

RUDOLF KLEIN

LOB DES ZAUDERNS – PRINZIPIEN UND MERKMALE EINER SYSTEMISCHEN THERAPIE BEI ALKOHOLABHÄNGIGKEITEN



MEINE ERSTEN ERFAHRUNGEN

mit dem Thema „Alkoholabhängigkeit“, machte ich an in einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Es war Anfang der 80er Jahre, und ich hatte kaum eine Ahnung von dem Phänomen, war aber sicher,

dass ich dort schon lernen würde, was Sucht ist und wie man sie behandelt.

In den ersten Wochen war ich auf der Entgiftungsstation eingesetzt und lernte dort, wie man mit Trinkerinnen und Trinkern therapeutisch umgehen sollte. Und das ging so:

Sobald die Entzugserscheinungen der Patienten¹ abgeklungen waren und sie wieder laufen konnten, fanden tägliche Gruppengespräche unter Leitung des Stationsarztes statt. Bei diesen war ich als sogenannter „Co-Therapeut“ anwesend – genauer: Ich saß schweigend da und staunte nicht schlecht über das, was hier abging. Der Arzt stellte den jeweiligen Neuankömmlingen immer die gleiche Frage: „Warum haben Sie getrunken?“ Die Antwort: „Ich habe getrunken, weil meine Frau...“ Oder: „Ich habe getrunken, weil mein Chef...“ Oder: „Ich habe getrunken, weil meine Eltern ...“ Diese Antworten wurden niemals zu Ende gesprochen, denn der Arzt unterbrach sie schroff: „Alles Quatsch, Ihre Begründungen. Sie haben getrunken, weil Sie Alkoholiker sind. Sie sind süchtig, und Sie haben getrunken, weil Sie süchtig sind. Es gibt dafür keine andere Begründung.“ Und weiter: „Sie sind nun hier, um abstinent zu werden. Das ist das Einzige, was Ihnen helfen wird und helfen kann.“

Größer war die unvermeidliche Beschämung nur, wenn jemand zum wiederholten Mal zur Entgiftung kam und das ganze Schauspiel mit einem zusätzlich verächtlichen Ton vonstatten ging.

Als ich nach einiger Zeit Gelegenheit hatte, die leitende Psychologin zu sprechen, fragte ich sie, ob man das denn tatsächlich so machen müsse, ob es nicht auch gute Gründe für das Trinken gäbe und die Patienten angehört

werden sollten. Daraufhin schaute mir die Vorgesetzte tief in die Augen und sagte: „Du benötigst noch sehr, sehr viel Selbsterfahrung.“

Das Vorgehen der damaligen Kollegen bewegte sich natürlich auf dem Boden wissenschaftlicher bzw. diagnostischer Standards. Es lässt sich in Diagnosemanualen wie dem ICD 10 nachlesen.

Von diesen Diagnosekriterien leitet sich ein Ziel ab, das in der BRD in ambulanten oder stationären und von den gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherungen bezahlten Therapien – und das dürften die meisten Therapien sein – nach wie vor an erster Stelle steht: eine lebenslange und, wie es heißt, zufriedene Alkoholabstinenz.

Alle von einer Abstinenz abweichenden Wünsche der Klienten – seien es Wünsche nach moderatem, kontrolliertem oder sozial verträglichem Trinken – werden oft als Zeichen mangelnder Einsicht, nicht ausreichender Motivation oder gar als komplette Infragestellung der Therapie bewertet und als Bagatellisierung, Vermeidung, Widerstand oder Verleugnung etikettiert. Die trinkende Person **ist** dann „noch nicht so weit“ oder gar „behandlungsresistent“. Und die Idee, dass eine Veränderung erst dann möglich sei, wenn jemand „ganz unten“ angekommen ist, wird trotz ihrer ethischen Fragwürdigkeit als passend und richtig angenommen.

Dieses so eindeutige diagnostische Wissen ist letztlich aus der therapeutischen Praxis abgeleitet. Das klingt zunächst vielversprechend und praxisnah. Wenn man aber berücksichtigt, dass nur etwas 5 bis 10 Prozent der behandlungsbedürftigen Alkoholabhängigen überhaupt in einer Therapie erscheinen, sieht die Sache schon wieder anders aus.

Das heißt: Wir wissen über sehr wenige sehr viel und über sehr viele sehr wenig. Wir wissen z. B. so gut wie nichts über diejenigen, die nach offiziellen Diagnosekriterien als alkoholabhängig gelten, jedoch ohne jegliche professionelle Unterstützung eine positive Entwicklung genommen haben – sei es in Richtung moderaten Trinkens, sei es in Richtung Abstinenz.

¹ Personenbezeichnungen werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der männlichen Form verwendet, schließen aber selbstverständlich das andere Geschlecht mit ein.

In einer kanadischen Studie von Klingemann aus dem Jahr 2001 wird festgestellt, 78 % der Betroffenen hätten ihre Alkoholprobleme ohne jegliche Hilfe überwunden. Davon haben es 38–68 % geschafft, den Konsum auf ein moderates Trinken zu reduzieren. Eine andere Studie von Bischof und Rumpf aus 2011 gibt eine Selbstheilungsrate von 53 % an, sagt aber nichts über die damit erreichten Trinkstile aus.

Man kann, bei aller Vorsicht gegenüber statistischen Zahlen, nur staunen. Womöglich sind diese Zahlen aber gar nicht so überraschend – in jedem Seminar, das ich leite, kennt jemand jemanden, dem das auch gelang. Die Frage drängt sich auf, ob diese Veränderungen vielleicht gerade deshalb möglich waren, weil diese Menschen **nicht** in professionellen Behandlungen waren. Oder umgekehrt: Dass unsere Klienten Veränderungen trotz therapeutischer Interventionen schaffen.

Wie auch immer die Zusammenhänge sein mögen: Diese Ergebnisse fordern dazu auf, über alternative Erklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten und über unterschiedliche Zielvarianten einer Therapie nachzudenken.

Aber, und das macht die Sache schwierig: Wer unterscheidet wie, zu welchem Zeitpunkt und unter welchen Bedingungen, was durch wen machbar ist und was nicht? Sollten das eher die Therapeuten, die Kostenträger oder eher die Klienten sein?

Um es vorweg zu sagen: Meines Erachtens kommt es weniger darauf an, wie sogenannte Experten darüber denken, was geht und was nicht geht. Es kommt darauf an, wie Experten mit Menschen arbeiten, damit diese es selber für sich herausfinden können.

Ich möchte also kein Plädoyer für oder gegen spezielle

Therapieziele halten, sondern darüber nachdenken, welche Ideen wir über süchtige Prozesse haben, wie wir diese Ideen organisieren und wie wir unsere therapeutischen Haltungen und Vorgehensweisen so auf Klienten abstimmen, dass diese auf sich selbst neugierig werden – sich auf dem Weg des Suchens, Irrens und erneuten Suchens begleitet fühlen, sich neuen Hoffnungen gegenüber öffnen, das Nicht-Erreichbare aushalten sowie das Verlorengegangene zu ertragen lernen.

Schauen wir uns doch zunächst das Beispiel von Herrn Hans an:

Herr Hans, ein 37-jähriger, kinderlos verheirateter, selbständiger Maurermeister, nimmt nach einer abgebroche-

ALLE VON EINER ABSTINENZ ABWEICHENDEN WÜNSCHE DER KLIENTEN – SEIEN ES WÜNSCHE NACH MODERATEM, KONTROLLIERTEM ODER SOZIAL VERTRÄGLICHEM TRINKEN – WERDEN OFT ALS ZEICHEN MANGELNDER EINSICHT, NICHT AUSREICHENDER MOTIVATION ODER GAR ALS KOMPLETTE INFRAGESTELLUNG DER THERAPIE BEWERTET UND ALS BAGATELLISIERUNG, VERMEIDUNG, WIDERSTAND ODER VERLEUGNUNG ETIKETTERT.

nen stationären Entwöhnungsbehandlung Kontakt auf. Seine Schwierigkeiten beschreibt er folgendermaßen: Morgens trinke er eine gewisse Menge Cognac, damit er in Schwung komme und das Zittern und Schwitzen reduzieren könne. Er grüble tagsüber und abends über die Arbeit für den nächsten Tag, mache sich einen genauen Plan über einzuhaltende Termine und benötigte Materialien und setze sich dann, eigentlich gut vorbereitet, unter Stress, indem er davon ausgehe, das eventuell etwas Unvorhergesehenes passiere.

Die Spannung würde so groß, dass er auf unerwartete Störungen der Planung zunächst wütend, später resigniert reagiere und sich ausgeliefert fühle. Dann kaufe er

sich eine Flasche Cognac, trinke diese über den Tag verteilt aus, um am Abend noch einige Flaschen Bier zu konsumieren. Als süchtig trinkend bezeichnet er sich seit etwa fünf Jahren. Damals habe er zum ersten Mal Entzugerscheinungen festgestellt. Der Führerschein wurde ihm vor drei Jahren wegen erhöhter Blutkonzentrationswerte entzogen.

(Fortsetzung folgt)

Wie lässt sich verstehen, dass ein Mensch wie Herr Hans ab einem Punkt in seinem Leben immer öfter Alkohol konsumiert, um seine Stimmung zu regulieren? Immerhin riskiert er eine Entwicklung, bei der sich Entzugerscheinungen und körperliche Schäden einstellen und soziale Konflikte zunehmen, was die Notwendigkeit fördert, diese Stimmungsschwankungen wiederum mit Alkohol zu regulieren. Was also hat sich im Leben dieses Menschen abgespielt, dass eine solche selbstorganisierte süchtige Dynamik in Kauf genommen wird?

VON PASSAGEN, ÜBERGÄNGEN UND PASSAGIEREN

Eine abhängige Entwicklung entsteht meist, wenn die Stabilität eines Lebenszusammenhangs durch existenziell bedeutsame Ereignisse (Ende einer Partnerschaft, Tod Angehöriger, Ablösung vom Elternhaus, Erkrankungen, Auflösung des familiären Gefüges, Verlust des Arbeitsplatzes usw.) nachhaltig in Frage gestellt wird und eine Transformation als zwingend notwendig erscheint. Es existiert noch keine zukünftige Struktur, und es ist unklar, ob es eine tragfähige, als lebenswert eingeschätzte, zukünftige Struktur jemals wieder geben wird. Solche Situationen werden, bewusst oder unbewusst, als unvermeidliche und damit als existenzielle Herausforderungen (Klein 2014) erlebt und sind oft durch Verunsicherung, Angst, Wut und Trauer gekennzeichnet.

Was sind die besonderen Herausforderungen bei notwendigen Transformationen, und was könnte bei der Dynamisierung stagnierender Prozesse bedenkenswert und hilfreich sein?

Mögliche Antworten auf diese Fragen finden sich in anthropologischen Studien, die sich mit den Herausforderungen

von Phasenübergängen beschäftigen. Hier finden sich Beschreibungen über den Sinn und Zweck solcher Veränderungen und Darstellungen von Choreografien, die diese Transformationen erleichtern können und sollen: sogenannte Übergangsrituale.

In archaischen Kulturen werden fällige Transformationen, wie Geburten, der Übergang vom Kind zum Erwachsenen, Heirat, Sterbeprozesse u.ä., durch Übergangsriten begleitet. Das Ziel dieser Zeremonien besteht darin, ein etwaiges Sinn- und Handlungsvakuum bei der Bewältigung dieser unvermeidlichen Ereignisse abzumildern und das „Individuum aus einer genau definierten Situation in eine andere, ebenso genau definierte, hinüberzuführen“ (van Gennep 1986, S. 15). Charakteristisches Kennzeichen solcher Übergangsrituale ist ihre Dreiphasenstruktur (van Gennep 1986).

Dabei ist die Ausgangssituation durch Begrenzungen gekennzeichnet, die dem Entwicklungsstand eines Menschen nicht mehr entsprechen und in der sich Veränderungen ankündigen. Diese Phase wird in der Literatur auch als die „Struktur I“ bezeichnet (Turner 1989).

Diese wird durch ein Trennungsritual verlassen. Die Trennung vom alten Zustand in eine wandlungsbegünstigende Bewusstseinsdimension wird durch Einsatz unterschiedlicher Techniken und Hilfsmittel wie Meditation, Askese, Einnahme von Tabaksaft und berauschenden Drogen unterstützt.

Hier wird die doppelte Funktion der Berauschung im Rahmen eines Übergangs deutlich: Sie dient in der „Umwandlungs- oder Schwellenphase“ neben dem symbolischen „Sterben“ der alten Identität auch zur Öffnung des Bewusstseins hin zum „Geborenwerden“ der neuen Identität.

Die Schwellenphase repräsentiert damit einen Kontext von Zeit, Raum und Beziehung, der als Angelpunkt der Transformation von einem Zustand in einen anderen angesehen werden kann und in dem besondere, durchaus auch bedrohliche, Zustände erlebt und durchlebt werden müssen.

Diese Phase mündet wiederum in eine „Wiederangliederungsphase“ bzw. hat die Integration in die „Struktur II“ zum Ziel. Sie repräsentiert den neuen, passenderen Lebenszusammenhang.

Als Begleiter für die Phasenübergänge dient dabei ein Schamane oder Medizinmann, der selbst eine Position zwischen den Welten repräsentiert (Eliade 1975). Er ist weder ein Repräsentant der Struktur I noch der Struktur II, ist weder da noch dort und kann damit die anstehenden Übergänge erleichtern und fördern.

So weit zu Übergangsriten in traditionell geprägten Gesellschaften. Nun unterscheiden sich unsere gegenwärtigen gesellschaftlichen Bedingungen davon in beträchtlichem Maß.

Während in der traditionell orientierten Gesellschaft im Spannungsfeld von Stabilität und Wandel die Stabilität stärker ausgeprägt schien, zeigt sich heute der Wandel als das bestimmende Element (Welsch 1992; Stierlin 1997). Und das hat v. a. zwei Konsequenzen:

Zum einen müssen Übergänge ohne Unterstützung durch einen Halt gebenden rituellen Ablauf und einen, den Übergang fördernden, „Begleiter“ bewältigt werden. Das Meistern von Lebenskrisen ist in hohem Maß individualisiert und wird praktisch privatisiert.

Zum anderen kann zwar von einer genau definierten und zu verlassenden Lebenssituation ausgegangen werden, nicht mehr jedoch von einer ebenso genau definierten Angliederungssituation. Der anstehende Veränderungsprozess ist daher weder für den „Passagier“ selbst noch für andere bedeutsame Personen des Systems „deutungssicher“. Er beinhaltet neben den Chancen auch Ängste und Befürchtungen.

Damit berühren Übergänge eine existenzielle Dimension, die an dieser Stelle nur angedeutet werden kann, in ihrer therapeutischen Bedeutung aber nicht unterschätzt werden sollte – ganz im Gegenteil: Sie ist von enormer Bedeutung². Der Übergang kann nämlich nicht nur in seiner horizontalen Bewegung, sondern auch in seiner

vertikalen Dimension begriffen werden. Er verbindet nämlich „nicht nur“ – wie Heidegger in seiner Brücken-Metapher schreibt – „zwei Uferpunkte miteinander“ (Safranski 1994, S. 471). Die Passage mutet vielmehr einen Blick in den Abgrund zu, konfrontiert uns mit dem „Gefühl für das Riskierte des Daseins. Es zeigt sich das Nichts, über das wir balancieren“ (ebda., S. 470). Gleichzeitig ragt die Überbrückung „über den Abgrund hinaus ins Offene des Himmels“ (ebda., S. 471) und „verbindet im Übergang der Sterblichen die Erde mit dem Himmel.“ (ebda.)

Im Übergang liegt somit für diejenigen, die diese Passage zu meistern haben, zweierlei: die Not und die Möglichkeit, das Risiko und die Chance zu einem neuen Entwurf. Allerdings muss genau dies entschieden werden. Denn: Die Brücke wächst erst dann unter den Füßen, „wenn wir sie begehen.“ (ebda)

Insofern konfrontiert der Übergang den Passierenden mit der Freiheit und der Möglichkeit zum eigenen Entwurf, ohne aber für jeden Schritt bereits Sicherheit und damit Angstvermeidung garantieren zu können. Vielmehr lässt er den Menschen, wie Kierkegaard schreibt, die Angst als das Gewahrwerden der „Wirklichkeit der Freiheit als Möglichkeit für die Möglichkeit“ (Kierkegaard 2005, S. 488) spüren, ein Zustand, der nur durch einen Sprung, durch Zurücklassen, Loslassen und die Entscheidung zum Risiko, nicht etwa durch vorsichtiges, an Sicherheit orientiertes Voranschreiten, überwunden werden kann. „Der qualitative Sprung“ schreibt Kierkegaard, „steht außerhalb aller Zweideutigkeit“ (ebda., S. 489).

Überträgt man diese Ideen auf eine Suchtentwicklung, kann man diese folgendermaßen beschreiben: In Schwellenphasen (van Gennep 1986) dienen Berausungen zumindest vorübergehend dazu, Affekte wie Trauer und Angst zu ertragen (Sloterdijk 1993) bzw. abzumildern. Und sie können als Hilfsmittel genutzt werden, sich der unvermeidlichen Transformation zu stellen und nach Lösungen für den notwendigen Übergang zu suchen. „Rausch reift an Bruchstellen heran – dort, wo er gebraucht wird“ schreibt Sebástyten treffend.

² Siehe dazu: Klein 2014

Führt diese Suche jedoch nicht zu nützlich eingeschätzten Alternativen, beginnt die Entwicklung zu stagnieren, und die Berausung verselbständigt sich. Der Konsum entgleist zunehmend, und eine Entwicklung hin zu einer sich selbst organisierenden, süchtigen Dynamik wird gespürt (Klein 2002). Die Sehnsucht nach Änderung wird so zu einer **berauschten** Sehnsucht.

Die durch existenzielle Herausforderungen ebenfalls sich eröffnenden Reifungschancen werden dann weitgehend dissoziiert. Philip Roth beschreibt diese Dynamik in seinem Roman „Sabbaths Theater“, indem er über die trinkende Ehefrau seines Helden sagt, dass sie „zwei unwiderlegbare Gründe hatte, sich zu Tode zu trinken: das, was geschehen war, und das, was nicht.“ (Roth 1998, S. 12).

Fortsetzung Beispiel:

Herr Hans heiratete vor 7 Jahren. Kurz zuvor erlitt seine Mutter einen Schlaganfall und war seither ein Vollpflegefall. Obwohl das junge Paar ursprünglich den Plan hatte, eine eigene Wohnung zu beziehen, übernahm Herr Hans damals das Elternhaus und wohnte, gemeinsam mit seiner Frau, in der ersten Etage. Die Ehepartner hatten zunehmend ihre eigenen Ideen aus dem Blick verloren, sich stattdessen mehr und mehr um die Organisation der Pflege und die eigene Arbeit gekümmert. Dem Kinderwunsch seiner Ehefrau konnte er sich bisher nicht anschließen.

Anfangs fungierte das Trinken als eine Art „Doping“, um den Anforderungen im eigenen Betrieb und im häuslichen Umfeld gerecht zu werden. Im Laufe der Zeit entgleiste das Trinken zusehends und hatte neben Dopingeffekt auch die Funktion, die zunehmenden Entzugserscheinungen und die Unzufriedenheit mit dem Leben wegzutrinken.

(Fortsetzung folgt)

VON BIOGRAFISCHEN HYPOTHESEN

Gefördert wird eine süchtige Entwicklung zusätzlich durch einen biografischen Hintergrund, bei dem auf kindliche Bedürfnislagen unangemessene Reaktionen von Erziehungspersonen erfolgen.

Diese können von Überbehütung bis hin zu seelisch-körperlichen Vernachlässigungen reichen (Gürtler, Studer u. Scholz 2010). Nicht selten finden sich traumatisierende Erfahrungen (Schäfer u. Krausz 2006; Klein 2011), wie Misshandlungen und sexuelle Übergriffe. Häufig wird von langjährig trinkenden Elternteilen, frühen Verlusten von nahen Bezugspersonen, Fremdunterbringungen oder unverarbeiteten Kriegserlebnissen berichtet. (Brentrup 1990)

Fortsetzung Beispiel:

Als Jüngster einer fünfköpfigen Geschwisterreihe wuchs Herr Hans in einem sozialen Brennpunkt auf. Der Vater war mit einer Kriegsverletzung aus dem Krieg zurückgekommen. Er war in seiner Gewalttätigkeit unberechenbar und vertrank oft das monatliche Familieneinkommen.

Diese unberechenbaren und verunsichernden familiären Zustände führten zu Überforderungen und Ängsten in der Schule. Herr Hans galt als mäßiger bis schlechter Schüler, litt bereits früh unter Prüfungsängsten und entwickelte später Panikattacken, die er mit einem moderaten Alkoholkonsum regulierte.

Mit diesen Lebenserfahrungen begründet er seine Entscheidung, keine Kinder zu wollen. Er wolle keinesfalls ein Vater werden, wie sein Vater einer war. Ein Trinker sei er ja auch schon. Mit der Mutter verbindet ihn hingegen eine enge Beziehung. Er könne sich nicht vorstellen, nach dem zu erwartenden Tod der Mutter selbst weiterzuleben.

(Fortsetzung folgt)

Die Erfahrung des Ausgeliefertseins und der Einflusslosigkeit führt oft zu vermehrten Anstrengungen, solches Erleben zukünftig zu vermeiden – mit teilweise fatalen Folgen.

„Wenn ich gut genug auf mich aufpasse, passiert mir nichts“ oder: „Wenn ich zu anderen lieb bin, sind sie auch zu mir lieb“ oder: „Wenn ich mich genügend anstrengte, wird alles wieder gut“ sind typische Aussagen für diese Einstellung. Sie repräsentieren die Überzeugung und Hoffnung, das Leben kontrollieren und einseitig für Sicherheit sorgen zu können.

Dann werden labile Elternfiguren zu stabilisieren, jüngere Geschwister zu trösten, gewalttätige Auseinandersetzungen zwischen den Eltern zu schlichten, betrunkene Elternteile aus der Kneipe zu holen und sie vor einer lebensbedrohlichen Entwicklung zu bewahren versucht. In extremeren Fällen besteht das Ansinnen, mit körperlicher Gewalt gegen trinkende Elternteile oder gar mit Tötungsabsichten die Situation zu kontrollieren.

Fortsetzung Beispiel

Die schmerzhaftesten Erinnerungen hat Herr Hans an Situationen, in denen er im Alter zwischen drei und sechs Jahren vom betrunkenen Vater mit seinen Geschwistern fast regelmäßig in ein Zimmer gesperrt wurde und dort mit anhören musste, wie der Vater die Mutter im Nebenzimmer prügelte. Er hörte die Hilfe- und Schmerzensschreie seiner Mutter, stand weinend hinter

GEFÖRDERT WIRD EINE SÜCHTIGE ENTWICKLUNG ZUSÄTZLICH DURCH EINEN BIOGRAFISCHEN HINTERGRUND, BEI DEM AUF KINDLICHE BEDÜRFNISLAGEN UNANGEMESSENE REAKTIONEN VON ERZIEHUNGSPERSONEN ERFOLGEN.

der Tür, konnte daran nichts ändern und befürchtete das Schlimmste. Seither hasst er seinen Vater bis hin zu Phantasien, ihn mit Rattengift zu ermorden und die Pflege der Mutter keinesfalls in die Hände des Vaters zu geben.

(Fortsetzung folgt)

Neben diesen, eher nach außen gerichteten Dynamiken gibt es aber auch eine nach innen gerichtete Variante: Dabei werden die als traumatisierend erlebten Erfahrungen verdrängt oder dissoziiert. Sie sind dann dem bewussten Erleben nicht mehr zugänglich. Bei dieser durchaus plausiblen Überlebensstrategie werden aber prinzipiell für einen Reifungsprozess nutzbare Erfahrungen nicht integriert. Eine sehnsüchtig erhoffte Sicherheit erweist sich dann als brüchig, wenn Gerüche, Bilder,

Geräusche und Berührungen alte, bislang abgespaltene Erinnerungen hochspülen und als übermächtig und überflutend erlebt werden.

Welche Variante auch immer gewählt wird: Sie halten eine Mystifizierung von Autonomie aufrecht, die den Glauben an die eigene Selbstwirksamkeit zementiert. Entsprechend erweisen sich diese Lösungsversuche als hoch riskant.

Denn die Kehrseite dieser Medaille besteht in einer Verletzlichkeit, die in alltäglichen Situationen erlebt werden kann, ja geradezu erlebt werden muss und dann in existenzielle Notlagen führt. Vor allem dann, wenn Herausforderungen drohen, deren Bewältigung über die zur Verfügung stehenden Kräfte gehen. Es drohen Enttäuschungen, Selbstabwertungen und Selbstbestrafungen, weil dem

Bild einer stets selbstwirksam agierenden Person nicht mehr entsprochen wird – selbst bei größter Anstrengung nicht.

So steigt die Wahrscheinlichkeit, Alkohol in Überforderungssituationen als emotionale Pufferung, als Dopingmittel und tröstende Substanz einzusetzen. Das abhängige Trinken „schützt“ dann zwar vor den negativ erlebten Affekten im Zusammenhang mit notwendigen Transforma-

tionen, verhindert aber auch eine entidealisierende Auseinandersetzung mit den eigenen Selbstwirksamkeitsvorstellungen. Das Festhalten an der Illusion von Selbstwirksamkeit findet im Rahmen der Abhängigkeitsentwicklung u.a. im sogenannten „Alkoholiker-Stolz“ (Bateson 1971, S. 414) seinen Ausdruck: Klienten pochen auf ihre Unabhängigkeit und wehren Hilfen jeglicher Art mit dem Hinweis auf ihre autonome Entscheidungsfähigkeit und Selbstkontrolle ab.

VON STAGNIERENDEN DYNAMIKEN UND DYNAMISCHEN STAGNATIONEN

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen lassen sich zwei Szenarien süchtiger Dynamiken unterscheiden (Klein 2014):

Beim ersten ist die Struktur I aufgrund des langjährigen Trinkens und anderer negativer Einflussfaktoren unwiederbringlich verloren. Lebenszusammenhänge sind zerstört, und das Trinken dient dem Zweck, die aus dieser Art der Dis-Position resultierende Resignation erträglicher zu machen. Die Verzweiflung, Hoffnungs- und Aussichtslosigkeit angesichts des Verlorenen und des scheinbar nicht mehr Erreichbaren werden durch den Alkohol betäubt und die süchtige Dynamik damit verstärkt. Oft gehen mit diesen Entwicklungen erhebliche, teilweise lebensbedrohliche alkoholbedingte gesundheitliche Einschränkungen einher.

Beim zweiten Szenario existieren scheinbar noch intakte soziale Beziehungssysteme, wobei sich gleichzeitig die Notwendigkeit zur Transformation ankündigt. Es lässt sich eine Oszillation zwischen starkem und weniger starkem Konsum bis hin zu abstinenter Phasen beobachten, was eine zweifache Wirkung entfaltet: In Phasen abhängigen Konsums liefert dieser Hinweise auf notwendige Veränderungen und stellt den Lebenszusammenhang in Frage. In abstinenter Phasen oder bei moderatem Konsum wird die Auseinandersetzung mit dem Nicht-mehr-Passenden verschoben bzw. verhindert und damit die Hoffnung aufrechterhalten, alles könne so bleiben wie es war. Die Hoffnung wird so zu einem Teil des Problems. Diese Wechsel von konflikthaften und harmonischen Episoden erfolgen im Grenzbereich zwischen Struktur I und der Schwellenphase.

So lässt sich auch verstehen, dass die Veränderungsbestrebungen der Angehörigen darauf abzielen, das Trinken zu ändern, während alles andere unverändert bleiben soll. Der so oft gehörte Ausspruch: „Wenn mein Mann nichts trinkt, ist er der beste Mann der Welt“ liegt nämlich der Wunsch zugrunde, der Mann möge wieder „der alte“ werden, was zwar plausibel ist, jedoch die dem Trinken innewohnenden Hinweise auf notwendige Veränderungen des Gesamtsystems übersieht.

Bleibt eine durchgreifende Änderung aus, setzt die trinkende Person ihre Glaubwürdigkeit im System aufs Spiel. Die restlichen Familienmitglieder – der nicht-trinkende Elternteil und die Kinder, manchmal unter Einbeziehung von Großeltern, Freunden und auch professionellen Helfern – verbinden sich zu einer scheinbar stabilen Koali-

tion gegen den Trinker. Nicht selten begünstigt dies bis hin zu Gewalttätigkeiten eskalierende Prozesse.

Aber das ist nur die eine Seite dieser Dynamik. Solche konflikthaften und distanzierenden Prozesse wechseln sich nämlich oft mit komplementären, die Bindung betonenden, ab. So etwa, wenn der Partner des süchtig Trinkenden notfallmäßige stationäre Entgiftungen organisiert, sich Entschuldigungen für Fehlzeiten auf der Arbeit einfallen lässt oder zum wiederholten Male an die Ankündigung einer Änderung des süchtigen Verhaltens zu glauben bereit ist.

Fortsetzung Beispiel

In der Ehe von Herrn Hans gab es im Laufe der Zeit wegen des zunehmend entgleisenden Trinkens heftige Auseinandersetzungen mit der Ehefrau. Phasen heftiger Konfrontationen und Phasen der Fürsorge wechselten sich ab. Ein Mal hatte die Ehefrau, Tochter einer langjährig trinkenden Mutter, die Trennung angekündigt, war für eine Nacht zu ihren Eltern gegangen und am nächsten Tag wieder zurückgekehrt. Sie begründete das Zurückkommen einerseits damit, dass sie Angst hatte, ihr Mann könne sich im betrunkenen Zustand ohne Führerschein ins Auto setzen und zu Tode fahren. Andererseits hatte sie Sehnsucht nach ihrem Mann und wollte an der Hoffnung festhalten, dass alles wieder werden könne wie früher.

(Fortsetzung folgt)

Die Wechsel von süchtigem Trinken, Eskalieren, Resignieren und Hoffen lassen ein äußerst stabiles und gebundenes System entstehen. So wählte die Ehefrau eines 60-jährigen Klienten, mit dem ich derzeit arbeite, folgende Formulierung: „Ich mache das jetzt seit fast 40 Jahren mit. In Phasen, in denen mein Mann trinkt, entschließe ich mich zur Trennung, schaffe es dann aber energetisch nicht. In guten Phasen habe ich die Energie zur Trennung, es fehlt mir dann aber am Entschluss.“

WAS TUN? VOM LOB DES ZAUDERNS UND VOM THERAPEUTISCHEN TIMING

Kommt es zur gemeinsamen therapeutischen Arbeit, eröffnet diese zunächst einen zeit-räumlichen Kontext des

„Zauderns“ (Vogl 2007), der die eingespurten süchtigen Muster unterbricht, eine Auseinandersetzung mit dem Gegenwärtigen fördert und eine Entscheidung im Hinblick auf die aufgeworfenen Fragen noch nicht erwartet, sie gegebenenfalls sogar verzögert. Das Zaudern unterbricht also „Handlungsketten und wirkt als Zäsur, es potentialisiert die Aktion, führt in eine Zone der Unbestimmtheit zwischen Ja und Nein, exponiert eine unauflösbare problematische Struktur und eröffnet eine Zwischen-Zeit, in der sich die Kontingenz des Geschehens artikuliert.“ (ebda., S. 57) Dieser Kontext eines legitimierten Zauderns stellt den Rahmen dar, in dem notwendige individuelle und das soziale System betreffende Reifungsschritte bedacht und experimentell hergestellt werden können, ohne diese bereits umsetzen zu müssen.

Zunächst unterscheide ich dazu die **therapeutische Haltung** des **systemtherapeutischen Vorgehens**.

Die **therapeutische Haltung** ist durch drei Faktoren gekennzeichnet:

Erstens dadurch, dass den Klienten – den Angehörigen und den Trinkern – Respekt gezollt wird für ihre bisherigen, oft erfolglosen Bewältigungsversuche.

Zweitens durch ausreichend Geduld für den Prozess des gemeinsamen Erforschens möglicher Alternativen und für die gegenwärtigen Ambivalenzen der Klienten und dem dazu gehörenden Zaudern.

Auf der Basis einer so entstehenden affektiven Rahmung, die Klienten eine gewisse Sicherheit im therapeutischen Prozess bietet, sollten drittens mutig die notwendig vorhandenen Ambivalenzen der Klienten an- und ausgesprochen werden.

Diese emotionalen Feinabstimmungsprozesse kombinieren etwas miteinander, das meist in der Biografie der Klienten nicht verknüpft wurde: Eine emotionale Sicherheit nämlich und auf dieser Basis ein Infragestellen, ein Stören und Verstören bisheriger Denk- Fühl- und Handlungsstrukturen mit dem Ziel, individuelle Entwicklungen anzustoßen, kurz: neugierig zu werden. Auf diese Weise wird der vermeintlichen Katastrophe das Krisenhafte abgetrotzt.

Beim **systemtherapeutischen Vorgehen** spielt das Timing, die Abfolge spezieller therapeutischer Phasen und Themen, eine wichtige Rolle. Idealtypisch umfasst dieser Prozess drei Phasen, die ich das Drei-Phasen-Modell nenne.

DIE ERSTE PHASE: SELBSTREGULATION DES TRINKENS

In der ersten Phase der therapeutischen Begegnung geht es neben dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung um eine bessere Selbstregulation des Substanzgebrauchs. Wegen möglicher Entzugssymptome muss an parallel zu initiierende medizinische Begleitbehandlungen gedacht werden. Ein sorgfältiges Ambivalenzmanagement begleitet diese Phase, indem die positiven und negativen Seiten der Abhängigkeit und Nicht-Veränderung genauso berücksichtigt werden wie die positiven und negativen Seiten einer Veränderung. So entwickeln sich prozessbegleitend individualisierte Zielvarianten. Wichtig sind in dieser Phase auch das Erfragen und Herausarbeiten von Ausnahmen (Berg u. Miller 1993) vom abhängigen Trinken, da hier bereits vorhandene Potenziale zur Veränderung liegen können.

Fortsetzung Beispiel:

Herr Hans war trotz extremer Trinkexzesse immer auch zwischenzeitlich in der Lage, weniger zu trinken. Durch bewussten Einsatz seiner Kompetenzen zur Selbstregulation reduzierte er langsam die Trinkmenge. Bei der Beobachtung des Unterschieds zwischen massivem und gemäßigerem Trinken fiel besonders ein Zusammenhang mit Selbst- und Fremderwartungen auf. So versuchte er, als Handwerker den zeitlichen, finanziellen und qualitativen Wünschen seiner Kunden perfekt zu entsprechen. Dies führte dazu, dass er sich unbeeinflussbaren Dingen, wie dem Wetter oder Lieferproblemen bei Bauteilen, komplett ausgeliefert fühlte.

Durch Visualisierungen und Externalisierungen gelang es, vorhandene Selbstregulierungskompetenzen weiter zu stabilisieren. So nannte er den inneren Teil, der ihn sowohl über die Baustelle jagte als auch zum Trinken überredete, den „Stinkbeutel“, den er als einen kleinen, frechen und ihn tyrannisierenden Jungen visualisierte. Den anderen Teil, der dem „Stinkbeutel“ widerstehen

wollte (und manchmal konnte), nannte er den „erwachsenen Jörg“.

In einem ersten Schritt wurde er angeregt, morgens zu prüfen, ob beide, der Stinkbeutel und der erwachsene Jörg, bei ihm waren und mit zur Baustelle fuhren. Interessanterweise „vergaß“ er anfangs den erwachsenen Jörg, wohingegen der Stinkbeutel schneller im Auto saß als er selbst. Dies änderte sich im Laufe der Zeit zusehends.

In der Folge wurden die Phasen, in denen er weniger oder gar nichts trank, immer länger und Trinkexzesse kamen nicht mehr vor. Durch diese erfolgreiche Veränderung wurde bei ihm auch wieder der Kontakt zu einem verloren geglaubten Teil möglich: seinem inneren Stolz und seiner Würde.

(Fortsetzung folgt)

DIE ZWEITE PHASE: INDIVIDUELLE GESCHICHTE

In der zweiten Phase geht es um die Förderung von Neugierde und Interesse bezüglich der Auseinandersetzung mit der eigenen Entwicklung: welche biografischen Erfahrungen und transgenerationalen Muster die abhängige Entwicklung begünstigt haben mögen und welche Resilienzfaktoren bisher noch zu wenig für die Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben beachtet wurden. Auch existenzielle Fragen, was das (Weiter-)Leben, den Umgang mit unwiederbringlich Verlorenem sowie unabänderlich Geschehenem betrifft, werden berührt. Ein Prozess, bei dem die Bindung an die Hoffnung, doch noch Gerechtigkeit für Widerfahrenes zu bekommen, aufgegeben wird und ein Vergeben (Retzer 2004) sich selbst und anderen gegenüber als Option auftaucht.

Fortsetzung Beispiel

Nachdem Herr Hans von seinen schmerzhaften Erinnerungen an die Gewalterfahrungen durch seinen Vater erzählen konnte und er aus der Sicht des heute Erwachsenen eine neue und distanziertere Sicht auf die damals so aussichtslos erscheinenden Erlebnisse bekam, widmete er sich zunehmend der Beziehung zu seinen Eltern. Ein wichtiger Schritt bestand darin, ihn dazu zu ermutigen, sich für die Geschichte des Vaters zu interessieren. In einem Gespräch mit seinem Vater erfuhr er von dessen verletzter und in der Folge dissoziierter Seite. Sein

Vater hatte mit 19 Jahren im Krieg zu einem Stoßtrupp gehört, der unter Beschuss geriet. Er habe als einziger schwerverletzt mit einem Lungen- und Beindurchschuss überlebt. Damals habe sein Leben auf irgendeine Art aufgehört. Er habe sich nie von diesen Erinnerungen befreien können – außer durch das Trinken.

Für Herrn Hans eröffnete diese Geschichte neue Optionen in der Sicht auf den Vater und sich selbst: Er stammte nicht etwa von einem gefühllosen „Monster“, sondern von einem sensiblen und schwer traumatisierten Menschen ab.

Ein weiterer Schritt bestand darin, sich von der Identifikation mit dem Schicksal seiner Mutter und der Idee zu distanzieren, sein Leben könne nach deren Tod nicht weiter gehen. Obwohl sich die Mutter in ihrem komatösen Zustand nicht mehr verständlich machen konnte und auch unklar war, ob sie noch Informationen verarbeitete, gelang eine Distanzierung durch innere Dialoge: Er fand dabei die für ihn überzeugende Antwort, seine Mutter würde sich nach ihrem Tod mit Sicherheit wünschen, dass er sich seinem Leben zuwende.

(Fortsetzung folgt)

In dieser Phase der Therapie geht es um Verlangsamung. Es sollte Zeit zur Verfügung stehen, um sich mit grundlegenden Fragen auseinanderzusetzen – zum Beispiel mit der Frage, ob sich Menschen zu einem unabhängigen Leben entscheiden können und Hoffnung ein Konzept ist, an das wieder geglaubt werden könnte, oder mit der Frage, welche abgelebten Hoffnungen losgelassen werden müssten, um Neues und Lebbares zu ermöglichen. Die Antworten auf beide Fragen müssen dabei zu einem Zeitpunkt riskiert werden, zu dem die Konsequenzen einer solchen Veränderung weder psychisch noch sozial eingeschätzt werden können. Hier liegen Hoffnungen, Sehnsüchte und Chancen, aber auch Risiken, Trauer und Ängste eng beisammen.

DIE DRITTE PHASE: ZUKÜNFTIGER ENTWURF

In der dritten Phase liegt der Fokus auf den gegenwärtigen und zukünftigen sozialen Beziehungen zu Familie und Freunden – sofern noch vorhanden – sowie der Kooperation mit sozialen Agenturen.

Die Voraussetzung für die Einbeziehung der Familienmitglieder in die Therapie besteht darin, dass sowohl die Trinker als auch die jeweiligen Angehörigen die Veränderung des süchtigen Verhaltens als stabil einschätzen. Zu frühe Versuche, die Angehörigen im Sinne einer familientherapeutischen Intervention einzubeziehen, obwohl das Trinkverhalten unvermindert praktiziert wird, haben oft den Effekt, dass die Trinker in den Sitzungen nicht „für voll“ genommen werden und eine ernsthafte Auseinandersetzung über bedeutsame Themen kaum möglich ist. Die wechselseitig exkommunizierende Entwertungsdynamik blüht dann auch im therapeutischen Kontext, was oft zu Therapieabbrüchen führt. Erfolgt nach einer individuell unterschiedlichen Zeitspanne der Therapie die Einbeziehung der Angehörigen, muss berücksichtigt werden, dass nun zwei Partner in Kontakt kommen, bei denen sich zumindest der trinkende Partner verändert hat – und zwar sowohl im Hinblick auf das Trinken als auch im Hinblick auf seine Beziehung zu sich selbst. Eine gewisse Fremdheit und Unsicherbarkeit kennzeichnet diese Phase der Therapie.

Für sinnvoll halte ich es, zunächst auf die Suche nach Erhaltenswertem innerhalb der Familienbeziehungen zu gehen: Was funktioniert noch, was sollte beibehalten werden und was sollte sich öfter wiederholen? Kurz: Es geht um das Herausarbeiten von nicht mehr bemerkten, aber vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen. Darüber hinaus geht es um die Suche nach und um die Verabschiedung des nicht mehr Passenden: ob und woran Klienten erkannt haben, dass Ziele aus dem Blick geraten sind, der noch bestehende Lebenszusammenhang brüchig geworden ist, welche Elemente davon verändert werden müssen und was die Antriebe erklärt, diesen Zustand – durch Trinken und durch Duldung – dennoch aufrecht zu erhalten.

Eine weitere zentrale Frage ist die des Vertrauens.

Oft wird v. a. in den Partnerschaften von den Partnern der Wunsch geäußert, der Trinker sollte für Vertrauen sorgen. Im Gegenzug erwartet der Trinker das Gewähren eines Vertrauensvorschlusses durch den nichttrinkenden Partner. Gar nicht so selten widmen sich auch Therapiepu-

ten diesem Anliegen mit großem Einsatz. Aus meiner Sicht ist es allerdings vordringliche Aufgabe der Therapeuten, solche Ideen zu (ver-)stören.

Letztlich geht es nämlich um Folgendes: Der nichttrinkende Partner muss trotz seines nachvollziehbar vorhandenen Misstrauens und des Mangels an Vertrauensbeweisen durch den Partner die riskante Entscheidung treffen, ob er mit dem jeweils anderen unter diesen Bedingungen zukünftig zusammenbleiben will und kann. Und der trinkende Partner muss trotz des Misstrauens seines Partners und der Unmöglichkeit, einseitig für Vertrauen sorgen zu können, die riskante Entscheidung treffen, ob er mit dem jeweils anderen unter diesen Bedingungen zukünftig zusammenbleiben will und kann.

Und damit ist unauflösbar für jeden Partner die Frage verbunden, ob er sich trotz der Erinnerungen an die früheren, wechselseitigen Verletzungen und angesichts des Geschehenen erneut für den jeweils anderen entscheidet. Und ob sie sich trotz der früheren und zukünftig drohenden wechselseitigen Zumutungen doch nicht hergeben wollen und stattdessen neue und notwendig riskante Differenzierungen anstreben.

Kommt es während der Therapie zu heftigen Auseinandersetzungen und Umstrukturierungen bis hin zu beabsichtigten oder vollzogenen Trennungen, sind dies – so ungewöhnlich es sich anhören mag – oft äußere Zeichen eines positiven therapeutischen Verlaufs. Diesem gehen meist individuelle Reifungsprozesse bei den Partnern voraus, die sich als ein Loslassen abgelebter Hoffnungen sowie traumatisch wirkender Erfahrungen beschreiben lassen und neue Zukunftsoptionen eröffnen helfen – ein Prozess, bei dem die Hoffnung, doch noch Gerechtigkeit für Widerfahrenes bekommen zu können, aufgegeben und ein Vergeben (Retzer 2004) sich selbst und anderen gegenüber möglich werden kann.

Fortsetzung Beispiel

Nachdem das Ehepaar zunehmend realisierte, dass seine Ehe fast vollkommen um die Bedürfnisse der Herkunftsfamilie von Herrn Hans organisiert war, öffnete sich dieser dem lange gehegten Kinderwunsch seiner Frau. Frau

Hans wurde im Laufe von sechs Monaten zwei Mal schwanger und hatte beide Male eine Fehlgeburt.

In der Folge nahmen die Auseinandersetzungen innerhalb der Ehe deutlich zu, zumal die bisherigen ehelichen Konfliktzenarien nicht mehr zu der anhaltenden Stabilisierung des Mannes passten: Herr Hans griff nämlich im Konfliktfall nicht mehr zum Alkohol, wodurch Konflikte nicht weggetrunken bzw. auf andere Themenfelder verlagert werden konnten. Jetzt vertrat er klarer seine Positionen, und die Differenzen zwischen den Partnern traten deutlicher und unübersehbar hervor. Gleichzeitig misslang durch die glücklosen Schwangerschaften der Übergang in einen neuen familiären Entwurf mit allen damit verbundenen Risiken und Chancen.

Ungefähr zu dieser Zeit starb die Mutter von Herrn Hans. Neben der Veränderung seines Trinkverhaltens nahm er seine persönliche Reifung auch in der Art, wie er den Tod seiner Mutter erlebte und mit diesem Verlust umgehen konnte, deutlich wahr.

Zufällig oder auch nicht wurde bei Herrn Hans in dieser Phase der Therapie ein Bandscheibenvorfall diagnostiziert und zur Behandlung eine ambulante Rehabilitation in einem Fitness-Center empfohlen. Er nahm ca. 10 kg ab, wirkte nach einiger Zeit deutlich jünger, attraktiver und verliebte sich in eine andere Frau.

Eine sich daraus entwickelnde nächtliche Abwesenheit „erklärte“ er seiner Frau zunächst mit einem „tierischen Rückfall“, der gar nicht stattgefunden hatte. Interessanterweise ließ sich Frau Hans durch diese Erklärung beruhigen. Dennoch war die Affäre nach einiger Zeit nicht mehr zu verbergen.

In einem der paartherapeutischen Gespräche, in dem es darum ging, ob die Beziehung des Ehepaares noch eine gemeinsame Zukunft haben könne, zeigte sich das gesamte Ausmaß der Ambivalenz gegenüber einer chancenreichen und zugleich bedrohlichen Entwicklung. Frau Hans sagte zunächst: „Mein Mann ist im Grunde ein guter Mensch. Er hat nie Geld verspielt und er hat mich auch nie geschlagen.“ Im weiteren Verlauf der Sitzung meinte sie: „Er ist krank. Wenn ich nicht bei ihm bleibe, landet er irgendwann in der Gosse.“ Und als die außereheliche Beziehung zur Sprache kam, sagte der Mann zu seiner Frau: „Dir wäre es lieber gewesen, wenn ich tatsächlich wieder getrunken hätte und alles beim

Alten geblieben wäre, statt mich zu verändern und diese Frau kennen zu lernen.“ Sie antwortete: „Ja, das stimmt.“ Im weiteren Verlauf der Therapie wurden die Unterschiede zwischen den Lebensentwürfen beider Partner so deutlich, dass das Paar sich schließlich trennte.

Herr Hans hat seinen vorübergehend geschlossenen Betrieb wieder eröffnet, plant und arbeitet in einem anderen – ruhigeren – Rhythmus und lebt in einer Beziehung mit einer neuen Frau. Nach wie vor hat er den Eindruck, dass die Trennung notwendig und unvermeidlich gewesen sei – außer er hätte wieder süchtig zu trinken begonnen. Die Ehefrau lebt seit einiger Zeit in einer neuen Beziehung.

SCHLUSS

Zwei Anmerkungen zum Schluss: Zum einen warne ich aufgrund der Komplexität des süchtigen Geschehens davor, sich vorschnell auf eine spezifische Settingwahl oder Methode festzulegen. Meine therapeutischen Erfahrungen und heutigen Ausführungen beziehen sich auf die Arbeit mit alkoholabhängigen Erwachsenen. Hier scheint mir eine Kombination aus individualtherapeutischen und paar- bzw. familientherapeutischen Settings sinnvoll, weil im anfänglichen einzeltherapeutischen Kontakt die therapeutische Beziehung Bindungsangebote bereitstellt, bei denen das süchtige Verhalten, mögliches Rückfallgeschehen, Affekte wie Scham, Schuld und resignative Haltungen erlebt und besprochen werden können, ohne sich dabei negativ bewertenden Reaktionen durch Angehörige auszuliefern. Auf der Grundlage einer so sich langsam stabilisierenden und erhöhten Selbstwirksamkeit kann dann auch gewinnbringend im paar- und familientherapeutischen Setting die Familie in die Therapie einbezogen werden.

Bei Jugendlichen mit einer Abhängigkeitsentwicklung scheint mir zumindest dann eine frühere und stärkere Betonung eines familientherapeutischen Settings als sinnvoll, wenn die Familie als emotionale Ressource genutzt werden kann. Hier sind aufgrund des jungen Alters der Klienten die Bindungsdynamiken der Familie nützlicher als die der therapeutischen Beziehung. Auf dieser Basis können korrigierende Bindungserfahrungen

in und mit der Familie gefördert werden – allerdings nur dann, wenn die Familie von den Jugendlichen als Ressource angesehen wird. Dies ist nämlich nicht mehr der Fall, wenn von traumatisierenden, gewaltsamen und sexuell übergriffigen Erfahrungen berichtet wird. Eine Einladung der Angehörigen zur Therapie bedeutet dann gleichzeitig die Einbeziehung von Tätern. Davon ist aus meiner Sicht dringend abzuraten.

Und zum Zweiten: Obwohl ich im Laufe meiner inzwischen mehr als 25-jährigen Arbeit mit süchtig Trinkenden glaube, einiges von der Dynamik verstanden zu haben, so bleibe ich dennoch sowohl meinen eigenen Konzepten und Erfindungen als auch denen anderer gegenüber vorsichtig. Allzu leicht sehe ich meine Ideen als wahr an und glaube zu wissen. Und dazu fällt mir eine Geschichte ein:

Picasso soll von einem Journalisten einmal gefragt worden sein, warum er Frauen in seinen Bildern so verunstaltet darstelle. So sähen richtige Frauen nicht aus. Der Künstler fragte daraufhin, wie Frauen denn aussehen würden. Der Journalist zückte seine Brieftasche und präsentierte eine Fotografie seiner Frau mit den Worten: „So sehen Frauen aus.“ Picasso betrachtete das Foto nachdenklich und antwortete: „Ziemlich klein. Und ganz schön flach.“

DR. PHIL. RUDOLF KLEIN

ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, war nach einer Tätigkeit als Gruppentherapeut in einer Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige mehr als 20 Jahre Mitarbeiter einer ambulanten psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle und dort mit der Beratung und Therapie süchtig trinkender Menschen und deren Familien beschäftigt; seit 2004 in freier Praxis tätig; Lehrtherapeut und Lehrender Supervisor der Saarländischen Gesellschaft für Systemische Therapie (SGST) und der Systemischen Gesellschaft (SG). Lehrtherapeut des Wieslocher Instituts für systemische Lösungen (wisl); Mitglied im Editorial Board der „Familiendynamik“.

BUCHPUBLIKATIONEN:

Berauschte Sehnsucht – zur ambulanten systemischen Therapie süchtigen Trinkens. Carl-Auer-Systeme 2002 (2005, 2008).
Einführung in die Praxis der systemischen Therapie und Beratung (gemeinsam mit Andreas Kannicht). Heidelberg. Carl-Auer-Systeme 2007 (2009).

Lob des Zauderns – Navigationshilfen für die systemische Therapie von Alkoholabhängigkeiten. Heidelberg. Carl-Auer-Systeme 2014.

BIBLIOGRAPHIE:

- Bateson, G. (1971): Die Kybernetik des »Selbst«: Eine Theorie des Alkoholismus. In: G. Bateson: Ökologie des Geistes (1983). Frankfurt a. M.: 400–435.
- Berg, I. K. u. S. D. Miller (1993): Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz. Heidelberg (Carl-Auer), 7. Aufl. 2009.
- Bischoff, G. u. H.-J. Rumpf (2011): Selbstheilung bei Suchterkrankungen – Der vorherrschende Weg. Was können Behandler aus den entsprechenden Studien lernen? Verfügbar unter: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CU1g0X48bPMJ:www.konturen.de/NEU_pages/archiv/2011/0411/0411_leseprobe.php+Bischoff,+G.+u.+H.-J.+Rumpf+\(2011\):+Selbstheilung+bei+Suchterkrankungen&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CU1g0X48bPMJ:www.konturen.de/NEU_pages/archiv/2011/0411/0411_leseprobe.php+Bischoff,+G.+u.+H.-J.+Rumpf+(2011):+Selbstheilung+bei+Suchterkrankungen&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de) [16.9.2013].
- Brentrop, M. (1990): Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit aus systemischer Sicht. Familiendynamik 15 (4): 346–361.
- Eliade, M. (1990): Das Heilige und das Profane. Frankfurt a. M. (Suhrkamp).
- Genep, A. van (1986): Übergangsriten. Frankfurt a. M./New York (Campus).
- Gürtler, L., U. Studer u. G. Scholz (2010): Tiefensystemik. Münster (Monsenstein und Vannerdat).
- Kierkegaard, S. (2005): Der Begriff der Angst. München (DTV).
- Klein, R. (2002a): Berauschte Sehnsucht. Zur ambulanten systemischen Therapie süchtigen Trinkens. Heidelberg (Carl-Auer), 3. Aufl. 2009.
- Klein, R. (2011): Bericht von einer Geburt. Familiendynamik 36 (2): 158–162.
- Klein, R. (2014): Lob des Zauderns – Navigationshilfen für die systemische Therapie von Alkoholabhängigkeiten. Heidelberg (Carl-Auer).
- Klingemann, H. et. al. (2001): Promoting Self-Change from Problem Substance Use. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/book/10.1007/978-94-010-0922-5/page/1> [16.9.2013].
- Retzer, A. (2004): Systemische Paartherapie. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Roth, P. (1998a): Sabbaths Theater. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt).
- Roth, P. (1998b): Amerikanisches Idyll. München (Carl Hanser).
- Safrański, R. (2009): Ein Meister aus Deutschland. Frankfurt a. M. (S. Fischer).
- Schäfer, I. u. M. Krausz (2006): Trauma und Sucht. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Sebestyén, G. (1996): In: V. Klink u. S. Opitz (Hrsg.): Cotta's kulinarischer Almanach 1997/1998. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Sloterdijk, P. (1993): Weltfremdheit. Frankfurt a. M. (Suhrkamp).
- Stierlin, H. (1997): Haltsuche in Haltlosigkeit. Frankfurt a. M. (Suhrkamp).
- Turner, V. (1989): Das Ritual. Frankfurt a. M./New York (Campus).
- Vogl, J. (2007): Über das Zaudern. Zürich/Berlin (Diaphanes).
- Welsch, W. (1992): Topoi der Postmoderne. In: H. R. Fischer, A. Retzer u. J. Schweitzer (Hrsg.): Das Ende der großen Entwürfe. Frankfurt a. M. (Suhrkamp), S. 35–55.