

Wie chronifiziere ich Suchtkranke am besten?

Isomorphe Strukturen im Kontext der Suchthilfe

VON FRANZ ERBACH UND
KORDULA RICHELSHAGEN

In den Jahren unserer gemeinsamen systemischen familientherapeutischen Arbeit in der psychosozialen Beratungsstelle für Suchtpatienten und deren Familien in Bruchsal/Baden haben wir beobachtet, dass gewisse Vorannahmen, Interaktionsmuster und Organisationsprinzipien des Suchthilfesystems denen von betroffenen Familien ähneln. Und mehr noch, dass therapeutische und gesellschaftliche Strategien zur Überwindung von Suchtmittelmissbrauch sich nicht oder nicht wesentlich von den Lösungsstrategien der betroffenen Familien unterscheiden und damit dazu beitragen können, süchtiges Verhalten aufrechtzuerhalten. Im folgenden schildern wir aus der Meta-Perspektive unsere systemischen Betrachtungen aus der familientherapeutischen Praxis mit sogenannten „Suchtfamilien“ und Institutionen des Hilfesystems.

Doch zuvor sollen wesentliche Grundannahmen der systemischen Sichtweise kurz umrissen werden.

Der vorliegende Beitrag ist eine überarbeitete und gekürzte Fassung des Artikels „Isomorphe Strukturen im Kontext der Suchtkrankenhilfe. Ein Versuch über den Rand des Spiegels zu schauen“ in der Zeitschrift *Familiendynamik* Heft 1, 1989

An dieser Stelle möchten wir auf die Arbeiten von Dr. Gunther Schmidt und Dr. Gunthard Weber von der Gesellschaft für systemische Therapie (IGST) Heidelberg hinweisen, denen wir für wichtige Anregungen zu diesem Thema herzlich danken.

Die systemische Betrachtung von Sucht und Abhängigkeit gewinnt seit Anfang der achtziger Jahre im Bereich der Suchtkrankenhilfe zunehmend an Bedeutung. So wird mittlerweile auch die Definition des Suchtbegriffes und die damit verbundenen Grundannahmen des Hilfesystems im Feld neu diskutiert.

Systemische Grundannahmen

Für die Systemtheorie ist ein wichtiges Charakteristikum der Prozesse in lebenden Systemen ihre Rückbezüglichkeit. Bezogen auf menschliche Interaktion wird so nicht die Frage nach dem „Warum“ eines Verhaltens relevant, sondern es geht darum zu verstehen, wie sich menschliche Verhaltensweisen durch zirkuläre Aktions- und Reaktionsmechanismen gegenseitig bedingen und aufrechterhalten lassen. Die systemische Sichtweise vollzieht damit eine radikale Abkehr vom linearen, eindimensionalen Ursache-Wirkungs-Denken hin zum zirkulären vernetzten Denken. Die beziehungsgestaltende Funktion eines bestimmten Verhaltens wie etwa des Trinkens von Alkohol wird in dem spezifischen sozialen Kontext gesehen, in dem es auftritt. Dabei wird das Verhalten des einen Partners in Bezug gesetzt zu dem eines anderen oder eines Systems (Familie, Team, Suchthilfesystem).

Das Hauptinteresse gilt also den Beziehungen, den dynamischen Austauschprozessen zwischen Menschen, Symptomen und Umgebung und nicht mehr den individuellen „Eigenschaften“, dem intrapsychischen Geschehen oder den Persönlichkeitsstrukturen. An die Stelle von individualisierten Diagnosen treten beziehungsdynamische Hypothesen, die sowohl das Verhalten jedes einzelnen Familienmitgliedes berücksichtigen als auch die Funktion des Symptoms für das gesamte System.

Ein Urteil und seine Folgen

Bis zum Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) von 1968 (BSGE 28, 114), in dem Alkohol- und Drogenabhängigkeit in der Kranken- und Rentenversicherung als Krankheit definiert wurde, galt in der Bundesrepublik Deutschland jemand, der häufig oder regelmäßig Alkoholmissbrauch betrieb, als weitgehend selbstverantwortlich für sein Elend. Seit der „Empfehlungsvereinbarung zwischen den Krankenversicherungs- und Rententrägern über deren Zusammenarbeit bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker von 1978“ wird Suchtverhalten als Abhängigkeit, als Unfähigkeit zur Abstinenz, der Süchtige als unfähig zur Selbstkontrolle (Kontrollverlusthypothese) definiert.

Im gesellschaftlichen Bewertungsprozess sollten Menschen mit Suchtverhaltensweisen demnach weniger diskriminiert werden. Doch andererseits wurde nun aus einem Verhalten eine Eigenschaft gemacht. Der „Kontrollverlust“ und das „Nicht-mehr-aufhören-können“ wurden nun zu etwas, was den Betroffenen eigen ist, was sie haben, besitzen oder das, einem Virus vergleichbar, in ihnen steckt und Macht (Kontrolle) über sie ausübt (Vgl hierzu Simon und Weber 1988).

Durch den Wandel der Grundannahmen von böse (= aktiv und selbstverantwortlich) zu krank (= passiv, erleidend, nicht selbstverantwortlich) lässt auch heute noch, bei Familienangehörigen wie bei SuchttherapeutInnen ein merkwürdig widersprüchliches Verhalten den Klienten und Angehörigen gegenüber beobachten. Die Forderung, das Trinken zu beenden, der offenbar die Annahme zugrunde liegt, der Betroffene sei als selbstverantwortliche Person dazu in der Lage, wird häufig abgelöst von Kontrollversuchen und Versorgungsverhalten. Diese implizieren, der Betroffene sei krank und nicht in der Lage, sein Handeln selbst



zu bestimmen. Diesen Rettungsversuchen folgen wiederum Aufforderungen, das Trinken einzustellen und so weiter (Berne, 1970).

Wer hat die Kontrolle verloren ?

In der Annahme, das Kranksein des Suchtklienten äussere sich in seiner „Unfähigkeit zur Abstinenz“, steckt implizit die Aufforderung, abstinent und so wieder gesund zu werden. Folgerichtig ist das allgemein akzeptierte Therapieziel Nummer 1 in suchttherapeutischen Institutionen die lebenslange Abstinenz. Da der Patient per Definition den „Verlust der Selbstkontrolle“ erlitten hat, kann nicht erwartet werden, dass er dieses Ziel aus eigener Kraft erreicht.

Aufgabe der HelferInnen (die sich im Besitz der Kontrolle wähnen) ist unter anderem, auf die Einhaltung des ersten Gebotes (Abstinenz) zu achten, indem sie - in bester Absicht und vorübergehend - die Kontrolle und Führung des Klienten übernehmen.

Dabei arbeiten sie jedoch gleichzeitig darauf hin, dass der Klient zu einem selbstverantwortlichen, sich selbst kontrollierenden, selbständig denkenden und handelnden Menschen wird.

Den aufmerksamen LeserInnen wird nicht entgangen sein, dass in dem bisher Geschilderten bereits die Grundlagen für ein hochkomplexes Kontrollspiel angelegt sind. In der Tat bestätigt die Sprache der Rehabilitation von Suchtpatienten diese Annahme. Ausdrücke wie „Therapeutische Kette“, „Therapienetz“, „Flächendeckende Versorgung“, „Festigungsbehandlung“, „Lebenslängliche Teilnahme an Selbsthilfegruppen“ und so weiter legen nahe, dass eine dauerhafte Kontrolle von aussen als notwendig erachtet wird.

Krankheitskonzept

Die Fähigkeit zur Abstinenz können Alkoholiker nur beweisen, indem sie nicht trinken, die Fähigkeit zur Selbstkontrolle, wenn sie wie andere

Menschen das Trinken „kontrollieren“ können. Versuchen sie jedoch abstinent zu leben, zeigen sie damit, dass sie keine Selbstkontrolle haben. Versuchen sie durch mäßiges Trinken Selbstkontrolle auszuüben, zeigen sie ihre Unfähigkeit zur Abstinenz. Ganz gleich, wie sie sich verhalten, sie bleiben per Definition immer krank.

„Kontrolliertes“ Trinken im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung verstösst gegen die Abstinenzregel und wird als „Rückfall“ definiert. In der Regel wird den „Gescheiterten“ dann von ihrem Helfernumfeld mit Nachdruck geraten, sich erneut in Behandlung zu begeben. Tun sie dies nicht aus eigenem Antrieb, was dann oft als mangelnde Krankheitseinsicht gedeutet wird, muss man sie gegebenenfalls zu ihrem eigenen Besten motivieren oder zwingen. Möglichkeiten hierzu sind die Entlassung aus dem Arbeitsverhältnis, die Streichung von Arbeitslosengeld/Arbeitslosenhilfe, Krankengeld oder Sozialhilfe beziehungsweise die Weigerung der entsprechenden Stellen, Arbeitsplätze zu vermitteln.

Um solche Rückfälle zu verhindern und sie vor den oben beschriebenen Auswirkungen zu schützen, werden Alkoholiker vor Antritt der Behandlung verpflichtet, sich nach der Behandlung einer Selbsthilfegruppe Suchtkranker anzuschliessen, die die Aufgabe übernimmt, sie zu schützen.

Die Zuschreibung, süchtiges Verhalten sei eine Krankheit, hat nun bestimmte Regeln zur Folge, wie man mit diesem Verhalten umzugehen hat. Der „Kranke“ sollte eher geschont werden, und Konflikte dürfen nicht mit ihm ausgetragen werden.

Familien und Organisationen, die süchtiges Verhalten als Krankheit erklären, finden sich schnell in einem Dilemma. Klare Entscheidungen im Sinne von Abgrenzungen vom Symptomträger stehen in starkem Konflikt mit der moralischen Aufforderung nach Fürsorge, Unterstützung und Verständnis für den „Kranken“.

Der Inhalt der Bedeutungsgebung hat sowohl beziehungsgestaltende Auswirkungen auf die Familienmitglieder als auch auf die konzeptionelle Orientierung der Vertreter des Gesundheitssystems. „Wenn das Erklärungskonzept des Gesundheitssystems mit dem der Familie weitgehend übereinstimmt, ist u.a. die Möglichkeit sehr wahrscheinlich, dass sich das Erklärungskonzept der Familie eher erhärtet und damit bestimmte Beziehungsgestaltungen noch mehr festfahren.“ (Schmidt, 1987)

Hilfe!! Hilfe?!

Im folgenden möchten wir einige zentrale Regeln und Interaktionsmuster in sogenannten „Suchtfamilien“ und ihre Entsprechungen im Suchthilfesystem beschreiben (vgl hierzu G. Schmidt, 1987).

„Zuhause ist es am schönsten“ - oder „Bleib auf Mamis Schoss“ – Bindung

In der Folge zahlreicher Trennungs- und Verlust Erfahrungen in der Eltern- und Großeltern generation werden in sogenannten Suchtfamilien Ablösungs- und Autonomiebestrebungen der Kinder in der Regel als bedrohlich erlebt. Die Welt „draussen“ erscheint gefährlich, Sicherheit und Geborgenheit, die Befriedigung wichtiger Grundbedürfnisse gibt es nur innerhalb der Familie. Abgrenzungs- und Autonomiebestrebungen werden kritisch kommentiert: „Das schaffst du nicht“, „Wenn du jetzt gehst, brauchst du nicht wiederzukommen...“, „Wie kannst du uns das antun?“ und anderes mehr. Damit werden „Ausbruchsschuld“ induziert und Loyalitätskonflikte hervorgebracht: Der Suchtmittelmissbrauch solcherart gebundener junger Menschen erscheint als Versuch, gleichzeitig in Abhängigkeit und Loyalität zur Herkunftsfamilie zu verharren und



„Autonomie“ zu leben, in dem sie das Gebot „Du sollst nicht so viel Trinken“ übertreten und damit „demonstrieren“, dass sie doch eigenständig und autonom sind. Ein Beispiel: Herr B. ist das jüngste von drei Geschwistern und lebt als einziger noch zu Hause. Im Alter von 17 Jahren beginnt er massiv Alkohol zu konsumieren. Was seine Autonomiebestrebungen betreffen, war die Beziehung zu den Eltern in etwa in der oben beschriebenen Weise organisiert. Einige Jahre später entschliesst sich Herr B. aufgrund seines zunehmenden Alkoholkonsums zu einer Entwöhnungsbehandlung in einer Fachklinik. Allem Anschein nach entwickelt er sich dort wider Erwarten gut. Er zeigt sich selbstkritisch, zunehmend engagiert und bereit, Verantwortung für sein Verhalten, einschließlich des Suchtmittelgenusses, zu übernehmen. Nach etwa vier Monaten stationärer Behandlung (reguläre Dauer 6 Monate) erschreckt Herr B. seine Therapiegruppe und seinen Therapeuten mit der Ankündigung, er fühle sich nunmehr in der Lage,

sein Leben eigenständig zu meistern und künftig ohne Alkohol zurechtzukommen. Er beabsichtige, die Fachklinik in den nächsten Tagen zu verlassen. Zu den Eltern wolle er nicht zurückkehren. Gruppe und Therapeut reagieren panisch. Man sagt ihm für den Fall seines vorzeitigen Weggangs den baldigen Rückfall voraus und erklärt ihm, er sei noch lange nicht so weit, eigenständig und unabhängig von der Familie im Leben zurechtzukommen. Nach mehrtägigen Auseinandersetzungen innerhalb der Therapiegruppe entscheidet Herr B., unsicher geworden, die Behandlung bis zum vorgesehenen Ende fortzuführen. In den verbleibenden acht Wochen zeigt er sich zunehmend desinteressiert, seine Leistungen im Bereich der Arbeitstherapie lassen deutlich nach, im fünften Behandlungsmonat schliesslich trinkt Herr B. erneut Alkohol. Therapiegruppe und Behandlungseinrichtung fühlen sich in ihrer Annahme über Herrn B.s Fähigkeiten bestätigt, er selbst kommt zu dem Schluss, er habe seine Möglichkeiten wohl überschätzt.



Noch deutlicher präsentieren sich solche Bindungs- und Abhängigkeitsmuster in Selbsthilfegruppen, wenn Gruppenmitglieder nach jahrelanger Zugehörigkeit die Gruppe verlassen wollen, um auf eigenen Füßen zu stehen. Hat das betreffende Gruppenmitglied für die Gruppe eine wichtige stabilisierende Funktion (Verantwortungsträger), verunsichert dies die Gruppe zusätzlich, und oft häufen sich dann Rückfälle. Das verleitet die Betroffenen in der Regel dazu, aus Schuld- und Loyalitätsgefühlen heraus in der Gruppe zu verbleiben. Doch damit erhalten weder der Betroffene noch die Gruppe neue Informationen und Anstöße, die eine Verhaltensänderung in Richtung Autonomie, eigenständige Lebensgestaltung begünstigen könnten. Aus den Herkunftsfamilien altbekannte, abhängigkeitsfördernde Erklärungsmodelle und Beziehungsmuster werden erhärtet.

„Seid nett zueinander!“
- Konfliktvermeidung

Offen ausgetragene Konflikte beinhalten die Möglichkeit massiver Abgrenzung bis hin zur Trennung. Zwar werden in „Suchtfamilien“ Konflikte oft mit großer Vehemenz inszeniert, in Verhalten umgesetzte Autonomiebestrebungen und Abgrenzungen werden aber - als Gefahr für den Bestand des Systems Familie - gemieden. Probate Mittel hierzu sind etwa das Nichtansprechen kritischer Themen oder das Umlenken von Konflikten durch die Einbeziehung Dritter (beispielsweise Kinder oder auch das Suchtmittel). Ein Beispiel: Familie M. kam wegen massiver Alkoholprobleme des Vaters zu uns. Beide Ehepartner schienen intensiv an die eigene Herkunftsfamilie gebunden und führten bereits einen jahrzehntelangen Disput über die Frage, wessen Familie die „bessere“ sei. Für auftretende Konflikte zwischen den Ehepartnern wurde jeweils die

Herkunftsfamilie des anderen verantwortlich gemacht. Wann immer die Auseinandersetzungen zu eskalieren drohten, brach Herr M. die Diskussion ab, verschwand im Keller, und trank dort ausgiebigst Alkohol. Frau M. zog dann häufig die außerhalb der Familie lebende erwachsene Tochter hinzu. Gemeinsam wandten sie sich dem „kranken“ Vater zu und versuchten ihn durch gutes Zureden (Appelle) beziehungsweise durch massive Kontrollversuche vom Trinken abzubringen. Diese Auseinandersetzungen erschienen weit weniger konflikthaft, denn Herr M.s Alkoholkonsum wurde als etwas betrachtet, auf das er wenig Einfluss hatte. Hinzu kam, dass sich die Ehefrau und ein weiteres noch im Hause lebendes Kind in diesen Situationen regelmäßig fragten, ob die dem Alkoholmißbrauch vorhergehenden Auseinandersetzungen für Herrn M. „zuviel“ gewesen waren, und sie somit zum erneuten Ausbruch seiner Krankheit beigetragen hätten. Ihre Schuldgefühle führten zu noch mehr Fürsorge dem Vater und Mann gegenüber. Der Alkohol schien in dieser Familie einerseits dazu beizutragen, die Konflikteskalation zu verhindern und gleichzeitig, indem die ältere Tochter auf den Plan gerufen wurde, den familiären Zusammenhalt zu gewährleisten.

Konfliktvermeidung beziehungsweise die Einbeziehung einer Vermittlungsinstanz sind auch im Kontext des Suchthilfesystems beliebte Problemlösungsstrategien. Aufgrund der defizitorientierten Erklärungsmodelle (Pathologie-Denken) wird die Verantwortung für den therapeutischen Prozess hauptsächlich auf Seiten der TherapeutInnen gesehen. Bei einem Therapieabbruch oder Rückfall sind Schuldgefühle der TherapeutInnen fast die Regel. Man fragt sich, ob man genügend getan hat, welcher „therapeutische Fehler“ zum Abbruch oder Rückfall geführt haben mag. Stationäre Einrichtungen zur Drogen-therapie kennen seit Jahren sogenannte „stationäre Krisenberater“

(auch: „Abbruchberater“), aus Bundesmitteln finanzierte Fachleute mit der Aufgabe, die Therapieabbruchquote senken zu helfen. Droht etwa ein Abbruch infolge von Konflikten zwischen KlientIn und TherapeutIn, sollen die Krisenberater diese Konflikte klären und damit die Klienten in der Therapieeinrichtung halten. Bei schwacher Belegung (nach Massenabbrüchen, disziplinarischen Entlassungen) steht gelegentlich das Überleben der Einrichtung in Frage. Dann sind die TherapeutInnen oft weitaus vorsichtiger im Ansprechen kritischer Themen bei ihren KlientInnen. Die sich so entwickelnden Kommunikationsmuster sind den KlientInnen aus ihren Herkunftsfamilien bestens bekannt und dürften keinerlei Impulse zur Veränderung Verhaltensmustern und Glaubenshaltungen beinhalten.



„Verhalte dich autonom - aber wie ich es für richtig halte“ - gelenkte Autonomie

In „Suchtfamilien“ werden „Süchtige“ oft aufgefordert, sich vernünftig und autonom zu zeigen, aber auf genau die Art und Weise, die ihre Angehörigen für richtig halten. Diese paradoxe Erwartung wird von den Betroffenen selbstverständlich als Bevormundung erlebt und nicht selten mit totaler Verweigerung oder Steigerung des Suchtmittelkonsums beantwortet.

In einem Familiengespräch erklären uns die Eltern eines etwa 20jährigen drogenbenutzenden Mannes in allen Einzelheiten, wie sie sich das künftige „gesunde“ Verhalten ihres Sohnes vorstellen. Er sollte den Drogenkonsum einstellen, eine hochqualifizierte Beschäftigung aufnehmen und vieles andere mehr. Gleichzeitig zeigten sie sich zutiefst überzeugt, ihr Sohn werde zu all dem nicht in der Lage sein. Für die Beziehung zwischen Eltern und Sohn nannten sie als größten Wunsch, der Sohn möge sich endlich ihnen gegenüber einmal dominant und durchsetzungsfähig zeigen.

Der junge Mann befand sich so in einem begrifflichen Dilemma. Seine „Lösung“ bestand darin, entweder von Zeit zu Zeit den Drogengebrauch zu steigern, oder sich jeglicher Forderung total zu verweigern, indem er sich tagelang in sein Zimmer einschloss.

Ähnlichen Denk- und Verhaltensmustern begegnen wir im Suchthilfesystem im Kontext der Nachsorgebehandlung, zu der die Klienten sich bereits vor der Therapie schriftlich verpflichten müssen. Dies ist in sich paradox. Ist die Therapie erfolgreich abgeschlossen, wäre der Klient konsequenterweise mit besten Glückwünschen ins Leben zu entlassen. Da die pathologieorientierte Sichtweise süchtigen Verhaltens von einer lebenslänglichen Gefährdung ausgeht, werden die Klienten genötigt, sich einer (ambulanten und/oder stationären) Nachsorgebehandlung zu unterziehen. Anschließend wird ihnen die lebenslängliche Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe verordnet. Der Begriff „lebenslänglich“ wird ansonsten nur im Zusammenhang mit Strafjustiz verwendet - Therapie also als Strafe?

In jedem Fall kommunizieren solche Empfehlungen implizit die dem Süchtigen bekannten Ideen wie: „Du kannst nicht allein...“, „Du brauchst uns auch weiterhin...“. Auch hier werden abhängigkeitsfördernde Ideen und Muster zementiert. Durchläuft ein Klient alle Stationen widerspruchlos, beweist er letztlich nur seine Abhängigkeit beziehungsweise das Fehlen von Autonomie. Weigert er sich, gilt er als krankheitsuneinsichtig und therapiebedürftig. Es gilt das Motto: Du hast keine Chance - nutze sie!

„Tür zu! Es zieht!“ – Abgrenzung nach außen

Im Gegensatz zu den diffusen Grenzen innerhalb der „Suchtfamilie“ erscheint die Grenze zwischen Familie und Umwelt nahezu undurchlässig. Gefühle von Schuld und Scham wegen des Suchtproblems führen die Familien in soziale Isolation.



Die Folge ist zwar ein starker familiärer Zusammenhalt, andererseits gelangen kaum neue Informationen und Anstöße zur Entwicklung und Veränderung in die Familie; eigene suchtfördernde Ansichten und Beziehungsmuster werden ständig reproduziert.

Kommen „Suchtfamilien“ mit Selbsthilfeorganisationen in Kontakt, finden sie in der Regel die familieneigenen Normen und Wertvorstellungen bestätigt. Möglicherweise resultiert hieraus die unter Suchtpatienten weit verbreitete Ansicht, nur ein Süchtiger könne einen Süchtigen wirklich verstehen. Für viele dieser Familien stellt die Selbsthilfegruppe oft den einzigen Kontakt nach außen dar. Da andere einen eben nicht verstehen können, verbringt man auch die Freizeit fast ausschließlich im Kreis von „Mitbetroffenen“. Andersartige Kontakte und Entwicklungsmöglichkeiten werden zugunsten der Kohäsion innerhalb der Selbsthilfegruppe vernachlässigt. Der „Selbsthilfe-Clan“ grenzt sich wie eine Sekte nach außen ab.

„Ich möchte ja schon, aber ich habe solche Kopfschmerzen“ – Abgrenzung durch Krankheit

Abgrenzung, das Verfolgen individueller Ziele und das Durchsetzen eigener Bedürfnisse gilt in sogenannten Suchtfamilien als selbstsüchtiges Verhalten und Ausdruck von mangelndem Verantwortungsbewusstsein und ist nur dann erlaubt, wenn ein triftiger Grund dafür vorliegt, etwa absolute Erschöpfung oder eine Erkrankung. Zahlreiche EhepartnerInnen Süchtiger können sich erst dann trennen, wenn sie so viele „Erschöpfungs-Rabattmarken“ gesammelt haben, dass sie - nahe dem Zusammenbruch - ein ganzes Heft abgeben können. Multiple psychosomatische Beschwerden dienen den PartnerInnen Süchtiger

dazu, wenigstens zeitweise aus der Rolle des Überverantwortlichen entlassen zu sein, ohne allzu große Schuldgefühle zu riskieren („Meine Migräne gegen deine Sucht“).

Auch die MitarbeiterInnen in suchtherapeutischen Einrichtungen scheinen von der Möglichkeit der Abgrenzung gegenüber ihren Klienten nur sehr zaghafte Gebrauch zu machen. Es scheint die implizite Regel zu gelten, man müsse allzeit bereit sein, auf die allfälligen Bedürfnisse und Forderungen der Klienten einzugehen, und sich für das Gelingen des therapeutischen Prozesses aufopfernd einzusetzen. Die Arbeit mit Suchtpatienten - vor allem im stationären Bereich - galt schon immer als sehr belastend. Noch vor wenigen Jahren gab es eine starke Fluktuation in den Teams dieser Einrichtungen. Heute sehen sich viele MitarbeiterInnen von der Arbeitsmarktsituation genötigt, „länger auszuharren“.

Die gesamte Entwicklung im psychosozialen Feld fördert Abhängigkeitsmuster. Die („freien“) Träger von Suchthilfeeinrichtungen geraten in größere Abhängigkeit von öffentlichen Zuschussgebern, die MitarbeiterInnen fühlen sich zunehmende abhängig von den Trägern, die KlientInnen von den TherapeutInnen, und alle zusammen von dem „Spiel“, dessen Regeln sie gemeinsam im Laufe der Jahre entwickelt haben. Ein Mitarbeiter einer Fachklinik für Drogenabhängige erzählte uns, seine Einrichtung verzeichne im Vergleich zu anderen seines Trägerverbandes mit Abstand die meisten Krankmeldungen pro Jahr. Atempausen auch hier nur noch über Krankheit?

Schlussfolgerungen

Die Verwendung des Krankheitsbegriffes und die sich daraus ableiten-

den Verhaltensregeln im Suchthilfesystem begünstigen nach unserer Auffassung Interaktionsmuster, die vertraute Grundannahmen der Beteiligten bestätigen und abhängigkeitsfördernde Auffassungen und Interaktionen in Suchtfamilien eher erhärten.

Die aktuellen Zahlen im Suchtbereich deuten gesellschaftlich gesehen eher auf eine Chronifizierung des Problems hin. Dies kann unserer Meinung nach nicht daran liegen, dass „nicht genug“ getan würde. Die Lösungsversuche scheinen vielmehr zum Problem geworden zu sein (Vgl. hierzu Watzlawick, 1974). Systemtheorie und Konstruktivismus können neue Sichtweisen erschließen und ermöglichen kreatives Experimentieren. Auch die professionelle Suchtkrankenhilfe hat hier in den vergangenen Jahren wichtige Impulse erfahren. Das Beschreiten neuer Wege setzt allerdings das Infragestellen und Verlassen altbekannter Grundüberzeugungen voraus. Anstatt an alten Übeln festzuhalten. Nur wer von dem einem Ufer losschwimmt, kann das andere erreichen.

Bibliographie

- Berne, E. (1970): Spiele der Erwachsenen. Reinbek bei Hamburg
- BSGE: Entscheidungen des Bundessozialgerichts, Köln (chronologische Anordnung der wichtigsten Urteile)
- Erbach, F. und Richelshagen, K. (1999): Isomorphe Strukturen im Kontext der Suchtkrankenhilfe. *Familiendynamik* 14, S. 27-46
- Schmidt, G. (1991): Beziehungsmuster und Glaubenssysteme bei Kindern von Suchtpatienten – eine systemische Betrachtung. In: Birkhoff, J. (Hg.): *Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie*, Freiburg.
- Simon F. und Weber, G. (1989): *Das Ding an sich*. *Familiendynamik* 13, S. 57-61
- Watzlawick, P. (1974): *Lösungen*. Bern