



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
Main Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2012

Herkunftsfamilie als Ressource und Hypothek

Schaaf, Susanne

Abstract: Dokumentation zur Jahresberichtssitzung des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie act-info-FOS am 23. Oktober 2012 in Zürich

Other titles: Ressourcenorientierte Ansätze zur Auseinandersetzung mit der Familiengeschichte; Annäherung an die Herkunftsfamilie und notwendige Abgrenzung

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-93042>
Conference or Workshop Item
Published Version

Originally published at:
Schaaf, Susanne (2012). Herkunftsfamilie als Ressource und Hypothek. In: Herkunftsfamilie als Ressource und Hypothek, Zürich, 23 October 2012 - 23 October 2012.



Herkunftsfamilie als Ressource und Hypothek

Ressourcenorientierte Ansätze zur Auseinandersetzung mit der Familiengeschichte; Annäherung an die Herkunftsfamilie und notwendige Abgrenzung

Dokumentation zur Jahresberichtssitzung des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie *act-info-FOS* am 23. Oktober 2012 in Zürich

Hrsg.: Koordinationsstelle *act-info-FOS*
Susanne Schaaf unter Mitarbeit von Heidi Bolliger

act-info-FOS
Forschungsverbund
stationäre Suchttherapie

	Einladung zur Jahresberichtssitzung act-info-FOS 23. Oktober 2012 in Zürich.....	5
1	Einführung: <i>Susanne Schaaf</i>	7
2	Die Herkunftsfamilie – Ressource oder Restriktion? <i>Gabriela Gnam</i>	9
3	„Katertag“ – szenische Lesung: <i>David Berger</i> liest Regina Dürig	25
4	Einbezug von Familienangehörigen von Klienten/-innen während der stationären Suchttherapie – Erfahrungen aus der Praxis: <i>Kurt Roth</i>	27
5	Wenn die familiäre Wirklichkeit zur Hypothek wird – Die Folgen ungünstiger Bindungserfahrung: <i>Nicole Schmid</i>	35

Jahresberichtssitzung *act-info-FOS* 23. Oktober 2012 in Zürich

Herkunftsfamilie als Ressource und Hypothek – Ressourcenorientierte Ansätze zur Auseinandersetzung mit der Familien- geschichte; Annäherung an die Herkunftsfamilie und notwendige Abgrenzung

- 13.15 – 13.30 h Begrüssung und Einführung
Susanne Schaaf lic.phil. Psychologin FSP, ISGF
- 13.30 – 14.30 h **Die Herkunftsfamilie – Ressource oder Restriktion?**
Dr.phil. Gabriela Gnam, Drop-In, PUK
Psychologin, systemische Psychotherapeutin FSP, seit 1998 im Drop-in bzw. im Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, in der Ambulanz als Psychotherapeutin tätig.

Wie kann mit der Herkunftsfamilie gearbeitet werden? ♦ Arbeit mit der "inneren Familie": Genogramm und Ego-States ♦ Arbeit mit der "äusseren Familie": Wozu und wann die Herkunftsfamilie einbeziehen? ♦ Worauf sollte geachtet werden?
- 14.30 – 14.45 h **Von Wut und Hoffnung:** Ein Jugendlicher schreibt seinem alkoholkranken Vater, der in einer Entzugsklinik weilt, einen Brief- Szenische Lesung
mit David Berger, Schauspieler
- 14.45 – 15.15 h Pause
- 15.15 – 15.45 h **Einbezug von Familienangehörigen von Klienten/-innen während der stationären Suchttherapie – Erfahrungen aus der Praxis**
Kurt Roth, Institut für Sozialtherapie
Soziokultureller Animator und Sozialpädagoge FH, Psychotherapeut ASP, Sozialmanagement FH Aargau, Geschäftsleiter der Stiftung für Sozialtherapie, seit mehr als dreissig Jahren vorwiegend in der stationären Suchttherapie tätig

Was ist mit „Familie“ gemeint? ♦ soziokulturelle und geographische Unterschiede ♦ Migration ♦ Wann ist der Einbezug von Angehörigen sinnvoll? ♦ Wie kann der Einbezug gelingen? ♦ Ablösung von der Familie: Ablösung wohin? ♦ Entwickeln von tragfähigen Lebensperspektiven
- 15.45 – 16.15 h **Wenn die familiäre Wirklichkeit zur Hypothek wird – Erfahrungen aus der Praxis**
Nicole Schmid lic.phil., Suchtbehandlung Frankental
Psychologin und Psychotherapeutin mit Spezialisierungen in hypnosystemischer, Trauma- und Schematherapie, Leitung Therapie & Integration der Suchtbehandlung Frankental in Zürich, seit rund 18 Jahren in der stationären Suchttherapie tätig

Welche Auswirkungen können negative Bindungserfahrungen in der frühen Kindheit auf die psychische und emotionale Entwicklung haben (insb. emotionale Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch)? ♦ neurobiologische Erkenntnisse ♦ Theory of Mind ♦ Behandlungsansätze: Ideen aus der Praxis
- 16.15 h **Schlussrunde**

1 Einführung

Susanne Schaaf lic.phil., Forschungsleitung stationäre Suchttherapie am ISGF

Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie *act-info-FOS* existiert seit 1985 und blickt auf eine lange Tradition zurück. Im Jahre 1998 verzeichnete der Forschungsverbund eine Hochzeit mit insgesamt 82 beteiligten Einrichtungen. Heute hat sich die Anzahl teilnehmender Einrichtungen auf rund 50 eingependelt. Leider sind immer noch vereinzelt Schliessungen von stationären Therapieeinrichtungen zu verzeichnen.

Ziel und Zweck des Forschungsverbundes und der jährlichen gemeinsamen Treffen sind der regelmässige Austausch zwischen Forschung und Praxis und auch der Praktiker/-innen untereinander.

Das Thema der diesjährigen Jahresberichtssitzung *act-info-FOS* lautet „Herkunftsfamilie als Ressource und Hypothek“. Der Fokus der Veranstaltung liegt auf ressourcenorientierten Ansätzen zur Auseinandersetzung mit der Familiengeschichte in der stationären Psychotherapie. Klientinnen und Klienten sollen darin unterstützt und begleitet werden, die Herkunftsfamilie als positive Ressource für eigenes Handeln zu entdecken und neue Perspektiven zu entwickeln.

In früheren FOS-Befragungen (bis 2002) wurden verschiedene Aspekte zur Herkunftsfamilie erfasst, die in späteren Fragebogenversionen entfielen, so z.B.

- ob die leiblichen Eltern noch leben
- falls gestorben: Alter des Klienten/der Klientin bei Tod der Eltern
- Anzahl Schwestern und Brüder
- Beziehungsform der Eltern
- falls Scheidung: Alter des Klienten/der Klientin bei Scheidung
- Kontakt mit Eltern bzw. Elternersatz
- Nationalität der Eltern
- falls nicht Schweizer Nationalität: seit wann in der Schweiz, Sprachkenntnisse

In der folgenden Tabelle 1 ist dargestellt, welche problematischen Konsumverhalten und weitere Belastungen in den Familien der *act-info-FOS*-Klientele zum damaligen Erhebungszeitpunkt 2002 vorlagen. Die Klienten/-innen gaben vor allem problematischen Alkoholkonsum, aber auch Depressionen und Gewalt als ein Teil ihrer Familienerfahrung an.

Tab. 1: Belastungen in der Familie, Mehrfachnennungen möglich (FOS-Jahresbericht 2002)

<i>Hat jemand in Deiner Familie (Eltern, Adoptiv-, Pflege-, Stiefeltern, Geschwister, Halbgeschwister) Deines Wissens Probleme mit ...</i>	<i>% ja</i>
Alkohol	61%
Medikamenten	26%
Opiaten	25%
anderen illegalen Substanzen	31%

<i>Fortsetzung: Probleme mit ...</i>	
Suizidversuchen	20%
Suizid	10%
Depression	40%
Nervenzusammenbruch	30%
andere psychische Erkrankungen	20%
Gewalt in der Familie	44%
Delinquenz	21%

N=418, md= 176

Tabelle 2 zeigt am Beispiel der *Wohnsituation*, dass Eltern und Elternteile hier eine wichtige Ressource für die Klienten/-innen darstellen können bzw. dass Klienten/-innen auf das Angebot der Eltern angewiesen sind.

Tab. 2: Bei den Eltern bzw. einem Elternteil wohnen ... (act-info-FOS-Jahresbericht 2011)

Zeitraumen	N	%	Total N
in den letzten 30 Tagen vor Therapieeintritt	110	22%	498
in den letzten 6 Monaten vor Therapieeintritt	93	19%	492
nach Austritt	72	18%	410

Es freut mich sehr, dass wir für diese Veranstaltungen Gabriela Gnam, Kurt Roth und Nicole Schmid als kompetente Referenten/-innen mit langjähriger Praxiserfahrung gewinnen konnten. Gabriela Gnam (Drop-In/ PUK) stellt Ihnen Ansätze zur therapeutischen Arbeit mit der „inneren Familie“ bzw. dem „inneren Team“ vor. Kurt Roth von der Stiftung für Sozialtherapie zeigt Ihnen auf, wie Sie Angehörige in einen konstruktiven Dialog einbeziehen und mit welchen Kernfragen Sie dabei arbeiten können¹. Nicole Schmid von der Suchtbehandlung Frankental legt den Fokus auf problematische Bindungserfahrungen und deren Auswirkungen auf das spätere Bindungs- und Konsumverhalten und stellt geeignete Behandlungsansätze für Klienten/-innen mit Bindungsstörungen vor. Durch die Beiträge wird deutlich, dass das wichtige Thema Herkunftsfamilie auf unterschiedliche Weise in der therapeutischen Arbeit aufgegriffen werden kann und dass stationäre Suchttherapie nicht nur, aber insbesondere auch für Klienten/-innen mit Bindungsstörungen ein wertvoller Rahmen ist.

Die Vorträge wurden für die vorliegende Tagungsdokumentation von der Koordinationsstelle act-info-FOS transkribiert, redaktionell überarbeitet und von den Referierenden autorisiert.

Das act-info-FOS-Team

Susanne Schaaf und Heidi Bolliger

¹ Der Schwerpunkt der Veranstaltung liegt nicht auf der Perspektive der Angehörigen. Dieses unbestritten wichtige Thema wird beispielsweise in der aktuellen Ausgabe des SuchtMagazins 1/2012 aufgegriffen: www.suchtmagazin.ch/index.php/2012/articles/id-12012.html

2 Die Herkunftsfamilie – Ressource oder Restriktion?

Dr.phil. Gabriela Gnam, Drop-In Zürich, PUK

Zum Inhalt

1. Die Herkunftsfamilie – ein Spannungsfeld
2. Arbeit mit der „inneren Familie“
 - Das Genogramm
 - Ego-States
3. Arbeit mit der „äusseren Familie“
 - Stigmatisierung von Angehörigen süchtiger Menschen
 - Wozu die Herkunftsfamilie einbeziehen?
 - Wann einbeziehen, wann nicht?
 - Worauf soll bei der Zusammenarbeit geachtet werden?
 - Arbeit mit Ego-States Modellen?

1. Die Herkunftsfamilie – ein Spannungsfeld

Die Herkunftsfamilie ist in jedem Fall ein Spannungsfeld. Sie ist einerseits die Quelle unseres Daseins, im Fluss der Generationen – Familie fängt nicht bei unseren Eltern an, sondern reicht weit zurück. Im Roman „Die Teufelsinsel“ des isländischen Schriftstellers Einar Kára-son, das sich auf spannende Weise mit dem Thema Familie und Hypothek auseinandersetzt, wird dieser Gedanke meiner Ansicht nach gut in Worte gefasst:

„Doch wann beginnt nun die Geschichte der Familie? Vielleicht mit Karolinas eigener Geburt, denn sie war die Älteste. Falls man überhaupt davon sprechen kann, jemand sei die Älteste in einer Familie: Natürlich hatten auch die Eltern von Lina ihre eigene Geschichte und deren Eltern vor ihnen und so fort und fort.“ (1997, S. 13)

Die Herkunftsfamilie ist die Brille, durch die wir die Welt sehen. Sie kann auch ein Rahmen sein, der Halt gibt, oder ein Gefängnis mit vorgegebenen Strukturen, die dazu führen, dass man immer wieder nach gleichen Mustern handelt, ohne dass diese bewusst wären oder dass man so handeln möchte. Die Familie kann auch ein Rucksack mit Lasten familiärer Vermächtnisse sein oder ein Fallschirm, der einem vor dem Schlimmsten bewahren kann, oder ein Nest, das Geborgenheit gibt.

Wie soll man nun mit der Herkunftsfamilie arbeiten? Im Zusammenhang mit der Sucht sind die Verbindungen mit der Herkunftsfamilie sehr vielschichtig. Diesbezüglich stellen sich eine Reihe zentraler Fragen:

- Welche Beziehungen sind in der Gegenwart überhaupt vorhanden und welche davon sind wichtig? Oft sind die Betroffenen alleine oder haben nicht mehr viele Angehörige.

- Klärung von Fragen bezüglich der Suchtentstehung, Verursachung, Schuldzuweisung
- Wie gehen die betroffenen Personen und deren Familien mit dem Thema um?
- Welche Sichtweisen betreffend Zukunft sind vorhanden?

In der Folge sollen nun zwei Ansätze näher betrachtet werden: zum einen die Arbeit mit der „inneren Familie“, mit der Brille, durch die wir die Welt sehen, dem familiären Vermächtnis, dem „Erbe vorheriger Generationen“ (Kap. 2), zum anderen die Arbeit mit den „äusseren Familie“, mit den real vorhandenen Bezugspersonen (Kap. 3).

2. Arbeit mit der „inneren Familie“

Die „innere Familie“ ist ein Abbild, das wir im Kopf tragen. Der deutsche Arzt und systemische Psychotherapeut Gunter Schmid präzierte an einem seiner Vorträge dieses Bild der „inneren Familie“:

„Die häufige Aussage, dass wir die Herkunftsfamilie in uns tragen, wohin wir auch gehen, stimmt so nicht. Vielmehr wurde unsere Sicht auf uns selber und die Welt durch die Herkunftsfamilie geprägt. Oder besser: Wir konstruieren die Welt ausgehend von diesem Hintergrund.“ (2012, Vortrag im Institut für Systemische Entwicklung und Fortbildung in Zürich).

Ressourcenvolles Arbeiten mit der Herkunftsfamilie

Wenn man mit der Herkunftsfamilie ressourcenvoll arbeiten möchte, könnte man sagen: Die Herkunftsfamilie ist ein Rucksack, den man auspacken und nach nützlichen Dingen für den weiteren Weg durchsuchen kann. Die Gegenwart und die Zukunft bestimmen wir im Sinne der Autopoiese immer wieder selber.

Autopoiese: Die beiden chilenischen Neurobiologen Humberto R. Maturana und Francisco Javier Varela Garía prägten das Konzept der Autopoiese oder Autopoiesis. Die Studien der beiden Forscher unterstrichen (1980), dass jeder Mensch bis zu einem gewissen Grad ein eigenständiges geschlossenes System sei und seine Wirklichkeit durch seine eigene subjektive Wahrnehmung selber erzeuge. Sie betonen die Autonomie jedes Menschen in der Wahrnehmung und Gestaltung der Gegenwart und der Zukunft.

Problem- oder Lösungsstrance? Trotz des Fokus‘ auf ressourcenvollem Arbeiten braucht es beide Aspekte: Es braucht die Wertschätzung des Leidens des Betroffenen und seiner Einschränkungen durch Gegebenheiten. Es braucht aber auch die Aktivierung der ressourcenvollen Anteile und Netzwerke, die Veränderungen ermöglichen.

Welche „Gestaltungsfreiheit“ hat der Betroffene in der Gegenwart? Das gegenwärtige Erleben wird durch Aufmerksamkeitsfokussierung erzeugt. Und Erlebnisnetzwerke werden im Verlauf unseres Lebens gebildet, gespeichert und durch bestimmte Auslöser aktiviert. Es gibt viele derartige Netzwerke. Neue Netzwerke können ein Leben lang gebildet werden. Ein Be-

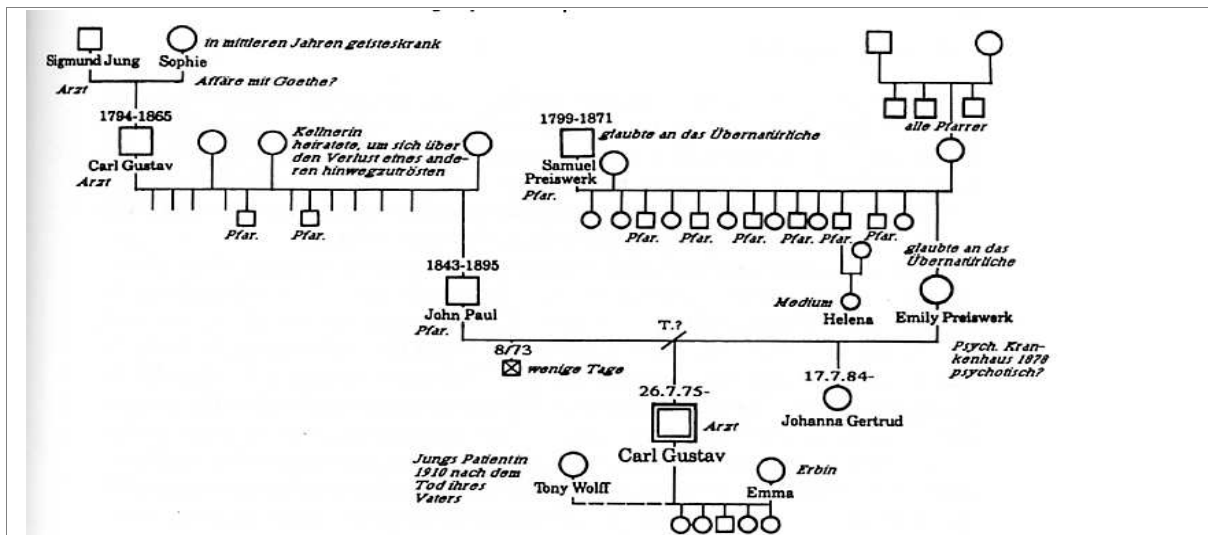
spiel für ein Netzwerk im Zusammenhang mit Sucht könnte sein, dass ein Betroffener immer wieder in dieselbe Erlebensmuster fällt, beispielsweise wenn bei einer Person mit Suchtproblem bei der Ansicht eines Häufens Zucker ihr Netzwerk Kokain-Craving mit all den damit verbundenen Gefühlen aktiviert wird. Ziel einer Behandlung wäre es, andere Verknüpfungen zu aktivieren.

Das Genogramm und Ego-States sind zwei Beispiele dafür, wie wir mit der „inneren Familie“ des Klienten, der Klientin arbeiten können.

Das Genogramm

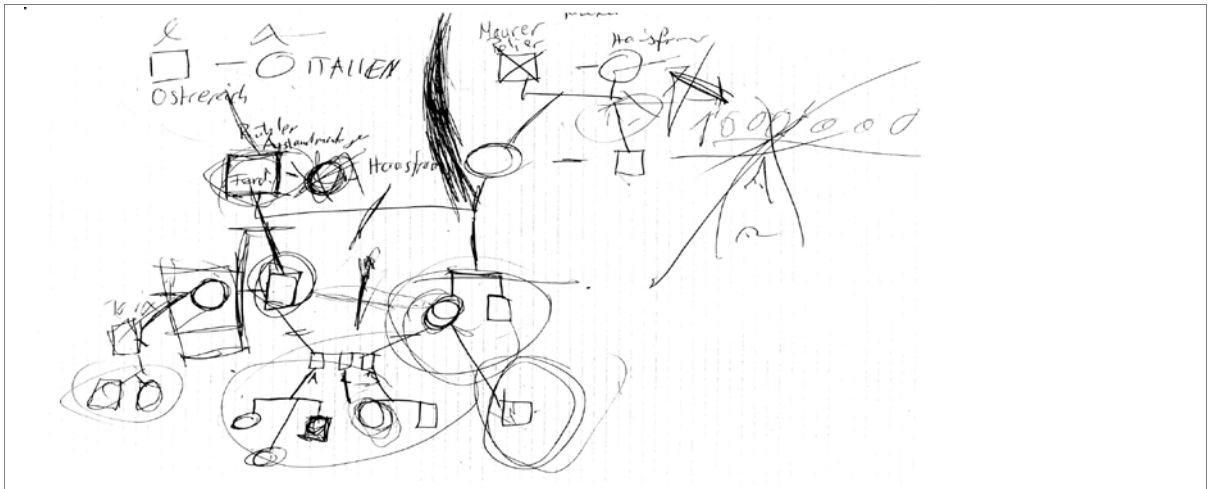
Das Genogramm ist eine Darstellung der Verbindungen und weiterer vielfältiger Informationen zum System der Herkunftsfamilie und geht dabei über einen gewöhnlichen Stammbaum – quasi die frühere Form des Genogramms – hinaus.

Abb. 1: Genogramm von Carl Gustav Jung (nach McGoldrick et al, 1990, S. 83)



Aus therapeutischer Sicht ist es auch interessant, die Betroffenen selber ein Genogramm zeichnen zu lassen. Im unten stehenden Genogramm des Klienten Z sieht man die Spaltung der Familie in zwei Lager sowie – dargestellt durch die durchgestrichene Million – den Verlust von viel Geld und damit verbunden von Sicherheit.

Abb. 2: Genogramm von Herrn Z (Problemtrance)



Wenn man das gezeichnete Genogramm in das Genogrammschema übersetzt, zeigt sich die Trennungsthematik noch deutlicher.

Die heutige Genogrammarbeit ist nach wie vor sehr sinnvoll, vor allem mit dem Ziel, den Bezugsrahmen der Betroffenen besser zu verstehen. Dabei geht es nicht nur klassisch um die Erfassung schwieriger familiärer Konstellationen, Problemfälle, Erkrankungen und Diagnosen („Familiendiagnose“), sondern auch darum, familiäre Ressourcen, Stärken und Lösungs-ideen zu erfassen.

Wichtig sind dabei die Lebenssituationen, Weltansichten (Ideologien, Stärken, sinnstiftende Überzeugungen, Hoffnungen, Wünsche ...) und darin eingebettete Entscheidungen früherer Generationen. Durch das Aufzeichnen des Genogramms wird nachvollziehbar, in welchen Lebenssituationen sich Eltern, Großeltern bewegt haben und aus welchen Beweggründen sie welche Entscheidungen in ihrem Leben getroffen haben, welche wiederum Auswirkungen auf die nachfolgende Generation haben. Möglicherweise können durch diese umfassendere Sicht Symptome der Vorfahren als deren Lösungsversuche verstanden werden. Auf diese Weise führt kompetenzorientierte Genogrammarbeit zu mehr Wertschätzung und Empathie für das System und die eigenen Lösungsversuche.

Millies Tagebuch

Patrick², inzwischen 50 Jahre alt, war vor rund 15 Jahren bei mir in Behandlung. Er war schwer heroin-, kokain- und benzodiazepineabhängig. Er durchlief verschiedene Institutionen und hat es geschafft, ein relativ zufriedenes Leben in einer eigenen Wohnung und mit Gelegenheitsjobs und IV-Rente zu führen. Vor kurzem starb seine Mutter im Pflegeheim, wovon er erst Monate später über Umwege erfuhr. Für ihn war es tragisch, dass er nicht in den Abschied einbezogen war. Die Mutter hatte aber ihr Leben niedergeschrieben. Dieses Tage-

² Name geändert

buch wurde für Patrick zu einer wichtigen Quelle, um zu verstehen, warum sein Leben bisher so verlaufen ist. Er wuchs in Heimen auf, über die heute wegen zurückliegender Übergriffe auf die betreuten Kinder in den Medien berichtet wird. Auch Patrick wurde in dunkle Keller gesperrt. Ich möchte aus der Lebensgeschichte der Mutter vorlesen: „Millies bewegtes Leben.“ Sie hat ihre Geschichte im Alters- und Pflegeheim mit Unterstützung einer Person aufgeschrieben³.

„Wir zählen das Jahr 1923. Um fünf Uhr an einem Sommermorgen wird ein Mädchen in einem Stadthaus geboren. Zwei Jahre später folgt ein kleiner Bruder. Beide wachsen unter nicht sehr einfachen Bedingungen in Zürich auf. Millies Mutter lebt mit Angstzuständen. Der Vater trinkt und schlägt seine Frau. Die Grosseltern haben die ganze Familie bei sich im Haus aufgenommen. Millie ist acht Jahre alt, als ihre Mutter in die psychiatrische Klinik muss. Die beiden kleinen Kinder besuchen sie dort in Begleitung ihrer Grossmutter. Nach vier Jahren in der Klinik Rheinau und zwei im Schössli stirbt die Mutter im Alter von 31 Jahren. Millie ist bis heute nicht sicher, was die genaue Todesursache war. Zusammen mit ihrem Bruder und einem Cousin wächst sie bei den Grosseltern auf. Diese ziehen drei Enkelkinder gross. Vom Grossvater wird Millie verwöhnt, die Grossmutter hingegen ist streng und barsch. Sie prophezeit dem Mädchen, dass es ohne die Grossmutter aufgeschmissen sein wird. Millie bestätigt später in ihrem Leben, dass sich die Prophezeiung erfüllt hat. Trotz deren Strenge hat Millie ihre Grossmutter gern. Sie ist ihr Mutterersatz und wird mit ‚Mama‘ angesprochen. Aus Folgen und Arbeiten besteht die strenge Jugend von Millie. Bis 14 besucht sie die Schule. Eine Berufslehre kann sie nicht machen, da kein Geld vorhanden ist. Jetzt muss sie arbeiten. Mit 16 Jahren ist Millie bei einer Familie im Dienst, schläft aber zuhause. Immer wieder muss sie unter dem Vorwand, Holz zu holen, in den Keller und wird dort von ihrem Hausherrn missbraucht. Als die Tochter des Hauses davon erfährt, möchte sie wissen, warum Millie denn nicht zu ihr gekommen sei.

Millie ist 23, als ihre Grossmutter an einem Hirnschlag stirbt. Zwei Jahre später löst sie den Haushalt in Zürich auf und fährt mit Zug und Schiff nach England, weiter nach Schottland, wo sie in einer Familie lebt. Da es ihr dort nicht gefällt, gibt Millie vor, schwanger zu sein, um wegzukommen. Sie fährt nach London zu einer Freundin und von dort aus weiter nach Paris. Dort lebt Millie bei einer Familie und arbeitet illegal in deren Pension. Um eine Arbeitsbewilligung zu erhalten, muss sie ins Schweizer Konsulat nach Basel. Statt nach Paris zurückzukehren, bleibt Millie in Basel hängen und arbeitet dort dank eines Kellners für kurze Zeit in einem Restaurant. Nach ungefähr zwei Jahren kehrt die Weltenbummlerin wieder zurück nach Zürich, wo sie bei einer Familie wohnen kann. Millie wäre sehr gerne noch weiter herumgereist, wird aber vom Sohn des Hauses schwanger. In der Frauenklinik, wo Millie für Kost und Logis arbeitet, wird Patrick geboren. Zwei Jahre später begegnet Millie dem Vater ihrer zukünftigen Tochter und kurz darauf erblickt Marie das Licht der Welt. An die Geburt der beiden Kinder wird

³ alle Namen geändert

sie sich auch mit 84 Jahren noch ganz genau erinnern. Maries Vater ist bereit, Alimonte zu zahlen, eine Heirat kommt für ihn aber nicht in Frage – er will frei leben. Millie verzichtet auf seine Almosen, sie hätte lieber eine Hochzeit. Trotz seines gesunden Lebenswandels stirbt der Vater von Marie jung. Da Millie niemanden mehr hat, der ihr zur Seite steht, muss sie sich ganz alleine durchschlagen. Patrick lebt in Heimen und später in verschiedenen Pflegefamilien, weil die alleinerziehende Frau arbeiten muss, unter anderem in einem Pflegeheim. Millie weiss mit zwei Kindern nicht mehr weiter. Sie wird bevormundet und muss sich von einem Kind trennen. Schweren Herzens gibt sie ihre einjährige Tochter zur Adoption frei. Ein Jahr später will sie das Mädchen zurückholen, müsste aber die Kosten für die in der Familie verbrachte Zeit zurückerstatten, was in ihrer Situation unmöglich ist. Später versucht es Millie nicht mehr, weil sie sieht, dass es Marie gut in ihrer Adoptivfamilie hat. Sie möchte sie dort lassen, um ihr ein besseres Leben zu ermöglichen, als sie ihr selbst bieten kann – Millie müsste die Kleine in einem Heim unterbringen, weil sie selber arbeiten muss. Mit sieben Jahren übernimmt Marie den Namen der Adoptivfamilie.“

Anmerkung von Gabriela Gnam: Millie lernte später einen Mann mit fünf Kindern kennen, den sie heiratete und dessen Kinder sie dann betreute. Für Marie ist das Leben gut verlaufen, weil sie in eine gute Adoptivfamilie aufgenommen wurde. Patrick hingegen, der in Heimen aufgewachsen ist, erging es schlecht.

Diese Ausführungen waren für meinen Klienten Patrick eine sehr wichtige Informationsquelle, um zu erkennen, dass seine Mutter für die Kinder das Beste wollte, dass es die Umstände aber nicht zuließen.

Sucht in der Familiengeschichte

Um ein breiteres Verständnis für die Suchtdynamik in einer Familie zu erhalten, ist es hilfreich, sich folgende Fragen zu stellen:

- Welche anerkennungswürdigen, berechtigten Bedürfnisse stehen oder standen hinter dem Suchtgeschehen der anderen Familienmitglieder? Was hat die Betroffenen dazu gebracht, diese „Lösung“ zu leben?
- Gibt es Beispiele in der Familie, in denen diese Bedürfnisse anders umgesetzt werden konnten? Dazu findet man in Genogrammen oft Hinweise.
- Wie haben sie das geschafft?
- Welche Umstände waren dafür hilfreich?

Ein interessanter Ansatz kann zudem sein, ein Genogramm für die Zukunft zu erstellen (Zukunftsszenario). Dabei geht der Klient, die Klientin folgenden Fragen nach: Wie soll es mit den nachfolgenden Generationen weitergehen? Welche Varianten ergeben sich aus unterschiedlichen Entscheidungen? Welche Auswirkungen haben Entscheidungen und Handlungen der Gegenwart auf eigene Kinder, Enkel und Urenkel? Was werden diese berichten, wenn sie in ihre Vergangenheit zurückblicken?

Frau H und ihr Sohn – ungewollte Wiederholungen in der Familiengeschichte

Das folgende Beispiel handelt von ungewollten Wiederholungen in der Familiengeschichte.

Frau H begann ihre Behandlung bei einer Praktikantin in unserer Institution. Die Behandlung lief sehr gut. Nach Abschluss des Praktikums kam Frau H zu mir in Therapie. Ich fragte mich, warum Frau H so gerne mit der Praktikantin gearbeitet hatte, denn bei mir jammerte sie viel, lehnte meine Vorschläge ab, wollte vor allem körperliche Probleme mit mir besprechen, die Medikation ändern, war mit der veränderten Medikation wieder nicht zufrieden etc. Für Therapierende sind solche Situationen schwierig, weil man nicht recht weiss, was man machen kann oder soll und sich fragt, was eigentlich los ist. Frau H brachte immer wieder ein, dass sie „ihre Vergangenheit aufarbeiten“ wolle. Ich hätte eher die Arbeit mit der Gegenwart vorgesehen. Wir begannen dann, ein Genogramm aufzuzeichnen. Durch das Aufzeichnen wurde deutlich, dass Frau H viele Trennungen und instabile Beziehungen erlebt hatte. Ihr Vater, den sie sehr gern hatte, war als Lastwagenfahrer oft unterwegs und ging während seiner Fahrten nach Osteuropa auch Beziehungen zu anderen Frauen ein, aus einer ging ein Kind hervor. Jetzt lebt er mit einer Frau zusammen, die ein Kind aus einer früheren Beziehung hat. Hier übernahm Hs Vater eine Vaterrolle, während er die eigene Tochter H vernachlässigte. Die Mutter von Frau H heiratete nochmals, der Stiefvater war sehr streng zu Frau H, sodass sie keine tragende Beziehung zu ihm aufbauen konnte. Frau H begann, Drogen zu nehmen, konnte sich aber nach einem stationären Therapieaufenthalt wieder stabilisieren. Sie lernte einen Mann kennen, aus der Beziehung ging ein Sohn hervor. Sie hatten die Hoffnung, dass sich alles zum Guten entwickeln würde, doch klappte es nicht und Frau H begann zu trinken. Daraufhin wurde ihr der Sohn weggenommen und in die Pflegefamilie ihrer Tante gegeben. Frau H ging es daraufhin immer schlechter. Ich fragte mich, was es Frau H „bringt“, dass sie immer krank ist. Im Gespräch kamen wir darauf, dass sich Frau H möglicherweise gar nicht in der Lage sieht, sich um ihren Sohn zu kümmern, und dass die Krankheit sie von Schuldgefühlen entlastet. Das erste Mal, seit wir zusammenarbeiteten, ging es Frau H sehr nahe, dass sie sich nicht um ihren Sohn kümmern kann. Sie hat den Eindruck, ihre Geschichte wiederhole sich. Denn sie konnte nicht bei ihrem Vater sein wie auch ihr Sohn nun nicht bei ihr sein kann. Sie kann sich nicht um ihr Kind kümmern – und genau diese Situation wollte sie ja gerade nicht. Dieser Zusammenhang wurde durch das Genogramm deutlich.

Wenn Klienten/-innen ihr Genogramm selber zeichnen, werden dadurch weitere hilfreiche Aspekte sichtbar, die sich nicht ergeben hätten, wenn die Therapierenden das Genogramm erstellen. Ein empfehlenswertes Buch für die Arbeit mit Genogramm ist die „Einführung in die Genogrammarbeit“ des deutschen Soziologen Bruno Hildenbrand. Mit der Genogrammarbeit kann sowohl zu Therapiebeginn oder erst im Laufe der Behandlung begonnen werden – beide Zeitpunkte sind sinnvoll.

Ego States

Das unten stehende Bild hat Beat Fritschi, ein Klient, für die Kunstausstellung Kaserne 2011⁴ gemalt. Es zeigt viele Köpfe im Kopf, die als Sinnbild für die verschiedenen Ego States oder Ich-Anteile, die wir in uns tragen, verstanden werden können.



Beat Fritschi © Bild auf der Einladung zur Kunstausstellung Kaserne 2011

Ego-States, die auch „Selbstanteile“, „innere Familie“ oder „inneres Team“ genannt werden, sind nur *ein* Beispiel für verschiedene Teilemodelle. Vom 24.-27. November 2011 fand in Heidelberg eine Teile-Therapie-Tagung und der 4. Weltkongress für Ego-State-Therapie statt.

Inneres Team – wenn Erlebnisnetzwerke aktiviert werden

Die „Ego State Therapy“ wurde von den US-Amerikanern John und Helen Watkins in den 80er Jahren – ausgehend von der Trauma-Therapie – entwickelt und zu einer umfassenden Ego State Therapie-Grundlage weiterentwickelt. Unter „Ich-Anteilen“ versteht man einzelne Aspekte der Persönlichkeit, des eigenen Selbst. Diese Ich-Anteile sind nicht jedem Menschen gleich präsent, aber jeder Mensch kennt Situationen, in denen er andere Ich-Zustände erlebt (Situationen der Wut, der Ohnmacht oder des Glücks, der Kompetenz). Diese Zustände werden auch „inneres Team“ genannt. Ein gesunder, nicht traumatisierter Mensch kennt und nutzt erfahrungsgemäss etwa 5–15 solche Ich-Zustände. Sie sind bewusst und werden vom Ich mehr oder weniger gelenkt. Zur Art der Steuerung oder Kooperation gibt es verschiedene

⁴ www.stadt-zuerich.ch/content/sd/de/index/ueber_das_departement/medien/medienmitteilungen_aktuell/2011/september/110906a.html

Ansätze: Bestimmte Modelle z.B. die "innere Familie" nach Richard C. Schwartz gehen von einem Zentrum aus, das diese Ich-Zustände steuert, während andere Modelle z.B. der Ego States-Ansatz, wie er von Kai Fritzsche beschrieben wird, keine zentrale Steuerung annimmt. Die Ich-Anteile entstehen im Rahmen der Entwicklung während der Kindheit und im Verlauf des Lebens. Sie sind Erlebnisnetzwerke, die in verschiedenen Kontexten aktiv werden. Die Ich-Anteile können mehr oder weniger klar benannt werden.

Das innere Team von Herrn T – milieukompetent, ängstlich, liebevoll

Herr T kam zu mir in Behandlung. Ich erlebte Herrn T als schwer fassbar, er berichtete widersprüchlich und wechselte überraschend die Gesprächsthemen. Ich schlug Herrn T vor, seine Situation mit Hilfe des Modells der Ego States zu betrachten. Dabei kristallisierte Herr T folgende Ich-Anteile heraus. Sowohl für Herrn T als auch für mich war es eindrücklich, die verschiedenen Anteile nebeneinander zu sehen:

- Der Angepasste: Anteile, die gut im Alltag, in der Gesellschaft und in der Therapie funktionieren; Herr T ist sehr umgänglich und freundlich, sodass man sich gar nicht richtig vorstellen kann, dass er sich auf der Gasse kriminell betätigt.
- Der Harry Hasler⁵: Der Klient fällt zwischendurch in einen anderen Ich-Zustand und bezeichnet dies als "jetzt kommt wieder Harry Hasler". Eine Person, die sich im Milieu bewegt und Drogen konsumiert.
- Der schlaue Fuchs: In der Rolle des schlaunen Fuchses genoss Herr T das "Spiel mit Polizei".
- Der Ängstliche: Immer wieder tauchte ein ängstlicher Anteil auf, denn Herr T hatte Hepatitis C mit starken Leberschäden und hatte auch immer wieder Angst vor dem Tod.
- Der kompetente Arbeiter: Herr T konnte gut handwerklich arbeiten.
- Der liebevolle Vater: In Phasen, in denen er kleine Kinder hatte, verkehrte er nicht mehr im Milieu und konnte seinen Kindern ein liebevoller Vater sein.

Wichtige Anteile im Zusammenhang mit der Herkunftsfamilie

Anteile, die im Zusammenhang mit der Herkunftsfamilie eine wichtige Rolle spielen, tauchen in der Gegenwart immer wieder auf:

- Verletzte oder ohnmächtige kindliche Anteile im Sinne einer Altersregression in schwierigen, verletzenden Situationen, oft im Zusammenhang mit Sucht. Der Konsum kann den Betroffenen helfen, der unangenehmen Gefühlslage (ohnmächtig, wehrlos) zumindest zeitweise zu entfliehen. Wenn man Klienten/-innen fragt, wie sie sich vor dem Konsum gefühlt haben, sind Gefüh-

⁵ Der Schweizer Autor und Kabarettist Victor Giacobbo prägte die Kunstfigur Harry Hasler, einen Prototyp des angeberischen Zuhälters.

le des Verletztseins und der Ohnmacht – so meine Erfahrung – oft ein relevanter Ich-Anteil, der identifiziert werden kann. Für die Betroffenen selber kann dieses Modell zum Verständnis der eigenen Situation beitragen: Was passiert, bevor ich in den Konsum hineinrutsche?

- Innere Stimmen, die kritisieren, verletzen oder auch unterstützen, ermutigen. Diese inneren Stimmen können oft bestimmten Erwachsenen der Herkunftsfamilie zugeordnet werden.
- Es gibt auch kräftige, kämpferische Anteile, die in der Suchttherapie den geschwächten Anteilen beistehen können. Diese ressourcenvollen Ansätze kann man in der Therapie nutzen.

Arbeit mit inneren Systemen – Stärkung von Selbstvertrauen und Lösungszuversicht

In der Arbeit mit den inneren Systemen werden einzelne Ich-Anteile identifiziert und „miteinander ins Gespräch“ gebracht. Dies hat das Ziel, Polarisierungen aufzulösen. Gerade wenn eine Person zwei sehr gegensätzliche Anteile erlebt, sind das oft sehr spannungsreiche, schwierig auszuhaltende Situationen. Einer meiner Klienten erzählte mir, dass er sich im Arbeitsprozess einerseits wie ein kompetenter Manager fühlt, der alles im Griff hat, andererseits taucht aber immer wieder ein anderer Anteil auf, mit dem er sich wie ein „hilfloses Kuscheltier“ fühlt und in seiner Arbeit blockiert ist. Wenn während der Arbeit plötzlich dieser hilflose Ich-Anteil auftaucht, gerät der Klient in eine Stresssituation. Diese Anteile sind nicht per se schlecht oder gut, sondern verkörpern verschiedene Seiten, die idealerweise im richtigen Kontext aktiviert werden. Mit Hilfe verschiedener Methoden können Klienten/-innen Kontakt zu ihren Ego States aufnehmen, so z.B. über Symbole, Zeichnungen, Figuren aufstellen, Musik, Arbeit mit „leeren Stühlen“ (Kai Fritzsche) etc.

In der Arbeit mit Süchtigen gehen wir auch der Frage nach, welche Ich-Anteile *alternative* Verhaltensweisen (Ausnahmen von der Suchtlösung) ermöglichen. Welche Anteile helfen dem Klienten, der Klientin in Situationen des Konsumverlangens? Wenn der Betroffene sieht, dass er oder sie nicht nur süchtige Anteile in sich trägt bzw. nicht als ganzer Mensch süchtig ist, sondern auch über ressourcenvolle Ich-Anteile verfügt, führt dies zu mehr Selbstvertrauen und Lösungszuversicht. Imaginationen und Hypnoseansätze können diesen Prozess unterstützen.

„Therapie verinnerlichter Bezugspersonen“ – Auflösung negativer Zuschreibungen

Am Heidelberger Kongress 2011 stellte der Psychologe und Psychotherapeut Ortwin Meiss die sogenannte „Therapie verinnerlichter Bezugspersonen“ vor. Innere destruktive Dialoge werden oft unkontrolliert und automatisch in bestimmten Situationen aktiviert und sind Auslöser unangenehmer Gefühle, die den Zugang zu eigenen Ressourcen und Fähigkeiten verhindern. Oft sind dies internalisierte Aussagen ehemals wichtiger Bezugspersonen, welche der Betroffene von aussen nach innen gebracht hat. Meiss stellte eine Methode vor, wie diese inneren Bezugspersonen identifiziert und gewandelt werden können. In seiner Therapie versetzt Meiss die Klienten/-innen in Trance und fokussiert auf den destruktiven innerlichen

Dialog. Er stellte das Beispiel einer Frau vor, die beruflich Kurse leitete und sich in den Veranstaltungen immer wieder aufgeschmissen fühlte. Im Trancezustand soll die innere Stimme der Betroffenen im Raum lokalisiert werden, meist scheint die Stimme von oben herab zu kommen und repräsentiert mehrheitlich einen Elternanteil. In einem nächsten Schritt versuchte Meiss, die Stimme zu identifizieren und die negativen Zuschreibungen aufzulösen.

Bei der Auflösung von negativen Zuschreibungen sind folgende Voraussetzungen und Fragestellungen hilfreich:

- Die Klienten/-innen sollen in ihrer Not verstanden, gewürdigt und begleitet werden.
- Welches ist das Problem der Bezugsperson, was sagt sie damit über sich selbst aus?
- Warum sagt sie das und was will sie damit erreichen? Z.B. das Kind als Sündenbock für eigene Unzulänglichkeiten? Verantwortung abschieben? Das Kind über Schuldgefühle an sich binden?
- Was sagt die Bezugsperson eigentlich? Umformulierung verdeckter Botschaften der Bezugsperson

Eine „Therapie verinnerlichter Bezugspersonen“ kann nur durchgeführt werden, wenn keine Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen vorliegen.

- Die Klientin führt sich die Bezugsperson vor Augen.
- Sie versucht, das Kind zu sehen, das die Bezugsperson einst war.
- Die Lebenssituation des Kindes sehen und sich in das Kind einfühlen
- Was braucht dieses Kind, um sich besser zu fühlen und normal aufwachsen zu können?
- Wenn es das erhalten hat (optimale Bedingungen), was ändert sich dann? Und wie fühlt sich das an?
- Wenn die Bezugsperson das erhalten hat und älter wird, welche Erfahrungen macht sie dann?
- Wenn die Bezugsperson dann erwachsen ist und selber wieder Kinder hat, wie geht sie mit ihnen um? Was vermittelt sie ihnen?
- Wenn man selbst Kind dieser Bezugsperson ist, wie geht es einem dabei? Welche Erfahrungen würde man unter diesen anderen Umständen machen?
- Was würde einem diese Bezugsperson nun in Situationen, die vorher kritisch waren, vermitteln?
- Aus dieser fantasierten anderen Bezugsperson kann der Klient, die Klientin eine Begleitung etablieren.

3. Arbeit mit der „äusseren Familie“

In der Regel ist es sehr sinnvoll, die Herkunftsfamilie und überhaupt die wichtigen Angehörigen in die Behandlung mit einzubeziehen, da das Suchtgeschehen häufig vielschichtig mit der Herkunftsfamilie verwoben ist und weil oft alle Betroffenen darunter leiden. Die stationäre Therapie bietet dafür einen geeigneten Rahmen.

Stigmatisierung von Angehörigen süchtiger Menschen und die Schuldfrage

Eltern und Geschwister abhängiger Menschen haben oft eine lange Leidensgeschichte voller Hoffnungen und Enttäuschungen hinter sich, die mit psychischen und körperlichen Problemen einhergehen können. Viele pendeln zwischen Schuldgefühlen, Mitleid, Wut, Verzweiflung und Ablehnung. In Abb. 3 ist eine Reihe von möglichen Bewältigungsstrategien Angehöriger, die sich aus verschiedenen Studien ergeben haben, beschrieben. Angehörige können sich aus der Situation zurückziehen, sie können standhaft bleiben oder sie können resignieren und die Situation erdulden.

Abb. 3: Hauptpositionen und Bewältigungsstrategien von Angehörigen suchtmittelabhängiger Personen



Viele Angehörige haben schlechte Erfahrungen mit professionellen Helfer/-innen gemacht. Konzepte wie dasjenige der Co-Abhängigkeit führten dazu, dass Angehörige selber als abhängig, selbstunsicher, krank oder als Komplizenhaft mit der süchtigen Person verbunden oder als schuldig taxiert und dementsprechend behandelt wurden (Uhl & Puhm, 2007).

Oft fühlen sich Angehörige auch ohne äussere Schuldzuweisung schuldig und glauben, Fehler gemacht zu haben. Einige Angehörige sind tatsächlich Mitverursacher/-innen des Leidens, die

zur Suchtlösung führten (Missbrauch, eigenes Unvermögen, Krankheit). Eine wichtige Frage, die bei den betroffenen Familien immer auftaucht, lautet: Wer ist schuld?

Im Zusammenhang mit der Schuldfrage können mit der Familie folgende Aspekte näher betrachtet werden. Je nach Erklärung ergeben sich mehr oder weniger Schuldgefühle oder Schuldzuweisungen:

- Wie wird mit der Sucht eines Familienmitglieds in der Familie umgegangen?
- Welche Erklärungen hat die Familie zur Suchtentstehung, Suchtverursachung?
 - Ist die Sucht erworben durch Krankheit, Unfall, Belastung? Wie ist die Krankheit entstanden?
 - Sucht als Auswirkung einer familiären Belastung früherer Generationen? Was ist wann in der Familie geschehen?
 - Ist die Sucht selbstverschuldet durch Leichtsinn oder um sich anzupassen?

Die Klärung oder Umformulierung solcher Fragen bringt immer Entlastung in der Herkunftsfamilie. Neue Sichtweisen oder Ansätze werden möglich. Die Angehörigen können ...

- Betroffene besser unterstützen
- nicht-zieldienliches Verhalten wie Vorwürfe, Druck ändern, indem sie ihre Aussagen anders formulieren
- Wiedergutmachungen anbieten (Entschuldigung, Entschädigung)

Wichtig ist auch, dass Therapierende ihre eigene Haltung klären:

- Welche Ideen und Konzepte vertreten Therapierende?
- Wie gehen Sie damit um?

Wozu die Herkunftsfamilie einbeziehen?

Die Herkunftsfamilie kann in den therapeutischen Prozess einbezogen werden...

- um die oft wenigen noch vorhandenen Beziehungen zu stärken
- um die Ressourcen dieser Beziehungen zu nutzen
- um Beziehungen zu klären und Konflikte zu bearbeiten
- um das Beziehungsgeflecht der Herkunftsfamilie und der Klienten/-innen neu zu verknüpfen und auf diese Weise Entwicklungen zu ermöglichen und zu festigen
- um der Gesundheit förderliche und weniger förderliche Interaktionen zusammen mit den Angehörigen zu identifizieren und zu nutzen bzw. zu meiden
- um die Herkunftsfamilie zu entlasten und sie wenn möglich als „Co-Therapeuten/-innen“ zu gewinnen
- um sie über die Abhängigkeit der Betroffenen und die komplexen Zusammenhänge aufzuklären (hilfreich ist hier das Modell der inneren Ich-Anteile zum besseren Verständnis)
- allenfalls um Ablösungsprozesse nachzuholen

Wann einbeziehen, wann nicht?

Die Arbeit mit der real vorhandenen Familie hängt stark von deren Verfügbarkeit, deren Offenheit, über die Thematik zu sprechen und sich einzulassen, aber auch von deren Beteiligung an der Suchtgeschichte ab. Eine abwehrende Haltung („Mit mir hat das Ganze nichts zu tun“) ist menschlich und hängt auch mit der Angst der Angehörigen zusammen.

Worauf soll bei der Zusammenarbeit geachtet werden?

In der Zusammenarbeit mit der Herkunftsfamilie ist es wichtig, als Therapierende auf folgende Punkte zu achten...

- auf einen respektvollen Umgang
- auf die Würdigung der (nicht immer erfolgreichen) Lösungsversuche der Angehörigen und der positiven Anteile der Beziehungen
- auf die Würdigung des Leidens aller Betroffenen
- auf die Würdigung von Engagement und Kampf um die Beziehung und um die Gesundheit der Klienten/-innen
- keine Schuldzuweisungen und Abwertungen

Arbeit mit Ego States-Modellen

Gerade auch in der Arbeit mit Angehörigen finde ich diese Modelle sehr hilfreich. Wenn man der Familie darlegen kann, dass der Betroffene über einen Ich-Anteil verfügt, der süchtiges Verhalten als Lösungsversuch für berechtigte, anerkennungswürdige Bedürfnisse einsetzt, dass der Betroffene aber auch über eine ganze Reihe anderer Ich-Anteile verfügt, die positiv besetzt sind und als Ressourcen genutzt werden können, dann ist das für die Herkunftsfamilie sehr entlastend. Sie werden milder und zugänglicher, weil sie sehen, dass sie in der Erziehung vieles richtig gemacht haben, weil beim Klienten, bei der Klientin auch viele positive Ich-Anteile vorhanden sind.

Grenzen professioneller Hilfe

Unter gewissen Umständen stösst professionelle Hilfe an ihre Grenzen. Hier ist es wichtig, dass Therapierende eine eigene therapeutische Haltung im Sinne von Demut finden und sich von Allmachtsphantasien verabschieden (Aussage von Heiner Krabbe, im Rahmen einer Weiterbildung im IEF). Oft kann man als Therapeut, als Therapeutin nicht viel ausrichten, auch wenn man es noch so möchte. Manchmal besteht auch – vonseiten der Betroffenen und der Angehörigen – ein unbewusstes Interesse daran, dass die Suchtlösung erhalten bleibt. Möglicherweise weil die Situation ohne Sucht noch unerträglicher wäre (oder als unerträglicher befürchtet wird) oder weil ohne Sucht gar nichts mehr an Beziehung zurückbliebe, weil in der Auseinandersetzung rund um die Sucht viel des Beziehungsgeschehens abgehandelt wird.

Ich möchte mit einem Zitat des buddhistischen Mönchs Thich Nhat Hanh aus seinem Buch „Versöhnung mit dem inneren Kind“ schliessen:

„Wir sind die Fortführung unzähliger Generationen im Lebensstrom. Vielleicht konnten unsere Eltern uns nicht wertschätzen, doch unsere Grosseltern und Vorfahren wollten, dass es uns gibt. Sie wollten immer, dass wir ihnen nachfolgen. Mit einem solchen Wissen werden wir nicht mehr so sehr unter dem Verhalten unserer Eltern leiden. Manchmal sind unsere Eltern voller Liebe, manchmal voller Wut. Diese Liebe und diese Wut kommen nicht nur von ihnen, sondern von allen vorangegangenen Generationen. Erkennen wir das, machen wir unsere Eltern nicht länger verantwortlich für unser Leiden.“ (S. 31)

Literaturhinweise:

FRITZSCHE Kai & HARTMAN Woltemade. 2010. Einführung in die Ego-State-Therapie. Heidelberg: Carl Auer Verlag.

HILDENBRAND Bruno. 2011. Einführung in die Genogrammarbeit. 3. und überarb. Auflage. Heidelberg: Carl Auer Compact.

HOLMES Tom & HOLMES Lauri. 2010. Reise in die Innenwelt. Der Selbsterfahrungs-Guide in Bildern. München: Kösel-Verlag.

KARASON Einar. 1997. Die Teufelsinsel. München: btb.

KLÄUSLER-SENN Charlotte & STOHLER Rudolf. 2012. Angehörige und Sucht: Zeit für einen Perspektivenwechsel. In: SuchtMagazin1/2012.

MEISS Ortwin. 2011. Therapie verinnerlichter Bezugspersonen. Workshop anlässlich der Teile-Therapie-Tagung vom 23.-27. Nov. 2011 in Heidelberg. Auf CDs und DVD. www.mei-hamburg.de

REDDEMANN Luise. 2001. Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

SCHMIDT Gunther. 2004. Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

SCHWARZ Richard C. 2007. Systemische Therapie mit der inneren Familie. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag.

THICH NHAT HANH. 2011. Versöhnung mit dem inneren Kind. Von der heilenden Kraft der Achtsamkeit. München: O.W.Barth, Verlagsgruppe Droemer Knauer.

UHL Alfred & PUHM Alexandra. 2007. Co-Abhängigkeit – ein hilfreiches Konzept? In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Jg 30, Nr. 2/3, S. 13-20.
www.api.or.at/sp/download/wz_30_2007_23_03_uhl.pdf

WATKINS John G & WATKINS Helen H. 2012. Ego-States. Theorie und Therapie. Ein Handbuch. Dritte unveränderte Auflage. Heidelberg: Carl Auer Verlag.

3 „Katertag“ – szenische Lesung

David Berger, freischaffender Schauspieler

David Berger liest verschiedene Auszüge aus dem Roman „Katertag“ von Regina Dürig. Mit ihrem Debüt *Katertag* gewann die junge Autorin den Deutschen Jugendliteraturpreis 2012. Das Buch ist ein Brief des Teenagers Nico an seinen alkoholkranken Vater, der in der Klinik in Behandlung ist.

„Falls du den Brief bekommst, solltest du wahrscheinlich die Ärzte fragen, ob das okay für dich ist. Denn ich werde alles aufschreiben. Ansonsten bringt es gar nichts. Ich werde alles aufschreiben, immer weiter, ohne später irgendetwas zu streichen. Ich werde alles genauso aufschreiben, wie es passiert ist. ‚13 – Happy Birt‘ hattest du am Abend vor Sasas (Schwester) Geburtstag mit Schokoguss auf den Kuchen geschrieben. ‚hday‘ hatte nicht mehr hingepasst, weil deine Buchstaben zu gross und krakelig gewesen sind. Mim (Mutter) hatte noch vorgeschlagen, wenigstens ein d aus dem t zu machen, aber das hat dich so aufgeregt, dass du den Kuchen auf den Tisch geknallt hast und irgendwo hingefahren bist. Das ist im März gewesen, es ist also noch nicht einmal vier Monate her. Ich weiss auch nicht so genau, warum ich damit anfangen – es ist mir einfach als Erstes eingefallen. Vielleicht, weil ich damals gedacht habe: Das ist das Ende. Das muss das Ende sein.“ (S. 12)

DÜRIG Regina. 2011. *Katertag*. Oder: Was sagt der Knopf bei Nacht? Hamburg: Chicken House im Carlssen Verlag.

4 Einbezug von Familienangehörigen von Klienten/-innen während der stationären Suchttherapie – Erfahrungen aus der Praxis

Kurt Roth, Institut für Sozialtherapie

Die Ausführungen meiner Vorrednerin Gabriela Gnam bezogen sich hauptsächlich auf die Arbeit mit der „inneren Familie“, sodass ich mich in meinem Vortrag weitgehend auf die Arbeit unter dem realen Einbezug der Angehörigen konzentrieren kann. Ich werde dabei nicht über ein familientherapeutisches Angebot sprechen, da das Institut für Sozialtherapie keine Familientherapie anbietet. Als ich mich auf den Vortrag vorbereitete, wurde mir bewusst, wie umfassend und komplex diese Thematik ist: Die historische Entwicklung des Familienbildes; der gesellschaftliche Wandel in Bezug auf die Familie; die vielfältigen Fragen zur Migration und den unterschiedlichen kulturellen und religiösen Werten; Fragen zum Umgang mit Sucht und anderen psychischen Erkrankungen in Familien, um nur ein paar Punkte zu erwähnen.

Zum Inhalt

- Die Stiftung für Sozialtherapie
- „Die Familie“
- Familie und Sozialisation
- Aktuelle Familiensituation der Klienten/-innen im Institut für Sozialtherapie
- Unsere Grundannahmen in der Arbeit mit Klient/-innen
- Bedarfs- und Situationsanalyse
- Direktes Gespräch möglich oder nicht möglich
- Fallbeispiel

Kurze Darstellung der Stiftung für Sozialtherapie

Die Stiftung für Sozialtherapie bietet seit 1984 Behandlungen für suchtmittelabhängige Menschen an. Sie ist Trägerin von fünf Einrichtungen und verfügt über insgesamt 65 Plätze in einer Entzugsklinik, zwei stationären Therapie- sowie zwei Nachbetreuungseinrichtungen. Das Institut für Sozialtherapie hat 23 stationäre Therapieplätze. Wir arbeiten mit Einzelpersonen (ab 16 Jahre), mit Paaren und Eltern (Kinder können z.B. übers Wochenende ins Haus kommen). In den letzten Jahren zeigte sich immer deutlicher, dass Menschen mit starker Suchtmittelabhängigkeit oft stark traumatisierende Lebenserfahrungen erlitten und daraus folgend eine Traumafolgestörung entwickelt haben. In enger Zusammenarbeit mit Spezialärzten für Psychiatrie und Psychotherapie hat unser Institut ein spezielles psychotherapeutisches Angebot für diese Zielgruppe entwickelt. Das Institut für Sozialtherapie hat mit Unterstützung des BAG auch ein spezielles Angebot für Suchtkranke mit komplexen Migrationser-

fahrungen realisiert. Wir verstehen uns als eine interdisziplinäre Einrichtung mit einem integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Angebot.

(siehe www.sozialtherapie.ch/SIS_Egliswil.cfm)

„Die Familie“

Der Begriff „Familie“ löst verschiedene Bilder aus, von der Einkindfamilie über die Einelternfamilie (in diesem Zusammenhang stossen wir immer wieder auf das Thema der „abwesenden Väter“, die sich von ihrer Verantwortung zurückgezogen haben und ihre Aufgabe als „Vater“ nicht wahrnehmen), transkulturelle Familien bis hin zu Patchwork- und Grossfamilien, die v.a. bei Menschen aus anderen Kulturkreisen eine grosse Rolle spielen können. Heute wird auch die „virtuelle Familie“ (Facebook) für junge Menschen zunehmend wichtig. Die Familie ist natürlich in gesellschaftspolitischer Hinsicht als „Ort der Reproduktion“ von grosser Bedeutung (z.B. rief die UNO 1994 das internationale Jahr der Familie aus).

Die Familie und Sozialisation

Die Familie spielt in der Sozialisation der nachwachsenden Generation und damit der Weiterexistenz einer Gesellschaft die zentrale Rolle. Familie und Sozialisation im Zusammenhang mit unserer Arbeit im Institut für Sozialtherapie bedeutet ...

... nahestehende Angehörige und Partner/-innen (Eltern/Geschwister/Onkel/Tanten/ Grosseltern usw.), verheiratet oder ledig, mindestens zwei Generationen

... die Wahrnehmung der wichtigen gesellschaftlichen Aufgabe der auch – aber nicht nur – biologischen Reproduktion. Aufgrund dieser Aufgabe geniesst die Familie in den meisten Gesellschaften auch einen besonderen Schutz.

... einen Ort, wo die Sozialisation der nachkommenden Generation in die Gesellschaft und ihre Normen/Werte/ Institutionen stattfindet (=Erziehung).

... ein möglichst stabiles sozioökonomisches Umfeld für den heranwachsenden Menschen als zentrale Aufgabe der Familie. Wenn das aus welchen Gründen auch nicht immer der Fall ist, kann es zu mehr oder weniger problematischen Entwicklungsverläufen kommen, in die gesellschaftliche Institutionen eingreifen müssen (z.B. Kinderschutzmassnahmen).

Der Heranwachsende integriert sich im Laufe der Sozialisation in die Gruppe der Gleichaltrigen (Peers/Freunde) und dann in die Erwachsenenwelt (Berufswelt/Selbstständigkeit). Vor allem der Übergang vom Kind zum Erwachsenen (Pubertät, Adoleszenz) ist sehr sensibel und häufig auch die Phase, in der eine Suchtentwicklung beginnt. Auch aus neuropsychologischer Sicht ist diese Übergangsphase von Bedeutung, da sich das jugendliche Hirn in einem tiefgreifenden neuronalen Umbau befindet (z.B. Impulssteuerung).

Pubertät ist das Alter, in dem die Auseinandersetzung mit der Erwachsenenwelt zunehmend stattfindet. Ziel dieser Auseinandersetzung ist eine möglichst gelungene Integration in die Erwachsenenwelt, und dies beinhaltet meistens auch das Ausprobieren von verschiedenen legalen und illegalen Drogen, die es so gibt. In der Regel verläuft dieses Ausprobieren harmlos, und der Jugendliche/junge Erwachsene findet einen Weg, wie er mit Alkohol, Tabak, Cannabis etc. umgehen will, was für ihn akzeptabel ist, um seine Gesundheit, seine Ausbildung, seine Beziehungen nicht zu gefährden. Aber natürlich kann es, wie wir wissen, auch zu problematischen bis pathologischen Entwicklungen kommen. (siehe z.B. die Monitoringberichte von ‚Sucht Schweiz‘ www.suchtschweiz.ch).

Aktuelle Familiensituation der Klienten/-innen im Institut für Sozialtherapie

Die kurze Betrachtung der aktuellen Familiensituation von 19 Klienten/-innen im Institut für Sozialtherapie zeichnet folgendes Bild:

12 Personen mit einem sog. Broken Home-Hintergrund: Eltern geschieden, z.T. ein Elternteil bereits verstorben oder ein leiblicher Elternteil oder beide Eltern unbekannt (Adoption), oft auch Patchwork-Familien mit Halb- und Stiefgeschwistern

8 Personen mit Migrationshintergrund (selber zugewandert/ 1. Generation oder zugewanderte Eltern/ 2. Generation)

5 Personen mit einem verstorbenen Elternteil

3 Personen Einzelkinder

4 Personen mit eigenen Kindern

Unsere Grundannahmen

In der Arbeit im Institut für Sozialtherapie gehen wir von folgenden Grundannahmen aus:

- Den Einbezug von Angehörigen/Partner/-innen während der Therapie halten wir in der Regel für wichtig, wertvoll und stabilisierend. Wenn Klienten/-innen über kein gutes soziales Netz verfügen – und dazu gehört auch die Familie –, ist dies ein belastender Faktor. Denn ein gutes soziales Netz ist ein protektiver Faktor im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Einsamkeit und soziale Isolation dagegen sind ein hoher Risikofaktor und können krank machen. In unseren Einrichtungen behandeln wir oft Menschen, die nicht über ein tragendes soziales Netz, sondern nur über ein mangelhaftes oder stark belastetes soziales Netz verfügen. Dies kann auch bedeuten, dass es eben nicht möglich oder sinnvoll ist, Familienangehörige einzubeziehen. Beispiele dafür sind, wenn die Familie gar nicht mehr in der Schweiz lebt, wenn jemand nur über „Gassenfreundschaften“ verfügt, wenn die Beziehungen zur Familie zu belastet sind, etwa bei sexuellem Missbrauch etc.

- Als Einrichtung sind wir nicht neutral, sondern sind Partei für die Klienten/-innen, die bei uns in Therapie sind. Dies bedingt eine gute und transparente Rollen- und Auftragsklärung gegenüber den Betroffenen und den Angehörigen. Das bedeutet auch, dass wir in erster Linie die Interessen des Klienten/der Klientin vertreten.
- Wir stützen uns betreffend Informationen zur Familie auf die Aussagen und damit auf die Sichtweise der Klienten/-innen. Die Sichtweise resp. die Aussagen sind natürlich einseitig und stimmen vielleicht nicht mit der Sichtweise der Eltern oder der Geschwister überein.
- Wir bieten keine Familientherapie an. Falls sich eine Familientherapie als sinnvoll erweisen sollte, können wir an entsprechende Stellen weitervermitteln.

Bedarfs- und Situationsanalyse

Wenn es möglich und sinnvoll ist, nahestehende Angehörige und/oder Partner/-innen in die Therapie einzubeziehen, erstellen wir zuerst eine Bedarfs- und Situationsanalyse. Wir stellen folgende Fragen an die Klienten/-innen:

- Wie ist der Informationsbedarf zur Therapie und den Therapieregeln, welche Vorstellungen haben die Angehörigen bezüglich der Therapie, bezüglich der Suchterkrankung?
- Welche Stärken/Ressourcen gibt es in der Familie?
- Gibt es Leidensdruck in der Familie bezüglich der Suchterkrankung des betreffenden Klienten/der Klientin, gibt es Scham- oder Schuldgefühle, wie gross ist/war die Belastung für die Angehörigen?
- Gibt es Tabus, Ungeklärtes, Vorwürfe, Spannungsfelder, über die gesprochen werden sollte?
- Welches sind die gegenseitigen Erwartungen, was soll sich in der Therapie verändern?
- Weitere wichtige Themen?

Wir explorieren auch, wie die Familie bzw. das soziale Netz des Klienten/der Klientin heute aussieht, aber auch, wie es einmal ausgesehen hat und wie der/die Betreffende es erlebt hat (Biographiearbeit). Bei all diesen Punkten ist wichtig, die Sicht- und Erlebensweise des Klienten/der Klientin zu respektieren und keine voreiligen Wertungen vorzunehmen und/oder zu zeigen. Dieses Nichtwerten ist von Bedeutung, weil eine unbedachte Wertung oder Problematisierung rasch dazu führen kann, dass die Familie geschützt wird und dass Sachverhalte/Vorkommnisse im Zusammenhang mit der Familie nicht mehr ausgesprochen werden (Scham-, Schuldgefühle etc.). Das ist für den Therapeuten, die Therapeutin nicht immer ganz einfach, denn man kann von der persönlichen, vielleicht schlimmen Geschichte eines Klienten/ einer Klientin durchaus sehr betroffen sein.

Zu berücksichtigen sind natürlich auch das Alter und ein allfälliger Migrationshintergrund⁶ der Klienten/-innen. Je nachdem, ob jemand 17, 30 oder 45 Jahre alt ist, hat die Familie eine andere Bedeutung. Auch ist der Stellenwert der Familie in anderen Kulturen ein anderer als bei uns, da wir in einer stark individualisierten Kultur leben.

Klienten/-innen mit eigenen Kindern

Wie oben bereits erwähnt, haben wir auch immer wieder Betroffene in der Therapie, die bereits eigene Kinder haben. Die Rolle und Aufgabe als Vater und Mutter und die gegenwärtige und zukünftige Gestaltung der Beziehung zum Kind und zu den weiteren Bezugspersonen des Kindes muss natürlich in der Therapie ausführlich Thema sein. In meinem Vortrag liegt aber der Schwerpunkt auf der Herkunftsfamilie, weshalb ich hier nicht weiter auf dieses Thema eingehe.

Direktes Gespräch möglich oder nicht möglich

Bei der Vorbereitung eines Gespräches mit den Angehörigen achten wir auf folgende Punkte:

- Einverständnis herstellen: Wollen alle Beteiligten das Gespräch? Wir würden kein Gespräch verlangen oder durchzusetzen versuchen, wenn die Beteiligten dies nicht wünschen. Wir versuchen vielleicht zu motivieren, aber wir respektieren die Entscheidung des Klienten/ der Klientin (oder natürlich auch von Familienangehörigen).
- Wer von der Familie ist bei dem Gespräch dabei? Nur ein Elternteil oder beide, mit oder ohne Geschwister?
- Wer lädt wie ein, wo findet das Gespräch statt? Laden wir als Institution ein (dadurch wird ein anderes Signal gesendet) oder lädt der Klient/ die Klientin selber ein? Hier gibt es keinen Königsweg: Das geeignete Vorgehen wird mit dem Klienten/ der Klientin erarbeitet und vereinbart.
- Wer von uns (Einrichtung) ist beim Gespräch dabei? In der Regel nimmt der fallführende Therapeut, die fallführende Therapeutin teil. In gewissen Fällen kann es sinnvoll sein, dass noch eine weitere Person der Einrichtung beigezogen wird, die die Moderation übernimmt, sodass der Therapeut den Klienten besser unterstützen kann und nicht in einen Rollenkonflikt (Moderation – Partei) gerät.
- Wer von extern ist dabei? Beispielsweise können Übersetzer beigezogen werden, wenn Familienangehörige kein oder nur ungenügend deutsch verstehen und sprechen und weil es ungünstig ist, wenn der Klient die Rolle des Übersetzers für die eigenen Eltern übernehmen muss. Der Einbezug eines Übersetzers ist natürlich auch eine finanzielle Frage. Wir sind der Ansicht, dass wenn wir mit Menschen mit Migrationshintergrund wirklich arbeiten möchten, eine Übersetzung in bestimmten Fällen notwendig und daher auch zu finanzieren ist.

⁶ Siehe Literaturhinweis im Anschluss des Vortrages: infodrog (Hrsg). 2009.

- Wenn Zuweiser am Gespräch teilnehmen, beispielsweise die Jugendanwaltschaft bei Gesprächen mit jungen Klienten/-innen, verändert das natürlich die ganze Situation.
- Welche Ziele sollen mit dem Gespräche/den Gesprächen erreicht werden? Sind diese Ziele auch realistisch? Teilweise müssen wir lange an diesem Punkt arbeiten, bis die Ziele geklärt und auch realistisch umsetzbar sind.
- Rollenklärung, Klärung der Grundhaltung und des Auftrags: Als Einrichtung müssen wir stets darauf achten, dass wir uns keine unangemessene Rolle zuschreiben (Stichwort Allmachtsphantasien) und dass wir gegenüber den Klienten/-innen und den weiteren Beteiligten transparent sind.

Wenn das direkte Gespräch nicht möglich ist, prüfen wir, ob es andere Formen des Kontaktes gibt: beispielsweise Briefe schreiben, telefonieren, emailen, skypen zwischen Klient/Klientin und Angehörigen oder zwischen uns und Angehörigen. Dabei ist es Teil des therapeutischen Prozesses, das der fallführende Therapeut/Therapeutin mit dem Klienten/Klientin bespricht, welche Art der Unterstützung sinnvoll ist. Grundsätzlich entscheidet die betroffene Person selber, ob sie den Brief (das Mail/das Telefon etc.) alleine oder mit unserer Hilfe schreiben möchte. Wir begleiten die Klienten/-innen dabei, in einen positiven Entwicklungs- und auch Ablösungsprozess zu treten, d.h. eigenständige Entscheide zu fällen. Die verschiedenen Kontakt- und Begegnungsformen können natürlich sowohl als auch stattfinden.

Falls mit der Herkunftsfamilie gar kein Kontakt mehr möglich ist, gibt es verschiedene Techniken im Einzel- oder Gruppentherapiesetting, sich mit seiner Familie auseinanderzusetzen. Ich verweise hier gerne auf das Referat meiner Vorrednerin Gabriela Gnam.

Fallbeispiel: Mutter und Tochter

Ausgangslage: 19-jährige Klientin, zwei deutlich jüngere Geschwister, Eltern leben getrennt, seit die Klientin 10-jährig ist. Sie lebte bis zum Eintritt in die Therapie bei der Mutter, zusammen mit ihren Geschwistern. Pubertätskrise, Schulschwänzen, keine abgeschlossene Ausbildung, Drogenkonsum. Einweisung über Jugendanwaltschaft. Der Vater lebt an einem anderen Ort mit einer neuen Familie, hält sich eher zurück.

Zielsetzung Klientin und Mutter: ist weitgehend identisch. Die Klientin will möglichst rasch die Therapie absolvieren und dann zurück zur Mutter (Familie) und in ihr angestammtes Umfeld. Die Mutter möchte ebenfalls, dass ihre Tochter möglichst rasch zurück kommt und „Alles gut wird“.

Die Zielsetzungen der Jugendanwaltschaft, die in der Einweisungsverfügung aufgeführt sind, weisen in eine andere Richtung: vorsorgliche Unterbringung; gleichzeitige Eröffnung eines Strafverfahrens vor dem Jugendgericht; Distanz von bisherigen Kollegen/-innen (ausserkantonale Platzierung); Verzicht auf den Konsum von illegalen Drogen; Auseinandersetzung mit

den Ursachen und Gründen ihres Drogenkonsums; Erlernung neuer Strategien der Problembewältigung.

Unsere Haltung: Unser Auftraggeber ist primär die Klientin. Bezüglich der Ziele der Jugendanwaltschaft nehmen wir eine neutrale Haltung ein. Natürlich muss sich die Klientin mit den Erwartungen der Jugendanwaltschaft und auch den Erwartungen der Eltern (insbesondere der Mutter) auseinandersetzen. Aus unserer Sicht sollte der therapeutische Prozess bei dieser jungen Frau, wenn er positiv verläuft, aber vor allem in Richtung Stärkung der Eigenständigkeit (Willensbildung, autonome Lebensgestaltung) zielen. Also: „Was will ich, was ist mir wichtig, welche Erwartungen kann und will ich erfüllen, welche nicht etc.“ Und nicht primär: „Wie kann ich den Erwartungen der Jüga, der Mutter etc. gerecht werden“.

Im Vordergrund steht in den von uns begleiteten Gesprächen zwischen Mutter und Tochter die Klärung von vergangenen Enttäuschungen, Verstrickungen und gegenseitigen Erwartungen, Loyalitäten. Dieser Klärung musste viel Raum gelassen werden, sodass eine offener und entspanntere Beziehung zwischen Mutter und Tochter und schliesslich auch ein angemessener und eigenständiger Entwicklungsprozess für die Klientin möglich wurde.

Prozess und Resultat: Die Klientin war zwölf Monate in stationärer Therapie, während der etwa acht Gespräche mit Mutter und Tochter sowie ein Gespräch mit Vater und Tochter stattfanden (Moderation der Gespräche durch die fallführende Therapeutin). Ferner gab es vier Gespräche mit Mutter/Vater/Tochter und der Jugendanwaltschaft und uns (inkl. Eintrittsgespräch). Nach zwölf Monaten ist die Klientin in ein begleitetes Wohnen übergetreten und begann eine Ausbildung als Fachangestellte Gesundheit. Heute wohnt sie selbständig an einem neuen Ort mit ihrem Freund in einer eigenen Wohnung.

Mit diesem positiven Beispiel möchte ich meinen Vortrag abschliessen. Nochmals die aus meiner Sicht zwei wichtigsten Punkte: Der Einbezug von Angehörigen in die stationäre Suchttherapie ist – wenn er denn möglich ist – wertvoll und stützend für den betreffenden Klienten/die betreffende Klientin. Und: In jedem Fall muss der Einbezug von Angehörigen individuell genau angeschaut, sorgfältig geplant und durchgeführt werden.

Literaturhinweise:

HERSCHKOWITZ Norbert & CHAPMAN HERSCHKOWITZ Elionore. 2009. Das vernetzte Gehirn. Seine lebenslange Entwicklung. Bern: Verlag Hans Huber.

Infodrog (Hrsg). 2009. Migrationsgerechte Suchtarbeit. Texte von der Praxis für die Praxis. Bern: infodrog. Download: www.infodrog.ch/index.php/materialien.html

PETZOLD Hilarion, SCHLAY Peter & EBERT Wolfgang (Hrsg). 2007. Integrative Suchttherapie: Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

PINQUART Martin, SCHWARZER Gudrun & ZIMMERMANN Peter. 2011. Entwicklungspsychologie – Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe Verlag.

5 Wenn die familiäre Wirklichkeit zur Hypothek wird – Die Folgen ungünstiger Bindungserfahrung

Nicole Schmid lic.phil., Suchtbehandlung Frankental

In meinem Beitrag werde ich mich auf einen spezifischen Blickwinkel des Themas konzentrieren. Ich stimme den Ausführungen meiner Vorrednerin/ meines Vorredners zu und kann bestätigen, dass die genannten Methoden im Rahmen der Behandlung auch in unserer Einrichtung eingesetzt werden. Mein Fokus liegt auf der Problematik *nicht funktionierender* Bindungen, die in ihrer Extremform zu starker Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch führen. Die Wahl des Schwerpunktes hängt einerseits mit der psychotherapeutischen Ausrichtung unserer Einrichtung, der Suchtbehandlung Frankental in Zürich, und andererseits mit der entwickelten Spezialisierung auf „Sucht und Trauma“ zusammen. Zudem sind Bindungsstörungen eng mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Sucht verwoben, sodass uns oben genannte Phänomene in Verbindung mit chronifizierter und stark ausgeprägter Abhängigkeitsproblematik besonders häufig begegnen.

Zum Inhalt

1. Bindungen und die Auswirkungen nicht gelungener Bindungen
2. Traumatische Erfahrungen und die Folgerungen für die Arbeit mit der Familie
3. Geeignete Behandlungsansätze

1. Bindungen und die Auswirkungen nicht gelungener Bindungen

Bindung beginnt schon während der Schwangerschaft. Bereits in dieser Zeit können negative Einflüsse die Mutter-Kind-Bindung nachhaltig beeinträchtigen. Nicht selten haben unsere Klienten/-innen bereits selber Kinder und litten während der Schwangerschaft unter psychischen Problemen, nahmen Medikamente oder waren süchtig. Teilweise wurden sie während dieser Zeit auch traumatisiert (Gewalterfahrung, sexuelle Gewalt). Oder sie wurden selber unter belastenden Bedingungen geboren. Stress und – in seiner extremsten Form – traumatische Erfahrungen haben einen direkten Einfluss auf die neuroendokrine Stressachse der werdenden Mutter, was sich wiederum direkt auf die Entwicklung des Embryos (Hirnstruktur, Hormonsystem) auswirkt (z.B. Hüter 2010, Siegel 2006, Huber 2009).

Schwangerschaft und Geburt

- Welche familiären Bedingungen prägen die Schwangerschaftsphase und die Geburt?
- Ist die Mutter gesund, psychisch oder somatisch krank, ev. süchtig oder traumatisiert, nimmt sie Medikamente, freut sie sich auf das Kind?
- Ist die Mutter überhaupt in der Lage, mit dem Aufbau einer Bindung zu beginnen?
- Wie ist die Lebenssituation der Mutter (Wohnen, Alltagsgestaltung, unterstützendes Umfeld usw.)?

Vorgeburtliche Einflüsse auf die Hirnentwicklung

Über die moderne neurobiologische Forschung können die Zusammenhänge zwischen schwierigen Schwangerschaften und der Entwicklung des kindlichen Hirns immer differenzierter erfasst werden. Jegliche Form von dysstressbedingten Prozessen bei der Mutter beeinflusst die kindliche Hirnentwicklung negativ, von der Dichte der Synapsen bis zur Nutzung neuronaler Netzwerke (z.B. Grösse der Amygdala, die als Kerngebiet des Gehirns für Emotionen wie Angst und Aggression zuständig ist; Überaktivierung der HHN-Achse⁷ mit chronisch erhöhten Cortisol-Werten). Die Auswirkung verstärkt sich, wenn die Beruhigung durch die Mutter ausbleibt (Stimme, Streicheln, Bauchdeckenentspannung usw.). Der Substanzkonsum (Medikamente, Drogen) während der Schwangerschaft, der der Mutter zur Beruhigung dienen soll, hat ebenso direkte Auswirkungen wie auch traumatische Gewalterlebnisse der werdenden Mutter. Auch psychische Störungen sind mit Dysregulationen im Bereich Neurotransmitter und/oder Hormone verbunden. Wenn das Kind kein Wunschkind ist, kann es zu einem unachtsamen Umgang der Mutter mit sich und dem sich entwickelnden Kind kommen.

Perinatale Probleme

Schwere Geburtskomplikationen können sich ebenfalls negativ auswirken, sei es durch fehlende Sauerstoffversorgung, sei es im Sinne von Nahtoderfahrungen, die sich als Frühtrauma im Gedächtnis festsetzen. Ein Beispiel dazu: Erst kürzlich kam das Baby einer Klientin als Frühchen und Zwilling mit sieben Monaten zur Welt. Bei der Geburt kam es zu Problemen mit der Sauerstoffversorgung (die Nabelschnur lag ungünstig um den Hals), das Neugeborene lag danach drei Monate im Inkubator, nach sechs Monaten gab die Mutter das Baby ab, da sie wieder arbeiten wollte. Bis zum Alter von 10 Jahren hatte das Kind etwa zwanzig verschiedene Tagesmütter. Von Geburt an wurde dieses Kind mit sehr vielen Stressoren und potentiell traumatisierenden Ereignissen konfrontiert, *ohne eine sicherheitsspendende, tröstende und beruhigende Bindungsperson* an seiner Seite zu haben. Solche Erlebnisse haben auch einen Einfluss auf die Entwicklung des Gehirns, und ohne Einbettung in ein tragendes Beziehungs-

⁷ Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse

umfeld können sich daraus unter anderem tiefe Bindungsstörungen und Defizite in der Entwicklung von wichtigen Kompetenzen ergeben.

- Perinatale Komplikationen, z.B. Sauerstoff-Versorgungsprobleme, Frühgeburt usw. können sich als traumatische (körperliche) Erinnerung „einbrennen“.
- Früheste Trennungsergebnisse in den ersten Stunden, Tagen, Wochen (z.B. Inkubator, postpartale Depression/„Wochenbettdepression“, sofortige Trennung aufgrund einer Freigabe zur Adoption) werden unbewusst „gespeichert“ („the body keeps the score“, van der Kolk, 1994).
- Entzugssymptome bei Babys Opiat konsumierender oder substituierter Mütter regen die neuroendokrine Stressachse der Säuglinge an. Die erste Erfahrung des Neugeborenen ist ein Entzug – das kann zur grossen Hypothek für die weitere Entwicklung werden.

Schwangerschaft und Geburt als Themen für die psychotherapeutische Arbeit

Bei der Anamnese soll deshalb nach diesen frühen Erfahrungen gefragt werden, wenn möglich unter Berücksichtigung fremdanamnestischer Erkenntnisse, sofern die Mutter der Klientin oder des Klienten zur Verfügung steht. Im Laufe der Behandlung kann eine entsprechende Psychoedukation über sichtbare Auswirkungen ungünstiger Schwangerschafts- und Geburtsumstände erfolgen und ein Bedeutungsraum geschaffen werden, um die eigene Entwicklung besser zu verstehen, einzuordnen bzw. zu akzeptieren (speziell bei traumatischen Erlebnissen, in deren Zusammenhang man von „semantischer Einordnung“ spricht).

Entwicklung grundlegender Kompetenzen in früher Kindheit

Die Entwicklung geistiger Fähigkeiten in den ersten Lebensjahren ist grundlegend von der Sicherheit der Bindung zu den primären Bezugspersonen abhängig. Angst und Stress beeinflussen die Bildung von neuronalen Netzwerken (neuronale Verschaltungen) negativ, sie führen gar zum Abbau von Synapsen (Hüther, 2010). In diesem Sinne – als neurobiologisches Substrat der geistigen Fähigkeiten – ist die Hirnentwicklung von einer sicheren Bindung abhängig.

Prinzipiell entwickelt sich jede relevante geistige Fähigkeit innerhalb der Interaktion mit anderen Menschen. Alle zentralen Fähigkeiten, die uns Menschen ausmachen, lernen wir durch die Kommunikation mit anderen Menschen, die uns als Modell dienen.

Als zwei zentrale Fähigkeiten möchte ich *Empathie* und *Mentalisierung* herausgreifen. Empathie ist eine zentrale Fähigkeit, die die Beziehung zu anderen Menschen steuert und die bei unserer Klientele oft unterentwickelt ist. *Empathie* und *Mentalisierung* (Theory of Mind) sind untrennbar mit der Interaktionserfahrung verbunden, da sie als Folge von Spiegelungsprozessen entstehen (Lernen am Modell) und stark von den Spiegelneuronen abhängig sind, die durch den italienischen Neurophysiologen Giacomo Rizzolatti identifiziert wurden. Voraussetzung dafür ist, dass eine Bindungsperson existiert und dass diese Person richtig spiegelt, Verhalten markiert und einen feinfühligem Zugang zum Kind herstellen kann.

Empathie und Mitgefühl bedeuten...

- die Fähigkeit zur Rekonstruktion – spontan und unwillkürlich – jener Gefühle, die man bei einem Mitmenschen wahrnimmt.
- Das Empathieempfinden geschieht durch die Aktivierung der Spiegelneuronen im Gyrus cinguli (entdeckt durch den kanadischen Physiologen William Hutchison am Beispiel von Schmerz, der anderen Personen zugefügt wird).
- „Social referencing“ beginnt im ersten Lebensjahr, d.h. Orientierung an der Bindungsperson zuerst in Mimik, Gestik und Tonlage (z.B. Orientierung am Lächeln der Mutter), später wird das kindliche Verhalten durch die Bindungsperson in Worten gespiegelt.

Die emotionale Resonanz im Sinne der Empathie (die sich zwischen dem 2. und 3. Lebensjahr entwickelt) beruht auf der Erfahrung, dass die eigene Gefühlswelt von anderen wahrgenommen, gespiegelt und verstanden wird. Aus psychotherapeutischer Sicht ist es daher wichtig, mit dem Klienten, der Klientin die Qualität der Beziehung in diesen ersten Lebensjahren näher zu betrachten: War die Feinfühligkeit der Bindungsperson vorhanden oder nicht? Lagen familiäre Belastungen wie beispielsweise eine Depression oder eine Suchterkrankung bei den Eltern oder einem Elternteil vor?

Empathie als im Erwachsenenalter zu erlernen, ist – wie Sie sicher alle wissen – ein langwieriger Prozess: Die Empathie muss über einen kognitiven Umweg erarbeitet werden, weil das dafür vorgesehene, vorbereitete, neurobiologische System nicht funktionstüchtig ist.

Mentalisierung (Theory of Mind) ...

- bezeichnet die Fähigkeit, intuitive (präreflexive) Vorstellungen über die Absichten, inneren Beweggründe, Gefühle, Bedürfnisse, Haltungen, Ideen und Erwartungen eines anderen Menschen zu entwickeln. Das ist eine wesentliche Fähigkeit für jede Art von Beziehung. Wenn es einem Kind nicht möglich war zu lernen, in den Reaktionen der Eltern zutreffende Muster abzulesen, wird es später Schwierigkeiten haben, klare Vorstellungen davon zu haben, wie andere Menschen in bestimmten Situationen reagieren werden (Verhalten kann nicht antizipiert werden).
- bezeichnet die „Fähigkeit, das eigene Verhalten oder das Verhalten anderer Menschen durch Zuschreibung mentaler Zustände zu interpretieren“ (Peter Fonagy, englischer Psychologe und Psychoanalytiker)
- Ab etwa dem vierten bis fünften Lebensjahr ist die Perspektivenübernahme möglich (Unterscheidung eigener Meinung von anderen Meinungen, Schein und Sein, mentale und physikalische Welt).

Defizite der Empathie- und Mentalisierungsfähigkeit sind häufig Substrat von psychischen Störungen, insbesondere auch von Persönlichkeitsstörungen. Letztere wiederum sind eine der häufigsten Komorbiditäten unserer Klienten/-innen. Daraus leitet sich die Notwendigkeit ab,

die Entwicklung von Empathie und Mentalisierung als zentrales Behandlungsziel zu definieren.

Bindung...

- ist ein menschliches Grundbedürfnis.
- ist überlebenswichtig.
- wird insbesondere bei Stress, Belastung, Verunsicherung und Angst aktiviert und kann durch Bindungspersonen reguliert werden.
- Das Kleinkind sucht die Balance zwischen Bindung und Exploration, wobei die Bindungsperson den „sicheren Hafen“ darstellt.
- Die Regulation erfolgt durch „feinfühliges Wahrnehmen und Handeln“ der Bindungsperson.

Bindungsstile nach Bowlby & Ainsworth

Entsprechend der Bindungstheorie des britischen Kinderarztes und Psychoanalytikers John Bowlby und der amerikanischen Entwicklungspsychologin Mary Ainsworth (Entwicklerin des „Fremde Situations-Test“ FST⁸) können vier Bindungstypen unterschieden werden:

1. *Sichere Bindung (secure attachment)*: Im FST verhalten sich Kinder freundlich gegenüber dem Fremden, manche sind durch die Abwesenheit der Mutter deutlich gestört. Bei der Wiederkehr der Mutter freuen sie sich, suchen Nähe und Kontakt zu ihr, wollen auf den Arm genommen sein, bevor sie sich neuen Spiel- und Erkundungsaktivitäten zuwenden.
 - *Sichere Bindung bei Erwachsenen*: Sicher gebundene Menschen haben eine optimale Balance zwischen Bindung und Autonomie, können offen über Gefühle sprechen, sind kompromissbereit bei Konflikten, sind selbstverantwortlich bei Belastungen und können Hilfe anfordern. Sie weisen eine sicher organisierte Bindungsrepräsentation auf, mit einer wertschätzenden Einstellung zu Beziehungen (free autonomous): Sie haben positive Erinnerungen an Bindungssituationen mit den Eltern, wo Trost und liebevolle Fürsorge erfahren wurden; sie sind in der Lage, differenzierte, kohärente Beschreibungen von Schmerz, Trennungen oder Verlusten zu geben, und weisen ein hohes Ausmass an selbstreflexiver Fähigkeit über das eigene Schicksal auf.
2. *Unsicher-vermeidende Bindung (avoidant)*: Im FST ignorieren die Kinder den Weggang der Mutter und setzen ihr Spiel fort, als wäre nichts gewesen. Sie spielen mit der Fremden oft lebhafter als mit der Mutter. Auch die Rückkehr der Mutter wird ignoriert. Die Kinder vermeiden den Blickkontakt, begrüßen sie nicht und suchen auch nicht ihre Nähe.

⁸ z.B. www.youtube.com/watch?v=QTsewNrHUUU

- *Unsicher-vermeidende Bindungsrepräsentation, mit einer abwertenden Einstellung zur Bindung (dismissing) bei Erwachsenen:* Unsicher-vermeidend gebundene Menschen favorisieren Autonomiebedürfnisse, sprechen kaum über (negative) Gefühle, passen sich den Erwartungen in einer Beziehung eher an, weisen eine emotionale Pseudo-Autonomie auf, ziehen sich bei Belastungen in sich zurück. Sie haben wenig Kindheitserinnerungen, den Bindungserfahrungen wird wenig Wert zugeschrieben; häufig idealisieren sie die Beziehung zu den Eltern, doch ohne dies mit konkreten Beispielen zu belegen, und haben gleichzeitig eine Neigung zur generellen Abwertung von Beziehungen. Dieser Bindungsstil ist unter Suchtklienten/-innen meiner Ansicht nach verbreitet. In ihrer Pseudo-Autonomie sind sie der Überzeugung, dass sie im Grunde keine Behandlung brauchen, weshalb es für Therapierende schwierig ist, einen Auftrag von ihnen zu erhalten. Im Erwachsenenalter haben diese Personen – wenn keine Korrektur geschieht – eher eine abwertende Haltung zu Bindungen. Aus psychodynamischer Sicht kommt es häufig zu narzisstischen Störungen: Bindungen werden als gefährlich eingeschätzt. Dahinter steht die Überzeugung (genährt durch reale Erfahrungen mit den primären Bindungspersonen), dass eigene Bedürfnisse von anderen weder wahrgenommen noch erfüllt werden. Folglich verzichtet man gänzlich auf die Bindung und flüchtet in eine (Pseudo)Autonomie als Gegenpol der Bindung. Das Bindungsbedürfnis bleibt weiterhin ungestillt und „schreit“ nach Beachtung. Substanzkonsum setzt hier in hilfreicher Weise ein, da die Wirkung vieler Substanzen das Gefühl von Geborgenheit auslöst – wie auch die Einbettung in ein Umfeld konsumierender Menschen, die das Gefühl der Zugehörigkeit und bedingungsloser Akzeptanz anzuregen vermögen.
3. *Unsicher-ambivalente Bindung (ambivalent):* Im FST wirken die Kinder unruhig und gestresst, wenn die Mutter den Raum verlässt. Sie lassen sie nur ungern gehen und sich von der Fremden kaum trösten. Bei der Rückkehr der Mutter begrüßen sie diese zwar und sind erleichtert, fangen aber Sekunden später an, sie zu schlagen oder zu treten. Sie sind hin- und hergerissen zwischen Freude und Verärgerung. Manche bleiben auch einfach weinend und passiv sitzen, ohne sich durch Körperkontakt zu beruhigen.
- *Unsicher-ambivalente Bindungsrepräsentation, mit einer verstrickten Einstellung (enmeshed, preoccupied) bei Erwachsenen:* Unsicher-ambivalent gebundene Menschen favorisieren Bindungsbedürfnisse vor Autonomie, klammern, weisen einen übersteigerten Gefühlsausdruck und eine starke emotionale Abhängigkeit auf, sind wenig kompromissbereit und in Belastungssituationen auf Unterstützung angewiesen; sie fallen im Gespräch durch hochdetaillierte, endlose Beziehungsbeschreibungen ohne klare Relationen und durch viele Widersprüche und inhaltliche Verstrickungen auf, die sie jedoch selber nicht

bemerken. Diese Menschen, die uns in der therapeutischen Arbeit oft begegnen, haben gelernt, dass sie Zuwendung und Beachtung durch Jammern und einen leidenden Gesichtsausdruck erhalten. Zu Beginn der Therapie sprechen diese Klienten/-innen den „Helfer-Anteil“ in jedem Therapeuten, jeder Therapeutin an, später merkt der/die Therapierende, dass man den Klienten/die Klientin kaum in die Autonomie bringt, und fragt sich, was man wohl falsch mache. Diese Klienten/-innen sind tendenziell stark und auf widersprüchliche Art und Weise mit ihrer Herkunftsfamilie verstrickt, oft mit der Mutter oder den Geschwistern.

4. *Desorganisierte Bindung (hochunsicher)*: Im FST zeigen die Kinder widersprüchliche Verhaltensmuster, als ob miteinander nicht vereinbare Verhaltenssysteme gleichzeitig aktiviert wären. Unerwartete Verhaltenssequenzen, Stereotypien, Verlangsamung oder „Einfrieren“ der Bewegung, Anzeichen von Konfusion und Furcht sind zu beobachten. Die Klassifikation gilt insbesondere, wenn dieses Verhalten auch in Anwesenheit der Eltern auftritt.
 - *Desorganisierte Bindung (hochunsicher) bei Erwachsenen*: Desorganisiert gebundene Menschen haben offensichtlich keine Strategien, um mit belastenden Situationen umzugehen, und können nicht auf die verbindliche Unterstützung der Bindungspersonen zählen. Mehr noch: Sie haben seit frühester Kindheit die Erfahrung gemacht, dass ihre Bedürfnisse nach Nähe mit Repression, Abwertung, Liebesentzug, Misshandlung und Missbrauch beantwortet werden. Das typische Bindungsmuster in Misshandlungsbeziehungen (d.h. bei der sog. Bindungstraumatisierung) ist die gleichzeitige Aktivierung zweier Systeme – das Bindungs- und das Sicherheitssystem –, welche in entgegengesetzte Richtungen verlaufen. Das Kind muss sich an *jene* Person binden, welche sie verletzt oder vernachlässigt (statt sie zu beschützen). Würde es sich schützen und in Sicherheit bringen wollen, müsste das Kind aus der Beziehung austreten, was jedoch nicht möglich ist. Angst wird zum durchgängigen Beziehungsgefühl. Dies erzeugt bei Betroffenen einen ungeheuren inneren Kampf. Kinder erlebten, dass der Vater schlägt und die Mutter nicht interveniert oder dass ein Bruder die jüngste Schwester sexuell missbraucht und der Rest der Familie nichts sagt. In den Beziehungen existiert keine Verbindlichkeit, die Betroffenen können sich an nichts orientieren und halten.

In Hinblick auf eine Familientherapie oder auf den Einbezug der Familie ist es daher wichtig, dass *zuerst die Bindungserfahrung herausgearbeitet* wird. Solange der/die Therapierende noch nicht verstanden hat, wie alles zusammenhängt, kann der Kontakt zur Herkunftsfamilie kontraproduktiv und gar gefährlich sein. In der sensiblen Therapiephase, wenn die Bedürfnisse nach und nach ins Bewusstsein gelangen, haben Suchtklienten/-innen – analog zu bedürftigen Kindern – wieder oder weiterhin die Tendenz, die Bindung zu den Eltern herzustellen.

len. Dies geschieht in der Hoffnung, endlich gehört zu werden, auch wenn sie viele Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen erlebt haben. An Beispielen im juristischen Kontext – wenn im Scheidungsfall entschieden werden muss, welchem Elternteil das Kind zugesprochen werden soll – wird ersichtlich, wie irreführend es wäre, sich bei der Beurteilung ausschliesslich auf dieses *bindungssuchende* Verhalten des Kindes zu stützen. Auch missbrauchte Kinder suchen die Bindung zum misshandelnden Elternteil.

Sucht kann die Antwort auf eine zunehmend unerträgliche Situation sein („Ich will mich binden – ich werde von der Bindungsperson verletzt“). Substanzen helfen, den innerpsychischen Konflikt abzuschwächen. Wenn Substanzen nicht ausreichen, kann es zur Entwicklung von Dissoziationen (z.B. Amnesien oder strukturelle Dissoziation in täterloyale Ich-Anteile und autonome Ich-Anteile) kommen.

Desorganierte Bindung – die Folgen

- wiederholte traumatische Erfahrungen
- (auto)aggressive Verhaltensweisen in der Kindheit
- Verzögerungen in der Entwicklung (kognitiv, emotional), Entwicklungsstörungen
- (strukturelle) Dissoziationssymptome
- mehrfache Komorbiditäten (insb. Angst, Trauma-, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen)

Desorganisierte Bindungsrepräsentation mit ungelöstem Trauma und/oder Verlust (unresolved trauma or loss):

- Desorientiertheit
- Brüche auf der Ebene des Inhalts, des Gedankenflusses, der Affektschilderung
- teilweise psychotische Sequenzen
- häufige Berichte von traumatischen Inhalten, die nicht verarbeitet wurden

Diagnostik von Bindungsverhalten

In der anamnestischen Phase zählt es sich aus, auf Bindungsaspekte zu fokussieren. Dies kann durch eine Reflektion über die therapeutische Beziehung erfolgen sowie durch die Beobachtung und Beschreibung der Beziehungsstile, wie sie innerhalb der Institution und im persönlichen und familiären Umfeld gelebt werden (z.B. wenig Bindungsverhalten, promiskuitives/undifferenziertes BV, übersteigertes BV/Klammern/Abhängigkeit, gehemmt BV, aggressives BV, Rollenkehrung/Parentifizierungen, Suchtverhalten bei Deprivation, nichtfeinfühliges Bindungserfahrung). Es besteht zudem die Möglichkeit, das Adult Attachment Interview (AAI) durchzuführen, ein halbstandardisiertes Instrument zur rückblickenden Er-

fassung von Bindungserfahrung in der Kindheit und zu aktuellen Einstellungen zu Bindung bei Erwachsenen (Interview).

Bindung – Voraussetzungen und Gestaltung der Psychotherapie

Auf der Ebene der Psychotherapie sollten unter Berücksichtigung der Bindungsproblematik folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- Der Therapeut, die Therapeutin ist eine verlässliche, sichere emotionale Basis zur Bearbeitung von Problemen; er/sie ist die sichere Beziehung, die der Klient, die Klientin nie gehabt hat. Die Schwierigkeit liegt u.a. darin, dass die Aufenthaltsdauer im stationären Setting oftmals nicht ausreicht, um diese neuen Bindungserfahrungen im genügenden Ausmass zu ermöglichen. Es bewähren sich demnach Modelle, in denen sich die psychotherapeutische Zusammenarbeit über mehrere Jahre und Settings erstreckt (wie es beispielsweise die Suchtbehandlung Frankental anbieten kann).
- flexible Handhabung von Nähe und Distanz
- empathische Spiegelung: Unsere spezielle Klientele hat Empathie zu selten erlebt und daher auch nicht erlernt. Deshalb muss diese Fähigkeit innerhalb der therapeutischen Beziehung durch Spiegelung und Übungen zur Mentalisierung und Perspektivenübernahme entwickelt werden. Dies kann beispielsweise durch folgende Fragen geschehen: „Was denkst Du, was jetzt in mir vorgeht?“ oder umgekehrt: „Ich könnte mir vorstellen, dass Du Dich nach dieser Situation so und so fühlst. Kann das sein?“ Gruppentherapeutische Angebote können hier eine grosse Hilfe sein, weil der Betroffene verschiedene Mentalisierungen (Vorstellungen) anderer Menschen hört, was ihm ermöglicht, sich mit der Zeit selber einzureihen.
- Spiegelung von Übertragungs- und Thematisierung von Gegenübertragungsphänomenen
- Wechsel von der gegenwärtigen therapeutischen Beziehung zu den familiären Beziehungen in der Kindheit, die Brücke von aktuellen Situationen zu Erfahrungen in der Vergangenheit schlagen – vergleichen, verstehen, verändern.

2. Traumatische Erfahrungen und die Folgerungen für die Arbeit mit der Familie

Bindungstraumatisierungen sind...

- schwere Formen von (emotionaler) Vernachlässigung
- verbale, körperliche, sexualisierte Gewalt durch nahe Bindungspersonen (z.B. Vater, Mutter, Bruder, Schwester, Onkel, Grossvater usw.)

In traumatisierenden Milieus widersprechen sich das Bindungs- und das Sicherheitsbedürfnis: Jener Mensch, der für Sicherheit sorgen müsste, ist die Quelle der Schmerzen und Qualen des Kindes. Um das Bindungsbedürfnis trotzdem aufrechtzuerhalten, muss das Kind „den

Anteil in sich unterdrücken, der das Böse im Elternteil entdecken könnte“ (Freyd, 1996⁹), und sich unterwerfen.

Problematische Muster in gewalttätigen Familien (Huber, 2009)

- Despotismus und Laissez-Faire: Das Familienoberhaupt hat die totale Kontrolle über das Leben der Anderen, auch über gewährte Freiheiten. Die seltenen positiven Ausnahmen (im Sinne der Gewährung bestimmter Freiheiten) werden für den Betroffenen zum Lichtblick und nähren die Hoffnung auf weitere Ausnahmen, was wiederum eine Ablösung vom Despoten erschwert.
- Schuldzuweisungen sind in destruktiven Bindungen oftmals sehr perfid: Die Schuld wird dem Kind zugeschoben (zu laut, nicht aufmerksam, zu aufreizend angezogen etc.). Das Kind übernimmt diese Zuschreibungen.
- Bestechung, Erpressung, Nötigung
- Verführung und brachiale Gewalt
- Verrat
- Opferung: Eine Mutter „opfert“ ihre Kinder, um sich selber in Sicherheit zu bringen, oder die älteste Schwester „opfert“ sich für die jüngeren Geschwister, kann sogar die Reaktion des Täters zum Schutz der Jüngeren herausfordern.
- Parentifizierung
- intergenerationelle Weitergabe

Diese Elemente erschweren es Menschen, die in einer destruktiven Beziehung leben, davon loszukommen. Die Betroffenen stehen mitten im System und können keine Beobachterperspektive einnehmen. Gleichzeitig stehen sie unter Druck und werden eingeschüchtert, falls sie das Familiengeheimnis verraten oder weggehen sollten. Die Hoffnung auf Veränderung wird auch genährt durch Umdeutungen wie beispielsweise „der Alkohol ist schuld, dass Vater schlägt“.

Folgen von Bindungstraumatisierungen

Die meisten Suchtklienten/-innen mit Bindungstraumatisierungen weisen eines oder mehrere der folgenden Symptome auf:

- erlernte Hilflosigkeit („Ich kann nichts dagegen machen, ich muss es hinnehmen“ > erlernte Hilflosigkeit kann psychotherapeutisch relativ gut bearbeitet werden), Depression
- Symptome der chronischen Traumatisierung, inkl. Borderline-Persönlichkeitsstörung BPS: 95% der Borderline-Patienten/-innen sind sexuell traumatisierte Menschen (Huber, 2009).

⁹ in HUBER & FREI. 2009. Seite 42.

- dissoziative Zustände
- strukturelle Dissoziation (Nijenhuis, Steele & van der Hart, 2008): Traumabedingte Dissoziationen bewirken die Ausbildung einer ANP („anscheinend normale“ Persönlichkeit) und mehreren EPs (emotionale Persönlichkeiten). Diese spezifischen emotionsgebundenen Ich-Anteile (emotional parts) können reaktiviert werden und bekannte Symptome wie selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche etc. auslösen.
- selbstverletzendes Verhalten
- Einsatz von psychoaktiven Substanzen zur Stressregulation und zur Unterstützung der Dissoziation/“inneren Flucht“

Fallbeispiel im Zusammenhang mit der Schwierigkeit, die Therapie zu gestalten

Eine junge Frau, 20 Jahre, Tochter süchtiger Eltern, kam bereits als methadonsüchtiges Baby zur Welt. Sie wuchs bei den Eltern auf, wobei sich die Mutter im Nebenzimmer der Wohnung prostituierte und der Vater dealte. Sie wurde später auch für Sex verkauft und musste Drogen für die Eltern organisieren. Die Schule hatte das Mädchen kaum besucht. Für sie war nur schon die Vorstellung eines regulierten, stationären Therapieaufenthaltes kaum denkbar. Trotzdem gelang es uns, ein Jahr mit der jungen Frau zusammenzuarbeiten. Auf der Ebene des Beziehungsaufbaus mussten wir sehr behutsam vorgehen, die Klientin liess nur sehr wenig Nähe zu. Sie brach die Therapie schliesslich ab und kehrte – die Mutter war inzwischen verstorben – zum Vater zurück. Die Bindung an diejenige Person, die für das Mädchen traumatisierend war, war immer noch sehr stark. In solchen Momenten fühlen wir uns als Therapierende sehr hilflos, und man spürt deutlich, dass in den ersten Lebensjahren keine Bindungsbasis gelegt wurde. Fehlt diese Basis, steht den Betroffenen viel Arbeit bevor. Therapie mit derart verletzten Menschen muss über einen langen Zeitraum geplant werden (mindestens fünf Jahre und Unterbrüche akzeptieren). Um diese Entwicklungsziele zu erreichen, haben wir in der stationären Suchttherapie viel zu wenig Zeit. Es ist demnach unser Ziel, die Bindung zum Psychotherapeuten/zur -therapeutin auch nach Abschluss der stationären Therapie im ambulanten Setting weiter zu führen.

Frage aus dem Publikum: Kann der Einbezug des Vaters überhaupt gelingen, gerade im vorgestellten Beispiel? Antwort der Referentin: Im vorliegenden Fall haben wir versucht, den immer noch drogenkonsumierenden Vater einzubinden, was uns nicht gelungen ist. Zusammen mit dem Vater und der Tochter ein gemeinsames Ziel zu erarbeiten, war unmöglich. Wir haben mit der Klientin daher hauptsächlich daran gearbeitet, dass sie sich besser vom Vater abgrenzen kann.

Aus dem Publikum: Es gibt natürlich auch unauflösbare familiäre Konflikte. Wenn beispielsweise – wie ich es erlebt habe – der Vater in der Therapieeinrichtung anruft und sagt, dass alles, was die Tochter erzähle, gelogen sei. In solchen toxischen Milieus geht es nur um den Schutz der Betroffenen, um Ablösung und Verabschiedung.

Nachtrag der Referentin zum Thema Briefe an Angehörige: Wenn geklärt ist, welches Ziel mit dem Brief an die Angehörigen verfolgt werden soll, ist es durchaus so, dass bei uns der Therapeut/die Therapeutin den Brief liest und ggf. auch zensuriert. Dies geschieht im Sinne von Gunther Schmidts „Die Bedeutung einer Botschaft bestimmt immer der Empfänger“. Die Betreuungsperson liest den Brief und schaut, was bei ihr ankommt, denn sie weiss ja, worum es im Brief gehen soll. Geht es um Ablösung, dürfen bestimmte Schlüsselsätze im Schreiben nicht vorkommen, weil sie dem Gegenüber missverständliche Signale senden und wieder alle Türen öffnen. Wenn es darum geht, eine Aussage ohne Schuldzuweisung zu deponieren, lautet der Satz: „Ich hätte als Kind dies und jenes Bedürfnis gehabt, Du konntest es aber nicht erfüllen. Für mich wäre das wichtig gewesen.“ Punkt.

Die Entwicklung von Täter-Introjekten und Täter-identifizierten Anteilen

Je früher die Gewalt beginnt, desto mehr übernehmen sog. Täterintrojekte – Gefühle, Gedanken und Verhalten des Täters werden vom Betroffenen verinnerlicht – die Funktionen von (Selbst)Kontrolle und (Selbst)Bestrafung, verbunden mit typischen und gefährlichen Reinszenierungen (Huber, 2009, 2011, S.7). Bei struktureller Dissoziation sorgen Täterintrojekte dafür, dass der Täterkontakt immer wieder aufgenommen bzw. aufrechterhalten wird. Dies ist eine zu berücksichtigende Gefahr bei Herstellen des Kontaktes zur Familie.

Selbstverletzendes Verhalten (SVV), massive Essstörungen, exzessiver Drogenkonsum und suizidale Tendenzen können aus diesem Blickwinkel dahingehend interpretiert werden, als wollte das „Täterintrojekt“ die Tat des Täters zu Ende führen. Denn der Täter nahm durch seine Handlungen zum Zeitpunkt der Traumatisierung die physische und/oder psychische Zerstörung des Opfers (bis hin zum Tod) in Kauf oder visierte diese Konsequenzen an. Gleichzeitig sind oben genannte Symptome auch selbstregulierende Strategien (im Sinne von „Stoffwechsel-Manipulationen“ auf der Ebene der Stressachse), um sich vom inneren Druck und der Angst zu entlasten. Täterintrojekte entstehen peritraumatisch (in der Akutphase) über das Spiegelneuronensystem (und „verstehen“ dadurch die Absichten des Täters). In der peritraumatischen Dissoziation werden unerträgliche emotionale Aspekte der Erlebnisse abgespalten und können von der betroffenen Person nicht mehr kontrolliert werden.

Spezialisierte Psychotherapie zur Erkennung von Täterintrojekten

Eine differenzierte Diagnostik kann helfen, Täterintrojekte zu erkennen. Zu beobachten ist, dass aufgrund der Täteridentifikation bzw. aus Loyalität zum Täter Traumatisierungen oft verschwiegen werden. Deshalb kann häufig nur durch Verhaltensbeobachtung, Symptom-erfassung und Sensibilisierung für die Entwicklung der therapeutischen Beziehung erkannt werden, inwiefern solche Introjekte vorhanden sind. Wichtig ist hier die Erfahrung des Therapeuten/der Therapeutin im Deuten von Übertragungs- und Gegenübertragungssphänomenen sowie im Umgang mit schweren Traumatisierungen.

3. Geeignete Behandlungsansätze bei Bindungstraumatisierung

Die Schematherapie wurde vom amerikanischen Psychologen und Psychotherapeuten Jeffrey E. Young entwickelt, um frühe Störungen (chronifizierte, in der frühen Kindheit entstandene Persönlichkeitsstörungen) zu verstehen und zu behandeln. Die Schematherapie basiert auf der Grundidee, dass durch die Frustration von kindlichen Bedürfnissen sog. „Schemata“ (Muster) entstehen. Als Grundbedürfnisse werden definiert: Bindung, Orientierung und Kontrolle, Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz, Lustgewinn und Unlustvermeidung (analog zu den vier Grundbedürfnissen nach Klaus Grawe).

Das übergeordnete Ziel einer schematherapeutischen Behandlung besteht darin, Verständnis dafür zu wecken, welche Bedürfnisse (nach Sicherheit, Zuwendung, Fürsorge etc.) in der Kindheit nicht erfüllt wurden, welche Schemata sich daraus entwickelt haben, in welcher Weise diese das heutige Leben ungünstig beeinflussen und was der Klient/die Klientin tun kann, um seine/ihre aktuellen Bedürfnisse besser zu erfüllen. Zentral in der Therapie ist die *Aktivierung des gesamten Erlebnismusters* (kognitiv/emotional/physiologisch), um alternative Handlungsmuster entwickeln zu können. Aus diesem Grunde rücken *imaginative, erlebnisfokussierende Methoden* in den Mittelpunkt. Auf der Ebene der therapeutischen Beziehung erfüllt der Therapeut/die Therapeutin die Funktion der „begrenzten Nachbeelterung“ (Limited Reparenting), um als Modell für sensibles, feinfühliges elterliches Verhalten zu dienen – dabei bewegt sich der/die Therapierende je nach Situation zwischen Fürsorge und empathischer Konfrontation (Grenzen setzen). Dies geschieht einerseits in der aktuellen Therapie-situation im Hier und Jetzt in Bezug auf das Verhalten gegenüber dem Therapeuten/der Therapeutin. Andererseits unterstützt und coacht der/die Therapierende den Klienten/die Klientin im Rahmen von Vergangenheitsimaginationen oder Zweistuhltechniken anstelle der Eltern darin, als Erwachsener die Bedürfnisse des eigenen „inneren Kindes“ zu befriedigen.

Abschliessend möchte ich Folgendes festhalten: Jedes Suchtverhalten steht in Wechselwirkung mit Problemen auf der Beziehungsebene (zu sich und zu anderen). Je ausgeprägter die Sucht, desto tiefgreifender gestalten sich die Beziehungsprobleme. Die Menschen, die sich in eine stationäre Langzeittherapie begeben, weisen überdurchschnittlich häufig offensichtliche und somit auch diagnostizierbare Bindungsstörungen auf. Diese zu erkennen und in die gemeinsame therapeutische Arbeit aufzunehmen, ist eine unserer dringlichsten Aufgaben – denn ohne gefestigte Beziehung kann keine Therapie erfolgreich sein. Die Wurzeln von Bindungsstörungen liegen oft in der problematischen Beziehungsgestaltung zu den ursprünglichen, primären Bindungspersonen (also zur Familie) – eine Wiedergutmachung ist nicht das Ziel der Therapie, sondern das Erkennen der aktuellen Bindungsdynamik und das Erlangen einer Bewusstheit über die eigene Gestaltungsmöglichkeit innerhalb der gegenwärtigen und zukünftigen Beziehungen.

Literaturhinweise:

- BRISCH Karl Heinz (Hrsg). 2012. Bindung und Sucht. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag.
- BRISCH Karl Heinz. 2011. Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. 11. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag.
- FONAGY Peter & TARGET Mary. 2003. Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- FONAGY Peter, GERGELY György, JURIST Elliot L & TARGET Mary. 2004. Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- GEORGE Carol, KAPLAN Nancy & MAIN Mary. 2001. Adult Attachment Interview Protokoll. In: GLOGER-TIPPELT Gabriele (Hrsg.). Bindung im Erwachsenenalter. Bern: Huber.
- van der HART Onno, NIJENHUIS Ellert RS & STEELE Kathy. 2008. Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und Behandlung chronischer Traumatisierung. Paderborn: Junfermann.
- HUBER Michaela. 2009. Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Paderborn: Junfermann Verlag.
- HUBER Michaela. 2009. Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung. Teil 2. 4. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.
- HUBER Michaela & FREI Pauline C. 2009. Von der Dunkelheit zum Licht. Wie Persönlichkeit sich entwickeln kann. Paderborn: Junfermann Verlag.
- HUBER Michaela. 2011. Täter-Loyalität und Täter-imitierende Ego-States. Vortrag siehe www.michaela-huber.com/files/vortraege/taeter-loyalitaet-und-taeter-imitierende-ego-states-michaela-huber.pdf
- HÜTHER Gerald. 2010. Bedienungsanleitung für ein menschliches Hirn. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HÜTHER Gerald & NITSCH Cornelia. 2008. Wie aus Kindern glückliche Erwachsene werden. München: Gräfe und Unzer Verlag.
- van der KOLK Bessel A. 1994. The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. In: Harv Rev Psychiatry. 1(5). 253-265.
- LÜDECKE Christel, SACHSSE Ulrich & FAURE Hendrik. 2010. Sucht - Bindung - Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer.
- SIEGEL Daniel J. 2010. Wie wir werden, die wir sind. Neurobiologische Grundlagen subjektiven Erlebens und die Entwicklung des Menschen in Beziehungen. 2. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.
- SIEGEL Daniel J & WEBER Ute. 2007. Das achtsame Gehirn. Freiburg i.B.: Arbor Verlag.