

Rudolf Klein
Gunther Schmidt

Alkoholabhängigkeit

2017

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Köln)
Dr. Barbara Heitger (Wien)
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Witten/Herdecke)
Dr. Roswita Königswieser (Wien)
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg)
Tom Levold (Köln)
Dr. Kurt Ludewig (Münster)
Dr. Burkhard Peter (München)
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)
Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)

Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)
Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)
Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)
Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)
Jakob R. Schneider (München)
Prof. Dr. Jochen Schweitzer (Heidelberg)
Prof. Dr. Fritz B. Simon (Berlin)
Dr. Therese Steiner (Embrach)
Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin (Heidelberg)
Karsten Trebesch (Berlin)
Bernhard Trenkle (Rottweil)
Prof. Dr. Sigrig Tschöpe-Scheffler (Köln)
Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)
Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)
Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)
Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)

Reihe »Störungen systemisch behandeln«, Band 10
hrsg. von Hans Lieb und Wilhelm Rotthaus
Reihendesign: Uwe Göbel
Umschlag und Satz: Heinrich Eiermann
Printed in Germany
Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck

Erste Auflage, 2017
ISBN 978-3-8497-0208-3 (Printausgabe)
ISBN 978-3-8497-8104-0 (ePUB)
ISBN 978-3-8497-8091-3 (PDF)
© 2017 Carl-Auer-Systeme Verlag
und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg
Alle Rechte vorbehalten



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren
und zum Verlag finden Sie unter: www.carl-auer.de.

Wenn Sie Interesse an unseren monatlichen Nachrichten
aus der Vangerowstraße haben, abonnieren Sie den Newsletter
unter <http://www.carl-auer.de/newsletter>.

Carl-Auer Verlag GmbH
Vangerowstraße 14 • 69115 Heidelberg
Tel. +49 6221 6438-0 • Fax +49 6221 6438-22
info@carl-auer.de

Inhalt

Vorwort der Herausgeber	8
Vorwort	10
1 Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Alkohol	12
1.1 Vorbemerkungen	12
1.2 Diagnosen nach ICD-10	14
1.3 Differenzialdiagnostische Überlegungen	17
1.4 Diagnoseinstrumente	18
1.5 Screening-Verfahren.	19
1.6 Mehrdimensionale Verfahren.	21
1.7 Medizinische Indizes	22
1.8 Epidemiologie und Prävalenz.	23
2 Klassische Konzepte zur Alkoholabhängigkeit	26
2.1 Psychoanalyse	26
2.2 Psychoanalytische Behandlungsansätze	28
2.3 Verhaltenstherapie	30
2.4 Verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze	33
2.5 Traditionell-medizinische Konzepte	35
2.6 Traditionell-medizinische Behandlungsansätze.	37
3 Alkoholabhängigkeit im Lichte der früheren Systemtherapie	39
3.1. Die Kybernetik 1. Ordnung	39
3.2 Die Folgen für das Phänomen der Alkoholabhängigkeit	40
3.3 Widerstand zeigende Familien (M. D. Stanton und T. C. Todd)	41
3.4 Lebensgeschichtliches Modell der Alkoholismusfamilie (P. Steinglass)	42
3.5 Heidelberger Modell (G. Schmidt)	44
3.6 Eppendorfer Familientherapie (R. Thomasius, A. Schindler u. P. Sack)	46
3.7 ARISE-Intervention (J. Landau)	48
3.8 Fazit	49

4	Alkoholabhängigkeit im Lichte der modernen Systemtherapie	51
4.1	Die Kybernetik 2. Ordnung	51
4.2	Wie kommen Alkoholprobleme in die Welt?	55
4.3	Die Folgen für das Phänomen der Alkoholabhängigkeit	63
4.4	Fazit	65
5	Das Störungsbild aus Sicht der modernen Systemtherapie	68
5.1	Autonome Systeme und die Selbstorganisation von Alkoholabhängigkeiten	68
5.2	Ritualtheoretische Hypothesen und existenzielle Dimensionen	73
5.3	Biografische Hypothesen	83
5.4	Zwei Musterbeschreibungen Schwellenprobleme Grenzprobleme.	88 88 90
5.5	Prinzipielle therapeutische Haltungen und Fokussierungen.	93
5.6	Spezifische Haltungen und Fokussierungen	96
6	Die ambulante Therapie als Übergangsritual: Drei Phasen des Wandels	100
6.1	Die erste Phase: Die Reflexion des Trinkverhaltens Enttabuisierung mehrdeutiger Therapieziele Die Bedeutung von Rückfällen. Die einfache Problem-Lösungs-Balance. Anstoßen existenzieller Herausforderungen Förderung der Beziehung zu sich selbst Beobachtungen des eigenen Trinkverhaltens Hilfen zur Unterbrechung des Trinkmusters. Umgang mit Zwangskontexten	101 103 105 107 110 113 115 117 118
6.2	Die zweite Phase: Berücksichtigung biografischer Erfahrungen Die erweiterte Problem-Lösungs-Balance Der Blick auf Resilienzen. Die Arbeit an stagnierenden Entwicklungen	127 128 132 135
6.3	Die dritte Phase: Die Bedeutung relevanter Beziehungen Die Bedeutung der Partnerschaft Die Bedeutung von Misstrauen oder Vertrauen. Klienten als Eltern	140 141 146 152
6.4	Fazit	156

7	Die stationäre Therapie als Übergangsritual	159
7.1	Kontextuelle Aspekte	160
7.2	Metaziele hypnosystemischer stationärer Therapie	160
7.3	Das Ziel der Abstinenz im stationären Kontext	162
	Vorgehen in Kliniken ohne obligatorisches Abstinenzziel	162
	Vorgehen in Kliniken mit obligatorischem Abstinenzziel	165
	Utilisation von Zwickmühlen beim Abstinenzziel	166
7.4	Typische Schritte der stationären Therapie	168
	Vorgespräch und Eigenbericht	168
	Der Überweisungskontext, die Problemdefinitionen und Erwartungen	173
	Kontinuierlich begleitende Kommunikation aller Kooperationsprozesse	174
	Die Balance von Gruppen- und Einzeltherapieangeboten	175
	Die Gruppentherapie	176
	Generelle Überlegungen zur Zielentwicklung	181
	Umgang mit Rückfällen	186
	Umgang mit Rückfällen bei definiertem Abstinenzziel	188
	Angehörigenarbeit	195
	Transfer-Reflexions-Gruppen	197
8	Zusätzliche methodische Vorgehensweisen	198
8.1	Vergleiche von Problem- und Lösungsmustern	198
8.2	Schutzangebote für den Umgang mit wiederentdeckten Kompetenzen	200
8.3	Aufbau von Metapositionen, Utilisation von Ideomotorik und Embodiment	200
8.4	Problem-Lösungs-»Gymnastik«	202
8.5	Symptome als »Botschafter von Bedürfnissen«	204
8.6	Fazit	205
9	Evaluation	207
	Literatur	210
	Über die Autoren	221

4 Alkoholabhängigkeit im Lichte der modernen Systemtherapie

4.1 Die Kybernetik 2. Ordnung

Die moderne Systemtheorie für therapeutische Zwecke zu nutzen, hat die Konsequenz, das Beobachten in den Mittelpunkt der Betrachtung zu stellen. Was auf den ersten Blick einfach erscheint, erweist sich bei genauerem Hinsehen als komplex: Zunächst bedeutet diese Entscheidung, dass therapierrelevante Themen als Ergebnis eines Beobachtungs- und Bewertungsprozesses verstanden werden und nicht etwa als vorzufindende und gegebene Tatsachen. Bei diesem beobachterabhängigen Bewertungsprozess werden vor dem Hintergrund historisch-kulturell gewachsener Bewertungskategorien Probleme von Nichtproblemen oder Störungen von Nichtstörungen unterschieden und diese bewertenden Unterscheidungen mitlaufend beobachtet.

Diese Komplexität kann erhöht werden, wenn das auf diese Art beobachtete System (das »Problem« oder die »Störung«) in der Folge durch die Unterscheidung von biologischen, psychischen und sozialen Systemdynamiken (Luhmann 1991) differenziert wird: Auf der Grundlage einer solchen Theorieentscheidung kann ein therapierrelevantes Problem als Ausdruck unterschiedlicher Dynamiken des biologischen, psychischen und sozialen Systems verstanden und zusätzlich als Ergebnis eines miteinander in Wechselwirkung stehenden Prozesses zwischen diesen Systemen konzeptualisiert werden. Ein Beobachter nimmt damit eine konstituierende und selbstbeobachtende Position ein: Er trifft diese Unterscheidungen und entwickelt Hypothesen sowohl über Dynamiken in als auch zwischen den jeweiligen Systemen. Um diese komplexen Vorgänge genauer zu untersuchen, kann man sich ihnen in drei Schritten nähern.

Im ersten Schritt können die Operationen der drei Systeme folgendermaßen unterschieden werden: Das biologische System verwirklicht sich durch chemisch-physikalische Prozesse. Diese führen

zum Aufbau biologischer Strukturen, die dazu dienen, das biologische Leben und Überleben zu sichern.

Das psychische System verwirklicht sich durch kognitiv-emotionale Prozesse und entwickelt kognitiv-emotionale Erlebens- und Sinnstrukturen, die sowohl Orientierung geben können als auch die eigenen Möglichkeiten begrenzen.

Das soziale System verwirklicht sich durch sinnorientierte und -orientierende kommunikative Prozesse (mimisch, gestisch, erzählend), in deren Verlauf bestimmte Kommunikationsabläufe wahrscheinlicher werden als andere und so kommunikative Muster hervorbringen.

Retzer (2002; 2004) spricht in diesem Zusammenhang in einer eingängigeren Terminologie von gelebtem, erlebtem und erzähltem Leben: Das biologische System lebt, das psychische System erlebt und das soziale System erzählt.

Obwohl jedes dieser drei Systeme seine Operationen der jeweiligen inneren Struktur entsprechend, also strukturdeterminiert (Maturana 1985) und autonom vollzieht, kann dennoch kein System ohne die jeweils anderen existieren. Psychische Prozesse sind ohne biologische Grundlagen und kommunikative Abläufe genauso wenig denkbar wie kommunikative Prozesse ohne psychische Abläufe und biologische Grundlagen. Daher entfällt in dieser Konzeption die Idee einer Dominanz eines dieser Systeme. Sie stellen vielmehr - und das ist der zweite Schritt der Annäherung - Umwelten füreinander dar: Dieses System-Umwelt-Verhältnis wird mit dem Begriff der strukturellen Koppelung (ebd.) bezeichnet. D. h., die jeweils parallel laufenden autonomen Systemoperationen führen an den Grenzen zwischen den jeweiligen Systemen durch strukturelle Koppelungsprozesse zu wechselseitigen Beeinflussungen bzw. Irritationen. Allerdings kann kein System einseitig die Auswirkungen für die jeweils anderen Systeme festlegen: Das psychische System kann die chemisch-physikalischen Abläufe im biologischen System nicht steuern. Das kommunikative System kann nicht bestimmen, was das psychische System denkt oder fühlt, und das biologische System kann die kommunikativen Muster nicht fest-

legen. Es hängt von den vorhandenen internen Systemstrukturen und von den an den Grenzen der Systeme sich ergebenden strukturellen Koppelungsprozessen ab, ob sich Irritationen ergeben, welche Auswirkungen sie haben und welche nicht. Auf der Grundlage dieses System-Umwelt-Verhältnisses (s. Abb. 1) entwickelt sich ein übergeordnetes lebendes, erlebendes und erzählendes Muster (Retzer 1994), das sich permanent verändern kann und als autonom und individuell begriffen werden muss³.

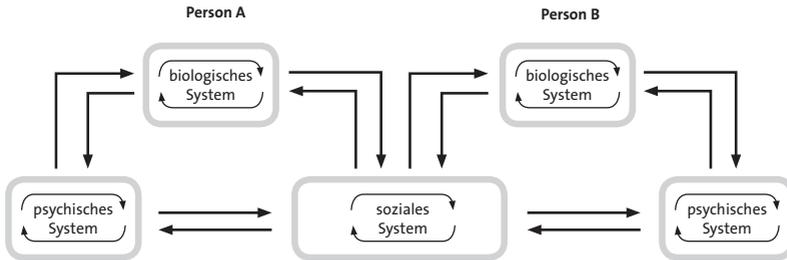


Abbildung 1: Strukturell gekoppelte Systeme

Diese theoretische Grundkonstruktion schlägt sich in den folgenden Thesen nieder, die als Kerngedanken der Kybernetik 2. Ordnung gelten:

- Lebende Systeme sind strukturdeterminierte Systeme.
- Das biologische, das psychische und das soziale System stehen durch strukturelle Koppelungsprozesse in einem System-Umwelt-Verhältnis zueinander.
- Die Wirkungen zwischen den Systemen sind nicht einseitig und gezielt steuerbar.
- Die jeweilige Umwelt kann ausschließlich auf der Grundlage der eigenen inneren Struktur verarbeitet werden.
- Lebende Systeme können keine »objektiv richtigen« Schlüsse über ihre Umwelt ziehen.

.....
 3 In Abschnitt 5.1 findet sich eine auf süchtige Entwicklungen bezogene Beschreibung dieser Selbstorganisationsdynamik.

Wenn diese Kerngedanken auf Beobachter angewendet werden, ergeben sich daraus - in einem dritten Schritt - enorme Konsequenzen: Der Vorgang des Beobachtens lässt sich nicht mehr länger als das passive Aufnehmen von objektiv gegebenen Außenreizen verstehen. Autonome Systeme können nicht »wissen«, wie die jeweilige Umwelt wirklich »ist«, sondern nur, wie sie aufgrund der jeweiligen Struktur erscheint. In dieser Sichtweise gibt es keine 1:1-Verarbeitung zwischen außen und innen. Das Beobachten stellt somit einen aktiven und interpretierenden Prozess dar, für den dann der jeweilige Beobachter auch die Verantwortung zu tragen hat. Aus Wahr»nehmung« wird Wahr»gebung« (Schmidt 2000).

Diese pragmatischen und ethischen Annahmen beeinflussen natürlich auch die Beobachtung therapierelevanter Vorgänge - und zwar sowohl die der Klienten als auch die der Therapeuten. Die Folgen sind:

- Probleme bzw. sogenannte »Störungen« können nicht mehr als »objektiv gegeben« oder gar als »Ding an sich« angesehen werden. Sie sind als negativ bewertete Ereignisfolgen aufzufassen. Und solche bewertenden Beobachtungen können von den Klienten selbst, von deren Angehörigen, von relevanten Dritten oder einer Kombination dieser drei Gruppierungen vorgenommen werden.
- Therapeutisch relevante Bewertungen müssen auch vor dem Hintergrund des historisch-kulturellen und ökonomischen Kontextes verstanden werden.
- Was ein zu behandelndes Problem »ist« und welches Ziel in der Therapie angestrebt werden soll, muss dementsprechend mit den Klienten und den relevanten Bezugssystemen abgesprochen werden.
- Entscheidend für die Definition, mit wem therapeutisch gearbeitet wird, ist nicht mehr nur »die« Familie (wie tendenziell in der Kybernetik 1. Ordnung). Stattdessen sollte darüber verhandelt werden, wer oder was zu welchem Zeitpunkt und auf welche Weise für die Aufrechterhaltung eines Problems relevant ist.

- Therapeutische Effekte hängen nicht nur von den Bemühungen der Therapeuten ab, sondern auch davon, ob dieser Interventionen vom therapierelevanten System gemerkt und verarbeitet werden können, ob Klienten aufgrund einer therapeutischen Maßnahme einen Unterschied zum bisherigen Erleben merken und dies eine Veränderung beim Klienten zur Folge hat⁴. Damit ermöglicht und limitiert die jeweilige Struktur zugleich die Veränderungsmöglichkeiten.
- Effekte einer therapeutischen Anregung sind weder im Vorhinein planbar, noch können ihre Auswirkungen prognostiziert werden.
- Therapeuten verfügen nicht über ein »besseres« Wissen. Ein großer Teil ihrer Tätigkeit besteht darin, sich über die Sichtweisen der Klienten kundig zu machen und dadurch im Dialog mit den Klienten deren Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten zu flexibilisieren. Das angestrebte Resultat ist weniger eine Veränderung »dysfunktionaler« familiärer Regeln. Vielmehr geht es um die Förderung eines kooperativen therapeutischen Bündnisses.

Da eine suchttherapeutische Hilfe nur dann angefragt wird, wenn der Konsum von Alkohol als Problem betrachtet wird, ist es für eine systemische Therapie moderner Prägung von zentraler Bedeutung, auf welche Weise dieser Konsum zum Problem wird.

4.2 Wie kommen Alkoholprobleme in die Welt?

Aus einer systemtheoretischen Perspektive kann man von Problemen erst dann sprechen, wenn Ereignisabfolgen in der Selbst- und/oder Fremdbeobachtung negativ bewertet werden.

Die Existenz von Problemen setzt daher dreierlei voraus:

- Es muss Ereignisse geben, die sich wiederholen.
- Diese Ereignisse müssen von einem Beobachter bemerkt werden.

.....

4 »Ein Unterschied, der einen Unterschied macht« (Bateson 1970).

- Dieser Beobachter muss die Ereignisse und Ereignisabfolgen negativ bewerten.

Ein einmaliges Trinken von Alkohol hat es daher schwer, zum Problem zu werden. Es fehlt die Wiederholung. Selbst das fortgesetzte Trinken von Alkohol ist so lange kein Problem, solange es nicht negativ bewertet wird. Von einer Alkoholabhängigkeit kann erst ab dem Zeitpunkt gesprochen werden, wenn wiederholt getrunken wird und dieser Vorgang aufgrund bestimmter Kriterien eine negative Bewertung erfährt.

Ist aber die Zuschreibung »Alkoholabhängigkeit« im traditionellen Sinn aufgrund einer negativen Soll-Ist-Differenz einmal erfolgt, reicht unter Umständen ein einmaliges Trinken aus, um als Problem bewertet zu werden: Ein sogenannter »Rückfall« wird dann diagnostiziert.

Konsequent systemtheoretisch formuliert bedeutet dies: Ohne bewertende Beobachtung gibt es keine Probleme – auch keine Alkoholprobleme. Probleme sind insofern keine Phänomene, die durch sich selbst existieren. Sie werden aktiv durch Beobachtungen und Bewertungen hergestellt.

Wenn man von diesen Gedanken ausgeht, kann das Trinken von Alkohol aus zwei Perspektiven beobachtet werden: Man kann das eigene Trinkverhalten beobachten und Schlussfolgerungen für die eigene körperliche, psychische und soziale Verfassung ziehen. Diese Selbstbeobachtung kann zu sogenannten Lebensproblemen führen. Und man kann das Trinken anderer beobachten, Vermutungen über deren körperliche, psychische und soziale Verfassung anstellen und diese Beobachtungen zum Ausdruck bringen. Diese kommunizierte Fremdbeobachtung kann sogenannte Problemsysteme zur Folge haben. Beide Prozesse werden im Folgenden differenziert dargestellt. Wie Selbstbeobachtungen zu Lebensproblemen werden, beschreibt das erste Beispiel.

Fallbeispiel Herr Hans (1. Teil)

Herr Hans, ein 37-jähriger, kinderlos verheirateter Handwerksmeister, nimmt nach einer abgebrochenen stationären Entwöhnungsbehandlung Kontakt

auf. Er führt einen selbstständigen Ein-Mann-Betrieb. Seine Schwierigkeiten beschreibt er folgendermaßen: Morgens trinke er eine gewisse Menge Cognac, damit er in Schwung komme und das Zittern und Schwitzen reduzieren könne. Ohne dieses Trinken könne er die Arbeit auf den Baustellen überhaupt nicht antreten. Er grüble während des Tages und v. a. abends über die Arbeit für den nächsten Tag. Er mache sich einen genauen Plan, was auf welche Weise fertig werden müsse und wo er wann welches Material zu besorgen habe. Dabei versuche er, Unvorhersehbares vorherzusehen, setze sich damit selber unter Stress und überfordere sich. Das Überforderungsgefühl sei so präsent, dass bereits eine unerwartete Wetterverschlechterung für ihn zu einem Ereignis werde, dem er sich ausgeliefert fühle. Zunächst reagiere er wütend, später eher resigniert. Um sich von diesem Erleben zu befreien, trinke er eine große Flasche Cognac über den Tag verteilt aus. Am Abend konsumiere er dann noch einige Flaschen Bier. Als süchtig trinkend bezeichnet er sich seit etwa 5 Jahren.

Er kenne Überforderungen und Gefühle des Ausgeliefertseins schon lange. Bereits während seiner Schulzeit habe er sich als Versager gefühlt und sei nur mit Angst in die Schule gegangen. Während seiner Ausbildung zum Handwerker habe er unter Panikattacken und Angstzuständen gelitten, die vor der Prüfung und nach dem Beginn seiner Selbstständigkeit extrem zugenommen hätten. Nach einer gewissen Zeit hätten sich diese unter Alkoholeinfluss aufgelöst. Das exzessive Trinken erscheint als eine chronifizierte und entgleiste Selbstmedikation. (Fortsetzung folgt)

Wie das Beispiel zeigt, beobachtet der Klient schon seit geraumer Zeit eine Veränderung seines Trinkverhaltens. Als Problem sieht er es allerdings erst seit einem bestimmten Punkt an. Das bedeutet nicht, dass ein ihm fremder oder auch bekannter Beobachter nicht schon zu einem früheren Zeitpunkt in seinem Verhalten ein Problem hätte sehen können. Es bedeutet lediglich, dass in der Selbstbeobachtung offensichtlich der Problembeginn keineswegs als eine feste Größe angenommen werden kann. Vielmehr müssen verschiedene Vorgänge miteinander verknüpft werden, um von Problemen reden zu können (Klein 2002):

- Ein Selbstbeobachter muss Verhalten von einem anderen Verhalten abgrenzen. Parallel wird diese Unterscheidung benannt,

indem »Trinken« z. B. von »Essen« unterschieden wird.

- Das Trinken muss differenziert werden, indem »Trinken von Alkohol« z. B. von »Trinken von Wasser« unterschieden wird.
- Dadurch wird das Trinken mit kulturellen, historischen und ökonomischen Kontexten verknüpft (Legnaro 1982; Levine 1982). Dies kann sich auf die Trinkmenge (unter den jetzigen historischen und kulturellen Bedingungen wird kaum jemand die Empfehlung aussprechen, dass das Trinken von zwei und mehr Litern Bier, Wein oder gar Schnaps gesundheitsförderlich sei – bei Wasser sieht das schon anders aus) oder andere Verhaltensweisen wie z. B. erhöhte Aggressivität beziehen.
- Das Trinkverhalten und die damit verbundenen Reaktionen müssen sich in der Folge wiederholen, um wiedererkannt zu werden. Denn: Wenn ein Verhalten nicht wiederholt wird, wird es vergessen.
- Nun muss noch ein Vergleich zwischen einem Soll-Wert und einem Ist-Wert vorgenommen werden. Diese Ist-Soll-Unterscheidung hängt wiederum von kulturellen Normen ab – sofern sich ein Beobachter an kulturellen Werten orientiert. Wird aufgrund eines wie auch immer gearteten Vergleichs eine Abweichung des Ist-Wertes vom Soll-Wert bemerkt und diese negativ bewertet, führt erst das zu einem subjektiv erlebbaren Problem (Klein 2002).

Probleme mit dem Trinken setzen also immer eine gewisse Zeitspanne der Aufmerksamkeitsfokussierung voraus. Die »Brille«, mit der man das Verhalten beobachtet und bewertet, spürt eine Art Matrize ein, vor deren Hintergrund die folgenden Beobachtungen wiederum eingeordnet werden.

Im Falle von Herrn Hans kann das durchaus bedeuten, dass niemand außer Herrn Hans selber von der Existenz eines Problems weiß. Ja, es ist sogar denkbar, dass, vorausgesetzt Herr Hans erzählt von seinem gerade festgestellten Problem, dieses von anderen Personen als eine unproblematische Angelegenheit eingestuft wird. Dieses so merkwürdig erscheinende Phänomen kann nur verstanden werden,

wenn man berücksichtigt, dass jeder Mensch aufgrund seiner inneren Beobachtungs- und Bewertungsstruktur die Welt auf eine ihm eigene Weise einzuordnen versucht.

Offensichtlich muss man sich von der Idee lösen, die Feststellung von Problemen sei ein objektiver Vorgang. Vielmehr ist sie abhängig davon, wer was wie wann wie oft mit wem und unter welchen kulturellen Bedingungen beurteilt oder eben nicht.

Solange ein Klient über seine Problemfeststellung nicht redet, er niemanden einweihet, sich niemandem anvertraut, hat er es mit einem Lebensproblem (Ludewig 2005; 2013) zu tun. D. h., es bildet sich kein Austausch, kein Gespräch, keine Kommunikation, keine Interaktion um das Thema des Problems. Das Problem – obwohl für Herrn Hans existierend – bleibt Teil seines Erlebens und damit eine höchst persönliche Angelegenheit. Wie er damit umgeht, bleibt ihm und seinen Erklärungen und Bewertungen überlassen. Dies illustriert ein Zitat, das von dem englisch-amerikanischen Komiker Henny Youngman⁵ stammen soll:

»Als ich las, wie gefährlich das Alkoholtrinken ist, habe ich sofort das Lesen eingestellt.«

Für ein Verschweigen und Geheimhalten sprechen durchaus nachvollziehbare Gründe: Man schämt sich, fühlt sich schuldig und versucht, diese unangenehmen Gefühle zu verheimlichen und/oder wegzutrinken.

Sucht ein Mensch aber ein Gespräch mit Angehörigen, Freunden oder auch Helfern, passiert etwas Entscheidendes: Ein neues System entsteht – ein soziales System. Dieses ist dadurch gekennzeichnet, dass nun auch andere von dem vermuteten Problem Kenntnis gewinnen oder ihre bisher nicht ausgesprochene Vermutung bestätigt bekommen. Im einen wie im anderen Fall wird das bisher erlebte Problem nun zu einem erzählten Problem. Es bildet sich eine Kommunikationsstruktur bzw. ein Kommunikationsmuster um das Thema des Trinkens: ein kommunikatives oder erzählendes System, kurz: ein Problemsystem. Und das hat Folgen: Es können neue, das vermeintliche Problem normalisierende Ideen beigesteuert werden (»Andere trinken doch

.....

5 Vgl. www.quotez.net/german/alkohol.htm [24.4.2017].

auch – sogar noch mehr als du.«). Es können bestätigende Kommentare erfolgen (»Das habe ich auch schon gemerkt, aber nichts zu sagen getraut«) und es kann zu dramatisierenden Äußerungen kommen (»Da muss etwas passieren – am besten eine mehrmonatige stationäre Therapie mit dem Ziel einer lebenslangen Abstinenz«). Je nachdem, wie solche Gespräche sich entwickeln, werden eher kooperierende, solidarische oder auch konflikthafte Muster organisiert.

In dem dargestellten Beispiel wird angenommen, Herr Hans eröffnet von sich aus das Thema und trägt auf diese Art zur Bildung eines Problemsystems bei. Dies ist aber nicht unbedingt üblich. Dieser Gedanke, wie aus Fremdbeobachtungen Problemsysteme entstehen, soll im nächsten Punkt näher erläutert werden:

Fallbeispiel Herr Meier (1. Teil)

Herr Meier nahm Kontakt auf, nachdem unter nicht mehr rekonstruierbaren Umständen ein Sachbearbeiter des Arbeitsamtes bei der Rentenversicherung⁶ einen Antrag auf Gewährung einer stationären mehrmonatigen Alkoholentwöhnungstherapie beantragt hatte. Die Rentenversicherung bat nun um Abklärung der Motivation im Hinblick auf die beantragte Maßnahme. Der Klient, seit Jahren arbeitslos, wurde schriftlich zu einem ersten ambulanten Gespräch eingeladen. In der Einladung fand sowohl der Grund der Einladung – die Abklärung einer geeigneten Maßnahme aufgrund eines möglicherweise bestehenden süchtigen Trinkens – als auch die Betonung der Freiwilligkeit sowie die Wahrung einer autonomen Entscheidung des Klienten Erwähnung.

Der Klient erschien pünktlich zu dem angebotenen Termin und zeigte ein besorgniserregendes Äußeres. Er schien deutlich vorgealtert, wirkte krank, hatte erhebliche Probleme, die Treppe hochzusteigen, klagte über Luftnot, grüßte mit einer kaltschweißigen Hand und verbreitete eine »Duftwolke« aus einem Gemisch von abgestandenem Nikotin und Alkohol.

Er beantwortete alle Fragen freundlich, betonte aber mit Nachdruck, seit längerer Zeit kaum noch Alkohol zu konsumieren. Seine Schilderung wies eine erheb-

6 In Deutschland sind im Normalfall die Rentenversicherungen für die Finanzierung stationärer Behandlungen in Fachkliniken zuständig, da es sich bei diesen Maßnahmen um Rehabilitationsbehandlungen handelt. Dies ist im Sozialgesetzbuch (SGB) geregelt.

liche Diskrepanz zu seinem äußeren Erscheinungsbild auf. Kritischen Fragen begegnete er mit dem Hinweis, er trinke überwiegend Wasser, alkoholische Getränke seien ihm zu teuer. Gestern habe er zwei Gläschen Wein getrunken. Das sei alles. Er räumte dann zwar bereits Jahre zurückliegende Alkoholprobleme ein – diese habe er jedoch durch das Wassertrinken gelöst.

Außerdem sei nach seiner Erinnerung der Antrag vom Sachbearbeiter des Arbeitsamtes wegen einer notwendigen orthopädischen Kur gestellt worden. Er habe nämlich große Beschwerden im Genick, seit ihm nach einem Autounfall eine Platinplatte als Stabilisierung in die Halswirbelsäule implantiert werden musste. Außerdem habe er als Folge eines zu kurzen Beins erhebliche Beschwerden in der Lendenwirbelsäule. Zusätzlich sei ihm vor Jahren bereits ein Lungenflügel entfernt worden. Dieser Eingriff war notwendig geworden, nachdem er langjährig als Dachdeckergehilfe Asbestplatten mit der Kreissäge hatte schneiden müssen. Er werde wegen seiner vielfältigen körperlichen Beeinträchtigungen ohne eine entsprechende Kur wohl kaum mehr eine Arbeit finden.

Aus dem Brief, den die Rentenversicherung ihm geschickt habe, gehe für ihn nicht hervor, dass das Gespräch irgendetwas mit Alkohol zu tun haben solle. Er zeigte dieses Schreiben, in dem tatsächlich, im Gegensatz zum Schreiben, das an die Ambulanz erging, nichts über eine Entwöhnungstherapie erwähnt war. Der Klient meinte weiter, wenn die Rentenversicherung jedoch unbedingt erwarten würde, dass er eine ambulante Beratung oder Behandlung absolviere, sei er gerne damit einverstanden. Es könne ja nichts schaden. Wozu diese ambulante Maßnahme sinnvoll sein könnte, konnte er aber nicht beantworten.

(Fortsetzung folgt)

In diesem Beispiel »stellen« Angehörige, Freunde, Arbeitgeber oder soziale Agenturen ein Trinkproblem »fest«. Aber auch hier gilt, was bei der Selbstbeobachtung bereits galt: Probleme sind keine objektiven Tatbestände – sie hängen von den Bewertungskriterien eines Beobachters ab. Und das sagt nicht selten mehr über den Beobachter als über das beobachtete Phänomen aus. Im Falle des Klienten muss Folgendes passieren:

- Der Mitarbeiter des Arbeitsamtes muss in der Begegnung Verhaltensweisen bemerken, die im Rahmen dieses speziellen Kontextes üblicherweise nicht zu erwarten sind. Das könnte die

äußere Erscheinung des Klienten, ein leichtes Zittern oder der Geruch von Alkohol gewesen sein.

- Der Sachbearbeiter verknüpft dabei seine Beobachtungen mit seinen Erwartungen, was meist mehr oder weniger unreflektiert geschieht.
- Der Mitarbeiter muss weiterhin den Eindruck gewinnen, dass der Klient diese »Auffälligkeiten« öfter zeigt.
- Auf diese Art beginnt der Sachbearbeiter parallel seine Beobachtungen zu bewerten. Dazu bedient er sich im Rahmen seines Arbeitskontextes bestimmter Bewertungskriterien. Es handelt sich um einen Vergleich einer Soll- mit einer Ist-Erwartung.
- Eine negative Abweichung führt dann zur »Feststellung« eines Problems, wobei diese »Problemfeststellung« zu diesem Zeitpunkt noch die höchstpersönliche Problembewertung des Sachbearbeiters ist.
- Kommuniziert der Mitarbeiter seine Einschätzung der Situation, wird ein neuer Phänomenbereich eröffnet: das Problemsystem.
- Je nach Art der Ansprache, je nach Gemütslage des Kunden und je nach Art der weiteren Reaktionen der beiden Kommunikationspartner ergeben sich unterschiedliche Kommunikationsmuster, die von Zustimmung zur Problembeschreibung bis hin zur Zurückweisung dieser Vermutung reichen können. Sie bringen eigene Kommunikations- und Interaktionsmuster hervor, die in den weiteren Begegnungen zu unterschiedlichen Handlungen führen können. Es können Auflagen zur Veränderung unter Androhung von Mittelkürzungen erfolgen oder die Weigerung des Kunden zur Kooperation. Es können dadurch aber auch Veränderungsschritte angestoßen werden.

Allgemein formuliert gibt es auch in der Fremdbeobachtung zwei zu unterscheidende Verhaltensmöglichkeiten: Zum einen kann das Trinken eines anderen Menschen beobachtet, als Problem bewertet und geschwiegen werden. Dann sieht der Beobachter Probleme. Dies hat aber keine Folgen. Die Problemsicht existiert ausschließlich im Erlebensbereich des Beobachters. Zum anderen kann das Trinken eines

anderen Menschen beobachtet, zum Problem erklärt und zum Ausdruck gebracht werden. Zum Beispiel durch mimische, gestische und sprachliche Zeichen, die dann zu Kommunikation werden, wenn ihnen durch die trinkende Person Bedeutung unterlegt wird. Dann beginnt ein Problemsystem zu existieren.

Jeder kennt die Effekte, die minimal hochgezogene Augenbrauen, leicht grimassierende Gesichter, eine hingeworfene Hand- oder Fingerbewegung oder auch ein kurzes Wort, manchmal aber auch ein ausgeklügelter Erzähltext an Wirkung erzeugen können. All dies gehört, wenn es gemerkt und darauf reagiert wird, zu diesem neuen Phänomenbereich des Erzählens.

4.3 Die Folgen für das Phänomen der Alkoholabhängigkeit

Eine der gravierendsten Folgen der modernen Systemtheorie für die systemtherapeutische Arbeit besteht in einer Infragestellung des herkömmlichen Krankheits- oder Störungsbegriffs. Konnte man in der Tradition der Kybernetik 1. Ordnung das ursprüngliche Krankheitsverständnis vom Einzelnen noch auf die Familie übertragen – man sprach dann vom »Symptomträger«, von der »Familienkrankheit Alkoholismus« oder gar von »Alkoholismusfamilien« –, so wurde die Verwendung des Störungsbegriffs selbst nachhaltig infrage gestellt.

So eindeutig die Verwendung des Begriffs einer Störung angesichts der psychischen, körperlichen, sozialen und ökonomischen Folgen auch erscheinen mag, so unklar wird er, wenn man nach einer möglichen Plausibilität des Verhaltens im Rahmen lebensgeschichtlicher und sozialer Kontexte Ausschau hält. Dann erscheint das abhängige Trinken plötzlich als sinnstiftendes Verhalten und als (entgleiseter) Lösungsversuch für ungelöste biologische, psychische und soziale Notlagen: ein Lösungsverhalten, das zu ändern nicht unbedingt zu einer beruhigenden und gar verbesserten Lebenssituation führt. Im Gegenteil: Gelegentlich führt eine scheinbar positive Veränderung zu negativen Konsequenzen und muss daher vermieden und/oder durch einen sogenannten Rückfall, der dann auch als Vorfall (Marlatt 1989)

firmieren könnte, behoben werden.

So schreibt Efran in einer etwas provozierenden Formulierung über den Alkoholismus »als Ansichtssache« (Efran, Heffner u. Lukens 1989, S. 2) und unterstreicht damit konsequent die Idee, dass Alkoholismus erst durch Beobachter und deren Bewertungen zu einem Problem werde und das Trinken nicht per se bereits ein Problem sei.

Diese Sichtweise hat natürlich Konsequenzen für die Therapie, da die Welt der Therapie noch immer in zwei Lager zerfällt: in das Lager derer, die Störungen als gegeben, sozusagen als »Ding an sich« annehmen und diese quasi von außen anhand gängiger Diagnosemanuale diagnostizieren. Und in ein anderes Lager, in dem Störungen als aktiv hergestellte Phänomene konnotiert werden und einer negativen Bewertung durch einen (Selbst-)Beobachter bedürfen. Nicht selten prallen diese unterschiedlichen Sichtweisen in der therapeutischen Begegnung aufeinander. Dann nämlich, wenn die Angehörigen fest davon überzeugt sind, dass es ein profundes Problem gibt und die Trinker das Trinken einstellen und abstinent werden sollten, während die Trinker selbst diese Art der Bewertung und des Ziels weit von sich weisen.

Dieser Anfangssituation einer Therapie wird zusätzlich erschwert, wenn in ambulanten sowie stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe von vornherein die Sichtweise eines objektiv diagnostizierbaren Problems geteilt wird und das Therapieziel einer Abstinenz bereits vordefiniert ist (Klein 2016). Damit stehen diese Einrichtungen - und das sind so ziemlich alle, die in der BRD Verträge mit Kranken- und Rentenversicherern haben - tendenziell den Angehörigen näher als den Trinkern. Sie laufen dann Gefahr, auf diese Weise ihre Neutralität im therapeutischen Prozess zu verspielen und damit eine spezielle Form der Musterähnlichkeit mit Familien zu erzeugen, in denen ein Suchtproblem existiert - es entwickeln sich sogenannte »isomorphe Strukturen« (Erbach u. Richelshagen 1989, S. 27).

Wenn man hingegen mit der »Brille« der modernen Systemtheorie das Phänomen der Alkoholabhängigkeit beobachtet, lässt sich erklären, weswegen Angehörige, Mediziner oder Arbeitgeber von Alkoholabhängigen für sich überzeugende Argumente für den Beweis einer

Alkoholabhängigkeit aufführen können, die Trinker diesen Argumenten gegenüber aber komplett unzugänglich bleiben und darauf beharren, dass man sie ungerecht und unfair behandelt. Dieses Phänomen, in herkömmlichen Therapietheorien und deren abgeleiteter Praxis als Zeichen für Verleugnung, Widerstand, Uneinsichtigkeit oder Motivationsmangel diagnostiziert, erweist sich nach der hier vorgestellten Sichtweise eher als ein Aufeinandertreffen unterschiedlicher Weltbeobachtungen. Es weist auf eine noch nicht gelingende Kommunikation und Kooperation zwischen Klienten und Helfern hin (de Shazer 1990).

Aus dieser Perspektive erscheint die Einschätzung der Klienten gegenüber den Veränderungsbemühungen aufgrund ihrer zugrunde liegenden Struktur als vernünftig und plausibel. Sie haben den Eindruck, es werde ihnen schlecht mitgespielt, sie erleben die Kritik des Vorgesetzten als überzogen, sie sind überzeugt, nicht mehr als die Kollegen zu trinken, sie lassen sich von Ärzten nichts vorschreiben und wehren sich gegen Einmischungen in ihre Lebenspraxis.

Für die an der Veränderung Interessierten können dieses Verhalten und diese Verlautbarungen freilich als unvernünftig, merkwürdig, unreif, gar krank erscheinen – je nach Struktur, die dem Beobachter gerade für die Bewertung des beobachteten Verhaltens zur Verfügung steht und die er zur Anwendung bringt.

4.4 Fazit

So, wie zwischen Angehörigen und den Trinkern zwei Weltsichten aufeinanderprallen, ergibt sich auch für die Beziehung zwischen Helfern und ihren Klienten eine interessante Schlussfolgerung. Denn Helfer müssen nun davon ausgehen, dass eine einseitige Veränderung des abhängigen Trinkens nicht möglich und damit aussichtslos ist. Ein gelingender Veränderungsprozess bedarf der Zustimmung der Person, die den Wandel vollziehen soll. Gleichzeitig ist weder klar, wie die Veränderung zuverlässig ausgelöst werden kann, noch kann präzise vorausgesagt werden, welche Folgen diese nach sich zieht. Aus diesem Umstand ergibt sich ein Dilemma für die helfende Begegnung,

das Ludewig (2005) in seinem »Therapeutendilemma« folgendermaßen formuliert: »Handele wirksam, ohne im Voraus zu wissen, wie und was Dein Handeln auslösen wird« (ebd., S. 76).

Diese veränderte Sicht auf den Prozess der Problemdefinition und dessen Veränderung zeigt sich sehr prägnant in zwei unterschiedlichen Forschungsfragestellungen. Die eine Fragestellung beschäftigte sich mit Menschen mit einem behandlungsbedürftigen Alkoholkonsum, den sie jedoch ohne professionelle Unterstützung positiv beeinflussen konnten, sei es in Richtung moderaten Trinkens, sei es in Richtung Abstinenz. Dabei kam in einer kanadischen Studie (Klingemann 2001) heraus, dass 78 % der Betroffenen ihre Alkoholprobleme ohne jegliche Hilfe überwunden hatten. Davon schafften es 38–68 %, den Konsum auf ein moderates Trinken zu reduzieren. Eine andere Studie (Bischof u. Rumpf 2011) gibt eine Selbstheilungsrate von 53 % an, sagt aber nichts über die damit erreichten Trinkstile aus. Wie diese Menschen ihre Trinkproblematik verändert haben, ist weitgehend unbekannt.

Die andere Fragestellung konzentriert sich auf Faktoren in Psychotherapien, denen veränderungsbegünstigende Wirkungen unterstellt werden. Dabei zeigt sich, dass nicht etwa der

»Therapeut ›heilt‹ (cures), sondern der Patient ›gesundet‹ (heals). Der Therapeut aktiviert allenfalls das Gesundheitspotenzial der Klienten« (Ludewig 2013, S. 120).

Darüber hinaus sind nicht so sehr spezielle methodische Interventionen bedeutsam – sie machen nur 8–10 % einer Veränderung aus –, sondern allgemeine Einflussfaktoren, die bis zu 70 % der Veränderung anstoßen. Zu diesen allgemeinen Faktoren zählen die Person des Therapeuten, die therapeutische Beziehung, »Zufallereignisse und die Erwartungen an die Therapie.« (ebd.)

Angesichts solcher erkenntnistheoretischer Grundlagen und ihrer Konsequenzen stellen sich Fragen, auf welche Weise Alkoholabhängigkeit systemtheoretisch konzipiert werden und wie ein systemtherapeutisches Vorgehen aussehen kann.

Entsprechend haben sich v. a. seit 1990 verschiedene Autoren aus dem systemischen Feld mit alternativen Vorgehensweisen beschäf-

tigt. Hier sind v. a. die hypnosystemischen Arbeiten von Schmidt (1992; 1999), die kritische Auseinandersetzung mit traditionellen Krankheitsmodellen von Osterhold und Molter (1992), die lösungsfokussierten Vorgehensweisen von Berg und Miller (1993), der lösungsfokussiert-verhaltenstherapeutische Ansatz von Isebaert (2004), die speziell an problematisch konsumierenden Jugendlichen orientierten Ansätze von Stickel und Gantner (2011) und der Ansatz von Stein (2016) zur Einübung normalen Trinkens zu nennen. Diese theoretischen und therapeutischen Überlegungen können als sich wechselseitig ergänzend begriffen werden und fließen in die folgenden Überlegungen ein.