

Selbstheilung : systemtheoretisch

Autor(en): **Hafen, Martin**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **39 (2013)**

Heft 4

PDF erstellt am: **07.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800047>

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.

Selbstheilung – systemtheoretisch

Die Diskussion um die Bedeutung der Selbstheilung in der Suchthilfe und in anderen Handlungsfeldern erscheint in einem neuen Licht, wenn man von der operationalen Geschlossenheit und der Selbstorganisation von Systemen ausgeht. Jede «Heilung» ist unter diesen theoretischen Voraussetzungen eine «Selbst-Heilung» – nur einfach unter anderen Voraussetzungen.

Martin Hafen

Sozialarbeiter HFS und Soziologe Dr. phil., Dozent an der Hochschule Luzern – Sozialarbeit, Werftstr. 1, CH-6002 Luzern, Tel. +41 (0)367 48 81, martin.hafen@hslu.ch, www.fen.ch

Schlagwörter:

Selbstheilung | Selbsthilfe | Suchttherapie | Systemtheorie | Motivationstheorie |

Einleitung

In den 50er-Jahren des letzten Jahrhunderts wurden bei Menschen mit einer koronaren Herzkrankheit in den USA Operationen zur Verbesserung der Blutzufuhr des Herzens durchgeführt, die sich als sehr wirkungsvoll erwiesen. Symptome wie Herzrhythmusstörungen und Angina Pectoris (Herzschmerz) wurden bei den behandelten PatientInnen durch diesen Eingriff signifikant reduziert. Ende der 50er-Jahre wurden – bemerkenswert für diese Zeit – zwei randomisierte Doppelblindstudien durchgeführt, in denen die Wirkung dieser Behandlungsform mit der Wirkung einer Schein-Operation verglichen wurde.¹ PatientInnen mit einer koronaren Herzkrankheit wurden dabei nach dem Zufallsprinzip und ohne ihr Wissen in zwei Gruppen aufgeteilt. Bei der einen Gruppe wurde die Herzoperation durchgeführt, bei der anderen Gruppe wurde (ebenfalls unter Narkose) an der Operationsstelle ein Schnitt gemacht. Dieser wurde dann zugenäht, ohne dass die Operation durchgeführt worden war. In der Folge wurden die Heilungsergebnisse der beiden Gruppen verglichen: Bei der nicht nur scheinbar operierten Gruppe resultierten die gleichen signifikanten Verbesserungen der Krankheitssymptome wie bei den früheren Operationen. Das Verblüffende war jedoch, dass sich bei der Gruppe mit den Scheinoperationen exakt die gleichen Verbesserungen zeigten. Der Glaube, mit einer vielversprechenden Operation behandelt worden zu sein, bewirkte offenbar den gleichen Heilungserfolg wie die Operation selbst.

Der Placebo-Effekt

Die Wirkung solcher und anderer Scheinbehandlungen wird als Placebo-Effekt bezeichnet. Gemäss Windeler² lässt sich die medizinische Bedeutung des Placebo-Begriffs seit dem Ende des 19. Jahrhunderts nachweisen. Der Begriff stammt ursprünglich aus der Religion und bezeichnet insbesondere das Tun von Personen, die am Grab gegen Bezahlung anstelle der wirklich Trauernden Grabgesänge anstimmen und Trauer demonstrieren. Während es in dieser ursprünglichen Bedeutung um «Scheintrauer» geht, so verweist der Begriff in der Medizin wie gesagt auf Scheinbehandlungen – Behandlungen, die aber offenbar eigene Wirkungen erzeugen.

Ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat die Bedeutung von Placebo-Studien in der Medizin enorm zugenommen. Es gehört heute vor allem beim Austesten der Wirkung von neuen Medikamenten zum Standard, dass ein Placebo-Vergleich angestellt wird. Nur wenn sich ein Medikament als signifikant wirkungsvoller erweist als das Scheinmedikament, bekommt es auch eine Zulassung. Mittlerweile gibt es zahllose Studien aus unterschiedlichen Behandlungsbereichen (Knieoperationen, Einsatz von Antidepressiva, Akupunkturbehandlungen etc.), in denen für die Placebo-Behandlung eine deutliche Wirkung nachgewiesen wurde. Diese Wirkung ist nicht immer gleich gross wie die Wirkung der «regulären» Behandlung; oft ist sie schwächer, ganz selten auch stärker.

Diese Ergebnisse aus der Placebo-Forschung zeigen, dass die Wirkungszusammenhänge selbst bei medizinischen Behandlungen nicht immer klar sind. Wenn eine vorgetäuschte Herzoperation die gleichen positiven Effekte bewirkt wie eine reguläre, sind dann die Ursachen für diese Wirkung bei beiden Ansätzen die gleichen? Wäre dies der Fall, dann hätten beide Behandlungsformen die positiven Effekte alleine dadurch ausgelöst, dass die PatientInnen eine positive Wirkung erwarteten. Oder hat die reguläre Operation ihre Wirkung über den operativen Eingriff an den Herzkranzgefässen entfaltet, während die Placebo-Operation über die Psyche gewirkt hat? Und warum wirken auch erfolgreiche Behandlungsformen nie bei allen PatientInnen, sondern erhöhen bloss die durchschnittliche (statistische) Wahrscheinlichkeit einer Heilung?

Soziale, psychische und körperliche Systeme

Es geht hier nicht darum, Antworten auf diese spezifischen Fragen zu erhalten. Vielmehr geben die aufgeführten Placebo-Studien Anlass für grundsätzliche Überlegungen zur Wirkung von behandelnden Interventionen. Als Grundlage für diese Überlegungen wird die soziologische Systemtheorie genutzt, die durch den deutschen Soziologen Niklas Luhmann entwickelt wurde.³ Die Wahl dieser Theorie mag erstaunen, wurde sie doch primär als Theorie sozialer Systeme konzipiert. Andererseits ist die Theorie so allgemein gehalten, dass sie auch als Theorie psychischer und körperlicher Systeme genutzt werden kann und in vielen professionellen Handlungsfeldern (etwa in der systemischen Psychotherapie oder in der systemischen Medizin) auch als theoretische Grundlage genutzt wird.

Soziale, psychische und körperliche Systeme sind nach Luhmann autopoietische Systeme, also Systeme, die sich laufend selbst herstellen.⁴ Diese Systeme (re-)produzieren sich, indem sie ihre

spezifischen Operationen unablässig aneinanderreihen. Im psychischen System schliessen Gedanken und Wahrnehmungen aneinander an; soziale Systeme lassen Kommunikation auf Kommunikation folgen, und bei den körperlichen Systemen sind es die biochemischen und physikalischen Operationen, die das System in Betrieb halten. Autopoietische Systeme sind entsprechend operative und damit flüchtige Systeme, die sich nicht festhalten lassen. Vielmehr ziehen diese Systeme im Zuge ihrer Operativität laufend die Grenze zu ihrer Umwelt.

Operative Geschlossenheit von Systemen

In der Systemtheorie stehen für die Beschreibung der Funktionsweise operativer Systeme weitere Begriffe zur Verfügung. Für das Thema der Selbstheilung sind z.B. die Konzepte der «Selbstreferenz» und der «operativen Geschlossenheit» von Bedeutung. Autopoietische Systeme sind selbstreferenziell (selbstbezüglich) und operativ geschlossen, weil sich ihre Operationen ausschliesslich miteinander verketteten. Psychische Systeme reihen unablässig Wahrnehmungen und Gedanken aneinander, während sich soziale Systeme (wie eine Therapiesitzung) über die Verkettung von Kommunikationen reproduzieren. Ein operativer Anschluss an eine Operation in der Umwelt des Systems ist unmöglich. Kein psychisches System kann in die Kommunikation oder den Körper «hineindenken», also seine Operationen an die Operationen dieser Systeme anschliessen. Und die Kommunikation ist nicht in der Lage, in eine Psyche oder einen Körper hineinzusprechen, auch weil sich die Operationen (Kommunikationen, Gedanken/Wahrnehmungen, biochemischen Prozesse) grundsätzlich unterscheiden.

Selbst zwischen gleichartigen Systemen sind operative Grenzüberschreitungen nicht möglich. Die psychischen Systeme sind auf soziale Systeme in ihrer Umwelt angewiesen, wenn sie miteinander (indirekt) in Kontakt treten wollen, und auch soziale Systeme können nicht direkt, sondern nur über ein weiteres soziales System in ihrer Umwelt miteinander kommunizieren. Eine Familientherapie z.B. ist nur möglich, wenn sich ein zeitlich begrenztes Therapiesystem mit eigenen Strukturen bildet. Dieses System ist weder mit dem Familiensystem noch mit dem Organisationssystem «Praxis für Familientherapie» identisch, welches die Therapie durchführt. Vielmehr ist das Therapiesystem in der relevanten Umwelt dieser beiden Systeme positioniert, und erst im Verlauf der Therapie wird sich zeigen, ob es auch die intendierten Wirkungen im Familiensystem erzeugt.

Der Umweltbezug operativ geschlossener Systeme

Trotz ihrer operationalen Geschlossenheit sind autopoietische Systeme nicht vollständig in sich geschlossen, sondern immer auch abhängig von den für sie relevanten Systemen in ihrer Umwelt. Das psychische System kann nicht denken und wahrnehmen, wenn die Operativität des Gehirns ausfällt, und soziale Systeme sind ohne gleichzeitig operierende Psychen nicht funktionsfähig. Psychische Systeme können zwar eine gewisse Zeit ohne Kommunikation in ihrer Umwelt auskommen (etwa wenn sie im Wald spazieren geführt werden), und doch ist alles, was die Psychen denken und wahrnehmen, sozial formatiert.⁵ Diese Formatierung läuft nicht nur, aber doch massgeblich über das Medium der Sprache, das ein genuin soziales Medium ist. Der Selbstreferenz autopoietischer Systeme, also der Verkettung der system-eigenen Operationen, steht demnach immer die systemspezifische Fremdreferenz gegenüber. Systeme gewinnen ihrer relevanten Umwelt laufend Informationen ab und verarbeiten diese Informationen, indem sie ihre Strukturen anpassen (also lernen) oder die Information wieder vergessen. «Information is the difference that makes a difference», schreibt Gregory Bateson:⁶ Information ist der Unterschied (in der Umwelt des

Systems), der (im System) einen Unterschied macht. Dieser Satz gilt sowohl für die zahllosen Systeme des Körpers, wie auch für die Psychen und die sozialen Systeme. Sie nehmen die Veränderung in ihren Umwelten als Anlass zur Information und zu Lernprozessen, sind also selbstorganisierend im eigentlichen Sinn.

Etwas anders gefasst lässt sich formulieren, dass autopoietische (und damit selbstorganisierende) Systeme unablässig die Differenz von Selbstreferenz und Fremdreferenz aktualisieren.⁷ Sie sind geschlossen und offen zur gleichen Zeit. Das gilt nicht nur für psychische und soziale Systeme, sondern auch für den Körper. So weiss man etwa durch die Epigenetik,⁸ dass sogar nicht einmal das menschliche Erbgut unbeeinflusst durch mitlaufende Umweltprozesse ist, sondern u.a. auf soziale Einflüsse reagiert. Ein Beispiel dafür ist die Beziehung von emotionaler Zuwendung in den ersten Lebensmonaten und Stressverarbeitungsfähigkeit im späteren Leben. Entsprechende Untersuchungen⁹ haben gezeigt, dass durch eine fürsorgliche Betreuung in den ersten Lebensmonaten ein Antistressgen aktiviert wird, das den betreffenden Menschen im gesamten späteren Leben vor allzu starker Stressbelastung schützt. Bleibt diese emotionale Zuwendung aus, kann das protektive Gen im späteren Leben kaum noch aktiviert werden.

Was ist an Intervention möglich?

Mit Blick auf diese Ausführungen lässt sich weiter formulieren, dass die den Menschen ausmachenden Systeme – der Körper, die Psyche und das Soziale – im Modus der konditionierten Koproduktion operieren.¹⁰ «Koproduktion» bedeutet, dass sich diese Systeme gleichzeitig reproduzieren, während «konditioniert» darauf verweist, dass diese Reproduktion durch die Strukturen des Systems einerseits historisch bedingt ist und dass sie andererseits immer auch mit wechselseitigem Bezug zwischen den Systemen geschieht, weil diese für sich relevante Umwelten bilden. Die Gleichzeitigkeit und die operationale Geschlossenheit dieser Systeme schränken die Möglichkeit einer direkt-kausalen Intervention von System zu System auf physikalische Eingriffe wie die Zerstörung oder das Festhalten eines Systems ein. Diesen Ausnahmefällen von «Zugriffskausalität» steht die Normalität der «Auslösekausalität» gegenüber.¹¹ Auslösekausalität beschreibt den Umstand, dass ein System bloss innerhalb seiner Grenzen operieren und nicht in ein anderes System übergreifen kann, dass es aber als relevante Umwelt Anlass für Informationsgewinne und Strukturveränderungen in einem andern System geben mag. «Intervention» ist in diesem Sinne kein «Dazwischenkommen» im Sinne des Wortes. Vielmehr verweist der Begriff auf einen Umweltanlass, der so gestaltet ist, dass das zu verändernde System ihn als Anlass zum Informationsgewinn und zur Veränderung seiner Strukturen nutzen kann, aber nicht muss. Es wäre demnach eher von «Interventionsversuchen» als von «Interventionen» zu sprechen.

Es ist nicht schwierig, Beispiele zur Erläuterung dieser komplexen Verhältnisse zu finden: Keine Lehrkraft kann direkt in die Psychen der SchülerInnen eingreifen und dort ganz bestimmte Lernprozesse erzwingen. Die psychischen Systeme der Kinder bestimmen (bewusst oder unbewusst) selbst, wie hoch ihre Aufmerksamkeit ist, worauf sie ihr Interesse richten, welche Informationen sie dem Unterricht abgewinnen und welche Strukturveränderungen diese Informationen auslösen. Und es ist offensichtlich, dass diese Lernprozesse nicht bei allen Kindern gleich ausfallen, da sie über unterschiedliche strukturelle Voraussetzungen (Wissensbestände, Motivation etc.) verfügen. Das bedeutet, dass Information nicht von der Lehrkraft auf die Kinder übertragen werden kann. Wie oben gezeigt, ist und bleibt sie ein systeminternes Ereignis, dessen Produktion von den systemeigenen Strukturen geprägt wird. Und trotzdem ist es nicht einfach unmöglich, ein

System von aussen zu Veränderungen anzuregen. Es ist auch nicht beliebig, wie solche Umweltanlässe für diese Eigenirritation gestaltet sind, wenn man die Chance für eine erwünschte Wirkung erhöhen will. Didaktik, Methodik, Rhetorik – all dies sind Disziplinen, die darauf ausgerichtet sind, Kommunikation so zu gestalten, dass die Informationsgewinne und Lernprozesse mit erhöhter Wahrscheinlichkeit so ausfallen, wie es das intervenierende System gerne hätte. Eine direkt-kausale Wirkung wird aber nie möglich sein, denn weder ist das «Zielsystem» trivial im Sinne einer berechenbaren Maschine,¹² die auf einen Input den immer gleichen Output liefert, noch ist das «intervenierende» System der einzige Umweltanlass, der zu Informationsgewinnen und Strukturanpassungen führt.

Suchthilfe, Selbsthilfe und Selbstheilung

Doch wenden wir uns jetzt der Frage zu, was wir zu sehen bekommen, wenn wir diese systemtheoretischen Prämissen für die Beschreibung der Suchthilfe nutzen. Als Ausgangspunkt soll die Unterscheidung von Suchthilfe, Selbsthilfe und Selbstheilung dienen. «Suchthilfe» bezeichnet die Initiierung von systematisierten (Interventions-)Versuchen in der sozialen Umwelt der süchtigen Person, die zum Ziel haben, die «Heilung» der Sucht, also die Beendigung der körperlichen und/oder psychischen Abhängigkeit von einer Substanz (z.B. Heroin) oder einer Tätigkeit (z.B. das Spielen am Computer) zu bewirken. Solche Interventionsversuche erfolgen in der Regel professionalisiert als Therapie oder Beratung und sind entsprechend strukturiert – etwa durch ein gewisses Mass an wissenschaftlicher Fundierung, eine reflektierte Methodik oder die Referenz auf professionsethische Fragestellungen. Ebenfalls zur organisierten Suchthilfe werden nicht professionalisierte Kommunikationssysteme wie «Selbsthilfe»-Gruppen gezählt.¹³ Auch sie weisen Aspekte formaler Organisation wie Mitgliedschaft, Regelmässigkeit, Zwecksetzung oder ein gewisses Mass an Entscheidungsbasierung auf (etwa in Hinblick auf den Sitzungsrhythmus oder die Inklusionskriterien für die Aufnahme von Neumitgliedern).¹⁴ Insgesamt haben sie aber eher den Charakter von Netzwerken mit flachen Hierarchien.¹⁵ Von «Selbstheilung» ist die Rede wenn eine erfolgte Heilung weder dem Einfluss der professionalisierten Suchthilfe (z.B. einer Therapie) noch einer Selbsthilfegruppe zugeschrieben wird. Andere externe Einflüsse auf den Heilungsverlauf sind beim Konzept der Selbstheilung nicht ausgeschlossen – etwa der Einfluss der Freundin, die mit Beziehungsabbruch droht, der Einfluss einer neuen Liebesbeziehung, der Einfluss einer Strafandrohung bei illegalem Drogenkonsum oder der Einfluss von Gesprächen mit dem besten Freund. Ob Süchtige nun die professionalisierte Hilfe oder die Unterstützung einer Selbsthilfegruppe in Anspruch nehmen oder nicht: sie sind wie alle Menschen andauernd mit Systemen in ihrer sozialen Umwelt konfrontiert, die sowohl einen positiven als auch einen negativen Einfluss auf den Heilungsverlauf nehmen können. Und auch die organisierten Formen der Suchthilfe sind nicht gänzlich davor gefeit, unerwünschte (Neben-) Wirkungen zu erzeugen. Zwar sind diese Interventionsversuche (alleine schon aus ethischen Gründen) mit Nachdruck darauf ausgerichtet, eine Verbesserung der Situation zu bewirken. Es ist aber (zumindest aus der Perspektive einer Theorie autopoietischer Systeme) immer auch möglich, dass ein psychisches System diese Umweltreize als Anlass für eine weitere Verstärkung der Sucht nimmt, anstatt sich durch sie «heilen» zu lassen.

Das System heilt sich selbst

Fassen wir zusammen: Das Konzept der Selbstheilung beschreibt den Umstand, dass eine Bewältigung einer Sucht ohne Einfluss professionalisierter Suchthilfe oder einer Selbsthilfegruppe erfolgt, sondern «aus sich heraus». Wir haben es dem-

nach mit zwei unterschiedlichen Erklärungen für die «Heilung» einer Sucht. Diese beiden Erklärungen lassen sich auch mittels der Unterscheidung von Erleben und Handeln beschreiben. Luhmann¹⁶ spricht von «Erleben», wenn eine Verhaltensänderung (hier: das dauerhafte Nicht-mehr-Konsumieren von suchtfördernden Substanzen oder das Nicht-mehr-Ausüben von Handlungen mit Suchtcharakter) nicht dem System selbst, sondern seiner sozialen Umwelt (etwa einer Therapie oder einer Selbsthilfegruppe) zugeschrieben wird. Das ist bei einer Selbstheilung explizit nicht der Fall. Hier wäre entsprechend von «Handeln» die Rede. Dabei ist wichtig zu betonen, dass es sich hier um eine Zuschreibung, also um eine psychische oder soziale Konstruktion handelt, die das Handeln als losgelöst von äusseren Wirkfaktoren beschreibt. Wie die Wirkungszusammenhänge bei einer erfolgreichen Bewältigung einer Sucht «wirklich» waren, lässt sich in der Regel kaum eruieren, insbesondere wenn auch unbewusste Wirkungen zu vermuten sind. Zudem wurde oben erwähnt, dass auch bei der Zuschreibung von «Selbstheilung» (also Handeln) äussere Einflüsse nicht ausgeschlossen werden können; es sind lediglich keine organisierten Einflüsse.

Streng genommen gibt es unter der Bedingung operativer Geschlossenheit selbstorganisierender Systeme gar nichts anderes als Selbstheilung, da von aussen weder auf die Operationen noch auf die ihnen zugrunde liegenden Strukturen eines Systems zugegriffen werden kann. Das System bestimmt selbst, inwieweit es sich durch einen Umweltanlass irritieren lässt – sei dieser Anlass nun eine Suchttherapie, die Erzählungen vom Mitbetroffenen in einer Selbsthilfegruppe, der drohende Verlust der Arbeitsstelle oder die Aussicht auf eine neue Liebesbeziehung. Die einleitend beschriebenen Placebo-Studien sind instruktive Beispiele dafür: Sogar in der Medizin, wo mit Operationen und Medikamenten physisch auf den Körper eingewirkt wird und entsprechend ein gewisses Mass an Zugriffskausalität vorausgesetzt werden kann, sind die Wirkungszusammenhänge nicht eindeutig. Der Mensch ist ein bio-psycho-soziales Phänomen.¹⁷ Das bedeutet, dass die Ebenen des Körpers, der Psyche und des Sozialen sich als relevante Umwelten wechselseitig beeinflussen und es schwierig und bisweilen unmöglich ist, in diesem hochkomplexen Wechselspiel von Einflüssen einzelne Wirkungszusammenhänge zuverlässig zu identifizieren.

Besonders schwierig ist diese Identifikation bei kommunikativen Interventionsversuchen. Kommunikationen sind sinnhafte Operationen.¹⁸ Das heisst, dass Kommunikationen nie «ein-deutig» sind, sondern immer mehrere Deutungsmöglichkeiten eröffnen. So wie eine Therapeutin nie ganz sicher sein kann, ob sie den Klienten «richtig» versteht, so kann auch er nie sicher sein, ob er ihre Aussagen in ihrem Sinn versteht. Infolge der Sinnhaftigkeit von Kommunikationen, sind bei gesprächsbasierten Therapien, wie sie bei der Suchttherapie zur Anwendung kommen, auch keine Placebo-Studien möglich. Während man Scheinoperationen durchführen, Medikamente ohne Wirkstoffe verabreichen und Akupunkturadeln falsch platzieren kann, ist es kaum möglich, ein Gespräch als Therapie zu inszenieren, das keine therapeutischen Effekte generieren soll.

Fremd- und Eigenmotivation

Die systemtheoretisch begründete These, dass jede Heilung letztlich einer Selbstheilung entspricht, lässt sich auch mit einem Blick auf die Motivationstheorie bekräftigen. So ist es nur möglich, jemanden zu etwas (z.B. einem Suchtausstieg) zu motivieren, wenn diese Person die soziale Motivierung als Anlass zur Eigenmotivation nimmt. Barbuto/Scholl¹⁹ bezeichnen die Eigenmotivation als extrinsische Motivation und teilen diese wieder in drei Unterformen auf: Die «instrumentelle Motivation» richtet sich auf das Erreichen von externen Zielen aus; das «externe

Selbstverständnis» (external self concept) orientiert sich an den Erwartungen des sozialen Umfeldes, und die «Internalisierung von Zielen» umschreibt, wie die Ziele der Umwelt zu den eigenen gemacht werden. Extrinsische Motivation wäre demnach ein psychischer Prozess, dessen «Ursache» der Umwelt zugerechnet wird. Davon zu unterscheiden wäre die intrinsische Motivation, die nicht dem Erleben, sondern dem Handeln, also dem System selbst zugeschrieben wird. Barbuto/Scholl unterscheiden hier die «interne Prozessmotivation» (intrinsic process), also das Tun um seiner selbst willen (etwa wenn man aus Freude an der Musik ein Instrument spielt), vom «internen Selbstverständnis» (internal self concept), das sich an (bisweilen unbewussten) eigenen Leitlinien oder Normen orientiert.

Motivation erscheint in diesem Konzept als bewusster Akt, der sich entweder an der sozialen Umwelt (extrinsisch) oder am Bewusstsein selbst (intrinsisch) orientiert. Schliesslich kann sowohl das Erleben als auch das Handeln spätestens seit Freud auch dem «Unbewussten» zugerechnet werden, also psychischen Prozessen, die dem Bewusstsein entzogen sind. Angesichts der Flüchtigkeit des Bewusstseins und der Unbeobachtbarkeit des Unbewussten lohnt es sich hier, die dritte Ebene menschlicher Existenz, den Körper im Allgemeinen und das neuronale System im Besonderen ins Spiel zu bringen. Das neuronale System mit seinen Nervenzell-Netzwerken und seinen elektrischen und biochemischen Reizübertragungen bildet für das psychische System eine hoch relevante Umwelt, die nur sehr selektiv bewusst wahrgenommen wird. Etwas anders gewendet lassen sich mit der sozialen Umwelt, dem Selbst des Bewusstseins und dem neuronalen System drei Instanzen als Ursache von individueller Motivation und entsprechendem Handeln konstruieren. Gerade im Kontext der Suchthematik ist klar, dass diese externen Motivationsanlässe nicht nur günstig sein müssen, sondern auch der Aufrechterhaltung der Sucht dienen können – etwa bei Gruppendruck auf der sozialen, bei Stress auf der psychischen und bei einem (psychisch als «Craving» erlebten) Dopamin-Defizit auf der neuronalen Ebene. Der Einfluss des Bewusstseins selbst (etwa im Rahmen des erwähnten «internen Selbstverständnisses») ist in diesem komplexen bio-psycho-sozialen Zusammenspiel von Einflussfaktoren alles andere als allmächtig. Vielmehr kann auch es nur versuchen, das erwünschte Verhalten aus einer «internen Umweltperspektive» zu erreichen. Dabei ist es den gleichen Beschränkungen unterworfen wie die andern Motivationsinstanzen auch. Eine alkoholabhängige Person kann sich immer wieder und mit Nachdruck vornehmen, mit dem Trinken aufzuhören. Das körperliche Verlangen nach Alkohol und/oder externe (Schlüssel-)Reize untergraben diesen Vorsatz stets aufs Neue.

Mit Blick auf das neuronale System liesse sich entsprechend formulieren, dass der präfrontale Kortex, der für die bewussten Entscheidungen und die Emotionsregulierung zuständig ist, nur beschränkten Einfluss auf die andern Prozesse des neuronalen Systems hat. Er befindet sich gegenüber den andern Bereichen (Subsystemen) des neuronalen Systems wie dem Belohnungs- oder Motivationssystem²⁰ lediglich in einer Umweltposition mit allen Beschränkungen der Einflussmöglichkeiten, die sich aus dieser Perspektive ergeben. Der Umstand, dass die Mehrheit der Rauchenden mit Rauchen aufhören möchte, aber diesen Schritt nicht resp. erst nach einiger Zeit schafft, ist ein überzeugender Beleg dafür. Dem Bewusstsein fällt dann die Aufgabe zu, mit den «kognitiven Dissonanzen» umzugehen, die sich aus dem Wissen über die Schädlichkeit des Rauchens und dem gleichzeitigen Verlangen, weiter zu rauchen, ergeben. Eine Strategie kann dann sein, das ungesunde Verhalten (Rauchen) mit kompensatorischen Gesundheitsüberzeugungen zu rechtfertigen («Ich treibe ja Sport», «Pausen sind wichtig») und es so aufrecht zu erhalten.²¹

torischen Gesundheitsüberzeugungen zu rechtfertigen («Ich treibe ja Sport», «Pausen sind wichtig») und es so aufrecht zu erhalten.²¹

Abschliessende Bemerkungen

Angesichts der hier ausgebreiteten Überlegungen zur operationalen Geschlossenheit autopoietischer Systeme und den hochkomplexen Beeinflussungs- resp. Motivationsverhältnissen auf dem Weg zur erfolgreichen Bewältigung einer Sucht erscheint die Diskussion um die Bedeutung der Selbstheilung von Sucht eher müssig. Jede Heilung von Sucht ist aus dieser Perspektive letztlich Selbstheilung, ob sie nun mit oder ohne Unterstützung von professioneller Hilfe oder einer Selbsthilfegruppe erfolgt. Diese organisierten Formen von Suchthilfe entsprechen schlicht ganz besonderen Umweltbedingungen, die den Suchtausstieg begünstigen können, dies aber nicht zwangsläufig tun, da der Verlauf der Sucht durch zahlreiche weitere Faktoren beeinflusst wird. Wie erwähnt ist es auch nicht so, dass der spezifisch als «Selbstheilung» bezeichnete Weg aus der Sucht jeglichem Einfluss externer Faktoren entzogen ist. Das Leben eines Menschen vollzieht sich im Kontext einer sich laufend verändernden Umwelt. Das bedeutet, dass die Lebensumstände kontinuierlich variieren und sich dabei ständig neue Chancen zum Suchtausstieg ergeben. Ob Rauchen, Alkoholkonsum oder illegale Drogen – viele Süchtige schaffen den Ausstieg hin zur Abstinenz oder zum kontrollierten Konsum ohne professionelle Hilfe und viele schaffen ihn nicht, obwohl sie professionelle Unterstützung oder den Beistand von Selbsthilfegruppen in Anspruch nehmen.

Diese Erkenntnis ist explizit kein Plädoyer für die Abschaffung organisierter Formen von Suchthilfe. Für viele Menschen ist diese Art von Unterstützung für den Ausstieg aus der Sucht von zentraler Bedeutung – selbst wenn dieser Ausstieg durch mehrere Rückfälle verlängert wird. Für andere jedoch ist organisierte Suchthilfe nicht der Umweltfaktor, den sie brauchen, um den Suchtausstieg zu schaffen. Entsprechend soll weiterhin angestrebt werden, die professionelle und nicht professionelle Suchthilfe zu diversifizieren und ihre Qualität zu verbessern, ohne dabei der Illusion zu unterliegen, man hätte mit diesen Formen organisierter Suchthilfe einen Königsweg aus der Sucht gefunden, der alle zum angestrebten Ziel bringt. Die beschriebenen «systemischen» Verhältnisse, die durch hochkomplexe System/Umwelt-Konstellationen und operationale Geschlossenheit autopoietischer Systeme begründet sind, legen eine gewisse Bescheidenheit in Hinblick auf die organisierten Einflussmöglichkeiten nahe. Wie die Referenz auf die Placebo-Studien in der Medizin und auf Beispiele aus der Pädagogik gezeigt hat, gilt diese Relativierung der Interventionsmöglichkeiten bei weitem nicht nur für die Suchthilfe, sondern für alle professionellen Handlungsfelder. ●

Literatur

- Adams, R. (1958): Internal-mammary-artery ligation for coronary insufficiency. *The New England Journal of Medicine* 258: 113-115.
- Barbuto, J.E./Scholl, R.W. (1998): Motivation sources inventory: development and validation of new scales to measure an integrative taxonomy of motivation. *Psychological Reports* 82: 1011-1022.
- Bateson, G. (1972): *Steps to an ecology of mind*. San Francisco: Chandler.
- Bauer, J. (2006a): *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. 8. Auflage. Frankfurt: Piper.
- Bauer, J. (2006b): *Das Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Cobb, L.A./Thomas, G.I./Dillard, D.H./Merendino, K.A./Bruce, R.A. (1959): An evaluation of internal-mammary-artery ligation by a double-blind technic. *The New England Journal of Medicine* 260: 1115-1118.
- Fuchs, P. (2002): Die konditionierte Koproduktion von Kommunikation und Bewusstsein. S. 150-175 in: Arbeitsgruppe «menschen formen»



am Institut für Soziologie der freien Universität Berlin (Hrsg.): Verschiede der Kultur, Aufsätze zur Kippe kulturanthropologischen Nachdenkens. Marburg: Tectum-Verlag.

Fuchs, P. (2005): Die Psyche. Studien zur Innenwelt der Aussenwelt der Innenwelt. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.

Hafen, M. (2009): Mythologie der Gesundheit. Für eine Integration von Salutogenese und Pathogenese. 2. Auflage. Heidelberg: Carl Auer.

Kegel, B. (2009): Epigenetik – Wie Erfahrungen vererbt werden. Köln: Dumont.

Luhmann, N. (1994): Soziale Systeme – Grundriss einer allgemeinen Theorie. 5. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Luhmann, N. (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Luhmann, N. (2000): Organisation und Entscheidung. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Radtke, T./Scholz, U./Keller, R./Knäuper, B./Hornung, R. (2011): Smoking-specific compensatory health beliefs and the readiness to stop smoking in adolescents. *British Journal of Health Psychology* 16(3): 610-625.

Sobell, Linda C. (2006): Das Phänomen Selbstheilung: Überblick und konzeptionelle Fragen. S. 7-47 in: H. Klingemann/L.C. Sobell (Hrsg.): Selbstheilung von der Sucht. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Tacke, V. (2011): Systeme und Netzwerke – oder: Was man an sozialen Netzwerken zu sehen bekommt, wenn man sie systemtheoretisch beschreibt. *Systemische Soziale Arbeit. Systemtheorie und Soziale Arbeit, Journal der dgssa* 2 + 3: 6-24.

von Foerster, H. (1998): Abbau und Aufbau. S. 32-51 in: F.B. Simon (Hrsg.), *Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Therapie*. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Windeler, J. (2007): Placebo-Effekte. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen – German Journal for Quality in Health Care* 101 (5): 307.e1-307.e7.

Endnoten

- 1 Vgl. Adams 1958; Cobb et al. 1959. Selbstverständlich wussten die operierenden Ärzte, wer unter der Narkose wie operiert wurde. Dieses Problem konnte dadurch entschärft werden, dass die Begleitung der PatientInnen vor und nach der Operation durch andere Ärzte erfolgte, die nicht wussten, wer wie operiert werden sollte.
- 2 Vgl. Windeler 2007.
- 3 Vgl. grundsätzlich Luhmann 1994 & 1997.
- 4 Altgriechisch «auto» = selbst und poein = machen.
- 5 Vgl. dazu etwa Fuchs 2005.
- 6 Bateson 1972: 315.
- 7 Luhmann 1994: 605f.
- 8 Epigenetik ist die Lehre der Gen-Aktivierung. Als gut verständliche Einführung in die Epigenetik vgl. Kegel 2009.
- 9 dazu etwa Bauer 2006a: 45f.
- 10 Vgl. Fuchs 2002.
- 11 Luhmann 2000: 401.
- 12 Vgl. von Foerster 1998.
- 13 Der Begriff «Selbsthilfe» wird in diesem Sinn zur Bezeichnung der organisierten Selbsthilfe verwendet. Die individuelle Selbsthilfe (oder Selbstbefähigung etc.) wird terminologisch der «Selbstheilung» zugeordnet. Diese Zuordnung ist auch in der Selbstheilungsforschung üblich; vgl. dazu etwa Sobell 2006: 12.
- 14 Zur Form und Funktion der Sozialsystemform «Organisation» vgl. Luhmann 2000.
- 15 Zum systemtheoretischen Verständnis formaler Organisationen vgl. Luhmann 2000 und zum systemtheoretischen Verständnis von Netzwerken Tacke 2011.
- 16 1994: 124.
- 17 Vgl. dazu in Hinblick auf die Gesundheit Hafen 2009: 59ff.
- 18 Zum Sinnbegriff aus systemtheoretischer Perspektive vgl. Kap. 2 in Luhmann 1984.
- 19 Vgl. von Foerster 1998.
- 20 Vgl. Bauer 2006b (24ff.).
- 21 Vgl. Radtke et al. 2011.