

Familientherapie bei Sucht¹

von Andreas Manz

1 Einleitung

These 1: Die Familientherapie ist ein potentes Instrument. Ihr Einsatz und vor allem das Ausschöpfen ihrer Möglichkeiten bedürfen der Indikation und der Legitimation.

Zur Legitimation: Wir werden die Frage, wie weit ein Therapeut sein potentes Instrument einsetzen darf, am Schluss des Referats nochmals aufgreifen. Wichtig erscheint mir, dass bei einer Beratung oder Therapie Klarheit über den Auftrag, der vom Hilfesuchenden an die Institution und den Berater resp. Therapeuten gegeben wird, herrscht. Dabei ist ein grundsätzlicher und ein auf die Situation bezogener Auftrag zu unterscheiden.

Bei Suchtpatienten handelt es sich um Menschen, die in ihrer Pathologie oft am Rande des Todes stehen. Oder sie geraten in Situationen, wo sie als unzurechnungsfähig zu bezeichnen sind. Manchmal herrscht in einem Suchtsystem eine solche Dramatik, dass eine Ablehnung eines Auftrages, je nach Weltanschauung des Beraters, nicht mehr möglich erscheint.

Wann immer ich meine Auftragslage abkläre, höre ich den Wunsch, ich möchte den Süchtigen darin unterstützen, von seiner Sucht los zu kommen. Entweder sind andere Süchtige nie zu mir gekommen oder ich frage anders als andere Kollegen. Wann immer ich die Frage gestellt habe, ob meine Aufgabe nun eigentlich darin bestehen würde, mein Fachwissen, meine therapeutischen Kenntnisse und meine Geduld dahingehend zu investieren, dass sich die Chancen für ein abstinentes Leben, für ein Beenden der Sucht, vergrössern und dass ein abstinentes Lebens sogar möglich wird und erhalten werden kann, so erhalte ich von den von einer Sucht Betroffenen eine ganz klare Zustimmung und einen klaren Auftrag. Dabei ist ein Auftrag nicht mit Motivation zu verwechseln. Ein Auftrag ist auch nicht unbedingt mit Willen gleichzusetzen. Der Auftrag definiert meine Stellung im Leben des Klienten. Seine Motivation, sich hinterfragen zu lassen, und sein Wille, die notwendige Veränderung in seinem Leben durchzuführen, sind mit Sicherheit ambivalent. Das gehört aber zur Sucht-Krankheit. Als Fachmann weiss ich das. Ich weiss auch, dass mein Klient an einer potentiell tödlichen Krankheit leidet und ich weiss auch, dass fast immer eine ganze Umgebung mitleidet. Aus diesem Wissen heraus gehe ich an die Arbeit.

Im Verlauf der Therapie wird die vereinbarte Arbeit unter der Destruktivität des Klienten und seiner Familie zu leiden haben. Er wird mich seine Selbst- und Fremdaggressionsproblematik spüren lassen. Er wird mich mit seinen Nähe- und Beziehungsproblemen konfrontieren und wiederholt davonlaufen. Er wird mich glauben machen, dass alles keinen Sinn hat und mich so in eine projektive Identifikation mit seiner Mutlosigkeit und seiner Suizidalität verstricken. Er wird mir vielleicht sogar meine Existenzberechtigung absprechen, mir meinen Auftrag zu entziehen versuchen. Vieles wird geschehen. Ich muss dar-

¹ Vortrag, gehalten im Februar 1989 an einer Veranstaltung der ‚Kette‘, der damaligen Dachorganisation der Drogentherapieeinrichtungen in der Region Basel

auf gefasst sein, sonst erliege ich seiner Pathologie und kann ihm nicht helfen, agiere mit. Es wird von mir viel Fachwissen, viel Stabilität, viel Treue und Ausdauer verlangt.

Komme ich zum Schluss - und das wird mir oft widerfahren - dass dem Klienten in seinem Wunsch, mit der Suchtpraxis aufzuhören, nicht zu helfen ist, so muss ich mich genau fragen, ob ich alles versucht habe, ob ich all meine Fähigkeiten genutzt habe, ob ich das Wissen um meinen Klienten, das mir zur Verfügung steht, aktiviert und geordnet habe. Ich kann Ihnen versichern, dass wenn tatsächlich erst nach erfolgter Auslegeordnung solche Urteile gefällt würden, wir heute eine andere Suchthilfe hätten. Wir hätten keine derart marktschreierische Drogenpolitik. Wir hätten aber angeregte, fachlich fundierte Auseinandersetzungen über Integrationsmodelle der Suchthilfe, über therapeutische Interventionsstrategien bei besonders kniffligen Problemstellungen.

Wie angedeutet, werden wir auf die Legitimationsfrage dann nochmals zurückkommen müssen, wenn ich das Instrumentarium der Familientherapie etwas ausgebreitet habe.

These 2: Die Familientherapie ist nicht eine unter vielen Psychotherapiemethoden im Suchtbereich. Sie stellt das alles verknüpfende Instrument in der Suchthilfe dar.

Wenn ich von Familientherapie in der Suchthilfe spreche, so meine ich nicht eine hochgestylte exklusive Therapiemethode, die nur unter ganz idealen Voraussetzungen zum Einsatz kommen kann. Für mich ist Familientherapie ein notwendiges und ganz pragmatisches Instrument, damit ich im ambulanten Bereich überhaupt mit Süchtigen arbeiten kann. Die Gründe sind rasch aufgezählt:

- Kontaktabbruch: Sie wissen alle, wie unzuverlässig die meisten Süchtigen sind und wie sehr sie Tendenz haben, einen hoffnungsvoll begonnenen Kontakt nach kurzem abzurechnen. Soll dieser Teil der Suchtpathologie die eben erst begonnene Therapiearbeit nicht schon wieder beenden, brauchen wir unbedingt zuverlässigere Therapiepartner. Diese finden wir bei den Angehörigen. Auch ist es eine rechnerische Banalität, dass mit zunehmender Personenzahl die Wahrscheinlichkeit wächst, dass wir mit einer Person die begonnene Therapiearbeit weiterführen können. Daraus können wir auch folgern, dass meiner Ansicht nach keine Regeln aufzustellen sind, mit wie vielen Familienangehörigen in einer Familientherapie gearbeitet werden soll. Nicht nur bei Süchtigen selbst sondern auch in deren Familien stellt der Kontaktabbruch eine sehr häufige Kommunikationspathologie dar. Das therapeutische System muss demnach auf diese Pathologie eine Antwort finden, sie aufarbeiten können. Somit ist eine Vollzähligkeit im therapeutischen Setting nicht voraussetzbar.
- Destruktivität: Das destruktive Verhalten, das Süchtige in grossem Masse an den Tag legen, ist für alle Betrachtenden, für den Betroffenen und für die Familie leicht einsehbar. Es zeigt ganz konkrete soziale Folgen. Hier gilt es, das stets vorhandene ebenso destruktive Verhalten der Familie aufzuspüren und sichtbar zu machen. Da-

mit kann der Süchtige entlastet werden und die Familie kann ihre Schuldgefühle in konkrete eigene Arbeit ummünzen².

- Viele andere Themen (Vermischung der Generationengrenze, Doppelbindungen, generationenübergreifende Vermächtnisse, unsichtbare Bindungen etc.) spielen für die Familientherapie bei Süchtigen eine grosse Rolle. Auf sie soll hier nicht eingegangen werden. Darüber kann in Familientherapie-Büchern ausgiebig nachgelesen werden. Hier möchte ich eine Warnung anbringen: Familientherapeuten müssen aufpassen, dass sie nicht aus Therapieenthusiasmus am momentanen Zustand der Familie vorbei denken und übersehen könnten, dass die ganz basalen Faktoren (Ambivalenz, Kontaktabbruch, Destruktivität) mit der Familie in erster Linie zu bearbeiten sind, bevor man sich an komplexere Themen und Strukturfragen wagen kann.

2 Grundsätze der Suchthilfe

Wenn ich also die Familientherapie zum integrativen Arbeitsinstrument der Suchthilfe erkläre, so muss ich einige Gedanken zur Suchthilfe als Ganzes verlieren. Ich frage also: Was wissen wir über die Suchthilfe?³

- Wir haben in der Region ca. 19'000 Süchtige und 57'000 mitleidende Angehörige.
- Die Suchthilfe registriert ca. 3'300 Süchtige pro Jahr. Eliminiert man die vermuteten Doppelregistrierungen, so muss man 2'600 Erfassungen annehmen.
- Psychotherapeuten versorgen weitere 650 Süchtige, Hausärzte erfassen ca. 2'500 Süchtige und bei somatischen Spitälern sind vermutlich 1'500 - 2'000 Süchtige pro Jahr hospitalisiert (in medizinischen Kliniken ca. 830).
- Unsere Suchthilfe ist nach dem Kettenmodell organisiert, das nicht zwischen verschiedenen Kettengliedern nach deren "Wichtigkeit" differenziert. Lange hat die Meinung, dass Süchtigen letztendlich nur stationär zu helfen ist, vorgeherrscht (vor allem in der Drogenhilfe).
- Der heutigen Suchthilfe wird vorgeworfen, sie erreiche die Süchtigen nicht. Sogar eine, wenn auch etwas problematische Deutung wird mitgeliefert: Die Suchthilfe würde an den "Bedürfnissen" der Süchtigen vorbeigehen.
- Betrachten wir die Zahlen und betrachten wir doch unsere Erfahrung: Von den 2'500 hausärztlich betreuten Süchtigen und den 1'500 - 2'000 Süchtigen der Spitäler gelangen fast keine Süchtigen in die Hände der Suchthilfe.

Der Vorwurf, der an die Suchthilfe gerichtet werden muss, muss spezifiziert werden: Die Suchthilfe kümmert sich nicht um die Süchtigen, die bei andern Teilen des Gesundheitssystems Hilfe anfordern. Was würde geschehen, wenn all die Süchtigen, die beim Hausarzt, im Spital, am Arbeitsplatz, auf dem Sozialamt ihre Not deponieren, von der Suchthilfe

² Interessanterweise verleugnet die ‚Neue Drogenpolitik‘ diesen Aspekt der Destruktivität.

³ Die Zahlen sind meiner eigenen Untersuchung über die Suchthilfe der Region Basel aus dem Jahr 1988 entnommen.

aufgefangen werden würden? Wer ist dafür eigentlich zuständig? Wie soll diese Zuständigkeit wahrgenommen werden?

Die Antwort heisst: Die Beratungsstellen. Ist das nicht eine Überforderung? Möglicherweise schon! Das muss aber als Herausforderung verstanden werden. Mit dem Formulieren der Überforderung wird deutlich, wo heute die Lücken geschlossen werden müssen. Die Beratungsstellen können eine notwendige Drehscheibenfunktion nur mit entsprechenden Strukturen, Aufträgen und Personal erfüllen. Sie brauchen aber auch ein entsprechendes therapeutisches Instrumentarium. Ohne regelmässige Gespräche mit Angehörigen werden wir die Begleitung eines Süchtigen vom Hausarzt, Spital und Sozialamt über eine Beratungs- und Motivationsphase zu verschiedenen Entzugsversuchen, über eine stationäre Therapie, über verschiedene Abbrüche, durch diverse Rückfälle bis hin zu einem einigermaßen stabilen Leben nicht durchstehen. Die Familie braucht den Rückhalt von der Therapie. Die Therapie braucht aber auch den Rückhalt von der Familie.

3 Grundsätzliches zur Familientherapie bei Sucht

Suchttherapie hat über weite Strecken den Stellenwert einer prolongierten Krisenintervention. Ich halte es für einen Kunstfehler, wenn bei einer Krisenintervention nicht mindestens ein naher Angehöriger dazu gezogen wird, insbesondere dann, wenn die Person in Krise dem Behandelnden nicht bekannt ist (z.B. Suizidversuch). Tun wir dies? Wohl kaum. Ähnlich wie bei einem Suizidversuch würde ich nie eine Klinik-Einweisung bei Drogensucht vornehmen, ohne einen der nächsten Angehörigen beizuziehen. Wenn die Intervention scheitert - und das tut sie oft - und die Angehörigen sind nicht eingeschaltet worden, ist das Scheitern vorerst einmal auf das fachliche Versagen des Therapeuten zurückzuführen. So apodiktisch möchte ich sein. Denn ähnlich wie bei einem Suizidversuch geht es bei der Sucht in aller Deutlichkeit um das Element Selbstvernichtung. Von den Beschönigungen der momentanen drogenpolitischen Diskussion, die die Sucht als eine Seinsform wie jede andere betrachtet, halte ich nichts.

Familientherapie ist als maximal flexibles Instrument einzusetzen und soll nicht rigiden Settingsprinzipien (Arbeit nur mit der ganzen Familie) huldigen. Einzel-, Paar-, Familientherapie, Therapie mit Rumpf- oder Sub- oder Restfamilien sind pragmatisch miteinander zu kombinieren. Das Ausagieren muss einen gewissen Raum behalten, der Therapeut lenkt, er deutet und beobachtet aber auch. Die Familientherapie hat primär die Funktion als integrierende Plattform, die therapeutischen Interventionen miteinander zu verknüpfen.

⁴ Die Aufgaben sind stichwortartig die folgenden: Konsiliardienst im Spital, insbesondere der Notfallstation, Erstgespräche in der Hausarztpraxis, Beratungs- und Motivationsarbeit im Gefängnis, ambulante Beratung, Familienarbeit, das Leiden sichtbar und es sprachfähig machen, Begleitung während verschiedenen stationären Aufenthalten, Weiterführung der Familientherapie, auch ohne Süchtige.

4 Zur Technik der Familientherapie bei Sucht - Fallbeispiele

Anhand von vier Fallbeispielen, die ich im Text nicht ausgeführt hatte, gehe ich auf technische Problemstellungen bei der Durchführung von Familientherapien bei akut süchtigen Menschen ein. Die Stichworte der technischen Interventionen sind die folgenden:

Fall 1:

- Hypothesen zur auffälligen und besonderen Dynamik des Suchtgeschehens mit der Familie bilden.
 - Familiendynamisch: Geheimnis mit der Mutter
 - Tiefenpsychologisch: Aufgeblähtes Selbst
 - Hypothese in Feinstruktur verfolgen: Generationenerbe etc.
- Massnahmen zur Erlangung der Abstinenz sollen diskutiert, vereinbart und überprüft werden. Die Konsequenzen bei einem Scheitern der vereinbarten Massnahmen müssen vorher mit dem Betroffenen und der Familie ausgehandelt werden. Die Hierarchie der Massnahmen soll angemessen sein. Man beginnt mit einem wenig einschneidenden Vorsatz, dann mit der nächst aufwendigeren Massnahme. Das System soll nicht sofort in ganzer Härte Entscheidungen einfordern, aber das Scheitern konsequent festhalten und zum nächsten Schritt übergehen. Nie soll die gleiche Massnahme zwei Mal versucht werden.
- Arbeit auf mehreren Ebenen der Familien (Einzelgespräche, mit diversen Subsystemen, der ganzen Familie).
- Schutzmassnahmen von Schutzbedürftigen (hier war es eine Schwangerschaft der süchtigen Person).
- So kann es nicht weitergehen: Eine stationäre Therapie wurde nach dem Scheitern der vorhergehenden Massnahmen notwendig. Diese lange Therapie muss vorbereitet werden. An die Familientherapie stellt sich die Frage, was das System in der langen Abwesenheit des süchtigen Mitglieds zu tun hat? Wie geht es mit der Therapie während dem Aufenthalt weiter?
 - Die Familie soll Frühwarnsymptome, die einem Suchtrückfall vorausgehen, deuten lernen.
 - Die Suchtmechanismen in der ganzen Familie aufsuchen und bearbeiten.
 - Nun ist auch Platz, um Partnerprobleme der Eltern zu bearbeiten.

Kommentar: Für die Stabilisierung des süchtigen Familienmitglieds in der Therapeutischen Gemeinschaft, in der er während 18-24 Monaten seine Entwöhnungsbildung und Nachreifung durchläuft, ist es von hohem Wert, wenn er weiss, dass auch die übrige Familie an ihren Problemen arbeitet. Dies wirkt entlastend auf unbewusste Delegationen

Fall 2:

- Hier gibt es zu Beginn einen grossen Widerstand gegen das Einschalten der Familie zu bearbeiten. Also beginne ich zuerst mit Einzelgesprächen.
- Ich stelle fest, dass seit Jahren ein ineffektives komplexes Versorgungssetting mit Hausarzt, Psychiatrischer Klinik und Drop-In besteht und ich nicht einfach ein weiteres Glied darin werden will.
- Trotz eingeübter Widerstände muss ich genügend Raum für eigene Entzugsversuche lassen. Die Konsequenzen eines Scheiterns werden auch hier im Vorhinein festgelegt. Eine der Konsequenzen ist das Einbinden der Familie in die Behandlung.
- Nun ist die Familie endlich greifbar. Ich unterstütze sie darin, ihre jahrelange Belastung offen darlegen zu können und auch ihr Misstrauen gegen den neuen Versuch zu formulieren. Auch wenn die Eltern-, Geschwister-, Partner-, Kind-Interaktionen für den zuhörenden Therapeuten oft kaum zu ertragen sind, sollen diese nicht deswegen unterbunden werden. Die Spannung soll reflektiert werden und geeignet gedeutet werden.
- Es wird eine Finanzkontrolle installiert.
- Suchtspezifische Massnahmen werden gezielt ergriffen. Eine ambulante Therapie ist sehr aufwendig: Selbsthilfe, Suchtgruppe. Entzug.
- Der Abbruch von Kontakten zu ebenfalls süchtigen Freunden wird thematisiert. Damit geht ein Milieuwechsel vor sich mit vorübergehender Einsamkeit. Niemand kann aus der Sucht aussteigen, ohne Wesentliches an seinem Leben zu ändern (Duschen ohne Nass zu werden geht nicht). Telefonnummern sollen gewechselt werden, ein Wohnortwechsel soll ins Auge gefasst werden.

Fall 3:

- Die Behandlung kann in einer unproblematischen Phase begonnen werden. Der Patient ist abstinent. Er hat eine Therapiemassnahme zu befolgen. Ich will aber dennoch den Partner in die Therapie mit einbeziehen, um mögliche Rückfälle vorzubesprechen. Dagegen gibt es starke Widerstände.
- Ich entdecke ein massives Co-Verhalten des Partners und eine Betonabwehr gegen ein Besprechen dieser Dynamik.
- Ich suche nach anderen Partnern, finde aber keine.
- Ich beginne den schwierigen Partner zu konfrontieren, ihn für Rückfälle, für die lange Suchtkarriere, für evtl. Tod verantwortlich zu machen. Die gegenseitige negative Solidarisierung wird gedeutet. Dabei muss ich darauf achten, nicht aus Frust oder Antipathie zu agieren. Ich muss dem System Zeit lassen, das schwere Geschütz zu verdauen. Dabei hilft mir, dass die Therapie gerichtlich angeordnet ist. Ich kann also warten und die Geschehnisse deuten.
- Spielraum für eigene Wege lassen.
- Nie zweimal die gleiche schon einmal erfolglose Strategie akzeptieren. Die "anderen inneren Voraussetzungen" sind keine genügende Begründung, weshalb plötzlich eine untaugliche Massnahme nun gehen sollte.

- Als Fachperson die nötigen Massnahmen zur Hand haben, wenn die Initiative ergriffen werden muss. In dieser Phase braucht der Berater relativ viel Autorität, er muss genügend idealisiert werden, Identifikation mit dem Aggressor (stille oder offene).
- Klient und Angehörige sind zu veranlassen, im Voraus über das Scheitern und dessen Konsequenzen zu reden. Dabei ist den Unterstellungen, kein Vertrauen zu haben, nicht ans Positive zu glauben etc., zu widerstehen.

Fall 4:

- Anruf des Vaters eines 16-jährigen Sohnes. Der Sohn nehme Drogen, die verschiedensten Arten, er habe sich radikal verändert, sei nicht mehr steuerbar, Schule habe er gerade noch beenden können. Es gibt noch eine Mutter und eine zwei Jahre jüngere Tochter.
- Die Familiengespräche sind harzig, der Sohn nicht fassbar, zeigt sich vordergründig einsichtig, sagt, es sei kein Problem, aufzuhören, er wolle das ja auch. Er ist aber in allen Gesprächen, auch den Einzelgesprächen, intoxikiert. Keine der Abmachungen wird eingehalten. Auch der Eintritt in eine Entzugsstation wird zweimal hintertrieben. Aus dem Entzug läuft er schlussendlich davon. Ich muss den Eltern raten, den Sohn vor die Türe zu setzen. Sie befolgen meinen Rat und der Sohn verschwindet aus dem Blickfeld der Eltern für fast zwei Jahre. Sie erhalten in dieser Zeit zweimal Arztrechnungen, aus denen hervorgeht, dass er noch lebt, aber es ihm vermutlich schlecht geht. Die Mutter sucht ihn auf der Berner Gasse. Sie hält ihr schlechtes Gewissen, ihn vor die Türe gesetzt zu haben, schlecht aus.
- In den zwei Jahren kommen die Eltern zur Paartherapie - oder besser gesagt - zur Rumpffamilien-therapie, wenige Male ist auch die Tochter dabei. Da der Vater beruflich sehr engagiert ist, kommt die Mutter manchmal auch alleine. Sie hat auch schwerer mit der Angst zu kämpfen. Das Paar reflektiert ihre Beziehung zum Sohn, die Erwartungen, der vom Vater ausgegangene Druck wird sichtbar, der weiche Charakter des Sohnes wollte der Vater nicht wahrhaben.
- Nach zwei Jahren taucht der Sohn plötzlich zu Hause auf, in Begleitung eines älteren Freundes, der ihn „aus dem Sumpf gezogen“ hat. Er hatte ihm Obdach gegeben, ihn während dem Entzug in einem Zimmer seiner Wohnung eingeschlossen.
- Ich lerne nun das erste Mal einen nüchternen, älter gewordenen jungen Mann kennen. Er erzählt von seinem Leben auf der Gasse, das mehrheitlich eine Katastrophe war. Für alles in der Welt wäre er aber nicht im süchtigen Zustand nach Hause gekommen. Einen zweiten Rauswurf wollte er nicht erleben. Er geht nun zum Berufsberater, beginnt eine Lehre als Heizungssanitär, will nach einem Jahr von zuhause ausziehen. Von den Drogen hat er genug, vom Alkohol hält er sich fern.
- Er trifft zuhause auf eine neue Familie. Die Eltern haben sich verändert, der Vater ist weicher geworden, die Schwester nun fast erwachsen. Nach einigen weiteren Familiengesprächen verändert sich auch dieses Forum: Der Sohn kommt noch ca. ein Jahr zu Einzelgesprächen, um das Erlebte zu verarbeiten. Ich will ihm auch etwas auf den Zahn fühlen um herauszufinden, was er bezüglich Abstinenzstrategie und Rückfallprophylaxe noch von mir braucht. Auch wollen wir etwas ausloten, ob und welche Erlebnisse zum Drogenkonsum geführt haben.

- Die Mutter benötigt meine Hilfe nun weit mehr. Mit der Rückkehr des Sohnes fiel sie in eine tiefe Depression. Ihre eigene Kindheit und ihr schwieriges Verhältnis zu ihrer Mutter und der Druck ihres Vaters kommen ihr hoch. Die Einzeltherapie dauert ganze acht Jahre. Den Sohn sehe ich nicht mehr, höre aber von der Mutter, dass es ihm gut gehe, er nach dem Lehrabschluss ans Technikum gegangen ist und danach geheiratet hat.

Kommentar: Das hier beschriebene Suchtleiden des jungen Mannes war therapeutisch ein dankbares. Es wurde rasch klar, dass der Sohn sich gegen den Druck des Vaters auflehnt. Das spricht für eine gewisse Ich-Stärke. Dass er aus Trotz nach dem Rauswurf dem Elternhaus fern blieb, bestätigte diese Annahme. Dementsprechend war es nicht erstaunlich, dass der Sohn nach erfolgtem Entzug in ein abstinentes Leben zurückfinden konnte und die gemachten Erfahrungen als extreme Phase in seinem Leben einordnen konnte. Er hatte erlebt, dass dieser Weg, derjenige der Sucht, eine Sackgasse ist und konnte seine Schlussfolgerungen daraus ziehen. Auch bei den Eltern fanden sich für die Therapie ideale Voraussetzungen: Sie suchten selber die Hilfe. Sie waren ansprechbar. Die Zusammenarbeit war leicht zu installieren. Sie fühlten sich ernst genommen und nahmen mich als Therapeuten ernst. Wir konnten gemeinsam die Probleme besprechen, Alternativen diskutieren und das Unvermeidliche (den Rauswurf) als solchen anerkennen. Dass nach der Rückkehr des Sohnes bei der Mutter eine latente Depression sich in den Vordergrund schob, war eher überraschend, galt sie doch als die Starke in der Partnerschaft.

Vom theoretischen Standpunkt aus war bei dieser Sucht des jungen Mannes die Eigendynamik, die der Sucht innewohnt, besonders eindrücklich. Solange er im Suchtprozess verstrickt war, dominierte diese alles. Hatte er erst einmal den Ausgang gefunden und wusste er klar, dass er dorthin nicht mehr zurück wollte, war es für ihn kein Problem mehr, ein autonomes Leben aufzunehmen und Verantwortung für sich und andere zu tragen.

5 Legitimation

Wie ich einleitend schon angekündigt habe, will ich mich gegen Schluss nochmals mit der Legitimationsfrage auseinandersetzen. Wir haben gesehen, dass eine Therapie bei einem Suchtleiden etwas sehr Komplexes ist. Sie geht oft über viele Stationen, es sind direkt und indirekt viele Personen involviert. Die Zeitdauer einer solchen Therapie ist meist sehr lang. Sie entwickelt sich oft nicht gradlinig, hat Unterbrüche und Resignation zu verdauen.

Wir haben im Weiteren gesehen, dass die Mitarbeiter der Beratungsstellen die Fallführung während der langen Zeitdauer der Therapie übernehmen müssen, weil sonst keine andere Stelle dazu in der Lage wäre. Es ist nun zu prüfen, ob die Mitarbeitenden an den Beratungsstellen fachlich, instrumentell und strukturell für eine solche Aufgabe gerüstet sind. Dies in aller Ausführlichkeit zu tun, sprengt den Rahmen der hier gewählten Thematik. Wir wollen aber das Instrumentelle beleuchten.

Für eine solcherart heikle, langandauernde und krisengeschüttelte Arbeit in einer Thematik, bei der Instabilität und Destruktivität zentrale Merkmale sind, braucht es potente Arbeitswerkzeuge und es braucht Verbündete. Beides können wir nur unter Beiziehung

der Familientherapie erhalten. Diese schliesst die anderen therapeutischen Instrumente nicht aus. Familientherapie genügt in keiner Weise, eine Suchtberatung und -therapie über alle Stationen zu führen. Familientherapeutische Elemente stellen aber die Grundbasis dar, damit die anderen Werkzeuge greifen können.

Daraus leitet sich zwingend die Legitimation ab, das Potenzial, das die Familientherapie dem Therapeuten in die Hände legt, nach allen Möglichkeiten zu nutzen. Mit dem Auftrag, den die Therapeuten von den Süchtigen erhalten, ihnen zu helfen, haben sie auch die Legitimation zum Einsatz der notwendigen Mittel erhalten. Nicht die Süchtigen oder deren Angehörige können wissen, was therapeutisch eingesetzt werden muss. Das müssen schon die Therapeutinnen und Therapeuten wissen und ihren Klienten so vorschlagen, dass diese erkennen können, dass ihre Zustimmung zum Prozedere eine zentrale Voraussetzung für das Gelingen der begonnenen Arbeit darstellt. Selbstverständlich werden die Klienten gebeten, ihr Einverständnis zu geben.

6 Folgerungen

Folgerungen für die Beratungsstellen: Verstehen wir die Suchttherapie als etwas Komplexes, die auf mehreren Ebenen abläuft, über Jahre dauert und viele Zwischenstationen aufweist, hat das enorme Konsequenzen für die Arbeit an Suchtberatungsstellen. Wir brauchen Mitarbeiter, die solch komplexe therapeutische und beraterische Arbeit auch leisten können. Sie müssen genügend lange angestellt sein, damit sie der Familie im langen Prozess auch zur Verfügung stehen. Die Beratungsstelle muss auch ihre Kapazität ausweiten können, wenn Neuansmeldungen sich neben die jahrelangen Therapien stellen. Es darf nicht vorkommen, dass der Druck, neue Therapien zu beginnen, diejenigen Therapien scheitern lässt, die sich gerade in einer schwierigen oder frustrierenden Phase befinden.

Die Beratungsstellen müssen sich als institutionsübergreifende Stelle etablieren können. Vor einer stationären Therapie ist meist ein langer Weg zurückzulegen. Die Familie hat auch Aufgaben während der stationären Therapie (der Abwesenheit ihres Kindes) zu erledigen. Nach Austritt aus der stationären Therapie geht die ambulante Therapie noch jahrelang weiter. Geht es gut, so kann sie als Einzeltherapie an einen niedergelassenen Therapeuten abgetreten werden. Tauchen Rückfälle auf, so ist weiterhin die ambulante Suchthilfe, in erster Linie die Beratungsstelle, gefordert.

Manche Suchttherapien können auch rein ambulant durchgeführt werden.

Folgerungen für die Therapeutischen Gemeinschaften: Ist eine Beratungsstelle bereits in die Vorbereitungen des Eintritts involviert, so ist mit dieser intensiv zusammenzuarbeiten. Ist keine Suchtberatungsstelle vor dem Eintritt mit der Familie befasst gewesen, so sollte die Familie an eine solche gleich zu Beginn vermittelt werden mit einem Aufgabenkatalog. Der Familie muss erklärt werden, dass nicht nur der Süchtige einen Weg zurückzulegen hat, sondern die ganze Familie.

Nun kommen die Klienten einer Therapeutischen Gemeinschaft oft aus der ganzen Schweiz, was durchaus sinnvoll ist. Daraus ergeben sich bei der Zusammenarbeit grosse logistische Probleme. Man kennt sich gegenseitig nicht, der Weg, der zurückzulegen wäre,

ist aufwendig. Hier meine ich, sollte man möglichst pragmatisch vorgehen. Eltern besuchen nach der Kontaktsperre ihre Kinder in der Therapeutischen Gemeinschaft. Sie können vom Familiengespräch in der Gemeinschaft dem ambulanten Suchtberater berichten, dieser kann sich auch telefonisch für einen kurzen Gedankenaustausch zuschalten, die Therapeuten können auch sonst wie telefonisch miteinander in Kontakt stehen.

7 Stichwortartig können wir also zusammenfassen

Die Suchthilfe braucht, soll sie wirksam sein, eine inhaltlich hierarchische Strukturierung. Die Beratungsstellen stehen dabei im Zentrum des Netzes. Das dazugehörige vernetzende Arbeitsinstrument stellt die Familientherapie dar. Um dieses Zentrum gruppieren sich je nach Verlauf und Problemstellung alle übrigen Interventionsformen. Eine solche Denkweise hat grosse Konsequenzen

- für das Verhältnis ambulanter - stationärer Bereich
- für das Verhältnis Suchthilfe - Gesundheits- und Sozialwesen

Das Mandat erfordert eine entsprechende fachliche Kompetenz der Mitarbeiter und einen entsprechenden Auftrag an die Beratungsstellen. Diese müssen so organisiert sein, dass sie einen solchen Auftrag auch ausführen können.