

Die Profis im Haus und die Lieben zu Hause

Autor(en): **Gasser-Kohler, Beat**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **23 (1997)**

Heft 3

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-801084>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Die Profis im Haus und die Lieben zu Hause

Stationäre Drogen- therapie und Einbezug der Herkunftsfamilien aus systemischer Perspektive

BEAT GASSER-KOHLER *

Die Geschichte von Organisationen ist für deren Eigenleben, Anpassungsverhalten und Entwicklung von grosser Bedeutung. Dies gilt auch für stationäre Entzugs- und Rehabilitationseinrichtungen im Drogenbereich. Schauen wir kurz über die Schulter nach hinten:

Die Geschichte als innere Landkarte

Als Wiege der therapeutischen Gemeinschaft gilt das britische Militärkrankenhaus Northfield Hospital: Bion und Rickmann begannen 1943, ihre Patienten nach gemeinschaftlichen Gesichtspunkten zu organisieren und die Gruppe ins Zentrum der (analytisch orientierten) Therapie zu stellen. Als eigentlicher Begründer der therapeutischen Gemeinschaft gilt Maxwell Jones. Er arbeitete 1945 in Dartford / England auf einer Krankenstation für 300 psychisch gestörte Kriegsheimkehrer. Ab 1959 baute er verschiedene therapeutische Gemeinschaften in England und in den USA auf.

Ein Pionier – oder wohl besser der Gründervater – der Therapeutischen Gemeinschaften im Suchtbereich war Charles Dederich, selber 20 Jahre alkoholabhängig und Mitglied der Anonymen Alkoholiker AA. 1958 gründete er in Santa Monica, Kalifornien

* Beat Gasser-Kohler (1953), dipl. Animator HFS, Paar – u. Familientherapeut. Seit 1977 in der Jugend – und Drogenarbeit, Schwerpunkt stationär. Freiberufliche Arbeit als Projektberater, Supervisor und Kursleiter. Praxis für Paar- und Familienberatung in Burgdorf.

die Selbsthilfegemeinschaft Synanon, ein Modell ohne Mitarbeit professioneller HelferInnen. Synanon erlebte eine grosse Verbreitung, z.B. auch als Weiterentwicklung mit ersten professionellen Helfern unter den Namen Daytop und Phoenix-House, und zwar sowohl in Amerika wie später auch in Europa. Weitere Pioniere waren Yablonsky, Casriel und Endore.

Das Heil auf der Insel

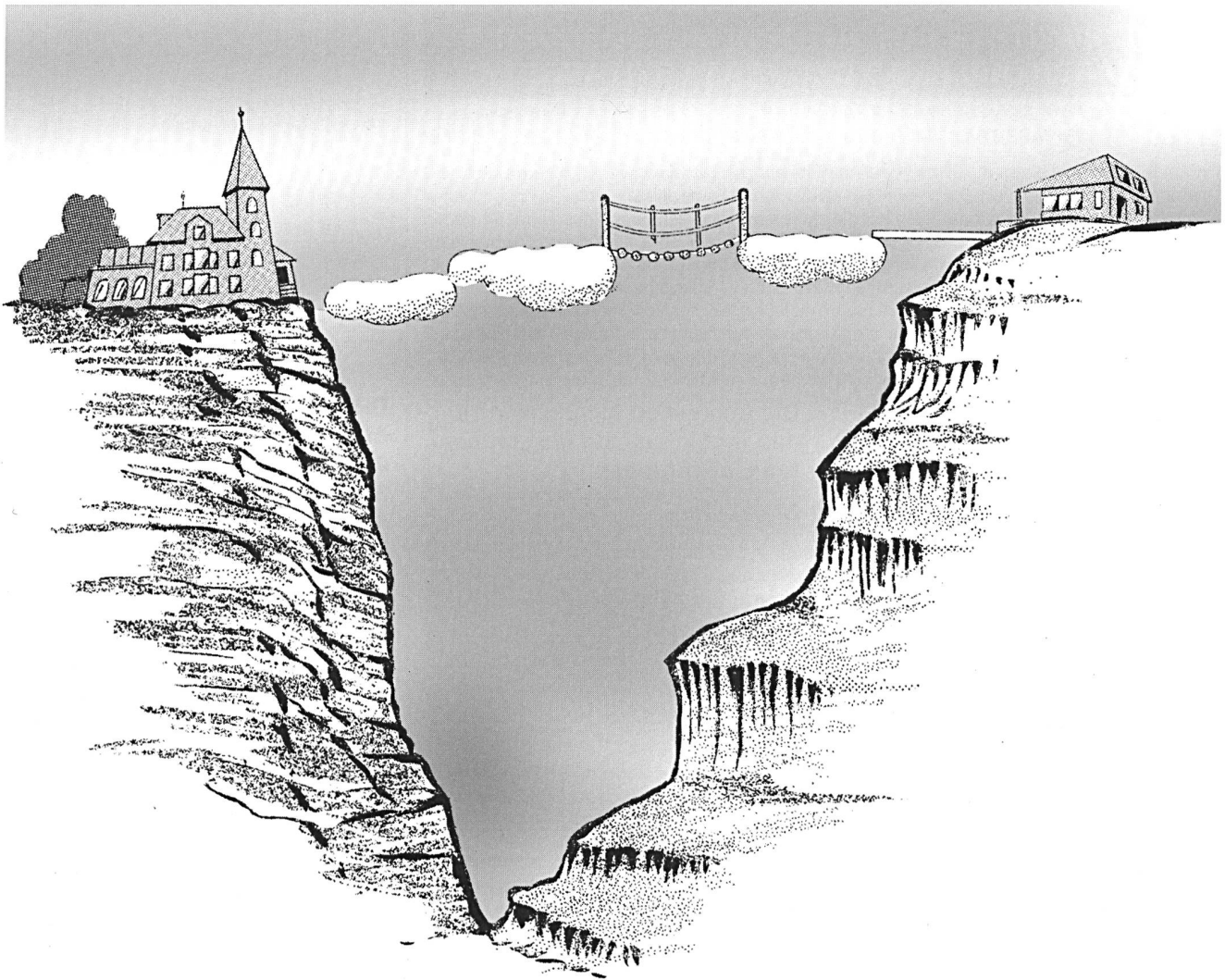
Als Ende der 60er-, Anfang der 70er-Jahre in der Schweiz die ersten therapeutischen Wohngemeinschaften (TWG) gegründet wurden, war Abstand gefragt. Die Vorstellung, dass eine Sucht von illegalen Drogen nur mit einem Rückzug auf die schützende Inselgemeinschaft auf dem Lande, unter bestmöglicher Abschottung von allen negativen Einflüssen wie Drogen, eigener Familie und anderen Verführungen zu behandeln sei, war Überzeugung und Konzept zugleich. Kontaktsperren von 6 Monaten und länger waren normal, auch zu Familienangehörigen. Dass Sucht ein multifaktorielles und soziales, insbesondere auch familiales Geschehen ist, wurde zwar realisiert, aber professionelle Handlungsansätze im Umgang damit fehlten fast vollständig resp. wurden kompensiert mit dem – oft unausgesprochenen – Ansatz: «Wir sind die bessere Familie für Dich».

Aber auch diese Pioniere leisteten Grossartiges, und ohne ihr grosses zeitliches und menschliches Engagement unter schwierigsten Rahmenbedingungen wäre die stationäre Suchthilfe nicht da, wo sie heute ist.

Die Herkunftsfamilie als Sündenbock

Die Herkunftsfamilie wurde, soweit sie in den TWG überhaupt ein Thema

war, stark als Sündenbock benutzt. Lewis Yablonsky schreibt noch 1989 unter der Titel «Zerstörerische Verhaltensmuster der Familie gegen die Bewohner der Therapeutischen Gemeinschaft»: *«In vielerlei Hinsicht wird die therapeutische Gemeinschaft für diese Menschen zur sorgenden und besorgten Familie, wie sie es in ihrer eigenen Familie nie erlebt haben....die Leiter in den meisten Therapeutischen Gemeinschaften sind sich dieser potentiell destruktiven Verbindungen aus der Vergangenheit des Neulings sehr bewusst und versuchen, deren störenden Einfluss auf das empfindliche Gleichgewicht (in der TWG, Anmerk. des Verfassers) zu verhindern....trotz des offensichtlichen Beweises, dass sie mit ihrem Kind gescheitert sind, versuchen viele Eltern verfrüht, die Verbindung zu erneuern und verstehen nicht, dass es für den genesenden Drogenabhängigen notwendig ist, eine neue familiäre Verbindung mit der Therapeutischen Gemeinschaft einzugehen – ohne sie.»* Oder, noch drastischer, unter der Überschrift «Eine Zeitbombe der Rache»: *«Besuche zu Hause oder Elternbesuche können für den Neuling in der Therapeutischen Gemeinschaft verheerende Auswirkungen haben: In einem Fall erlaubte man einem jungen Mann, der seit mehr als einem Jahr in einer Therapeutischen Gemeinschaft in Los Angeles drogenfrei gewesen war, seine Familie zu Weihnachten in Texas zu besuchen. Die Ergebnisse kamen einer Katastrophe gleich...»*¹ Es lohnt sich, diese Sätze ein paarmal zu lesen und sich Gedanken über das Menschenbild, das Autonomiekonzept im Umgang mit den KlientInnen und die Schuldinduktion gegenüber den Eltern zu machen – und sich zu überlegen, in welcher Form wohl unter diesen Prämissen mit der Familienbiographie in der Einrichtung gearbeitet wurde.



Heimurlaub

Den TWG-MitarbeiterInnen ging es am Anfang nicht anders als den Therapeutinnen von Schizophrenen in den amerikanischen Kliniken in den 50er-Jahren oder den Sozialpädagogen in den Kinderheimen: Kaum waren die Patienten, Kinder oder Bewohnerinnen ein Wochenende zu Hause, konnte man wieder von vorne anfangen – so mindestens hatten die MitarbeiterInnen den Eindruck.

Also mussten Modelle entwickelt werden, wie man den Lieben zu Hause sagen konnte, wie sie sich zu verhalten haben. Die ersten Gehversuche der Familientherapie im stationären Kontext entstanden in den 50er-Jahren in Amerika- und damit auch Begriffe wie schizophrene Mutter, symbiotische Mutterbeziehung oder andere Konstrukte, die zur Entwick-

lung von kooperativen Zusammenarbeitsmodellen mit den Herkunftsfamilien wenig beitrugen, aber zur Entlastung der HelferInnen dienlich waren.

Der Einbezug der Familie wird geprobt

Nach der Pionierzeit setzte sich in den stationären Einrichtungen mehr und mehr die Erkenntnis und die Erfahrung durch, dass sich der Einbezug der Angehörigen für die KlientInnen resp. die Arbeit mit ihnen positiv auswirken kann. Die Gründe für diese Erkenntnis sind in der zunehmenden Professionalisierung, der besseren Vernetzung und der verstärkten interdisziplinären Orientierung zu suchen, aber auch im damaligen Zeitgeist, welcher der Familie als Bezugspunkt neue Bedeutungen zuordnete.

Mit viel Freude wurde der neue Auftrag, die Familie direkt in die Arbeit miteinzubeziehen, nicht angepackt. Der Vorstellung, dass die Angehörigen eine echte Ressource für die Therapie sein können und sich eine kontextbezogene, systemische Betrachtung der Suchtproblematik als hilfreich erweist, hatten sich die meisten MitarbeiterInnen erst theoretisch aber noch nicht in ihrer täglichen Arbeit angenähert. Es wurde mit den unterschiedlichsten Modellen des Familieneinbezuges experimentiert: Von gelegentlichen Gesprächen mit den Angehörigen über die Zusammenarbeit mit externen FamilientherapeutInnen bis zum Exklusivmodell der parallelen Familientherapie als Aufnahmekriterium entwickelten sich die unterschiedlichsten Spielarten. Ein eigentliches Konzept im Umgang mit den Angehörigen hatten nur wenige. Dass dies nicht zuletzt – bis heu-

te – mit den ungenügend bearbeiteten Beziehungen der MitarbeiterInnen zu ihren eigenen Herkunftsfamilien zusammenhängt, sei nicht als Vorwurf zu verstehen, sondern als Anregung.

Die Haltung bestimmt das Konzept

Die theoretisch wie praktisch nicht einfach zu handhabende Triade Herkunftsfamilie/KlientIn/Einrichtung entfaltet in der Zusammenarbeit ihre Wirkung. Die MitarbeiterInnen erleben immer wieder hautnah, wie der Umgang mit der Loyalitätsthematik, Schuldgefühlen der Eltern und Schuldzuweisungen zwischen den Beteiligten die konstruktive Zusammenarbeit belasten kann.

Doch hier ist eine Einstellungsänderung im Sinne von mehr Professionalität und weniger überidentifiziertes Engagement gefragt. Die sozialtherapeutische Arbeit mit den KlientInnen während ihrer Zeit in der Einrichtung ist als kurzer Abschnitt auf dem meist langen Weg in die Sucht und aus der Sucht zu sehen. Die Forschung sagt es schon länger: eine durchschnittliche Suchtkarriere dauert 10 Jahre, sowohl für die Betroffenen, als auch für die Angehörigen. Da werden die wenigen Monate in der stationären Einrichtung relativ. – Das Wünschbare und das Machbare sind zu trennen.

Und doch liegt gerade in dieser Zeit der Aufenthalts in einer TWG eine grosse Chance für neue Begegnungen zwischen den KlientInnen und ihren Angehörigen. Vielleicht zum ersten Mal ergibt sich die Chance, fallspezifisch und unter Berücksichtigung der fachlichen Qualifikationen der MitarbeiterInnen einen – oft längst fälligen – Dialog zwischen den KlientInnen und ihren Angehörigen in Gang zu setzen. Wenn die Herkunftsfamilie nicht mehr als Störfaktor, sondern als Ressource

Die Anonymen Alkoholiker AA und ihr Einfluss auf die stationären Einrichtungen

Diese wichtige und grösste Selbsthilfeorganisation im Suchtbereich ist aus der Tradition der Oxford-Bewegung entstanden, einer religiösen Erweckungsbewegung in den USA. Grundgedanke von AA ist: *«...dass der Süchtige eines radikalen Wandels seines Lebens bedarf. Dazu muss er rückhaltlos sein bisheriges Leben offenlegen, sich unter die Autorität von Fähigen stellen, ein neues, gutes Leben beginnen und aufbauen und nach Anweisungen handeln, selbst dann, wenn er den Sinn der Vorschriften nicht einsieht»*²

Als Selbsthilfemodell leisten die Gruppen der AA und NA (Narcotics Anonymous, aus der AA entstandene Gruppen für Abhängige von illegalen Drogen) und die Angehörigengruppen einen grossen Beitrag im Suchtbereich. Kritisch zu betrachten ist hingegen die Übernahme der Prinzipien und Haltungen in das Feld der professionellen Hilfe: Selbstdefinition und Fremdefinition sind hier zu einer unheiligen Allianz verbunden.

Der Einfluss der Grundhaltungen der AA auf die stationären Einrichtungen war und ist recht gross und wohl auch mit ein Hintergrund für die zum Teil bis heute moralisierenden und rigiden Ansätze und Menschenbilder in einzelnen stationären Einrichtungen.

betrachtet wird und ihr mit Respekt und Achtung auch vor deren eigener Biographie begegnet werden kann, ist oft vieles in der Therapie veränderbar, was sonst blockiert bleiben muss. Dass dieser Respekt manchmal nur durch Springen über den berühmten eigenen Schatten zu aktivieren ist, sei als Plädoyer für internes Fitnessstraining zu verstehen.

Die Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit der eigenen (Familien-) Geschichte muss während des stationären Aufenthaltes Pflicht sein – wenn diese Arbeit noch durch die Kür von begleiteten Kontakten zur Herkunftsfamilie ergänzt wird, eröffnen sich oft ungeahnte Zugänge zur inneren und äusseren Wirklichkeit der KlientInnen. Umgekehrt bleiben oft alle therapeutischen und alltagspraktischen Interventionen wenig wirksam (dies zeigt sich meistens erst nach dem Austritt), wenn nicht auch im inneren und äusseren Interaktionsgeschehen zwischen KlientIn und Angehörigen neue Erfahrungen, Einsichten und Ansichten etabliert werden können.

Zum Schluss die Ziele für den Anfang

Die nachfolgenden Zielsetzungen für ein Erstgespräch mit der Herkunftsfamilie, den Eltern oder einem Elternteil sollen nicht als Rezept sondern als Anregung verstanden werden:

- Unterstützung für die stationäre Therapie bei den Angehörigen verankern: «Wir brauchen Eure Mitarbeit und Unterstützung»
- Den Angehörigen Plattform bieten, um Veränderungsprozesse der KlientInnen miterleben und Anliegen oder Ängste thematisieren zu können: «Geht's unserem Kind gut?»
- Den KlientInnen Plattform bieten, um ihren Anliegen an die Angehörigen Gehör zu verschaffen: «Ich verändere mich – es ist nicht zu Eurem Schaden»
- Der Einrichtung Plattform bieten, um einrichtungs- und klientInnenbezogene Informationen und Anliegen an die Angehörigen zu übermitteln: «Wir tun aus diesen Gründen jenes, und es ist uns wichtig, dass Sie dies verstehen»

KIRSCHENBAUM INSTITUT FÜR SYSTEMISCH - INTEGRATIVE PAAR- UND FAMILIENTHERAPIE

WAS IST SYSTEMISCH - INTEGRATIVE PAAR- UND FAMILIENTHERAPIE?

Der Schwerpunkt der systemisch-integrativen Paar- und Familientherapie liegt darin, den Entwicklungsprozess der Familie so zu fördern, dass behindernde Beziehungsmuster oder einengende Interaktionen zugunsten angemessener, lebendiger Kommunikationsformen aufgegeben werden können.

Das Modell der systemisch-integrativen Paar- und Familientherapie verwendet psychodynamische, kommunikationsanalytische und strukturelle Konzepte innerhalb eines wachstumsorientierten systemischen Ansatzes. Neben Interventionsmethoden aus diesen Bereichen werden Techniken der Gestalttherapie und des Psychodramas angewandt.

Der Therapeutenpersönlichkeit und ihren Entwicklungsprozessen in der Arbeit mit Familien und Paaren wird während der Weiterbildung besondere Beachtung geschenkt. Im Weiterbildungskontext bedeutet dies, dass der spezifische Interventionsstil, die Qualität des Kontaktes mit der Familie, der Umgang mit Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen als bedeutende Faktoren für die Arbeit mit Familien und Paaren betrachtet werden.

- Ein Arbeitsbündnis für die weitere Zusammenarbeit schliessen, ev. Triage an andere Instanzen, z.B. externe Familientherapie, Selbsthilfegruppe oder anderes: «Dürfen wir Sie wieder einladen?»

Max Frisch sagte: «Jeder Mensch erfindet früher oder später eine Geschichte, die er – oft unter gewaltigen Opfern – für sein Leben hält» – das Wort Geschichte darf auch durch Familiengeschichte ersetzt werden.

Wenn durch die Begegnungen während der Zeit in der stationären Einrichtung ein paar neue, konstruktive Sichtweisen und Möglichkeiten in der Familiengeschichte, Familieng Gegenwart und Familienzukunft der Betroffenen entstehen ist einiges schon erreicht. ■

AUSBILDUNGSANGEBOTE

In einem dreijährigen Weiterbildungsprogramm werden angehende Paar- und Familientherapeuten von Prof. Dr. Martin und Inger Kirschenbaum im Co-Teaching Verfahren ausgebildet. Dieser Grundkurs besteht jeweils aus sieben Seminaren à 5 Tagen (unter Einbezug der jeweiligen Lebenspartner) und 30 Tagen Supervision.

Weiters wird ein zweijähriges „fallorientiertes Supervisionstraining“ für Personen mit familien- und systemtherapeutischer Weiterbildung von Prof. Dr. Martin Kirschenbaum ab Herbst 1997 neu gestartet.

Ab Frühjahr 1998 ist ein „Advanced Training“ mit verschiedenen Referenten vorgesehen.

DIE DOZENTEN

Prof. Dr. Martin Kirschenbaum ist Mitbegründer und Ehrenpräsident der California Graduate School of Family Psychology in San Rafael, Cal. und Professor für klinische Psychologie an der John F. Kennedy University in Kalifornien. Dr. Kirschenbaum ist Schüler von Virginia Satir. Seine von ihm gegründete Richtung der systemisch-integrativen Paar- und Familientherapie verbindet in einzigartiger Weise emotionale Prozesse mit systemischen Konzepten. Er ist zusammen mit Shirley Luthman Co-Autor des Buches „Familiensysteme, Wachstum und Störungen, Einführung in die Familientherapie“. Dr. Kirschenbaum ist von der „American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT)“ als „Approved Systemic“ anerkannt.

Prof. Inger Kirschenbaum, M.A./M.F.C.C. Sie ist an der California Graduate School of Family Psychology, San Rafael als Dozentin und Supervisorin für fortgeschrittene Studenten tätig. Inger Kirschenbaum hat sich besondere Erfahrung in der Arbeit mit Familien und Kindern in Scheidung erworben.

- ¹ Yablonsky, L., 1989: The Therapeutic Community, Gardner Press
- ² Petzold, H., 1984: Therapeutische Gemeinschaften. in: Petzold, H. (Hrsg.), Wege zum Menschen, Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie, Band 2, Junfermann Verlag

Literatur

- Schaltenbrand, J. (Hrsg.), 1992: Familienorientierte Drogenarbeit, Asanger Verlag
- Gasser – Kohler, B.; Wäschle, R. 1993: Lehn – Konzept Therapiezentrum und Bildungswerkstatt, Drogen Forum Innerschweiz, Luzern
- Jones, M., 1976: Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft. Stuttgart
- Erbach, F.; Richelshagen G., 1992: Wie chronifiziere ich Suchtkranke am besten? Isomorphe Strukturen im Kontext der Suchthilfe. Zeitschrift Drogenmagazin, Nr. 4/92
- Rink, J. (Hrsg.), 1995: Zur Wirklichkeit der Abstinenzabhängigkeit – Kritische Betrachtungen zu Grundannahmen der Drogentherapie. Neuland Verlagsgesellschaft.

KIRSCHENBAUM INSTITUT FÜR SYSTEMISCH - INTEGRATIVE PAAR- UND FAMILIENTHERAPIE

Leitung: Prof. Dr. Martin Kirschenbaum
Prof. Inger Kirschenbaum

Ausbildung (dreijährig) in systemisch integrativer Paar- und Familientherapie für AertztInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen und weitere Interessierte:

Einstieg möglich in das zweite Seminar vom 17. – 21. September 1997

Einführungswochenende für die Ausbildung in systemisch integrativer Paar- und Familientherapie:

Samstag u. Sonntag, 30., 31. August 1997 in Bern

Systemisches Supervisoren-Training:

für Personen mit abgeschlossener Weiterbildung in Paar- und Familientherapie
Beginn des nächsten Kurses: 6. – 8. September 1997 in Zürich

Detaillierte Informationen:

Administration Ingrid Gerboth, Postfach 66, CH-5103 Möriken
Tel. und Fax: 062/893 32 54, Tel. Zeiten: Mo und Do 8.30 – 10.30h