluieren.

5.3.6 Erfahrungen mit Systemischer Therapie in stationären Einrichtungen der Alkoholabhängigkeitsbehandlung

Die meisten stationären Einrichtungen haben - nach eigener Einschätzung - inzwischen vieljährige Erfahrungen mit system-orientierter Arbeit in der Alkoholabhängigkeitsbehandlung (vgl. Abb. 10).

Bei den drei Einrichtungen, die erst seit kurzer Zeit Systemische Therapie praktizieren, handelt es sich um kleinere Einrichtungen mit 7-10 therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen. Gemessen an der Gesamtzahl der MitarbeiterInnen ist jener der systemisch ausgebildeten bzw. sich in einer systemischen Ausbildung befindlichen MitarbeiterInnen relativ hoch. In den einzelnen Einrichtungen liegt er bei mindestens 14,3% und höchstens 42,9%. Zwei Einrichtungen erfüllen bei einer großzügigen Auslegung die Kriterien, die für eine systemische Arbeit in der Klinik von Praktikern gefordert werden.²⁷

27 Vgl. Schmid, 1993, S. 174; siehe auch Kap. 5.3.5; großzügige Auslegung meint, daß bereits bei zwei MitarbeiterInnen, die eine systemische Ausbildung abgeschlossen haben bzw. sich in einer Zusatzausbildung befinden, eine system-orientierte Arbeit in der Klinik möglich sei. Praktiker wie Schmid (1993) betonen allerdings, daß erst ab zwei vollausgebildeten MitarbeiterInnen eine systemische Arbeit in der Klinik möglich sei.

<i>Erfahrungen mit systemischer Therapie (in Jahren)</i>	<i>Anzahl der Einrichtungen</i>
weniger als 1 Jahr	-
1 - 2	3
2 - 5	7
5 - 10	7
mehr als 10 Jahre	3

Abb. 10: Erfahrungen mit systemischer Therapie in stationären Einrichtungen der Alkoholabhängigkeitsbehandlung

In jenen 14 Einrichtungen, die bereits länger als zwei Jahre systemisch arbeiten, sind in 11 Einrichtungen mindestens 2 und höchstens 6 MitarbeiterInnen beschäftigt, die eine systemische Zusatzausbildung abgeschlossen haben bzw. sich in einer systemischen Zusatzausbildung befinden. Ihr Anteil an der jeweiligen Gesamtzahl der therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen liegt bei mindestens 8,3% (zwei von 24 MitarbeiterInnen) und höchstens 60% (drei von 5 MitarbeiterInnen). Bei einer großzügigen Auslegung der o.g. Kriterien (mindestens zwei MitarbeiterInnen mit abgeschlossener systemischer Ausbildung) könnte gefolgert werden, daß in allen elf Einrichtungen eine systemorientierte Arbeit möglich ist.

In drei Einrichtungen, deren MitarbeiterInnenzahl zwischen 16 und 25 liegt, ist nur ein(e) MitarbeiterIn systemisch ausgebildet bzw. befindet sich in einer systemischen Zusatzausbildung. In diesen drei Einrichtungen dürfte eine systemisch-orientierte Arbeit doch nur sehr begrenzt möglich sein.

Interessant war auch die genauere Betrachtung jener Einrichtungen, die angeben, bereits 10 Jahre und länger systemisch zu arbeiten. Im Fall einer Einrichtung haben mehr als 50% der MitarbeiterInnen eine abgeschlossene Ausbildung in Systemischer Therapie bzw. befinden sich in einer Zusatzausbildung (5 von 9 MitarbeiterInnen). Dies läßt den Schluß zu, daß in dieser Einrichtung sehr gute Bedingungen für eine systemisch-orientierte Alkoholabhängigkeitsbehandlung gegeben sind. Im Falle einer zweiten Einrichtung befindet sich von 50 MitarbeiterInnen niemand in einer Ausbildung zur Systemischen Therapie bzw. hat eine solche Ausbildung abgeschlossen. Im Falle einer weiteren Großeinrichtung mit 70 MitarbeiterInnen liegt der Anteil der systemisch ausgebildeten MitarbeiterInnen bei ca. 4%. Im Falle

der beiden letztgenannten Einrichtungen stellt sich nun allerdings doch die Frage, wie in diesen Einrichtungen eine systemorientierte Arbeit praktisch realisiert werden soll.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß 85% der stationären Einrichtungen, die nach eigenem Verständnis systemisch arbeiten, eine mindestens zweijährige praktische Erfahrung mit einer system-orientierten Behandlung von Alkoholabhängigkeit haben. Dies entspricht durchaus auch jenen Ergebnissen, die SCHMIDTOBREICK (1992) für den ambulanten Bereich ermittelte: hier waren es ca. 78% der systemisch arbeitenden MitarbeiterInnen, die mindestens zwei Jahre (und maximal 10 Jahre) Erfahrung mit einer systemisch orientierten Suchtbehandlung hatten.²⁸

In 75% aller Einrichtungen, die systemisch-orientiert arbeiten, haben mindestens zwei der MitarbeiterInnen eine systemische Zusatzausbildung abgeschlossen bzw. befinden sich derzeit in einer Zusatzausbildung. In diesen Einrichtungen dürfte - wenn auch begrenzt aufgrund des teilweise recht geringen Anteils ausgebildeter bzw. sich in Zusatzausbildung befindlicher MitarbeiterInnen gemessen an der Gesamtzahl der therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen dieser Einrichtungen - eine systemorientierte Arbeit in der Klinik möglich sein.

In einigen Fällen stellt sich allerdings die Frage, welcher Stellenwert beispielsweise der Angabe „länger als 10 Jahre Systemische Familientherapie“ zukommt. Ist in diesen Einrichtungen eine systemische Arbeit tatsächlich möglich oder wird hier die Einbeziehung von Familienangehörigen (beispielsweise in Familiengesprächen) gleichgesetzt mit einer systemischen Praxis? Nicht jede Angehörigenarbeit erfüllt bereits automatisch das Kriterium „systemisch“. Ebenso wenig ist Einzelbehandlung nicht automatisch individuum-zentriert, sondern kann durchaus „systemisch“ ausgerichtet sein (z.B. als systemisch-orientierte Einzelbehandlung²⁹).

Die Vielschichtigkeit und die Unsicherheit des Begriffs „systemisch“ trägt sicherlich mit dazu bei, daß unter Praktikern (ebenso wie unter Theoretikern) recht unterschiedliche Vorstellungen darüber bestehen, was denn nun eigent-

28 Vgl. Schmidtbreick, 1992, S. 41

29 Vgl. Weber/Simon, 1987; Weiss/Haertel-Weiss, 1988/1991)

lich „systemisch“ ist und was nicht. Insofern hat natürlich die Tatsache, daß dem Fragebogen nicht vorangestellt wurde, welche Vorstellungen der Autor mit dem Begriff „systemisch“ assoziiert, mit dazu beigetragen, daß recht unterschiedliche systemische Sichtweisen und Interpretationen in die Untersuchung eingeflossen sind.

5.3.7 Einbeziehung von Familienangehörigen in die stationäre Alkoholabhängigkeitsbehandlung in Einrichtungen mit ST

Die Tatsache, daß nach systemischem Verständnis Veränderungen eines Individuums (z.B. durch eine stationäre Therapie) unweigerlich Auswirkungen auf das soziale System haben, in das der/die Betreffende eingebunden ist, impliziert, daß im Rahmen der Möglichkeiten Familienangehörige in den Therapieprozeß mit einbezogen werden sollen/müssen. Dies kann zu unterschiedlichen Zeiten und Phasen des Therapieprozesses erfolgen. Da in der Regel bereits vor einem stationären Aufenthalt Kontakte zu Institutionen des Suchthilfesystems bestehen, scheint es sinnvoll, zumindest im Rahmen einer Systemischen Therapie, Familienangehörige bereits vor dem eigentlichen stationären Aufenthalt mit einzubeziehen.

Vor Beginn des stationären Aufenthaltes beziehen nur sehr wenige stationäre Einrichtungen Familienangehörige mit in den Therapieprozeß ein (vgl. Abb. 11). Im Falle einer Einrichtung wurde darauf hingewiesen, daß in der ambulanten Vorplanung des stationären Aufenthaltes die Familienangehörigen mit einbezogen sind. 70% der Einrichtungen gaben an, daß sie die Angehörigen bei Therapiebeginn mit in den Prozeß einbeziehen. In zwei Fällen wurde hierzu ergänzend ausgeführt, daß die Begleitpersonen bei der Aufnahme mit einbezogen werden.

<i>Therapiephasen</i>	<i>Anzahl der Einrichtungen</i>
vor Beginn der stationären Therapie	4
am Beginn der stationären Therapie	14
während der stationären Therapie	20
am Ende der stationären Therapie	9
in der ambulanten Nachsorgephase nach Beendigung der stationären Therapie	9

Abb. 11: Berücksichtigung von Familienangehörigen in stationären Einrichtungen der Alkoholabhängigkeitsbehandlung mit ST

Alle stationären Einrichtungen beziehen während des stationären Aufenthaltes die Angehörigen mit ein. Dies geschieht in der Regel durch Paar- bzw. Familiengespräche, die häufig durch mehrtägige Angehörigenseminare (Dauer dieser Seminare: mehrere Tage bis zu einer Woche) sowie durch Wochenendgespräche mit den Familienangehörigen ergänzt werden. Einrichtungen, die nur PatientInnen eines regionalen Einzugsbereiches aufnehmen, dürften mehr Paar- und Familiengespräche bzw. -seminare anbieten können als jene Einrichtungen, deren Einzugsbereich überregional ist.

Im Falle einer Einrichtung werden während eines 4-monatigen stationären Aufenthaltes die Angehörigen zu zwei Wochenendseminaren eingeladen. Diese können gegebenenfalls durch weitere Wochenendseminare ergänzt werden. Die Einrichtung was allerdings darauf hin, daß 60% der KlientInnen über keine familiären Bindungen mehr verfügen. Im Falle einer Einrichtung steht für die Familienangehörigen ein eigenes Gästehaus zur Verfügung. Eine Einrichtung gab an, daß auch das weitere soziale Umfeld (Arbeitskollegen, Vorgesetzte, Nachbarn, Freunde, Eltern, Geschwister) mit einbezogen wird. Da nur einige Einrichtungen ergänzende Angaben zum Einbezug der Familienangehörigen machten, ist es nur punktuell möglich, hierüber näheres auszuführen. Es wäre sicherlich interessant gewesen, durch eine detailliertere Fragestellung die Einbeziehung von Familienangehörigen genauer herauszuarbeiten. Dies hätte allerdings den Rahmen dieser Erhebung gesprengt. Hier ging es in einer ersten Annäherung an diesen Sachverhalt nur darum, zu ermitteln, in welchen Phasen des Therapieprozesses Familienangehörige mit einbezogen werden. Am Ende bzw. in der ambulanten Nachsorgephase werden nur noch von ca. 50% der stationären Einrichtungen die Angehörigen mit einbezogen. Hier stellt sich die Frage, inwieweit die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe miteinander vernetzt sind und ihre Arbeit miteinander koordinieren. Aber auch dies könnte nur in eigenständigen Erhebungen evaluiert werden.

5.3.8 Gründe für die Einführung der Systemischen Therapie in die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigkeit

Abschließend soll noch auf die Gründe eingegangen werden, die Praktiker bewog, auch in der stationären Alkoholismustherapie eine systemische Sicht zu etablieren. Da die entsprechende Frage im Fragebogen keine ankreuzbaren Antwortkategorien vorgab, waren die Antworten der einzelnen Einrichtungen vielfältig und sind nur bedingt miteinander vergleichbar. Das Spek-

trum variiert von recht allgemeinen Motiven („fachliche Überlegungen“, „ist einfach gut“, „war bereits eingeführt, als ich die Leitung der Einrichtung übernahm“) bis hin zu sehr differenzierten Aussagen („Patienten bringen nicht nur ihre intrapsychische Wirklichkeit mit in die Behandlung, sondern sind Teil sozialer Systeme. Diese soziale Wirklichkeit sollte mit berücksichtigt werden“).

Nachfolgend werden die Motive der stationären Einrichtungen für die Einführung einer system-orientierten Perspektive in die klinische Praxis unter systematischen Gesichtspunkten dargestellt.

Die meisten Aussagen betonen den beziehungsgestaltenden Charakter von Sucht:

„Sucht ist eine Familienkrankheit“;
 „Sucht ist eine Beziehungskrankheit. Der Mensch wird krank/gestört durch das System“;
 „Alkoholismus ist eine Systemerkrankung. Der Abhängige ist nur Identifizierter Patient“;
 „Patienten bringen nicht nur ihre intrapsychische ‘Wirklichkeit’ mit in die Behandlung, sondern sind Teil sozialer Systeme. Diese ‘soziale Wirklichkeit’ sollte mit berücksichtigt werden“;
 „Einsicht in die Notwendigkeit der Einbeziehung von Familienangehörigen in die Therapie“ und „Bedeutung von Interaktions- und Beziehungsmustern für die Entstehung der Suchterkrankung (Alkoholismus = Familienkrankheit, Abhängiger = Symptomträger, etc.)“
 „Suchtdynamik hat einen inneren, strukturprägenden Einfluß auf das Familiensystem“;
 „Familienstörungen als Folge von Sucht sind die Regel“;
 „Die Angehörigenarbeit ist von großer Bedeutung“ und ermöglicht einen „Zugang zu schwierigen Patienten“.

In einigen Aussagen wird der ergänzende/erweiternde Charakter des systemischen Ansatzes für die klinische Konzeption zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit hervorgehoben:

„Für jedes Problem das am besten geeignete Werkzeug. Für Systemprobleme systemische Therapie“ (Vertreter einer „Differential-Indikation“);
 „Erweiterung des integrativen Therapiekonzepts“;
 „Der systemische Ansatz ist eine wichtige Ergänzung der analytisch orientierten Arbeit im Sinne von Ressourcenorientierung, Anstreben von Lösungen,...“;
 „Multidisziplinärer Ansatz, d.h. verschiedene Therapierichtungen fokussieren verschiedene Blickwinkel; breiteres Spektrum erscheint sinnvoll“.

Einige Einrichtungen betonen das lösungs- und ressourcenorientierten Vorgehen innerhalb der systemischen Ansätze:

Der Wechsel „vom problem-/defizitorientierten Ansatz zum lösungs- und ressourcenorientierten Ansatz“ ermöglicht eine „bessere Reflexion auf den Zusammenhang Patient-Institution-Familie“;
 Die „Ressourcenorientierung der Systemischen Therapie läßt neues Selbstwertgefühl und Hoffnung entstehen“.

Die Ausbildung der MitarbeiterInnen und recht allgemeine Motive für die Einführung einer systemischen Perspektive in die Alkoholismusbehandlung der stationären Einrichtungen werden durch die folgenden Aussagen betont:

„Einstellung von Mitarbeitern, die eine systemische Ausbildung haben“;
 „entsprechende Weiterbildung von Mitarbeitern“;
 „Konzentration systemisch ausgebildeter Mitarbeiter“;
 „Zusammenarbeit mit einem guten Ausbilder in Systemischer Familientherapie“;
 „War schon eingeführt, als Leitung übernommen wurde“;
 „Allgemeiner Trend“;
 „ist einfach gut“;
 „fachliche Überlegungen“;

Ein Teilnehmer an der Studie hebt hervor, daß der systemische Ansatz „die Therapiedauer verkürzt“ und deshalb ein „mehr“ an „zukunftsorientierter Arbeit“ begünstigt. Darüber hinaus wird von diesem Teilnehmer besonders

hervorgehoben, daß ihn die systemische Arbeit „psychisch entlastet“, indem sie die „Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen“ betont.

Es wäre sicherlich interessant zu überprüfen, ob der systemische Ansatz tatsächlich zu einer Verkürzung der Therapiedauer, zu einer psychischen Entlastung der TherapeutInnen und - nicht zuletzt - zu einer Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen beiträgt. Dieses „mehr“ an Eigenverantwortlichkeit könnte dann - vielleicht - auch mit dazu beitragen, den Erfolg von Therapie zu steigern. Entsprechende empirische Erhebungen - qualitativ wie quantitativ - scheinen allerdings bisher, zumindest für den deutschsprachigen Bereich, noch weitgehend zu fehlen. Hier tut sich für die empirische Erforschung noch ein weites Feld auf.

5.4 Auswertung der Fragebögen jener stationären Einrichtungen, die bisher keine Systemische Therapie im Rahmen ihrer Gesamtkonzeption anbieten

Wie bereits erwähnt (vgl. Kap. 5.3) gaben 8 Einrichtungen an, daß sie derzeit keine Systemische Therapie praktizieren. Die Fragebögen dieser Einrichtungen werden nachfolgend detaillierter ausgewertet.

5.4.1 KlientInnen und KlientInnengruppen in den stationären Einrichtungen ohne Systemische Therapie (ST)

In den 8 Einrichtungen können 347 KlientInnen aufgenommen und behandelt werden. Die Aufnahmekapazität der einzelnen Einrichtungen schwankt zwischen 27 und 65 KlientInnen und liegt im Mittel bei ca. 43,5 KlientInnen.³⁰ Die im Vergleich zu den Einrichtungen mit Systemischer Therapie deutlich geringere durchschnittliche KlientInnenzahl ist darauf zurückzuführen, daß nur kleine bis mittelgroße Einrichtungen sich an der Erhebung beteiligten; Großeinrichtungen fehlen bzw. haben sich nicht an der Erhebung beteiligt.

30 Eine Einrichtung, es handelt sich um den Teilbereich eines Psychiatrisches Landeskrankenhauses, hat nur eine Aufnahmekapazität von 27 PatientInnen. Da diese Zahl nur geringfügig niedriger ist als für die Stichprobe vorgesehen (Aufnahmekapazität von 30 KlientInnen), wird der Fragebogen mit ausgewertet.

Die KlientInnen wurden gleichfalls unterschieden nach dem Alter, dem Geschlecht und dem Hauptproblemfeld.

a) unterschieden nach dem Alter und dem Geschlecht

Der durchschnittliche Anteil der unter 25jährigen in den stationären Einrichtungen ohne ST ist mit 16,9% relativ hoch. Dabei liegt er in 75% der Einrichtungen zwischen 5 und 10 Prozent und ist nur in zwei Einrichtungen mit 20 bzw. 70 Prozent deutlich höher.

Der Anteil der Erwachsenen (25jährige und älter) liegt bei 83,1%. Auch wenn die Zahlen deutlich gegenüber jenen in Einrichtungen mit ST zu differieren scheinen, kann nur spekuliert werden, ob das Ergebnis eher zufällig ist oder ihm tatsächlich wesentliche Ursachen zugrunde liegen.

Interessant wäre es in diesem Zusammenhang sicherlich, Einrichtungen mit einem hohen Anteil an jungen Alkoholikern daraufhin zu untersuchen, inwieweit sie systemisch-orientiert arbeiten oder nicht.

Der Anteil der Frauen in den Einrichtungen ohne ST ist mit 23,9% gegenüber 19,8% in Einrichtungen mit ST gleichfalls höher. Aber auch hier kann nur spekuliert werden, ob das Ergebnis eher zufällig oder auf tatsächliche Ursachen zurückzuführen ist. Der Anteil der Männer liegt demzufolge bei nur 76,1%.

In fünf Einrichtungen werden Männer und Frauen gemeinsam behandelt. Dabei liegt der Frauenanteil im Minimum bei 5% und im Maximum bei 30%. In einer Einrichtung werden nur Frauen und in zwei Einrichtungen nur Männer behandelt.

Auch hier fällt auf, daß in den Einrichtungen mit ST in nur 3 von 20 Einrichtungen Männer *und* Frauen gemeinsam behandelt werden. In 17 Einrichtungen werden ausschließlich Männer (14) bzw. Frauen (3) behandelt. Sind diese voneinander differierenden Ergebnisse eher zufällig?

b) unterschieden nach dem Hauptproblemfeld

75% der Einrichtungen ordneten ihre KlientInnen nur einem Hauptproblemfeld zu. Eine Einrichtung führte keine Unterscheidung durch und eine Einrichtung ordnete ihre KlientInnen mehreren Hauptproblemfeldern zu. Unter Berücksichtigung der gleichen Einschränkungen, wie sie bereits in Kap. 5.3.1 gemacht wurden, ergibt sich die folgende Situation:

<i>Hauptproblemfeld</i>	<i>KlientInnenanteil (in %)</i>
Alkoholabhängigkeit/-gefährdung	81,3
Medikamentenabhängigkeit/-gefährdung	4,7
Abhängigkeit/Mißbrauch von illegalen Drogen	4,6
Polytoxikomanie	9,7
Eßstörungen	2,3
sonstiges süchtiges Verhalten	0,9

Abb. 12: KlientInnengruppen in den stationären Einrichtungen ohne ST, unterschieden nach dem Hauptproblemfeld

Hier ähneln die Ergebnisse doch sehr stark jenen in Einrichtungen mit ST (vgl. Abb. 3). Einzig der Anteil derjenigen mit „illegalen Drogen“ als Hauptproblemfeld ist höher, jener mit „sonstigem süchtigem Verhalten“ ist geringer. In der Gesamtheit dürften diese geringfügigen Unterschiede aber eher von untergeordneter Bedeutung sein. Es kann festgehalten werden, daß die Zusammensetzung der KlientInnen in stationären Einrichtungen mit bzw. ohne ST sich sehr stark ähnelt und nur geringfügig voneinander abweicht.

5.4.2 Therapeutisch tätige MitarbeiterInnen in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe ohne Systemische Therapie (ST)

Insgesamt sind 99 therapeutisch tätige MitarbeiterInnen in den 8 stationären Einrichtungen ohne ST beschäftigt. Davon sind 76 Vollzeitbeschäftigte (76,8%), 19 sind teilzeitbeschäftigt mit 15 und mehr Stunden (19,2%) und 4 sind teilzeitbeschäftigt mit weniger als 15 Stunden bzw. auf Honorarbasis (ca. 4%). Hier sind die Beschäftigungszahlen in Einrichtungen mit bzw. ohne ST recht ähnlich (vgl. Kap. 5.3.2).

Gemessen an der Gesamtzahl der PatientInnen, die in diesen Einrichtungen behandelt werden (347 KlientInnen), schwankt das „TherapeutInnen-KlientInnen-Verhältnis“ in den einzelnen Einrichtungen zwischen 1:1,7 und 1:6,5 und liegt im Mittel bei 1:3,5. Hier gibt es gleichfalls keinen nennenswerten Unterschied zwischen Einrichtungen mit bzw. ohne Systemische Therapie.

Die therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen verteilen sich auf die einzelnen Berufsgruppen wie folgt:

Berufsgruppen	Anzahl der MitarbeiterInnen
Arzt/Ärztin	10
Psychologe/-in	13
Diplompädagoge/-in	2
Sozialpädagoge/-in	25*
Sozialarbeiter/-in	12*
Sonstige	31
	N = 93*

Abb. 13: Beschäftigte in den stationären Einrichtungen ohne ST, differenziert nach Berufen³¹

Auffallend ist, daß in Einrichtungen ohne ST die Gruppe der SozialpädagogInnen (26,9%) und die Gruppe der SozialarbeiterInnen (12,9%) zusammengefaßt mit 39,8% eindeutig dominiert, gefolgt von der Gruppe der sonstigen therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen mit 33,3%. Dieses Ergebnis differiert erheblich gegenüber jenem in den Einrichtungen mit ST. Dort liegt der Anteil der SozialpädagogInnen/-arbeiterInnen mit 27,8% deutlich niedriger. Zufall? Der Anteil der PsychologInnen (14%) in den Einrichtungen ohne ST ähnelt jenem in Einrichtungen mit ST (14,9%). Der Anteil der ÄrztInnen (10,8%) ist in den Einrichtungen ohne ST geringer als in jenen mit ST (14,9%). Der Anteil der DiplompädagogInnen ist in Einrichtungen ohne ST (2,2%) noch geringer als in Einrichtungen mit ST (7,9%).

5.4.3 Psychotherapeutische Konzepte und ergänzende therapeutische Verfahren in stationären Einrichtungen der Alkoholabhängigkeitsbehandlung ohne ST

Während in stationären Einrichtungen der Suchtabhängigkeitsbehandlung mit ST in vielfältiger Weise die unterschiedlichsten Psychotherapieverfahren im Rahmen der therapeutischen Gesamtkonzeption miteinander kombiniert

31 Zu den mit (gekennzeichneten Angaben ist folgendes hinzuzufügen: Da die Gruppen der SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen von allen Einrichtungen getrennt aufgeführt wurden, wurde dies - im Unterschied zur Abb. 5 - auch berücksichtigt. Eine Einrichtung gab bei der Gesamtzahl der Beschäftigten (Frage 3) *mehr* Beschäftigte an (30), als sie später den Berufsgruppen (Frage 4) zuordnete (23). Im Falle einer Einrichtung wurden den Berufsgruppen 7 Beschäftigte zugeteilt; die Gesamtzahl der Beschäftigten wurde mit 6 MitarbeiterInnen angegeben.

werden, ergibt sich für die Kliniken ohne ST doch ein etwas anderes Bild (vgl. Abb. 14).

<i>Psychotherapeutische Konzepte</i>	<i>Zahl der Einrichtungen</i>
Analytische Psychotherapie	7
Verhaltenstherapie	2
Transaktionsanalyse	2
Gestalttherapie	4
Bioenergetik	-
New Identity Process (Casriel)	-
Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)	2
hypnotherapeutische Elemente (Erickson)	1
Neurolinguistisches Programmieren (NLP)	-
Ergänzende psychotherapeutische Verfahren	4

Abb. 14: Psychotherapeutische Konzepte, die in stationären Einrichtungen ohne ST zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit eingesetzt werden

Auch in Einrichtungen ohne ST dominiert als psychotherapeutisches Verfahren die Analytische Psychotherapie. Dabei wird in drei Einrichtungen Alkoholabhängigkeitsbehandlung ausschließlich nach einer Analytischen Konzeption praktiziert. In zwei weiteren Einrichtungen wird die Analytische Psychotherapiekonzeption ergänzt/erweitert durch Gestalttherapie. Nur in drei Einrichtungen werden mehr als zwei psychotherapeutische Verfahren im Rahmen der klinischen Gesamtkonzeption zur Alkoholabhängigkeitsbehandlung eingesetzt. Hier treten doch deutliche Unterschiede im Vergleich zu jenen Einrichtungen auf, die ihr Behandlungskonzept durch den systemischen Ansatz erweitert/ergänzt haben. In diesen Einrichtungen scheint ein Polypragmasismus unterschiedlichster psychotherapeutischer Verfahren eher die Regel zu sein, gewissermaßen nach der Devise: zum Einsatz kommt, „was wirkt“! In Einrichtungen ohne ST scheint eher noch die Entscheidung für eine Konzeption vorzuherrschen, die lediglich geringfügig ergänzt wird.

Des weiteren ist auffällig, daß Konzepte der Verhaltenstherapie in nur 25% der Einrichtungen zum Einsatz kommen. Ist die Verhaltenstherapie in Einrichtungen ohne ST tatsächlich so schwach repräsentiert oder ist das Ergebnis eher zufällig? Erstaunlich ist es allemal, doch angesichts der nicht unbegründeten Vermutung, daß sich von der Erhebung eher jene Einrichtungen

angesprochen fühlten, die ihre klinische Konzeption bereits mit ST erweitert/ergänzt haben, kann davon ausgegangen werden, daß sich vermutlich erheblich weniger Einrichtungen ohne ST an der Erhebung beteiligt haben, als es ihrem Anteil an der Gesamtheit stationärer Einrichtungen im Bereich der Alkoholabhängigkeits-/bzw. Suchtabhängigkeitsbehandlung entspricht. Insofern spricht manches dafür, daß bei einer höheren Beteiligung bzw. bei einer anders ausgelegten Studie auch andere Ergebnisse zu erwarten wären. Dennoch kann als Ergebnis festgehalten werden, daß die Experimentierfreudigkeit in Einrichtungen mit ST (was die Kombination unterschiedlichster psychotherapeutischer Verfahren anbelangt) größer zu sein scheint als in Einrichtungen ohne ST. Auch hier ergäben sich interessante Aspekte, die im Rahmen einer differenzierteren Erhebung genauer untersucht werden könnten.

Die eher körperorientierten Psychotherapieverfahren sind in den Einrichtungen ohne ST ähnlich schwach repräsentiert wie in den Einrichtungen mit ST. Einzig Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) wird in zwei Einrichtungen ergänzend eingesetzt. Auch hier stellt sich die Frage, ob zwischen der auch in diesen Einrichtungen vorherrschenden Dominanz der Analytischen Psychotherapie und der Distanz gegenüber den körper-/leiborientierten Psychotherapieverfahren ein kausaler Zusammenhang besteht.

Als ergänzende psychotherapeutische Verfahren werden in je einer Einrichtung Psychodrama, Gesprächstherapie und Kognitive Therapie angeboten. In einer Einrichtung, in der eine Analytische Konzeption mit Gestalttherapie praktiziert wird, kommen auch entsprechend den Ausbildungs- bzw. Fortbildungskennnissen der MitarbeiterInnen teilweise Methoden aus Verhaltenstherapie und Systemischer Familientherapie zum Einsatz, ohne daß es sich hierbei allerdings um geschlossene psychotherapeutische Konzepte handelt, wie von dieser Einrichtung in einer ergänzenden Anmerkung betont wird.

Da sich in den ergänzenden therapeutischen Verfahren kaum Unterschiede zwischen Einrichtungen mit bzw. ohne ST feststellen lassen, seien sie hier nur der Vollständigkeit halber angegeben (vgl. Abb. 15):

<i>Ergänzende therapeutische Konzepte</i>	<i>Zahl der Einrichtungen</i>
Beschäftigungstherapie	8
Sport- und/oder Physiotherapie	8
Arbeitstherapie	7
Gestaltungstherapie	7
Musik- und/oder Tanztherapie	4
Autogenes Training und/oder sonstige Entspannungstechniken	6
Ergänzende therapeutische Verfahren	3

Abb. 15: Ergänzende therapeutische Verfahren, die in stationären Einrichtungen ohne ST zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit eingesetzt werden

An ergänzenden Verfahren wurden Qui Gong, lebenspraktische Übungen (z.B. Kochen, Nähen) und Sozialtherapie je einmal genannt.

Faßt man die Ergebnisse zusammen, kommt man zu der Einschätzung, daß in Einrichtungen ohne ST die Tendenz zur Polypragmasie erheblich weniger ausgeprägt zu sein scheint als in Einrichtungen mit ST. Auf interessante Fragen, die sich aus diesen unterschiedlichen Ergebnissen ergeben, wurde bereits hingewiesen. Hier bietet sich noch ein interessantes Feld für weitergehende Studien an.

5.4.4 Bereitschaft zur Erweiterung/Ergänzung ihrer Psychotherapeutischen Konzeption mit Systemischer Therapie (ST) in Einrichtungen ohne ST

Die Frage, ob zukünftig eine Ergänzung ihrer psychotherapeutischen Konzeption/Praxis mit Systemischer Familientherapie geplant sei, wurde von zwei Einrichtungen (25%) bejaht, von sechs Einrichtungen (75%) verneint.

Jene beiden Einrichtungen, die für die Zukunft eine Erweiterung/Ergänzung ihrer psychotherapeutischen Konzeption planen, gaben als Gründe „für“ eine systemische Sicht in der Alkoholabhängigkeitsbehandlung die folgenden an:

„Ein Teil unserer Patienten ist wohl eher ein Symptomträger seiner Familie“;
 „Die Ergänzung des psychoanalytischen Ansatzes durch (ein) interaktionelles Konzept (ist) hilfreich für (die) Angehörigenarbeit.“

Aus jener Einrichtung, die die Ergänzung ihres analytischen Ansatzes durch ein „interaktionelles Konzept“ als „hilfreich für die Angehörigenarbeit“ ansieht, befinden sich derzeit zwei MitarbeiterInnen in einer Zusatzausbildung zur Systemischen Familientherapie, woraus geschlossen werden kann, daß in nicht allzu ferner Zukunft die Konzeption dieser Einrichtung um den Systemischen Ansatz erweitert/ergänzt wird.

Von den sechs Einrichtungen, die die Erweiterung/Ergänzung ihrer Konzeption durch Systemische Familientherapie für die Zukunft verneinten, begründete eine Einrichtung dies nicht näher. Vier Einrichtungen haben keine prinzipiellen Einwände/Bedenken. Eine dieser Einrichtungen sieht sich „vor allem aus personellen Gründen z. Zt.“ nicht in der Lage, „eine umfassende Arbeit nach systemischen Prinzipien“ zu realisieren.

Zwei Einrichtungen verwiesen darauf, daß ihre Klientel für eine systemorientierte Therapie nicht die entsprechenden Voraussetzungen mitbringe. In einer dieser Einrichtungen ist der Anteil „obdachloser Suchtkranker“ extrem hoch (70%) und - wie mir der Klinikleiter in einem Telefonat mitteilte - aufgrund fehlender sozialer Bindungen und Bezüge sei eine systemische Arbeit nach seiner Einschätzung nicht/bzw. nur sehr begrenzt möglich. Eine zweite Einrichtung, deren PatientInnen meist ebenfalls ohne soziale Bindungen seien, betonte darüber hinaus, daß es ihrer Klientel „auch (an) Bereitschaft und Abstraktionsvermögen (mangele), sich mit familiären Beziehungen auseinanderzusetzen.“

In den Aussagen der beiden letztgenannten Einrichtungen werden Gründe gegen eine Systemische Therapie angeführt, die die Hypothese beinhalten, daß systemische Arbeit nur mit KlientInnen möglich sei, die noch in ein weitgehend intaktes Sozialmilieu eingebunden sind und darüber hinaus eher der Mittel- bzw. Oberschicht angehören. Eine Überprüfung dieser oder ähnlicher Hypothesen hat nach meiner Kenntnis bisher noch nicht stattgefunden und es wäre sicherlich auch ein interessantes Forschungsthema, im Zuge einer speziellen Erhebung zu überprüfen, ob der Systemansatz ein intaktes Sozialmilieu (z.B. eine Familie) bzw. die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht (z.B. Mittel- oder Oberschicht) voraussetzt bzw. begünstigt.

Für die Mitarbeiterin einer Einrichtung, die sich selbst als systemisch-orientierte Familientherapeutin bezeichnete, spricht nichts gegen Systemische Therapie. Allerdings ist für sie „eine Mischform mit unserem analytisch orientierten Grundkonzept bei gleichzeitig starken pädagogischen Anteilen

nur schwer vorstellbar.“ Aber „als verwirklichtes Konzept“ ist für sie Systemische Therapie „vollkommen o.k.“

Die Leitung einer Einrichtung spricht sich gegen eine „Polypragmasie“ aus und betont, daß „systemische Prinzipien bei der Angehörigenarbeit und im Prinzip berücksichtigt“ werden. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, daß „systemische Therapie eine systemische Ausbildung erfordert“, ein Kriterium, das derzeit kein(e) der MitarbeiterInnen dieser Einrichtung erfüllt.

Faßt man die Aussagen und die Gründe für/gegen Systemische Therapie zusammen, die von Einrichtungen benannt wurden, die derzeit ohne ST arbeiten, so bleibt festzuhalten, daß zwei Einrichtungen für die Zukunft eine Erweiterung/Ergänzung ihrer Therapiekonzeption um den Systemischen Ansatz planen. Weitere vier Einrichtungen haben keine prinzipiellen Einwände gegen den Systemansatz, sehen sich aber derzeit aus den unterschiedlichsten Gründen nicht in der Lage, ihre Konzeption um den Systemansatz zu erweitern bzw. zu ergänzen. Eine Einrichtung berücksichtigt nach eigener Einschätzung in ihrer Arbeit „systemische Prinzipien“, lehnt aber das Ausprobieren vieler Behandlungsmethoden ab.

Abschließend sei noch erwähnt, daß natürlich auch in Einrichtungen ohne ST Angehörigenarbeit zur Konzeption gehört. In einer Einrichtung werden am Beginn, während des Aufenthaltes, und am Ende des stationären Aufenthaltes die Angehörigen mit einbezogen. In zwei weiteren Einrichtungen werden die Angehörigen zu Beginn und während des stationären Aufenthaltes in den Prozeß mit einbezogen. Nähere Angaben, z.B. wie dies geschieht, wurden nicht gemacht. Fünf Einrichtungen machten keine Angaben darüber, ob sie die Angehörigen mit einbeziehen oder nicht.

5.5 Anmerkungen und Kritik zum Fragebogen und zur Erhebung

Acht TeilnehmerInnen machten von der Möglichkeit Gebrauch, Anmerkungen und Kritik zum Fragebogen und zur Erhebung zu formulieren. Dabei gab es erfreulicherweise nur recht wenig (und wenn, dann recht konstruktive) Kritik am Fragebogen und zur Erhebung.

Ein Teilnehmer sprach u.a. formale Aspekte an und bemängelte, daß die Kästchen und Antwortzeilen recht klein seien. Das Ausfüllen der Leerstellen

in den Kästchen mit Nullen wurde als demotivierend für den Beantworter eingestuft.

Zwei TeilnehmerInnen kritisierten die Unschärfe des Begriffs „therapeutisch tätige Mitarbeiter“ und ein Teilnehmer kritisierte, daß die „Systemische Familientherapie“ mit der „systemischen Sichtweise“ gleichgesetzt wurde. Hier wäre es rückblickend sicherlich sinnvoll gewesen, die TeilnehmerInnen an der Studie darüber aufzuklären, welche Vorstellungen der Autor mit Begriffen wie „Systemische Sichtweise“, „Systemische Familientherapie“, u.a.m. verbindet.

Auch zur Frage 2 c (Hauptproblemfeld) wurde kritisch angemerkt, daß sie zu widersprüchlichen Angaben führen kann (vgl. hierzu auch die Anmerkungen/Einschränkungen in Kap. 5.3.1). Zur Frage 12 (Einbezug von Familienangehörigen) wurde von einem Teilnehmer angemerkt, daß nur die Form der Einbeziehung, nicht aber die Art und Weise (z.B. Paarseminar, Paargespräch) durch die Frage erfaßt würde. Ein Teilnehmer merkte an, daß die Bedeutung der Kinder und Nebenpartner in der Erhebung zu wenig berücksichtigt sei.

5.6 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Studie

Abschließend sollen noch einmal die wichtigsten Ergebnisse der Studie kurz zusammengefaßt werden.

Die Tatsache, daß 58,6% der stationären Einrichtungen, die angeschrieben wurden, den Fragebogen zurücksandten und 48,3% der Fragebögen auswertbar waren (einer wurde nachträglich ausgesondert, sonst wären es 50% gewesen), ist ein durchaus erfreuliches Ergebnis und kann als Indiz gewertet werden, daß ein Interesse an empirischen Erhebungen in der Praxis besteht. Es ist nicht verwunderlich, daß mit 71,4% der auswertbaren Antworten jene Einrichtungen dominierten, die in ihrer Konzeption bereits Systemische Therapie praktizieren. Sie dürften sich durch die Erhebung am stärksten angesprochen gefühlt haben, den Fragebogen ausgefüllt zurückzusenden.

Jene 28 stationären Einrichtungen, deren ausgefüllte Fragebögen ausgewertet wurden, haben eine Aufnahmekapazität von insgesamt 1737 KlientInnen (1390 in Einrichtungen mit ST und 347 in Einrichtungen ohne ST). Setzt man diese Aufnahmekapazität in Beziehung zur Gesamtbettenzahl für eine qualifizierte stationäre Entwöhnungsbehandlung von Alkohol- und Medika-

mentenabhängigkeit (Stand Mitte 1993: 11656 Betten; vgl. Jahrbuch Sucht der DHS, 1994), ergibt sich, daß ca. 14,9% derjenigen erfaßt wurden, die stationär behandelt werden.

Bei den Berufsgruppen, die in der stationären Entwöhnungsbehandlung therapeutisch tätig sind, dominiert zusammengefaßt diejenige der SozialpädagogInnen und SozialarbeiterInnen (in stationären Einrichtungen mit ST 27,8%; in stationären Einrichtungen ohne ST 39,8%), allerdings nicht so stark, wie im ambulanten Bereich (dort 80%). Der Anteil der ÄrztInnen und PsychologInnen ist in Einrichtungen mit ST nahezu identisch (je 14,9%) und differiert in Einrichtungen ohne ST wohl eher zufällig voneinander (14% Psychologen, 10,8% Ärzte).

Beim Hauptproblemfeld dominiert in den stationären Einrichtungen, wie nicht anders zu erwarten, mit mehr als 80% eindeutig die Behandlung von Alkoholabhängigkeit (in Einrichtungen mit ST 85,7%, in Einrichtungen ohne ST 81,3%). Dabei liegt der Anteil der Frauen bei ca. 20% (in Einrichtungen mit ST bei 19%, in Einrichtungen ohne ST bei 23,9%). Der Anteil der unter 25jährigen ist mit 5,4% in Einrichtungen mit ST eher unbedeutend. In Einrichtungen ohne ST ist er mit 16,9% deutlich höher, wobei nicht auszuschließen ist, daß dieses Ergebnis eher zufällig ist.

In stationären Einrichtungen dominiert bei den Therapieverfahren, die zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit eingesetzt werden, eindeutig die Analytische Psychotherapie, unabhängig davon, ob die Einrichtung ergänzend/erweiternd mit ST arbeitet oder nicht. Auffällig ist allerdings, daß die Neigung zur „Polypragmasie“ in Einrichtungen mit ST deutlich stärker ausgeprägt zu sein scheint als in Einrichtungen, die ohne ST arbeiten. Weiterhin auffällig war, daß in der stationären Alkoholabhängigkeitsbehandlung körperorientierte Therapieverfahren praktisch bedeutungslos zu sein scheinen.

In jenen Einrichtungen, die mit ST arbeiten, dominiert als systemischer Ansatz jener der Heidelberger Schule (Stierlin & Mitarbeiter). Aufgrund der Nähe dieses Ansatzes zur Psychoanalyse sowie dessen Versuch, andere Ansätze zu integrieren, ist dieses Ergebnis nicht verwunderlich. Am häufigsten wird der familiendynamische Ansatz mit dem entwicklungs-/erfahrungsbezogenen Ansatz (Satir, Kempler) bzw. mit dem strukturell-/entwicklungsorientierten Ansatz (Wegscheider, Weinheimer Modell) in der Praxis kombiniert. Auffällig war auch, daß die Familienaufstellungen nach Hellinger, die recht umstritten sind und sich erst seit einigen Jahren etablieren, bereits in 25% der stationären Einrichtungen mit ST praktiziert werden. Hier

wäre es sicherlich interessant, dieses noch recht neue und umstrittene Verfahren einer empirischen Überprüfung zugänglich zu machen.

Vor dem Hintergrund der von systemisch arbeitenden Therapeuten geforderten Notwendigkeit einer qualifizierten Ausbildung in Systemischer Therapie vor deren Anwendung in Praxisfeldern, ist der Anteil an voll ausgebildeten bzw. sich in einer Zusatzausbildung befindlichen MitarbeiterInnen in stationären Einrichtungen mit ST vorsichtig formuliert als unzureichend einzustufen. Nur 8,6% der therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen haben eine abgeschlossene Ausbildung in ST, nur 3,5% befinden sich in einer Zusatzausbildung. Legt man als Kriterium zugrunde, daß mindestens zwei MitarbeiterInnen eine Ausbildung abgeschlossen haben sollten/müssen, um in einer stationären Einrichtung systemisch arbeiten zu können, erfüllt nur die Hälfte der Einrichtungen mit ST diese Bedingung.

Etwa 85% der stationären Einrichtungen, die mit ST arbeiten, haben nach eigener Einschätzung eine mindestens zweijährige praktische Erfahrung mit einer system-orientierten Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Hier ergeben sich durchaus Parallelen zum ambulanten Bereich, in dem nach der Studie von SCHMIDTOBREICK (1992) 78% der systemisch arbeitenden MitarbeiterInnen eine mindestens zweijährige Berufspraxis mit ST aufwiesen.

Während der stationären Therapie werden in allen Einrichtungen mit ST die Familienangehörigen in den Prozeß mit einbezogen (100%). Zu Beginn der Therapie werden die Familienangehörigen von 70% der Einrichtungen mit einbezogen. Gegen Ende und in der ambulanten Nachsorgephase sinkt dieser Anteil auf 45% ab.

Als Fazit kann festgehalten werden, daß systemisches Gedankengut auch im stationären Setting sich inzwischen etabliert hat. Die Euphorie der Systemiker aus den Anfängen, die sich bereits am Beginn des systemischen Zeitalters wähten und von einer „kopernikanischen Wende“³² im Bereich der Psychotherapie schwärmten, dürfte allerdings inzwischen einer Ernüchterung Platz gemacht haben. Noch immer dominieren die individuum-zentrierten Psychotherapieverfahren und den systemischen Ansätzen kommt allenfalls eine - wenn auch notwendige und beachtenswerte - Ergänzungsrolle zu. Sollte sich allerdings die von einem Teilnehmer geäußerte Vermutung bestä-

32 Vgl. Guntern, 1980

tigen, daß der systemische Ansatz die Therapiedauer verkürzt, dann ist zu erwarten, daß in Zeiten der knappen Kassen im Gesundheitswesen zukünftig die systemische Sicht in der Alkoholabhängigkeitsbehandlung zunehmen wird. Ansonsten kann nur jenem Teilnehmer an der Studie zugestimmt werden, der sich als Vertreter einer „Differential-Indikation“ bezeichnete: „Für jedes Problem, das am besten geeignete Werkzeug. Für Systemprobleme systemische Therapie.“ Da im Falle einer Alkoholabhängigkeit der „Nachweis eines Familienproblems (in der Regel, e.A.) gelingt“, kann allerdings davon ausgegangen werden, daß bei einer Behandlung von Alkoholabhängigkeit (unabhängig davon, ob diese ambulant und/oder stationär durchgeführt wird) grundsätzlich eine systemisch-orientierte Vorgehensweise indiziert zu sein scheint.³³

33 Vgl. Eith, 1993, S. 152; in diesem Zusammenhang sei auch auf die „Isomorphismus-Problematik“ zwischen Suchtsystem und Suchthilfesystem hingewiesen (vgl. Kap. 4.6; 4.8 und ausführlicher u.a. Erbach/Richelshagen, 1989)

Es war eine lange Reise durch die „systemische Literaturlandschaft“, die sich nun ihrem Ende nähert, eine Reise, die im Grunde genommen bereits Ende der 80er Jahre begann. Während einer persönlichen Krise lernte ich das 12-Schritte-Programm, die Lebensphilosophie der Anonymen Alkoholiker und verwandter Gruppen, sowie die systemische Sicht von Abhängigkeit und Sucht, von Krankheit kennen. Das Studium bot mir die Möglichkeit, mich theoretischer mit jenem Themenbereich auseinanderzusetzen, der für mich inzwischen wichtig geworden war: dem Themenbereich „Beziehungen“. Gerade die Suchtproblematik allgemein und der Alkoholismus im besonderen scheinen mir nur eine der vielen Varianten zu sein, in der sich unsere Beziehungslosigkeit, unser siecher Bezug zum Anderen, zum Leben, zur Umwelt, zur Natur, zu uns selbst manifestiert. Während eines Praktikums an einer Psychosomatischen Klinik durfte ich, nun nicht mehr nur aus der Rolle eines Klienten, sondern aus der eines angehenden Professionellen, vertiefend systemisches Denken und Handeln im stationären Kontext kennenlernen und es lag nahe, mich mit diesem Bereich intensiver auseinanderzusetzen.

Angesichts der allgegenwärtigen Horrorszenarien, (Tschernobyl, Ozonloch, Klimakatastrophe, Waldsterben, Golfkrieg, u.a.m.) mutet es allerdings schon beinahe paradox an, daß wir immer mehr in unser Gesundheits- (besser: Krankheitsheils-)system investieren und besonders einem systemischen Denken stellt sich radikal die Frage: „Was kann es bedeuten, ‘Kranke’ zu ‘heilen’ in einer Welt, in der kaum noch etwas heil ... ist?“¹

Vor dem „umfassenderen Hintergrund einer ökosystemischen Sicht zeichnet sich systemisches Denken und Gestalten bei klinischen Prozessen dadurch aus, daß man der Ganzheit des Lebens ... so wenig wie möglich Gewalt durch Zergliederung in Teilprozesse antu(en sollte)“ und - wenn dies für Erkennen und Handeln unumgänglich ist - sollte dafür Sorge getragen werden, daß „die komplexen Wechselwirkungen zwischen Teilprozessen auf

1 Vgl. Kriz, 1991, S. 115

unterschiedlichen Betrachtungsebenen so wenig wie möglich aus den Augen“ verloren werden.²

Durch meinen ganz persönlichen Weg fühle ich mich in besonderem Maße einer „systemischen Sicht“ von Krankheit, Sucht verbunden, aber auch in ebensolchem Maße dem „Krankheitskonzept“ der Anonymen Alkoholiker und verwandter Gruppen. Dies schuf gerade bei der Bewältigung der Literatur z.T. „theoretische Probleme“, die sich vermutlich auch durch diese Arbeit hindurchziehen. Die Brücke, die es mir ermöglichte, beiden Konzepten verbunden zu bleiben, war der konstruktivistische Charakter von Wirklichkeit. Wenn Menschen in unterschiedlichen Kontexten sich ihre je adäquate Wirklichkeit konstruieren, dann ist eine „systemische“ Sicht von Krankheit ebenso wahr/wirklich, wie das „Allergie“- (Krankheits-)konzept der Anonymen Alkoholiker sowie die Modellvorstellung anderer, individuums-zentrierter Ansätze (z.B. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie). Es gibt nicht nur eine Wahrheit, eine Wirklichkeit, sondern deren viele, und jede Wahrheit/ Wirklichkeit ist gültig für den Kontext, für bzw. in dem sie erstellt wurde.

Angelehnt an das Konzept der Anonymen Alkoholiker scheint mir der erste Schritt - die völlige Abstinenz vom Suchtmittel, vom Alkohol - entscheidend zu sein, auch wenn dies aus einem systemischen Verständnis heraus eher von untergeordneter Bedeutung ist. Erst die Abstinenz vom Suchtmittel, vom Alkohol, ernüchert, klart den Blick, lenkt ihn auf die hinter der Alkoholabhängigkeit sich verbergenden Probleme und Konflikte. Erst die Abstinenz ermöglicht ein Nachreifen unvollständiger, defizitär entwickelter Persönlichkeitspotentiale, ermöglicht neues Wachstum und neue, erfülltere Beziehungen. Dieses Wachsen ist ein lebenslanger Prozeß und kann in einer Alkoholikerfamilie für die Familie als Ganzes nur gelingen, wenn sich alle Mitglieder, Symptomträger wie Co-Alkoholiker, an einer Veränderung ihrer Verhaltensmuster und Einstellungen heranwagen.

Nach Auffassung der Anonymen Alkoholiker handelt es sich beim Alkoholismus um eine Krankheit, die nur zum Stillstand gebracht, aber niemals geheilt werden kann.³ Dies ist Erkenntnis und Geschenk der Anonymen Alkoholiker an jeden Alkoholiker und seine Angehörigen.

2 Vgl. Kriz, 1991, S. 119

3 Es ist nach meiner Auffassung unerheblich, ob diese Hypothese im streng wissenschaftlichen Sinne wahr ist bzw. sich beweisen läßt. Millionen von Alkoholikern, die durch den „Glauben“ an diese Hypothese und eine „höhere Macht“ mit Hilfe der Anonymen Alko-

Eine systemische Sicht der Alkoholabhängigkeit würdigt die positiven Aspekte des alkoholintoxikierten Verhaltens, verzichtet auf den moralischen Zeigefinger, entlastet von Scham und Schuld. Was nicht gleichzusetzen ist mit einer Entlastung von Verantwortung. Die Verantwortung für sein Verhalten bleibt einzig und allein beim Alkoholiker. Da es sich nach systemischer Auffassung beim Alkoholismus um einen positiven Beitrag des Alkoholikers für sein Sozialsystem handelt, eine Leistung, die die Morphostase des Systems aufrechterhält und stabilisiert, ist ein Wandel erst möglich, wenn das System zum Wandel bereit ist. Indem ein Teil, z.B. der Alkoholiker, sein Verhalten, seine Interaktionen verändert (z.B. durch Abstinenz), können allerdings ins System Veränderungen hineingebracht werden, die Unterschiede bewirken und rückbezüglich sich auf das ganze System auswirken. Dabei gilt, daß Veränderung nicht nur möglich, sondern unumgänglich ist, d.h. jedes lebende System ist grundsätzlich bereit und willens zur Morphogenese.

Für *Dr. W.H. Lechler (1990)*, dem ehemaligen Chefarzt der Fachklinik für sozio-psychosomatische Medizin in Bad Herrenalb im Schwarzwald, hat der sog. Alkoholismus zwei Aspekte:

- „...die durch chronische Intoxikation hervorgerufenen Schäden im gesamten Organismus.“ Sie bewirken u.a., daß bei Weiterbestehen des Alkoholkonsums der Alkoholiker weder in einer frühen noch in einer fortgeschrittenen Phase seiner Abhängigkeit eine vernünftige Entscheidung treffen kann. Erst bei Erreichen seines Tiefpunktes wird er dies tun. Durch Abschneiden seiner Fluchtwege kann sein unmittelbares soziales Umfeld dazu beitragen, diesen Prozeß zu beschleunigen. Dabei ist nicht destruktive Hilfe, wie im Falle einer Co-Abhängigkeit, sondern konstruktive Hilfe im Sinne von „Brücken bauen, Wege aufzeigen“ gefordert. Den Weg muß der Alkoholiker dann selbst gehen, vielleicht mit Hilfe „seiner“ Selbsthilfegruppe;⁴
- „...die mangelnde Vorbereitung des Alkoholikers, es mit dem Leben aufzunehmen, Probleme, die das Leben mit sich bringt und die zu ihm gehö-

holiker trocken geworden sind und sich auf dem Weg der Genesung und Nüchternheit befinden, sind ein unübersehbarer Beweis für die „Wirksamkeit“ dieser Hypothese.

4 Vgl. Lechler, 1990, S. 39

ren, anzugehen und in einer erfüllenden, befriedigenden und belohnenden Weise lösen zu können.“⁵

Bei ehrlicher, selbstkritischer Einschätzung dürften sich auch viele der sog. Nicht-Alkoholiker wiedererkennen. Wer kann schon von sich behaupten, daß er keine Lebensdefizite, „Defizit(e) an Liebe, an Wärme, an Nähe, an Kenntnissen, an Fähigkeiten, an Freudfähigkeit, an Gelassenheit, an Dankbarkeit, an Geduld, usw.“ hat? Haben wir nicht alle ein Lerndefizit? „Süchtig, also siech, krank an der Begegnung mit der Welt sein heißt, ungenügend für diese Welt ausgebildet zu sein.“⁶

Bei aller Tragik, bei allem Leid und Schmerz, den die Alkoholabhängigkeit für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld mit sich bringt: Wenn wir nicht *wegschauen*, sondern ganz genau *hinschauen*, können uns Abhängige helfen, „daß wir alle unsere eigenen Abhängigkeiten erkennen und gemeinsam in einen Prozeß des Wachsens kommen, der uns hilft, zu einem freieren und verantwortungsvolleren Leben zu kommen. ... Gesundheit ist eine Haltung, eine Einstellung, die gelernt und eingeübt werden muß und kann. Sie stellt in erster Linie einen Bewußtseinzustand dar, der ein Synonym von Glücklichkeit ist, unabhängig von der Tatsache, daß womöglich ein organischer Defekt ... vorliegt.“⁷

Viele von uns, vielleicht sogar die meisten, „führen ein ungelebtes Leben. ... Sie sind wie Kinder, die zu schnell erwachsen geworden sind. Sie hoffen noch immer, daß sich die Umwelt ändert, damit sie sich besser fühlen. Sie suchen die Ursachen in anderen und nicht in sich selbst, stellen immer noch Bedingungen, wie die Realität zu sein hat und haben noch nicht verstanden, eine partnerschaftliche Beziehung zur Realität herzustellen und sich in den Regelkreis, den wir Leben nennen, einzufühlen.“⁸

Die Süchtigen, jene, die den Weg der Selbstverleugnung und Selbstzerstörung bis zum bitteren Ende gehen, haben hierzu vielleicht eine größere Chance als wir sog. „Nicht-Süchtigen“.

5 Vgl. Lechler, 1990, S. 39

6 Vgl. Lechler, 1990, S. 40

7 Vgl. Lechler, 1990, S. 43

8 Vgl. Stauss, o.J.: Psychosomatische Erkrankungen

Abschließend gilt mein Dank all jenen, die zum Gelingen meines Arbeits-Vorhabens - direkt oder indirekt - mit beigetragen haben. Zu nennen sind hier die MitarbeiterInnen und KlientInnen („Gäste“) der Fachklinik für Sozio-Psychosomatische Medizin in Bad Herrenalb/Schwarzwald, von denen ich 1988/1993 bei meinen Aufenthalten als Gast bzw. als Praktikant lernen durfte. Ohne diese Erfahrungen, ohne diesen persönlichen Bezug, hätte ich mich wohl kaum mit dem Themenbereich Alkoholismus in dieser Ausführlichkeit beschäftigt. Darüber hinaus danke ich den TeilnehmerInnen an der Studie, die die Fragebögen ausgefüllt zurückgesandt haben, sowie Herrn Professor Dr. Wolf-Dieter Scholz von der Universität Oldenburg, der die Arbeit betreut und mein Vorhaben wohlwollend unterstützt hat. Und nicht zuletzt danke ich meiner Familie, die mir vieles abnahm, mir den Rücken frei hielt; wer weiß, ob ich ohne diese Unterstützung das nötige Stehvermögen aufgebracht hätte, mein Vorhaben zum Abschluß zu bringen.

Schließen möchte ich mit den Worten von *Richard Beauvais (1964)*, die ein Leitmotiv der Psychosomatischen Klinik in Bad Herrenalb/Schwarzwald und der Kleeblatt-Klinik in Rastede/Ammerland sind:

„Wir sind hier, weil es letztlich kein Entrinnen vor uns selbst gibt. Solange der Mensch sich nicht selbst in Augen und Herzen seiner Mitmenschen begegnet, ist er auf der Flucht. Solange er nicht zuläßt, daß seine Mitmenschen an seinem Innersten teilhaben, gibt es für ihn keine Geborgenheit. Solange er sich fürchtet, durchschaut zu werden, kann er weder sich selbst noch andere erkennen - er wird allein sein.“

Wo können wir solch einen Spiegel finden, wenn nicht in unseren Nächsten. Hier in der Gemeinschaft kann ein Mensch erst richtig klar über sich werden und sich nicht mehr als den Riesen seiner Träume oder als Zwerg seiner Ängste sehen, sondern als Mensch, der - Teil eines Ganzen - zu ihrem Wohl seinen Beitrag leistet. In solchem Boden können wir Wurzeln schlagen und wachsen; nicht mehr allein - wie im Tod - sondern lebendig als Mensch unter Menschen.“ (Richard Beauvais, 1964)⁹

9 Vgl. Förderkreis, o.J., S. 26

- ANDOLFI, M.: Familientherapie. Das systemische Modell und seine Anwendung. Freiburg im Breisgau, 3. Aufl. 1988
- ANTONS, K./SCHULZ, W.: Normales Trinken und Suchtentwicklung, Bd. 1. Göttingen, 2. Aufl. 1981
- ANTONS, K.: Alkoholismus - eine Krankheit? In: Antons, K./Schulz, W. (Hrsg.): Normales Trinken und Suchtentwicklung, Bd. 1. Göttingen, 1981, S. 231-254
- ANTONS-VOLMERS, K.: Was sollte und könnte in der Therapie des Alkoholismus geändert werden? In: Buchholtz, F. (Hrsg.): Suchtarbeit: Utopien und Experimente. Freiburg im Breisgau, 1989, S. 13-23
- APPEL, C.: Familie + Sucht + Suchtkrankenhilfe = vom Symptom zum System? In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Familie. Freiburg im Breisgau, 1993b, S. 15-26
- APPEL, C. (HRSG.): Kinder alkoholabhängiger Eltern. Freiburg im Breisgau, 1994
- ARBEITSGEMEINSCHAFT für die Planung und Koordinierung psychosozialer Einrichtungen in Essen (Hrsg.): Suchtprobleme einer Großstadt - Forderungen und Wirklichkeit. 3. Essener Forum für psychosoziale Versorgung vom 6.-7.11.1992 in Essen. Essen, 1993
- ARBEITSGRUPPE Familientherapie und Sucht (Hrsg.): Vom Symptom zum System. Familientherapie und Sucht, Tagungsbericht. Kassel, 1987
- ARENZ-GREIVING, I.: Die vergessenen Kinder von Suchtkranken. Hamm, 1990
- ARENZ-GREIVING, I.: Auswirkungen der Suchterkrankung auf die Kinder. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Familie. Freiburg im Breisgau, 1993b, S. 265-281
- ABFALG, R.: Die heimliche Unterstützung der Sucht: Co-Abhängigkeit. Hamburg, 2. Aufl. 1993

- BATESON, G.: Die Kybernetik des „Selbst“: Eine Theorie des Alkoholismus.
In: Bateson, G.: Ökologie des Geistes. Frankfurt/Main, 1. Aufl. 1981,
S. 400-435
- BATTEGAY, R.: Vom Hintergrund der Süchte. Bern, 4. überarb. und ergänzte
Aufl. 1982
- BECK, U.: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frank-
furt/Main, 1. Aufl. 1986
- BEIGLBÖCK, W./FESELMAYER, S.: Hypnotherapie und systemische Therapie
bei Abhängigen. In: Peter, B./ Schmidt, G. (Hrsg.): Erickson in Europa.
Heidelberg, 1992, S. 103-112
- BEIGLBÖCK, W./FESELMAYER, S.: Abhängige und ihre Familien - Kommuni-
kationsstrukturen Abhängiger in ihren Bezugs- und Herkunftsfamilien.
In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und
Familie. Freiburg im Breisgau, 1993b, S. 47-55
- BENNETT, L.A./WOLIN, S.J.: Familienkultur und Alkoholismus-Weitergabe.
In: Appel, C. (Hrsg.): Kinder alkoholabhängiger Eltern. Freiburg im
Breisgau, 1994, S. 15-44
- BERENSON, D.: Die Beziehung des Therapeuten zu Ehepaaren, von denen
ein Partner alkoholabhängig ist. In: Kaufman, E./Kaufmann, P.N.
(Hrsg.): Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit.
Freiburg im Breisgau, 2. Aufl. 1986, S. 200-214
- BERTLING, A.: Wenn die Eltern trinken. Mögliche Auswirkungen der
Alkoholsucht der Eltern auf deren Kinder. Berlin, 1993
- BODE, E.: Soziale Gleichstellung und Sucht. In: Deutsche Hauptstelle gegen
die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Gesellschaft - Ursachen, Folgen,
Zusammenhänge. Hamm, 1984, S. 134-150
- BÖSE, R./SCHIEPEK, G.: Systemische Theorie und Therapie. Ein Handwör-
terbuch. Heidelberg, 1989
- BOSCH, M.: Strukturell- und entwicklungsorientierte Familientherapie inner-
halb der humanistischen Psychotherapie. In: Schneider, K. (Hrsg.):
Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Pader-
born, 1983, S. 26-37
- BOSCH, M.: Erfahrungen mit Familientherapie in Anwendungsfeldern. In:
Schneider, K. (Hrsg.): Familientherapie in der Sicht psychotherapeu-
tischer Schulen. Paderborn, 1983b, S. 385-387

- BOSCH, M.: Kriterien zur Wahl der Interviewtechnik in der Familientherapie. In: Brunner, E.J. (Hrsg.): Interaktion in der Familie. Berlin/Heidelberg, 1984, S. 191-215
- BOSCOLI, L./CECCHIN, G./HOFFMAN, L./PENN, P.: Familientherapie - Systemtherapie. Das Mailänder Modell. Dortmund, 2. durchgesehene Aufl. 1990
- BOSZORMENYI-NAGY, I: Kontextuelle Therapie. in: Familiendynamik, 1981, S. 171-195
- BOSZORMENYI-NAGY, I./SPARK, G.: Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Stuttgart, 2. Aufl. 1990
- BRAKHOF, J. (HRSG.): Kinder von Suchtkranken. Freiburg im Breisgau, 1987
- BRENGELMANN, J./FAHRNER, E.-M. (HRSG.): Verhaltensmedizinische Behandlung der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit in einer Fachklinik. München, 1992
- BRENTRUP, M.: „Süchtige“ Kliniken? In: Osterhold, G./Molter, H. (Hrsg.): Systemische Suchttherapie. Heidelberg, 1992, S. 187-215
- BREUER, H.: Metaphern in der systemorientierten Skriptarbeit. In: Peter, B./Schmidt, G. (Hrsg.): Erickson in Europa. Heidelberg, 1992, S. 211-222
- BRUNNER, E.J. (HRSG.): Interaktion in der Familie. Berlin/Heidelberg, 1984
- BRUNNER, E.J.: Grundfragen der Familientherapie. Systemische Theorie und Methodologie. Berlin/Heidelberg, 1986
- BRUNNER, E.J.: Batesons Analyse des Alkoholismus als Beispiel einer systemischen Theorie der Sucht. In: Systema, 3/1989, S. 38-40
- BUCHHOLTZ, F.: Schwankend zwischen Enge und Befreiung - der süchtige Mensch. In: Stein, A. (Hrsg.): Problemfelder der Therapie Suchtkranker. Freiburg im Breisgau, 1985, S. 83-94
- BUCHHOLTZ, F. (HRSG.): Suchtarbeit. Utopien und Experimente. Freiburg im Breisgau, 1989
- BUCHHOLZ, M.B.: Psychoanalyse - Familientherapie - Systemtheorie: Kritische Bemerkungen zur These vom Paradigmawechsel. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1981, S. 48-55

- BUDDEBERG, C./BUDDEBERG, B.: Familienkonflikte als Kollusion - eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1982, S. 143-150
- BUNDESVERBAND für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (Hrsg.): Verzeichnis der Fachkliniken für Suchtkranke, Kassel, 23. Aufl. 1995
- CAILLE, P.: Was ändert es, wenn man die Familie ein System nennt? In: Zeitschrift für Systemische Therapie, 1/1983, S. 5-20
- CAVANAGH, J./CLAIRMONTE, F.F.: Weltmacht Alkohol. Hamburg, 1986
- CECCHIN, G.: Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesieren, Zirkularität und Neutralität: Eine Einladung zur Neugier. In: Familiendynamik, 1988, S. 190-203
- CIERPKA, M.: Zur Funktion der Grenze in Familien. In: Familiendynamik, 1986, S. 307-324
- CIERPKA, M. (HRSG.): Familiendiagnostik. Berlin/ Heidelberg, 1988
- CLEMENZ, M.: „Die Wahrheit interessiert mich nicht, nur der Effekt“. Gespräch mit Mara Selvini Palazzoli. In: Psychologie heute, 1983, S. 39-45
- CLEVELAND, M.: Familien und Drogenabhängigkeit von Jugendlichen: Strukturanalyse der familiären Rollen von Kindern. In: Familiendynamik, 1982, S. 265-283
- COHORS-FRESENBORG, M.: Systemisches Denken in der Familientherapie. In: Rotthaus, W. (Hrsg.): Systemische Familientherapie im ambulanten und stationären Bereich. Dortmund, 1983, S. 13-17
- DE JONG-MEYER, R./HEYDEN, T. (HRSG.): Rückfälle bei Alkoholabhängigen. Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses. München, 1993
- DELL, P.F.: Von systemischer zur klinischen Epistemologie. I.: Von Bateson zu Maturana. In: Zeitschrift für Systemische Therapie, 2/1984, S. 147-171
- DELL, P.F.: Klinische Erkenntnis. Zu den Grundlagen Systemischer Therapie. Dortmund, 1986
- DEMBACH, B.: Zwischen Selbsthilfe und Expertenorientierung. Angehörigenarbeit im Drogenbereich. Wiesbaden, 1990

- DE SHAZER, S./U.A.: Kurztherapie - Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. In: Familiendynamik, 1986, S. 182-205
- DE SHAZER, S.: Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart, 1989
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Familie und Suchterkrankung. Hamm, 1977
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Gesellschaft - Ursachen, Folgen, Zusammenhänge. Hamm, 1984
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Süchtiges Verhalten. Grenzen und Grauzonen im Alltag. Hamm, 1985
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sinnfrage und Suchtprobleme. Hamm, 1986
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht '92 Geesthacht, 1991
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht '93. Geesthacht, 1992
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht '94. Geesthacht, 1993a
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Familie. Freiburg im Breisgau, 1993b
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht '95. Geesthacht, 1994
- EBERLING, W.: Problem Sucht, Suchtprobleme - Suche nach neuen Lösungen durch systemische Perspektiven. In: Buchholtz, F. (Hrsg.): Suchtarbeit: Utopien und Experimente. Freiburg im Breisgau, 1989, S. 25-41
- EFRAN, J.S./U.A.: Alkoholismus als Ansichtssache. In: Familiendynamik, 1989, S. 2-12; siehe auch: Zeitschrift für systemische Therapie, 1988, S. 195-201
- EISENBACH-STANGL, I./PILGRAM, A.: Die Alkoholwirtschaft. In: Journal für Sozialforschung, 1988, S. 287-322
- EITH, F.: Systemische Therapie: Diagnostik und Indikation. In: Heigl-Evers, A./Helas, I./Vollmer, H.C. (Hrsg.): Eingrenzung und Ausgrenzung. Zur Indikation und Kontraindikation für Suchttherapien. Göttingen, 1993, S. 141-157

- ERBACH, F.: Familientherapeutische Aspekte in der Arbeit mit Kindern von Suchtpatienten in der ambulanten Behandlungsstelle. In: Brakhoff, J. (Hrsg.): Kinder von Suchtkranken, Freiburg im Breisgau 1987, S. 118-124
- ERBACH, F./RICHELSHAGEN, K.: Isomorphe Strukturen im Kontext der Suchthilfe. Ein Versuch, über den Rand des Spiegels zu blicken. In: Familiendynamik, 1989, S. 27-46
- ERBACH, F.: Sein oder Schein - das ist hier die Frage. „Süchte“ und „Systeme“ als sprachliche Konstrukte. In: Richelshagen, K. (Hrsg.): Süchte und Systeme. Freiburg, 1992, S. 73-89
- ERICKSON, M.H.: Hypnotherapie. München, 1981
- EYRICH, E./LASKI, K.: Arbeit mit Kindern in einer Fachklinik. In: Brakhoff, J. (Hrsg.): Kinder von Suchtkranken. Freiburg im Breisgau, 1987, S. 130-136
- FAHRENKRUG, E.H./QUACK, W.: Überlegungen zur Geschichte des Suchtbegriffes am Beispiel der „Modellsucht Alkoholismus“. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Süchtiges Verhalten. Grenzen und Grauzonen im Alltag. Hamm, 1985, S. 353-356
- FAMILIENTHERAPEUT Hellinger predigt alte Werte. Sendemanuskript der Panorama-Sendung des NDR vom 06.07.1995
- FENGLER, J.: Sucht und Helfer/in - Abhängigkeiten. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Familie. Freiburg im Breisgau, 1993, S. 36-46
- VON FERBER: Die gesellschaftliche Isolierung der Familie - Entstehung und Folge. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Familie und Suchterkrankung. Hamm, 1977, S. 9-22
- FESELMAYER, S./BEIGLÖCK, W.: Kranker Mensch - Krankes System. Charakteristische Systemkonstellationen bei Suchtkranken. In: Wanke, K./Bühringer, G. (Hrsg.): Grundstörungen der Sucht. Berlin/ Heidelberg, 1991, S. 189-199
- FETT, A. (HRSG.): Diagnostik in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Freiburg im Breisgau, 1992
- FEUERLEIN, W. (HRSG.): Theorie der Sucht. Berlin/Heidelberg, 1986

- FEUERLEIN, W.: Definition und Diagnose der Suchtkrankheiten. In: Kisker, K.P./u.a. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart 3: Abhängigkeit und Sucht. Berlin/Heidelberg, 1987, S. 3-18
- FEUERLEIN, W.: Die Behandlung von Alkoholikern in Deutschland von den Anfängen bis heute. In: Suchtgefahren, 1988, S. 389-395
- FEUERLEIN, W.: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie. Stuttgart, 4. überarb. Aufl. 1989
- FICHTER, M.M./FRICK, U.: Therapie und Verlauf von Alkoholabhängigkeit. Auswirkungen auf Patient und Angehörige. Berlin, 1992
- FISCHER, C./ROBERTS, T.: Süchtig. Die gefährliche Illusion. München/Zürich, 1980
- FISCHER-WITTMANN, R.: Theorie und Praxis der Familientherapie. In: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Der Suchtkranke im Spannungsfeld von Familie, Arbeit und Freizeit. Der systemische Ansatz in der Suchtkrankenhilfe. Hannover, 1986
- FISCHER-WITTMANN, R./LANG, E./LANG, E.: Systemische Familientherapie - ambulant und stationär. In: Arbeitsgruppe Familientherapie und Sucht (Hrsg.): Vom Symptom zum System. Familientherapie und Sucht. Tagungsbericht. Kassel, 1987, S. 18-37
- FISHER, L./ANDERSON, A./JONES, J.E.: Formen paradoxer Interventionen und Indikationen/Gegenindikationen für ihren Einsatz in der klinischen Praxis. In: Familiendynamik, 1982, S. 96-112
- FÖRDERKREIS für sozio-psychosomatische Medizin Schweiz/Förderkreis für Ganzheitsmedizin Bad Herrenalb e.V. (Hrsg.): Das Bad Herrenalber Modell. Dr. med. Walther H. Lechler. Schriftenreihe „Ansteckende Gesundheit“ Nr. 1. Bad Herrenalb, o.J.
- FOSSUM, M.A./MASON, M.J.: Aber keiner darf's erfahren. Scham und Selbstwertgefühl in Familien. München, 1992
- FRICK, U./U.A.: Zum Zusammenhang von Alkoholismus und Familienklima: Anmerkungen zu Problemen der Familientherapie. In: Drogalkohol, 1992, S. 5-19
- GECK, K.A.: Suchtgesellschaft kurz vor dem Entzug. Eine neue Art von Sklaverei. In: Lechler, W.H. (Hrsg.): Nicht die Droge ist's. Wir sind alle süchtig. Oberursel, 1995, S. 81-92

- GEIER, R. (HRSG.): „Suchtkrankenhilfe“. Perspektiven und Tendenzen. Freiburg im Breisgau, 1986, S. 26-36
- GEO-WISSEN: Sonderheft „Sucht und Rausch“. Hamburg, 1990
- GLAESKE, G.: Sucht und Profit. In: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Der Suchtkranke im Spannungsfeld von Familie, Arbeit und Freizeit. Der systemische Ansatz in der Suchtkrankenhilfe. Hannover, 1986, S. 184-223
- GRIMM, F.: Rausch. So bedröhnen sich die Deutschen. In: STERN, 25/1992, S. 46-56
- GROSS, W.: Sucht ohne Drogen. Frankfurt/Main, 1990
- GROSS, W.: Was ist das Süchtige an der Sucht? Geesthacht, 1992
- GRUBITZSCH, S./REXILIUS, G. (HRSG.): Psychologische Grundbegriffe. Reinbek bei Hamburg, 1990
- GUNTERN, G.: Die kopernikanische Revolution in der Psychotherapie: der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma. In: Familiendynamik, 1980, S. 2-41
- GUNTERN, G.: Systemtherapie. In: Schneider, K. (Hrsg.): Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Paderborn, 1983, S. 38-77
- GUNTERN, G.: Die Autoorganisation in Humansystemen. In: Guntern, G. (Hrsg.): Der blinde Tanz zur lautlosen Musik. Brig (Schweiz), 1987, S. 157-230
- GUNTERN, G.: Die Phasenstruktur des Alkoholismus: Theoretische und praktische Aspekte aus systemischer Sicht. In: Osterhold, G./Molter, H. (Hrsg.): Systemische Suchttherapie. Heidelberg, 1992, S.29-62
- HALEY, J.: Direktive Familientherapie. Strategien für die Lösung von Problemen. München, 3. Aufl. 1985
- HALLMAIER, R.: Alkoholismus und Co-Alkoholismus. Eine systemtheoretische Beschreibung einer Alkoholikerfamilie. In: Suchtgefahren, 1985, S. 271-277
- HARGENS, J.: Familien-System und Alkohol. In: Suchtgefahren, 1983, S. 47-50
- HEEKERENS, H.P.: Systemische Familientherapie auf dem Prüfstand - Überblicksartikel. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 1988, S. 93-105

- HEIDE, M. (HRSG.): Individualisierung der Suchttherapie. Saarbrücken, 1990
- HEIDEGGER, M.: Familientherapeutische Konzepte und Abhängigkeit. In: Arbeitsgruppe Familientherapie und Sucht (Hrsg.): Vom Symptom zum System. Familientherapie und Sucht, Tagungsbericht. Kassel, 1987, S. 7-17
- HEIGL-EVERS, A./U.A. (HRSG.): Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen - Wege zur Kooperation? Wuppertal, 1988
- HEIGL-EVERS, A./U.A. (HRSG.): Suchttherapie: psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch. Göttingen, 1991
- HEIGL-EVERS, A./HELAS, I./VOLLMER, H.C. (HRSG.): Eingrenzung und Ausgrenzung. Zur Indikation und Kontraindikation für Suchttherapien. Göttingen, 1993
- HEINL, P.: Die Technik der visuellen Analyse von Genogrammen (Familiendynamik, 1987, S. 118-138)
- HERHA, J.: Der süchtige Mensch in der Konsumgesellschaft. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sinnfrage und Suchtprobleme. Hamm, 1986, S. 67-73
- HERWIG-LEMPP, J.: Der systemische Ansatz im Suchtbereich. Kommentar zu „Alkoholismus als Auffassungssache“. In: Zeitschrift für systemische Therapie, 1988, S. 195-201
- HERRMANN, P.: Tradition und neue Ansätze. Die Einführung eines systemischen Konzeptes in eine Fachklinik. In: Heigl-Evers, A./Helas, I./Vollmer, H.C. (Hrsg.): Eingrenzung und Ausgrenzung. Zur Indikation und Kontraindikation für Suchttherapien. Göttingen, 1993, S. 158-182
- HESS, T.: Paradoxe Interventionen in systemischer Familientherapie. In: Familiendynamik, 1980, S. 57-72
- HOCHGEFÜHL im Hirn (ohne Autorenangabe). In: Der Spiegel, 25/1995, S. 160/161
- HOFFMAN, L.: Grundlagen der Familientherapie. Hamburg, 2. Aufl. 1984
- HOFFMAN, L.: Das Konstruieren von Realitäten: eine Kunst der Optik. In: Familiendynamik, 1991, S. 207-225

- HOOPES, M.H./HARPER, J.M.: Geburtspositionen, Familiensysteme und Familientherapie. In: Textor, M.R. (Hrsg.): Die Schulen der Familientherapie. Eschborn, 1984, S. 264-299
- HUBER, W.: Familie und Alkohol. Gemeindefähige stationäre und ambulante Kurzzeittherapie in einer Modellklinik. Freiburg im Breisgau, 1990
- HUBSCHMID, T./KURZ, C.: Das Elternkind. In: Familiendynamik, 1986, S. 223-233
- HÜBNER, H.: Widerstand - Ein System mit System. In: Bad Tönissteiner Blätter: Beiträge zur Suchtforschung und -therapie, Bd. 5/H. 1 (1993), S. 19-27
- JANSEN, H.H.: Psychodynamisch-systemische Familientherapie in der Klinik. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Familie. Freiburg im Breisgau, 1993, S. 135-143
- JELLINEK, E.M.: Stufen des Alkoholismus. Hamburg, 1985
- KAUFMAN, E./KAUFMANN, P.N. (HRSG.): Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Freiburg im Breisgau, 2. Aufl. 1986
- KAUFMAN, E.: Die Anwendung der Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit. In: Kaufman, E./ Kaufmann, P.N. (Hrsg.): Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Freiburg im Breisgau, 2. Aufl. 1986, S. 215-241
- KEMPLER, W.: Grundzüge der Gestalt-Familientherapie, Stuttgart, 2. Aufl. 1980
- KEUP, W. (HRSG.): Biologie der Sucht. Berlin/Heidelberg, 1985
- KEUP, W. (HRSG.): Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe. Stuttgart, 1981
- KIM BERG, I./MILLER, S.D.: Kurztherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungs-orientierter Ansatz. Heidelberg, 1993
- KINDERMANN, W.: Labyrinth als System. In: Richelshagen, K. (Hrsg.): Süchte und Systeme. Freiburg im Breisgau, 1992, S. 11-25
- KISKER, K.P./U.A. (HRSG.): Psychiatrie der Gegenwart 3: Abhängigkeit und Sucht. Berlin/Heidelberg, 1987
- KÖRKEL, J. (HRSG.): Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht? Berlin/Heidelberg/New York, 1988

- KÖRKELE, J./LAUER, G.: Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik und Überblick über den Forschungsstand. In: Körkel, J. (Hrsg.): Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht? Berlin/Heidelberg/New York, 1988, S. 3-122
- KÖRKELE, J./DITTMANN, E./PAHLKE, B./WOHLFAHRT, R.: Grundzüge stationärer Rückfallarbeit. In: Körkel, J. (Hrsg.): Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht? Berlin/Heidelberg/New York, 1988, S. 239-267
- KÖRKELE, J.: Der Rückfall von Alkoholabhängigen. Auf dem Wege zu einem neuen Verständnis des Rückfalls. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 3/1991, S. 321-335
- KÖRKELE, J. (HRSG.): Rückfall muß keine Katastrophe sein. Ein Leitfaden für Abhängige und Angehörige. Wuppertal, 1991b
- KÖRKELE, J.: Rückfall im sozialen System - ein Überblick. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Familie. Freiburg im Breisgau, 1993, S. 315-328
- KÖRKELE, J.: Drogenabhängige im Spannungsfeld widersprüchlicher Ätiologie- und Behandlungsparadigmen. In: Rink, J. (Hrsg.): Zur Wirklichkeit der Abstinenzabhängigkeit. Geesthacht, 1995, S. 43-62
- KÖRKELE, J./LAUER, G./SCHELLER, R. (HRSG.): Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung. Stuttgart, 1995
- KÖRKELE, J./LAUER, G.: Rückfälle Alkoholabhängiger: Ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse und -trends. In: Körkel, J./u.a. (Hrsg.): Sucht und Rückfall. Stuttgart, 1995, S. 158-185
- KÖRNER, W./ZYGOWSKI, H.: Familientherapie. In: Zykowski, H. (Hrsg.): Psychotherapie und Gesellschaft. Therapeutische Schulen in der Kritik. Hamburg, 1987, S. 159-181
- KORB, K.: Alkoholismus und Familiensystem. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Oldenburg, Fachbereich Pädagogik, Oldenburg, 1991
- KREISARBEITSGEMEINSCHAFT für ländliche Erwachsenenbildung Wittlage (Hrsg.): Sucht und Gesellschaft. Georgsmarienhütte, 1988
- KRATKY, K. W. (HRSG.): Systemische Perspektiven. Heidelberg, 1991
- KRIZ, J.: Grundkonzepte der Psychotherapie. München, 2. Aufl. 1989

- KRIZ, J.: Probleme systemisch-empirischer Forschung. In: System Familie, 1991, S. 236-242
- KRIZ, J.: Systemisches Denken und Gestalten bei klinischen Prozessen. In: Kratky, K. W. (Hrsg.): Systemische Perspektiven. Heidelberg, 1991b, S. 113-125
- KRIZ, J.: Sucht - oder: Die Person in bester Gesellschaft. In: Osterhold, G./ Molter, H. (Hrsg.): Systemische Suchttherapie. Heidelberg, 1992, S. 63-84
- KRÜLL, M./NUBER, U.: Wenn man den Eltern Ehre erweist, kommt etwas tief in der Seele in Ordnung. Ein Gespräch mit Bert Hellinger über den Einfluß der Familie auf die Gesundheit und Werte und Ziele seiner umstrittenen Therapie. In: Psychologie heute, 1995, S. 22-26
- KRÜLL, M.: Unreflektiertes patriarchales Denken. In: Psychologie heute, 1995, S. 27
- KÜFNER, H./U.A.: Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestiche Ergebnisse. In: Suchtgefahren, 1986, S. 1-86
- KÜFNER, H./U.A.: Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. In: Suchtgefahren, 1988, S. 157-270
- KUYPERS, U.: Familientherapie bei Suchtkranken. Aspekte der gemeinsamen Therapie der ganzen Familie. In: Keup, W. (Hrsg.): Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe. Stuttgart, 1981, S. 101-107
- KUYPERS, U.: Therapie suchtkranker Familien. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Gesellschaft. Hamm, 1984, S. 186-194
- KUYPERS, U.: Die Bedeutung des systemischen Ansatzes für die Suchtkrankenhilfe. In: Nieders. Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Der Suchtkranke im Spannungsfeld von Familie, Arbeit und Freizeit. Der systemische Ansatz in der Suchtkrankenhilfe. Hannover, 1986, S. 24-35
- KUYPERS, U.: „Bis daß der Tod uns scheidet?“ - Selbsthilfe aus systemischer Sicht. In: Geier, R. (Hrsg.): „Suchtkrankenhilfe“. Perspektiven und Tendenzen. Freiburg im Breisgau, 1986b, S. 26-36

- LECHLER, W.H.: Wir sind alle süchtig. Sucht aus sozio-psychosomatischer Sicht. In: Tossehof, F.B. (Hrsg.): Flaschenpost. Berichte anonymer Alkoholiker. Essen, 1986, S. 103-116
- LECHLER, W.H.: Alkoholismus - eine Krankheit. Sonderdruck der AA-Informationen. Anonyme Alkoholiker (Hrsg.), München, o.J.
- LECHLER, W.H.: Nicht die Droge ist's, sondern der Mensch. Burg Hohenstein, 1990
- LECHLER, W.H. (HRSG.): Nicht die Droge ist's. Wir sind alle süchtig. Oberursel, 1995
- LEGNARO, A.: Gesellschaftliche Bewertungen von Suchterkrankungen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sinnfrage und Suchtprobleme, Hamm, 1986, S. 60-66
- LENZ, G.: Niemand sucht allein - auf dem Weg zu einer veränderten Suchtdefinition. In: Richelshagen, K. (Hrsg.): Süchte und Systeme. Freiburg im Breisgau, 1992, S. 97-107
- LIPPMANN, E.: Suchtprävention in der Familie aus Familientherapeutischer Sicht. In: Osterhold, G./Molter, H. (Hrsg.): Systemische Suchttherapie. Heidelberg, 1992, S. 217-256
- LOOS, J.: Möglichkeiten der Anwendung von psychoanalytisch-systemischer Familientherapie in der Klinik. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Familie. Freiburg im Breisgau, 1993, S. 127-134
- LUDEWIG, K.: Die therapeutische Intervention - eine signifikante Verstörung der Familienkohärenz im therapeutischen System. In: Schneider, K. (Hrsg.): Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Paderborn, 1983, S. 78-95
- LUDEWIG, K./U.A.: Entwicklung eines Verfahrens zur Darstellung von Familienbeziehungen: das Familienbrett. In: Familiendynamik, 1983, S. 235-251
- LUDEWIG, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart, 1992
- MASSING, A./REICH, G./SPERLING, E.: Die Mehrgenerationen-Familientherapie. Göttingen, 2. Aufl. 1992

- MEADOWS, D./U.A.: Die Grenzen des Wachstums. Bericht des Club of Rome zur Lage der Menschheit. Hamburg, 1973
- MINUCHIN, S.: Familie und Familientherapie. Freiburg im Breisgau, 1977
- MINUCHIN, S./FISHMAN, H.: Praxis der strukturellen Familientherapie. Freiburg im Breisgau, 1983
- MINUCHIN, S.: Strukturelle Familientherapie. Die Aktivierung von Alternativen im therapeutischen System. In: Textor, M. (Hrsg.): Die Schulen der Familientherapie. Eschborn, 1984, S. 82-108
- MINUCHIN, S.: Der Aufbau einer therapeutischen Realität. In: Kaufman, E./Kaufmann, P.N. (Hrsg.): Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Freiburg im Breisgau, 2. Aufl. 1986, S. 21-41
- MÜHLFELD, C./OPPL, H./U.A. (HRSG.): Brennpunkte sozialer Arbeit. Schriftenreihe für Studierende, Lehrende und Praktiker, Themenheft: Familientherapie. Frankfurt/Main, 1985
- MÜSSIG, R.: Familientypologie. Ein holistisches Klassifikationsschema auf der Basis von Gestaltwahrnehmung, Humanethologie, Systemtheorie und Psychoanalyse. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1986, S. 283-294
- NAGEL, W.: Als wär's ein Stück von uns. In: GEO-Wissen, Sonderheft „Sucht und Rausch“. Hamburg, 1990, S. 100-109
- NEFFE, J.: Der Trinker in uns. In: GEO-Wissen, Sonderheft „Sucht und Rausch“. Hamburg, 1990, S. 26-41
- NIEDERSÄCHSISCHE Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Der Suchtkranke im Spannungsfeld von Familie, Arbeit und Freizeit. Der systemische Ansatz in der Suchtkrankenhilfe. Hannover, 1986
- NIEDERSÄCHSISCHE Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jugend und Süchte. Hamburg, 1988
- NUBER, U.: Eine unheimliche Ordnung. In: Psychologie heute, 1995, S. 20/21
- OPPL, M.: Familienkrankheit Sucht. Die Beziehungsseite der Sucht aus der Sicht der Systemischen Familientherapie. In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, 4/1991, S. 239-242

- OSTERHOLD, G./MOLTER, H. (HRSG.): Systemische Suchttherapie. Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext. Heidelberg, 1992
- PAPP, P.: Paradoxe Interventionen in der Familientherapie und die Einbeziehung einer Beratungsgruppe. In: Schneider, K. (Hrsg.): Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Paderborn, 1983, S. 258-277
- PENN, P.: Zirkuläres Fragen. In: Familiendynamik, 1983, S. 198-220
- PENN, P.: „Feed-Forward“ - Vorwärts-Kopplung: Zukunftsfragen, Zukunftspläne. In: Familiendynamik, 1986, S. 206-222
- PETER, B./SCHMIDT, G. (HRSG.): Erickson in Europa. Heidelberg, 1992
- PETERS, J.: Therapeutische Arbeit mit Familien. In: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Der Suchtkranke im Spannungsfeld von Familie, Arbeit und Freizeit. Der systemische Ansatz in der Suchtkrankenhilfe. Hannover, 1986, S. 113-125
- PFRANG, H./SCHENK, J./REIMER, F.: Alkoholismus: Vorhersagbarkeit des Therapieergebnisses und der Teilnahme an Selbsthilfegruppen in der Nachsorge. In: Suchtgefahren, 1988, S. 379-388
- OSTERHOLD, G./MOLTER, H. (HRSG.): Systemische Suchttherapie. Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext. Heidelberg, 1992
- PSYCHOTHERAPIEN auf dem Prüfstand. In: STERN, Heft 44/1993, S. 112-120
- REICHEL-TNAUSCEF, S./HEDDER, C.: Die Intervention - ein Beitrag der Familientherapie zur frühzeitigen Hilfe für den Alkoholiker und seine Familie. In: Suchtgefahren, 1985, S. 261-270
- REITER-THEIL, S.: Wissenschaftstheoretische Grundlagen zur systemorientierten Familientherapie. In: Brunner, E.J. (Hrsg.): Interaktion in der Familie. Berlin/Heidelberg, 1984, S. 17-39
- REITER, L./U.A.: Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Berlin/Heidelberg, 1988
- RENN, H.: Die Bedeutung gesellschaftlicher Faktoren bei der Suchtentwicklung. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Gesellschaft. Hamm, 1984, S. 94-114

- RENNERT, M.: Co- Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg im Breisgau, 2. Aufl. 1990
- RENNERT, M.: Rollenverteilung in belasteten Familien und die Entdeckung von Co-Abhängigkeiten in Familien von Suchtkranken. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Familie. Freiburg im Breisgau, 1993b, S. 27-35
- RENNERT, M.: Rückfall: Alptraum und Falle für die Angehörigen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Familie. Freiburg im Breisgau, 1993b, S. 329-333
- RETZER, A.: Systemische Therapie eines Paares mit somatischer Symptomatik. In: Familiendynamik, 1988, S. 300-317
- RICHELSHAGEN, K. (HRSG.): Süchte und Systeme. Freiburg im Breisgau, 1992
- RICHTER, G.: Alkoholabhängigkeit - ein Eisbergphänomen. In: Sucht, 1991, S. 93-101
- RINK, J.: Familie in der Fachklinik? In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Familie. Freiburg im Breisgau, 1993, S. 158-167
- RINK, J.: Zur Wirklichkeit der Abstinenzabhängigkeit. Geesthacht, 1995
- RÖSCH, W.: Miteinander oder gegeneinander? Erfahrungen im Spannungsfeld Familientherapie - stationäre Suchtkrankentherapie. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Familie. Freiburg im Breisgau, 1993, S. 176-185
- ROST, W.-D. Der psychoanalytische Zugang zum Alkoholismus. In: Psyche, 1983, S. 412-439
- ROST, W.-D.: Psychoanalyse des Alkoholismus. Stuttgart, 1987
- ROST, W.-D.: Suchtpersönlichkeit aus psychoanalytischer Sicht am Beispiel von Bulimie und Spielsucht. In: Gross, W.: Sucht ohne Drogen. Frankfurt/Main, 1990, S. 202-214
- ROTHERMEL, A./FEIERFEIL, R.: Zirkuläres Fragen als Methode der systemischen Therapie. In: Familiendynamik, 1990, S. 333-345
- ROTTHAUS, W. (HRSG.): Systemische Familientherapie im ambulanten und stationären Bereich. Dortmund, 1983

- ROTHHAUS, W.: Die Auswirkungen systemischen Denkens auf das Menschenbild des Therapeuten und seine therapeutische Arbeit. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1989, S. 10-16
- SAINT-EXUPÉRY, A.: Der Kleine Prinz. Düsseldorf, 44. Aufl. 1988
- SANDER, S.: Der Alkoholismus als Familienkrankheit. In: Arbeitsgemeinschaft für die Planung und Koordinierung psychosozialer Einrichtungen in Essen (Hrsg.): Suchtprobleme einer Großstadt - Forderungen und Wirklichkeit. 3. Essener Forum für psychosoziale Versorgung vom 6.-7.11.1992 in Essen. Essen, 1993a, S. 75-84
- SANDER, S.: Süchtig und Co. „Co-Abhängigkeit“ im Familiensystem, Hamm, 1993b
- SARTORY, TH.: Die weite Reise. Droge und Alkohol im Spannungsfeld zwischen Himmel und Hölle. In: Funk-Fernseh-Protokolle, TR-Verlags-Union, München, 1974, S. 1-14
- SATIR, V.: Familienbehandlung, Freiburg, 1973
- SATIR, V.: Selbstwert und Kommunikation. München, 1975
- SATIR, V./SCHNEIDER, K.: Die Grenze der Gegenwärtigkeit. Ein Gespräch. In: Schneider, K. (Hrsg.): Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Paderborn, 1983, S. 15-25
- SATIR, V./BALDWIN, M.: Familientherapie in Aktion. Die Konzepte von Virginia Satir in Theorie und Praxis. Paderborn, 1988
- SCHEIBLICH, W. (HRSG.): Rausch - Ekstase - Kreativität. Dimensionen der Sucht. Freiburg im Breisgau, 1987
- SCHIED, H.W./U.A. (HRSG.): Der chronische Alkoholismus. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Stuttgart, 1989
- SCHIFFER, E./SÜSKE, R.: An den Ufern der Sinnlosigkeit. Hintergründe von und Motive für Suchterscheinungen. In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, 4/1991, S. 236-239
- SCHMID, C.: Systemische Therapie im stationären Kontext - Möglichkeiten und Grenzen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Familie. Freiburg im Breisgau, 1993, S. 168-175
- SCHMIDBAUER, W.: Hilflöse Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Hamburg, 1992

- SCHMIDT, G.: Systemische Familientherapie als zirkuläre Hypnotherapie. In: Familiendynamik, 1985, S. 241-264
- SCHMIDT, G.: Grundlagen systemischer Familientherapie und ihre Implikationen für die Entwicklung therapeutischer Strategien. In: Mühlfeld, C./u.a. (Hrsg.): Brennpunkte Sozialer Arbeit, Themenheft: Familientherapie. Frankfurt/Main, 1985b, S. 27-47
- SCHMIDT, G.: Rückfälle von als suchtkrank diagnostizierten Patienten aus systemischer Sicht. In: Körkel, J. (Hrsg.): Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht? Berlin/Heidelberg/New York, 1988, S. 173-213
- SCHMIDT, G.: Sucht-„Krankheit“ und/oder Such(t)-Kompetenzen - Lösungsorientierte systemische Therapiekonzepte für eine gleichrangig-partnerschaftliche Umgestaltung von „Sucht“ in Beziehungs- und Lebensressourcen. In: Richelshagen, K. (Hrsg.): Süchte und Systeme. Freiburg im Breisgau, 1992, S. 27-71
- SCHMIDT, L.: Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch. Stuttgart/Berlin/Köln, 3. überarb. und erw. Aufl. 1993
- SCHMIDT-KELLER, B./KLEIN, R.: Erfahrungen in der ambulanten systemischen Therapie des „Alkoholismus“. In: Zeitschrift für systemische Therapie, 1990, S. 81-93
- SCHMIDT-KELLER, B.: Diagnostik in der systemischen Therapie. In: Fett, A. (Hrsg.): Diagnostik in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Freiburg, 1992, S. 66-80
- SCHMIDTOBREICK, A.: Systemische Familientherapie in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Eine Evaluationsstudie. Freiburg im Breisgau, 1992
- SCHMIEDER, A./FEKKEN, O.: Alkohol-Elend. Skizzen zur Trunksucht. In: Kreisarbeitsgemeinschaft für ländliche Erwachsenenbildung Wittlage (Hrsg.): Sucht und Gesellschaft. Georgsmarienhütte, 1988, S. 7-25
- SCHMIEDER, A.: Sozialpsychologie des Alkoholismus - programmatische Überlegungen. In: Drogalkohol, 1989, S. 60-78
- SCHNEIDER, K. (HRSG.): Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Paderborn, 1983
- SCHNEIDER, W.: Familie in der Selbsthilfe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Familie. Freiburg im Breisgau, 1993, S. 226-236

- SCHWEITZER, J./WEBER, G.: Beziehung als Metapher: Die Familienskulptur als diagnostische und Ausbildungstechnik. In: *Familiendynamik*, 1982, S. 113-128
- SELVINI, M. (HRSG.): *Mara Selvinis Revolutionen. Die Entstehung des Mailänder Modells*. Heidelberg, 1992
- SELVINI-PALAZZOLI, M./U.A.: *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart, 1977
- SELVINI-PALAZZOLI, M./U.A.: Hypothesieren - Zirkularität - Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. In: *Familiendynamik*, 1981, S. 123-139
- SELVINI-PALAZZOLI, M./U.A.: Das Problem des Zuweisenden. In: *Zeitschrift für systemische Therapie*, H. 3/1983, S. 11-20
- SIMON, F.B.: Die Grundlagen der systemischen Familientherapie. In: *Nervenarzt*, 1985, S. 455-464
- SIMON, F.B.: Unterschiede, die Unterschiede machen. *Klinische Epistemologie: Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik*. Berlin/Heidelberg, 1988
- SIMON, F.B./WEBER, G.: Das Ding an sich. Wie man „Krankheit“ erweicht, verflüssigt, entdinglicht. In: *Familiendynamik*, 1988, S. 57-61
- SIMON, F.B./WEBER, G.: Vorfall oder Rückfall? Über den systemischen Umgang mit wiederkehrenden Verhaltensweisen. In: *Familiendynamik*, 1992, S. 93-99
- SIMON, F.B./STIERLIN, H.: *Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular*. Stuttgart, 3. Aufl. 1994
- SIMON, F.B./RETZER, A.: Das Hellinger-Phänomen. In: *Psychologie heute*, 1995, S. 28-31
- SMITH, S.: *Wege in die Freiheit. Durchbrechen Sie den Kreislauf von Co-Abhängigkeit und Sucht*. Berlin, 1994
- SPERLING, E.: Familientherapie unter Berücksichtigung des Dreigenerationenproblems. In: *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 1979, S. 207-213
- SPERLING, E.: Die Mehrgenerationen-Familientherapie. In: Schneider, K. (Hrsg.): *Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen*. Paderborn, 1983, S. 301-313

- STADTFELD, R.: Abhängigkeit und familiäre Bindung - ein Erfahrungsbericht. In: Stein, A. (Hrsg.): Problemfelder der Therapie Suchtkranker. Freiburg im Breisgau, 1985, S. 51-64
- STANDKE, G.: Psychoanalytisch orientierte Familientherapie in der Suchtkrankenhilfe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Familie. Freiburg im Breisgau, 1993, S. 144-151
- STANTON, M.D./TODD, TH.C.: Strukturelle Familientherapie mit Drogenabhängigen. In: Kaufman, E./Kaufmann, P.N. (Hrsg.): Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Freiburg im Breisgau, 1986, S. 61-83
- STAUSS, K.: Psychosomatische Klinik. In: Diakonisches Werk der Ev. Kirche in Deutschland (Hrsg.): Psychisch krank. Stuttgart, o.J. und S.-angabe
- STAUSS, K.: Psychosomatische Erkrankungen. In: Diakonisches Werk der Ev. Kirche in Deutschland (Hrsg.): Psychisch krank. Stuttgart, o.J. und S.-Angabe
- STEIN, A. (HRSG.): Problemfelder der Therapie Suchtkranker. Freiburg im Breisgau, 1985
- STEINER, E./REITER, L.: Zum Verhältnis von Individuum und sozialem System: Hierarchie, strukturelle Kopplung oder Interpretation? In: Familiendynamik, 1986, S. 325-342
- STEINGLASS, P.: Ein lebensgeschichtliches Modell der Alkoholismusfamilie. In: Familiendynamik, 1983, S. 69-91
- STEINGLASS, P.: Familientherapie mit Alkoholabhängigen: Ein Überblick. In: Kaufman, E./Kaufmann, P.N. (Hrsg.): Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Freiburg im Breisgau, 2. Aufl. 1986, S. 165-199
- STIERLIN, H.: Status der Gegenseitigkeit: die fünfte Perspektive des Heidelberger familiendynamischen Konzeptes. In: Familiendynamik, 1979, S. 106-116
- STIERLIN, H.: Prinzipien der Familientherapie. In: Psychotherapie. medizinische Psychologie, 1979b, S. 199-205
- STIERLIN, H./U.A.: Das erste Familiengespräch. Stuttgart, 2. veränd. Aufl. 1980

- STIERLIN, H./SIMON, F.B.: Familientherapie. In: Kisker, K.P./ u.a. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 1: Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie. Berlin/Heidelberg, 3. Aufl. 1986, S. 250-275
- STIERLIN, H.: Zur Beziehung zwischen Einzelperson und System: der Begriff „Individuation“ in systemischer Sicht. In: Reiter, L./u.a. (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive, Berlin/Heidelberg, 1988, S. 3-19
- STIERLIN, H.: Individuation und Familie. Studien zur Theorie und therapeutischen Praxis. Frankfurt/Main, 1989
- STIERLIN, H.: Heilfaktoren in der Familien- und systemischen Therapie. In: Lang, H. (Hrsg.): Wirkfaktoren der Psychotherapie. Berlin/Heidelberg/New York, 1990, S. 113-121
- TEXTOR, M.R. (HRSG.): Die Schulen der Familientherapie. Eschborn, 1984
- TOMM, K.: Der Mailänder familientherapeutische Ansatz: ein vorläufiger Bericht. In: Zeitschrift für systemische Therapie, 1984, S. 1-22
- TOMM, K.: Das systemische Interview als Intervention: Teil I. Strategisches Vorgehen als vierte Richtlinie für den Therapeuten. In: System Familie, 1988, S. 145-159;
- TOMM, K.: Das systemische Interview als Intervention: Teil II. Reflexive Fragen als Mittel zur Selbstheilung. In: System Familie, 1988, S. 220-243
- TOMM, K.: Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Therapie. Heidelberg, 1994
- TRETTNER, F.: Systemische und ökologische Konzepte - Konsequenzen für Forschung und Praxis in der Suchtkrankenhilfe. In: Suchtgefahren, 1990, S. 43-48
- TRÖSCHER-HÜFNER, U.: Systemtherapie und Sucht. Symptombewertung in der Arbeit mit Suchtkranken und Bedeutung für die beteiligten Systeme. In: Systema, 1990, S. 15-34
- VOLLMÖLLER, W.: Familientherapeutische Grundkonzepte im Überblick. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 1989, S. 15-21

- VON SCHLIPPE, A.: Das Kind in der strukturellen und entwicklungsorientierten Familientherapie. In: Petzold, H./Ramin, G. (Hrsg.): Schulen der Kinderpsychotherapie. Paderborn, 1987, S. 323-357
- VON SCHLIPPE, A.: Zur Einschätzung von Familien nach dem 'Circumplex Model of Marital and Family Systems' von Olson und Mitarbeitern. Ein kritischer Bericht über das Konzept und eine deutsche Adaption der FACES II. Forschungsberichte aus dem Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück, Nr. 48, Osnabrück, Nov. 1985
- VON SCHLIPPE, A.: Familientherapie im Überblick. Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten. Paderborn, 9. Aufl. 1991
- VON TROSCHKE, J.: Vom Nutzen „süchtigen“ Verhaltens. In: Nds. Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jugend und Süchte. Hamburg, 1988, S. 22-36
- VON VILLIEZ, T.: Familientherapie bei Alkoholismus, ein Leitfaden für die Literatursichtung. In: Suchtgefahren, 1985, S. 71-75
- VON VILLIEZ, T.: Sucht und Familie, Berlin/Heidelberg, 1986
- VON VILLIEZ, T./REICHELT-NAUSCEF, S.: Alkoholismus und Familie - ein kritischer Überblick zum Forschungsstand. In: Suchtgefahren, 1986, S. 373-385
- VOß, R.: Ganzheitliche Abhängigkeitsprophylaxe - Von der linearen zur topologischen Perspektive. In: Suchtgefahren, 1987, S. 423-433
- WALDROP, M. M.: Inseln im Chaos. Die Erforschung komplexer Systeme. rororo Sachbuch Bd. 9990, Hamburg, Februar 1996
- WALKEMEYER, H./BÄUMER, S.: Neue Aspekte der Familientherapie. Versuch einer Klärung des Systemkonzeptes aus handlungsorientierter Sicht. Eschborn bei Frankfurt/Main, 1990
- WANKE, I.: Erfahrungen mit Rausch und Wirklichkeit - Sucht und Sinn. In: Scheiblich, W. (Hrsg.): Rausch - Ekstase - Kreativität. Dimensionen der Sucht. Freiburg im Breisgau, 1987, S. 121-138
- WANKE, K./BÜHRINGER, G. (HRSG.): Grundstörungen der Sucht. Berlin/Heidelberg, 1991
- WATZL, H./COHEN, H. (HRSG.): Rückfall und Rückfallprophylaxe. Berlin/Heidelberg/New York, 1989

- WATZLAWICK, P./WEAKLAND, J.H./FISCH, R.: Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Bern, 1974
- WEAKLAND, J.H./FISCH, R./WATZLAWICK, P.: Kurztherapie: Ein umfassender Ansatz. In: Texotor, M. (Hrsg.): Das Buch der Familientherapie. Eschborn, 1984, S. 50-64
- WEBER, G./SIMON, F.B.: Systemische Einzeltherapie. In: Zeitschrift für systemische Therapie, 1987, S. 192-206
- WEBER, G. (HRSG.): Zweierlei Glück. Die systemische Psychotherapie Bert Hellingers. Heidelberg, 1993
- WEGSCHEIDER, S.: Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholikerfamilie. Wildberg, 1988
- WEISS, T./HAERTEL-WEISS, G.: Familientherapie ohne Familie. Kurztherapie mit Einzelpatienten. München, 1988/1991
- WELTER-ENDERLIN, R.: Widerstand in der Familientherapie. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 1988, S. 208-217
- WELTER-ENDERLIN, R.: Alkoholismus und Familie. In: Osterhold, G./Molter, H. (Hrsg.): Systemische Suchttherapie. Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext. Heidelberg, 1992, S. 13-28
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO) (Hrsg.): Europäischer Aktionsplan Alkohol. Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad, Gamburg, 1993
- WICHMANN, S.: Wirtschaftsmacht Rauschgift. Frankfurt/Main, 1992
- WILLE, A.: Der Familienskulpturtest. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1982, S. 150-154
- WILLI, J.: Die Zweierbeziehung. Hamburg, 1975
- WILLI, J.: Therapie der Zweierbeziehung. Hamburg, 1978
- WILLIAMS, C.N.: Präventive Maßnahmen und Behandlungsansätze für die Arbeit mit Kindern von Alkoholabhängigen. In: Appel, C. (Hrsg.): Kinder alkoholkranker Eltern. Freiburg im Breisgau, 1994, S. 85-127
- WILSON-SCHAEF, A.: Co-Abhängigkeit. Nicht erkannt und falsch behandelt. Wildberg, 1986

- WITKOWSKI, R.J.: Das Alkohol-Problem und seine wirtschaftliche Dimension. In: Nervenheilkunde, 1986, S. 1-4
- WUKETITS, F.M.: Systemtheorie und Menschenbild. In: Reiter, L./u.a. (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive, Berlin/Heidelberg, 1988, S. 285-298
- WYNNE, L.C.: Paradoxe Interventionen: eine Technik zur therapeutischen Veränderung von individuellen und familiären Systemen. In: Familiendynamik, 1980, S. 42-56
- WYNNE, L.C.: Zum Stand der Forschung in der Familientherapie: Probleme und Trends. In: System Familie, 1988, S. 4-22
- ZANG, K.D. (HRSG.): Klinische Genetik des Alkoholismus. Stuttgart, 1984
- ZERBIN-RÜDIN, E.: Genetische Aspekte des Suchtproblems. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Familie und Suchterkrankung, 1977, S. 23-33
- ZERBIN-RÜDIN, E.: Alkoholismus, Anlage und Umwelt. In: Zang, K.D. (Hrsg.): Klinische Genetik des Alkoholismus. Stuttgart, 1984, S. 29-46
- ZERBIN-RÜDIN, E.: Allgemeine humangenetische Gesichtspunkte der Sucht - Adoptivstudien, Zwillingsforschung. In: Keup, W. (Hrsg.): Biologie der Sucht. Berlin/Heidelberg, 1985, S. 1-14
- ZERBIN-RÜDIN, E.: Genetik und pränatale Einflüsse. In: Feuerlein, W. (Hrsg.): Theorie der Sucht. Berlin/Heidelberg, 1986, S. 193-204
- ZERBIN-RÜDIN, E.: Genetische Befunde zum chronischen Alkoholismus. In: Schied, H.W./u.a. (Hrsg.): Der chronische Alkoholismus. Stuttgart, 1989, S. 175-184
- ZIEGLER, H.: Sucht und Gesellschaft - Zur Situation in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Gesellschaft - Ursachen, Folgen, Zusammenhänge. Hamm, 1984, S. 11-18

Anhang

Fragebogen an stationäre Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe
(Mitglieder des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.)

In dieser explorativen Studie geht es um die Anwendung und Verbreitung systemischer Familientherapie in der stationären Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Mit dieser Untersuchung soll festgestellt werden

1. in welchem Umfang die systemische Familientherapie in der stationären Alkoholismusbehandlung verbreitet ist und
2. welchen Stellenwert sie in der stationären Alkoholismusbehandlung einnimmt.

Mit dieser Studie sollen keine vorher aufgestellten Hypothesen überprüft werden. Ziel ist vielmehr festzustellen, inwieweit systemisches Denken und Handeln im stationären Kontext Eingang gefunden hat.

□□ 1-2

1. Wieviele KlientInnen können in Ihrer Einrichtung zur psychotherapeutischen Behandlung aufgenommen werden (Bettenzahl)? Tragen Sie Ihre Antwort bitte in die Kästchen ein (Beispiel: 1 = 001; 11 = 011; 101 = 101)

□□□ 3-5

2. Welche KlientInnen(gruppen) kommen in Ihre Einrichtung?

a) unterschieden nach dem Alter (Angaben in Prozent, Beispiel: 5% = 005%; 25% = 025%)

junge Menschen unter 25 Jahre ca. □□□% 6-8
Erwachsene ca. □□□% 9-11

b) unterschieden nach dem Geschlecht (Angaben in Prozent)

Frauen ca. □□□% 12-14
Männer ca. □□□% 15-17

c) unterschieden nach dem Hauptproblemfeld (Angaben in Prozent)

- | | | |
|---|---|-------|
| - KlientInnen mit Alkoholabhängigkeit/
-gefährdung | ca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % | 18-20 |
| - KlientInnen mit Medikamenten-
abhängigkeit/-gefährdung | ca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % | 21-23 |
| - KlientInnen mit Mißbrauch/Abhängigkeit
von illegalen Drogen | ca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % | 24-26 |
| - KlientInnen mit Polytoxikomanie
(z.B. Alkohol/Medikamente) | ca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % | 27-29 |
| - KlientInnen mit ESstörungen | ca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % | 30-32 |
| - KlientInnen mit sonstigem süchtigen
Verhalten (z.B. Spielsucht, Sexsucht,
Arbeitssucht, u.a.m.) | ca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % | 33-35 |

3. Wieviele therapeutisch tätige MitarbeiterInnen sind derzeit in ihrer Einrichtung beschäftigt? Geben Sie bitte die Anzahl der MitarbeiterInnen an.

- | | | |
|--|---|-------|
| a) hauptberuflich Vollzeit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 36-37 |
| b) teilzeitbeschäftigt mit 15 und mehr
Stunden | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 38-39 |
| c) teilzeitbeschäftigt unter 15 Stunden
und auf Honorarbasis (stundenweise) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 40-41 |

6. Welche ergänzenden therapeutischen Verfahren werden in Ihrer Einrichtung zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit eingesetzt? Kreuzen Sie bitte die entsprechenden Antwortkästchen an. Mehrfachnennungen sind möglich.

- a) Beschäftigungstherapie 73
- b) Sport- und/oder Physiotherapie 74
- c) Arbeitstherapie 75
- d) Gestaltungstherapie 76
- e) Musik- und/oder Tanztherapie 77
- f) Autogenes Training und/oder sonstige Entspannungstechniken (z.B. Muskuläres Entspannungstraining nach Jacobsen) 78
- g) Meditation 79
- h) Sonstige ergänzenden Therapieverfahren (Tragen Sie diese bitte in die Leerfelder ein!)

□□□□□□□□ 80-88

Die folgenden Fragen 7 - 9 sollten Sie nur beantworten, wenn in Ihrer Einrichtung derzeit keine systemische Familientherapie praktiziert wird. Wird in Ihrer Einrichtung bereits systemische Familientherapie praktiziert, dann bitte weiter mit Frage 10.

7. Planen Sie für die Zukunft, Ihre psychotherapeutische Konzeption/Praxis mit systemischer Familientherapie zu ergänzen?

- ja 89
- nein 90

8. Wenn Sie Frage 7 mit ja beantwortet haben, was spricht Ihrer Meinung nach für eine systemische Sicht in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit? Tragen Sie Ihre Antwort bitte in die Leerfelder ein!

□□□□□□□□ 90-98

9. Wenn Sie Frage 7 mit nein beantwortet haben, was spricht Ihrer Meinung nach gegen eine systemische Sicht in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit?

□□□□□□□□ 99-107

Die folgenden Fragen 10 - 14 sollten Sie nur beantworten, wenn in Ihrer Einrichtung bereits systemische Familientherapie zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit eingesetzt wird.

10. Welche Gründe bewogen Sie, systemische Familientherapie in Ihrer Einrichtung zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit einzuführen?

□□□□□□□□ 108-116

12. In welchem Umfang werden Familienangehörige in die stationäre Therapie mit einbezogen? Kreuzen Sie bitte die entsprechenden Antwortkästchen an. Mehrfachnennungen sind möglich.

- a) vor Beginn der stationären Therapie 134
 b) am Beginn der stationären Therapie 135
 c) während der stationären Therapie 136
 d) am Ende der stationären Therapie 137
 e) in einer eventuellen ambulanten Nachsorgephase nach Beendigung der stationären Therapie 138

- f) Ergänzende Anmerkungen zur Einbeziehung von Familienangehörigen in die stationäre Therapie von Alkoholabhängigen

139-147

13. Wie lange praktizieren Sie bereits systemische Familientherapie in Ihrer Einrichtung? Kreuzen Sie bitte die entsprechenden Antwortkästchen an.

- a) weniger als 1 Jahr 148
 b) 1 - 2 Jahre 149
 c) 2 - 5 Jahre 150
 d) 5 - 10 Jahre 151
 e) länger als 10 Jahre 152

14. Abschließend noch eine Frage zur Ausbildung Ihrer systemisch arbeitenden MitarbeiterInnen. Wieviele Ihrer MitarbeiterInnen

a) haben eine abgeschlossene Ausbildung in systemischer Familientherapie? 153-154

b) befinden sich derzeit in einer Zusatzausbildung zur systemischen Familientherapie? 155-156

Geben Sie bitte die Anzahl der MitarbeiterInnen an.

Ich danke Ihnen für die Beantwortung des Fragebogens. Abschließend bitte ich Sie um Anregungen/Kritik zum Fragebogen und zur Erhebung.

Angaben zur Person: Klaus Peter Albrecht, Diplom Pädagoge, 47 Jahre, wohnhaft: Marschweg 60, 26122 Oldenburg, Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsprojekt „Effektivität von Alkoholentwöhnung“ am Institut für Politikwissenschaft II (Prof. Dr. Rüdiger Meyenberg) des Fachbereichs 3 der Universität Oldenburg, Arbeitsstelle „Sucht- und Drogenprävention (SAUS)“.