

## Aufstellungen in der Suchtrehabilitation – Erfahrungen und Ergebnisse

Albrecht Mahr und Horst Brömer

Der Tannenhof Berlin-Brandenburg e. V. (THBB) bildet ein Netzwerk von Einrichtungen der Suchtrehabilitation, der Betreuung von Kindern mit auffälligem Verhalten und sogenannter Schuldistanz, der Schul- und Berufsausbildung für Jugendliche und junge Erwachsene in Berlin und Brandenburg. Familienaufstellungen werden seit 1998 in einigen Einrichtungen der Suchtrehabilitation des THBB angeboten. Die Familienaufstellungen wurden dokumentiert. In diesem Bericht sollen Erfahrungen und einige der Ergebnisse von 139 der insgesamt 180 Aufstellungen im Zeitraum von 1999 bis 2007 vorgestellt werden. In einer für 2009 geplanten katamnestischen Studie sollen längerfristige Wirkungen der Aufstellungsarbeit in der Suchtrehabilitation untersucht werden.

Im Folgenden werden zunächst Erfahrungen mit der Aufstellungsarbeit aus der Sicht des Aufstellers (Albrecht Mahr) vorgestellt. Anschließend stellt Horst Brömer, psychologischer Psychotherapeut und Geschäftsführer des THBB, die Einrichtung vor und berichtet von Ergebnissen der Auswertung. Dem großen Interesse der Fachteams des THBB und der vielen Patientinnen und Patienten ist es zu verdanken, dass wir über einen Zeitraum von zehn Jahren wertvolle Erfahrungen zur Aufstellungsarbeit in der Suchtrehabilitation sammeln konnten.

### Sucht: ein biopsychosoziales Phänomen

Bei den Klienten des Tannenhofs geht es um sogenannte stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen (Drogen, Alkohol und Medikamente mit Suchtpotenzial), neben denen es ja eine Vielzahl von nichtstoffgebundenen Abhängigkeiten<sup>1</sup> gibt.

Sucht ist überdeterminiert, das heißt, sie hat zahlreiche wechselwirkende Ursachen, kann nur mit einem interdisziplinären Ansatz verstanden und mit einem entsprechend breiten Therapieangebot angemessen behandelt werden. Die *Bio- und Neurowissenschaften* kennen die für Suchtentwicklung wichtigen Hirnareale (zum Beispiel den Nucleus accumbens im basalen Vorderhirn), die Bedeutung des Botenstoffes Dopamin, unterschiedliche Rezeptoren für verschiedene Drogen sowie spezifische Gene, die die Suchtdisposition verstärken bzw. reduzieren.

Der Konsum von Suchtstoffen belastet und verändert die Strukturen und Funktionen des Gehirns. Aus der Forschung und aus der Lebenspraxis der Rekonvaleszenten wissen wir, dass die Beeinträchtigungen zumeist reversibel sind. Das Gehirn erweist sich auch hier als überaus plastisch und anpassungsfähig.

Die *Sozialwissenschaften* beschreiben den Gebrauch von Drogen in seinen kulturellen, politischen und historischen

Bedingungen. Von großer Bedeutung ist der Zusammenhang von sozialer Benachteiligung und Drogen-, vor allem Alkoholkonsum, wie er zum Beispiel in den indigenen Gesellschaften der nordamerikanischen Indianer oder der australischen Aborigines vorherrscht (siehe unten dazu auch das Beispiel aus Russland). Darüber hinaus führt jeder massive und anhaltende soziale und körperliche sowie seelische Stress, auch erlittene und zugefügte Kriegs- und Vertreibungstraumata, regelmäßig zu kollektiven Bewältigungsversuchen vor allem in Form von Alkoholmissbrauch. Die davon abweichenden positiven Bewältigungsmuster sind durch die Resilienzforschung gut beschrieben worden.

Um Sucht als ein im weitesten Sinn *psychologisches Phänomen* geht es im Folgenden.

## Die Aufstellungsarbeit in der Suchtrehabilitation

### Der Rahmen

Nach dem körperlichen Entzug stehen dem Suchtkranken im THBB sehr vielfältige voll- und teilstationäre sowie ganztägig-ambulante Therapieangebote zur Verfügung. Die Aufstellungen im stationären Setting fanden bisher zweimal jährlich als zweitägiges Seminar in einer Gruppe von circa 25 Teilnehmer/-innen statt. Die Teilnehmer (in der Regel zwischen 18 und circa 45 Jahre alt) können sich als Interessierte ohne eigene Aufstellung oder mit einem Aufstellungsanliegen anmelden. In einer Vorbereitungsgruppe wird die Aufstellungsarbeit kurz vor dem Seminar ausführlich vorgestellt. In den beiden Seminartagen können insgesamt 12 Teilnehmer/-innen eine eigene Aufstellung durchführen. Am Seminar nehmen auch die Bezugstherapeut(innen) sowie Gäste aus anderen Einrichtungen als teilnehmende Beobachter teil. Die Bezugstherapeuten fertigen Protokolle der Aufstellung an als Grundlage für die Weiterbetreuung der Seminarteilnehmer. Ich schreibe nach dem Seminar ein Protokoll von jeder Aufstellung, das den Bezugstherapeuten zugeleitet wird. Es enthält Überlegungen zur individuellen und zur Systemdynamik, weiterführende Fragen, wo möglich praktisch relevante Hinweise auf die Prognose sowie Therapievorschlüsse.

### Die Vielfalt von Suchtdynamiken

Ähnlich wie in der Psychosomatik sind die Dynamiken bei Suchterkrankungen sehr vielfältig. Obwohl belastete/fehlende Vaterbeziehungen ihren Anteil an Suchtdynamiken haben<sup>2</sup> – unter Aufstellern gelegentlich noch als „die“ Ursache für Suchtentwicklungen angesehen –, sind sie nach unseren Erfahrungen eingereiht in eine Vielzahl von Ursachen, die uns auch hier einladen, jedes Mal neu mit dem Fragen zu beginnen und nicht zu rasch zu wissen.

## Familienstrukturen

Wir treffen bei Suchtkranken regelmäßig auf sehr komplexe Familienstrukturen, die jedoch per se nicht suchtspezifisch sind. Zum Beispiel finden wir häufig:

Frühe Trennung der Eltern mit Kindern aus mehreren früheren und nachfolgenden Beziehungen, das heißt, die Klienten erleben oft sehr frühe und wiederholte Beziehungsabbrüche mit Eltern und Stiefeltern und haben oft eine ganze Reihe von Halb- und Stiefgeschwistern. Dabei spielen im Hintergrund der Eltern und Großeltern die Nachwirkungen unbewältigter Erfahrungen aus der Nazizeit, dem 2. Weltkrieg, Vertreibungsschicksalen und Migration sehr oft eine entscheidende Rolle.

Kinder (die späteren Klienten) werden von überforderten oder drogenkranken Eltern in Heime oder zu Pflegeeltern gegeben, oder sie kommen zu Adoptiveltern, nicht selten ohne ihre leiblichen Eltern zu kennen, häufig auch lange Zeit im Unklaren über die Tatsachen. Oft sind mehrere Familienangehörige alkohol- oder drogenabhängig mit der Folge von Haltlosigkeit, Gewalt, sexuellem Missbrauch, sozialem Abstieg, Verarmung und Verwahrlosung bei den Erwachsenen und in der Folge auch bei den Kindern. Die Klienten selbst setzen diese Beziehungsmuster fort. Sie haben zum Beispiel mehrere Kinder von unterschiedlichen Partnern, die ebenfalls drogenabhängig sein können. Als Erwachsene fühlen sie sich mit all dem überfordert, wo sie sich selbst doch noch als notgereifte, bedürftige Kinder empfinden.

Klient(inn)en mit solchen Erfahrungen fühlen sich chronisch eingespannt in eine Situation extremer und unüberbrückbarer Widersprüche mit der Anforderung, die brüchige Familie irgendwie zusammenzuhalten, den bedürftigen und haltlosen Eltern Stütze und Halt zu bieten, deren Schuld stellvertretend für sie, die Eltern, auszuhalten, zu tragen und auszugleichen, die eigenen Gefühle von Ungeborgenheit, Verzweiflung und einer oft massiven, mörderischen Wut zu bewältigen und schließlich mit den Schuldgefühlen aus der Unzulänglichkeit als überforderte Partner und Eltern eigener Kinder zurechtzukommen. Nicht nur einmal hörten wir von Teilnehmer(inn)en im Tannenhof sinngemäß: „Lieber sterbe ich, als das alles fühlen zu müssen.“

Besondere Beachtung verdienen das Dealen und seine Folgen, die im Extrem zum Tod von anderen Abhängigen führen können. Die damit verbundene Schuld wird vom Klienten meist verleugnet mit der Folge, dass die unbewusste Neigung zu Sühne und Selbstbestrafung sich in einer verstärkten Drogensucht fortsetzt.

Die beschriebenen Erfahrungen führen schließlich zu einer derartigen Intensität von Gefühlen, die weder ausgedrückt noch abgewehrt werden können, dass sie traumatische Ausmaße annehmen, das heißt mit innerseelischer Verarbeitung und guten unterstützenden Beziehungen nicht

mehr bewältigt werden können, sodass schließlich eine andauernd traumatisierende Situation entsteht. Typische Folgen sind dann: ein tiefes Bedürfnis, endlich einmal zu erlösender Ruhe und zu tiefer Entspannung zu kommen und anhaltend und bedingungslos geliebt und bestätigt zu werden. An dieser Stelle werden Drogen dann zu unverzichtbaren Helfern dabei, die unerträglichen Spannungen durch Wohlbefinden zu ersetzen.

### Zur Bedeutung der Drogen

Ganz typisch beginnt der Drogenkonsum, meist zunächst mit Tabak als der Einstiegsdroge, dann mit Alkohol und/oder Haschisch, im Alter von 12 bis 14 Jahren. Die untrüglich sich meldende Pubertät bedeutet das Ende einer überfordert-unerfüllten Kindheit und die düstere Aussicht, in ein überfordert-unerfülltes Erwachsenenleben hineinzuwachsen. Das existenzielle Bedürfnis und die Illusion, das Versäumte doch noch erleben zu können, erfüllt die Droge, wie es ein Klient im Tannenhof beschrieb: „Die Droge gibt mir die schöne Erfahrung, die ich mit meinen Eltern nie hatte: Entspannung, Verbindung, Wärme, aufgehoben sein. So richtig genährt mit Zuwendung und Anerkennung. Mit der Droge weiß ich für 'ne Weile: du bist richtig, du bist gut. Hat mir sonst keiner gesagt.“

Neben dieser für fast alle Abhängigen gültigen Grunderfahrung – mit dem Drogenenerlebnis wird die entbehrte gute Familie zur illusionären Gewissheit – haben wir noch weitere und zum Teil ganz unterschiedliche Bedeutungen der Drogen gefunden. Dabei hat uns geholfen, dass wir die Sucht jedes Mal als Stellvertreter in die Aufstellung genommen haben (siehe unten) und ihre Bedeutung auf diese Weise deutlicher erkennen konnten.

Hier einige Möglichkeiten:

Die Droge stiftet Verbindung zu einem verlorenen Familienmitglied oder einem anderen geliebten Menschen. Seelisch *wird* die Droge für den Klienten dann tatsächlich die frühgestorbene Mutter, der vermisste Vater, die beim Unfall umgekommene Schwester oder das noch vor der Geburt gestorbene Zwillingsgeschwister.

Den Wunsch, einem geliebten Menschen in den Tod zu folgen, erfüllt die Droge auf paradoxe Weise: In der Drogenenerfahrung ist der Wunsch bereits, wenn auch nur illusionär, erfüllt, „ich bin schon dort, bei dir, für immer“. Tatsächlich aber lebt der/die Betreffende ja noch, die Droge hat ihr/ihm, vorerst, das wirkliche Sterben, den Selbstmord erspart. Und manchmal kann ein Klient den Spielraum nutzen und aus dem Illusionären der drogenbedingten Wunsch Erfüllung aufwachen und tatsächlich „ernüchtern“ zu der Erfahrung, dass bei Weitem die beste Verbindung zu den Toten in der Entfaltung des eigenen guten Lebens liegt.

Eine wichtige Variante des bisher Gesagten ist die „Identifikation mit dem Aggressor“, wie sie vor allem von Arno Gruen so engagiert und facettenreich beschrieben wurde. Die Spannung zwischen der verleugneten eigenen Wahrheit und den stattdessen von den Eltern (den „Aggressoren“) übernommenen Wahrnehmungen kann so unerträglich sein, dass die Droge das Unmögliche erlaubt: den Rückzug in die eigene, gute innere Wirklichkeit und zugleich die Verbindung zu den guten Eltern, deren Schattenseiten für eine Weile in den Hintergrund der Wahrnehmung treten.

So sind Drogen *auch* kreative, zumindest aber lebenserhaltende Lösungsversuche, für die es zur gegebenen Zeit nur die Alternative von schrecklicheren Lösungen wie Gewalt, völligem Beziehungsabbruch oder Selbstmord gegeben hätte. Der Preis für diese Lösungen verbietet es natürlich, sie zu idealisieren. Ihr „dennoch Gutes“ anzuerkennen aber hilft dem Klienten, seine Minderwertigkeits- und Schamgefühle zu mildern, und dem Therapeuten, seine Wertschätzung für den Klienten zu stärken.

Zum Thema Drogen und Schuld. Ein Drogenabhängiger kann auf drei Weisen mit realer eigener Schuld<sup>3</sup> zu tun haben. Er kann (siehe oben) durch Dealen anderen Abhängigen unter Umständen schwer geschadet haben. Er kann andere in die Abhängigkeit hineingezogen oder ihren Ausstieg erschwert haben. Und schließlich hat er oft seinen Angehörigen, seinen Partnern und vor allem auch seinen eigenen Kindern sehr viel an Verwirrung, Schmerzen, Angst und manchmal auch an Gewalt zugemutet. Zunächst verursachen die Drogen dieses Verschulden, um anschließend dem Versuch zu dienen, mit den eigenen, meist archaisch-aggressiven

Gewissensinstanzen, sprich den heftigen Schuldgefühlen zurechtzukommen, ganz nach der Regel: „Das Über-Ich ist eine Substanz, die nur in Alkohol löslich ist.“

Drogen, ähnlich wie manchmal auch Krankheiten, können die „Sprache“, der Hinweis sein, mit der ein Klient ein abgelehntes oder ausgeschlossenes Familienmitglied erinnert, das heißt wieder in das Innere und die Zugehörigkeit der Gruppe holt. Das trifft nicht nur für ausgeschlossene alkoholranke Gruppenmitglieder zu, sondern für alle Menschen, denen ihre naturgegebene Zugehörigkeit zur Familie, bekanntlich eine amoralische Tatsache, aus moralischen Gründen abgesprochen wird. Gelingt es nun zum Beispiel durch eine Aufstellung, das aufzuklären, gelingt also die Des-Identifizierung des Klienten mit dem Ausgeschlossenen, so kann er, wie wir das einige Male erlebt haben, unter kaum noch kontrollierbarem Suchtdruck kommen. Warum? Das Lösen einer Identifizierung bringt die Gefahr mit sich, nun ganz zu sich zu kommen und die Frage zu stellen: Wer *bin* ich nun eigentlich? Das kann als eine unangenehme, ja quälende Leere, Getriebenheit und Verwirrung erlebt werden, die am sichersten nur durch die Droge überwindbar scheint.

Nach meiner Schätzung sind etwa 50 % der erlebten Aufstellungsklienten direkt oder indirekt von den Nachwirkungen des 2. Weltkriegs und des Nationalsozialismus betroffen. Ein Klient zum Beispiel war mit einem alkoholkranken Großonkel verbunden, der im nationalsozialistischen Euthanasieprogramm umgebracht wurde. Ein anderer erinnerte unbewusst an jüdische Kinder, bei deren Deportation ein Urgroßvater beteiligt war. Der gleiche Klient hat durch Dealen andere Abhängige schwer geschädigt und war deswegen für zwei Jahre im Gefängnis.

Dieser Klient steht für viele andere: Mit der Drogenerfahrung verschmelzen in ihm Opfer- und Täteridentitäten und ihre unauflösbaren Widersprüche, und manchmal können Aufstellungen einen Weg eröffnen, diese dunklen Loyalitäten zu erkennen, zu entflechten und sich daraus voller Achtung für die ursprünglich Beteiligten zurückzunehmen – kein einfacher, aber ein lohnender Weg.

Drogen sind manchmal auch das in der Not Verbindende, vor allem in großen Gruppen, deren Mitglieder die gleichen schweren Lebensbedingungen teilen.

In Russland – und das gilt entsprechend in vielen anderen Ländern – wurde mir mehrfach berichtet, dass in manchen Regionen die Lebensbedingungen und die Zukunftsperspektiven so anhaltend reduziert sind, dass schwerer Alkoholmissbrauch wie eine endemische Krankheit verbreitet ist mit der Folge, dass die Männer im Schnitt nicht älter als 55 Jahre alt werden. Klienten, die aus einem solchen Gebiet kommen, trinken aus Treue zu ihren dort zurückgelassenen Leuten und teilen mit ihnen das Gefühl, dass ein unwürdiges Leben – arbeitslos, keine Kraft für anhaltende Partnerschaften und dafür, Kinder zu ernähren, großzuziehen und ihnen Wege in die Welt zu öffnen – seinen Wert verloren hat und schlimmer ist, als früh zu sterben. Für Klienten, die aus einem solchen Hintergrund kommen, ist das Nüchtern- und Gesundwerden mit einer besonderen „Schuld des besseren Lebens“ verbunden, bei deren Überwindung Aufstellungen manchmal helfen können. Ein Phänomen, das auch aus anderen Zusammenhängen bekannt ist wie zum Beispiel bei Kindern, die aus desolaten Verhältnissen in stabile und liebevolle Familien adoptiert werden.

### Spiritus contra spiritum

Als Überleitung zu unseren therapeutischen Erfahrungen und Vorschlägen von der Aufstellungsarbeit im Tannenhof möchte ich an jenes „Ur-Wort“ von C. G. Jung erinnern, das zur Grundlage der Bewegung der Anonymen Alkoholiker AA wurde. Die Gründer der Anonymen Alkoholiker, Bill und Bob, standen mit Jung in Briefkontakt, und 1961 schrieb Jung: „Sehen Sie, Alkohol bedeutet auf Lateinisch ‚spiritus‘, und man verwendet das gleiche Wort für die höchste religiöse Erfahrung wie auch für das verderblichste Gift. Die hilfreiche Formel ist daher: *spiritus contra spiritum*.“ Im genannten Briefwechsel beziehen sich Jungs Empfehlungen für einen schwer alkoholabhängigen Mann – und

wir dürfen vermuten: für Abhängige allgemein – auf wirklich erlebte, tiefe spirituelle (nicht an eine bestimmte Konfession gebundene) Wandlungserlebnisse, die durch Aufsuchen eines spirituellen Umfeldes, Gebets- und Meditationspraxis und eine entsprechende Lebensführung vorbereitet und gebahnt werden können.

Das weltweit verbreitete 12-Schritte-Programm der AA ([www.anonyme-alkoholiker.de](http://www.anonyme-alkoholiker.de)), auf das auch im Tannenhof Bezug genommen wird, verbindet in eindrucksvoller Weise das Erfahrungswissen der Suchtkranken, die ihre Erkrankung erfolgreich zum Stillstand gebracht haben, mit den Erfahrungen und Aussagen spiritueller Lehren und differenzierter Psychotherapieansätze sowie der transpersonalen Therapieformen.

### Aufstellungserfahrungen

Das häufigste Anliegen der Klienten am Tannenhof wird in vielen Variationen etwa so formuliert: „Warum waren meine Eltern so?“ „Wieso will mein Vater nichts von mir wissen?“ „Warum bin ich so geworden?“

Es hat sich sehr bewährt, die Aufstellungen mit Suchtpatienten wie die ganz langsame und sehr sorgfältige Entwicklung eines Genogramms zu gestalten: Was genau ist geschehen? Welche äußere und vor allem innere Wirkung hatte das auf die Beteiligten? Welche Deutungen wurden „vereinbart“, das heißt zum Beispiel, wer wurde wofür als schuldig angesehen? Welche anderen Deutungen sind auch möglich und stimmen vielleicht eher: Sie geben den Beteiligten dann mehr Kraft, Lebendigkeit, Wärme und Herzlichkeit.

Dieses Vorgehen führt regelmäßig zu intensiven Gefühlen wie Traurigkeit, Schmerz, Sehnsucht, aber auch zu heftiger kalter oder heißer Wut und natürlich immer wieder zu Schamgefühlen und großer Angst. Es ist entscheidend, dass diese Gefühle, vielleicht erstmals, Ausdruck finden können. Ein Gutteil der Arbeit besteht darin, den Bewegungen dieser Gefühle, ihrem Aufscheinen und Verschwinden in all ihren Verzweigungen zu folgen, um den Klienten diese Terra incognita langsam als vertrauenswürdig und nicht nur als die bekannte „halt- und bodenlose Hölle“ (wie das ein Klient nannte) erleben zu lassen.

Damit ist auch angedeutet, dass viele Patienten zum Teil schwer traumatisiert sind und eine entsprechende Begleitung durch die Aufstellung brauchen, worauf ich in diesem Text nicht eigens eingehe.

Das Erleben von Gefühlen im nüchternen Kontext ist zentral. Eine der Einflüsterungen der Droge lautet ja: „Nur mit meiner wohlwollenden Hilfe kannst du mit diesen heftigen Gefühlen umgehen, von denen ja keiner etwas wissen will, die ins Leere gehen und dich in beschämende und absolut unerträgliche Situationen bringen.“ Der Mut, dieser Eingebung jetzt nicht zu folgen, kommt im Wesentlichen auch

aus dem Setting und dessen bewusster Handhabung. Die anwesenden Gruppenteilnehmer sind Zeugen, die nicht urteilen oder richten, sondern bezeugen: „Damit ringst du. Genau so sind deine Ängste. Das willst du unbedingt ändern. Das ist deine Hoffnung.“ Sie sind nicht Zuschauer, sondern Teilhabende, und der Klient ringt um seine eigene Wahrheit auch für sie. Diese Gruppenkultur, die ich immer wieder anspreche und unterstütze, hat für den Umgang mit Gefühlen und damit mit einem zentralen Element der Drogendynamik einen gar nicht zu überschätzenden Wert.

Die beschriebene sorgfältige Entfaltung der Lebensgeschichte bedeutet auch, dass der Klient sich nicht mehr nur als das Opfer versagender Eltern oder Umstände sehen kann, wozu auffallend viele der Seminarteilnehmer neigen. Der Abschied von der Opferidentität und damit auch von kindlicher Hilflosigkeit ist – nicht nur für Drogenabhängige – eine Bastion, die nicht gerne kampfflos aufgegeben wird. An dieser Stelle sind manchmal harte Konfrontationen notwendig, die zum Beispiel die verheerenden Folgen anhaltender Opfer-Vorstellungen betreffen. Ein Teil der therapeutischen Kunst besteht darin, Entschiedenheit und grundlegendes Wohlwollen bei sich selbst in sicherer Verbindung zu halten.

Die eben erwähnte Bastion betrifft auch den Kampf um die Illusion von den guten Eltern, in dem die Drogen ja einen wichtigen Platz einnehmen. Es kann sehr lange dauern (und natürlich nicht in nur einer Aufstellung gelingen), bis die große Befreiung erlebt wird, die das Ende jener Illusion bedeutet. Die begleitenden Gefühle führen am Ende eben nicht in die gefürchtete Hölle von endgültiger Einsamkeit und Wertlosigkeit, sondern mitten hinein in ein viel interessanteres Leben, als es die Drogen je vermitteln konnten.

Die wichtigsten Helfer auf diesem Weg sind oft die Kinder der Klienten. Es kann wirklich entscheidend sein, nach ihnen zu fragen und sie an der Aufstellung zu beteiligen. Sie sind es immer wieder, die eine Entscheidung des Klienten zu-gunsten des Lebens wenden, die ihn erwachsen werden und Zustimmung zu seinen Leuten und seinem Weg finden lassen.

Wir stellen regelmäßig auch einen Stellvertreter für die Sucht auf. Immer wieder einmal haben wir in „Koabhängigkeit“ mit dem Klienten vergessen, sprich verleugnet, dass es ernst ist; dass es neben den Familienfragen auch um Leben und Tod, um die Sucht geht und dass diese Tatsache eine konkrete Präsenz in der Aufstellung braucht.

Die aufgestellte Sucht kann, wie oben geschildert, viele Bedeutungen annehmen, und sie kann Hinweise geben, welche Schritte des Klienten sie zurücktreten oder stärker werden lassen. Selbst wenn sie einmal ganz in den Hintergrund tritt mit einer Mitteilung wie „Ich bin jetzt überflüssig“ (was sehr selten der Fall ist), so ist für den Klienten damit lediglich ein möglicher Weg bezeichnet, auf dem eine Menge Versuchungen und Herausforderungen auf ihn warten.

Schließlich noch ein kurzes Wort zu den eigenen Erfahrungen bei der Arbeit im Tannenhof. Manchmal sind die Wucht der miterlebten Schicksale, die durchdringende Aussichts- und Hoffnungslosigkeit und die sich zunächst einstellende Ratlosigkeit doch sehr herausfordernd. Andererseits sind der Mut, die Offenheit und die Direktheit der Teilnehmer, die mit „Psycho“ meist wenig im Sinn haben, so berührend, oft auch herzerfrischend und anhaltend lehrreich, dass ich vor allem dankbar bin für die reichen Erfahrungen im Tannenhof.

Die Dokumentation wurde von Beginn an durchgeführt. Darüber und über die Auswertung der strukturierten Fragebögen berichtet im Folgenden Horst Brömer.

### Die Suchtrehabilitation

In der Suchtrehabilitation unter Federführung der Träger der Rentenversicherung geht es vor allem um die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Abstinenzfähigkeit. Grundlage der Arbeit bilden das von einem Rentenversicherungsträger anerkannte wissenschaftliche Konzept der Suchtrehabilitation und die entsprechende Ausstattung der Therapieeinrichtung mit der geforderten Qualifikationsstruktur des Teams und der Leitung. Dies erfolgt im Rahmen des Sozialgesetzbuches VI, und es handelt sich um eine Entwöhnungsbehandlung, um eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme. Die Definition der Sucht bezieht sich heute vor allem auf den ICD 10. Zukünftig wird der ICF größere Bedeutung gewinnen: Die International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) ist die medizinische Klassifikation zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung sowie der relevanten Umweltfaktoren von Menschen unter besonderer Beachtung der gesellschaftlichen Teilhabe.

Das Programm der Suchttherapie selbst ist differenziert und umfasst die medizinische Versorgung, die Gruppen- und Einzeltherapie, Arbeits- und Ergotherapie, die Einbeziehung des individuellen Umfeldes des Patienten und hier vor allem die der Angehörigen, Freunde, Partner und Kinder. Der Rentenversicherungsträger bestimmt Art, Umfang und Dauer der Therapie. Der Patient hat ein Wunsch- und Wahlrecht nach SGB IX.

Suchtberatungsstellen und niedergelassene Ärzte, aber auch die Beratungseinrichtungen der Rentenversicherer sollen suchtkranke Menschen auf die Reha-Möglichkeiten hinweisen und auf ihre Realisierung hinwirken. Die rein körperliche Entgiftung in einem Umfeld einer psychiatrischen oder inneren Station eines Krankenhauses kann nur Voraussetzung für einen beginnenden Heilungsprozess sein.

Die stationäre Suchtrehabilitation (Drogentherapie) dauert bis zu 26 Wochen; die stationäre Alkoholtherapie 12 bis

16 Wochen. Sie kann ergänzt werden durch die sogenannte Adaptionsbehandlung, eine ebenfalls stationäre Therapiemaßnahme mit der Ausrichtung auf die Arbeitswelt und die Unterstützung von Schritten des Rehabilitanden bei dem Wiedereintritt in das Umfeld „Arbeit“ mit all den bekannten Anforderungen und Tücken.

Bei meinem Bericht über die Erfahrungen mit Familienaufstellungen im Rahmen der Suchtrehabilitation möchte ich

mit einem aktuellen Text beginnen, mit dem wir die Seminare zu Familienaufstellungen im THBB ankündigen. Vor jedem Seminar findet eine Informationsveranstaltung von zwei Stunden statt. Im Vorfeld des Seminars werden in den Bezugsgruppen der Therapieeinrichtungen Inhalte und mögliche Bedeutung von Familienaufstellungen thematisiert.

Die Teilnahme am Seminar Familienaufstellung ist freiwillig.



## Familienaufstellung

### Was ist das?

Die Familie, in die wir hineingeboren werden, bewegt uns ein ganzes Leben lang.

Es ist uns oftmals nicht bewusst, und dennoch sind wir mit unserer Familie ein Leben lang verbunden. Wir haben ein inneres Bild von der Herkunftsfamilie, das oft unsere Beziehungen zu anderen Menschen und die Beziehung zu uns selbst bestimmt. Mitunter stehen wir der eigenen Entwicklung im Weg und verharren in scheinbar unlösbaren Konflikten und Schwierigkeiten. Das ist dann oft so, wenn unsere Herkunftsfamilie durch ein schweres Schicksal von Angehörigen (Trennung, Erkrankung, Verluste) belastet war. Solche Belastungen wirken viele Jahre weiter. Sie prägen unseren Umgang mit anderen Menschen in der Gegenwart, in der Familie und Partnerschaft, im beruflichen Team und in anderen Systemen.

In Familienaufstellungen haben wir die Chance, mehr über die Zusammenhänge von bestehenden Problemsituationen zu erfahren, als uns auf den ersten Blick ersichtlich ist. Sogenannte „ursprüngliche oder alte Muster“ können erkannt und in der weiteren Therapie bearbeitet werden. Die Aufstellungsmethode ist ein systemischer Ansatz, in dem das direkte Erleben zählt. Die jeweils individuelle Frage zu besonderen Erfahrungen und immer wiederkehrenden belastenden Erlebnissen wird in der Gruppe bearbeitet. Die Familienaufstellung wird an einem Seminartag durchgeführt. Der Aufstellungsleiter arbeitet mit der gesamten Gruppe.

### Wie geht es?

Die „aufstellende“ Person, die ihr Anliegen, also ihre zur Zeit wichtige Frage, vorbringt, beschreibt zunächst die Situation in einem kurzen Gespräch mit dem Aufstellungsleiter. Danach wird sie gebeten, dies in einem „Bild“ darzustellen. Sie wählt für die mit der Fragestellung verbundenen Menschen „Stellvertreter“ aus der Gruppe aus. Dann gibt sie – ihrem Gefühl folgend – den gewählten Stellvertretern einen Platz im Raum. Ein Bild der familiären Beziehung bzw. des Systems entsteht.

Der Therapeut erfragt die Empfindungen jedes einzelnen Stellvertreters an seinem Ort. So werden Gefühle, Beziehungen, Bindungen zwischen den einzelnen Mitgliedern des Systems sichtbar. Es gilt, all das zu sehen und anzuerkennen.

Über mehrere Zwischenschritte können sich Sichtweisen verändern, die neues Verhalten ermöglichen. Es geht meist nicht um Erklären oder um viele Worte; es gilt, eine „gute Lösung“ zu finden.

### Welche Erfahrungen gibt es damit?

Seit circa zehn Jahren bieten wir Aufstellungen für Menschen in Suchttherapie an. Es wird immer wieder deutlich, wie die Sucht im alltäglichen Leben wirkt; und wie wir durch Erkennen unserer vielen Möglichkeiten und durch die Ermunterung, die gefundene „gute Lösung“ auch in den zwischenmenschlichen Beziehungen zur Wirkung kommen zu lassen, unser Leben besser und stabiler ausrichten können.

### Wer nimmt daran teil?

Therapieklienten der Ambulanten Therapie (AMNEU) sowie der Ambulanten Nachsorgetherapie (ATHERNA) sind entweder als

- Teilnehmer mit eigenem Anliegen oder als
- beobachtender bzw. stellvertretender Teilnehmer dabei.

Ihre Therapeutinnen und Therapeuten begleiten Sie an diesem Seminartag selbstverständlich.

Der Text zur Aufstellungsvorbereitung vom Sommer 2008 gibt bereits unsere Erfahrungen mit Aufstellungen wieder:

Die Aufstellungen werden sowohl eintägig im ambulanten Setting als auch zweitägig im stationären Setting angeboten.

Der Gruppen- bzw. Einzeltherapeut ist immer Begleiter während des Seminars. Der Aufstellende weiß sich sicher in der Begleitung, und die Seminarerfahrungen werden so unmittelbar Teil des weiteren Verlaufs des Reha-Prozesses.

Jeder Interessierte kann freiwillig teilnehmen und wird in einer Vorbereitungsrunde näher mit den Ideen der Aufstellung vertraut gemacht (siehe oben). Therapeuten sprechen im Einzelfall auch Empfehlungen zur Teilnahme aus; mögliche bedeutsame Fragestellungen werden im Einzel- oder Gruppensetting erarbeitet.

Am Seminar nehmen die Aufstellenden, die sie begleitenden Therapeuten und teilnehmende Beobachter aus dem Tannenhof und anderen Einrichtungen teil, sodass eine Gruppe von circa 25 Personen zusammenkommt. Jede Einzelaufstellung wird vom zuständigen Therapeuten im Aufstellungsprotokoll skizziert. Im Aufstellungsfragebogen werden später nach Therapieende weitere Daten eingetragen, sodass die einzelne Aufstellung gut nachvollziehbar und erinnerbar ist. Der Aufstellende kann jederzeit dieses Protokoll nutzen, das eine wichtige Hilfe dabei ist, der Rückkehr in die alten Muster gegenzusteuern.

In den ersten Aufstellungen bemerkten wir, dass „etwas“ fehlte. Sie trafen nicht den wirklichen Kern; der inhaltliche und energetische Kontext zum Suchtgeschehen ließ sich kaum herstellen. Dann stellen wir regelmäßig eine/n Stellvertreter/in für die Sucht auf. Damit wurde die Aufstellung als vollständig und suchtbezogen authentisch erlebt.

Zwei wichtige Erfahrungen werden den Interessierten vorab immer nahegebracht: Es handelt sich um ein rein phänomenologisches Vorgehen, bei dem es mehr um unmittelbar überzeugende Wahrnehmungen als um Deutungen geht; die Wirkung ist direkt spürbar, wenn wir im Verlauf der Aufstellung etwas Zutreffendes, also eine angemessene Lösung für das aufgestellte Problem finden. Damit wird auch erklärt, dass der Begleiter der Aufstellungen, der Therapeut, keine „Einredungen“ vornimmt, sondern mit dem Aufstellenden zusammen nach stimmigen Lösungen sucht. Die zweite wichtige Aufstellungserfahrung ist, dass die in der jeweiligen Aufstellung auftauchenden Informationen zum Beispiel aus der Herkunfts- oder der Gegenwartsfamilie, die im Anfangsinterview nicht erwähnt wurden, von den Teilnehmenden spürbar und benennbar werden. Der überraschende Effekt wird dann oft so beschrieben: „Das ist ja genauso wie früher zu Hause!“

Es wurde immer wieder gesagt, dass bereits eine Aufstellung wirksam sei und das Hauptsymptom beseitigen könne. Das ist, zumindest im Bereich der Suchttherapie, mit Sicherheit nicht zutreffend.

Was können wir aus Sicht der stationären Therapie zu der Frage der Wirksamkeit von Aufstellungen beitragen? Das wollen wir mit den Ergebnissen unserer Datenauswertung diskutieren.

## Dokumentation und Datenauswertung

Der strukturierte Fragebogen umfasst Angaben zu: Person, zentrale Frage/Anliegen, Belastungen in der Familie, erster Schritt in der Aufstellung, Lösungen und wichtige Lösungssätze, das Schlussbild in der Aufstellung, Auswirkungen auf die Sucht und Prognose.

Die Auswertungen der Fragebögen erfolgte durch Stefan Wagner, Mitarbeiter für Datenverarbeitung und Patientenzufriedenheitsbefragungen des THBB, die statistische Vergleichsrechnung führte Prof. Michael Kraus, FH Magdeburg, durch. Wir haben N = 139 Fragebögen ausgewertet. Die Verteilung der Häufigkeiten wurden verglichen, nachdem die beiden Gruppen „Teilnehmer“ und „Nichtteilnehmer“ nach den Merkmalen der Teilnehmergruppe parallelisiert worden waren. Einige der Ergebnisse werden in diesem Bericht zitiert, die in größerem Umfang an anderem Ort veröffentlicht werden.

Die Suchtdiagnose nach ICD 10 der Teilnehmer an den Seminaren unterteilt sich in 56 % Opiat- und Heroinabhängigkeit, 22 % Polytoxikomanie und 13 % Kokainabhängigkeit. Statistisch gesehen sind die Patienten mit Opiat- bzw. Heroinabhängigkeit überrepräsentiert, was als Ausdruck für das individuelle Interesse an der Belebung und der Überprüfung der eigenen Erinnerungen verstanden werden kann, die mit der Droge Heroin besonders intensiv unterdrückt wurden.

Die Altersverteilung zeigt: 42 % zählen zur Gruppe der 20-bis 30-Jährigen, 40 % zu den 30 bis 40-Jährigen. Vergleicht man die Altersgruppen der Aufsteller mit den Altersgruppen der Vergleichsgruppe, so sieht man in der Vergleichsgruppe eine stärkere Jugendlastigkeit im Abschnitt 20–29 Jahre mit einem Peak im Bereich 20–24 Jahre, während die Aufsteller die stärkste Altersgruppe im Bereich 30–34 bilden.

Etwas mehr als 50 % der Aufstellenden befanden sich zum Zeitpunkt des Seminars zwischen 3 und 5 Monaten in stationärer Therapie.

Von den 139 Teilnehmern waren 44 % Frauen und 56 % Männer. In der Vergleichsgruppe der Therapieteilnehmer allgemein beträgt der Anteil der Frauen 29 %; in der Seminargruppe 43 %.

Die Datenauswertung zeigt einen weiteren signifikanten Unterschied: Die Teilnehmer an den Seminaren haben eine höhere Schulbildung.

## Untersuchungsergebnisse bezogen auf die Aufstellungen

Die überwiegende Zahl der Anliegen richtete sich an die Herkunftsfamilie; die Fragen drehten sich um die Beziehungen des Suchtkranken zu seinen Eltern bzw. dem alleinerziehendem Elternteil und formulierten häufig die erlebten Mängel wie frühes Verlassenwerden, Gewalt, Isolierung und Benachteiligung. Über 50 % der erwähnten Familien sind von Trennung gekennzeichnet (Trennung der Eltern, Verlust eines Familienmitgliedes) und/oder einem Todesfall im Elternhaus.) In über 20 % der Familien spielt Sucht eine dominierende Rolle – zumeist bei einem Elternteil. In den Abschlussequenzen der Aufstellungen ging es vor allem um die Hinwendung zu den Eltern und den Dank an die Eltern, verbunden mit der Erfahrung einer guten Abgrenzung; oft auch mit dem Gefühl, alte Verpflichtungen und Aufgaben gegenüber den Eltern losgeworden zu sein. Viele Teilnehmer erlebten das Abgeben von Verantwortung, die früh im Kindesalter bereits gespürt und dann angenommen wurde, als sehr erleichternd. Es fiel eine Last ab, und der eigene Weg wurde deutlicher.

Wir haben uns gefragt, ob die Teilnahme an einer Aufstellung einen Einfluss darauf hat, wie die Patienten die stationäre Therapie beenden. Von den sieben Kriterien der Rentenversicherungsträger zur Art der Beendigung der Suchttherapie, wie sie im „Einheitlichen Entlassbericht“ notiert sind, zählen vier Kriterien zur „regulären Beendigung“ (regulär, vorzeitig-auf ärztlichen Rat, vorzeitig-mit ärztlichem Einverständnis, Weiterbehandlung in anderer Reha-Einrichtung).

Die Auswertung der 139 Einzelaufstellungen zeigt, dass die reguläre Beendigung der stationären Drogentherapie mit 81 % im Kontext mit einer Aufstellung signifikant besser ist. Patienten, die an einer Aufstellung teilgenommen haben, beenden die stationäre Drogentherapie häufiger auf reguläre Weise als andere Patienten. Aus der gebildeten Vergleichsgruppe schließen nur 50 % der Teilnehmer regulär, das heißt wie vorgesehen, ab. Wir gehen davon aus, dass es sich hier nicht um einen Einzelfaktor „Aufstellung“ handelt, der die gesamte Varianz „Therapiebeendigung“ erklärt. Das Therapieprogramm umfasst viele Angebote, und es findet im Rahmen der Gemeinschaft der Patienten der Therapieeinrichtung statt. Dieses Ergebnis muss also im Kontext mit dem ganzheitlichen Behandlungsansatz gesehen werden.

An dieser Stelle würden wir aus dem Ergebnis die Aussage ableiten, dass alle Aktivitäten, die mit der Familienaufstellung verbunden sind, „wirken“. Dabei geht es um die Vorbereitung, um die besondere individuelle Motivation, die hohe Aufmerksamkeit und das vielfach formulierte Interesse am Behandlungsverlauf. Wichtig ist die Einbeziehung der „Sucht“ ebenso wie die Beachtung der Kinder der aufstellenden Patienten. Diejenigen, die mit ihren Kindern in der Therapieeinrichtung leben können, zeigen oftmals eine

deutlich höhere Motivation und Stabilität in Bezug auf die Therapie. Die Beachtung und Einbeziehung der „Sucht“ in die Einzelaufstellung als faktische Entität im Leben des Menschen macht die Sucht im Zusammenhang der familiären Bindungen unmittelbar erlebbar – Wege der Überwindung werden oft deutlich.

## Diskussion

In der professionellen Suchttherapie wird keinem Therapiebaustein, keinem einzelnen Mitarbeiter, nicht einmal einer Einrichtung allein die „100%ige“, alles entscheidende Wirkung für das Erreichen des Haupttherapieziels – die Abstinenz von Suchtmitteln – zugesprochen. Es ist immer das Ensemble, das zum Einsatz kommt:

das Ensemble aus Mitarbeitern, Haus, Einrichtung, Konzeption und Zielsetzungen und das Ensemble von Therapieangeboten: Gruppen- und Einzeltherapie, Kreativangebote, Ergotherapie und vieles mehr. Nicht zu vergessen die Selbsthilfegruppen, zum Beispiel die Gruppen der Anonymen Alkoholiker oder Narcotics Anonymous mit ihrem 12-Schritte-Programm.

Kommt hier nun der Aufstellung und der durch sie herbeigeführten veränderten Orientierung eine besondere Bedeutung zu? Unsere Erfahrungen lassen diese Frage eindeutig bejahen:

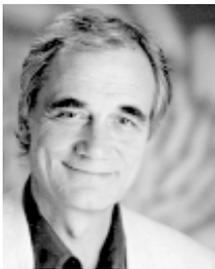
Die tiefe Verankerung der Sucht im individuellen Leben wird erfahrbar. Und das Erfahren bildet hier die entscheidende Basis: Die neue Orientierung, das Überwinden uralter belastender Bindungen wird deutlich erlebbar. Daran können Patient und Therapeut in der weiteren Therapie immer wieder erinnern und anschließen. Oft wird deutlich, wie schwer die neue Orientierung fällt, weil die alten Loyalitäten so stark sind und weil die Familie und einzelnen Beziehungen so sehr die vertrauten Strukturen und Verführungen anbieten.

Die Indikation für die Familienaufstellung ergibt sich aus folgenden Symptomen, den Einstellungen zum bisherigen Lebenslauf und aus bestimmten Lebensereignissen sowie einer bestimmten Familiengeschichte:

in der Herkunftsfamilie ist ein Familienmitglied suchtkrank; Adoption; Heimerfahrung; Aufwachsen bei nur einem Elternteil; Grenzverletzungen und Verletzungen der kindlichen Autonomie werden benannt (körperlicher, emotionaler und/oder seelischer Missbrauch des Patienten); der Patient berichtet von einem Gefangensein in immer wiederkehrenden Handlungszwängen (Rückfall, familiäre Verstrickungen); in der Herkunftsfamilie sind schwere Belastungen bekannt (frühe Todesfälle, Belastungen durch schwere Krankheiten, durch Verstrickungen in Verbrechen oder schweres kriminelles Handeln); Interesse an einer vertieften Sichtweise und Erkenntnis über die individuelle Sucht.

→

Zusammenfassend kann die Behandlung von systemischen, generationsbezogenen Aspekten der Suchterkrankung mithilfe von Familienaufstellungen als sinnvoll und effektiv bezeichnet werden. Die Qualifikation zur Durchführung bzw. Begleitung von Aufstellungen erfordert eine fundierte Psychotherapieausbildung mit einem umfangreichen Erfahrungsschatz an Eigetherapie und an Reflexionsfähigkeit über die Zusammenhänge des überdeterminierten Suchtgeschehens und hier vor allem seine Einbettung in generationsübergreifende Bindungen. Aufstellungen können einen wertvollen Beitrag leisten zu dem einfachen, doch nicht so einfach zu erreichenden Ziel: die zufriedene Nüchternheit – und für das Ziel: eine tatsächliche Orientierung in der Therapie auf den Menschen in seiner Ganzheit zu verwirklichen.



**Dr. med. Albrecht Mahr**, Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker, Leiter des Instituts für Systemaufstellungen und Integrative Lösungen Würzburg (ISAIL) und des Internationalen Forums Politische Aufstellungen (IFPA). Herausgeber von „Konfliktfelder – Wissende Felder. Systemaufstellungen in der Friedens- und Versöhnungsarbeit“, Carl-Auer Verlag 2003.

[www.mahrsysteme.de](http://www.mahrsysteme.de)



**Horst Brömer**, Diplom Psychologe, geboren 1950, verheiratet, eine Tochter und eine Enkeltochter, Studium TU-Berlin, Mitbegründer der ersten Selbsthilfeeinrichtungen für Drogenabhängige in Berlin-West ab 1970, Suchtberater und -therapeut, Gestalttherapie (IGG Berlin), psychologischer Psychotherapeut, Therapeutischer Leiter und Geschäftsführer Tannenhof Berlin-Brandenburg e. V. seit 1982, Begleitung von Aufstellungen seit 1998/einjährige Fortbildung 2002, in Fortbildung bei Urso Paul (Heilhaus Kassel) seit 2006.

[www.tannenhof.de](http://www.tannenhof.de)

## Anmerkungen

- <sup>1</sup> sogenannte Verhaltenssuchte oder process addictions, die jeden Lebensbereich zur Sucht werden lassen können: Beziehung zu süchtigen Angehörigen (Koabhängigkeit), Arbeit, Sport und Fitness, Sexualität, Einkaufen, Sammeln (Messie-Syndrom), Spielen, Fernsehen, Internet, Handybenutzung, Selbstverletzung, plastische Chirurgie, fundamentalistisch-religiöse Aktivitäten etc.
- <sup>2</sup> zum Beispiel fand Chris Walsh, Melbourne, in den Genogrammen von schwer Alkohol- und Drogenabhängigen gegenüber der Allgemeinbevölkerung eine deutliche Häufung von frühem Verlust von Vater und Großvater. Mitteilung in ConstellationTalk (Yahoo group) vom 10.7.2008.
- <sup>3</sup> Im Gegensatz zu unbewusst von anderen Mitgliedern der Familie übernommener Schuld, ohne dass der Klient selbst schuldhaft gehandelt hat. Auch bei solchen, im Ergebnis oft äußerst leidvollen systemischen Ausgleichsdynamiken können Drogen eine illusionär-entlastende Wirkung haben, solange die eigentlichen Ursachen im Dunkeln bleiben.

## Literatur

- Anonyme Alkoholiker: Wie Bill es sieht. Eigenverlag  
 Dieselben: Die 12 Schritte und die 12 Traditionen. Eigenverlag  
 Dollinger, Bernd und Schmidt-Semisch, Henning: Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2007  
 Döring-Meijer, Heribert (Hrsg.): Leiden ist leichter als lösen. Ein Praxisbuch mit Bert Hellinger. Familienaufstellungen mit Suchtkranken. Junfermann, 2002.  
 Fachverband Sucht: Perspektiven für Suchtkranke: Teilhabe fördern, fordern, sichern. Beiträge des 17. Heidelberger Kongresses 2004, Neuland Verlag  
 Gruen, Arno: Der Wahnsinn der Normalität: Realismus als Krankheit. Eine grundlegende Theorie zur menschlichen Destruktivität. dtv, Neuaufgabe 1992  
 Ders.: Ich will eine Welt ohne Krieg. Klett-Cotta, 2006  
 Heigl-Evers, Annelise (Hrsg.): Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2002  
 Ingwersen, Friedrich: Nur für wirklich Verzweifelte: die Anonymen Alkoholiker. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 21, 1.5.2004, S. 1476  
 Ders.: Kinder in Todesnähe – das Geheimnis der Drogensucht. „Reader 2“ der Klinik Rastede, 1999  
 Ders.: Das Zwölf-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker, ein systemisch/lösungsorientierter Selbsthilfeansatz? In: Döring-Meijer, Heribert: Ressourcenorientierung – Lösungsorientierung. Vandenhoeck & Ruprecht, 1999  
 Kolitzus, Helmut: „Ich befreie mich von deiner Sucht“: Hilfen für Angehörige von Suchtkranken, Kösel, 2000.  
 Lindenmeyer, Johannes: Lieber schlau als blau: Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, 7., überarb. und erw. Aufl., Beltz 2005.  
 Mellody, Pia: Verstrickt in die Probleme anderer. Über Entstehung und Auswirkung von Co-Abhängigkeit. Kösel, 1991  
 Ploetz, Klaus von: Sucht im Sinn: Die Bedeutung der Sinnfrage in der Therapie von Abhängigkeitserkrankungen. Neuland Verl.-Ges., 2008.  
 Schierse Leonard, Linda: Witness to the Fire: Creativity and the Veil of Addiction. Shambala 1990  
 Stachowske, Ruthard (Hrsg.): Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder. Das Leiden der Kinder in drogenkranken Familien, Kröning: Asanger, 2008  
 Thomasius, Rainer (Hrsg.): Psychotherapie der Suchterkrankungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulübergreifend. Thieme, 2000  
 Tretter, Felix, Müller, Angelica (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Hogrefe, Verl. für Psychologie, 2001