

# CHRISTINA LENZ SÜCHTIGES VERHALTEN – SYSTEMISCHE ERKLÄRUNGSMODELLE UND BEHANDLUNGSGRUNDLAGEN



## **INTEGRATION ODER ISOLATION?**

Das sind die Säulen, zwischen denen sich die Behandlung von Menschen, Paaren und Familien mit süchtigem Verhalten spannt. Ambulante systemische Therapie gibt ihre Stimme eindeutig für die Integration. Die Arbeit mit

den Betroffenen innerhalb ihrer sozialen Lebenswelt und gemeinsam mit einigen Personen aus dieser wird präferiert.

Dieser Artikel beschäftigt sich mit der Frage, welche Faktoren beachtet werden sollen, damit ambulante systemische Psychotherapie bei Menschen, Paaren und Familien mit süchtigem Verhalten hilfreich und wirksam sein kann. Hierbei wird das Augenmerk auf substanzgebundene Süchte, die Abhängigkeit von Drogen und Alkohol gelegt.

Abgesehen vom therapeutischen Arbeitsinteresse ist die Thematik von sozialpolitischer und somit auch medialer Aktualität. Sowohl substanzgebundene Süchte (Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten- und Drogensucht), als auch nichtsubstanzgebundene Süchte (Anorexie, Bulimie, Spielsucht), sowie Internet-, Arbeits- und Kaufsucht, welche zwar nicht als psychiatrische Erkrankungen definiert sind, jedoch in der westlichen Gesellschaft immer mehr an Bedeutung gewinnen, finden gleichermaßen Beachtung. Die Auswirkungen der Abhängigkeit sind für die Betroffenen, deren Angehörige und für die Gesellschaft relevant. Die physischen Nebenwirkungen, aber auch die finanziellen und sozialen Auswirkungen hindern die Betroffenen in den meisten Fällen an ihrer erwünschten Lebensführung. Die Angehörigen sind zum Großteil versucht, die Folgen für die Betroffenen möglichst gering zu halten, wodurch sie Gefahr laufen, selber in den Bann des süchtigen Verhaltens gezogen zu werden. Die gesellschaftlichen Folgen wie Krankenstände, Arbeitslosigkeit, Gesetzesverstöße stellen sozialpolitisch eine Herausforderung dar.

Mein Interesse zu diesem Thema entstand während der Arbeit im stationären Kontext, wo üblicherweise nur die Betroffenen selbst im Zentrum der Behandlungsauf-

merksamkeit stehen. Durch die Ausbildung zur Systemischen Familientherapeutin ist mir die Dringlichkeit der Arbeit mit den Angehörigen und einer Systemischen Sichtweise bei der Suchtthematik deutlich geworden.

Bestärkt durch das „Eppendorfer Modell“, in dem „die Autoren (...) zu dem Schluss (kommen), dass Familientherapien sich als überlegene Behandlungsform im Bereich illegaler Drogen erweisen, sodass andere – nachgewiesenermaßen effektive Therapien – von einer entsprechenden Anreicherung profitieren würden“ (Thomasius et al., 2002, S. 316) habe ich mich im Zuge meiner Abschlussarbeit für das Fachspezifikum (vgl., Lenz, 2007) auf die Suche gemacht.

Dieser Artikel beschreibt im ersten Teil das Krankheitsbild süchtigen Verhaltens aus medizinischer Sicht und anschließend aus systemisch-familientherapeutischer Sicht. Im zweiten Teil werden erprobte systemische Behandlungskonzepte im Bezug auf die Drogen- und Alkoholabhängigkeit dargestellt.

## **MEDIZINISCH-PSYCHIATRISCHE ERKLÄRUNGS- MODELLE VON SÜCHTIGEM VERHALTEN**

Mit dem Blick auf die menschliche Entwicklungsgeschichte ist zu erwähnen, dass Rauschmittel eine jahrtausende lange Tradition haben. „Der Wunsch des Menschen, der Wirklichkeit und den Ängsten des Alltagslebens zu entfliehen, dürfte so alt sein, wie die Menschheitsgeschichte.“ (Möller et al., 2001, S. 307) Sowohl überlieferte Bilder als auch griechische und lateinische Texte beschrieben die Wirkung des Alkohols. Rauschdrogen waren eher im arabisch-asiatischen Kulturkreis und in mittel- und südamerikanischen Gebieten vertreten. Im Mittelalter hat das Klosterwesen bedeutsam zur Verbreitung des Weins beigetragen. Gleichzeitig wurde aber vor seiner Wirkung gewarnt. Seit jeher ist mit dem Genuss von Alkohol die Ambivalenz zwischen der „sozial gebotenen Selbstkontrolle ... und dem lustvoll besetzten, aber nicht ungefährlichen Trinken andererseits“ (Möller et al., S. 309) eng verbunden.

Der Begriff Sucht kommt von dem Wort siech (krank) und wurde von der WHO durch den Begriff der Abhän-

gigkeit ersetzt. „Abhängigkeit oder Sucht kann charakterisiert werden als dominierendes Verlangen oder zwanghaftes Bedürfnis und Angewiesensein auf bestimmte Substanzen. Dies kann von einfachen Gewohnheiten bis zur süchtigen Persönlichkeitsentwicklung reichen.“ (Möller et al, S. 306).

Die Substanz bzw. das Suchtmittel steigern das Wohlbefinden und so wird die belastende Ursprungssituation vorerst scheinbar gelindert. Erst durch das Nachlassen der euphorisierenden Wirkung ergibt sich erneut die Konfrontation mit der unliebsamen Wirklichkeit. Auf Grund der Erfahrung, dass der unangenehm empfundene Situation mithilfe des Suchtmittels möglichst rasch entkommen werden kann, entsteht ein Teufelskreis. Das Verlangen nach dem Suchtmittel wird zusehends unwiderstehlich. Aus psychiatrischer Sicht haben folgende Faktoren eine Auswirkung auf die Suchtentstehung (vgl. Möller et al., S. 312):

1. *Der Betroffene selbst, der in seiner Persönlichkeit durch*
  - die Höhe der Frustrationstoleranz,
  - seine Ich-Stärke,
  - eine neurotische Entwicklung,
  - genetische Faktoren sowie
  - das erlernte Fehlverhalten gekennzeichnet ist.
2. *Die Umweltbedingungen in denen der Betroffene aufwächst,*
  - „broken home“,
  - das elterliche Vorbild und Erziehungsfehler,
  - Gruppenzwänge der Gleichaltrigen,
  - Einsamkeit, mit der er in seiner Freizeit konfrontiert ist und
  - Konfliktsituationen in Schule, Beruf und mit dem Partner beeinflussen die Suchtentstehung ebenfalls.
3. *Außerdem spielt auch*
  - die Verfügbarkeit,
  - die Dosis,
  - die Applikationsart,
  - die Suchtpotenz und
  - die Drogenwirkung, wie Angstlösung, Enthemmung, euphorisierende Wirkung und Kontaktförderung eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Sucht.

Bei den daraus folgenden Symptomen werden ebenfalls drei Gruppen unterschieden:

1. *psychische Folgen, wie*
  - Interessensverlust,
  - Stimmungsschwankungen,
  - Gleichgültigkeit und
  - Beeinträchtigung des Kritikvermögens;
2. *sozialen Auswirkungen, wie*
  - beruflicher Abstieg
  - Arbeitslosigkeit,
  - Beschaffungskriminalität,
  - eine erhöhte – durch die Substanzen herbei geführte – Suizidgefährdung;
3. *physische Auswirkungen, wie*
  - vegetative Störungen, vor allem
  - Schlafstörungen,
  - Gewichtsverlust und
  - neurologische Ausfälle.

## **SYSTEMISCH-PSYCHIATRISCHE ERKLÄRUNGSMODELLE**

Ein süchtiges bzw. abhängiges Verhalten wird durch den Gebrauch von Suchtmitteln (Alkohol, illegale Drogen, Medikamenten), der zu einer Gesundheitsschädigung führt, definiert. Laut Gerhard D. Ruf liegt eine Abhängigkeit dann vor, wenn „während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren,
2. verminderte Kontrollfähigkeit,
3. ein körperliches Entzugssyndrom,
4. Toleranz (...),
5. fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen,
6. anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen.“ (Ruf, 2005, S.146)

Das süchtige Verhalten wird dadurch aufrechterhalten, dass die Einnahme von Suchtmitteln auf physiologischer Ebene das Belohnungssystem stimuliert oder das Bestrafungssystem hemmt.

Auf psychischer Ebene steht süchtiges Verhalten in der systemischen Sichtweise mit der Thematik der Anpassung und Autonomie in der Familie in engem Bezug. Die Maximen, die in der Familie gelten, können wie folgt lauten: Persönliche Abgrenzung und Individuation schaden dem Wohl der Familie. Konflikte, die diese Prozesse begünstigen könnten, sind verpönt. So entsteht durch die natürliche Entwicklung in der Pubertät, dem Erwachsenwerden, zunächst einmal eine problematische Schwellensituation (vgl., Ruf, 2005, S. 148 und Klein, 2005, S. 151). Die Jugendlichen würden sich entweder nach dem Wertesystem der Familie schuldig machen, wenn sie sich abgrenzen, oder ihren eigenen Autonomiebedürfnissen und den Rufen der Peergroup nicht gerecht werden, wenn sie in der Familie bleiben. Sie befinden sich in einem inneren Konflikt. So kann das Suchtmittel Abhilfe schaffen, indem sich der Betroffene während des Konsums und der anhaltenden Wirkung von seiner Familie distanziert, ohne eine sichtbare Abgrenzung herbeizuführen. Dadurch wird der Betroffene beiden Seiten seines inneren Konflikts gerecht: Im berauschten Zustand lebt er die altersadäquate Autonomie, im nüchternen Zustand die vermeintlich geforderte Anpassung. So bleibt die durch Ambivalenz geprägte Schwellensituation aufrecht. Abgesehen davon werden in der Literatur noch vier weitere Funktionen des Suchtmittelgebrauchs erwähnt (vgl. Ruf, 2005, S. 149):

1. Die soziale Funktion: Hier wird durch den Konsum die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe sichergestellt.
2. Die enthemmende Funktion, die besonders für ängstliche, gehemmte Menschen eine bedeutende Rolle spielt.
3. Die stärkende Funktion, die Zweifel hemmt und das Selbstwertgefühl verbessert.
4. Die autodestruktive Funktion, durch die Menschen die Attraktivität ihres Lebens durch exzessiven Kon-

sum erhöhen. Sie bereichern auf diese Weise ihren Alltag mit Spannung und verschaffen sich so einen leicht und mit Sicherheit zu erhaltenden Kick.

Oft findet sich in der Familiengeschichte späterer Drogenabhängiger zusätzlich eine Häufung traumatischer Ereignisse wie zum Beispiel wirtschaftliche Not im Familiensystem, abhängige Eltern oder Geschwister, sozial-emotionale Verwahrlosung, anhaltende Gewalt in der Elterngeneration, Belastungen durch Krankheiten, unverarbeiteter Tod von Geschwistern, um nur einige zu nennen. (vgl. Stachowske, 2002, S. 182)

Durch diese schwierigen Kindheitserfahrungen fehlen Drogenabhängigen soziale Kompetenzen, die nicht zuletzt in einer fehlenden Berufsausbildung sichtbar

## AUF PSYCHISCHER EBENE STEHT SÜCHTIGES VERHALTEN IN DER SYSTEMISCHEN SICHTWEISE MIT DER THEMATIK DER ANPASSUNG UND AUTONOMIE IN DER FAMILIE IN ENGEM BEZUG.

werden. Die Drogen haben in diesen Fällen auch noch eine tröstende Funktion, welche kurzfristig die Einsamkeit verdrängt, langfristig aber die soziale Inkompetenz und somit auch die Frustration verstärkt. Aus diesen Gründen ist eine Behandlung aus systemischer Sicht dann am zielführendsten, wenn neben der Arbeit mit den Betroffenen selbst auch ihre Angehörigen aus Herkunfts- und/oder Gegenwartsfamilie in die Therapie eingebunden werden. „In Metaanalysen zu Familientherapie zeigen sich, dass eine reguläre Therapiebeendigung des Indexpatienten (...) und eine Verbesserung der elterlichen Kompetenzen (...) Indikatoren für einen reduzierten Substanzkonsum bei den Indexpatienten darstellen. (Thomasius et al., 2002, S. 316)

Auf sozialer Ebene scheint die Familie dem Suchtkranken zu vermitteln, dass die eigene Abgrenzung unerlaubt ist, da die Bedürfnisse der Familie bedeutender sind als die eigenen. Insofern wirken auch Konflikte gefährlich und sind daher zu vermeiden. Sobald die Suchtproblematik für die Familie offensichtlich wird, vermittelt sie

in der Regel dem Betroffenen, den Konsum zu beenden und eigenverantwortlich zu handeln. Dieser Appell wird mit autonomiereduzierenden Kontrollmaßnahmen gekoppelt. Insofern schließt der Betroffene nun den Teufelskreis, indem er, um seine Autonomie zu behalten, den Suchtmittelkonsum aufrechterhält. Wenn abhängige Menschen selber Familien gründen, „haben sie sich meist von ihren Eltern noch nicht abgelöst und ergreifen bei Auseinandersetzungen eher die Partei ihrer Eltern als die ihrer Partner; die Folgen sind häufig Trennungen oder Scheidungen.“ (Ruf, 2005, S. 153)

## **SYSTEMISCHE HANDLUNGS- UND BEHANDLUNGSKONZEPTE**

### **DIE SYSTEMISCHE BEHANDLUNG SUBSTANZGEBUNDENER ABHÄNGIGKEIT**

#### **Drogenabhängigkeit**

Bei der systemischen Suchtbehandlung wird, ebenso wie in der systemischen Therapie im Allgemeinen, zwischen mehreren Hauptströmungen unterschieden (vgl. Küstner et al., 2003, S. 124f): die psychodynamische Familientherapie nach Horst Eberhard Richter, die strukturelle Familientherapie nach Salvador Minuchin, die strategische Familientherapie nach Jay Haley und die strategische Familientherapie nach Paul Watzlawick und anderen sowie die lösungsorientierte Kurzzeittherapie nach Insoo Kim Berg und Steve de Shazer.

Dem psychodynamisch-familientherapeutischen Ansatz nach Horst Eberhard Richter liegen die Hypothesen zu Grunde, dass der Drogenpatient wenig individualisiert, sondern eng mit einem Elternteil verbunden ist. Es besteht die unausgesprochene Verpflichtung, der Herkunftsfamilie treu zu bleiben. Außerdem wird darauf hingewiesen, „dass der Drogenabhängige, sofern er in seiner Herkunftsfamilie bleibt, die Eltern vor Gefühlen bewahre, die mit seiner Ablösung mobilisiert werden, nämlich Angst vor dem Verlassen werden und Einsamkeit.“ (Thomasius et al., 2002, S. 299) Weiters kann bei einem sehr verwöhnten Drogenabhängigen der Eindruck entstehen, dass er in seinem Heranwachsen von

den Eltern nicht verstanden, sondern für unselbstständig gehalten wird. Aber unter den Gleichaltrigen würde sich niemand finden, der den ausgeprägten, infantilen Bedürfnissen des Drogenabhängigen gerecht werden könnte. Und andererseits nützen vernachlässigte Drogenabhängige die Suchtmittel, um jene Wärme und Geborgenheit zu erfahren, die sie in ihren Herkunftsfamilien vermisst haben. Beim psychodynamisch-familientherapeutischen Ansatz wird das Suchtmittel also als Möglichkeit gesehen, die scheinbar unlösbaren inneren und familiären Konflikte zu lösen.

Der von Salvador Minuchin entwickelte strukturell-familientherapeutische Ansatz betont folgendes Merkmal süchtiger Familien: Diese zeichnen sich durch ihre Art der Problembewältigung aus. Im Gegensatz zu aus suchttherapeutischer Sicht unauffälligen Familien, die in ständiger Entwicklung stehen, reagieren diese Familien auf Veränderungen mit rigidem Verhalten und redundanten Interaktionsmustern. Damit sind ihre Bewältigungsstrategien erschöpft. Außerdem schenkt dieser Ansatz familiären Triangulierungsprozessen große Bedeutung: Der verstrickte Elternteil unterstützt das Symptom des Kindes, streitet dieses aber auf der Kommunikationsebene ab. Der andere, abstinenterer, Elternteil kritisiert die Abhängigkeit des Kindes wie auch das Verhalten des Partners, fühlt sich ausgeschlossen und bedroht.

Der von Jay Haley begründete strategisch-familientherapeutische Ansatz stützt seine Arbeit bei dem Einfluss der Drogenabhängigkeit auf die relevanten Beziehungsstrukturen sowie die beziehungsgestaltende und -regulierende Funktion des Drogenkonsums. Der Drogenkonsum wird als eine Lösung für die adoleszente Ablösung von der Herkunftsfamilie gesehen. „Das System trägt zur Aufrechterhaltung der Sucht und die Sucht zur familiären Stabilität bei.“ (Thomasius et al., 2002, S. 303)

Der strategische Ansatz nach Paul Watzlawick und anderen hat folgende Hypothese: Als Ursache für die Entstehung von Problemen wird die wiederholte Anwendung von ein und demselben Verhaltensmuster, welches sich in der Vergangenheit bereits als Lösung in schwierigen

Situationen angeboten hat, nun aber nicht mehr zum erhofften Erfolg führt, gesehen. So wird die vermeintliche Lösung zum neuen Problem. In der Behandlung geht es nun um die Relativierung des Problemlösungsverhaltens (Einordnen auf einer Zeitachse, Wunderfrage) und um eine Veränderung der Bewertung (Selbstmedikation). Hierbei ist das Ziel, dass der Süchtige die Entscheidung über den Konsum wieder selbst treffen kann.

Die lösungsorientierte Kurzzeittherapie nach Insoo Kim Berg und anderen hat sich zum Ziel gesetzt „... Lösungen zu erschaffen, statt Probleme zu lösen. Das liegt daran, dass ‚Lösungen erschaffen‘ auf die Ressourcen und Erfolge einer KlientIn fokussiert, während sich ‚Problemlösen‘ auf die Schwächen und Defizite konzentriert.“ (Berg et al., 1999, S. 15) Es werden die früheren, auch noch so unscheinbar wirkenden Erfolge genutzt, um die Menschen in ihrem Selbstwert und ihrer Lösungsidee zu bestärken. So ist es besonders bei dieser Therapieform ein übergeordnetes Ziel, die Würde der Klienten in ihrem eigenen Empfinden wieder herzustellen. Das genaue therapeutische Vorgehen und die notwendige therapeutische Haltung werden in dem Lehrbuch „Schritt für Schritt – Handbuch zur Behandlung von Drogenmissbrauch“ (Berg et al., 1999) dargestellt.

#### *Das „Eppendorfer Modell“ der Familientherapie*

An der Hamburger Universitätsklinik Eppendorf gibt es an der psychiatrischen Abteilung eine Drogenambulanz für Jugendliche und junge Erwachsene bis 26 Jahre. An dieser wurden die Verfahrensweisen und Techniken der systemischen Familientherapie so modifiziert, dass sie sich speziell für die Bedürfnisse drogenkonsumierender junger Menschen eignen. „Studien zeigen, dass speziell im Sektor jugendlicher Patienten (...) die Haltequoten über alle Behandlungsformen hinweg bei 60–65 % (liegen) (...), in der Familientherapie sind sie am höchsten,

nämlich bei 70–90 %.“ (Thomasius et al., 2002, S. 315). Außerdem betonen die Wissenschaftler, dass „familientherapeutische und systemische Interventionen (...) vor allem im Frühstadium des Substanzmissbrauchs eine erfolgreiche Behandlungsmethode, vor allem wegen

**„STUDIEN ZEIGEN, DASS SPEZIELL IM SEKTOR JUGENDLICHER PATIENTEN DIE HALTEQUOTEN ÜBER ALLE BEHANDLUNGSFORMEN HINWEG BEI 60–65 % LIEGEN, IN DER FAMILIENTHERAPIE SIND SIE AM HÖCHSTEN, NÄMLICH BEI 70–90 %.“**

ihrer motivationsfördernden Eigenschaften und hohen Haltequoten“ (Küstner et al., 2003, S. 125) sind.

Die in der Folge angeführten Indikationen sind Voraussetzung für die Arbeit nach dem „Eppendorfer Modell“ (vgl., Küstner et al., 2003, S. 124):

1. Adoleszente Ablösungsproblematik oder co-abhängiges Verhalten bei Paaren;
2. redundantes Reagieren der Angehörigen auf das Verhalten des Indexpatienten, welches die Sucht aufrechterhält;
3. problematische Beziehungskonfigurationen in Zusammenhang mit der Suchtproblematik, wie zum Beispiel Parentifizierung, Infantilisierung, Partnerersatz, Triangulierung, welche zu Koalitionen und Ausgrenzungen in der Herkunftsfamilie führen;
4. Verhinderung der Bewältigung der Suchtproblematik durch geringe familiäre Ressourcen in den Bereichen Kommunikation, Beziehungsaufnahme und Aufgabenerfüllung;
5. Co-abhängige Persönlichkeitsmerkmale bei den Familienangehörigen des Indexpatienten, wie zum Beispiel Selbstwertstörung, übermäßige Verantwortungsübernahme, Nähe-Distanzprobleme;

Angesichts dieser Indikationen und der Hypothesen der systemischen Familientherapie bei Drogenpatienten ergeben sich folgende Therapieziele:

1. Die Aufweichung alter und Einführung neuer Familienregeln



2. Die Veränderung der Kommunikation, die diese alten Familienregeln aufrechterhält. (Hausaufgaben)
3. Die Wiederherstellung einer familiären Organisation, in der die Eltern ihre Erziehungskompetenz nützen und Partner ihre Eigenständigkeit.
4. Im Sinne der Selbstwirksamkeit der Familien wird zu einer Selbstorganisation eingeladen, die die Fähigkeit zur Genesung stärkt und die versteckten Kompetenzen wieder aufdeckt. Der Schlüssel für die Veränderungen liegt durch die Autopoiesis (= altgriechisch *autos*: „selbst“ und *poiesis*: „schaffen, bauen“, ist der Prozess der Selbsterschaffung und -erhaltung eines Systems. Autopoiesis ist das charakteristische Organisationsmerkmal von Lebewesen oder lebenden Systemen. Der Begriff wurde von dem chilenischen Neurobiologen Humberto Maturana geprägt. Wikipedia; vgl. z. B.: Sluneccko et al., 1999, S. 251) in der Familie.

Wie bei der systemischen Therapie im Allgemeinen spielt auch bei der systemischen Behandlung von Drogenpatienten die Haltung des Therapeuten eine wesentliche Rolle. Er wird von Thomasius und anderen durch folgende Merkmale charakterisiert:

1. Respekt, Akzeptanz, Interesse den Erzählungen der Familie gegenüber;
2. Systemische Neutralität in Bezug auf alle dem System angehörigen Personen, die Erklärungsmodelle der Familie und die Veränderungs- und Lösungsvorstellungen;
3. Würdigung der bisher durchgeführten Lösungsversuche;
4. Orientierung an Ressourcen, Kompetenzen und Lösungen in Vergangenheit und Zukunft.

Der Therapieverlauf des „Eppendorfer Modells“ ist in drei große Phasen gegliedert:

1. In der Klärungsphase werden die Anliegen aller Beteiligten erläutert sowie die Diagnostik durchgeführt.
2. Die Veränderungsphase bietet die Fokussierung auf das definierte Ziel, Analyse der Beziehungsmuster und die Erprobung neuer, Überprüfung und Veränderung der familiären Grenzen, therapeutische Arbeit am Rückfall und Urinkontrollen.

3. In der Neuorientierungsphase sind die Hauptziele erreicht, die therapeutisch induzierten Veränderungen (Ablösung von den Eltern, Zulassen der Ablösung, Besinnung auf die eigene Person und die Partnerschaft? Entwicklung neuer Lebensperspektiven) werden in den Alltag transferiert. Danach werden die Familien bei Bedarf zu weiteren therapeutischen Maßnahmen vermittelt.

### Alkoholabhängigkeit

Schon als Jugendliche merken Menschen, dass die Einnahme von Alkohol auf Grund der chemischen Reaktionen, die im Körper ausgelöst werden, den Bewusstseinszustand verändert. Der Konsum wird jedoch erst dann problematisch, „wenn eine Person den Eindruck gewinnt, dass die Einnahme eines Suchtstoffes auch unabhängig von rituellen Abläufen (Anm.: z.B.: Feste) besonders attraktiv ist, die Trinkanlässe sich dadurch erhöhen und die Alkoholmenge dadurch gesteigert wird.“ (Klein, 2005, S. 89) Rudolf Klein vergleicht süchtiges Trinken mit einem noch nicht gelungenen Übergang zwischen zwei Lebensphasen. Die vorangegangene Phase ist abgeschlossen, für die nachfolgende gibt es noch keinen Plan – auch auf Grund von speziellen biografischen Faktoren. Diese Erfahrung schlägt sich sowohl im Denken, im Fühlen wie auch im Verhalten nieder. Insofern findet die Behandlung auf allen diesen drei Ebenen statt. Dafür empfiehlt Rudolf Klein die Arbeit mit einem erweiterten Tetralemma, welches durch folgende Positionen gekennzeichnet ist: (vgl. Klein, 2005, S. 179ff)

1. *Auf der horizontalen Achse: Entweder das eine – oder das andere:* Hier geht es um die Benennung von süchtigem versus nicht süchtigem Trinken (im Gegensatz zur Abstinenz. So würde man nämlich im therapeutischen Prozess Gefahr laufen, in das Muster zu tappen, welches der Klient nur zu gut aus seiner Familie kennt.) und die Erkennung der Vor- und Nachteile von süchtigem Trinken. Die respektierende und würdigende Haltung des Therapeuten gegenüber dem Klienten und seiner Problem- und Lösungserzählung betont Klein. (vgl. Klein, 2002, S. 272)

2. *Auf der vertikalen Achse: Sowohl – als auch, beides, weder – noch, keines von beiden:* Jetzt entsteht eine alternative Erzählung über bereits erlebtes Trinkverhalten neben den beiden Polen Entweder – Oder. Diese Position „ermöglicht Klienten eine ‚Außenperspektive‘ auf das eigene Dilemma.“ (Klein, 2002, S. 277) Schließlich ergibt der Prozess eine vorläufige Zieldefinition, die Position ‚Beides‘. Dieses ‚Beides‘ meint nun das süchtige Trinken und die zunehmende Selbststeuerung. Bei Rückfällen zu süchtigem Trinken in dieser Phase kann angenommen werden, dass einerseits die Vorstellung der Zukunft in Kombination mit dem, was in der Vergangenheit durch das süchtige Trinken versäumt wurde oder andererseits die Erwartungen des sozialen Systems vom Klienten als überfordernd und ängstigend erlebt werden.

Bei der Position ‚Weder – noch‘ stellt sich die Frage, wie das Ergebnis des vorläufig geänderten Trinkverhaltens erhalten werden kann. Welche Bedingungen müssen geschaffen werden, damit das Ziel stabilisiert werden kann. „Die bisher (noch) nicht gelösten Lebensthemen der Klienten stehen nun im Mittelpunkt und verweisen auf vergangene, gegenwärtige und/oder zukünftige Dilemmata, aus denen sich das subjektive Erleben der Überforderung speist.“ (Klein, 2002, S. 287)

Die letzte Position, das ‚Keines von beiden‘, ist durch eine neue Ausgeglichenheit im biologischen, psychischen und sozialen System charakterisiert. Es besteht eine biologische Unabhängigkeit, eine alternative, durchwegs positive Selbsterzählung und eine veränderte Wertehierarchie. Sich im sozialen System stellende Aufgaben wirken gut bewältigbar.

Wie gezeigt werden konnte, gibt es mehrfach bestätigte und erforschte Möglichkeiten der ambulanten systemischen Arbeit mit Menschen, Paaren und Familien mit süchtigem Verhalten. Eine Chance zur Integration. Ob und wie diese Chance wahrgenommen werden kann, halte ich für eine individuelle und gesellschaftliche Herausforderung.

#### **MAG.A CHRISTINA LENZ**

ist Pädagogin, Suchtberaterin und Psychotherapeutin SF in freier Praxis und in der Familienberatungsstelle des Hilfswerks in Schwechat, Absolventin des Lehrganges 15 der Ia:sf

#### **LITERATUR**

- BERG, Insoo Kim et al.: Lösungen – Schritt für Schritt. Handbuch zur Behandlung von Drogenmissbrauch. Verlag Modernes Lernen, Dortmund, 1999.
- KLEIN, Rudolf: Berauschte Sehnsucht. Carl-Auer, Heidelberg, 2005.
- KÜSTNER, Udo et al.: Familientherapeutische und systemische Ansätze in der Suchtbehandlung. In: Psychotherapie im Dialog. Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, BRODA, Michael et al. (Hg.), Thieme, Stuttgart, Nr. 2, 2003; S. 124–129.
- LENZ, Christina: Ausweg. Therapiezentrum für Menschen, Paare und Familien mit süchtigem Verhalten. Abschlussarbeit für das Fachspezifikum. Wien, 2007.
- MÖLLER, Hans-Jürgen et al.: Psychiatrie und Psychotherapie. Thieme, Stuttgart, 2001.
- RUF, Gerhard Dieter: Systemische Psychiatrie. Klett-Cotta, Stuttgart, 2005.
- SLUNECKO, Thomas et al. (Hg.): Einführung in die Psychotherapie. Facultas, Wien, 1999.
- STACHOWSKA, Ruthard: Mehrgenerationentherapie und Genogramme in der Drogenhilfe. Asanger, Heidelberg, Kröning, 2002.
- THOMASIIUS, Rainer et al.: Familiendynamische und therapeutische Aspekte des Drogenmissbrauchs in der Adoleszenz. In: Familiendynamik. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemorientierte Praxis und Forschung. RETZER, Arnold (Hg.), Klett-Cotta, Stuttgart, Nr. 3, 2002; S. 297–323.

© Mag.a Christina Lenz