

CHRISTINA LENZ

# MENSCHEN MIT DROGENSÜCHTIGEM VERHALTEN IN DER EIGENEN PRAXIS



## WIE KONZEPTIONALISIEREN

österreichische ExpertInnen die Entstehung und die Behandlung drogensüchtigen Verhaltens in Übereinstimmung bzw. im Unterschied zu den etablierten systemischen Schulen? Wie kann daraus Orientierung für die eigene Arbeit im ambulanten Setting gewonnen werden?

gene Arbeit im ambulanten Setting gewonnen werden?

### 1. ZUR ENTSTEHUNG DER DISSERTATION

1999 hatte ich die Gelegenheit, ein Praktikum an der Drogenzugsstation des Anton-Proksch-Instituts in Wien zu absolvieren. Aus diesem Praktikum ergab sich eine Arbeitstätigkeit, die sich über nahezu zehn Jahre erstreckte. Es wurde zu einer Zeit der vielfältigen Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Menschen mit drogensüchtigem Verhalten, wobei mein berufliches Denken und Arbeiten stark durch den klinisch-institutionellen Rahmen geprägt wurde.

Im Kontext der Ausbildung zur systemischen Familientherapeutin wandelten sich viele meiner Sichtweisen. Während dieses Prozesses entstand die Idee, systemische Prämissen und Handlungsweisen bei der Arbeit mit Menschen mit drogensüchtigem Verhalten umfassend zu erkunden. Ich wollte erforschen, wodurch systemisches Arbeiten bei der Drogensuchtthematik geleitet sein sollte und wie Angehörige in die Therapie eingebunden werden könnten. Diese Absicht mündet in meine Dissertation: Sie soll eine Übersicht zum „State of the art“ ambulanter systemischer Therapie bei drogensüchtigem Verhalten ermöglichen und TherapeutInnen Orientierung für die praktische Arbeit mit betroffenen KlientInnen und ihren Angehörigen ermöglichen.

Orientierung soll Sicherheit hinsichtlich theoretischer sowie praktischer Bezüge und Zusammenhänge vermitteln. Sicherheit soll jene therapeutische Freiheit und Kreativität ermöglichen, die für hilfreiche Therapien und die individuelle Einstellung auf jede Klientin und jeden Klienten notwendig sind.

Kreativität ermöglichen, die für hilfreiche Therapien und die individuelle Einstellung auf jede Klientin und jeden Klienten notwendig sind.

### 2. VORGEHENSWEISE

Um das oben beschriebene Ziel zu erreichen, habe ich zuerst anhand von systemischer Primärliteratur die einzelnen Schulen hinsichtlich ihres Störungs- und Lösungsverständnisses, ihrer TherapeutInnen- und KlientInnenrolle sowie ihrer Wirkbedingungen und spezifischen Arbeitsweisen verglichen. Danach habe ich hauptsächlich mittels Sekundärliteratur die einzelnen Schulen hinsichtlich ihrer Position bei der Arbeit mit Menschen mit drogensüchtigem Verhalten anhand der Meta- und Problemtheorien, der therapeutischen Beziehung, des Konzepts und des Settings sowie der therapeutischen Prozesse allgemein und der Interventionen unterschieden.

Daran schließen ExpertInneninterviews mit österreichischen LehrtherapeutInnen an, die mittels qualitativer Sozialforschung (in diesem Fall: Leitfadeninterviews) zu folgenden thematischen Schwerpunkten bei der Arbeit mit Menschen mit drogensüchtigem Verhalten befragt wurden: Dominante Störungs- und Lösungsmodelle, Inter-

ORIENTIERUNG SOLL SICHERHEIT HINSICHTLICH THEORETISCHER SOWIE PRAKTISCHER BEZÜGE UND ZUSAMMENHÄNGE VERMITTELN. SICHERHEIT SOLL JENE THERAPEUTISCHE FREIHEIT UND KREATIVITÄT ERMÖGLICHEN, DIE FÜR HILFREICHE THERAPIEN UND DIE INDIVIDUELLE EINSTELLUNG AUF JEDE KLIENTIN UND JEDEN KLIENTEN NOTWENDIG SIND.

ventionspraktiken, Modelle der therapeutischen Beziehung, Prozessmodelle sowie Modelle des therapeutischen Settings, auf die sich die ExpertInnen beziehen; Nach der Auswertung der Interviews wurden die Ergebnisse des theoretischen Teils mit denen des empirischen Teils verglichen und unterschieden. Den Schluss der Stu-

die und auch des zweiten Teils dieses Artikels bilden 25 Leitlinien zur Orientierung für systemische TherapeutInnen, die unterstützende Empfehlungen für die ambulante systemische Arbeit mit Menschen mit drogensüchtigem Verhalten und ihren Angehörigen darstellen sollen.

### 3. THEORETISCHE ERGEBNISSE

#### 3.1.1 PSYCHODYNAMISCHE FAMILIENTHERAPIE

Die Wurzeln der systemischen Familientherapie sind an der Ostküste der USA zu finden. Hier wird in den 50er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts die Familientherapie genutzt, um die psychiatrische Arbeit zu ergänzen. Durch die erzielten Erfolge kann sich erstere behaupten. Bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen erweist es sich als hinderlich, lediglich mit den Betroffenen alleine zu arbeiten und die Familienangehörigen aus der Therapie herauszuhalten. Es zeigt sich als hilfreich, mehrere Mitglieder eines familiären Systems zu beachten und in die Arbeit einzubinden. Das führt dazu, dass die Pioniere der Familientherapie (wie zum Beispiel Theodor Lidz, Nathan Ackerman, Lyman Wynne, Murray Bowen und andere) besonderes Augenmerk auf die sog. „nicht geglückten Ablösungsprozesse“ der Kinder und Jugendlichen von ihren Eltern legen. Durch den engeren Kontakt zu den Angehörigen entsteht die Überzeugung, dass das Verhalten der Kinder und Jugendlichen durch das Verhalten der Eltern und Angehörigen geprägt wird. Mittels dieser Sichtweise gelingt es, den Blick weg vom pathologischen Konfliktverhaltensverhalten der PatientInnen hin auf eine pathologische Interaktion im Familiensystem zu richten. Das Individuum steht nun nicht mehr alleine im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.

Bei der Entstehung von Störungen wird die Perspektive auf innerfamiliäre Zusammenhänge um politische und gesellschaftliche Gegebenheiten erweitert.

#### 3.1.2 PSYCHODYNAMISCHE PROBLEMTHEORIE DER ENTSTEHUNG DROGENSÜCHTIGEN VERHALTENS

Die psychodynamische Familientherapie versteht sog. „familiäre Entwicklungsvoraussetzungen“ als Hauptursache

für die Entstehung von Suchterkrankungen. Der Schweizer Psychiater und Psychoanalytiker Raymond Battegay bestätigt diese Annahme. „..., dass liebloses und ungesichertes Aufwachsen bis in die reifen Erwachsenenjahre ein erhöhtes Risiko für den Suchtmittelgebrauch beinhalten kann. Die Suche nach narzisstischen Verstärkungen und ‚Hungerstillung‘ wird als Hauptmotiv des Griffs nach dem Suchtmittel gesehen.“ (Battegay, 1998, S. 149)

Außerdem bilden gewisse konstitutionelle, personale Voraussetzungen, wie Borderline-Persönlichkeitsstrukturen oder narzisstische Persönlichkeitsstrukturen ebenfalls günstige Umstände für eine Suchtentwicklung. Solche personalen Voraussetzungen werden als sog. „Ich-Schwäche“ ab der frühen Kindheit bezeichnet. Diese entstehen entweder durch mangelnde Bestätigung der kindlichen Persönlichkeit, einem frühen Auf-sich-alleine-gestellt-Sein und dem Gefühl unerwünscht zu sein oder durch übermäßiges Verwöhnen, eine symbiotische Bindung zwischen dem Familienmitglied mit dem drogensüchtigen Verhalten und einem Elternteil (vgl., Boszormeny-Nagy & Spark, 1973).

Die Kinder wollen die Eltern vor der Angst vor dem Verlassenwerden und der Einsamkeit beschützen. Es wird als Aufgabe der Familienmitglieder verstanden, der Familie ein Leben lang in der bisher gelebten Form treu zu bleiben. Diese ausgeprägten Loyalitätsbindungen sind oft über mehrere Generationen zu beobachten. Geringe Frustrationstoleranz und unzureichende Fähigkeit zur Realitätsprüfung sind die Folgen.

Drogen sind in dem oben beschriebenen Sinn ein Mittel zur Selbstheilung. Sie rücken die Welt, zumindest für kurze Zeit, in ein zufriedenstellenderes Licht. Die Wärme und Geborgenheit, die den Jugendlichen in deren Familien vorenthalten wird, wird durch den Rauschzustand konstruiert. Die „narzisstische Leere“ kann auf diese Weise ein wenig gelindert werden. Die Drogen sind als sog. „Liebesobjekte“ bedeutender als Menschen. Die Drogen bieten Sicherheit und Verlässlichkeit, die in Beziehungen mit Menschen nicht erlebt werden konnte.

„Der psychodynamische Ansatz hat verschiedene Familientherapieschulen nachhaltig beeinflusst. In der Therapiepraxis spielt der Ansatz bei der Behandlung jugendlicher oder erwachsener Drogenkonsumenten aber nur eine untergeordnete Rolle.“ (Thomasius et al., 2005, S. 86)

### 3.2.1 WACHSTUMS- UND ENTWICKLUNGSORIENTIERTE FAMILIENTHERAPIE

Nach Virginia Satir, der Begründerin der wachstums- und entwicklungsorientierten Familientherapie, ist ein problematisches Symptom ein sog. „Hilferuf eines Familienmitgliedes“, das durch die familiären Umstände in seiner natürlichen Entwicklung behindert wird. Diese hemmenden Umstände sind z. B. starre Regeln in der Familie, die keine Veränderungen erlauben und somit das persönliche Wachstum beschränken. Solche ungünstigen Bedingungen entwickeln sich - so Satir - über mehrere Generationen in Familiensystemen. Zudem tragen sich oft widersprechende Botschaften, die über einen längeren Zeitraum von einer bedeutenden Bezugsperson an ein Kind gesendet werden, zu Störungen bei. Für Eltern mit geringem Selbstwert scheint es häufig die einzige Möglichkeit zu sein, ihre Position zu stärken, wenn sie ihre Kinder mittels widersprüchlicher Botschaften auf ihre Seite ziehen.

Schließlich beschreibt Satir vier Kommunikationsstile, die sich ungünstig auf die natürliche Entwicklung von Menschen auswirken: Beschwichtigend/versöhnlich, anklagend, rationalisierend und ablenkend. Einzig eine kongruente, fließende, authentische Kommunikation unterstützt die natürliche, störungsfreie Entwicklung. „Unter den fünf Kommunikationsformen hat nur die ‚fließende‘ eine Chance, Brüche zu heilen, Stagnationen innerhalb einer Beziehung zu durchbrechen oder Brücken zwischen Menschen zu bauen.“ (Satir, 1975, S. 95)

Satirs Arbeit ist von Respekt und Wertschätzung den Menschen gegenüber geprägt. Sie hat die Überzeugung, dass Menschen grundsätzlich gleichwertig, von Grund auf gut und in der Lage sind, die Schwierigkeiten des Lebens selbst zu meistern. Menschen verfügen über die Fähigkeit, sich lebenslang zu verändern.

Eine weitere wichtige Säule von Satirs Denken und Handeln ist das Konzept des „persönlichen Selbstwerts“. Dieser hat ihrer Ansicht nach direkte Auswirkungen auf den Umgang mit sich selbst und mit anderen.

### 3.2.2 STÖRUNGSSPEZIFISCHES ARBEITEN IN DER ENTWICKLUNGS- UND WACHSTUMSORIENTIERTEN FAMILIENTHEORIE

Satir wirkt in einer Zeit, als symptom- oder störungsspezifische Ideen das therapeutische Arbeiten noch nicht maßgeblich beeinflusst haben. Die Menschen mit ihren Eigenarten und die persönliche Motivation der KlientInnen waren gänzlich ausschlaggebend für das

ZUDEM TRAGEN SICH OFT WIDERSPRECHENDE BOTSCHAFTEN, DIE ÜBER EINEN LÄNGEREN ZEITRAUM VON EINER BEDEUTENDEN BEZUGSPERSON AN EIN KIND GESENDET WERDEN, ZU STÖRUNGEN BEI. FÜR ELTERN MIT GERINGEM SELBSTWERT SCHEINT ES HÄUFIG DIE EINZIGE MÖGLICHKEIT ZU SEIN, IHRE POSITION ZU STÄRKEN, WENN SIE IHRE KINDER MITTELS WIDERSPRÜCHLICHER BOTSCHAFTEN AUF IHRE SEITE ZIEHEN.

therapeutische Handeln. Es gibt daher in der wachstums- und entwicklungstheoretischen Familientherapie keine expliziten Aufzeichnungen von der Arbeit mit Menschen mit drogensüchtigem Verhalten und ihren Angehörigen. Die Beziehungsprozesse stehen im Vordergrund.

### 3.3.1 STRUKTURELLE FAMILIENTHERAPIE

Salvador Minuchin prägt mit dem Gedankengut der strukturellen Familientherapie das Verständnis für die Bedeutung von Struktur und Grenzen innerhalb der Familie. Neben dem Fokus auf Strukturen und Grenzen ist die Be-

achtung der Subsysteme in der Familie eine der wesentlichen Säulen in Minuchins praktischem und theoretischem Vorgehen. Einer Familie soll „zu eindeutigen Grenzen, klarer Hierarchie und der Entwicklung von genügend Autonomie“ (Binter, 2005, S. 331) verholfen werden. Die TherapeutInnen nehmen in der strukturellen Familientherapie eine direktive Rolle ein. Sie erkunden durch Bilden und Überprüfen von Hypothesen das Funktionieren von Systemen. „Die Werkzeuge dieser Therapie bestehen in der Modifizierung, nicht in der Erforschung und Deutung der Vergangenheit.“ (Minuchin, 1976, S. 28)

Es ist kritisch anzumerken, dass die TherapeutInnen in der strategischen Familientherapie ein inneres Bild der „richtigen“ Interaktionen und Grenzen in der Familie haben. Ein weiterer Kritikpunkt besteht darin, dass die Wirkung der Therapie hauptsächlich auf das Handeln der TherapeutInnen zurückgeführt wird.

### 3.3.2 STRUKTURELLE PROBLEMTHEORIE DER ENTSTEHUNG DROGENSÜCHTIGEN VERHALTENS

Die strukturelle Familientherapie geht davon aus, dass sich Familien, in denen sich drogensüchtiges Verhalten entwickelt, nicht durch die Art der Konflikte von klinisch unauffälligen Familien unterscheiden, sondern durch die Art der Problembewältigung.

Es zeigt sich ein rigides Reagieren auf die lebenszyklischen Veränderungsanforderungen innerhalb der Familie. Es werden Verstrickungen und Triangulierungen im Familiensystem als Ursache für drogensüchtiges Verhalten gesehen. Der verstrickte Elternteil, meistens ist es die Mutter, unterstützt das Symptom der identifizierten PatientInnen durch gemeinsame Geheimnisse, durch Schutzangebote oder durch Finanzierung der Drogen. Verbal wird dieses begünstigende Verhalten aber gänzlich abgestritten.

Bei den Forschungsarbeiten struktureller FamilientherapeutInnen sind auffällig oft folgende Merkmale von Familien mit süchtigen Mitgliedern deutlich geworden:

- Die Menschen mit drogensüchtigem Verhalten sind die SymptomträgerInnen einer familiären Dysfunktion. Unter anderem ist ein Negativismus für diese Familien bezeichnend, der sich in einem ausgeweglosen, entfremdeten Familienleben und in

einer Kommunikation, die durch Kritik und Vorwürfe geprägt ist, zeigt.

- Menschen mit drogensüchtigem Verhalten halten die Homöostase der Familie aufrecht, indem sie durch die Drogenproblematik das eigentliche Konfliktthema kaschieren.
- Das süchtige Verhalten verstärkt das Bedürfnis der Eltern, ihr Kind zu überwachen, die Fürsorge fortzusetzen, die dennoch nicht das eigentliche Bedürfnis stillen kann. Die Erwartungen der Eltern sind entweder unrealistisch hoch, sodass die Liebe abhängig vom Erfolg wird und das Lob fehlt, oder unrealistisch niedrig, sodass eine ehrliche Wertschätzung aus diesem Grund nicht erfolgen kann. Im Allgemeinen gibt es keinen körperlichen Ausdruck von Liebe und Zuneigung.
- Drogen- oder Alkoholkonsum sind unter den Eltern und den vorherigen Generationen weitverbreitet. Damit geht das Unvermögen, sich über Schwierigkeiten und Emotionen verbal zu äußern, einher. Als Selbstmedikation schützen Drogen vor Ängsten und Depressionen. Die Eltern neigen dazu, die legalen und illegalen Handlungen der Familienmitglieder mit dem drogensüchtigen Verhalten zu verleugnen.
- Menschen mit drogensüchtigem Verhalten gehen über Generationsgrenzen hinweg Allianzen ein, die die Eltern voneinander entfernen. Die Eltern konkurrieren miteinander, und darüber hinaus sind die Generationsgrenzen diffus. Es gibt keine klaren, sondern uneindeutige Regeln und Grenzen und mehrdeutige Botschaften. Durch den Drogenmissbrauch werden die Eltern zu einer eindeutigen Haltung herausgefordert.
- Oft sind beruflich erfolgreiche Geschwister zu beobachten. Die Menschen mit dem drogensüchtigen Verhalten entziehen sich auf ihre Weise dem beruflichen Leistungsdruck.
- Schließlich ist die unvollständige Trauerarbeit der Eltern von Verlusten und traumatischen Erlebnissen in ihrer Geschichte zu erwähnen. Durch ihre eigene Verstrickung mit der vorherigen Generation wird ein Ablösen von der nachfolgenden Generation zunächst unmöglich.

- Es besteht ein geheimes Einverständnis aller Familienmitglieder in Bezug auf das drogensüchtige Verhalten, da scheinbar nur so das familiäre Gleichgewicht erhalten werden kann und Trennung und Autonomie verhindert werden. (Vgl., Kaufman & Kaufmann, 1983, S. 46ff; Stanton & Todd, 1983, S. 65f; Reilly, 1983, S. 121ff)

### 3.4.1 STRATEGISCHE FAMILIENTHERAPIE

Fokus der strategischen Therapie ist die wechselseitige Ablösung der einzelnen Familienmitglieder. Sie versteht problematisches Verhalten von Jugendlichen, die eigentlich in der Phase der Ablösung begriffen wären, als einen Versuch, die Eltern zu veranlassen über sie und ihretwegen zu kommunizieren. Das lässt den elterlichen Konflikt in den Hintergrund treten und stabilisiert die Familiensituation. Damit wird jedoch zugleich die Auflösung der Familie behindert. Im Kontext therapeutischer Lösungen wird die funktionale Organisation wieder hergestellt. Der/die Jugendliche wird aus dem elterlichen Konflikt befreit.

Für den gelingenden Therapieprozess ist es wichtig, dass PsychotherapeutInnen ein Bündnis mit den Eltern eingehen und in Kooperation mit den anderen Familienmitgliedern bleiben. Außerdem ist es ihre Aufgabe, zuerst die problematische Organisationsform zu destabilisieren und danach, in einer zweiten Phase, eine funktionale Organisation zu stabilisieren. Die Jugendlichen werden nicht mehr als elterliches Kommunikationsvehikel genutzt.

Watzlawick und die strategische Therapie des BTC (Brief Therapie Center) gehen demnach davon aus, dass das auffällige Verhalten von Menschen nicht ausschließlich auf die Persönlichkeit zurückgeführt werden kann, sondern verstärkt auf bestimmte Kommunikationsstrukturen in der Familie.

### 3.4.2 STRATEGISCHE PROBLEMTHEORIE DROGENSÜCHTIGEN VERHALTENS

In der strategischen Sichtweise ist es einerseits bedeutungslos, ob die Lebensprobleme das drogensüchtige Verhalten hervorrufen oder umgekehrt: „This question is meaningless as: they come together and fill each other at one point of the journey, you need to adress both of them in a kind of healthy seesaw game during the treatment, and following a personal observation: patients have no problem when they are using drugs, during that moment everything is all right, it's when they come back to life that problems resume ...“ (Moretto, 2008, S. 26) Das bedeutet für die Therapie unter anderem, dass parallel an beiden Bereichen gearbeitet wird: den Lebensproblemen und den Drogenproblemen. Nur auf diese Weise kann die notwendige Balance hergestellt werden.

**DIE STRATEGISCHE FAMILIENTHERAPIE, EINE ETABLIERTE, ZIELFÜHRENDE VORGEHENSWEISE, STELLT DIE AUSWIRKUNGEN DES DROGENSÜCHTIGEN VERHALTENS AUF DIE WICHTIGSTEN BEZIEHUNGSSTRUKTUREN IN GEGENWART UND ZUKUNFT IN DEN MITTELPUNKT DES INTERESSES.**

Andererseits bewerten strategische FamilientherapeutInnen drogensüchtiges Verhalten als Versuch, Konflikte in der Familie zu lösen oder als Versuch, die persönliche Abgrenzung und Ablösung von der Herkunftsfamilie im berauschten Zustand kurzfristig zu ermöglichen. „Süchtiges Verhalten wird also als erlerntes und im Feld wichtiger Bezugspersonen aufrechterhaltendes Verhalten verstanden, das sich auf die interpersonellen Beziehungen auswirkt und Bedeutung für die Regulierung des Beziehungsgleichgewichts erlangt.“ (Thomasius et al., 2000, S. 123)

Die strategische Familientherapie, eine etablierte, zielführende Vorgehensweise, stellt die Auswirkungen des drogensüchtigen Verhaltens auf die wichtigsten Bezie-



hungsstrukturen in Gegenwart und Zukunft in den Mittelpunkt des Interesses.

Mit der Frage, welche Bedeutung einzelne Familienmitglieder dem Drogenmissbrauch beimessen, können die Beziehungsstrukturen und die Auswirkung des süchtigen Drogenkonsums von den TherapeutInnen exploriert werden. Es wird mit den Problemen, die die Familienmitglieder selber benennen, gearbeitet und eine gemeinsame Therapiezieldefinition formuliert.

### 3.5.1 SYSTEMISCHE THERAPIE NACH DEM MAILÄNDER MODELL

Nach dem Mailänder Modell ist die Entwicklung von psychischen Störungen bei Jugendlichen stark mit der Interaktion des Elternpaares bzw. dem Hintergrund ihrer Herkunftsfamilien verbunden. Erstarrte Familienregeln, die den Erhalt der Familie gewährleisten sollen, führen zu psychischen Leidenszuständen.

Das Kind schlägt sich auf die Seite des vermeintlich Schwächeren und „spielt“ so als SymptomträgerIn beim „Spiel“ der Eltern „mit“. Verdeckte Machtkämpfe der Eltern, bei denen es um die Kontrolle über die Gestaltung der Paar- und Elternbeziehung geht, bilden die Ursache jugendlicher Problementwicklung.

Eine weitere Möglichkeit nach Ansicht des Mailänder Modells Störungen zu entwickeln sind sog. „Doppelbindungen“. Sie bestehen aus einem verbalen, offensichtlichen Angebot, das nonverbal verneint und somit verworfen wird. Sie dienen ebenfalls dazu, den Zusammenhalt und die Aufrechterhaltung der Regeln und Kommunikationsformen zu gewährleisten. Das Veränderungsbedürfnis von solchen Familiensystemen zeigt sich in der Variation von Störungen.

Ziel der Therapie ist, klare Grenzen zwischen den Subsystemen zu schaffen, Verdecktes offenzulegen und somit dysfunktionale Regeln und Kommunikationsformen aufzulösen.

### 3.5.2 MAILÄNDER PROBLEMTHEORIE DROGENSÜCHTIGEN VERHALTENS

Wie nach der Mailänder Schule mit Menschen mit drogensüchtigem Verhalten und ihren Angehörigen gearbeitet

wird, ist nicht öffentlich zugänglich. Forschungsergebnisse im Sinne von Studien, Fallbeschreibungen, wissenschaftlichen Artikeln oder anderen Texten sind nicht verfügbar.

### 3.6.1 LÖSUNGSORIENTIERTE KURZZEITTHERAPIE

Steve de Shazer, der Begründer der lösungsorientierten Kurzzeittherapie, bezeichnet die Ausnahmen vom Problemzustand bereits als die ersten Elemente der Lösung. Es geht hierbei um eine Veränderung der problemorientierten Sichtweise.

Für die therapeutische Beziehung sind „Kooperation“, „Konsens“ und „Verhandlungen“ von Bedeutung. Der Zweck der therapeutischen Gespräche besteht im Formulieren von Zielen und im Entwickeln von Lösungen.

Beim Setting ist es de Shazers einzige Vorgabe, dass alle jene Personen dabei sein sollen, die die KlientInnen für die Lösung als notwendig erachten.

Zentrale Wirkbedingungen sind Kooperation und der Aufbau von positiven Erwartungen. In einem kooperativen Arbeitsklima kann sich die Wirkung der Therapie am besten entfalten. Die freundliche Haltung der TherapeutInnen, ihr Verständnis für die KlientInnen und ihre Beachtung jedes funktionierenden Lebensbereichs der KlientInnen machen ein derartiges Arbeitsklima aus. Die KlientInnen ihrerseits werden als grundsätzlich kooperativ wahrgenommen.

Besonderes Gewicht wird auf Klarheit und die Relevanz von Zielen, die gut realisierbar sind, sowie auf Prozesse der Bedeutungsveränderung und Handlungsanregungen gelegt.

### 3.6.2 LÖSUNGSORIENTIERTE PROBLEMTHEORIE DROGENSÜCHTIGEN VERHALTENS

„Die kurztherapeutischen Schulen zielen darauf ab, durch möglichst wenige Interventionen die Strukturen und Entwicklungsbarrieren von Familien diskontinuierlich zu verändern.“ (Thomasius et al., 2000, S. 125) Die Probleme, die gelöst werden sollen, werden von den KlientInnen selbst als solche definiert. Im Mittelpunkt stehen die Vorstellungen der KlientInnen von der Gestal-

tung ihres eigenen Lebens. Durch die Therapie sollen sie in der Wiederherstellung ihrer eigenen Würde und im Wiederfinden ihrer Identität unterstützt werden.

Die lösungsorientierte Kurzzeittherapie hat ein äußerst geregeltes, wertschätzendes Konzept für die Arbeit mit Menschen mit drogensüchtigem Verhalten und ihren Angehörigen entwickelt (Kim Berg & Reuss, 1999). Es ist gelungen, dass trotz der genauen Vorgaben der Interventionen die Entscheidungsfreiheit der KlientInnen und die Lösungs- und Konstruktneutralität der TherapeutInnen erhalten bleiben und sogar gefördert scheinen.

### 3.7.1 NARRATIVE FAMILIENTHERAPIE

Michael White stellt die „Erzählung“ in den Mittelpunkt des therapeutischen Gesprächs. Die KlientInnen sind ExpertInnen für ihre eigenständige Lebens- und Problemlösungsgestaltung. Die Therapie wird als Möglichkeit gesehen, dass Menschen ihr außer Acht gelassenes Wissen über die Lösung ihrer Probleme – wieder – entdecken können.

Mit dieser Haltung kritisiert White, dass bei Therapiebeziehungen, bei denen die TherapeutInnen beanspruchen zu wissen, wie die KlientInnen sich „richtig“ verhalten sollen, um problemfrei zu leben, die TherapeutInnen eine übergeordnete Machtposition gegenüber den KlientInnen einnehmen. „Im Kontext einer konstruktivistischen epistemologischen Prämisse gehen White und Epston davon aus, dass niemand über ein bevorzugtes Wissen über die Welt verfügt, dass eine ‚objektive‘ Beschreibung der Welt nicht möglich ist und niemand über einen privilegierten Zugang darüber verfügt, Realität zu beschreiben und zu erklären.“

(Grossmann, 2005, S. 145)

### 3.7.2 NARRATIVE PROBLEMTHEORIE DROGENSÜCHTIGEN VERHALTENS

Narrative Therapie sieht den Ursprung von psychischen Störungen nicht in den Menschen selber, sondern im gesellschaftlichen Kontext.

Die Erzählungen über Ausnahmen, Gelungenes und Ressourcen werden aufgrund der defizitären Prägung der

Menschen vernachlässigt. Störung wird als Ausdruck von sog. „Internalisierungsprozessen“, bei denen Menschen durch ihnen nahestehende Personen als ungenügend beschrieben werden, verstanden. So wird der eigene Wert über einen längeren Zeitraum hin gemindert, und es entsteht das Gefühl der Hilflosigkeit, der Ohnmacht und der Machtungleichheit, da die eigenen Problemlösungsmöglichkeiten verringert wirken.

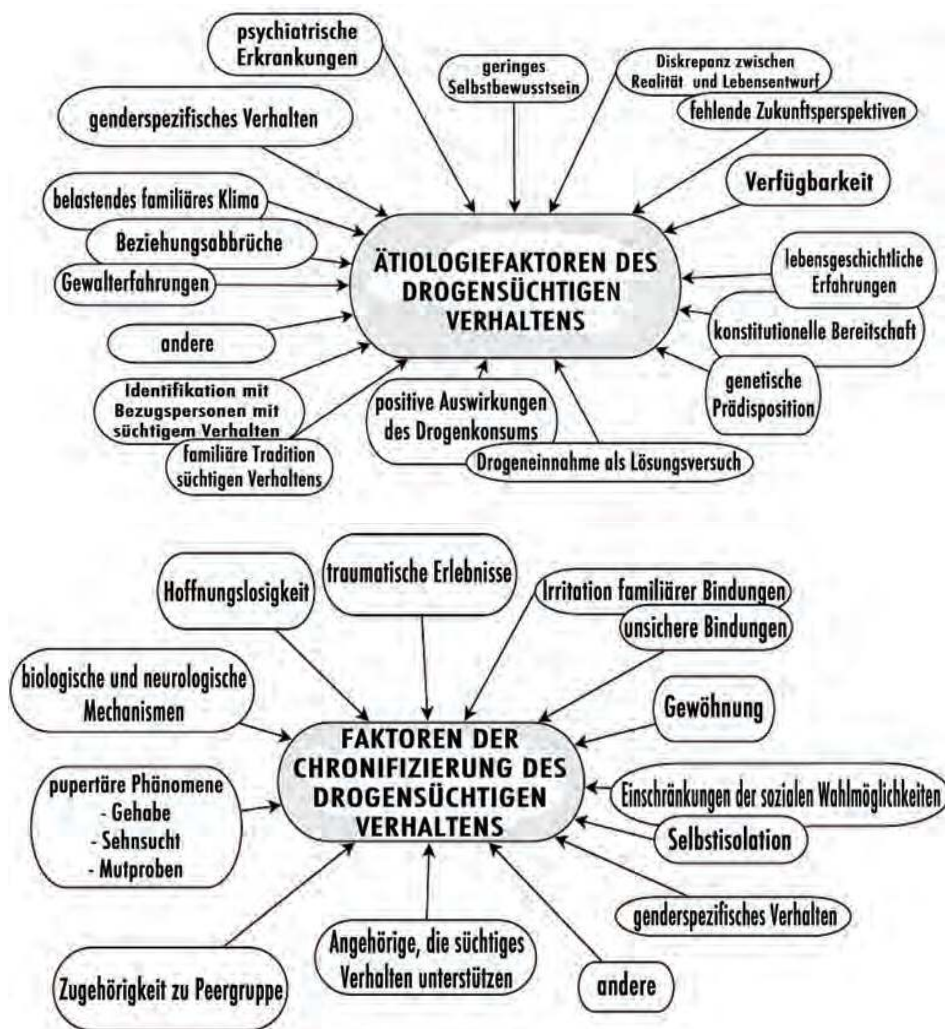
Erst durch die Wiederentdeckung der Ausnahmen, des Gelungenen und der Ressourcen im Gespräch können Lösungen entstehen.

Bei der Narrativen Familientherapie geht es vorrangig darum, das problematische Verhalten, das von den KlientInnen und auch meistens von ihren Angehörigen als dem Betroffenen immanent gesehen wird, zu externalisieren. Externalisieren ist eine Technik der systemischen Therapie, bei der das problematische Verhalten von der Identität der Betroffenen unterschieden wird. Die Gleichsetzung des eigenen Selbst mit dem Problem wird auf diese Weise unterbrochen (White & Epston, 1990). So kommt man zu der Möglichkeit, nach Ausnahmen vom problematischen Verhalten zu suchen.

Je nachdem, wie die KlientInnen die Beziehung zu den Drogen sehen, entwickeln sie unterschiedliche Erklärungen für ihr Verhalten. Michelle Cherubin unterscheidet aufgrund ihrer Erfahrung zwischen folgenden neun Erklärungen (vgl., Cherubin, 2005): Kindheitstrauma, geringe Willensstärke, irrationale Gedanken, die Unfähigkeit Genüsse hinauszuzögern, das Bedürfnis zu fliehen, geringe Selbstkontrolle, das Bedürfnis Gefühle zu unterdrücken, der Glaube, eine schlechte und anormale Person zu sein, eine „Suchtpersönlichkeit“ sein.

Viele dieser Erklärungen werden durch medizinische, psychologische, rechtliche Institutionen und die Medien generiert und verfestigt. Dadurch entwickelt sich das Verhalten der Personen zu einem problematischen. Größere soziale und historische Zusammenhänge scheinen zu diesem Zeitpunkt unbedeutend. Hoffnungslosigkeit, Schuld und Schande der Betroffenen sind eine Folgeerscheinung.

Die abgebildeten Mind-Maps stellen einige Themengebiete aus den ExpertInneninterviews mit den österreichischen LehrtherapeutInnen im Überblick dar:



#### 4. AUSZÜGE AUS DEN ERGEBNISSEN DER EXPERTINNENINTERVIEWS

Nun werden kritische Gedanken zu den ExpertInneninterviews dargestellt. Es wird gezeigt, bei welchen Themen die österreichischen ExpertInnen mit den vorherrschenden systemischen Theorien übereinstimmen und in welchen sie sich durch die verschiedenen Standpunkte ergänzen oder unterscheiden.

Es fällt auf, dass alle ExpertInnen die Bereitschaft bekundet haben, offen über ihre Arbeit zu sprechen und

diese anhand der Leitfragen zu reflektieren. Die ExpertInnen bleiben bei keiner Frage eine Antwort schuldig oder verweigern diese. Das lässt darauf schließen, dass österreichische systemische LehrtherapeutInnen in hohem Maße ihrer Arbeit gegenüber kritikfähig sind.

Die Ergebnisse der Interviews weisen darauf hin, dass systemische oder auch störungsspezifische Literatur nicht die primäre Quelle der Praxisreflexion der ExpertInnen ist. Das könnte erklären, weshalb keine theoretischen Ätiologiemodelle zu erfragen waren. Andererseits könnte das Fehlen der Ätiologiemodelle auch mit der systemischen Haltung, die, unter anderem, Unvoreingenommenheit gegenüber Menschen betont, im Zusammenhang stehen. Diesem Punkt lässt sich jedoch entgegenstellen, dass theoretisches Wissen grundsätzlich die Handlungsfreiheit in der Praxis erhöht und das individuelle Vorgehen vor einem gesicherten theoretischen

Hintergrund erleichtern kann.

Es zeigt sich, dass österreichische ExpertInnen die möglichen Bedingungen für die Suchtentstehung eher während ihrer Tätigkeit von den KlientInnen kennengelernt haben als aus theoretischen Quellen.

Psychodynamische TherapeutInnen haben die Überzeugung, dass eine gewisse Art der Bindung zu den Eltern, besonders zur Mutter, die Entstehung von drogensüchtigem Verhalten begünstigt.

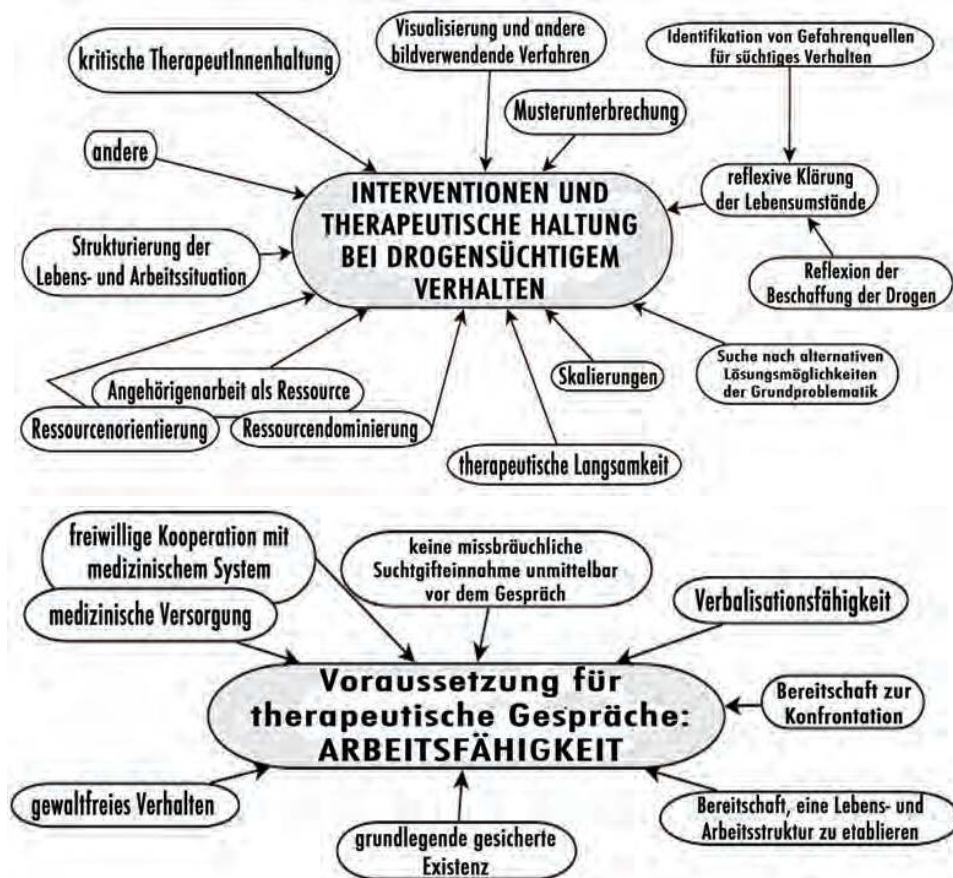
Weiters plädiert die psychodynamische Schule dafür, dass Therapie erst dann tatsächlich stattfinden kann,



wenn die Menschen frei vom Einfluss der Suchtmittel sind. Einige ExpertInnen stimmen darin zu, dass die Arbeit mit den eigentlichen Emotionen der Menschen nur in einem suchtmittelfreien Zustand möglich ist. Einigkeit zwischen der psychodynamischen Schule und den ExpertInnen besteht ebenfalls in der Annahme, dass Traumatisierungen Einfluss auf die Entstehung süchtigen Verhaltens haben. Diese können das Beziehungsverhalten auf eine Weise prägen, von der vermutet wird, dass sie drogensüchtiges Verhalten begünstigt. Interessanterweise scheint der Empirismus für die Arbeit der österreichischen ExpertInnen maßgebend zu sein. Der Empirismus ist eine erkenntnistheoretische Denk- und Handlungsweise. Hierbei wird das Wissen aus den persönlichen Sinneserfahrungen, der Beobachtung und den Experimenten angewendet. Die Arbeit Satirs, die

wachstums- und entwicklungsorientierte Familientherapie, baut auf dem Empirismus auf. Hier wird die persönliche Entwicklung der Menschen betont. In der strukturellen Familientherapie wird angenommen, dass sich drogensüchtiges Verhalten durch spezielle Herangehensweisen bei der Konfliktbewältigung manifestieren kann. Nicht die Art der Konflikte zeichnen Familien mit drogensüchtigen Verhalten aus, sondern deren Problembewältigung. Diesen Aspekt erwähnen die interviewten österreichischen ExpertInnen bei der Frage nach den ätiologischen Bedingungen nicht. Hingegen schließen sie sich dem strukturellen Gedankengut, dass Vergangenheitsarbeit in der Therapie von Menschen mit drogensüchtigem Verhalten keine wesentliche Rolle spielt, mehrheitlich an. Im Vordergrund stehen die Veränderungen in der Gegenwart und in der Zukunft.

Der strukturellen Annahme, dass die TherapeutInnen klare Vorstellungen von funktionalen Familiensystemen haben sollten, stellen sich die ExpertInnen deutlich entgegen. Das ideale Familiensystem, das das Ziel der Veränderungen durch den therapeutischen Prozess darstellen soll, gibt es bei den Befragten nicht. Für strukturelle FamilientherapeutInnen steht das problematische Familiensystem im Vordergrund und nicht das drogensüchtige Verhalten. Deshalb hat die Ordnung desselben sowie die Einführung von fehlenden Grenzen Priorität. Individualität und Unvoreingenommenheit scheinen hingegen die oberste Maxime bei der Arbeit der befragten ExpertInnen zu sein. Es gibt aber eine Überein-



## RÜCKFÄLLE WERDEN ALS VORFÄLLE BETRACHTET. DIESE WERTSCHÄTZENDE, RESSOURCENORIENTIERTE, NORMALISIERENDE SICHTWEISE, DIE EINE OPTIMISTISCHE ZUKUNFTSPERSPEKTIVE IMPLIZIERT, WIRD VON DEN EXPERTINNEN BESTÄTIGT.

stimmung dahin gehend, dass weder bei den befragten Expertinnen noch bei der strukturellen Familientherapie die Entstehung des problematischen Verhaltens von zentraler Bedeutung ist.

Ein weiterer erwähnenswerter Unterschied zwischen der klassischen strukturellen Familientherapie und der Arbeitsweise der ExpertInnen ist beim Setting der Erstgespräche zu erkennen: In der strukturellen Familientherapie wird ein erstes Gespräch mit der ganzen Familie bevorzugt, wohingegen die befragten ExpertInnen grundsätzlich die Einzelarbeit präferieren.

In Übereinstimmung zur strategischen Familientherapie geben einige ExpertInnen an, die Entstehung und die Ursachen für das problematische Verhalten zu explorieren. Die Auswirkungen auf wichtige Beziehungen in der Gegenwart und in der Zukunft nehmen in den Gesprächen eine zentrale Stellung ein.

Hauptsächlich geben aber die KlientInnen die Themen, die für sie vorrangig sind, vor. Darin sind sich sowohl die befragten ExpertInnen als auch strategische FamilientherapeutInnen, die an den Lebens- und Drogenproblemen der Betroffenen parallel arbeiten, einig. Angestrebte Ziele implizieren die Vergrößerung des sogenannten Realitätssinns und der Problemlösungskapazität der Menschen mit drogensüchtigem Verhalten, die Sicherung ihrer medizinischen Versorgung und die Etablierung neuer sowie Verbesserung bereits bestehender sozialer Beziehungen sowohl in der strategischen Familientherapie wie auch für die meisten interviewten ExpertInnen.

Weiters fällt auf, dass Übereinstimmung darin besteht, dass die therapeutischen Gespräche Unterschiede in der bisherigen Sichtweise der KlientInnen herbeiführen sollen.

Es ist interessant, dass im Gegensatz zu den befragten ExpertInnen mehr noch als die visuellen Interventio-

nen die Arbeit mit Metaphern und Geschichten ihre Erwähnung in der strategischen Familientherapie findet.

Wie bereits bei der strategischen Familientherapie erwähnt, stimmen

die interviewten ExpertInnen ebenso mit der lösungsorientierten Kurzzeittherapie überein. Die Probleme, die es zu lösen gilt, werden von den KlientInnen und nicht von den TherapeutInnen als solche definiert. Ihre Eigenverantwortung und Entscheidungsfähigkeit steht im Zentrum der therapeutischen Arbeit. Das schließt die Abstinenz von den Drogen als vorrangiges Ziel zunächst einmal aus.

Dass die Tatsache, ob Klientinnen im BesucherInnenstatus oder im KundInnenstatus zu den Gesprächen kommen, Auswirkungen auf das therapeutische Tempo hat, wird von den befragten ExpertInnen nicht erwähnt.

Bemerkenswert ist die Einigkeit bei der Sichtweise, dass die Angehörigen für die hilfreiche Behandlung der Betroffenen genützt werden können.

Kurzzeittherapeutische Interventionen wie die „Wunderfrage“, die „Skalierungsfrage“ und die „Bewältigungsfrage“ sind von den ExpertInnen nicht erwähnt worden. Auch was die Anwendung therapeutischer Hausaufgaben betrifft, zeigen sich die befragten ExpertInnen eher zurückhaltend.

Beim Thema der Rückfälle in drogensüchtiges Verhalten ist zwischen der systemischen Kurzzeittherapie und den interviewten ExpertInnen durchwegs eine gemeinsame Haltung zu erkennen. Rückfälle werden als Vorfälle betrachtet. Diese wertschätzende, ressourcenorientierte, normalisierende Sichtweise, die eine optimistische Zukunftsperspektive impliziert, wird von den ExpertInnen bestätigt.

Die lösungsorientierte kurzzeittherapeutische Schule geht davon aus, dass, entgegen den Befürchtungen einiger befragter ExpertInnen, trotz geregelter Vorgehen bei den Interventionen, die sog. „Lösungs- und Konstruktneutralität“ der TherapeutInnen erhalten bleiben kann.

Eine Prämisse der narrativen Familientherapie, die sog.

„Externalisierung“ des problematischen Verhaltens, wurde auch von einigen der interviewten ExpertInnen als eine ihrer hilfreichen, üblichen Haltungs- und Arbeitsstrategien erwähnt. Außerdem besteht Einigkeit über eine wertschätzende TherapeutInnenhaltung den KlientInnen gegenüber.

Dass die Sprache Auswirkungen auf die Veränderung der Sichtweise der Betroffenen haben kann und dass Gespräche in der Muttersprache beziehungsweise dem gewohnten Dialekt einen besonderen Effekt haben können, wird von den befragten ExpertInnen nicht explizit angeführt. Was sie jedoch angeben ist, dass ein gewisses Maß an Kenntnis und Verständnis der Ausdrucksweise, die für ein drogensüchtiges Verhalten spezifisch ist, wichtig und unterstützend bei der Arbeit mit Menschen mit drogensüchtigem Verhalten ist.

Bei der narrativen Familientherapie gibt es, ebenso wie von den befragten ExpertInnen erwähnt, kein vorgegebenes Muster, wie die Exploration erfolgen soll. Sie orientiert sich am Interesse der KlientInnen und bildet sich im Wechselspiel als Antwort darauf.

Es wird bei der narrativen Familientherapie beschrieben, dass innerhalb therapeutischer Gruppen die Betroffenen ihre eigene Wirksamkeit deutlich in der Begegnung mit anderen erleben können. ExpertInnen geben bei den Interviews zu bedenken, dass durch Ko-Therapie oder „Reflecting-Teams“ KlientInnen das Bemühen um sie von mehreren Personen als erhöhte Wertschätzung ihrer eigenen Person erlebt werden kann. Beide Settingvariationen dienen der Musterunterbrechung und können einen Unterschied zum bisher Erlebten darstellen.

## 5. DIE ORIENTIERUNGSLEITLINIEN

Die verdichtete Form dieser Leitlinien soll dabei helfen, Überblick für die Arbeit in der eigenen Praxis zu gewinnen. Es wird kein einheitliches Arbeitsschema vorgegeben. Vielmehr soll der individuellen Arbeitsweise der

TherapeutInnen und den unterschiedlichen Persönlichkeiten der KlientInnen Raum gegeben werden.

Die Orientierungsleitlinien wollen den TherapeutInnen eine Struktur anbieten, in der Unterschiedlichkeiten bei der Settinggestaltung, der Kreativität bei der Gestaltung der therapeutischen Arbeit sowie der Vielfalt der Persönlichkeiten und Lebensgeschichten keine Grenzen gesetzt sind. „Sie (Anm. C.L.: die Leitsätze) sind so spezifisch, dass daran Therapie orientiert werden kann, und zugleich so unspezifisch, dass sie auf die Eigenart der jeweiligen Therapien angepasst werden kann.“ (Ludewig, 1987, S. 189)

ES IST INTERESSANT, DASS IM GEGENSATZ ZU DEN BEFRAGTEN EXPERTINNEN MEHR NOCH ALS DIE VISUELLEN INTERVENTIONEN DIE ARBEIT MIT METAPHERN UND GESCHICHTEN IHRE ERWÄHNUNG IN DER STRATEGISCHEN FAMILIENTHERAPIE FINDET.

Es ist Ziel der Orientierungsleitlinien, die wesentlichen Erkenntnisse und Ergebnisse aus der theoretischen sowie empirischen Forschungsarbeit der Dissertation in kurzer Form dennoch inhaltlich umfassend und theoriegetreu (vgl. Ludewig, 1987) darzustellen.

### 25 LEITLINIEN ZUR ORIENTIERUNG FÜR SYSTEMISCHE THERAPEUTINNEN

Unterstützende Empfehlungen für die ambulante systemische Arbeit mit Menschen mit drogensüchtigem Verhalten und ihren Angehörigen.

#### Störungs- und Lösungsmodelle

- Mehrere unterschiedliche Faktoren begünstigen die Entstehung drogensüchtigen Verhaltens.
- Mehrere unterschiedliche Faktoren begünstigen die Aufrechterhaltung drogensüchtigen Verhaltens.
- Rückfälle in drogensüchtiges Verhalten sind zu erwartende Vorfälle. Sie werden zur Reflexion genutzt.
- Drogensüchtiges Verhalten ist ein Lösungsversuch.

### Interventionspraktiken

- Mittels Interventionen werden Betroffene zu BeobachterInnen ihrer selbst.
- Ressourcenorientierung und Musterunterbrechungen begünstigen die Erzeugung von Unterschieden.
- Therapeutische Verlangsamung fördert die Beweglichkeit von KlientInnen.
- Therapeutische Hausaufgaben dienen ausschließlich der positiven Bestätigung der KlientInnen.

### Therapeutische Beziehung

- Stabilität und Transparenz zeichnen die therapeutische Beziehung aus.
- Die Neutralität der TherapeutInnen bezieht sich auch auf den Bereich der Illegalität, in dem sich die Betroffenen befinden.
- TherapeutInnen vermitteln den KlientInnen Optimismus, dass diese ihre Ziele erreichen können.
- Eine tragfähige therapeutische Beziehung fördert Klarheit, Sicherheit und Stabilität im Beziehungserleben der KlientInnen.

### Prozessmodelle

- Therapeutische Prozesse gleichen jenen von anderen Störungsbildern.
- Zeitintensive Auftragsklärung und detaillierte Besprechung der Absageregelung kennzeichnen den Beginn des therapeutischen Prozesses.
- Die Thematisierung der medizinischen Versorgung begleitet den therapeutischen Prozess.
- Eine kontinuierliche Evaluation der Zwischenziele erhöht die Erfolgserlebnisse der KlientInnen.

### Therapeutisches Setting

- Unterschiedliche Faktoren bedingen eine Therapiedauer von ein bis fünf Jahren.
- Fixe Terminvereinbarungen bringen Struktur in labile Lebensbedingungen.
- Medizinische Versorgung, eine existenzielle Grundversorgung und therapeutische Arbeitsfähigkeit der Betroffenen bilden Voraussetzungen für therapeutische Gespräche.
- Angehörige sind als Ressourcen für die Betroffenen zu nützen.

- Sind psychische oder physische besorgniserregende Veränderungen der KlientInnen zu bemerken, ist zu einer stationären Therapie zu raten.

### Allgemeines

- Abstinenz ist lediglich ein mögliches Teilziel.
- Systemische Therapie in Ergänzung mit anderen Hilfsangeboten ist in hohem Maße wirksam.
- Eine kritische, jedoch wertschätzende TherapeutInnenhaltung ist zu bevorzugen.
- Eine Kombination aus stationärem und ambulantem Therapieangebot unterstützt eine umfassende Änderung des drogensüchtigen Verhaltens.

**Anmerkung:** Der folgende Artikel stellt einen Auszug aus meiner Dissertation dar, die 2011 an der Universität Klagenfurt angenommen wurde. (Interessierte finden die Dissertation mit – unter anderem – Tabellen, die einen abschließenden Überblick über die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Systemischen Schulen geben, auf [www.la-sf.at](http://www.la-sf.at) unter Systemische Notizen)

---

### MAG.<sup>A</sup> DR.<sup>IN</sup> CHRISTINA LENZ

arbeitet als Psychotherapeutin (SF) in freier Praxis und bei AST (Ambulante Systemische Therapie an der la:sf)

### BIBLIOGRAFIE

- Battegay Raymond (1998): psychodynamische Aspekte der Genese und des Verlaufs der Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen. In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 1998/5, 149: 194-200.
- Binter Gerald (2005): Minuchin, Salvador. In: Stumm Gerhard & Pritz Alfred et al. (HG): Personenlexikon der Psychotherapie. Springer, Wien New York.
- Brandl-Nebehay Andrea et al. (1998): Geschichte der systemischen Familientherapie. In: Brandl-Nebehay Andrea, Rauscher-Gföhler Billie, Kleibel-Arbeithuber Juliane (HG): Systemische Familientherapie. Facultas, Wien.
- Boszormenyi-Nagy Ivan & Spark Geraldine M. (1973): Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Klett Cotta, Stuttgart.
- Cherubin Michelle (2005): Language, Power and Intentions – Some ideas of working with people whose lives are affected by substance use. In: The International Journal of Narrative Therapy and Community Work, 2005/ 3&4, 131-140.
- De Shazer Steve (1988): Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Carl Auer Verlag, Heidelberg.
- Grossmann Konrad Peter (2005): Die Selbstwirksamkeit von Klienten. Ein Wirkverständnis systemischer Therapien. Carl-Auer Verlag, Heidelberg.

- Kaufman Edward & Kaufmann Pauline (1983): Einführung. In: Kaufman Edward & Kaufmann Pauline (HG): *Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigen*. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Kaufman Edward & Kaufmann Pauline (1983): Vom psychodynamischen zum strukturellen familientherapeutischen Ansatz bei der Behandlung von Drogenabhängigkeit. In: Kaufman Edward & Kaufmann Pauline (HG): *Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigen*. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Kaufman Pauline (1983): Familientherapie mit jugendlichen Drogenabhängigen. In: Kaufman Edward & Kaufmann, Pauline (HG): *Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigen*. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Kim Berg Insoo & Reuss Norman (1999): *Lösungen – Schritt für Schritt. Handbuch zur Behandlung von Drogenmissbrauch*. Verlag Modernes Lernen, Dortmund.
- Lamnek Siegfried (2005): *Qualitative Sozialforschung*. Beltz Verlag, Weinheim, Basel.
- Lenz Christina (2008): *Ausweg. Therapiezentrum für Menschen, Paare und Familien mit süchtigem Verhalten. Abschlussarbeit für das Fachspezifikum*. Wien.
- Lenz Christina (2011): *Ambulante systemische Therapie drogensüchtigen Verhaltens*. Dissertation, Universität Klagenfurt.
- Ludewig Kurt (1987): 10+1 Leitsätze bzw. Leitfragen. Grundzüge einer systemischen begründeten klinischen Theorie im psychosozialen Bereich. In: *Zeitschrift für systemische Therapie* 5:178 – 191.
- Meuser Michael & Nagel Ulrike (1991): *ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht*. In: Garz Detlef & Kraimer Klaus (HG): *Qualitativ-empirische Sozialforschung im Aufbruch*. Opladen Verlag, Wiesbaden.
- Minuchin Salvador et al. (1967): *Families of the Slums: An Exploration on their Structure and Treatment*. Basic Books, New York.
- Minuchin Salvador (1983): Der Aufbau einer therapeutischen Realität. In: Kaufman Edward & Kaufmann Pauline (HG): *Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigen*. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Moretto Christian (2008): *Application of the Brief Strategic Therapy Model to the Treatment of Drug Addiction*. Vortrag bei: International Congress of Brief, Strategic & Systemic Therapists, San Diego, Californien.
- Reilly Dennis (1983): Drogenfamilien: ihre familiäre Dynamik und eine Kurztherapie in drei Phasen. In: Kaufman Edward & Kaufmann Pauline (HG): *Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigen*. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Rost Wolf-Detlef (2005): *Psychodynamische (psychoanalytische) Therapie*. In: Thomasius Rainer & Küstner Udo (HG): *Familie und Sucht*. Schattauer, Stuttgart New York.
- Satir Virginia (1975): *Selbstwert und Kommunikation*. Pfeiffer, München.
- Schindler Andreas & Küstner Udo et al. (2005): *Systemische Therapie*. In: Thomasius Rainer & Küstner Udo (HG): *Familie und Sucht*. Schattauer, Stuttgart New York.
- Stanton Duncan & Todd Thomas (1983): *Strukturelle Familientherapie mit Drogenabhängigen*. In: Kaufman Edward & Kaufmann Pauline (HG): *Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigen*. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Thomasius Rainer & Gemeinhardt Brigitte et al. (2000): *Familientherapie und systemische Therapie bei Suchterkrankungen*. In: Thomasius Rainer (HG): *Psychotherapie der Suchterkrankungen*. Thieme, Stuttgart New York.
- Thomasius Rainer & Sack Peter-Michael et al. (2005): *Drogenabhängigkeit*. In: Thomasius Rainer & Küstner Udo (HG): *Familie und Sucht*. Schattauer, Stuttgart New York.
- Watzlawick Paul & Beavin Janet et al. (1969): *Menschliche Kommunikation – Formen, Störungen, Paradoxien*. Huber, Bern.
- Willi Jürg (1985): *Die Kunst gemeinsamen Wachsens. Die Ko-Evolution in Partnerschaft, Familie und Kultur*. Herder, Freiburg.
- White Michael & Epston David (1990): *Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken*. Carl-Auer, Heidelberg.