

# Die Funktionalität der Alkoholabhängigkeit auf dem Hintergrund mehrgenerationaler familiärer Muster

Dissertation  
zur Erlangung der Würde des Doktors  
der Philosophie der Universität Hamburg

Vorgelegt von  
Brigitte Gemeinhardt  
Geburtsort: Hannover

Hamburg, im Sommer 2005

Referent: PD Dr. Ulrich Stuhr  
Koreferent: Prof. Dr. Michael Krausz  
Tag der letzten mündlichen Prüfung: 27.04.2005

*Für Rina, Martin, Jochen, Bernd  
und meine beiden „Sterne“*

# 1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis .....	4
2	Einleitung .....	9
3	Theorie.....	11
3.1	Die Familientherapie.....	11
3.1.1	Der Paradigmenwechsel – Vom Individuum zum System.....	11
3.1.2	Ansätze der Familientherapie.....	11
3.1.2.1.1	Der Ansatz der Wachstumstherapie .....	12
3.1.2.2	Der Strukturelle Ansatz .....	14
3.1.2.3	Der Systemische Ansatz – das Mailänder Modell.....	14
3.2	Die Mehrgenerationenperspektive im Genogramm – Theoretische Grundlagen.....	15
3.2.1	Die vertikale und horizontale Achse der Betrachtung familiärer Muster .....	15
3.2.2	Generationsgrenzen und Hierarchien .....	16
3.2.3	Der Indexpatient .....	16
3.2.4	Triangulationen <sup>S</sup> .....	16
3.2.5	Delegationen.....	17
3.2.6	Regeln.....	18
3.2.7	Der familiäre Lebenszyklus .....	18
3.2.8	Kritische Lebensereignisse.....	19
3.2.9	Familiengeheimnisse .....	19
3.2.10	Ressourcen .....	20
3.2.11	Funktionalitäten im familiären System .....	20
3.2.12	Das System Familie umgebende Systeme.....	21
3.3	Familie und Sucht – Eine systemische Perspektive.....	21
3.3.1	Das Familienmodell von Steinglass .....	22
3.3.2	Partnerschaft und Sucht.....	23
3.3.3	Co-Abhängigkeit .....	23
3.3.4	Kinder in „Suchtfamilien“ .....	24
3.3.5	Die Mehrgenerationenperspektive in der Sucht.....	26
3.3.6	Therapiestudien .....	27
3.4	Alkoholabhängigkeit.....	29
3.4.1	Ein historischer Exkurs .....	29
3.4.2	Diagnostische Leitlinien.....	31
3.4.2.1	Die Abhängigkeit.....	31
3.4.2.2	Das Entzugssyndrom.....	32
4	Fragestellung und methodischer Zugang.....	33
4.1	Qualitative Forschung – Die Forschungsmethodik.....	33
4.1.1	Der qualitative Forschungsprozess.....	35
4.1.2	Qualitative Auswertungsstrategien .....	36
4.1.3	Die Grounded Theory.....	38
4.1.3.1	Der Forschungsprozess in der Grounded Theory.....	38
4.1.3.2	Das theoretische Sampling .....	39
4.1.3.3	Die Theorie.....	40

4.1.4	Die Grounded Theory in der Familienforschung .....	40
4.1.5	Gütekriterien Qualitativer Forschung.....	41
4.1.5.1	Intersubjektive Nachvollziehbarkeit.....	41
4.1.5.2	Indikation des Forschungsprozesses.....	42
4.1.5.3	Empirische Verankerung .....	42
4.1.5.4	Triangulation <sup>Q</sup> .....	42
4.1.5.5	Limitation .....	43
4.1.5.6	Relevanz .....	43
4.1.5.7	Reflektierte Subjektivität.....	43
4.1.5.8	Abkürzungsstrategien .....	43
5	Der Forschungsprozess .....	44
5.1	Der konzeptionelle Rahmen der Untersuchung .....	44
5.2	Das Genogramm – Ein Instrument der Familienforschung .....	45
5.2.1	Kategorie 1: Familienstruktur .....	46
5.2.2	Kategorie 2: Übergänge im familiären Lebenszyklus.....	46
5.2.3	Kategorie 3: Generationenübergreifende repetitive Muster.....	46
5.2.4	Kategorie 4: Lebensereignisse und Funktionalität .....	47
5.2.5	Kategorie 5: Beziehungsmuster und -dreiecke.....	47
5.2.6	Kategorie 6: Familiengleichgewicht bzw. Ungleichgewicht .....	47
5.2.7	Der Leitfaden.....	48
5.2.7.1	Der Leitfaden des Untersuchers .....	48
5.2.7.2	Patientenleitfaden .....	50
5.3	Die Datenerhebung.....	50
5.3.1	Die Stichprobe – Das Theoretical Sampling .....	51
5.4	Die Auswertung .....	52
5.4.1	Kategorienbildung.....	53
5.4.1.1	Die Genogrammkategorien im Auswertungsprozess .....	53
5.4.2	Auswahl der Fälle.....	55
5.4.3	Der Gegenstandsbereich.....	56
6	Ergebnisse.....	57
6.1	Fall 1 – Frau Albrecht .....	57
6.1.1	Die Suchtgeschichte .....	57
6.1.2	Kategorie 1: Familienstruktur .....	58
6.1.3	Kategorie 2: Übergänge im familiären Lebenszyklus.....	60
6.1.4	Kategorie 3: Generationenübergreifende repetitive Muster.....	61
6.1.5	Kategorie 4: Lebensereignisse und Funktionalität .....	62
6.1.6	Kategorie 5: Beziehungsmuster und -dreiecke.....	63
6.1.7	Kategorie 6: Familiengleichgewicht bzw. -ungleichgewicht.....	63
6.1.8	Funktionalität der Alkoholabhängigkeit.....	64
6.2	Fall 2 – Herr Barnstorf .....	65
6.2.1	Die Suchtgeschichte .....	65
6.2.2	Kategorie 1: Familienstruktur .....	66
6.2.3	Kategorie 2: Übergänge im familiären Lebenszyklus.....	69
6.2.4	Kategorie 3: Generationenübergreifende repetitive Muster.....	69
6.2.5	Kategorie 4: Lebensereignisse und Funktionalität .....	70
6.2.6	Kategorie 5: Beziehungsmuster und -dreiecke.....	71

6.2.7	Kategorie 6: Familiengleichgewicht bzw. -ungleichgewicht.....	71
6.2.8	Funktionalität der Alkoholabhängigkeit.....	72
6.3	Fall 3 – Frau Clausen .....	73
6.3.1	Die Suchtgeschichte .....	73
6.3.2	Kategorie 1: Familienstruktur .....	74
6.3.3	Kategorie 2: Übergänge im familiären Lebenszyklus.....	77
6.3.4	Kategorie 3: Generationenübergreifende repetitive Muster.....	78
6.3.5	Kategorie 4: Lebensereignisse und Funktionalität .....	79
6.3.6	Kategorie 5: Beziehungsmuster und -dreiecke.....	79
6.3.7	Kategorie 6: Familiengleichgewicht bzw. -ungleichgewicht.....	80
6.3.8	Funktionalität der Alkoholabhängigkeit.....	81
6.4	Fall 4 – Herr Dorn .....	82
6.4.1	Die Suchtgeschichte .....	82
6.4.2	Kategorie 1: Familienstruktur .....	83
6.4.3	Kategorie 2: Übergänge im familiären Lebenszyklus.....	85
6.4.4	Kategorie 3: Generationenübergreifende repetitive Muster.....	86
6.4.5	Kategorie 4: Lebensereignisse und Funktionalität .....	87
6.4.6	Kategorie 5: Beziehungsmuster und -dreiecke.....	87
6.4.7	Kategorie 6: Familiengleichgewicht bzw. -ungleichgewicht.....	87
6.4.8	Funktionalität der Alkoholabhängigkeit.....	88
6.5	Fall 5 – Herr Ebeling.....	89
6.5.1	Die Suchtgeschichte .....	89
6.5.2	Kategorie 1: Familienstruktur .....	89
6.5.3	Kategorie 2: Übergänge im familiären Lebenszyklus.....	92
6.5.4	Kategorie 3: Generationenübergreifende repetitive Muster.....	92
6.5.5	Kategorie 4: Lebensereignisse und Funktionalität .....	93
6.5.6	Kategorie 5: Beziehungsmuster und -dreiecke.....	93
6.5.7	Kategorie 6: Familiengleichgewicht bzw. -ungleichgewicht.....	93
6.5.8	Funktionalität der Alkoholabhängigkeit.....	94
6.6	Fall 6 – Frau Faber .....	95
6.6.1	Die Suchtgeschichte .....	95
6.6.2	Kategorie 1: Familienstruktur .....	96
6.6.3	Kategorie 2: Übergänge im familiären Lebenszyklus.....	99
6.6.4	Kategorie 3: Generationenübergreifende repetitive Muster.....	99
6.6.5	Kategorie 4: Lebensereignisse und Funktionalität .....	100
6.6.6	Kategorie 5: Beziehungsmuster und -dreiecke.....	101
6.6.7	Kategorie 6: Familiengleichgewicht bzw. Ungleichgewicht .....	101
6.6.8	Funktionalität der Alkoholabhängigkeit.....	102
7	Zusammenfassende Interpretation der Ergebnisse .....	104
7.1	Familiäre Muster in der Mehrgenerationenperspektive.....	104
7.2	Die Funktionalität der Alkoholabhängigkeit .....	108
7.3	Formen der individuell familienbiografischen Funktionalitäten des Alkoholkonsums auf dem Hintergrund mehrgenerationaler Muster .....	109
7.3.1	Fall 1: Rigidität versus Rebellion.....	110
7.3.2	Fall 2: Unabhängigkeit versus Unterwerfung .....	110
7.3.3	Fall 3: Märtyrertum versus Instrumentalisierung.....	110

7.3.4	Fall 4: Verwahrlosung und Desinteresse versus Vereinnahmung und Nichtablösung .....	111
7.3.5	Fall 5: Ein Opfer der Umstände .....	111
7.3.6	Fall 6: Die überzählige Tochter, die aus der Reihe fällt.....	111
8	Diskussion und Ausblick .....	113
8.1	Das mehrgenerationale System und das Symptom in „Suchtfamilien“..	113
8.2	Funktionalitäten einer Suchterkrankung .....	114
8.3	Typisierung – Ein Schritt zur Verstehenden Typenbildung ?.....	115
8.4	Kritische Anmerkungen .....	116
8.4.1	Die Gütekriterien.....	116
8.4.2	Der Geltungsbereich.....	117
8.4.3	Die Untersuchungsschwerpunkte .....	117
8.4.3.1	System Familie .....	117
8.4.3.2	Arbeitssituation und umliegende Systeme .....	118
8.4.3.3	Historische Perspektive .....	118
8.4.4	Der therapeutische Prozess.....	119
8.5	Implikationen für die therapeutische Praxis .....	119
8.6	Implikationen für die Forschung.....	120
8.6.1	Verstehende Typenbildung .....	120
8.6.2	Familiäre Muster und Funktionalitäten .....	120
8.6.3	Stressresistenzmodelle .....	121
8.6.4	Therapieverlaufsstudien .....	121
8.6.5	Das Genogramm als Forschungsinstrument.....	121
9	Literaturverzeichnis .....	123
10	AnlagenGenogramm Fall.....	130
10.1	Genogramm Fall 1 .....	130
10.2	Genogramm Fall 2 .....	131
10.3	Genogramm Fall 3 .....	132
10.4	Genogramm Fall 4 .....	133
10.5	Genogramm Fall 5 .....	134
10.6	Genogramm Fall 6 .....	135

## **Danksagung**

Mein ganz besonderer Dank gilt PD Dr. Ulrich Stuhr, der mich während des Entstehungsprozesses dieser Arbeit mit großer Wertschätzung begleitet, unterstützt und ermutigt hat.

Prof. Dr. Michael Krausz danke ich dafür, dass er mir geholfen hat die Grundlage zu schaffen, auf der diese Arbeit entstehen konnte.

Ich möchte auch den Patientinnen und Patienten danken, die mir erlaubten, ihre Familiengeschichten über den therapeutischen Kontakt hinaus wissenschaftlich zu nutzen.

Ein großes Dankeschön geht an Margret Freund-Breuer, Evelin Gottwalz, Anne Gwildis, Birgit Mekelburg, Dr. Peter-Michael Sack, Dr. Andreas Schindler, Doris Steinblock und ganz besonders an Dr. Christoph Fockenbrock.

Viele Kolleginnen und Kollegen, Freundinnen und Freunde und auch Familienmitglieder haben mich bei der Fertigstellung der Arbeit begleitet und unterstützt. Dafür möchte ich mich bei allen herzlich bedanken.



## 2 Einleitung

Die familiären Voraussetzungen und Erfahrungen von Suchtpatienten spielen in der Erstellung von Hypothesen zu Entstehung und Verlauf und damit der Frage nach der Therapierbarkeit dieser Erkrankung eine große Rolle. Es erscheint von großer Relevanz, die jeweilige Suchtgeschichte eingebettet in die zugrunde liegende familiäre Dynamik betrachten zu können. Familientherapeuten unterschiedlicher Schulen gehen davon aus, dass familiäre Systeme im Laufe ihrer Entwicklung bestimmte Muster im Umgang miteinander auf unterschiedlichen Ebenen ausbilden (BOWEN 1976/1978, BOSZORMENYI-NAGY 1973, STIERLIN 1994). Diese Muster und deren damit verbundene Dynamik wiederholen sich über die Generationen.

Bei der Betrachtung der familiären Muster von Personen, die eine psychiatrische Erkrankung aufweisen, fällt auf, dass diese sich in bestimmten Bereichen dysfunktional entwickelt haben und darstellen. Die Familien geraten in ihrer Entwicklung in eine Sackgasse. Es gelingt ihnen nicht, Übergänge und Krisen einer normativen familiären Biografie zu bewältigen. Eine mehrgenerationale Betrachtung und therapeutische Bearbeitung dysfunktionaler Muster kann einen Weg aus dieser Sackgasse aufzeigen. Dabei wird zudem davon ausgegangen, dass die dargebotene Symptomatik eine Funktionalität für die Aufrechterhaltung dysfunktionaler Muster besitzt. Einzelne Mitglieder des Systems werden dabei als so benannte Symptomträger ausgewählt. So zeigen MCGOLDRICK et GERSON (1990) auf, dass bei der Betrachtung einer Mehrgenerationenperspektive die historische Entwicklung und das Entstehen bestimmter (Beziehungs-) Muster zu Tage treten, die einen Hinweis darauf geben können, wie diese Sackgasse beschaffen ist. Ein Ergebnis dieser Betrachtung kann sein, dass ein bestimmtes Symptom dazu dient, ein zu definierendes Beziehungsmuster zu erhalten oder zu vermeiden oder aber ein Vermächtnis früherer Generationen zu bewahren (nach MCGOLDRICK et GERSON 1990, S. 8). In der therapeutischen Arbeit hat diese Erkenntnis eine große Brisanz. So kann demnach davon ausgegangen werden, dass Patienten, die in dysfunktionale familiäre Muster eingebunden sind, ihre Rolle als Symptomträger nicht ohne weiteres aufgeben können; die familiäre Verstrickung ist zu groß. Gelingt es aber, diese Dynamiken unter einer systemischen Perspektive aufzulösen, können sich der Patient und seine Familie aus der Sackgasse befreien.

In der vorliegenden Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, ob es auch in den Familien von Alkoholikern bestimmte zu definierende Muster gibt, die sich über die Generationen wiederholen und als dysfunktional bezeichnet werden können. Damit verbunden interessiert die Frage, welche Funktionalitäten die Alkoholabhängigkeit für das sie umgebende familiäre System und die Betroffenen auf verschiedenen Betrachtungsebenen einnimmt. Lassen sich diese Muster oder auch die Funktionen über die Familien miteinander vergleichen? Es wird erwartet, dass die Ergebnisse eine Grundlage für die Entstehung einer Theorie bezüglich der Funktionalitäten der Abhängigkeitserkrankung über die Generationen liefern.

Die Sammlung und Ordnung der Informationen einer Familie über mehrere Generationen stellt eine besondere Herausforderung an die therapeutische und wissenschaftliche Arbeit. Unter der Leitung von MCGOLDRICK und GERSON (1990) wurde ein Instrument entwickelt, das sich zur Strukturierung dieser Informationen und damit zur Bearbeitung mehrgenerationaler Fragestellungen eignet. Das so genannte Genogramm hat sich mittlerweile in der Diagnostik und der Bearbeitung therapeutischer Fragestellungen etabliert (JOHNSON 1995, ADAMASZEK 2001). Vereinzelt wurde es zudem bereits für die Bearbeitung von Forschungsfragestellungen (STACHOWSKE 2002, KAISER 1989, HILDENBRAND 1993) herangezogen. Zur Beantwortung dieser Fragestellung werden die Muster in den

Herkunftsfamilien von sechs Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit betrachtet. Die Betroffenen befanden sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in der stationären Behandlung zum qualifizierten Alkoholentzug. Die Mehrgenerationenperspektive wird unter Anwendung des Genogramms abgebildet.

## 3 Theorie

### 3.1 Die Familientherapie

#### 3.1.1 Der Paradigmenwechsel – Vom Individuum zum System

V. BERTALANFFY (1932, 1950, 1968) hat als Überbegriff systemischer Tendenzen in verschiedenen Bereichen der Wissenschaft den Begriff der Systemtheorie begründet und damit unterschiedlichen neuartigen wissenschaftlichen Strömungen einen Rahmen gegeben. Somit ist die Systemtheorie eine Metatheorie, die verschiedene Wissenschaftsgebiete in ein gemeinsames Regelwerk einbettet und gleichzeitig in der Weiterentwicklung beeinflusst. In diesem Rahmen erfolgte die Etablierung neuer therapeutischer Konzepte, die sich von einer individuumzentrierten Sichtweise von Pathologie hin zu einer Betrachtung vorhandener Systeme und deren Gesetzmäßigkeiten bewegte, das heißt die systemische Sichtweise löste eine eindimensionale Blickrichtung auf das einzelne Individuum ab. Allen systemtheoretischen Überlegungen liegt die Erkenntnis zugrunde, dass ein System sich in seiner Ganzheit qualitativ neu und anders verhält als die Summe seiner isoliert betrachteten Einzelelemente. Innerhalb einer systemischen Sichtweise von Familie veränderte sich der Blick auf das Individuum. In der herkömmlichen Psychologie und den damit verbundenen Therapieansätzen wurde das Individuum selbst als Ganzheit gesehen mit seinen körperlichen und seelischen Mechanismen. Die systemische Sicht, die das Individuum nun als Teil seines Systems betrachtete, veränderte die Erklärungsmodelle individuellen Verhaltens. Verhalten wurde nun gesehen als Ergebnis der Wechselbeziehungen zwischen verschiedenen Interaktionspartnern. Mit diesen Ansätzen ging eine neue Sichtweise von Problemen einher, die für ein Erklärungsmuster zu deren Entstehen, Funktionalität und Aufrechterhaltung die Beschaffenheit und Bestandteile vorhandener Systemstrukturen hinzuzieht und nicht mehr nur die individuellen Eigenschaften Einzelner.

#### 3.1.2 Ansätze der Familientherapie

Die Entwicklung der verschiedenen familientherapeutischen Schulen ist in den letzten Jahren vorangeschritten. Dabei ist zu betonen, dass die meisten Ansätze durch gemeinsame und parallele Entwicklungsverläufe in gewisser Weise nur künstlich voneinander getrennt werden können. Hierzu ein Zitat von v. SCHLIPPE (1989; S. 43):

*„Jede Schule steht vor der schwierigen Aufgabe, das Spannungsfeld von Struktur und Inhalt von Systemen zu erfassen. Die an der Systemorganisation orientierten Familientherapieformen – die strukturellen und paradoxalen Ansätze – haben das Problem so angepackt, dass sie ausschließlich auf die Struktur achten und an ihr ansetzen. Welche Dynamik inhaltlich sich in der Familie abspielt, welche Gefühle die Einzelnen bewegen, ist von sekundärem Interesse. Anders bei psychoanalytisch orientierten Modellen. Hier steht die Art des Konflikts, der Inhalt der über Generationen überlieferten Aufträge und Auftragskonflikte im Vordergrund, und gleichzeitig wird versucht, die Organisation der Familie in die Beobachtung mit einzubeziehen.“*

Um hier nun eine gewisse theoretische Ordnung für das Verständnis der vorliegenden Fragestellung und deren Bearbeitung zu schaffen, werden im Folgenden in einem ersten Schritt zentrale Ansätze der Familientherapie mit ihren theoretischen Grundlagen dargestellt.

In der aktuellen therapeutischen Arbeit haben alle Modelle weiterhin Relevanz und stellen in ihrer Vielseitigkeit untereinander eine große Bereicherung dar. An den Anfang der Darstellung werden die zentralen Ansätze einer Mehrgenerationenperspektive gestellt. Der strukturelle Ansatz (MINUCHIN 1977) und der systemische Ansatz (SELVINI-PALAZZOLI et al. 1981) sind in der familientherapeutischen Arbeit zudem von großer Relevanz. Verschiedene Erkenntnisse der Arbeit fließen auch in eine Interpretation mehrgenerationaler Arbeit ein. Diese Ansätze werden daher im Anschluss skizziert.

### 3.1.2.1.1 Der Ansatz der Wachstumstherapie

Diesem Ansatz, der seine Wurzeln in der Psychoanalyse hat, liegt eine Mehrgenerationenperspektive zugrunde. Gemeinsames Ziel von auf Wachstum ausgerichteten Familientherapien ist die Lösung einzelner Familienmitglieder und des Systems Familie aus emotionaler familiärer Verstrickung. Dazu gehören die Bearbeitung einer zunehmenden Differenzierung der Persönlichkeit sowie eine Ich-Stärkung.

Im Zentrum des Mehrgenerationenansatzes von BOSZORMENYI-NAGY et SPARK (1973) steht die Betrachtung von Loyalitätsbindungen, die sich über die Zeit entwickelt haben. So genannte Verdienstkonten entstehen und werden an andere Familienmitglieder in unterschiedlichen Generationen delegiert. Bei Einbeziehung dieser Generationen in die therapeutische Arbeit können diese Verstrickungen bearbeitet werden und die Auflösung von „Verdienstkonten“ erfolgen. So gehen BOSZORMENYI-NAGY et SPARK (1973) davon aus, dass in familiären Beziehungen über die Generationen Gerechtigkeitskonten bestehen. Diese sind Ausdruck der inneren Qualität intrafamiliärer Beziehungssysteme. Mit dem Begriff der Verdienstkonten ist der Begriff der Loyalität eng verbunden. So genannte Loyalitätsbindungen entstehen über die Generationen und bilden unsichtbare Fasern, die die Teile des Beziehungsverhaltens in Familien zusammenhalten. Gesetzmäßigkeiten, die das Familienbeziehungssystem beherrschen, sind in der Regel nicht nur unausgesprochen innerhalb der Familie, sondern die Mitglieder dieses Systems sind sich dieser Gesetzmäßigkeiten in den meisten Fällen nicht bewusst. BOSZORMENYI-NAGY et SPARK (1973) gehen davon aus, dass das manifeste Beziehungssystem einer Familie durch ein Bündel zusammenhängender Riten gekennzeichnet ist. Riten sind dabei Muster erlernter Reaktionen, während das so genannte innere Rollenbuch oder auch der Code des Systems von genetischen und historischen Abfolgen bestimmt wird. Hier wird festgeschrieben, welche Beiträge die einzelnen Mitglieder zur Gesamtrechnung beizusteuern haben. Die rituellen Muster einer Familie werden in der therapeutischen Arbeit entschlüsselt, um die Mechanismen des Familiensystems zu erkennen. Wenn dies gelingt, können die „Kontenstände“ in ihrer jeweiligen historischen und aktuellen Dimension abgeschätzt und die Hierarchie der Verpflichtungen erkannt werden.

Für BOWEN (1976, 1978) bezeichnet der Begriff des Systems eine Gruppe von Menschen, die als funktionales Ganzes agieren. Betrachtet man die Biografie oder auch die Krankengeschichte jedes Einzelnen, so stehen diese nicht in einem Vakuum, sondern sind in ein größeres Interaktionssystem mit ihm verwoben. Da die Familie das primäre und bei weitem einflussreichste System darstellt, dem ein Mensch angehört, ist es äußerst sinnvoll, dieses familiäre System über mehrere – mindestens drei – Generationen zu betrachten, um Einflüsse und Entwicklungstendenzen beobachten und interpretieren zu können. Aus einer

solchen Art der Betrachtung ergibt sich zwangsläufig auch die Beobachtung von Wechselwirkungen innerhalb dieses familiären Systems. So geht BOWEN (1976, 1978) davon aus, dass es familiäre Muster gibt, die sich über die Generationen in unterschiedlichen Bereichen wiederholen. Beziehungsmuster können sich in zahlreichen Facetten im familiären Miteinander entfalten. In der therapeutischen Arbeit und der Suche nach Auffälligkeiten interessieren allerdings die extrem gestalteten Beziehungsmuster besonders. So sind zwei Gruppen von Familiensystemen auffällig. Dies sind zum einen diejenigen, die ein sehr distanziertes und zugleich konfliktreiches Beziehungsmuster aufweisen und zum anderen diejenigen, die in extremer Weise emotional miteinander verschmolzen sind. Hier sind die Beziehungsmuster nur schwach differenziert und durch das Auftreten von Dysfunktionen sehr verletzlich. Umschließt sich ein System mit engen Grenzen, so wird es immun gegen äußere Einflüsse und widersetzt sich so „erfolgreich“ äußeren Einflüssen. Die Strukturen der Familien werden immer rigider und widersetzen sich den Anforderungen von außen, die eine Umstrukturierung verlangen würden. Es entstehen familiäre Abhängigkeiten, die sowohl durch Zuneigung als auch durch Zorn im beziehungsrelevanten Miteinander bestimmt sein können. In jedem Fall ist aber eine Individuation und eigenständige Entwicklung im Rahmen des familiären Systems nur schwer möglich. Diese Versuche des scheinbaren Ausbrechens aus einem System verlangen dann oftmals in paradoxer Weise die Ausbildung bestimmter Symptomaten, die dann nur eine illusionäre Verkennung bezüglich einer gelungenen Ablösung oder Verschmelzung darstellen. BOWEN hat zu diesem Phänomen den Begriff der emotionalen Trennung für solche Familien geprägt, in denen eher der „Verschmelzungs-Typ“ im Beziehungsmuster vorherrscht. Mit dem Versuch, den großen emotionalen Erwartungen auszuweichen, die in dieser Art der Beziehungsgestaltung vorgegeben sind, kann es zu Selbstisolation und der Aufgabe jeder Möglichkeit einer emotionalen Kontaktaufnahme kommen, nur um den Folgen einer so intensiven Verschmelzung auszuweichen. Es kann also passieren, dass Familien einerseits emotional eng verschmolzen sind, tatsächlich aber entfremdet und isoliert miteinander leben. In diesem Zusammenhang ist auch der von BOWEN geprägte Begriff der „undifferenzierten Familien-Ich-Masse“ einzuordnen. Hiermit ist eine bestimmte Art gestörter Individuation gemeint. BOWEN geht davon aus, dass es ein in diesem Sinne in der Individuation gestörtes Individuum nicht schafft, sich verantwortlich und selbst behauptend gegen die Familie abzugrenzen, die dies ihrerseits genauso wenig dem Einzelnen gegenüber schafft. Ähnlich wie bei einer familiären Verstrickung reagiert dieses Familienmitglied unmittelbar emotional auf emotionale Regungen eines anderen Familienmitglieds. Die individuelle Identität wird hier zugunsten einer kollektiven Konfliktvermeidung unterdrückt. Jedes Familienmitglied ist nun in seiner Entwicklung gefragt, ein unabhängiges Selbst auszubilden und sich damit auch gegen die anderen Familienmitglieder abzugrenzen. Familienspezifische Regeln, die auch über die Generationen gelten, bestimmen, wo die Macht des eigenen Selbst beginnen oder enden darf. So beeinflussen Veränderungen in einzelnen Biografien, wie zum Beispiel der Heilungsprozess von einer Krankheit, auch die anderen Teile des Systems. BOWEN (1978) geht davon aus, dass die Position, die jeder Einzelne in der seiner Familie eigenen Familienstruktur einnimmt, sein Verhalten, ob nun funktional oder dysfunktional, seine Art der Beziehungsgestaltung und sogar seine Vorlieben für die Gestaltung seiner eigenen Familie oder Lebenskonstellation in der nächsten Generation beeinflusst. Bei dieser Art der Betrachtung beinhaltet systemisches Arbeiten nicht nur ein Verständnis des aktuellen, sondern auch des historischen familiären Kontextes, in dem die Familie als Ganzes betrachtet werden muss. Nach Ansicht BOWENS (1978) kann jede Person durch eine gesunde Entwicklung so weitreichend differenziert sein, dass sie in jeder Beziehung unabhängig funktionieren könnte. Dies würde beinhalten, dass in jedem Kontakt ein eigenes, von vorgegebenen Beziehungsdynamiken unabhängiges, Beziehungsmuster entstehen könnte.

### 3.1.2.2 Der Strukturelle Ansatz

MINUCHIN (1977, 1998), einer der Begründer des Strukturellen Ansatzes in der Familientherapie, sieht die Familie als eine natürliche Gruppe an, die im Verlauf der Zeit für sie ökonomische und effektive Transaktionsmuster herausgearbeitet hat. Die erfolgreiche Erfüllung beliebiger Familienaufgaben hängt von einer lebensfähigen Struktur der jeweiligen Familie ab. Diese Strukturen werden auch hier wie in anderen systemischen Ansätzen von Regeln konstituiert, die die Interaktion der Familienmitglieder regulieren.

MINUCHIN (1998; S. 84) drückt in eindrucksvoller Weise die Sichtweise von Familie, Familienorganisation und die Definition von Pathologie des Strukturellen Ansatzes aus:

*„Bei der Behandlung einer Familie nimmt der strukturell orientierte Therapeut an, dass irgendeine Art von Stress die adaptiven Bewältigungsmechanismen eines Familiensystems zu stark belastet hat und dieses das optimale Funktionieren aller Familienmitglieder behindert. Die Familie sieht gewöhnlich das Verhalten eines ihrer Mitglieder als Ursache des Problems, da es die anderen übermäßig beansprucht. Sie erwartet vom Therapeuten eine Veränderung dieser Person, die Schwierigkeiten schafft und erlebt. Aber jener setzt den Schwerpunkt auf die ganze Gruppe. Eines ihrer Mitglieder mag wohl die Belastung der Familie auf die am deutlich sichtbarsten Weise ausdrücken. Aber das Problem beschränkt sich nicht nur auf diesen identifizierten Patienten, sondern das ganze System reagiert auf einen es überfordernden Stress.“*

STANTON et TODD (1983) arbeiteten speziell mit diesem Ansatz mit Drogenabhängigen und deren Familien. Vertreter dieses Ansatzes beobachteten zum Beispiel generationenübergreifende Verstrickungen, Hierarchieverschiebungen, Entwicklung von diffusen oder zu dichten Grenzziehungen zwischen den Eltern- und Kindsystemen. Die Wirksamkeit dieses Ansatzes gerade auch in der Suchtarbeit wurde von verschiedenen Seiten besonders in den 80er Jahren wiederholt belegt (STANTON et TODD 1983, CANCRINI et al. 1988, SZAPOCZNIK et al. 1988).

### 3.1.2.3 Der Systemische Ansatz – das Mailänder Modell

Die bekannteste Vertreterin und Begründerin des im so genannten Mailänder Modell integrierten Therapieansatzes ist Mara Selvini-Palazzoli (SELVINI-PALAZZOLI et al. 1975). Die Kommunikationstheorie WATZLAWICKS (1969, 1974) bildet hier eine entscheidende Grundlage für die Betrachtung der familiären bzw. systemimmanenten Beziehungsstrukturen und deren Gestaltung über und von Kommunikation. Die therapeutische Arbeit konzentriert sich auf das Bilden und Überprüfen von Hypothesen zur Organisation des familiären Systems und der Funktionalität des betrachteten Symptoms innerhalb dieses Systems. Die Beziehungsdynamik steht im Zentrum der Arbeit. Familie wird betrachtet als ein sich selbst organisierendes System, in dem das Symptom Systemfunktionen erfüllt, d. h., dass sich alle Familienmitglieder in ihrer Kommunikation und auch Rollenverteilung, der Definition von familiären Hierarchien und der familiärer Regeln „auf die Symptomatik einstellen“. Das Symptom erfüllt dann wichtige Funktionen, um ein System in seiner Funktionalität aufrecht zu erhalten. Die Therapeuten haben das Ziel, diese Funktionalitäten und die zugrunde liegenden familiären Muster aufzudecken. Die Patienten erhalten die Verantwortung für Änderung oder Nichtänderung des familiären Verhaltens zurück. Wichtige Interventionen

sind das zirkuläre Fragen, die Durchführung von Umdeutungen und Symptomverschreibungen. Paradoxe Interventionen dienen dazu, das System zu verstören und damit zu einer Neuorganisation, einem Wandel zweiter Ordnung anzuregen. Wichtig ist die Neutralität des Therapeuten, die den Blick auf das System aus der Außenperspektive gewährleisten soll. Denn nur so können Hypothesen erstellt und Veränderungen eingeleitet werden.

### **3.2 Die Mehrgenerationenperspektive im Genogramm – Theoretische Grundlagen**

MCGOLDRICK et GERSON (1990) haben ein Verfahren entwickelt, das in wesentlichen Teilen auf der Theorie BOWENS (1978) basiert und sich dazu eignet, einzelne Familiensysteme in der Mehrgenerationenperspektive grafisch darzustellen. Die Autoren gehen davon aus, dass über die Generationen bestimmte familiäre Muster existieren, die die innerfamiliären Beziehungen bestimmen und prägen. Besteht die Möglichkeit, diese Muster zu erkennen, können Hypothesen über die Beschaffenheit dieses besonderen Systems Familie erarbeitet werden. Diese Hypothesen können sich dann auch auf die Interpretation der Position des Einzelnen im System sowie der systemischen Funktionalität seiner persönlichen Charaktereigenschaften oder auch einer speziellen Erkrankung beziehen.

Das Genogramm ist mittlerweile als therapeutisches Instrument in alle familientherapeutischen Ansätze integriert. Im Folgenden werden bestimmte Begrifflichkeiten aus unterschiedlichen Ansätzen familientherapeutischen Arbeitens definiert, die für die Arbeit mit einem Genogramm grundlegend sind.

#### **3.2.1 Die vertikale und horizontale Achse der Betrachtung familiärer Muster**

Geht man von einer mehrgenerationalen Betrachtung von Familienmustern und deren Einfluss auf die jeweilige Biografie des Einzelnen in der gegenwärtigen systemischen Konstellation aus, so kann man nach MCGOLDRICK et GERSON (1990) sowie CARTER (1978) eine vertikale und eine horizontale Ebene betrachten, die sich in ihren Einflüssen auf das aktuelle Beziehungsgeschehen ergänzen. Einflüsse aus der vertikalen Ebene bestehen in Verhaltens- und Beziehungsmustern, problematischen wie hilfreichen, die sich über die Generationen entwickelt und – nach BOWEN (1978) – primär durch den Prozess der Triangulation<sup>1</sup> auf die nächste Generation übertragen haben. Aktuelle Belastungen und Entwicklungen, die den familiären Lebenszyklus in der Gegenwart bestimmen, bilden die horizontale Ebene der Betrachtung familiärer Muster. Diese beiden Ebenen sind eng miteinander verbunden und beeinflussen sich stark. So kann eine Belastungssituation in der horizontalen Ebene durch einen Konflikt aus der vertikalen Ebene potenziert werden. Ein klassisches Beispiel wäre ein Mutter-Tochter-Konflikt auf der horizontalen gegenwärtigen Ebene, dessen Lösung durch eine aus der familiären Vergangenheit gespeiste aber bis heute ungelöste Mutter-Tochter-Konflikthaftigkeit beeinflusst wird. Hat diese Mutter ihre – ähnlich gelagerten – Konflikte mit ihrer eigenen Mutter nicht zur Lösung gebracht, so hat sie kein neues Konzept davon, wie sie den Umgang mit der eigenen Tochter gestalten kann.

---

<sup>1</sup> Der Begriff der Triangulation wird in verschiedenen Bedeutungszusammenhängen verwendet. In dieser Arbeit wird er in seiner systemisch familientherapeutischen Bedeutung (im Weiteren mit Triangulation<sup>S</sup> gekennzeichnet) und in der Bezeichnung eines Gütekriteriums qualitativer Forschung (im Weiteren mit Triangulation<sup>Q</sup> gekennzeichnet) verwendet. Die näheren Definitionen sind im dritten (Triangulation<sup>S</sup>) und vierten Kapitel (Triangulation<sup>Q</sup>) zu finden.

### 3.2.2 Generationsgrenzen und Hierarchien

Der Begriff der Grenzen ist für die Beschreibung familiärer Funktionalitäten wesentlich und ist in eigentlich jeder der Familiensystemtheorien enthalten. Hier kann davon ausgegangen werden, dass das System Familie aus unterschiedlichen Subsystemen besteht, die durch Grenzen voneinander getrennt sind. Typische Subsysteme sind die der Eltern und Kinder. Diese sind im Idealfall klar definiert und erkennbar in der Zuweisung der Rollenmuster in der Familie. Die Definition von Grenzen bildet dabei einen entscheidenden Indikator für das Funktionieren der Familie. Drei Formen von Grenzen werden von MINUCHIN (1977) definiert:

- flexible, klare Grenzen: Funktionieren der Familie unproblematisch
- rigide, undurchlässige Grenzen: die Untersysteme sind zu starr voneinander getrennt, Angst vor Nähe entsteht
- diffuse Grenzen: Autonomie des Einzelnen ist beeinträchtigt, mangelnde Differenzierung der Subsysteme, Angst vor Trennung

Hiermit werden die Unterschiede zwischen elterlichen und kindlichen Rollen verdeutlicht und Hierarchien gekennzeichnet. In vielen auffälligen Familien sind die Generationsgrenzen verwischt und die hierarchischen Strukturen außer Kraft gesetzt bzw. undefiniert worden. Auch die Gesamtfamilie umgibt sich mit mehr oder weniger starren Grenzen, die den Kontakt zur Außenwelt vorgeben. Diese Grenzen unterliegen in einem normalen Entwicklungsprozess einer immer wieder vorzunehmenden Neudefinition. Die im Weiteren zu definierenden Begrifflichkeiten wie die Triangulation<sup>S</sup>, die starre Triade oder Konfliktumleitung gehören in den Bereich der Grenzüberschreitungen der Generationen.

### 3.2.3 Der Indexpatient

Der Indexpatient ist das Mitglied einer Familie, das von den übrigen Familienmitgliedern als der hauptsächliche Problemträger betrachtet wird. So gibt es für dieses Familienmitglied auch den Begriff des Symptomträgers oder des identifizierten Patienten. Wie bereits erwähnt, geht die Systemtheorie davon aus, dass sich die Symptome eines einzelnen nur im Sinnzusammenhang der gesamten Familie verstehen lassen. Ein Symptom besitzt eine wichtige Funktion für die Familie, wenn durch dessen Vorhandensein anstehende Schritte in der familiären Entwicklung verhindert werden können und bekannte – oft aber mittlerweile pathologische – Muster des familiären Miteinander dadurch nicht verändert werden müssen.

### 3.2.4 Triangulationen<sup>S</sup>

BOWEN (1978) ging in seiner Arbeit davon aus, dass Zweierbeziehungen zur Instabilität neigen. Daher werden sie durch eine dritte Person erweitert, um damit einen vorhandenen Konflikt zu entschärfen oder zu verdecken und das System, das eigentlich einer kritischen Betrachtung und Veränderung bedürfte, zu stabilisieren. Aus seiner Sicht bildet also das Beziehungsdreieck die Grundeinheit eines emotionalen Systems. Wichtig ist es, den Begriff der Triangulation<sup>S</sup> aus dem systemischen Sprachgebrauch gegenüber dem des psychoanalytischen abzugrenzen. Im systemischen bezieht er sich auf die Struktur und Funktion des Familiensystems und nicht auf die Entwicklung der individuellen, psychischen Struktur. Beziehungsdreiecke können einerseits generationsübergreifend funktionieren, wenn zum Beispiel ein Großelternteil mit einem Enkel eine Koalition gegen die Kinder bzw. aus Sicht des Enkels den Elternpart eingeht. Andererseits können Triangulationen<sup>S</sup> in ihrer speziellen Ausrichtung und ihrem Muster sich über die Generationen wiederholen, indem zum Beispiel ein Mitglied der Kindergeneration regelhaft eine Hierarchieverschiebung in die Elternebene erlebt und sich durch die Solidarisierung mit einem Elternteil in einem Bündnis



gegen den anderen Elternteil wieder findet. Auch andere Familientherapeuten und Systemiker haben ähnliche Annahmen. So formulierte JAY HALEY (1977) den Begriff des perversen Dreiecks, in dem zum Beispiel ein in einer Beziehung unterlegener Partner seine Niederlage mit einem Geheimbündnis zu einer dritten Person kompensiert. Dies erfolgt mit dem Ziel, dadurch die belastete Zweierbeziehung zu stabilisieren. HALEY (1977) geht davon aus, dass es sich hier typischerweise um ein die Generationsgrenzen überschreitendes Dreieck handelt. Ein Elternteil verbündet sich mit einem Kind gegen den anderen Elternteil. Die Missachtung der Generationsgrenzen hat in der Folge dann die Auswirkung, dass familiäre Hierarchien in Frage gestellt werden. Damit werden dann auch die Systemregeln hinterfragt. Zudem werden solche Koalitionen oftmals geleugnet, was besonders das betroffene Kind in Schwierigkeiten bezüglich einer relevanten Beziehungsdefinition bringt. Besonders betroffen wäre hier zum Beispiel der Entwicklungsabschnitt der Ablösung vom Elternhaus, da eine Auseinandersetzung und Abgrenzung gegen elterliche Autorität in dem Fall kaum möglich ist. MINUCHIN et al. (1978) beschreiben dieses Phänomen der Beziehungsbildung über die Generationen im Zusammenhang mit einer pathologischen Dreiecksbildung mit dem Begriff der starren Triade. Hierunter verstehen auch sie eine Art von Eltern-Kind-Beziehung, in der das Kind zur Lösung elterlicher Konflikte dienlich ist. Sie unterscheiden vier Formen einer starren Triade:

- In der ersten Form findet sich der Begriff der Triangulation<sup>S</sup> wieder. MINUCHIN et al. (1978) gehen davon aus, dass diese Form der Beziehungsgestaltung zwangsläufig mit einem Loyalitätskonflikt für das in der Triangulation eingebundene Kind einhergeht, da jeder Elternteil in dem eigenen Kind die Unterstützung gegen den anderen Elternteil sucht.
- In der Eltern-Kind-Koalition ergreift ein Elternteil in einem Konflikt zwischen Kind und anderem Elternteil Partei für das Kind. Eine starke Bindung zwischen den Koalitionspartnern entsteht und erschwert eine gesunde Ablösung des Kindes aus dem elterlichen System. Der elterliche Konflikt wird hier kaum noch wahrgenommen.
- Bei der Konfliktumleitung, der dritten Form von Triaden, unterscheiden sie zwei Ausprägungen:
  1. Eine als „*Umwegsverteidigung*“ benannte Form der Triangulation<sup>S</sup> wird so ausgestaltet, dass das Kind als „*krank*“ definiert wird und damit die Möglichkeit gegeben ist, elterliche Konflikte zuzudecken. Die gemeinsame Sorge um das Kind bindet die Eltern zusammen und bietet die Möglichkeit, eigene Konflikte nicht betrachten zu müssen.
  2. Die zweite Form der Konfliktumleitung gestaltet sich so, dass das Dritte – in den meisten Fällen das Kind – ein gemeinsames Problem und damit die „*Sündenbockrolle*“ übernimmt. Es kann als „*böse*“ definiert werden und die Eltern sind gezwungen zusammenzuhalten. So haben kindliche Auffälligkeiten oder Symptomatiken eine stabilisierende Funktion für die elterliche Beziehung.

### 3.2.5 Delegationen

Eng verbunden mit der Sichtweise dieser unterschiedlichen und doch verwandten Theorien zur Beziehungsgestaltung ist der Begriff der Delegation, der von STIERLIN (1974) geprägt wurde. STIERLIN, ein Vertreter eines anfangs psychoanalytisch orientierten Ansatzes hat sich im Laufe einer Entwicklungsphase von verschiedenen explizit psychoanalytischen

Erklärungsmustern distanziert und neuere systemische Entwicklungen im so genannten „*Heidelberger Modell*“ integriert (WEBER et STIERLIN, 1989; STIERLIN, 1994). Dabei verlagert er den Blickpunkt von einer innerpsychischen hin zu einer innerfamiliären Dynamik. Er geht davon aus, dass eine Delegation durch die Eltern zur Verrichtung oder Erledigung eigener ungeliebter Anteile eine positive Chance für die Entwicklung sinnvoller Lebensziele darstellen kann. Ein so genanntes Loyalitätsband verbindet den Delegierenden und den Delegierten schon früh miteinander. Es bildet sich in einer frühen Phase der Eltern-Kind-Beziehung aus und ist vorrangig Ausdruck eines notwendigen und legitimen Beziehungsprozesses. Schwierig wird es für die Familienmitglieder, wenn die elterlichen Aufträge nicht mehr mit den Talenten und individuellen Eigenschaften der Kinder kompatibel sind. Problematisch wird es dann, wenn die Delegation für den Jugendlichen Konflikte und Überforderung mit sich bringt, wenn sie zum Beispiel nicht dem Alter angemessen sind. Drei Arten von Konflikten werden beschrieben, denen die Familie ausgesetzt sein kann:

- Es werden zwei unvereinbare Aufträge delegiert. So soll der Betroffene zum Beispiel einerseits ein anhängliches, sich nicht entwickelndes Kleinkind bleiben, sich aber parallel dazu in einem harten beruflichen Alltag durchsetzen.
- Loyalitätskonflikte entstehen, wenn zwei Auftraggeber, wie die Eltern, sich über die Ausgestaltung des Auftrages uneinig sind und die Definition des Auftrages damit nicht verständlich ist.
- Konflikte entstehen auch dann, wenn sich die Aufträge von unterschiedlichen Wertesystemen herleiten. So kann das Wertesystem der Eltern in dem Sinne vermittelt werden, dass die Nachkommenschaft der Familie zu jeder Zeit treu ergeben zu bleiben hat und sich in allem darauf zu beziehen habe. Das Wertesystem der Gesellschaft fordert aber dagegen zur Ablösung auf.

Grundsätzlich gilt, dass es sich als sehr mühsam gestaltet, Delegationen in einem System zu erkennen und zu benennen, da sie über eine analoge Kommunikationsstruktur vermittelt werden. Das heißt, dass sie sich schon früh in der Entwicklung über nonverbale Signale den Personen zeigen, die für eine bestimmte Rolle ausgewählt werden. Allerdings ist diese Entwicklung nicht linear, sondern erfolgt als Etablierung vielfältiger Austausch- und Aushandlungsprozesse.

### **3.2.6 Regeln**

MINUCHIN (1998) und auch HALEY (1977) gehen davon aus, dass das System Familie nach einem Regelwerk funktioniert, das den einzelnen Familienmitgliedern entweder explizit oder implizit bekannt ist. Regeln organisieren das Miteinander und die Kommunikation und sind funktional oder dysfunktional. Ist eine Regel direkt bekannt, kann jeder entscheiden, in welchem Maß er diese einhalten möchte. Bei impliziten Regeln ist dies nicht so einfach, da die Definition der Regeln nicht thematisiert wird. Aufgabe von Fachleuten ist es hier, der Familie bei der Aufdeckung dieser Regeln Unterstützung zu bieten, diese allen zugänglich zu machen und gegebenenfalls gemeinsam neu zu definieren.

### **3.2.7 Der familiäre Lebenszyklus**

Jedes Familienmitglied ist in seinem Lebenszyklus mit dem seiner Familie verzahnt. Im Rahmen eines solchen Zyklus wird die Familie immer wieder vor die Aufgabe gestellt, sich veränderten Bedingungen anzupassen und neue Verhaltensmuster und Lösungsstrategien zu

entwickeln. Übergangsphasen und Krisen sind unvermeidlich. Veränderungen funktionieren aber nur dann, wenn die Familienmitglieder dazu bereit sind und die psychische Stabilität aufbringen, innere Strukturen und Muster den besonderen Herausforderungen normativer oder nichtnormativer Entwicklungsschritte anzupassen. Bei beiden Arten des Übergangs ist das System vor die Aufgabe gestellt, Definitionen und Funktionalitäten von Beziehungen und Verhaltensmustern neu zu betrachten und zu verändern. Eine Familie, die nun ein dysfunktionales Muster im Umgang mit diesen Entwicklungsperspektiven aufweist, wird diese Neuorganisation nicht ohne weiteres bewältigen können. Hier kann die Entwicklung oder das Aufrechterhalten eines bestimmten Symptoms von einem der Familienmitglieder gerade dazu dienen, diese vermeiden zu können. Auch der Wunsch, das angebliche Vermächtnis früherer Generationen schützen zu wollen, kann hier eine Rolle im Festhalten alter Muster spielen.

### 3.2.8 Kritische Lebensereignisse

Diese haben eine große Bedeutung im familiären Lebenszyklus und treten oftmals gerade zu Zeiten auf, die in der Familienhistorie als Krisen oder Übergangsstadien zu definieren sind. Hier gibt es solche, die willkürlich als besondere Ereignisse einen Übergang, eine Anpassung erwarten, wie zum Beispiel der plötzliche Tod eines Angehörigen oder die Scheidung eines Paares. Andere, wie die Zeit der Pubertät, bilden Entwicklungs- und Übergangsstadien, die sich aus einer normativen Entwicklungsperspektive ergeben und eine Herausforderung für alle Systeme im Rahmen von Kalibrierungsprozessen darstellen. Auch bei der Betrachtung von Ereignissen, die auf den ersten Blick wie Zufälle anmuten, kann man beobachten, dass dieses Zusammentreffen wichtiger Ereignisse eine Art Lösungsmuster darstellen soll, in vielen Fällen letztendlich aber der aktuelle Anlass damit nicht bearbeitet wird. So könnte ein Kind, das kurz nach dem unerwarteten Tod eines wichtigen Familienmitgliedes geboren wird, dessen Namen erhalten und damit sofort mit einem familiären Auftrag ausgestattet werden. An diesem Punkt ist es wichtig, diese „Zufälle“ zu hinterfragen und damit die Möglichkeit zu geben, festgelegte Rollenzuschreibungen auflösen zu können

### 3.2.9 Familiengeheimnisse

Familiengeheimnisse sind Familienthemen, die in der Regel mit starken Angst- und Schuldgefühlen besetzt sind. Diese Themen sind mit einem familienweiten Tabu unterlegt und dürfen nicht offen thematisiert werden, obwohl in den meisten Fällen fast jedes Familienmitglied von der Existenz dieses Themas weiß und vielfach stark von dessen direkten Auswirkungen und denen der Geheimhaltung betroffen ist. Diese gemeinsame Verleugnung eines Themas kann über eine Mehrgenerationenperspektive verfolgt werden. Nicht alle Geheimnisse sind in ihren Auswirkungen negativ spürbar. Schwierig wird es dann, wenn dadurch die Definition von Beziehungen erschwert oder Dialoge verhindert werden. Zum Beispiel führt der Umgang mit einer Suchterkrankung im Kontext eines Familiengeheimnisses schnell zu einer verschobenen Wirklichkeitskonstruktion, die die Anpassungs- und Entwicklungsmöglichkeiten des Systems und seiner Mitglieder behindern. In den meisten Fällen handelt es sich nach FRAMO (1965) bei den Geheimnissen um Themen, die in unserer Gesellschaft tabuisiert oder kritisiert werden und deren Offenlegung negative Konsequenzen für das Selbstwertgefühl der Betroffenen haben könnte. IMBER-BLACK (1995) hat sich mit Familiengeheimnissen in unterschiedlichen Lebensbereichen beschäftigt. KRESTAN et BEPKO (1995) benennen einen gerade in Suchtfamilien häufig zu beobachtbaren Umgang mit Geheimnissen. Dieser geht besonders mit Schweigen einher, jegliche Form der Kommunikation über Gefühle wird vermieden.

### 3.2.10 Ressourcen

Bei der Betrachtung familiärer Systeme, deren Beschaffenheit und der Definition ihrer Lösungsmuster ist es von entscheidender Bedeutung, auch die vorhandenen Ressourcen jedes Einzelnen sowie des gesamten familiären Systems zu betrachten. In einer systemischen Sichtweise sind Ressourcen definiert als jedwedes Potential eines Systems, das die Lebens- und Problemlösefähigkeit erhöht. Die Betrachtung eines Systems auf der Grundlage seiner Ressourcen sollte der Betrachtung von Defiziten immer gegenüberstehen, bzw. diese elementar ergänzen. Hier können bestimmte Menschen aus ihren ihnen eigenen Persönlichkeitsstrukturen, der Art, wie sie Beziehungen gestalten, eine Ressource bilden. Bestimmte Verhaltensmuster jedes Einzelnen oder verschiedener Teile des Systems fallen darunter genauso wie mögliche Komponenten sozialer oder beruflicher Kontexte.

In dem Ansatz von MCGOLDRICK et GERSON (1990) bzw. in der Genogrammarbeit schlägt sich die Betrachtung von Ressourcen auch in der Frage nieder, wie ein familiäres System mit einem Ungleichgewicht persönlicher oder familiärer Ressourcen umgeht. So zum Beispiel die Frage bei einem Ehepaar, bei dem die Partner aus unterschiedlichen sozialen Schichten stammen oder bei der Frage nach den Auswirkungen dessen, wenn ein Geschwister eine wesentlich höhere berufliche Position einnimmt als die anderen.

### 3.2.11 Funktionalitäten im familiären System

Symptome haben im familiär systemischen Kontext sowohl eine individuelle als auch eine familiäre bzw. beziehungsgestaltende Funktion. So geht MARA SELVINI-PALAZZOLI (1975, 1980) – wie an anderer Stelle erörtert – davon aus, dass die Familie ein sich selbst organisierendes kybernetisches System ist, in dem alle Elemente vernetzt sind und das angebotene Symptom Systemfunktionen erfüllt. Das Symptom bzw. symptomatische Verhalten generell kann dann auch von anderen Familienmitgliedern übernommen werden, um weiterhin das familiäre System aufrecht zu erhalten. WATZLAWICK (1974) sieht solche Symptomverschiebungen im Zusammenhang mit der Unmöglichkeit eines Systems, eine Veränderung zweiter Ordnung einleiten zu können und damit in alten Lösungsmustern erster Ordnung verharren zu müssen. STIERLIN (1978) wiederum geht davon aus, dass sich bestimmte Delegationen wie zum Beispiel der Auftrag, ein Symptom zu übernehmen, auch auf andere Familienmitglieder übertragen lassen. MINUCHIN (1977) benennt bezüglich der Beurteilung eines Familiensystems verschiedene zu beachtende Kriterien. Hierunter fällt dann auch die Frage nach der Bedeutung des Symptoms für die Aufrechterhaltung der bevorzugten transaktionellen Muster. Auch im Mehrgenerationenkontext wird diese Funktionalität erkennbar. So zum Beispiel, wenn sich symptomatisches Verhalten als Folge und Ausdruck einer verborgenen Loyalität zeigt, wie es BOSZORMENYI-NAGY (1973) beschreibt. MCGOLDRICK et GERSON (1990; S. 8) gehen auf der Grundlage der Theorie BOWENS (1978) davon aus, dass ein bestimmtes Symptom dazu dienen kann, ein besonderes Beziehungsmuster zu erhalten oder zu vermeiden oder das besondere Vermächtnis früherer Generationen zu schützen.

### 3.2.12 Das System Familie umgebende Systeme

Bei der Betrachtung eines familiären Systems können die von außen einströmenden Einflussfaktoren grundsätzlich nicht außer Acht gelassen werden. Dies können z.B. soziale Netzwerke, Arbeitsbedingungen oder gesellschaftliche Umstände sein.<sup>2</sup>

Tatsächlich können diese Faktoren nicht unabhängig voneinander gesehen werden. So plädieren STUHR et. al. (1984) dafür, die Arbeitssituation der Familienmitglieder in ihren Auswirkungen auf das familiäre System stärker in die Betrachtung der Einflussfaktoren für die Entstehung psychosomatischer Erkrankungen einzubeziehen. Stressfaktoren sollten genauer betrachtet werden, die im beruflichen Kontext entstehen, und sich im familiären Miteinander und der Gestaltung von Beziehungen zum Ausdruck bringen. SIMON (2002) beschäftigt sich mit der besonderen Thematik von Familien mit einem Familienunternehmen. Hier werden zwei zentrale Lebensbereiche, nämlich Privatheit und Beruf miteinander verknüpft. Dazu SIMON (2002, S. 29):

*„Wer in einer Familie lebt, die nicht vom Schicksal durch den Besitz eines Unternehmens geschlagen oder begünstigt ist, und in einem Unternehmen arbeitet, das nicht der Familie gehört, steht vor der Aufgabe, während der Arbeit und in seinem Privatleben unterschiedlichen Spielregeln gerecht werden zu müssen. Was zu Hause geboten erscheint, ist in der Firma verboten.“*

Und weiter (S. 30):

*„In Familienunternehmen hingegen lässt es sich kaum vermeiden, dass es durch die personelle Identität von Familienmitgliedern und Mitarbeitern der Firma zu einer Vermischung der beiden Spielfelder kommt.....die psychische Anforderung an die Familienmitglieder ist dadurch unvergleichlich größer.“*

Bei der Betrachtung familiärer Entwicklung über mehrere Generationen dürfen auch die jeweils herrschenden gesellschaftlichen Normen und politischen Entwicklungen in ihrer Einflussnahme nicht außer Acht gelassen werden. Hier seien der Nationalsozialismus oder die beiden Weltkriege zu nennen. In der praktischen therapeutischen Arbeit oder bei der Untersuchung differenzierter Fragestellungen zu eingegrenzten Aspekten des familiären Miteinanders ist es jedoch oftmals unabdingbar, sich auf die innerhalb dieses Spektrums anfallenden Einflussfaktoren zu begrenzen.

### 3.3 Familie und Sucht – Eine systemische Perspektive

Sucht ist ein Problem, das die gesamte Familie angeht und betrifft (GEMEINHARDT et FARNBACHER 2004). Jeder, ob Kind oder Elternteil, kann betroffen sein und aktuell ein Suchtmittel konsumieren. Es gibt eine Menge an „Kombinationsmöglichkeiten“, weshalb es so wichtig ist, diese Familien gerade auch in ihrer Einzigartigkeit kennen zu lernen. Diese Vielfalt liegt auch der Diskussion zugrunde, ob es überhaupt eine Theorie zu der Beschaffenheit einer Suchtfamilie geben kann und wenn, wie sie denn dann aussehen würde. Dies ist eine schwer zu beantwortende Frage, der sich verschiedene Behandler und

---

<sup>2</sup> siehe hierzu die Ökopsychologische Theorie BRONFENBRENNERS (1981) in der er vier Ebenen beschreibt, die gegenseitig verschachtelt sind und sich beeinflussen

Wissenschaftler von unterschiedlichen Überlegungen geleitet nähern und genähert haben. Auf jeden Fall können Gemeinsamkeiten beschrieben, Diskussionsgrundlagen aus der Praxis und aus der Forschung geschaffen werden. Schritte zu einer „Einkreisung“ bestimmter Schwerpunktthemen werden unternommen, unterschiedliche Beziehungskonstellationen analysiert. Dabei geht es zum einen um die Betrachtung von Konsumenten legaler oder illegaler Drogen und zum anderen darum, ob der Konsument der Kinder- oder der Erwachsenenebene zugehörig ist. Dies kann in der Praxis eine künstliche Trennung darstellen, die dennoch erste Schritte der Differenzierung erlaubt

### 3.3.1 Das Familienmodell von Steinglass

STEINGLASS (et al. 1987) Direktor des Ackerman Institutes für Familientherapie in New York hat sich zusammen mit seinen Kollegen in einer frühen Studie der Definition einer Suchtfamilie anzunähern versucht. Sie konnten zeigen, dass betroffene Familien in ihren Strukturen sehr variieren und nicht in ein vorgefasstes Schema oder einheitliches Erklärungsmodell passen. Wenn es in einer Familie ein Suchtproblem gibt, dann wird dieses eine untrennbare Komponente des familiären Lebens dieser Familie darstellen. Diese Familie wird zu einer Alkoholikerfamilie, und ihre Lebensgeschichte wird vom Alkohol geprägt sein. Jede dieser Familien hat eine einzigartige Entwicklungsgeschichte. Steinglass fordert als Resümee aus seiner Untersuchung, davon auszugehen, dass eine Theorie der Alkoholikerfamilie eher einen konzeptionellen Rahmen bilden könnte, der deren Komplexität berücksichtigt und wertschätzt. Daher fordert er einen systemischen Ansatz, der die Betrachtung der Entwicklungsfähigkeiten von Familien als Schwerpunkt für die Annäherung an das Problem setzt. Um eine solche Entwicklungsgeschichte rekonstruieren und wertschätzen zu können, sollten bestimmte Punkte bei der Diagnostik betrachtet werden. Obwohl die Trinkmuster bei Alkoholikern sehr variieren, muss dennoch davon ausgegangen werden, dass Alkoholismus eine chronische Krankheit ist. Für Familienforscher und Therapeuten ist es hier wichtig zu sehen, dass die Alkoholikerfamilie eine Familie ist, die eine eher per Definition destabilisierende Krankheit in ihre ganz eigene Funktionalität integriert hat. Die Wirkung einer Droge wie Alkohol ist stimulierend, aber auch niederdrückend, und beeinflusst die Merkfähigkeit, die Stimmung, die Kognition, das Schlafverhalten und auch die Möglichkeit, verbal zu interagieren. Dies wird einhergehen mit dem ständigen und unkontrollierbaren Wechsel affektiver Tonlagen, der Form und Häufigkeit verbaler und nonverbaler Aggressionen und anderen Verhaltensänderungen. Wichtig für das Verständnis eines Miteinanders ist zudem die Tatsache, dass ein Süchtiger in einem drogeninduzierten Zustand anders agiert und reagiert als im nüchternen Zustand. Dies bedeutet, dass sich die umliegenden Systeme, die ebenfalls Betroffenen, sich genau auf diese Verhaltensunsicherheiten einstellen müssen und dies auch tun. Das Interaktionsverhalten der Familienmitglieder ändert sich. Diese Muster variieren von Stunden bis hin zu Tagen. Menschen mit einem Suchtproblem zeigen individuell sehr ähnliche Verhaltensmuster während der Intoxikation, d.h. sowohl das Verhalten des Trinkenden als auch des umgebenden Umfeldes sind vorhersehbar aus der Erfahrung anderer Trinkphasen. So gibt es generalisierbare Muster, die Beobachter erkennen können. Diese betreffen zum Beispiel bestimmte Problemlösungsmuster, den Umgang mit der täglichen Routine des Alltags und mit Familienritualen. Diese Verhaltensmuster können viel Aufschluss geben über das systemische Funktionieren einzelner Familien und Ansätze für ein therapeutisches Arbeiten zur Auflösung dieser Muster geben. Alkoholismus kann zudem lebensperspektivisch nicht als stabiles Muster angenommen werden. Dies beinhaltet eine Skala von spontaner Remission hin zu Stabilisierung des Zustandes verbunden mit den benannten Schwierigkeiten. Daraus resultiert die Annahme, dass diese unterschiedlichen Entwicklungsmöglichkeiten bzw. Verläufe des Alkoholismus auch unterschiedliche Entwicklungen in der Familiengeschichte von

Alkoholikerfamilien bedeuten. Dabei geht es zum Beispiel darum zu sehen, wie das individuelle Trinkmuster mit der Beschreibung familiärer Muster und Organisationsstrukturen einhergeht. Dabei ist laut STEINGLASS et al. (1987) zudem zu bedenken, dass:

- die psychologischen und verhaltensbezogenen Folgen des Alkoholismus für die nicht trinkenden Familienmitglieder wesentlich größer sind als für die Abhängigen selber
- der Umfang der negativen Konsequenzen des Alkoholismus in vielen Fällen unabhängig ist von den biologischen Faktoren wie Trinkmenge, Frequenz des Trinkens, An- oder Abwesenheit physischer Probleme
- der Einfluss des Alkoholismus wesentlich abhängig ist von der Beschaffenheit und den Charakteristiken des familiären Umfeldes

### 3.3.2 Partnerschaft und Sucht

Partner von suchtkranken Menschen unterstützen in vielen Fällen die Geheimhaltungstendenzen des Partners und der Familie, übernehmen zu viel Verantwortung und schützen damit den Partner vor der Übernahme von Eigenverantwortung. Dabei passiert es oft, dass sie sich gerade mit der Übernahme der Verantwortung von dem eigenen Gefühlsdilemma ablenken. Die Entwicklung von an die Sucht angepassten Verhaltensmustern wird nicht wahrgenommen und nicht hinterfragt. Phantasien, die bestimmte Muster der Kontrolle oder scheinbare Hilfsangebote aufrechterhalten, gehen in die Zukunft. Denn in einer phantasierten suchtfreien Zukunft wird die Beziehung glorifiziert. Es besteht die große Hoffnung, dass dann alle Probleme aus der Welt geschafft sind, wenn das Suchtproblem nicht mehr existiert. Beide Partner unterschätzen dabei die Tatsache, dass bei einem Ausstieg aus der Sucht alte Regeln der Beziehungsdefinition ihre Gültigkeit verlieren. Beziehungen müssen neu definiert werden. Hierarchien werden neu sortiert. Dabei erscheint es im Verlauf oft einfacher, dass das alte und vertraute, nämlich das Leben mit der Sucht, wieder herbeigesehnt wird, denn dann sind die Beziehungsmuster und die Familienregeln bekannt und deren Neudefinition nicht so anstrengend (GEMEINHARDT 2004).

Viele Partner von Suchtkranken stammen selbst aus suchtblasteten Familien und können in diesen Beziehungen das, was sie als Kinder gelernt haben, als Erwachsene weiterführen. Von den Kindern wird der nicht trinkende Elternteil häufiger abgelehnt als der trinkende, denn er hat zu wenig Zeit zum Spielen und keine Lust zu Albernheiten. Diese Eltern arbeiten als Manager der Familie, sie sind die Person, die alles unter Kontrolle bringen wollen und dabei die Unterstützung von den Kindern im Management der Familie erwarten. Sie werden oft als hart und kalt beschrieben, während der trinkende Elternteil der warmherzige sei.

### 3.3.3 Co-Abhängigkeit

Der Begriff der Co-Abhängigkeit ist, gerade in einer systemischen Sichtweise von Sucht, heftig umstritten. Es gibt bei dem Versuch der Definition unterschiedliche Auffassungen. Es gab Versuche, die Co-Abhängigkeit als ein eigenes Krankheitsbild im Rahmen der Persönlichkeitsstörungen zu definieren und ein Diagnoseschema dazu zu erstellen (CERMAK 1986). Ein Überblick über verschiedene Konzepte findet sich auch bei RENNERT (1990). LAMBROU (1990) diskutiert diesen Begriff ebenfalls und versteht unter Co-Abhängigkeit eine Verhaltensweise, die von sich selber ablenkt, von den eigenen Gefühlen. Die co-abhängige Person braucht sich selbst nicht mehr wahrzunehmen, andere werden wichtiger als sie selbst und sie denkt über die Probleme von anderen nach, versucht, Lösungen zu finden. Das ganze

Denken und Fühlen kreist um die andere Person. Das eigene Wohlergehen ist so sehr von anderen Menschen abhängig, dass fremde und eigene Bedürfnisse miteinander verschmelzen. Es wiederholen sich Kontrolle, Misstrauen und Fürsorge.

Schwierig ist bei dieser Ansicht, dass die Familienmitglieder nach dieser Definition bewusst zu handeln scheinen, von sich ablenken wollen und so in eine Position von Krankheit rücken, die sehr kritisch betrachtet werden sollte. Die Handlungs- und Gefühlsebene stellt sich sicher wie beschrieben dar. Von einer systemischen Perspektive aus würde dieses Verhalten aber als ein Lösungsversuch für sehr problematische Lebenssituationen gewertet werden können.

### **3.3.4 Kinder in „Suchtfamilien“**

Kinder sind von einem Suchtproblem in der Familie immer betroffen, ob sie nun selber oder ein anderes Familienmitglied ein Suchtmittel konsumieren. Verschiedene Praktiker und Wissenschaftler haben sich mit der Situation von Kindern beschäftigt (BARNOW et al. 2001, LAMBROU 1990) In der Arbeit mit diesen Kindern zeigt es sich immer wieder, dass sich viele im Laufe der Familienentwicklung dazu entscheiden bzw. dazu gedrängt werden, einen aktiven Part in den Familien zu übernehmen. Sie lernen, niemandem zu vertrauen und besser mit erhöhter Wachsamkeit zu reagieren. Manche wollen nicht mehr passiv abwarten und sich damit hilflos Situationen und Stimmungsschwankungen aussetzen. Daher versuchen besonders die Älteren, Verantwortung zu übernehmen und das Chaos zu ordnen. Dabei übernehmen sie mehr Verantwortung als sie verkraften können. Sie glauben, wenn sie selbst aktiv werden, könnte dies die Angst vor dem Ausgeliefertsein an eine unkontrollierbare Situation vermindern Aus der Regel der Geheimhaltung und der Befürchtung von Konsequenzen heraus lernen die Kinder früh, dass ihnen allem Anschein nach niemand helfen wird und sie sich daher selbst helfen sollten. Kinder werden in einem solchen Prozess früh und schnell erwachsen, wenn sie lernen müssen, sich für die Probleme der Eltern zu interessieren, dabei aber selber nur in eingeschränktem Maße Fürsorge bekommen. Dabei kann es sein, dass sie wichtige Jahre in ihrer Entwicklung überspringen. Früh erlernte Kontrollfunktionen nehmen diese Kinder oftmals mit in das Erwachsenenalter und versuchen, Kontrolle als die einzige und sicherste Variante im Umgang mit anderen Menschen einzusetzen.

CLEVELAND (1982) hat sich mit der Analyse der Rollen von Geschwistern in Familien beschäftigt, in denen es einen jugendlichen drogenabhängigen Familienangehörigen gibt. Sie hat dabei verschiedene Rollen kategorisiert, die Kinder einnehmen können, die aber nicht genau abgegrenzt zu betrachten sind. Ein Kind kann auch mehrere Rollen übernehmen und diese können sich im Laufe der familiären Entwicklung verändern. LAMBROU (1990) geht davon aus, dass diese Rollenmuster auch für Kinder zutreffen können, die aus Familien kommen, in denen ein Elternteil ein Suchtproblem aufweist. In der praktischen Arbeit ist es sehr wichtig, alle Kinder eines Systems zu betrachten und auch solche Kinder in ihren Belastungen und Ressourcen wertzuschätzen, die nicht direkt selber Drogen konsumieren oder in eine Erwachsene- und Kontrollfunktion gerutscht sind. Folgende Muster werden von den Autorinnen unterschieden (CLEVELAND, 1982; LAMBROU 1990):

#### **1. Der Macher**

Der Macher ist das leistungsstarke und verantwortungsbewusste Kind. Diese Rolle wird oft vom ältesten oder einzigen Kind in der Familie übernommen. Es übernimmt Pflichten und Aufgaben der Erwachsenen und wird damit viel



zu früh selbst erwachsen. Sie schlüpfen in die Rolle des Ersatzpartners (Triangulation<sup>S</sup>, Koalition mit dem nicht trinkenden oder dem trinkenden Elternteil). Sie lernen in diesem Prozess auch, dass sie nur sich selbst vertrauen sollten, denn Vertrauen in andere könnte gefährlich werden. Sich selbst Verantwortung zu geben, schützt scheinbar davor, den Dingen, die in der Familie passieren, nicht mehr hilflos ausgesetzt zu sein.

## 2. Der Sündenbock - das auffällige Kind

Dieses Kind bekommt „*negative*“ Aufmerksamkeit durch auffällige, unliebsame Verhaltensweisen. Es erfüllt wichtige Systemfunktionen, da es mit seinem Verhalten vom Suchtproblem ablenkt. Die Familie bekommt Hilfe bei der Problemdefinition „*wenn du nicht... dann bräuchte ich nicht..., der Vater nicht...*“ Diese Kinder sind es gewohnt, auch außerhalb der Familie zum Beispiel in der Schule negative Aufmerksamkeit zu bekommen, was die Systemfunktionen weiterhin erfüllt, aber dem Kind selbst nicht ermöglicht, in anderem Kontext positive Erfahrungen zu machen.

## 3. Das unsichtbare Kind

Diesem Kind gelingt es, so unsichtbar wie möglich zu agieren, um damit auf seine eigene Weise den unkontrollierbaren Aktionen der Eltern zu entkommen. Es entwickelt eine Angst, sich so zu zeigen, wie es ist. Es erhält keine Aufmerksamkeit, keine Anerkennung, für das Stillhalten und Bravsein wird es gelobt. Reaktion auf die häuslichen Verhältnisse ist es, keinen Widerstand zu bieten, Konflikten aus dem Weg zu gehen. Es selbst nimmt seine Gefühle nicht wichtig.

## 4. Das unterhaltsame Kind, Familienmaskottchen

Meist ist dies das jüngste Kind, das von den anderen geschützt wird, keine Informationen darüber erhält, was in der Familie los ist, was sich letztendlich in einem diffusen Gefühl der Unsicherheit ergibt. Diese entlädt sich in Aktionen des Kindes, die von anderen belacht werden, womit das Kind schnell merkt, dass es so Aufmerksamkeit bekommen kann. Die anderen lassen sich dadurch auch gerne mal von den Sorgen ablenken, das Verhalten wird verstärkt. Letztendlich führt es dazu, dass dieses Kind denkt, immer fröhlich sein zu müssen, Ängste werden versteckt.

BARNOW et al. (2001) konnten im Rahmen einer Studie mit 70 Familien nachweisen, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien ein höheres Ausmaß an Ablehnung durch die Eltern sowie vermehrt Verhalten- und Aufmerksamkeitsprobleme aufwiesen. Zudem konsumieren sie wiederum mehr Alkohol als Kinder aus Vergleichsgruppen. Sie plädieren aufgrund ihrer

Ergebnisse für eine verstärkte Einbeziehung der Familie in die Therapie sowie in Präventionsmaßnahmen.

Im Resilienz - oder Stressresistenzmodell wird die stressreiche Lebensbedingung als eine besondere Herausforderung gesehen, an die sich Kinder besonders gut und flexibel anpassen können. Bestimmte Kinder haben die Fähigkeit, eine hohe Toleranz gegenüber stressreichen Bedingungen aufzuweisen und sich gut an verändernde Lebensbedingungen anpassen zu können. WOLIN et WOLIN (1995) fanden in Interviews mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien sieben Resilienzen, das heißt Faktoren, bei deren Vorhandensein die Ausprägung der negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums in der Familie abgeschwächt werden können:

- Einsicht, dass mit dem alkoholabhängigen Elternteil etwas nicht stimmt
- Fähigkeit zur Unabhängigkeit zum Beispiel gegenüber den Stimmungsschwankungen, Widerstand gegen Beeinflussung
- Beziehungsfähigkeit und die Möglichkeit, aus eigener Initiative heraus Beziehungen zu psychisch gesunden Menschen aufnehmen zu können
- Initiative für zum Beispiel sportliche und soziale Aktivitäten
- Kreativität, zum Beispiel in Form von künstlerischem Ausdruck
- Humor, zum Beispiel in Form von Sarkasmus und Ironie als Form der Distanzierung
- Moral, zum Beispiel in Form eines von den Eltern unabhängigen stabilen Wertesystems

Weitere individuelle Faktoren und solche aus dem interaktionellen Bereich wirken protektiv. Hierunter fallen Aspekte wie das Temperament des Kindes, das positive Aufmerksamkeit hervorruft, eine durchschnittliche Intelligenz und ausreichende Kommunikationsfähigkeit, eine stärkere allgemeine Leistungsorientierung, eine verantwortliche, sorgende Einstellung ohne eigene Grenzen zu verletzen, ein positives Selbstwertgefühl, internale Kontrollüberzeugung (locus of control) und auch der Glaube daran, sich selbst helfen zu können. Protektive Faktoren aus dem interaktionalen Bereich sind für diese Kinder, wenn sie Aufmerksamkeit bekommen und nicht zusätzlich längere Trennungen erleben müssen. Zudem scheint es sich für ihre Entwicklung positiv auszuwirken, wenn es in ihrer Familie in den ersten zwei Jahren keine weiteren Geburten gibt und sie keine schweren elterlichen Konflikte bis zum zweiten Lebensjahr erleben müssen. Ein besonderes Einfühlungsvermögen ist dann hilfreich, wenn dabei auch die eigenen Gefühle geachtet werden können und sie nicht verdrängt werden müssen. Diese Ergebnisse können Hinweise auf hilfreiche Interventionen für diese Kinder bieten, wie zum Beispiel sich als Ansprechpartner und Vertrauensperson zur Verfügung zu stellen, Kinder in ihren Beobachtungen und Äußerungen ernst zu nehmen und ihre Grenzen zu respektieren.

### **3.3.5 Die Mehrgenerationenperspektive in der Sucht**

Angeregt durch die Arbeit von der Gruppe um SELVINI-PALAZZOLI (1980) entstand in der Forschungsgruppe um CIRILLO (CIRILLO et al. 1998) die Frage, ob es ein Muster der Familien von Drogenabhängigen geben kann. In einer qualitativ angelegten Studie mit ca. 100 Familien konnten sie bestätigen, dass die Familie eine wesentliche Rolle bei der Genese und Aufrechterhaltung von Drogenabhängigkeit spielt, sie ist ein wesentlicher Bestandteil, ohne den es gerade zu dieser Krankheit nicht gekommen wäre. Der besondere Familientyp in seinem Funktionszusammenhang, mit seiner spezifischen Familiengeschichte sowie seiner Beziehungsstruktur und Werteorientierung, der in der Drogenabhängigkeit zum Ausdruck gelangt, spielt dabei eine große Rolle. Sie kommen zu dem Schluss, dass die Behandlung nach Möglichkeit die Entwicklungsprozesse der Familie integrieren sollte. Bei der

Betrachtung einer mehrgenerationalen Perspektive zeigte sich, dass die Väter der Jugendlichen überhäufig oft selber eine Mangelenerfahrung mit ihren Vätern gemacht hatten und früh eine Vaterrolle in ihrer Ursprungsfamilie eingenommen haben.

Sie fanden folgende Umgangsweisen mit dem Drogenkonsum auf Seiten der Eltern:

- Verdrängung bis zum offensichtlichen Ausbruch
- Infantilisierung der Kinder, kein Ablassen von ihnen im weiteren Verlauf
- Verstoßung der Kinder
- Verzweiflung über eigene Konflikte

Als Ergebnis ihrer Untersuchung haben sie 7 Stadien der Familienentwicklung beschrieben, die der Praktiker bei der Betrachtung einer Familie mit einem drogenabhängigen Familienmitglied berücksichtigen sollte. Insgesamt haben sie drei Familientypen herausgearbeitet.

1. Die erste Gruppe bilden solche, die nach außen als eine gut funktionierende Familie erscheint, die auf den ersten Blick eine große Fürsorglichkeit für die Kinder aufweist. Dieser Eindruck ist aber nicht haltbar und erweist sich bei genauer Betrachtung als unzureichend. Hier konnten bei beiden Eltern über die Generationen hinweg deutliche nicht verarbeitete traumatische Erfahrungen beobachtet werden, vor allem ausgeprägt in der väterlichen Linie.
2. In der zweiten Gruppe hatten die Eltern ebenfalls beide unbefriedigende Erfahrungen in der Herkunftsfamilie gemacht, versuchten aber ihre Kinder in den gestörten ehelichen Beziehungen zu instrumentalisieren und die Störungen vor den Kindern geheim zu halten.
3. In der dritten Gruppe zeigte sich eine objektiv vorhandene Vernachlässigung der Kinder als vorherrschender Beziehungsstruktur über mehrere Generationen hinweg.

STACHOWSKE (2002) stellt in seiner Arbeit zu Mehrgenerationentherapie und Genogrammen in der Drogenhilfe fünf von ihm nach der Methode der mehrgenerationalen Familientherapie durchgeführte Therapien mit von illegalen Suchtstoffen abhängigen Patienten vor. Hier zeigt er die Zusammenhänge von individuellem Krankheitsmuster, mehrgenerationalen Beziehungsmustern und gesellschaftlichen Beeinflussungen auf. Als Instrument für die Datenerhebung hat er das Genogramm nach MCGOLDRICK et GERSON (1990) eingesetzt. Die Relevanz einer Veränderung der Blickrichtung von einer individuumzentrierten hin zu einer familien- bzw. systemorientierten Betrachtungs- und Behandlungsphilosophie schwerer Suchterkrankungen wird hier deutlich. Befunde der einzelnen Familiengeschichten setzt er mit geschichtlichen Entwicklungen in der Drogenpolitik in Zusammenhang.

### **3.3.6 Therapiestudien**

In der Arbeit mit Suchtpatienten kommen verschiedene familientherapeutische Verfahren zum Einsatz, deren Effektivität vielfach nachgewiesen werden konnte. Üblich und sinnvoll ist es zudem, die unterschiedlichen Erkenntnisse miteinander zu kombinieren. THOMASIVUS, GEMEINHARDT et SCHINDLER (2000) stellen ein Modell familientherapeutischen Arbeitens dar, das verschiedene Elemente integriert und sich in einem Therapieforschungsprojekt (THOMASIVUS 2004) als besonders effektiv in der Arbeit mit drogenabhängigen Jugendlichen

und Jungerwachsenen gezeigt hat. Hier wurden 86 drogenabhängige Jugendliche oder junge Erwachsene zusammen mit ihren Eltern familientherapeutisch behandelt. Die fünf Zielkriterien Suchtstatus, Familiendynamik, Störungs-Symptomatik, psychosoziale Integration und Therapiezufriedenheit wurden sowohl durch Selbstschilderungen der Familienmitglieder als auch durch Expertenratings dargestellt. Das wichtigste Erhebungsinstrument bildeten hier die Familienbögen nach CIERPKA et al. (1984). 38 Klienten einer therapeutischen Gemeinschaft für jugendliche Drogenabhängige, 51 Familien mit dem gleichen Problem vor Beginn der Behandlung und 31 psychiatrisch unauffällige Peers galten als Kontrollgruppe. Die Therapieerfolge wurden in ein und zwei Jahres Katamnesen überprüft. Von den teilnehmenden Familien beendeten 72 % ihre Therapie. 61 % verbesserten ihren Suchtstatus deutlich (EuropASI, Urinproben). In allen Zielkriterien zeigten sich bei allen Familienmitgliedern Verbesserungen. Trotz der intensiveren Betreuung waren die Ergebnisse bei den Patienten der therapeutischen Gemeinschaft gleich oder nur wenig besser. Die Ergebnisse der Familientherapie Studie blieben bei der zwei Jahres Katamnese stabil und waren ähnlich den Werten der unauffälligen Familien. Die Familienbeziehungen haben sich nach zwei Jahren überwiegend zufrieden stellend entwickelt und befähigen die Beziehungssysteme zur Lösung anfallender Probleme. Diese Ergebnisse deuten in eine positive Richtung. So kann davon ausgegangen werden, dass sich eine ambulante familientherapeutische Behandlung von Jugendlichen mit der Diagnose Abhängigkeit von multiplen Substanzen/episodischer Opiatgebrauch, die in regelmäßigem Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie stehen, eine effektive Behandlungsstrategie darstellt.

In einer Überblicksanalyse von STANTON et SHADISH (1997) erfolgt eine Zusammenfassung von unterschiedlichen ergebnisorientierten Studien über Suchtmittelabhängige, denen ein familientherapeutisches bzw. paartherapeutisches Behandlungskonzept zugrunde gelegen hat. Diese Metaanalyse über 1571 Behandlungsfälle umfasste ca. 3500 Patienten und Familienangehörige und brachte folgende Ergebnisse:

In Studien, in denen Familie- bzw. Paartherapie verglichen wurde mit Modalitäten, in denen die Familien nicht eingeschlossen wurden wie individuelle Beratung bzw. Peergruppentherapie, wurden die Ergebnisse der Familientherapie höher bewertet. Die Effektivität anderer, individuumzentrierter Ansätze konnte durch eine Ergänzung von Familie- bzw. Partnertherapie erhöht werden. Diese Ergebnisse gelten in gleicher Weise für Jugendliche oder Erwachsene, die suchtmittelabhängig waren oder Missbrauch betrieben. Bei einem Vergleich familientherapeutischer Verfahren mit anderen Arten der Einbeziehung von Familienmitgliedern konnte nachgewiesen werden, dass durch die Familientherapie ein besseres Therapieergebnis gegenüber der familiären Psychoedukation bzw. der Arbeit in einer Angehörigengruppe erzielt werden konnte. Es gab keinen Unterschied, welche familientherapeutischen Grundhaltungen die Therapeuten verfolgten bzw. welcher „Schule“ sie angehörten. Dies ist auch dadurch bedingt, dass die Therapeuten oftmals verschiedene Ansätze miteinander kombinierten. Verglichen mit anderen Ansätzen konnte eine hohe Rate an Engagement und Haltekraft in der Behandlung nachgewiesen werden, was sich in der geringen Abbruchrate zeigte.

---

## 3.4 Alkoholabhängigkeit

### 3.4.1 Ein historischer Exkurs

Bei der Betrachtung von Abhängigkeitserkrankungen in der Mehrgenerationenperspektive erscheint ein kurzer historischer Exkurs angebracht<sup>3</sup>. Alkohol gilt als die älteste Droge der Menschheit. Bier und Wein waren über viele Jahrhunderte die alkoholischen Getränke, die konsumiert wurden. Mit der Erfindung des Branntweins im 16. Jahrhundert und der damit einhergehenden Möglichkeit, Alkohol haltbar zu machen, ging erstmals die Unterscheidung von „harmlosem“ und „heimtückischem“ Trinken einher. Alkohol war eher verfügbar und wurde z. B. im dreißigjährigen Krieg als Teil des Soldes ausgeteilt. Zu der Zeit wurde auch begonnen die „Trunksüchtigen“ gemeinsam mit Verbrechern, Bettlern und Dirnen in Anstalten zu sperren, um sie von der Öffentlichkeit fern zu halten. Ab ca. 1820 kam es im Zuge der Industrialisierung zu einem weiteren Anstieg des Alkoholkonsums und um 1900 wurde pro Kopf ca. 10 Liter reinen Alkohols konsumiert, eine Zahl, die mit heutigen Statistiken fast vergleichbar ist. Die Industrialisierung und die damit einhergehende Landflucht brachten die Menschen in die Städte. Hier lebten sie getrennt von den Großfamilien in zum Teil sehr erbärmlichen Verhältnissen. Der Alkohol war hier „Seelentröster“ und immer verfügbar. Dies wurde auch dadurch unterstützt, dass in vielen Industriezweigen Alkohol wiederum als Teil des Lohnes ausgezahlt wurde. Das Trinken bei der Arbeit war nicht nur erlaubt, sondern sogar erwünscht, um die Arbeitsleistung und – Motivation zu erhöhen. Der so genannte „Elendsalkoholismus“ führte dazu, dass um 1900 im Deutschen Reich ca. 65000 Einweisungen in Krankenhäuser wegen Trunksucht stattfanden. Viele Kinder tranken regelmäßig Alkohol und die Unfallzahlen in den Fabriken stiegen dramatisch an. Ein Großteil der so genannten Armenkosten mussten für die Familien von Alkoholikern verwendet werden. Der Versuch den Alkoholkonsum einzudämmen, äußert sich um diese Zeit im Entstehen der ersten Mäßigungsbewegung mit der Gründung von Abstinenzvereinen (Blaukreuzer, Guttempler und Kreuzbund). Bereits 1774 bezeichnete der amerikanische Arzt Benjamin Rush den Alkoholismus als eine Krankheit, die langfristig nur durch eine strikte Abstinenz zu heilen sei. 1851 wurde in Deutschland die erste „Trinkerheilanstalt“ eröffnet. Ab 1907 setzten die Gewerkschaften durch, dass eine Entlohnung in Alkohol abgeschafft wurde und die ersten Aufklärungskampagnen in Schulen durchgeführt wurden. 1924 wurde die erste Bausparkasse „Gemeinschaft der Freunde Wüstenrot“ gegründet um den Menschen die Möglichkeit zu geben, ihre Elendsquartiere zu verlassen. Die beiden Weltkriege brachten eine rapide Reduktion des Alkoholkonsums mit sich. Eine neuerliche Wende im vorher begonnen hilfreichen Umgang mit Alkoholikern brachte der Nationalsozialismus. 1933 erließen die Nationalsozialisten das Gesetz „zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Sie nahmen an, dass Alkoholismus erblich sei und beschlossen, dass „wer an schwerem Alkoholismus leidet, sterilisiert werden kann“.

---

<sup>3</sup> Die Beschreibungen in diesem Abschnitt orientieren sich in weiten Teilen an LINDENMEYER (2001) und SPODE (1993)

Der Psychiatrieprofessor Hans Bürger Prinz schrieb 1938 (zitiert nach LINDENMEYER (2001), ohne Literaturangabe):

*„Die Alkoholiker sind sehr häufig erregbare, zu Tobsuchtsanfällen oder Misshandlungen neigende, willensschwache, haltlose, triebhafte, einsichtslose, lügnerische kriminelle Persönlichkeiten.“*

Diese Einstellungen führten zum Verbot der Abstinenzvereine. In den USA dagegen wurde nach der Aufhebung der Prohibition 1942 von Professor E.M. Jellinek ein Krankheitsmodell des Alkoholismus formuliert, das noch heute therapeutische Behandlungsverfahren beeinflusst und wiederum einen Einstellungswandel bewirkt hat, der später auch in Deutschland Fuß fassen konnte. Jellineks Botschaft war (zitiert nach LINDENMEYER (2001), ohne Literaturangabe):

*„Ein Alkoholiker ist krank, ihm kann geholfen werden und er ist es wert, dass man ihm hilft“.*

In Deutschland gab es nach dem Krieg wenig Alkohol und das Brennen von Schnaps und Korn war wegen der Lebensmittelknappheit bis 1956 verboten. Allerdings war er *„heiß begehrt“* und bildete eine der stabilsten Währungen auf dem Schwarzmarkt. Das Wirtschaftswunder brachte in den sechziger Jahren dann einen solch massiven Anstieg des Konsums mit sich, dass auch von einer *„nassen Generation“* gesprochen wurde. Alle Gesellschaftsschichten waren betroffen. Allerdings tranken Frauen weniger und eher verdeckt, wohingegen die Männer auch in der Öffentlichkeit große Mengen konsumierten. Erst in den letzten Jahren findet hier *„eine Gleichberechtigung“* statt, indem sich die Zahlen angleichen. 1968 wurde der Alkoholismus dann in Deutschland als Krankheit anerkannt. Dies führte zum Ausbau besserer und differenzierter Behandlungsangebote, die von den Krankenkassen und auch den Rentenversicherungsträgern finanziert werden. Selbsthilfeorganisationen und die aus den USA stammende Bewegung der Anonymen Alkoholiker geben darüber hinaus einen Rahmen für die Stabilität der Abstinenz. Heute gibt es ambulante, tagesklinische und stationäre Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen in Beratungsstellen und Kliniken von unterschiedlicher Dauer und mit verschiedenen Konzepten. Diese stellen sich in ihren therapeutischen Ausrichtungen auf differenzierte Anliegen wie auch der Behandlung von Komorbidität oder der Mitbehandlung von Familienangehörigen ein (siehe GEMEINHARDT 2004).

Diagramm nach Daten  
von Hasso Spode (1993)

Diese Abbildung zeigt den Pro-Kopf-Verbrauch alkoholischer Getränke in einer Zeitspanne von 1870 bis 1989 auf. Interessant ist die annähernd gleiche Menge des Verbrauchs. In den Zeiten der beiden Weltkriege sinken die Zahlen. Diese Abbildung gibt eine „*offizielle*“ Version wieder. Die Dunkelziffer, die während der Weltkriege beziehungsweise der Wirtschaftskrisen durch illegale Praktiken (Schmuggel, Schwarzbrennerei, Schwarzmarktware) ein enormes Ausmaß erreichte, wird hier nicht abgebildet.

### **3.4.2 Diagnostische Leitlinien**

Im folgenden Abschnitt werden die heute gültigen diagnostischen Leitlinien einer Abhängigkeitserkrankung sowie eines Entzugssyndromes aufgeführt. Die Darstellungen sind bewusst allgemein gehalten, da sie weitestgehend auch für andere stoffgebundene Süchte zutreffen. Das Diagnosespektrum des ICD 10, Teil F 1 Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen liefert die Grundlage der Ausführungen.

#### **3.4.2.1 Die Abhängigkeit**

Als wesentliches Charakteristikum des Abhängigkeitssyndroms gilt ein aktueller Konsum oder ein starker Wunsch nach dem Suchtmittel. Dies führt zu eingeeigneten Verhaltensmustern im Umgang mit diesen Substanzen. So zum Beispiel die Tendenz, alkoholische Getränke werktags in gleicher Weise zu konsumieren wie an Wochenenden, ungeachtet des gesellschaftlich vorgegebenen Trinkverhaltens. Der innere Zwang, Substanzen zu konsumieren, wird meist dann bewusst, wenn versucht wird, den Konsum zu beenden oder zu kontrollieren.

Leitlinien für die Diagnostik sind:

Starker Wunsch oder Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren  
Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, Beendigung und Menge des Konsums

Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden  
Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichte Wirkung der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich  
Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen  
Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie zum Beispiel Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen in Folge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen

### **3.4.2.2 Das Entzugssyndrom**

Hier handelt es sich um einen Symptomkomplex von unterschiedlicher Zusammensetzung und wechselndem Schweregrad. Beginn und Verlauf des Entzugssyndroms sind zeitlich begrenzt und abhängig von der Substanzart und der Dosis, die unmittelbar vor dem Absetzen verwendet worden ist. Das Entzugssyndrom kann durch Krampfanfälle kompliziert werden. Die körperlichen Symptome sind je nach verwendeter Substanz unterschiedlich. Häufige Merkmale sind auch psychische Störungen (zum Beispiel Angst, Depression und Schlafstörungen). Typischerweise berichten die Patienten, dass sich die Entzugssymptome durch die erneute Zufuhr der Substanz bessern.

Ein Delir kann ein Entzugssyndrom zusätzlich komplizieren. Hier ist das alkoholbedingte Delirium tremens einzuordnen, ein kurz dauernder, aber gelegentlich durchaus lebensbedrohlicher toxischer Verwirrtheitszustand, der von somatischen Störungen begleitet wird. Das Delir ist gewöhnlich Folge eines absoluten oder relativen Entzugs bei stark abhängigen Trinkern mit einer langen Vorgeschichte. Es beginnt meist nach Absetzen des Alkohols. Die typischen Prodromi sind Schlaflosigkeit, Zittern und Angst. Dem Delir können auch Entzugskrämpfe vorausgehen. Die klassische Symptomtrias besteht in Bewusstseinstörung und Verwirrtheit, lebhaften Halluzinationen oder Illusionen jeglicher Wahrnehmungsqualität, besonders optischen, und ausgeprägtem Tremor. Auch Wahnvorstellungen, Unruhe, Schlaflosigkeit oder Umkehr des Schlaf- Wach- Rhythmus und vegetative Übererregbarkeit sind üblicherweise vorhanden.



## 4 Fragestellung und methodischer Zugang

Die zentrale Fragestellung der vorliegenden Arbeit ist die nach der Funktionalität des Symptoms der Alkoholabhängigkeit in der Mehrgenerationenperspektive auf verschiedenen Ebenen des familiären Systems. Die Betrachtung der den familiären Strukturen zugrunde liegenden Muster ist dabei ein wesentlicher Schritt zur Beantwortung dieser Fragestellung. Beides, sowohl die Betrachtung mehrgenerationaler familiärer Muster bei Alkoholikern<sup>4</sup> als auch die Frage nach der Funktionalität der Symptomatik, war bisher nicht im Blickfeld systemischer Forschungsfragestellungen. Aus diesem Grunde wurde der methodische Zugang über eine Pilotstudie im Bereich der qualitativen Biografie - bzw. Familienbiografieforschung gewählt. Fallanalysen bilden die Grundlage des Datenmaterials, weshalb die Studie zudem in den Bereich der Einzelfallforschung fällt. Dazu FLICK (2003; S. 255):

*„Das Prinzip der Rekonstruktion von Fällen kennzeichnet einen großen Teil der biografischen Forschung, die mit einer Reihe von Fallanalysen in vergleichender, typisierender oder kontrastierender Weise arbeitet. Biografische Forschung ist gleichzeitig exemplarisch für ein retrospektives Forschungsdesign, in dem rückblickend vom Zeitpunkt der Durchführung der Forschung bestimmte Ereignisse und Prozesse in ihrer Bedeutung für individuelle oder kollektive Lebensläufe analysiert werden“.*

Die Beantwortung dieser familienbiografischen Fragestellung geschieht aus einem therapeutischen Prozess heraus und entwickelt sich diskursartig aus dem therapeutischen Geschehen. Das bedeutet, dass die Daten im Rahmen einer Prozess- bzw. Aktionsforschung (MOSER 1995) erhoben werden, in der die „*Beforschungsobjekte*“, d.h. die Klienten, als wissende und den Forschungsprozess beeinflussende Subjekte agieren und wahrgenommen werden. Die bestehenden Dynamiken im familiären Geschehen sind dabei so vielfältig, dass ein Zugang über quantitative Methoden eine große Einschränkung in einem explorativen Erkenntnisprozess darstellen könnte. Die Grounded Theory nach GLASER und STRAUSS (1967) stellt die qualitative Auswertungsmethode dieser Untersuchung dar. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, für einen zu definierenden Gegenstandsbereich eine Theorie der Funktionalitäten zu erstellen und diese einem Differenzierungsprozess von Behandlungsstrategien zur Verfügung zu stellen.

### 4.1 Qualitative Forschung – Die Forschungsmethodik

Die Fragestellung dieser Arbeit bewegt sich in einem Bereich, in dem bisher keine Forschungsergebnisse vorliegen und der darüber hinaus für eine Anwendung quantitativer Verfahren zu komplex erscheint. Die vorliegende Fragestellung benötigt zu ihrer Beantwortung eine heuristisch neugierige Herangehensweise. Beobachtungen und theoretische Annahmen sollen auf dem Weg einer Theoriebildung überprüft werden. Bei einem qualitativen Zugang ist es im Rahmen der Erhebung der Daten von elementarer Bedeutung, (therapeutischen) Kontakt zu den Personen, die „*beforscht*“ werden sollen, aufzunehmen, diese selbst als die Experten zu würdigen und damit in den Prozess der Theoriebildung zu integrieren. Ansätze qualitativer Forschung bieten unter diesem Aspekt – Kontakt zum „*Untersuchungsgegenstand*“ nicht nur zuzulassen, sondern die darin enthaltene

---

<sup>4</sup> die von STACHOWSKA (2002) vorgestellte Arbeit zur Mehrgenerationenperspektive von Drogenabhängigen deutet in eine ähnliche Richtung, setzt aber einen anderen Schwerpunkt

Dynamik zur Hypothesenbildung zu nutzen und damit zu forcieren – gerade in der Psychotherapieforschung einen großen Vorteil gegenüber quantitativen Ansätzen. Dazu STUHR (2004; S. 162) im Rahmen der Auseinandersetzung zu Qualitativen Ansätzen in der Psychotherapieforschung:

*„Die Humanwissenschaften, zu denen ich auch die Psychotherapieforschung zähle, setzen ein praktisch-philosophisches Wissenschaftsverständnis voraus, das konträr zur rein naturwissenschaftlichen Denktradition und Vorgehensweise steht. Was der Mensch hervorbringt, lässt sich nicht aus naturwissenschaftlichen Axiomen ableiten; das „menschlich Wahre“ gilt nicht allgemein oder universell, ohne Raum – zeitliche Einschränkung: Das menschliche Handeln und Denken unterliegt vielmehr Zielen, die der Mensch in seiner Geschichte verfolgt. Daraus folgt, dass das, was früher geisteswissenschaftlich, d.h. hermeneutisch, also verstehend und historisch erfasst wurde, heute qualitativ wissenschaftlich zu erforschen wäre. Die Beschäftigung mit menschlichen Inhalten führt also zu einer Methode, die m. E. für die Arbeit in der qualitativen Forschung grundlegend ist: die Hermeneutik.“*

Hermeneutik gilt hier als eine Kunstlehre des Verstehens. In diesem neugierigen und offenen Verstehensprozess werden gerade das Vorwissen des Forschers sowie seine Fähigkeit, dieses auch im Kontakt einzubringen und zu reflektieren wertvoll für das Erreichen neuer Erkenntnisse. Aber gerade dies wird im Rahmen des so genannten „hermeneutischen Zirkels“ kritisiert. Der Vorwurf besteht darin, dass die bereits bestehenden Annahmen des Forschers ihn dazu motivieren, im zu analysierenden Material genau das zu finden, was seine Annahmen bestätigt, er in einem Zirkelschluss gefangen sei. Also wird gerade das kritisiert, was die Kunst des Verstehens im Qualitativen so wichtig und wertvoll macht: die subjektive Position des Forschers, der sich in einen Dialog begibt, aus dem heraus ein Erkenntnisprozess erwächst, der Hypothesen in einem fortlaufenden Prozess bilden und evaluieren kann. Dazu STUHR (2004; S. 162):

*„Für die Hermeneutik gilt, dass ohne die subjektive Position kein Zugang zum Verstehen möglich ist, und wenn uns andere Messinstrumente mit ihren Daten (z.B. Laborbefunde) nicht weiterhelfen können, dann bleiben nur noch wir selbst mit unserem Verstehen zurück.“*

DEISSLER et ZITTERBARTH (1996; S. 91), die sich mit der Psychotherapieforschung als sozialem Diskurs im Rahmen systemtherapeutischer Vorgehensweise auseinandersetzen, kritisieren in diesem Rahmen die Arbeit mit standardisierten Verfahren:

*„Das respektvolle, vorsichtige und auf Kooperationsförderung und Kreativität bedachte Vorgehen aus dem therapeutischen Setting droht durch standardisierte Interviews und Fragebögen nicht nur negativ beeinflusst, sondern bis zur Zerstörung konterkariert zu werden. So konnte z.B. die systemische Therapiekultur durch den Prozess der Untersuchung nicht weiterentwickelt werden, sondern sie wurde tendenziell zum Stillstand gebracht oder eliminiert, indem die Klienten von ihrem Status als kompetente Mitkonstrukteure (Experten)*

*herabgestuft wurden zu Objekten von Modifikations-, Interventions- und Indoktrinationsversuchen.“*

#### **4.1.1 Der qualitative Forschungsprozess**

Laut FLICK (2003) lässt sich der qualitative Forschungsprozess als eine Abfolge von Entscheidungen beschreiben. Die Frage nach der Zielsetzung eines Forschungsvorhabens ist hier von elementarer Bedeutung für die Entscheidung, wie das Untersuchungs- und Auswertungsdesign gestaltet sein soll. FLICK (2003) geht davon aus, dass es mindestens drei wichtige unterschiedliche Typen von Zielsetzungen gibt: Beschreibung, Hypothesenprüfung und Theoriebildung. Die Zielsetzung gilt als richtungweisend für die weitere Wahl der Erhebungs- und Auswertungsdesigns. Weiter ist die Definition der Fragestellung von entscheidender Bedeutung. Diese soll so klar und eindeutig wie möglich und so früh wie möglich im Forschungsprozess definiert werden. Allerdings unterliegt auch sie einem Entwicklungsprozess, der sich aus einer Abfolge von Entscheidungen ergibt. Und so kann auch die Fragestellung im Prozess weiter eingegrenzt und fokussiert werden. Die Frage nach den Generalisierungs- und Darstellungszielen eines Forschungsdesigns ist darüber hinaus wichtig. Dabei ist es nach FLICK (2003) durchaus möglich, auf die klassischen demografischen Dimensionen und Anforderungen zu verzichten. Denn eine enge Bindung an diese Forderungen würde die Fallzahlen in vielen Fällen in unermessliche, für die Beantwortung der Fragestellung aber eigentlich unerhebliche Höhen treiben. Dazu FLICK (2003; S. 260):

*„In der qualitativen Forschung ist zwischen numerischer und theoretischer Generalisierung zu unterscheiden. Die wenigsten Projekte erheben den Anspruch, von den untersuchten Fällen auf eine bestimmte Population schließen zu wollen bzw. zu können. Aufschlussreicher ist die Frage nach der theoretischen Generalisierbarkeit der gefundenen Ergebnisse. Hierfür ist weniger die Zahl der untersuchten Personen oder Situationen entscheidend als die Unterschiedlichkeit der einbezogenen Fälle (maximale Variation) oder die theoretische Reichweite der durchgeführten Fallinterpretationen.“*

Der Begriff des Prozesses wurde in den vergangenen Abschnitten wiederholt benannt. Dabei wurde deutlich, dass gerade die Forschung in einem Prozess und damit eine schrittweise Annäherung an eine angestrebte Theoriebildung eine wichtige Komponente der vorliegenden Studie darstellt. Die Aktions- oder auch Prozessforschung ist eine Forschungsstrategie, die darauf abzielt, den Prozesscharakter einer Studie in ein wissenschaftliches Vorgehen zu integrieren und zu nutzen. Sie ist dabei nicht als eine eigenständige Methode zu sehen, sondern bedient sich der Methoden qualitativer oder auch quantitativer Sozialforschung. Sie stellt vielmehr eine Strategie dar, die die Auswahl der methodischen Instrumente bestimmt (siehe SCHNEIDER BARTHOLD et. al., 1994). Somit werden hier die Personen im Feld in den Prozess mit einbezogen, sie sind nicht nur Forschungsobjekt und Merkmalsträger, sondern Subjekte, die ihre Situation selbst gestalten. Forschung findet hier in der Weise statt, dass gemeinsame Erfahrungen von Forscher und „Beforschem“ explizit in die weitere Forschungsplanung integriert werden und so den Auswertungsprozess mitbestimmen. Personen im Feld sollen explizit Kompetenz erwerben und sich entwickeln. Der Anteil der Partizipation der „Beforschungsobjekte“ wird je nach Setting und Fragestellung unterschiedlich gehandhabt. DICK (1995) geht z.B. davon aus, dass es sich hier um ein

Kontinuum handele, das verschiedene Grade des Einbezugs zulasse. So schließt MOSER (1995; S. 56):

*„...dass eine Wissenschaft, welche die Forschungsobjekte nicht mehr als „Objekte“ behandeln will, selbstverständlich auch neue Beziehungen zu den „Beforschten“ zu entwickeln hat.“*

CHENAIL (1994) setzt sich explizit mit den „Folgen“ prozessorientierter Forschung im therapeutischen Geschehen auseinander:

*„In the privatization of a heretofore public qualitative research method in clinical practice, the research becomes part of the clinical practice, not a post – session or post – therapy inquiry, but an in – session, real – time integral part of the therapy, and sometimes the research itself can become therapeutic (ohne Seitenangabe, Internet – Zeitschrift)“.*

Damit wird die besondere Rolle der Aktions- bzw. Prozessforschung gerade bei einem Forschungsanliegen im therapeutischen Geschehen betont. Alle Schritte können zum einen als therapeutische Intervention gelten, tragen aber dann zu einer „Weiterentwicklung“ der Erkenntnis sowohl bei dem Therapeuten als auch beim Klienten und damit zu der Gestaltung ihrer Kommunikation und Beziehungsdynamik bei.

#### **4.1.2 Qualitative Auswertungsstrategien**

Die Entscheidung, welche Auswertungsstrategie bei einer gegebenen Fragestellung oder Untersuchungsidee zur Anwendung kommen soll, ist elementar und beeinflusst den Forschungsprozess nachhaltig. Die Entscheidung für oder gegen eine Auswertungsmethodik hängt zusammen mit der Fragestellung und dem Ziel der Forschungsarbeit. Für die vorliegende Studie standen zu einem frühen Zeitpunkt drei Verfahren zur Auswahl. Dies waren die Qualitative Inhaltsanalyse nach MAYRING (2000), das Verfahren der Objektiven Hermeneutik nach OEVERMANN et al. (1979) und die Grounded Theory nach GLASER et STRAUSS (1967). Im Folgenden wird ein Versuch der Abgrenzung dieser drei Verfahren unternommen, um die Wahl der Methode der Grounded Theory für die vorliegende Studie nachvollziehbar zu machen. Zur Differenzierung dieser Auswertungsstrategien legt MAYRING (2002) anschauliche Zusammenfassungen zu Grundgedanken und Anwendungsgebieten verschiedener Verfahren qualitativer Analysen vor, die hier übernommen werden:

Die Qualitative Inhaltsanalyse (aus MAYRING (2002), S 114 - 121)

*„Grundgedanken: Qualitative Inhaltsanalyse will Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet.“*

*„Anwendungsgebiet: Qualitative Inhaltsanalyse eignet sich für systematische, theoriegeleitete Bearbeitung von Textmaterial. Dabei sind auch große Mengen zu bewältigen.“*

Die Objektive Hermeneutik (aus MAYRING (2002), S. 124 - 126)

*„Grundgedanken: Die Objektive Hermeneutik will die hinter den subjektiven Bedeutungen stehenden objektiven Sinnstrukturen erschließen. Dazu werden mögliche und tatsächliche Bedeutungsgehalte des Materials schrittweise systematisch verglichen.“*

*„Anwendungsgebiete: Die Objektive Hermeneutik empfiehlt sich für Fragestellungen, bei denen es weniger um subjektive Bedeutungen als um allgemein dahinter liegende Strukturen geht. Wegen ihres aufwändigen Vorgehens ist sie nur an kleinen Materialausschnitten oder mit erheblichen Ressourcen durchführbar.“*

Grounded Theory (aus MAYRING (2002), S. 105 - 107)

*„Grundgedanken: Gegenstandsbezogene Theoriebildung geht davon aus, dass der Forscher während der Datensammlung theoretische Konzepte, Konstrukte, Hypothesen entwickelt, verfeinert und verknüpft, sodass Erhebung und Auswertung sich überschneiden.“*

*„Anwendungsgebiete: Gegenstandsbezogene Theoriebildung lässt sich besonders gut durchführen bei einer mit teilnehmender Beobachtung arbeitenden Feldforschung. Sie eignet sich darüber hinaus bei eher explorativen Untersuchungen.“*

Bei der Betrachtung dieser Kriterien können die ersten beiden Verfahren als Auswertungsstrategien ausgeschlossen werden, da die Bearbeitung der zugrunde liegenden Fragestellung einerseits über eine reine Textanalyse hinausgehen sollte, andererseits die zur Verfügung stehenden Ressourcen im Rahmen eines Dissertationsprojektes eine so aufwendige Methode wie die der Objektiven Hermeneutik nicht zugelassen hätten. Damit ist die Grounded Theory die Auswertungsmethode, mit der das Ziel der Untersuchung am besten erreicht werden kann. Hier ergibt sich die Möglichkeit, für einen eingeschränkten Gegenstandsbereich eine – bescheidene – Theorie zu formulieren. Nach BÖHM (2003) lässt sich mit Hilfe der Grounded Theory auf der Basis empirischer Forschung eine für einen bestimmten Gegenstandsbereich geltende Theorie formulieren. Diese bestehe dann aus vernetzten Konzepten und ist geeignet, eine Beschreibung und Erklärung der untersuchten Phänomene zu liefern. Somit wird das besondere Element der Grounded Theory gegenüber anderen Verfahren qualitativer Forschung klar: in einem kreisförmigen Prozess wird eine Theorie erarbeitet, die eine Gegenstandsverankerung besitzt und über die Darstellung einzelner Fälle hinaus eine eigenständige, überindividuelle Theorie bilden kann. Dies geht über die Generierung weiterer Hypothesen oder die Evaluation bestimmter Zusammenhänge oder Phänomene hinaus, wie z.B. bei der qualitativen Inhaltsanalyse oder narrativen Verfahren angestrebt.

### 4.1.3 Die Grounded Theory

Die Grounded Theory stellt die Auswertungsstrategie der vorliegenden Studie dar und wird im Folgenden differenziert dargestellt.

#### 4.1.3.1 Der Forschungsprozess in der Grounded Theory

Der Forschungsprozess im Rahmen der Grounded Theory ist ein offener, in dem es nicht darum geht, theoretische Vorannahmen zu beschreiben, die es zu überprüfen gäbe. Ziel dieser Methode ist die systematische Entwicklung einer – wie der Name schon besagt – Theorie bezüglich des zu untersuchenden Gegenstandsbereiches. Nach STAR (1997) ist die genaue Kenntnis bestehender Theorien für diesen Prozess unverzichtbar, doch der Umgang mit ihnen erfolgt eher respektlos. Nach HILDENBRAND (2003) werden theoretische Konzepte, die in einer Untersuchung entwickelt werden, im Zuge der Analyse entdeckt und müssen sich an den Daten bewähren – andere Kriterien gäbe es nicht (S. 33). Die frühe und präzise Festlegung der Fragestellung ist dabei nach STRAUSS et CORBIN (1996) eine Festlegung, die das Phänomen bestimmt, das untersucht werden soll. Nicht alle Aspekte eines Themas können „*in einem Rutsch*“ abgedeckt werden. Daher hilft die präzise Fragestellung dabei, den Gegenstandsbereich auf eine bearbeitbare Größe einzugrenzen. Verschiedene Arten der Fragestellung werden in der Grounded Theory benannt. Im vorliegenden Fall handelt es sich um eine biografische Fragestellung, durch deren Beantwortung eine Zukunftsorientierung verbunden ist. Das Arbeiten mit der Grounded Theory setzt eine gewisse theoretische Sensibilität voraus, die sich besonders auf die Fähigkeit bezieht, Einsichten zu haben, damit den gewonnenen Daten Bedeutungen verliehen werden können. Dies ermöglicht die Trennung des Wichtigen vom Unwichtigen. Sowohl das Studium relevanter Literatur, die berufliche oder auch persönliche Erfahrung mit dem Gegenstandsbereich als auch die Fähigkeit, einen analytischen Prozess voranzutreiben sind Aspekte, die sich nach STRAUSS et CORBIN (1996) zu einer theoretischen Sensibilität des Interpretierenden ergänzen. Das Kodieren der Daten ist das zentrale Element, um aus Daten eine Theorie zu entwickeln. Nach STRAUSS et CORBIN (1996) wurden die Kodierverfahren und die Instrumente zur Entwicklung einer Theorie konzipiert, um:

- eher eine Theorie zu entwickeln als sie zu überprüfen
- dem Forschungsprozess die notwendige methodische Strenge zu verleihen, die eine Theorie zur „*guten*“ Wissenschaft macht
- dem Analysierenden zu helfen, seine mitgebrachten und während des Forschungsprozesses entwickelten Verzerrungen und Vorannahmen zu durchbrechen
- für Gegenstandsverankerung (Grounding) zu sorgen; Dichte, Sensibilität und Integration zu entwickeln, die benötigt werden, um eine dichte, eng geflochtene, erklärungsreiche Theorie zu generieren, die sich der Realität, die sie repräsentiert, so weit wie möglich annähert. (STRAUSS et CORBIN 1996, S. 39).

Drei Typen der Kodierung werden von den Autoren unterschieden: offenes, axiales und selektives Kodieren. Diese können in einer bestimmten Reihenfolge bei der Auswertung aufeinander folgen, sich aber auch kreisförmig bedingen. So dient das offene Kodieren einem ersten Schritt der Entwicklung von Kategorien. Beim axialen Kodieren liegt der Fokus darauf, eine Kategorie, ein Phänomen, in Bezug auf die Bedingungen zu spezifizieren, die das Phänomen verursachen. Diese sind dann die Subkategorien. Das selektive Kategorisieren ist dem axialen Kodieren vergleichbar, findet aber auf einer höheren abstrakteren Ebene statt. Hier wird die Kernkategorie erarbeitet, die sich oft schon in der Formulierung der Fragestellung abzeichnet. Diese Kernkategorie formuliert dann das zentrale Phänomen der entstehenden Theorie.

STRAUSS et CORBIN (1996; S. 119) gehen davon aus, dass die Betrachtung eines Prozesses zudem eine mächtige analytische Kategorie darstellt:

*„Die Konzeptualisierung von Ereignissen, die vom Prozessbegriff umfasst werden, erklärt nämlich, warum Routinehandlungen / Interaktionen zusammenbrechen, warum Probleme im Verlauf von Lebensereignissen auftreten und warum man beim Rückblicken auf das Leben Wachstum, Entwicklung und Bewegung sieht; oder als das andere Extrem das Scheitern von Wachstum, ein Zurückschlidern, Stagnation. (Das Letztere stellt einen Mangel an Reaktion auf Bedingungsveränderungen dar, was genauso wichtig ist wie die erfolgte Reaktion.)“.*

#### 4.1.3.2 Das theoretische Sampling

Auf dem Weg zur Entwicklung einer Theorie mit dem Verfahren der Grounded Theory erfolgt auch die Auswahl der Stichprobe als Prozess. GLASER et STRAUSS (1967) benennen dies als „*theoretical sampling*“. So soll der Forscher das theoretische Sampling geplant, aber dennoch immer flexibel durchführen. Nach FLICK (2003, S. 262) gilt das theoretische Sampling als Königsweg für qualitative Studien.

Laut STRAUSS et CORBIN (1996) sind folgende vorausgehende Überlegungen für die Bestimmung des Sampling zu Beginn einer Untersuchung hilfreich:

- Festlegung eines Ortes oder einer Gruppe, die – geleitet von der Fragestellung – für die Untersuchung ausgewählt wird
- Entscheidung über die Art der verwendeten Daten. Sollen Beobachtungen, Interviews, Gesprächsaufzeichnungen durchgeführt werden oder vielleicht eine Kombination verschiedener Datenquellen? Hier soll die Methode der Datenerhebung den Vorrang bekommen, die am besten die gesuchte Information einfangen und wiedergeben kann.

Die Entscheidungen bezüglich dieser Punkte hängen auch von den Forschungszielen und den vorhandenen zeitlichen und personellen Ressourcen ab. Und wie bei dieser Methode üblich, können auch diese Entscheidungen im Prozess variiert werden. (siehe STRAUSS et CORBIN 1996 S. 151). Ein wichtiges Element für die „*Entdeckung*“ der „*wertvollen Fälle*“ ist dabei die Sensibilität und Erfahrung des Forschers. Dies betrifft die Bereiche des Wissens um die theoretische Relevanz bestimmter einzubeziehender Konzepte genau so wie die Fähigkeit, mit einer großen Neugier und Offenheit Interviews zu führen oder Beobachtungen zu machen. Dies alles sollte kombiniert sein mit einer angemessenen Art, Fragen zu stellen und Erkenntnisse (oder besser Entdeckungen) bei sich selbst und ebenso bei dem Befragten zuzulassen. Bei allen Perspektiven der Entwicklung hin zu einem Sampling betonen die Autoren (STRAUSS et CORBIN 1996) aber auch, dass das Vorgehen bei der Auswahl sehr beeinflusst ist davon, zu welchem Personenkreis tatsächlich Zugang besteht. Bezüglich der Frage, wie lange ein Sampling für die endgültige Stichprobe fortgesetzt werden soll, gehen GLASER et STRAUSS (1967,) davon aus, dass dies durch eine theoretische Sättigung für jede Kategorie erreicht sei. Nach WIEDEMANN (1995) bedeutet dies, dass die bereits erwähnte Kernkategorie als eine Richtschnur für die theoretische Sättigung gilt.

#### 4.1.3.3 Die Theorie

Bei dem Begriff der Theorie, deren Bildung ja das Ziel des Analyseprozesses in der Grounded Theory darstellt, unterscheiden GLASER et STRAUSS (1967) - im Hinblick auf die Verallgemeinerungsfähigkeit - zwischen formalen und gegenstandsbezogenen Theorien. Dabei entwickelt sich eine formale Theorie aus mehreren gegenstandsbezogenen Theorien. Diese beziehen sich – wie der Name schon sagt – eng auf ein bestimmtes Gegenstands- oder Analysefeld. Grundsätzlich ist es GLASER et STRAUSS wichtig, dass eine Theorie Entdeckungen und Einsichten darstellt und nicht nur Befunde zusammenfasst. Dazu WIEDEMANN (1995; S. 440):

*„Theorien sind nützlich, wenn sie nicht nur Daten abbilden, sondern ihnen eine Gestalt geben, Beziehungen stiften, hin zu neuen Einsichten führen und neue Fragen und Probleme entdecken. Diesem Ziel ist die Verallgemeinerungsfähigkeit der Theorie untergeordnet. Eine Theorie sollte eben nicht nur allgemein, sondern vor allem eine kreative Konstruktion sein.“*

#### 4.1.4 Die Grounded Theory in der Familienforschung

HILDENBRAND (1999) beschäftigt sich im Rahmen von Familienforschung mit der Fallrekonstruktiven Familienforschung. Diese ist in ihrem Ablauf und der theoretischen Auseinandersetzung stark an die von GLASER et STRAUSS (1967) entwickelte Grounded Theory angepasst. HILDENBRAND (1999) geht davon aus, dass Familien ein Muster ausbilden, das den individuellen Fall und die Geschichte ihrer Entscheidungsprozesse übergreifend kennzeichnet. Dieses Muster stellt die Fallstruktur dar. Die Hauptaufgabe einer fallrekonstruktiven Familienforschung besteht darin, diese Fallstrukturen zu entdecken und zu beschreiben (HILDENBRAND 1999, S. 13). Dabei wird in einem ergebnisoffenen, wissenschaftlichen Prozess die Fallstruktur einer Familie rekonstruiert. Dabei wird eine Fallstrukturhypothese prozesshaft entwickelt und wiederholt überprüft. Drei Schritte eines fallrekonstruktiven Forschungsprozesses werden von HILDENBRAND (1999) beschrieben. Die Abduktion beziehungsweise das abduktive Schließen gilt als ein grundlegendes Prinzip des Erkennens von neuem. Hier geht es im Wesentlichen darum, Daten oder auch Prozesse unbefangen zu betrachten und sich frei zu machen von Vorannahmen. Das Fantastische bei der Bildung neuer Erkenntnisse ist deren Entstehung wie durch einen Geistesblitz. Nach ECO (1985) werden Gesetz und Anwendung gleichzeitig erkannt. Auf der zweiten Forschungsstufe, der der Deduktion, werden die durch Abduktion gewonnenen Erkenntnisse in ein Typisierungsschema überführt. Die zentrale Frage ist die nach den Auswirkungen einer so gewonnenen Erkenntnis auf die Modifizierung bestehender Erwartungen an eine künftige Erfahrung (siehe auch GRATHOFF 1989). Auf der dritten und höchsten Stufe des Forschungsprozesses, dem der Induktion wird überprüft, inwiefern die Konsequenzen bzw. das Ergebnis des vorher stattgefundenen Prozesses mit der Erfahrung übereinstimmen. HILDENBRAND (1999; S. 14) folgert denn auch aus diesen Vorgehensweisen:

*„Die zentrale Rolle der Abduktion im Prozess fallrekonstruktiven Forschens führt zu folgender Schlussfolgerung: Fallrekonstruktive Sozialforschung lässt sich nicht auf die Techniken reduzieren, Imagination lässt sich nicht durch Lehrsätze herbeizwingen. Fallrekonstruktive Sozialforschung, damit auch fallrekonstruktive Familienforschung, kann nur als Kunstlehre vermittelt werden.“*



Also sind die zentralen Komponenten die des unvoreingenommenen Blickes auf ein vorhandenes Material und das gleichzeitige Gestalten von Wirklichkeiten in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dieser Wirklichkeit.

*„Dies bedeutet in der fallrekonstruktiven Sozialforschung, wie wir sie hier verstehen, eine Fallstruktur in der Sprache des Falles zu entwickeln und in material gesättigter Form zur Darstellung zu bringen“ HILDENBRAND (1999, S. 14).*

Eine Fallstruktur ist dann das, was der Forscher aus dem gemacht hat, was er gefunden hat. Wichtig bei dem von HILDENBRAND (1999) beschriebenen Vorgehen ist, dass er zur Darstellung und Auswertung familiärer Daten ebenfalls das in der vorliegenden Studie eingesetzte Genogramm verwendet.

### 4.1.5 Gütekriterien Qualitativer Forschung

Das Thema der Gütekriterien qualitativer Forschung wird unterschiedlich diskutiert und bewertet. STEINKE (2003) beschreibt drei grundsätzliche Grundpositionen zu Bewertungskriterien qualitativer Forschung.

- einige Ansätze versuchen, die Kriterien quantitativer Forschung an den qualitativen Prozess anzupassen
- andere entwickeln eigene Kriterien
- und eine dritte Position besteht darin, eine Diskussion bezüglich möglicher Qualitätskriterien grundsätzlich abzulehnen

In dieser Arbeit wird der von STEINKE (2003) formulierten Auffassung zugestimmt, dass qualitative Forschung nicht ohne Bewertungskriterien auskomme. Ohne diese Kriterien läuft die Untersuchung Gefahr, Beliebigkeit und Willkürlichkeit zugeschrieben zu bekommen. Allerdings sind quantitative Kriterien hierfür nicht geeignet, da sie für andere Methoden, die auf entsprechenden Wissenschaftstheorien basieren, entwickelt wurden. Und dennoch gibt es zahlreiche Anregungen für die Formulierung von Bewertungskriterien aus der Auseinandersetzung mit der quantitativen Forschung. Nach STEINKE (2003) sollten Gütekriterien für qualitative Forschung danach entwickelt und definiert werden, dass sie deren Zielen, wissenschaftstheoretischen und methodologischen Ausgangspunkten Rechnung tragen können. Hier ist ein System von Kriterien gefordert, das möglichst viele Aspekte der Bewertung qualitativer Forschung abdeckt. Dabei muss auch auf die Operationalisierung dieser Kriterien geachtet werden, damit eine konkrete Prüfung stattfinden kann. STEINKE (2003) schlägt in ihrer Diskussion zu den Kriterien qualitativer Forschung eine Vielzahl möglicher Qualitätskriterien vor, geht aber davon aus, dass für unterschiedliche Fragestellungen oder Untersuchungsdesigns auch jeweils entsprechend Kriterien ausgewählt, konkretisiert oder gegebenenfalls durch andere erweitert werden sollten.

Aus dem von ihr vorgegebenen Pool an Kriterien sind einige ausgewählt worden, die im Weiteren diskutiert werden.

#### 4.1.5.1 Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

Eine identische Replikation wie sie für quantitative Studien gefordert wird, kann es in der qualitativen Forschung nicht geben. Sehr wohl aber kann das Vorgehen von der Fragestellung bis zur Präsentation, Diskussion und theoretischen Einbettung der Ergebnisse

nachvollziehbar geschildert und dokumentiert werden. So kann eine Bewertung der Ergebnisse erleichtert werden.

- Die Dokumentation des Forschungsprozesses ist dabei die zentrale Technik, die Untersuchung in ihren einzelnen Schritten nachvollziehbar zu machen. Der jeweils einmaligen Dynamik zwischen Gegenstand, Fragestellung und methodischem Konzept kann so Rechnung getragen werden.
- Die Reflektion in Gruppen ist eine Form des expliziten Umgangs mit den Daten und deren Interpretation. STRAUSS (1987) empfiehlt dieses Gütekriterium gerade für die Auswertungsstrategie der Grounded Theory. Beim so genannten peer debriefing nach LINCOLN UND GUBA (1985) wird ein Projekt auch mit Kollegen diskutiert, die nicht an dem gleichen Projekt arbeiten.
- Standardisierung qualitativer Verfahren ist in dieser Vorgehensweise nicht angestrebt. Allerdings kann es für die Verständlichkeit und die Nachvollziehbarkeit einer Untersuchung von Vorteil sein, wenn das methodische Vorgehen ein kodifiziertes Verfahren darstellt. Die Inhaltsanalyse nach MAYRING (2002), die Methode der Objektiven Hermeneutik (REICHERTZ, 2003) und auch die Grounded Theory (GLASER, 1978; STRAUSS, 1987) sind solche Verfahren.

### **4.1.5.2 Indikation des Forschungsprozesses**

Hierunter fallen die Fragen danach, ob das qualitative Vorgehen als solches angemessen ist für die Bearbeitung der speziellen Forschungsfrage. Weiterhin geht es darum, ob die gewählten Methoden tatsächlich zur Erhebung und Auswertung des Untersuchungsgegenstandes angemessen sind. Ein wichtiger Aspekt ist hier auch die Frage danach, ob dem Forscher das zu beforschende Feld vertraut, die Lebenswelt der Untersuchten bekannt ist.

### **4.1.5.3 Empirische Verankerung**

Die entstehende Theorie sollte aus den vorliegenden Daten, d.h. empirisch begründet sein. Es soll die Möglichkeit bestehen, Neues zu entdecken und theoretische Vorannahmen des Forschers in Frage zu stellen oder zu modifizieren. Hier wiederum ist ebenfalls die Verwendung kodifizierter Verfahren von Vorteil, da sie eine empirische Verankerung gewährleisten können. Auch der Prozess der kommunikativen Validierung fällt unter diesen Punkt. Bei diesem Gütekriterium geht es darum, die Ergebnisse des Prozesses noch einmal den Beforschten vorzulegen, sie in ihrer Kompetenz als denkende Subjekte in einen überprüfenden Dialog zu bitten.

### **4.1.5.4 Triangulation<sup>Q</sup>**

Hier handelt es sich um eine Strategie, in der versucht wird, für die Beantwortung einer Fragestellung unterschiedliche Lösungswege aufzuzeigen und zu integrieren (MAYRING 2002). So wäre dies eine Möglichkeit, eine qualitative Studie durch ein ähnliches quantitatives Vorgehen zu untermauern und die Ergebnisse zu vergleichen. Dies bedeutet nicht, dass auf unterschiedlichen Wegen die gleichen Ergebnisse gefunden werden sollen, aber dass die Möglichkeit besteht, die Ergebnisse aus unterschiedlichen Perspektiven heraus zu betrachten und zu vergleichen.

#### **4.1.5.5 Limitation**

Wird eine Theorie als Ergebnis einer Forschungsfragestellung beschrieben, so stellt sich die Frage nach dem Geltungsbereich der Aussagen, d. h. hier sollen die Grenzen der Verallgemeinerbarkeit einer Theorie beleuchtet und diskutiert werden.

#### **4.1.5.6 Relevanz**

Bei diesem Punkt geht es um den pragmatischen Nutzen der Forschungsfragestellung und des sich aus der Beantwortung ergebenden Nutzens der entstehenden Theorie. Beinhaltet die Theorie Erklärungen für das interessierende Phänomen und kann die Theorie zur Lösung anstehender Probleme beitragen?

#### **4.1.5.7 Reflektierte Subjektivität**

Hier wird die Nähe des Forschers zum Gegenstandsbereich diskutiert, d.h. es geht dabei darum, die eigenen Forschungsinteressen, die Erfahrungen mit dem Gegenstandsbereich sowohl theoretisch als auch praktisch in der Reflektion und Schilderung des Forschungsprozesses zu berücksichtigen und zu würdigen.

#### **4.1.5.8 Abkürzungsstrategien**

Wichtig bei der Betrachtung der Gütekriterien qualitativer Forschung ist ein Phänomen, das von FLICK (2003) unter dem Stichwort der „*Abkürzungsstrategien*“ diskutiert wird. Hier weist er darauf hin, dass es je nach erforderlichem – und dann aber tatsächlich leistbarem – Aufwand zur Bearbeitung einer Fragestellung möglich sein muss, bestimmte Abweichungen von bestehenden Maximalanforderungen an die Erfüllung von Gütekriterien zu diskutieren, wenn sie anhand der spezifischen Untersuchungssituation begründet werden<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Die Stellungnahme zur Erfüllbarkeit der Gütekriterien für die vorliegende Fragestellung erfolgt im Diskussionsteil

## 5 Der Forschungsprozess

Die vorliegende Studie wurde im Rahmen des Dissertationsprojektes der Autorin durchgeführt. In der therapeutischen Arbeit mit suchtmittelabhängigen Patienten fiel wiederholt die Bedeutung familiärer Dynamiken für die Aufrechterhaltung und damit den Erfolg der therapeutischen Bearbeitung der Suchtproblematik auf. Dies führte zu der Entscheidung, diese klinische Beobachtung in einem Forschungskontext zu betrachten und zu spezifizieren. So stand am Anfang der Untersuchung die Frage danach, inwieweit mehrgenerationale familiäre Muster zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit beitragen könnten. Diese familiären Muster sollten in der therapeutischen Arbeit betrachtet und analysiert werden. Als familientherapeutisches Diagnostikum wurde das Genogramm zum Einsatz gebracht. Mit Hilfe dieses, von MCGOLDRICK et GERSON (1990) entwickelten therapeutischen „*Familienstammbaumes*“ zur Einbeziehung der Mehrgenerationenperspektive können familiäre Muster und Beziehungsstrukturen anschaulich verdeutlicht werden. Im Laufe des Forschungsprozesses kristallisierte sich als übergeordnete Kernkategorie die Betrachtung der systemischen Funktionalität der Suchtsymptomatik auf drei Ebenen heraus:

- Funktionalität der Symptomatik im direkten systemischen Umfeld, die horizontale Ebene
- Funktionalität der Symptomatik im mehrgenerationalem Kontext, die vertikale Ebene
- Individuelle Ebene des Patienten, wie ist dessen Symptomatik eingebettet in die familiäre Situation

Anschließend wurde auf dem Weg zur Beschreibung einer gegenstandsbezogenen Theorie der Versuch einer Typisierung der Fälle bezüglich der gefundenen Funktionalitäten unternommen.

### 5.1 Der konzeptionelle Rahmen der Untersuchung

Die Daten wurden von der Autorin in ihrem Tätigkeitsbereich (dieser wird im Abschnitt „*Die Stichprobe – Das Theoretical Sampling*“ ausführlich beschrieben) im Verlauf therapeutischer Prozesse erhoben. Für die Erhebung der Daten standen keine weiteren personellen Ressourcen zur Verfügung. Allerdings formierten sich insgesamt verschiedene „*Unterstützungseinheiten*“:

- Eine Gruppe bildete sich aus zwei Kolleginnen<sup>6</sup> und der Autorin. Alle haben eine langjährige klinische Erfahrung als Familientherapeutinnen und gemeinsame Supervisionserfahrungen durch die Arbeit in der gleichen Klinik. Eine der Kolleginnen arbeitete zur gleichen Zeit an einem ähnlichen Dissertationsprojekt mit Familien, in denen ein Mitglied die Diagnose einer Psychose erhalten hatte. Diese Arbeitsgruppe traf sich im Laufe des Forschungsprozesses regelmäßig in unterschiedlichen zeitlichen Abständen zur Reflektion des Prozesses. Zur Vorbereitung für die Erhebung und Auswertung der vorliegenden Arbeit erfolgte ein gemeinsamer Besuch eines speziell zum Thema Arbeit mit Genogrammen

---

<sup>6</sup> Diplom-Psychologin Evelin Gottwalz,  
Diplom-Sozialpädagogin Anne Gwildis

stattgefundenen Seminars am Ausbildungsinstitut Meilen Schweiz (Seminarleiterinnen: R. Welter–Enderlin und E. Imber–Black)<sup>7</sup>.

- Ein anderes Unterstützungselement ergab sich durch eine bereits seit ca. 10 Jahren bestehenden Intervisionsgruppe mit einem Kollegen<sup>8</sup>, ebenfalls Familientherapeut. Diese Zusammenkünfte, die wöchentlich stattfanden, ergaben sich aus einer fünf Jahre währenden Zusammenarbeit in einem Forschungsprojekt zur Effektivität familientherapeutischen Arbeitens mit drogenabhängigen Jugendlichen, Jungerwachsenen und deren Familien an der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf (siehe THOMASIU 2004). Nach Beendigung dieser direkten Zusammenarbeit wurden die Treffen wiederholt zur intensiven Reflektion des vorliegenden Forschungsprozesses genutzt.
- Zudem ist die Autorin Mitglied einer Arbeitsgruppe zu qualitativer Psychotherapieforschung am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf unter der Leitung von PD Dr. U. Stuhr. Hier wurde die Arbeit im Verlauf an zwei Terminen zur Diskussion gestellt.
- Im Rahmen der Tätigkeit als wissenschaftliche Angestellte der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf zweimalige Vorstellung des Dissertationsprojektes in einem interdisziplinären Wissenschaftskolloquium.

## 5.2 Das Genogramm – Ein Instrument der Familienforschung

Das Genogramm dient im familientherapeutischen Prozess als Diagnostikum, mit dessen Hilfe Bindungen, Beziehungen und Thematiken in der Ursprungsfamilie sowie bezüglich der aktuellen Familiensituation grafisch aufgezeigt werden können. Es ist ein Familiendiagramm, das auf anschauliche Weise die systemische Verbindung zwischen Ereignissen und Beziehungen in Lebensgeschichten sowie Muster von Gesundheit und Krankheit verdeutlichen kann. Beziehungen und Funktionsmuster werden abgebildet und können interpretiert werden. Genogrammarbeit dient einer umfangreichen familiären und systemischen Diagnostik, ist aber auch Teil eines familientherapeutischen Prozesses. Durch die Vielfalt familiärer Informationen über mindestens drei Generationen, kann jeder „Mitspieler“ im familiären System in seiner eigenen und der systemischen Funktionalität, in seiner Rolle hinterfragt werden. Eine wichtige Komponente für die Interpretation der Daten und der Möglichkeit zur Beantwortung spezieller Fragen ist die Tatsache, dass die enthaltenen Informationen sowohl innerhalb des aktuellen familiären Kontextes als auch über die Generationen betrachtet und interpretiert werden können. Hypothesen bezüglich der familiären Interaktion und der sich oftmals über Generationen zu verfolgenden Symptomentwicklung können so entwickelt und reflektiert werden. MCGOLDRICK et GERSON (1990) haben Kategorien zur Auswertung von Genogrammen entwickelt, die eine gute Orientierung bei der Bearbeitung bestimmter Themenschwerpunkte anbieten können. So kann eine Fallrekonstruktion unter einer bestimmten Fragestellung gewährleistet werden. Diese Kategorien geben in einem ersten Betrachtungsschritt vor, deutlich voneinander

---

<sup>7</sup> R. Welter-Enderlin ist die Leiterin des Ausbildungsinstitutes für systemische Therapie und Beratung in Meilen und hat viele Veröffentlichungen zum systemischen Arbeiten u. a. mit B. Hildenbrand herausgebracht (WELTER-ENDERLIN et HILDENBRAND 1996, 1998); E. Imber-Black ist Mitarbeiterin des von Steinglass geleiteten Ackerman Institutes für Familientherapie in New York und bekannt durch Arbeiten zu Geheimnissen und Tabus in Familien (IMBER-BLACK, 1993, 1999)

<sup>8</sup> Dipl. Psych. Dr. Andreas Schindler

unterscheidbare Prozesse zu beschreiben. Tatsächlich überschneiden sie sich in dem Sinne, dass sie auf systemischen Grundlagen bestehen, die eng verbunden sind.

### **5.2.1 Kategorie 1: Familienstruktur**

Die erste Auswertungskategorie dient dazu, die Struktur einer Familie näher zu beleuchten. Hypothesen können erstellt werden über mögliche Themen, Rollen und Beziehungen innerhalb einer Familie. Wie ist die Kernfamilie beschaffen? Handelt es sich zum Beispiel um eine Familie mit den üblichen Eltern- und Kinddreiecken, in der beide Eltern zur Verfügung stehen. Oder ist es eine Familie mit einem allein erziehenden Elternteil. Die Kinder sind dann oftmals Teil mehrerer oft sehr unterschiedlicher Familienstrukturen, was auch für die Kinder aus Stieffamilien zutreffen kann. In Mehrgenerationenhaushalten finden sich Mitglieder verschiedener Generationen an einem Wohnort. Hier ist es wichtig, das besondere Augenmerk auf aktuell existierende generationenübergreifende Grenzen, Bündnisse und Konflikte zu richten, zum Beispiel bei der Frage, wer Elternfunktionen übernimmt. Auch die Konstellation der Geschwisterbeziehungen, bzw. die Position in der Geschwisterreihe, verbunden mit der Betrachtung des Altersunterschiedes sowie des Geschlechtes können eine wichtige Rolle bei der Interpretation systemischer Zusammenhänge spielen.

### **5.2.2 Kategorie 2: Übergänge im familiären Lebenszyklus**

Die Übergänge im familiären Lebenszyklus interessieren im zweiten Auswertungsschritt. Ein Verständnis für verschiedene Phasen und Übergangsstadien im familiären Lebenszyklus wird bei der Auswertung vorausgesetzt. Diese können gekennzeichnet sein durch eine Reihe von Krisen oder auch Ressourcen, die einen Übergang deutlich machen. Dazu gehören die Pubertät, die Eheschließung, Geburt eines Kindes, Schulbeginn oder auch der Tod eines Familienmitgliedes oder Elternteils. In all diesen Situationen ist die Familie gefordert, sich veränderten Bedingungen anzupassen und sich neu zu strukturieren. Hiermit hängt auch zusammen, wie erfolgreich die nächste Phase im Lebenszyklus begonnen bzw. durchschritten werden kann. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu explorieren, ob die Familie zu diesem Schritt in der Lage ist oder ob es Schwierigkeiten gibt, sich neuen Entwicklungsschritten mit den dazugehörigen besonderen Aufgaben anzupassen.

### **5.2.3 Kategorie 3: Generationenübergreifende repetitive Muster**

Bei der Auswertung in der dritten Kategorie interessiert die Frage nach Familienmustern, die von einer Generation zur nächsten weitergegeben werden. Diese generationsübergreifenden, sich wiederholenden Muster können natürlich die unterschiedlichsten Bereiche betreffen, wie Beziehungsstrukturen, Familienstruktur, Funktionalität oder Dysfunktionalität. Auch das wiederholte Vorkommen eines Symptoms wie zum Beispiel Alkoholabhängigkeit muss diskutiert werden. Die Art des Umgangs mit Problemlösungen, aber auch Fähigkeiten und Ressourcen werden von einer Generation zur nächsten weitergegeben. Problemlösungsverhalten kann hier funktional oder dysfunktional sein. Das Weitergeben solcher Muster muss aber nicht notwendigerweise in linearer Folge erfolgen. Daher ist es wichtig, über mehrere Generationenebenen hinweg deren Entwicklung zu betrachten. So kann es zum Beispiel im Fall der Alkoholabhängigkeit vorkommen, dass die Kinder eines Alkoholikers viel Wert auf die eigene Abstinenz legen, deren Kinder jedoch wieder Alkoholiker werden. Das Erkennen von Wiederholungen kann ein wesentlich besseres Verständnis der aktuellen Situation erreichen.

#### **5.2.4 Kategorie 4: Lebensereignisse und Funktionalität**

In der vierten Kategorie geht es schwerpunktmäßig um den Zusammenhang zwischen Lebensereignissen und Veränderungen in der betroffenen Familie. Sinnvoll ist es in diesem Zusammenhang, das zeitliche Zusammentreffen verschiedener Ereignisse und Veränderungen in deren Funktionalität zu überprüfen. Dabei können Geschehnisse erkannt werden, die scheinbar zusammenhanglos positioniert sind, aber in der Familiengeschichte auf systemische Weise miteinander verbunden sind und Auswirkungen auf die Funktionalität des Systems haben können. Bei der Auswertung von Genogrammen wird nach der Anhäufung von Stressfaktoren, der Auswirkung traumatischer Ereignisse, den Reaktionen auf bestimmte Ereignisse oder Jahrestage besonders geachtet. Zudem können aber auch Ressourcen der Familie und ihrer Mitglieder exploriert werden.

#### **5.2.5 Kategorie 5: Beziehungsmuster und -dreiecke**

Zweierbeziehungen sind das kleinste menschliche System, das heißt eine Beziehung zwischen zwei Personen ist die erste kleine Einheit für die Analyse von Systemen. Genogramme können ganz besonders unter dem Gesichtspunkt funktionierender Beziehungen analysiert werden. Bestimmte Beziehungslinien können diese Muster zumindest grob darstellen. Auch hier ist es sinnvoll, nach immer wiederkehrenden Beziehungsmustern zu suchen, die innerhalb eines Systems sich mehrfach wiederholen. Grundsätzlich sind menschliche Beziehungsmuster natürlich von einer unendlichen Komplexität und im Laufe der Zeit bestimmten Veränderungen unterworfen. Es gibt einige verbreitete Beziehungsmuster, die für die Interpretation von Genogrammen herangezogen werden können. Primär wird hier der Schwerpunkt auf die Darstellung von Beziehungsdreiecken gelegt. Hierunter fällt auch der Begriff der Triangulation<sup>S</sup>. Wichtige Dreiecksbeziehungen sind die der Eltern/Kind-Dreiecke. Eltern, die einen Konflikt miteinander haben, können versuchen, die sich daraus ergebende Spannung zu vermindern, indem sie sich auf ihr Kind konzentrieren. Ein weiteres weit verbreitetes Dreieck gestaltet sich aus dem Bündnis eines Elternteiles mit einem Kind, womit der andere Elternteil zum Außenseiter innerhalb dieses Dreiecks wird. Das Kind übernimmt eine Erwachsenenfunktion.

#### **5.2.6 Kategorie 6: Familiengleichgewicht bzw. Ungleichgewicht**

Diese letzte Kategorie umfasst die Analyse von Genogramm-Daten auf einer höheren Abstraktionsebene und schließt alle bisher genannten Prinzipien ein. Das heißt, in allen bisher erwähnten Mustern lässt sich ein potentielles Gleichgewicht bzw. Ungleichgewicht erkennen, besonders im Hinblick auf die Familienstruktur, die familiären Rollen, verschiedene Ebenen der Funktionalität und der familiären Ressourcen. Gleichgewicht und Ungleichgewicht betreffen das funktionale Ganze eines Familiensystems, familiäre Systeme sind nicht homogen, einander widersprechende Charakteristika sind normalerweise in jeder Familie anzutreffen. In gut funktionierenden Familien gleichen sich diese Charakteristika aus. Muster des Gleichgewichts bzw. Ungleichgewichts lassen sich am besten erkennen, wenn man nach Gegensätzen und hervorstechenden Charakteristika sucht. Danach kann man dann analysieren, wie diese Gegensätze und Eigenarten in das funktionale Ganze passen, ob ein gewisses Gleichgewicht erzielt wurde oder ein Ungleichgewicht herrscht und welche Stressfaktoren aufgrund eines Mangels an Gleichgewicht noch bestehen. Das heißt, in dieser Kategorie werden die familiären Muster zusammenfassend dargestellt.

## 5.2.7 Der Leitfaden

Ein von MCGOLDRICK et GERSON (1990) vorgegebener Leitfaden dient zur Erhebung der Inhalte. Zu beachten ist hier, dass der Leitfaden zwar eine Struktur des zugrunde liegenden therapeutischen Interviews darstellt, dennoch lediglich eine Orientierung vorgibt. Den Patienten wurde vor Beginn der Sitzungen ein eigener Leitfaden in schriftlicher Form gegeben, damit sie bestimmte familiäre Daten vorher recherchieren konnten. Dabei ist zu beachten, dass alleine die Absprache, ein Genogramm erstellen zu wollen, als auch die Recherche im familiären Setting bereits als therapeutisch einflussreiche Elemente zu betrachten sind. Die beiden Formen des Leitfadens werden im Folgenden dargestellt.

### 5.2.7.1 Der Leitfaden des Untersuchers

Das Ausgangsproblem und der unmittelbare Haushalt

- wer lebt im Haushalt?
- wie sind die Verwandtschaftsverhältnisse?
- wo leben die anderen Familienmitglieder?
- welche Familienmitglieder wissen von der Suchterkrankung?
- wie ist deren Haltung dazu, wie reagieren sie?
- gibt es oder gab es andere Familienmitglieder mit einer Suchterkrankung?
- welche Lösungsversuche wurden bisher unternommen?

Die aktuelle Situation

- was ist in letzter Zeit in der Familie geschehen?
- hat es in letzter Zeit Veränderungen gegeben (neue Familienmitglieder, Krankheiten, Verlassen des Systems?)

Der umfassendere Familienkontext

Familie der Mutter

- wann ist sie geboren?
- was wissen Sie über die Eltern (Geburtsdatum, Beruf, Eheschließung und ä.)
- wie alt ist sie, bzw. wann ist sie gestorben, woran?
- wenn sie noch lebt, was macht sie jetzt?
- ist die Mutter vorher verheiratet gewesen, wenn ja, wie lange, gibt es Kinder, was ist aus der Ehe geworden (Tod, Scheidung)?
- gab es eheähnliche Verhältnisse?
- Fehlgeburten, Abtreibungen u. s. w.

Familie des Vaters

- wann ist er geboren?
- was wissen Sie über die Eltern (Geburtsdatum, Beruf, Eheschließung und ä.)
- wie alt ist er, bzw. wann ist er gestorben, woran?
- wenn er noch lebt, was macht er jetzt?
- ist der Vater vorher verheiratet gewesen, wenn ja, wie lange, gibt es Kinder, was ist aus der Ehe geworden (Tod, Scheidung)?
- gab es eheähnliche Verhältnisse?
- Fehlgeburten, Abtreibungen u. s. w.



### Das soziale Umfeld

- welche Rolle haben Nicht-Familienmitglieder gespielt?
- welche Personen außerhalb sind für Ihr Leben wichtig gewesen?
- haben Nicht - Familienmitglieder in Ihrer Familie gelebt und wo sind sie jetzt, bzw. welche Rolle/Bedeutung hatten sie?
- welche Erfahrungen hat Ihre Familie mit Vertretern helfender Berufe gesammelt?

### Wichtige Fakten über jedes Familienmitglied

- Datum der Geburt, Heirat, Trennung, Scheidung
- Krankheiten und Todesursache (Datum)
- Position in der Geschwisterreihe
- ethnischer und religiöser Hintergrund
- Beruf und Ausbildung
- gegenwärtige Lebensumstände

### Die historische Perspektive

- Wie ist die Suchtgeschichte?
- wer aus dem familiären Umfeld hat die Suchterkrankung zuerst thematisiert, bzw. wurde es je thematisiert?
- wer schätzt die Ernsthaftigkeit wie ein?
- waren die Beziehungen innerhalb der Familie vor dem Auftreten der Suchterkrankung anders?
- welche anderen Probleme gab es bzw. gibt es?
- haben Familienmitglieder eine Veränderung in der Schwere dieser Problematik wahrgenommen (positiv, negativ)?
- was passiert in der Familie, wenn die Suchterkrankung bestehen bleibt?
- was passiert in der Familie, wenn diese verschwindet?
- wie könnte die Zukunft aussehen?

### Innerfamiliäre Beziehungen und Rollen

- wie sehen die Beziehungen des IP<sup>9</sup> zu den einzelnen Familienmitgliedern aus?
- gibt es Familienmitglieder, die nicht miteinander sprechen, bzw. keinen Kontakt haben?
- gibt es zwischen bestimmten Beziehungskonstellationen Konflikte?
- wie sehen diese Konflikte aus?
- Welche Familienmitglieder stehen sich besonders nahe?
- Wer unterstützt wen bei Problemen?
- Gibt es eine bestimmte Person, der sich die anderen Familienmitglieder anvertrauen?
- Konflikte in Paarbeziehungen
- Verhältnis zu den Kindern
- Welches Familienmitglied gilt als besonders problematisch, als Seelentröster, als besonders stark, als besonders schwach, dominant, unterwürfig?
- Welches Familienmitglied gilt als besonders erfolgreich, welches als Versager, als warmherzig, kalt, fürsorglich, distanziert?

---

<sup>9</sup> IP bedeutet Indexpatient d.h. hier der Betroffene, differenzierte Ausführung siehe Kapitel drei

## Individuelle Funktionalität

### Physische und psychische Probleme

- Gab es bei einem oder mehreren Familienmitgliedern ernsthafte psychische oder physische Probleme, Depressionen, Angstgefühle, sexuellen Missbrauch, anderes, was Sie beunruhigt?

### Probleme in Arbeit und Beruf

- Wer ist berufstätig, hat jemand die Stelle gewechselt?
- Zu welchen Zeiten sind bei anderen Familienmitgliedern Suchterkrankungen aufgetreten und was hat die Familie unternommen?
- Gibt es jemanden, der Schwierigkeiten mit dem Gesetz hatte, weshalb?

### 5.2.7.2 Patientenleitfaden

Folgender Leitfaden wurde für die vorliegende Untersuchung entwickelt um den Patienten eine Orientierungshilfe bei der Recherche familiärer Daten zu geben.

#### Familie der Mutter

- wann ist sie geboren?
- was wissen Sie über deren Eltern (Geburtsdatum, Beruf, Eheschließung u. ä.)?
- wie alt ist sie, bzw. wann ist sie gestorben, woran?
- wenn sie noch lebt, was macht sie jetzt?
- ist die Mutter vorher verheiratet gewesen, wenn ja, wie lange, gibt es Kinder, was ist aus der Ehe geworden (Tod, Scheidung)?
- wie viele Geschwister hatte sie, wann sind die geboren, eventuell verstorben, was sind oder waren sie von Beruf, wie werden sie beschrieben?

#### Familie des Vaters

- wann ist er geboren?
- was wissen Sie über dessen Eltern (Geburtsdatum, Beruf, Eheschließung u. ä.)?
- wie alt ist er, bzw. wann ist er gestorben, woran?
- wenn er noch lebt, was macht er jetzt?
- ist der Vater vorher verheiratet gewesen, wenn ja, wie lange, gibt es Kinder, was ist aus der Ehe geworden (Tod, Scheidung)?
- wie viele Geschwister hatte er, wann sind die geboren, eventuell verstorben, was sind oder waren sie von Beruf, wie werden sie beschrieben?

#### Wichtige Fakten über jedes Familienmitglied wie Geschwister

- Datum der Geburt, Heirat, Trennung, Scheidung
- Krankheiten und Todesursache (Datum)
- Position in der Geschwisterreihe
- Beruf und Ausbildung
- gegenwärtige Lebensumstände

## 5.3 Die Datenerhebung

Die der Auswertung zugrunde liegenden Genogramme wurden im Rahmen therapeutischer Einzelsitzungen, also als Teil des therapeutischen Geschehens, mit den Klienten erhoben. Dies setzt ein behutsames, dem einzelnen Patienten und dessen Lebenssituation angemessenes

Vorgehen voraus. Tatsächlich ergibt sich bei dieser Art der Datenerhebung und anschließenden Analyse ein von STRAUSS (1991), dem Urheber der Grounded Theory, für einen qualitativen Forschungsprozess gefordertes Vorgehen. Danach ist es entscheidend, die Phase der Datenerhebung nicht von deren Analyse zu trennen, sondern stattdessen miteinander zu verschränken. So kann das Material die Analyse steuern, und es braucht nur so viel Material erhoben werden, wie für die Analyse und in diesem Fall den therapeutischen Prozess notwendig. Dies bedeutet aber unter dem Aspekt des Gütekriteriums der reflektierten Subjektivität, dass dieser Datenerhebungsprozess nur von einem erfahrenen Familientherapeuten unter ständigem kollegialem Austausch stattfinden sollte, was hier der Fall war. Zudem nahm eine Kollegin als Beobachterin an den Sitzungen zur Erstellung von zwei Genogrammen teil.

Vor Beginn der Genogrammarbeit wurde den Patienten der im fünften Kapitel vorgestellte Patientenleitfaden ausgehändigt. Die damit eingeleitete, bereits im Vorfeld stattfindende familiäre Recherche stellt bereits eine wichtige Intervention im gesamten therapeutischen Prozess dar. Die Erstellung eines Genogrammes nahm mindestens drei Stunden in Anspruch. Die Arbeitsgruppe um MCGOLDRICK und GERSON hat bestimmte Symbole für die Zeichnung von Genogrammen definiert<sup>10</sup> Diese wurden durchgängig verwendet. Wichtige Informationen über die Familie und Familienstruktur werden in dieser Zeichnung (auf einem Flipchart) festgehalten. Ein zusätzliches Flipchart diente dazu, Beschreibungen über Beziehungen, besondere Lebensumstände oder ähnliches stichpunktartig festzuhalten. Der Prozess der Erstellung eines Genogrammes ist eine zentrale therapeutische Intervention. Ein wichtiges therapeutisches Element ist die Erstellung von Hypothesen und deren Reflektion mit dem Patienten in diesem Prozess. Nach Fertigstellung des Genogramms wurden die Daten - orientiert an dem zur Verfügung stehenden Leitfaden<sup>11</sup> - transkribiert. Dabei wurde auf eine sinngemäße Wiedergabe von Äußerungen geachtet. Die schriftlichen Aufzeichnungen und Stichpunkte, die zusammen mit den Patienten erarbeitet und auf dem zusätzlichen Flipchart festgehalten wurden, bildeten hier einen wichtigen Orientierungspunkt und wurden wörtlich in die Diktate übernommen. Auf eine Audioaufzeichnung des gesamten Prozesses wurde nach Diskussion mit Kolleginnen bewusst verzichtet, da hierfür keine personellen Ressourcen zur Verfügung gestanden hätten. So dienten die Zeichnungen und das sich aus der Transkription ergebende Material als Datengrundlage für die Theoriebildung.

### 5.3.1 Die Stichprobe – Das Theoretical Sampling

Die Patienten, die an der Untersuchung teilnahmen, befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung in der Suchtabteilung der Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf in einer qualifizierten Alkohol-Entzugsbehandlung. Diese beinhaltet neben einem körperlichen Entzug die Teilnahme an therapeutischen Gruppen und Einzelgesprächen mit dem Ziel der Motivation, sich in ersten Schritten mit der eigenen Suchterkrankung auseinander zu setzen und weitere therapeutische Behandlungsschritte zu planen. Das therapeutische Gruppenkonzept ist verhaltenstherapeutisch-psychoedukativ ausgelegt. Die Einzelbezugsarbeit ist neben der Gruppenarbeit fester Bestandteil des therapeutischen Konzeptes. In Einzelfällen finden Familiengespräche statt. Alle Patienten wurden im Rahmen dieses Konzeptes von der gleichen Therapeutin (systemisch orientierte Familientherapeutin, Verfasserin der vorliegenden Studie) auch in der Einzelarbeit betreut. Im Zeitraum von Herbst 2000 bis Fröhsommer 2001 wurde von all jenen – von der Verfasserin der Studie im Einzelbezugssystem betreuten – Patienten ein Genogramm erstellt, bei denen sich aus der

---

<sup>10</sup> die verwendeten Symbole sind in einer Legende im Anhang den Genogrammzeichnungen beigefügt.

<sup>11</sup> dieser wurde im Rahmen der Vorstellung des Genogramms als Instrument der Familienforschung erörtert

therapeutischen Arbeit die Hypothese ergab, dass der Erfolg dieser Arbeit eng mit der Bearbeitung einer besonderen familiären Dynamik im mehrgenerationalem Kontext zusammenhängen könnte.

Insgesamt wurden in dieser Zeit 10 Genogramme im therapeutischen Kontext erhoben und im Rahmen der besonderen Erkenntnisgewinnung ausgewertet. Damit handelt es sich nach HUBER (1973) wie bei den meisten klinisch psychologischen Untersuchungen im weitesten Sinne um eine klinisch anfallende Stichprobe. Alle Patienten planten im Anschluss an den Aufenthalt sicher eine weitere Therapie oder den Besuch von Selbsthilfegruppen. Dies war ein wesentliches zusätzliches Selektionskriterium, da die Bearbeitung der Genogramme eine therapeutische Intervention darstellt, die einen Prozess in Gang setzt, dessen Auswirkungen die eigene Befindlichkeit als auch – in einem systemischen Sinne – die Gestaltung verschiedener Beziehungen nachhaltig beeinflussen kann. Da die Aufenthaltsdauer für Patienten im qualifizierten Entzug von den Krankenkassen auf 20 Tage begrenzt ist, ist es eine Frage der therapeutischen Fürsorglichkeit, dieses Kriterium bei der Selektion zu berücksichtigen. Der Zeitraum der Erhebung wurde davon beeinflusst, dass eine gleichmäßige Geschlechterverteilung vorliegen sollte. Alle 10 Fallgeschichten wurden mit dem sich bildenden Kategoriensystem bezüglich familiärer Muster ausgewertet. Als sich im Prozessverlauf die Kernkategorie herauskristallisierte, wurden vier Fallgeschichten aus der weiteren Beschreibung herausgenommen. Eine der Fallgeschichten wurde aus der weiteren Bearbeitung ausgeschlossen, weil sich der Einfluss einer zusätzlich diagnostizierten Psychoseerkrankung als zu massiv erwies. Die anderen drei Fallbeschreibungen, (ein Mann, zwei Frauen) konnten nicht zu einem weiteren Erkenntnisgewinn beitragen. D.h. deren weitere Auswertung und Schilderung hätte die entstehende Theorie nicht entscheidend erweitern können. Allerdings war deren Bearbeitung bis zu dem genannten Zeitpunkt insofern hilfreich, als dass sich aus deren Bearbeitung die Erkenntnis einer Sättigung für den genannten Gegenstandsbereich formieren konnte<sup>12</sup>.

### 5.4 Die Auswertung

Die im Verlauf bereits theoretisch erörterte Methode der Grounded Theory bot sich als die geeignete Auswertungsstrategie für die Bearbeitung der vorliegenden Daten an. Dazu MAYRING (2002; S. 106):

*„Das klassische Anwendungsgebiet der „grounded theory“ ist die Feldforschung, in die der Forscher, meist durch teilnehmende Beobachtung, selbst involviert ist. Bei Feldforschung besteht in der Regel ein längerfristiger Kontakt mit dem Gegenstandsbereich.“*

und weiterhin (MAYRING 2002; S. 107):

*„Darüber hinaus empfiehlt sich die gegenstandsbezogene Theoriebildung vor allem dann, wenn der Gegenstandsbereich noch neu und unerforscht ist.“*

Diese Methode lässt genügend forschersche Freiheiten für einen explorativen Analyseprozess. Sie ist variabel in der Anpassung an die Fragestellung, gibt aber dennoch

---

<sup>12</sup> siehe dazu auch den Abschnitt: „Auswahl der Fälle – Der Prozess der Theoretischen Sättigung“ im weiteren Verlauf

einen strukturierenden Rahmen für die Auswertung vor. So kann schrittweise eine in den Daten begründete Theorie erarbeitet werden. Dabei beschreiben die einzelnen Schritte von der Fragestellung über die Erhebung der Daten, deren Auswertung sowie die theoretische Einordnung einen kreisförmigen Prozess. Dieser wurde innerhalb bereits erwähnter kollegialer Zusammenarbeit wiederholt diskutiert und reflektiert.

### 5.4.1 Kategorienbildung

Das aus den Transkriptionen der Genogramme gewonnene Material stellte die Grundlage für die weitere Auswertung dar. Die von MCGOLDRICK und GERSON (1990) vorgegebenen Kategorien wurden überarbeitet (axiales Kodieren) und in ihren Unterkategorien der gegebenen Fragestellung angepasst. Dabei wurde immer wieder innerhalb der bereits beschriebenen Arbeitsgruppe diskutiert, wie die Vordefinitionen der Kategorien zu verstehen seien und wie und ob dies dem vorhandenen Material gerecht werden könnte. Auch die grundsätzliche Frage danach, ob die Orientierung an bereits vorgegebenen Kategorien in einer solchen Art offenen Forschungsprozesses nicht eine zu große Einschränkung für die Entdeckung von neuem darstellen könnte, wurde diskutiert. STRAUSS et CORBIN (1996) gehen ja gerade bei der Kategorisierung davon aus, dass sie – wie oben beschrieben - dem Analysierenden helfen soll, seine „mitgebrachten und während des Forschungsprozesses entwickelten Verzerrungen und Vorannahmen“ zu durchbrechen. Die Entscheidung, sich bei der Auswertung an den von MCGOLDRICK et GERSON (1990) vorgeschlagenen Kategorien zu orientieren, entstand aus einem kreisförmigen Prozess, in dem die vorgeschlagenen Inhalte und die für diese Untersuchung passende Definition wiederholt „am Material geprüft“ wurden. Daraus ergab sich aus einem impliziten Wissen der Forscher eine Übereinkunft dessen, welche Inhalte in den einzelnen Kategorien kodiert werden sollten und es wurde prozesshaft festgelegt, welche Subkategorien im Rahmen der vorliegenden Fragestellung tatsächlich die einzelnen Kategorien beschreiben konnten. Wichtig ist hier der Hinweis auf das narrative „Füllen“ der Kategorien, d. h. dass der Prozess zur Beschreibung der Dynamik jeder Familiengeschichte nicht durch ein Auszählen an Kriterien erfolgte, sondern dass die Kategorien eher eine Struktur für das Erzählen der Fallgeschichte darstellen. Bei der Falldarstellung und Einordnung der Inhalte in die beschreibenden Kategorien wurde zudem immer wieder deutlich, dass einige Informationen in mehreren der Kategorien Eingang fanden. Dies ist nach GLASER (1978) und auch STRAUSS (1987) in einem Prozess, in dem möglichst viel der vorhandenen Informationen ausgeschöpft werden soll, angemessen.

#### 5.4.1.1 Die Genogrammkategorien im Auswertungsprozess

##### Kategorie 1: Familienstruktur

- Familie der Mutter

Inhaltlich: Eltern, eigene Biografie, Geschwister,

- Familie des Vaters

Inhaltlich: Eltern, eigene Biografie, Geschwister,

- Der Patient in seiner Ursprungsfamilie

Inhaltlich: Ehe der Eltern, Geschwister, Beziehung zu einzelnen, umfassender Familienkontext, Haushaltszusammensetzung

- Der Patient in einer Partnerschaft bzw. eigener Familie – die aktuelle Lebenssituation

### **Kategorie 2: Übergänge im familiären Lebenszyklus**

Inhalt: Mutter, Vater, IP

### **Kategorie 3: Generationenübergreifende repetitive Muster**

- Problemlöseverhalten

Inhalt: funktional, dysfunktional

- Beziehungsmuster
- Familienstruktur

### **Kategorie 4: Lebensereignisse und Funktionalität**

Inhaltlich: Zusammentreffen wichtiger Ereignisse, Auswirkungen von Veränderungen und traumatische Erfahrungen in der Familiengeschichte, Jahrestagsreaktionen, Soziale ökonomische und politische Ereignisse

### **Kategorie 5: Beziehungsmuster und -dreiecke**

Inhaltlich: Eltern/Kind-Dreiecke, Paardreiecke, Dreiecke in Scheidungs- und Stieffamilien, Beziehungsdreiecke in Familien mit Adoptiv- oder Pflegekindern, Generationenübergreifende Beziehungsdreiecke, Beziehungen außerhalb der Familie

### **Kategorie 6: Familiengleichgewicht bzw. Ungleichgewicht**

Zusammenfassung und Darstellungen familiärer Muster

Das vorhandene Material jedes einzelnen Genogramms und damit jeder familiären Fallgeschichte wurde als Narration in diese Kategorien eingefügt. Im Auswertungsprozess werden die Kategorien als die einem familiären System zugrunde liegenden Muster definiert.

Die Kategorie zur Funktionalität der Symptomatik kristallisierte sich als Kernkategorie heraus. Deren Darstellung in drei Ebenen schließt sich an. Auch hier wird das Material als Narration eingefügt.

- Funktionalität der Symptomatik im direkten systemischen Umfeld, die horizontale Ebene
- Funktionalität der Symptomatik im mehrgenerationalen Kontext, die vertikale Ebene
- Individuelle Ebene des Patienten, wie ist dessen Symptomatik eingebettet in die familiäre Situation

Hier kam die Strategie des selektiven Kodierens zur Anwendung. In einem Prozess des „alles Zusammenfügens“ wird eine Theorie gebildet. Die Erstellung einer Theorie zur Betrachtung der Funktionalitäten der Sucht für den Betroffenen, in den einzelnen Systemebenen und über die Generationen hinweg galt als das Endziel dieses Prozesses. Dieser Überlegung liegt die Erkenntnis zugrunde, die wiederum die Eingangsfrage der Untersuchung widerspiegelt, nämlich die Frage danach, welche familiären Einflussfaktoren zu berücksichtigen sind, um ein

Symptom in seiner Funktionalität zu erkennen und im therapeutischen Prozess langfristig auflösen zu können. Bei der Beschreibung der drei Ebenen sei zu beachten, dass deren Darstellung lediglich einen künstlichen Prozess der Trennung dieser Ebenen darstellen kann. Tatsächlich ist eine genaue Trennung praktisch nicht möglich. Zudem fließen hier zusätzlich Hypothesen und erste Interpretationen ein. Diese ergaben sich aus der therapeutischen Arbeit, aber auch aus der Reflektion der Fallgeschichten in den verschiedenen kollegialen Arbeitsgruppen. Diese Vorgehensweise des Geschichtenerzählens verbunden mit einer sequentiellen Ordnung der Inhalte ist nach STRAUSS et CORBIN (1996) der Schlüssel zum Ordnen von Kategorien in einer klaren Art und Weise. Sie gehen davon aus, dass diese Methodik hin zu einer entstehenden Theorie ohne große Schwierigkeiten vor sich gehen kann, wenn eine Geschichte genau und logisch erzählt wird. Durch das vorherige Beschäftigen mit den Daten und das axiale Kodieren entsteht ein Netzwerk bereits bestehender Beziehungen. Dies kann beim selektiven Kodieren aufgegriffen, sortiert und verfeinert werden. Wichtig ist es, bestimmte Muster zu identifizieren, um die Daten entsprechend sortieren zu können und damit der Theorie Spezifität zu verleihen.

Wie bereits im Verlauf erwähnt, wurde auf dem Weg zur Spezifizierung einer gegenstandsbezogenen Theorie als ein weiterer Schritt der Versuch einer Typisierung der Fälle bezüglich der gefundenen Funktionalitäten unternommen.

### 5.4.2 Auswahl der Fälle

Wie bereits beschrieben wurden insgesamt 10 Genogramme erhoben, die in den Auswertungsprozess integriert wurden. Im Verlauf dieses Prozesses kristallisierten sich sechs Fallgeschichten heraus, die zur endgültigen Ergebnisdarstellung herangezogen wurden. Dazu WIEDEMANN (1995, S. 442):

*„Nach jeder Runde werden die erhobenen Daten – in der Regel beziehen sie sich anfangs auf einzelne Fälle – ausgewertet und theoretische Konzepte entwickelt. Diese Theoriestücke werden ihrerseits dazu genutzt zu entscheiden, welche Fälle und welche Ereignisse in der nächsten Runde zu untersuchen sind. Das bedeutet, zu Beginn mit einem „Chaos“ fertig werden zu müssen, denn weder hat der Untersucher anfangs eine Theorie, noch weiß er, welche Fälle und wie viele er in Bezug auf welche Aktivitäten zu untersuchen hat.“*

Diese Fallgeschichten bilden für den gewählten Gegenstandsbereich hinreichend unterschiedliche Muster ab und ergeben damit eine maximale Variation für den Gegenstandsbereich. In der praktischen Auswertungsarbeit war das entscheidende Kriterium für eine Sättigung, dass es bei den Fallbeschreibungen immer wieder zu Verwechslungen bei der Untersucherin kam, die in der kollegialen Reflektion bestätigt werden konnten. Dies bedeutet, dass sich in den drei in der Endauswertung nicht mehr dargestellten Fallgeschichten Phänomene wiederholten, die bereits in anderen der sechs Biografien zu finden waren.<sup>13</sup> So stellt die therapeutische Erfahrung und auch die Nähe zum Gegenstandsbereich ein wesentliches Kriterium dar, das zu dieser Auswahl beigetragen hat. In dieser Phase war der Austausch mit bereits erwähntem Kollegen hilfreich. Gemeinsam wurden in einem weiteren Schritt die Wahrnehmungen der Untersucherin diskutiert und damit die theoretische Sättigung aus der Praxiserfahrung überprüft. Zu der Auswertungsstrategie mit der Grounded Theory

---

<sup>13</sup> Ein vierter Fall wurde herausgenommen, als sich die große Relevanz einer Komorbidität Psychose und Sucht zeigte

gehört das theoretische Sampling, das eine Richtung hin zu einer Theorie für den untersuchten Gegenstandsbereich vorgibt.

### **5.4.3 Der Gegenstandsbereich**

Der Gegenstandsbereich der Untersuchung und damit später auch der Theorie ist auf jeden Fall der „Erhebungsraum“. So können die Aussagen – in einem bescheidenen Rahmen – für solche Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit gelten, die im therapeutischen Geschehen an einem Punkt stehen, an dem mögliche familiäre Aufträge und Delegationen, eine so massive Wirkung auf die Aufrechterhaltung der Symptomatik zu haben scheinen, dass diese ohne eine Bearbeitung mehrgenerationaler Dynamiken nicht aufzulösen ist. Dabei bewegt sich die Alkoholabhängigkeit in einem Schweregrad, der einer stationären Behandlung bedarf. Andere schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen wie eine Psychose sind ausgeschlossen. In drei Fallgeschichten zeigten die Patienten zusätzlich zu ihrer Abhängigkeitserkrankung eine depressive oder Angstsymptomatik. In den Fallbeschreibungen werden diese als psychiatrische Erkrankungen beschrieben, jedoch ist es bei allen fraglich ob diese im weiteren Verlauf einer Abstinenz als eigenständige Diagnose aufrechterhalten bleiben können.



## 6 Ergebnisse

Im Folgenden werden sechs Fallgeschichten im Ablauf über die Kategorien dargestellt. Die Fallbeschreibungen werden durch eine Kurzanamnese sowie eine Suchtanamnese zu Beginn der Darstellung eingeleitet. Die Fallbeschreibungen werden durch Textpassagen der zur Auswertung herangezogenen Transkriptionen ergänzt, um das Kriterium einer intersubjektiven Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Die grafische Präsentation des jeweiligen Genogramms ergänzt die Darstellung. Die Genogrammzeichnungen sind im Anhang gemeinsam mit einer Legende zu finden und können zum besseren Verständnis der Falldarstellungen ausgeklappt und parallel zum Prozess des Lesens verfolgt werden. Die Namen, Orte und Zeitangaben wurden soweit anonymisiert, dass ein realistischer Einblick in das Geschehen aber auch die Anonymität der Befragten erhalten bleibt. Die Familiennamen der sechs Patienten beginnen mit den ersten sechs Buchstaben des Alphabetes, so dass auch bei späteren Nennungen der Namen die Zuordnung zu den nummerierten Fallgeschichten möglich ist (Beispiel Fallgeschichte **zwei** erhält den Namen **Barnstorf**).

### 6.1 Fall 1 – Frau Albrecht

Die Patientin kommt im Alter von 30 Jahren zu ihrem ersten qualifizierten Alkoholentzug. Sie ist allein stehend, wohnt alleine. Sie besuchte eine katholische Grundschule, dann ein katholisches Gymnasium. Nach dem Abitur hat sie eine Einzelhandelslehre im Hotelfach absolviert, diesen Beruf aber nicht weiter verfolgt. 1992 folgte eine weitere Lehre als Bürokauffrau in dem Energiekonzern, in dem beide Eltern angestellt waren. Dort habe sie „*wie in einer großen Familie*“ gelebt. Aufgewachsen sei sie mit dem Bewusstsein, dass sie „*ein Miki, ein Mitarbeiterkind des Energiekonzerns*“ gewesen sei, da beide Eltern dort gearbeitet haben. Mittlerweile arbeitet sie auch dort. Ihre Eltern wissen von ihrem Aufenthalt in der Klinik, wie auch der Arbeitgeber, Freunde und Kollegen

#### 6.1.1 Die Suchtgeschichte

Frau Albrecht berichtet, dass sie seit dem 19. Lebensjahr Alkohol trinke, zunächst in Maßen. Ab dem 22. Lebensjahr sieht sie einen problematischen Konsum, wobei sie häufig (wochenweise) exzessiv trank, z. T. über mehrere Tage. Ebenfalls auf das 19. Lebensjahr datiert sie den Beginn von Zigarettenkonsum, sie gibt an, bis zu 2 1/2 Schachteln täglich zu rauchen. Mit anderen Drogen und Suchtstoffen habe sie keine Erfahrung.

Ihr Alkoholkonsum habe bei ihren letzten Trinkexzessen bei ca. 5 Litern Bier und verschiedenen hochprozentigen Getränken in unklaren Mengen gelegen. Sie berichtet, dass sie häufig etwas niedergestimmt sei und zum Grübeln neige, so dass sie dann den Entschluss fasse „*sich volllaufen zu lassen*“. Zudem habe sie vor einiger Zeit viel über den Tod nachgedacht, nie aber konkrete Pläne gemacht oder einen Suizidversuch unternommen.

Sie nahm auf Anraten ihrer Kollegen und Freunde erstmals Kontakt zu einer Einrichtung des Suchthilfesystems auf, um eine ambulante Therapie zu beginnen. Da sie aber den ersten Termin aufgrund Trunkenheit nicht wahrnehmen konnte, entschied sie sich zu ihrer ersten qualifizierten Entgiftung auf der Suchtstation der Psychiatrie des UKE. Sie kennt Entzugserscheinungen wie Tremor und vermehrtes Schwitzen. Im Frühjahr 2000 erlebte sie bei Selbstentzügen gelegentlich optische Halluzinationen, an einen Krampfanfall erinnert sie sich nicht.

Im Anschluss an die stationäre Behandlung plant sie eine weitergehende ambulante therapeutische Betreuung. Ihr Arbeitgeber weiß von ihrem Aufenthalt in der Klinik, sie erhält von dieser Seite Unterstützung.

### 6.1.2 Kategorie 1: Familienstruktur

#### Familie der Mutter

Die Großmutter der Patientin (Marta, geboren 1901) hat als Hausmädchen gearbeitet, ist jetzt im Altersheim untergebracht. Sie wird als ein einfacher, bescheidener Mensch beschrieben, locker im Kontakt. Der Großvater Horst lebte von 1902 bis 1971. Er war starker Raucher, ist an Lungenkrebs, an den Folgen seiner Nikotinsucht, verstorben. Er wird als aufbrausend beschrieben. Die Großeltern haben 1936 geheiratet, die Beziehung sei sehr gut gewesen. „*Marta hat dabei die Hosen angehabt, das Zepter in der Hand*“ Horst war vor der Ehe bereits verheiratet und hat zwei weitere Töchter, wobei eine der Töchter in der neuen Ehe aufgewachsen ist. Bei der Geburt von Elisabeth, der einzigen gemeinsamen Tochter des Paares, der Mutter der Patientin, hatte sie bereits das Haus verlassen.

Die Mutter Elisabeth ist am 1938 geboren. Sie hat die Realschule und die Höhere Handelsschule besucht, dann in einem großen Energiekonzern als Schreibkraft gearbeitet, nach Eheschließung halbtags, da sie den Ehemann und den Haushalt versorgen sollte. Seit der Geburt der Patientin ist sie Hausfrau. Die Mutter wird als kontrollierend aber auch unselbständig beschrieben. Sie suche sich stets andere, die ihr Entscheidungen abnehmen sollen, war das Nesthäkchen ihrer Eltern. Die Patientin schätzt, dass sie sich eigene Interessen bewahrt habe, zum Beispiel unternimmt sie selbständig Kulturreisen. Sie stammt aus einer evangelischen Familie und hat ihren katholischen Mann gegen den Willen der Eltern geheiratet.

#### Familie des Vaters

Die Großmutter väterlicherseits, Gertrud, geboren 1912, ist 1952 nach siebenjähriger Krankheit an einem Gehirntumor verstorben. Sie war Schneiderin, hat den Katholizismus und die damit verbundenen moralischen Reglements der Lebensführung in ihre Familie gebracht. Der Großvater, geboren 1909, ist 1975 verstorben. Er konsumierte sehr viel Alkohol, hatte während der Krankheit seiner Frau eine Geliebte.

Die Eltern des Vaters heirateten 1935, es gab einen jüngeren Bruder Erhard, geboren 1938, auch er konsumiert Alkohol missbräuchlich. Dieser war einmal verheiratet, ist geschieden. Er hatte ebenfalls eine Geliebte, ein offenes Geheimnis der Familie.

Der Vater, Isfried, ist 1936 geboren. Er ist katholisch und lebt streng nach den Regeln des Glaubens. Er wurde im Krieg von einem Hauslehrer unterrichtet, wechselte später in die Volksschule. Als Industriekaufmann hat er 41 Jahre bei dem gleichen Energiekonzern gearbeitet. Er wird von der Patientin als konservativ und spießig beschrieben. Einen caritativen Teil lebt er im Rahmen von Obdachlosenbetreuungen aus. Er ist zwanghaft bezüglich seiner Ansprüche an Sauberkeit und Ordnung im Haushalt. „*Er ist sehr pingelig, wenn es um den Haushalt geht, z.B. dass die Gardinen gerade hängen sollen*“. Ereignisse und Erlebnisse aus seiner Ursprungsfamilie sowie auch zum Beispiel den Alkoholismus seines Vaters und seiner Tochter möchte der Vater nicht thematisieren. „*Er verdrängt bestimmte Sachen aus seiner Ursprungsfamilie, wie z.B. dass sein Vater eine Geliebte hatte und dass der Vater auch Alkohol in großem Maße konsumiert hat*“. Die Patientin ist verunsichert darüber, dass er trotz des frühen und qualvollen Todes seiner Mutter zu der Kirche gestanden habe.

Weiterhin sei er nicht kompromissbereit, halte sich auch in anderen Bereichen des Lebens an eine einmal gefasste Meinung. Er hat seine Mutter in der Zeit der Krankheit gepflegt und die Versorgung der Familie und die Haushaltsführung übernommen, dies auch nach ihrem Tod weitergeführt. Er hat früh viel Verantwortung übernommen, hat in dieser Zeit den katholischen Glauben als Unterstützung kennen gelernt. Er habe seine Mutter abgöttisch geliebt, erlebte einen sehr langen Trauerprozess, ist emotional auch heute noch sehr damit beschäftigt „*hat ein Bild von seiner Mutter im Arbeitszimmer*“. Die Tatsache, dass sein Vater in der Zeit der Krankheit der Mutter eine Geliebte hatte, habe ihn sehr belastet.

### Die Patientin in ihrer Ursprungsfamilie

Die Eltern heirateten 1962, nachdem sie bereits seit fünf Jahren liiert waren. Da sie streng nach katholischen Regeln gelebt haben, hatten sie keinen Geschlechtsverkehr vor der Ehe. Nach der Ehe gab es Schwierigkeiten mit der Sexualität. Die Mutter wurde in diesem Zusammenhang wiederholt operiert. „*Dann hat die Mutter eine Kinderwunschoperation gehabt*“, damit der Geschlechtsakt überhaupt ausgeführt werden konnte. Danach habe es weitere Operationen gegeben, um die Empfängnis zu erhöhen. Diese Beschreibungen hat die Patientin so von ihren Eltern gehört, eine dazugehörige Diagnose kennt sie nicht. Sie ist das einzige Kind, am 24.08. 1970 geboren. Zu den Eltern besteht eine enge ambivalente Beziehung. Das Paar hätte nach Aussage der Eltern gerne mehr Kinder gewollt. Die Traumatisierung der Mutter durch die vielen Operationen habe dies dann ausgeschlossen. „*Interessant ist die Schwierigkeit im Umgang mit Sexualität, dass Geschlechtsverkehr erst nicht gewollt war, dann nicht möglich war und wie die Tochter dann letztendlich doch empfangen wurde, dies hat ihr eine große Option für ihr ganzes Leben mitgegeben.*“ Die Patientin nimmt die Beziehung der Eltern als eine abhängige wahr, in der die Mutter sich nach den Wünschen des Vaters entwickelt habe. Wie das Leben ihrer Eltern ist auch ihres geprägt von der Kirche, aber von ihrem Widerstand gegen die damit verbundenen rigiden Regeln. Sie sei bereits mit elf Jahren „*lieber in die Kneipe als in die Kirche*“ gegangen. Die Eltern hätten sie behütet und von Problemen ferngehalten. In der Familie wurde nie gefeiert, sie aber habe sich immer Familienfeiern gewünscht. Zudem habe sie ständig nach Ersatzmüttern gesucht. Sie beschreibt sich selbst als ein „*kribbeliges Kind*“, „*sie hat immer viel Vertrauen auch zu Fremden gehabt, ist sehr sensibel und eine Grüblerin, aber sie sagt, dass sie ihre Launen nicht an anderen auslassen würde*“. Gegen die moralischen Vorstellungen der Eltern und trotz oder vielleicht wegen deren Tabuisierung des Themas der Sexualität hat sie ihre Eltern früh mit ihren eigenen sexuellen Erfahrungen und Wünschen konfrontiert und zum Beispiel deren Unterstützung bei der Beschaffung von Verhütungsmitteln eingefordert. Von einem Schwangerschaftsabbruch hat die Patientin ihren Eltern erzählt.

Sie ist mit 21 Jahren ausgezogen, datiert um diese Zeit die ersten offensichtlichen Probleme mit Alkohol.

Die Beziehung zu ihrer Mutter beschreibt die Patientin als eher negativ, eine „*Pflichtbeziehung*“. Die Mutter sei keine Frau von Welt. Sie habe kein Verständnis für die Tochter, sei bei einem Streit eher depressiv leidend. Es sei eine sehr belastende Beziehung, in der sie sich kontrolliert fühle. Das Verhältnis zu ihrer Großmutter mütterlicherseits sei für sie viel angenehmer und unkomplizierter als das zu ihrer Mutter. Sie hätten viel Spaß miteinander gehabt, viel geredet. Die Beziehung zu ihrem Vater sei besser als die zur Mutter. „*Von ihrem Vater wird sie Knüppel genannt als Spitzname und Berts von der Mutter*“. Allerdings habe er die Angewohnheit, nach einem Streit die Kommunikation mit seiner Tochter für meistens ca. 3 Tage einzustellen, was sehr schlimm für sie sei. Der Vater sei aggressiv, bleibe bei einem Streit aber eher ruhig. Wenn andere Menschen dabei seien, gäbe er sich locker im Umgang. Von beiden Eltern wünsche sie sich, dass sie endlich wahrnehmen würden, wer sie ist. Sie

möchte gesehen werden und Verständnis bekommen. Sie erzählt den Eltern viel, auch von ihren Männerbeziehungen, dies tue sie zugegebenermaßen auch, um sie zu reizen. *„Sie hat früh durchgesetzt, dass sie Geschlechtsverkehr vor der Ehe haben kann und dass sie die Pille bekommt, sie hat keine Aufklärung von den Eltern bekommen.“* Die Eltern haben angeblich lange Zeit nichts über das Alkoholproblem gewusst. Sie versuchen nun, sie in diesem Bereich zu kontrollieren, indem sie zum Beispiel telefonisch bei Freunden nach ihrem Aufenthaltsort fahnden und sie auch gegebenenfalls aus den Kneipen holen. Zu ihrem Onkel, dem Bruder des Vaters, hat sie ein gutes Verhältnis, da dieser anders sei als die Eltern. Er wohnt im Nachbarhaus und sei ein anderer Typ als der Vater, unordentlich, *„kein praktizierender Katholik“*, er erzählt *„versaute Witze“*, war nach der Trennung von seiner Geliebten in psychologischer Betreuung und ist seinem Vater ähnlich. Hier erlebt die Patientin emotionale Schwingungen, kann aus der rigiden kontrollierenden Welt der Eltern für begrenzte Zeiten aussteigen.

Die Patientin in einer Partnerschaft bzw. eigener Familie – die aktuelle Lebenssituation

Die Patientin hatte bereits einige Beziehungen, die meist sehr konfliktbeladen waren, vorzugsweise zu älteren Männern, *„sie schwärmt für ältere Herren“*. Ihr 60 jähriger Reitlehrer war für sie im Alter von 14 Jahren ihre erste große Verliebtheit. *„Dieser war ein toller Mann, wichtig, weil er lustig war und bei ihm hat sie sich vollwertig gefühlt“*. Danach hatte sie im Alter von 18 für zwei Jahre eine erste feste Beziehung zu einem gleichaltrigen Mann, dessen Vater ebenfalls Alkoholiker war. Dies sei für sie die *„unkomplizierteste“* Beziehung gewesen. Hier hat sie die ersten sexuellen Kontakte erlebt, er sei der jüngste und *„normalste“* Freund ihrer dann folgenden Partner gewesen. Dieser durfte zu Hause bei den Eltern übernachten trotz der konservativen Einstellung der Eltern. Danach folgte eine einjährige Beziehung wiederum zu einem Gleichaltrigen. Dieser hat die Hauptschule besucht, sie habe für ihn gesorgt, damit er sich von seinen Adoptiveltern abnabelt. Dann folgte eine einjährige Beziehung zu einem 30 Jahre älteren Mann. Dieser war ebenfalls Alkoholiker, es war eine für die Patientin schreckliche Beziehung. Er war Kneipenbesitzer, hat seine Anteile dann verkauft und mit der Patientin zusammen eine große Summe Geldes in zwei Wochen verbraucht. Danach war er arbeitslos, beide haben viel Alkohol konsumiert. In dieser Zeit habe sie bis vier Uhr morgens mit ihm getrunken und ist dann früh morgens zur Arbeit gegangen. Sie hat einen anderen wesentlich älteren Freund, der ihr in verschiedenen schwierigen Situationen geholfen hat und ihr auch den Ausstieg aus dieser desolaten Beziehung erleichtert habe. *„Die beiden hatten eine kurze sexuelle Begegnung, was aber nicht geklappt hat. Jetzt ist eine gute Freundschaft daraus geworden, er ist auch Gastwirt und ist ein immer wieder Vertrauter für die Patientin.“* Diesen bezeichnet sie als Vaterersatz. Dann folgt eine weitere Beziehung zu einem 26 Jahre älteren arbeitslosen Musiker. Hier kommt es zu einer Schwangerschaft und einem in der Erinnerung immer noch belastenden Abbruch. *„Im betrunkenen Zustand kommen dann immer wieder Gedanken an diesen Schwangerschaftsabbruch“*. Aktuell ist sie liiert mit einem älteren verheirateten Mann. Die Patientin sagt dazu von sich selber, dass sie einen *„Vaterkomplex“* habe.

### 6.1.3 Kategorie 2: Übergänge im familiären Lebenszyklus

Die Pubertät des Vaters wurde belastet durch die Pflege der Mutter, den Alkoholismus seines Vaters sowie dessen Außenbeziehung. Er musste früh erwachsen werden, hat Eltern und Versorgungsfunktionen in seiner Familie übernommen. In der Religion sucht er sich Regeln, um sein Leben von außen zu strukturieren. *„...dass er sehr früh erwachsen werden musste, sehr früh verdrängen musste, Geheimnisse hatte und sich damit immer mehr in das Glaubensbekenntnis der katholischen Kirche geflüchtet hat“*.

Die Ehe der Eltern ist von Beginn an überschattet von sexuellen Schwierigkeiten. Zeugung, Schwangerschaft und Geburt werden als traumatisch erlebt und behindern eine normative Familienentwicklung. *„...es galt die Regel, dass vor der Ehe kein sexueller Verkehr zwischen den Partnern stattfinden durfte, dabei müsse man auf den Pabst hören“.*

#### **6.1.4 Kategorie 3: Generationenübergreifende repetitive Muster**

##### Problemlöseverhalten

Sucht ist ein generationenübergreifendes Thema. So ist der Großvater väterlicherseits an den Folgen seiner Nikotinabhängigkeit gestorben. Der Konsum von Alkohol stellt einen Versuch der Problemlösung auf verschiedenen Generationsebenen dar. Der Großvater väterlicherseits sowie dessen jüngster Sohn haben massiven Alkoholmissbrauch betrieben. Sie waren für die Patientin aber eher Vorbilder als ihre Eltern. *„zu dem Bruder des Vaters und der Beziehung der Patientin ist zu sagen, dass sie gerne eigentlich bei ihrem Onkel gewesen ist, weil er anders war als die Eltern“.* *„...und er war ein anderer Typ als der Vater, unordentlich, kein praktizierender Katholik“.* Sie selbst hat früh Alkohol in großen Mengen konsumiert. Der Großvater ist einer belastenden Familienstruktur entflohen, die geprägt war durch die Krankheit seiner Frau und die Anklagen seines Sohnes.

In der Zeit der Erkrankung seiner Frau ist er zudem eine Außenbeziehung eingegangen. Damit ist er der Auseinandersetzung mit seiner Frau und deren Krankheit aus dem Weg gegangen, hat aber die Konflikte mit seinem ältesten Sohn erhöht. Auch sein jüngster Sohn hatte eine Außenbeziehung, die als Möglichkeit zur Beziehungsregulation mit seiner Frau angesehen werden kann. Dieser hat allerdings in dem Zusammenhang dann eine Psychotherapie gemacht.

##### Beziehungsmuster

Die Mutter der Patientin suche andere, die ihr Entscheidungen abnehmen sollen, sei das Nesthäkchen ihrer Eltern gewesen. Die Patientin übernimmt ebenfalls die Rolle des Nesthäkchens, versucht dabei, selbständig zu sein, Entscheidungen zu treffen. Dabei erlebt sie aber immer wieder Misserfolgserlebnisse. *„...dass sie anders sein möchte als die Eltern, dass sie deshalb auch viele Männer hatte, dass sie in „Spelunken“ verkehrt, um den Eltern ein anderes Leben zu zeigen und endlich wahrgenommen zu werden von den Eltern“.* *„Sie gibt an, dass sie erwachsen sein möchte, d.h. für sich selbst verantwortlich sein möchte, dass das aber gar nicht so einfach ist“.*

Die Beziehung zwischen Großmutter mütterlicherseits und Mutter der Patientin wird ebenso konfliktbeladen beschrieben: *“Marta war stolz auf ihre Tochter, weil diese bei...gearbeitet hat, sie hat aber auch Stress gemacht, weil ihre Tochter eine katholische Ehe eingehen wollte, Marta findet sich auch von ihrer Tochter zum Teil überversorgt. Zwischen den beiden gibt es zudem die Abmachung, dass über Probleme nicht geredet wird“* wie die Beziehung zwischen Mutter und Tochter in der Generation der Patientin *„... zu der Beziehung sagt die Patientin, dass es ein schlechtes Verhältnis sei, die Mutter sei keine Frau von Welt, sie habe die Tochter immer wieder kontrolliert, es sei eine Pflichtbeziehung“.* Allerdings beeinflusst beide Beziehungen die rigide unterwürfige Lebenshaltung der Mutter der Patientin. So erscheinen Großmutter und Patientin ähnlich in ihrem Wesen.

Die Patientin wiederholt zugleich eine Rebellion, die die Mutter für sich dadurch in Gang gesetzt hat, dass sie sich gegen die Religion ihrer Familie entschieden hat. Durch die Auflehnung der Patientin gegen die Religion ihrer Eltern wiederholt sie einerseits dieses

Muster, setzt aber andererseits durch ihre Solidarisierung mit der Großmutter die Rebellion der Mutter außer Kraft. *„zum Verhältnis Patientin zu ihrer Großmutter ist zu sagen, dass dieses enger war als zwischen Mutter und Patientin, sie beiden haben viel Spaß miteinander gehabt, viel geredet, die Großmutter ist unkomplizierter als die Eltern“*. Beide scheitern an ihren Ausbruchsversuchen.

### Familienstruktur

Die Eltern der Patientin und sie selbst arbeiten bzw. haben in dem gleichen Energiekonzern gearbeitet. Dies kann auch als Ressource gewertet werden, da es eine gewisse Stabilität gibt.

Die Großmutter väterlicherseits ist sehr lange krank gewesen, die Mutter der Patientin war lange in Kliniken und sie selbst ist suchtkrank. Alle Frauen werden bzw. wurden von dem Vater gepflegt. Der Vater überträgt seine Fürsorglichkeit auf seine Frau und auch auf die Tochter, übt viel Kontrolle aus.

Der Vater orientiert sich in seiner Lebensführung am Beispiel seiner Mutter, die eigene Familie lebt sehr ernsthaft. Mit ihren Trinkexzessen in verschiedenen Kneipen *„zwingt“* die Patientin die Eltern, sich *„ihre“* Welt anzuschauen. Die Patientin verweigert sich den rigiden Strukturen und orientiert sich im Verhalten an ihrer Großmutter mütterlicherseits und ihrem Großvater und Onkel väterlicherseits. Sie konfrontiert ihre Eltern mit diesem Verhalten mit deren eigener rigiden Lebensweise. Die unterscheidet sich bei beiden von den Erfahrungen in deren Ursprungsfamilien. *„ sie gibt an, dass sie immer in die Kirche musste, dass sie dort nicht zu gerne hingegangen ist, dass sie aber gerne in die Kneipe gegangen ist, schon mit 11,13 Jahren“*.

### 6.1.5 Kategorie 4: Lebensereignisse und Funktionalität

Die Krankheit seiner Mutter, der massive Alkoholmissbrauch des Vaters und nicht zuletzt dessen Außenbeziehung belasten den Vater der Patientin in einem Alter, in dem er sich eigentlich von seiner Familie hätte lösen können. Stattdessen übernimmt er die Verantwortung für die Familie, eine Ablösung findet daher nicht in einem positiv zu betrachtenden Rahmen statt. Die Mutter stirbt früh, auch der Vater steht nicht als Erziehungsperson zur Verfügung. Er übernimmt die Regeln der katholischen Kirche, sicher auch, um sich eine Struktur zu geben. Allerdings gelingt es ihm anscheinend bis heute nicht, diese Regeln in ihrer Rigidität zu lockern. *„... vor dem Essen muss gebetet werden, katholische Rituale wie z.B. in die Kirche zu gehen und Gesetzmäßigkeiten werden streng verfolgt. Jeden Sonntag musste die Patientin eine Salzkartoffel essen, obwohl sie diese nicht mochte, wurde sie aber immer dazu gezwungen“*. Möglicherweise trägt er einen Konflikt für seine Eltern aus und kann dabei bis heute keine eigene Position entwickeln.

Die Ehe der Eltern ist von Beginn an überschattet von traumatischen Erlebnissen im Umgang mit Sexualität und Schwangerschaft. Dies wirkt sich in der Erziehung und der familiären Positionierung der einzigen Tochter nachhaltig aus.

Der Großvater väterlicherseits stirbt ein Jahr nach der Geburt der Patientin an seiner Nikotinsucht.

### 6.1.6 Kategorie 5: Beziehungsmuster und -dreiecke

Die Patientin bietet den Eltern eine geeignete Triangulationspartnerin<sup>S</sup>. Alle Erwartungen sind auf sie gerichtet, ihre Geburt war das Ziel und das Ergebnis der von der Mutter erlebten körperlichen Traumatisierungen. *„Aufträge die die Patientin von ihren Eltern und ihrer Familie als Wunschkind bekam, sind einmal die beschäftigen uns, zeigen uns die Welt, sei ein besonderes Kind und ersetze 10 andere Kinder, die wir nicht bekommen konnten“*. Sie wird in ihrer Kindheit beschützt und *„verhättschelt“*. Auch nach ihrem Auszug sind die Eltern mit ihr beschäftigt. Sie ist das Kind, das viele andere Kinder ersetzen soll, hält die Eltern in Bewegung, versucht sie aufzurütteln, getrieben von dem Wunsch, in ihrer Individualität von ihnen gesehen zu werden. Indem sie gegen die Normen der Eltern lebt, gelingt nur scheinbar eine Ablösung, die elterlichen Aufträge sind weiterhin existent. Die Eltern sind viel mit der Alkoholproblematik und den Exzessen beschäftigt, was sie auch von ihrer eigenen zu leistenden Beziehungsarbeit ablenken könnte. Die ersten offensichtlichen Probleme mit der Sucht traten zur Zeit des Auszuges der Patientin auf. Dies gab den Eltern die Gelegenheit, ihre Bemühungen um die Tochter zu verstärken, anstatt sich als Paar neu zu formieren. *„Die Eltern agieren z.B. auch so, dass sie hinter ihrer Tochter her telefonieren bei Freunden und dass sie sie nach Trinkexessen aus der Kneipe holen“*.

Der Katholizismus ist eine Triangulationskomponente<sup>S</sup> in der Beziehung der Eltern. Scheinbar wirkt der Auftrag der Mutter väterlicherseits weiter, damit ist sie symbolhaft immer präsent.

Großvater und Onkel der Patientin regulieren ihre Ehe mit dem Vorhandensein einer Außenbeziehung.

Es besteht eine Triangulation<sup>S</sup> zwischen der Großmutter, Mutter und Tochter. Großmutter und Patientin regulieren ihre Beziehung und solidarisieren sich durch und in ihrer Verurteilung der rigiden Mutter, deren scheinbar unselbständigen und prüden Lebensweise. *„die beiden (Anmerkung: Pat. und Großmutter) sind solidarisch gegen die Mutter, die nervig und kontrollierend ist, die Patientin würde mit ihrer Großmutter gerne über die Sucht sprechen“*.

### 6.1.7 Kategorie 6: Familiengleichgewicht bzw. -ungleichgewicht

Auffällig ist es, dass in der Familie der Patientin extreme Gegensätze in der Lebensführung bestehen. Das Muster der Rebellion ist in beiden Familien zu erkennen. Die Mutter bricht aus den Regeln ihrer Familie aus, als sie einen katholischen Mann heiratet. Die Patientin wiederum *„solidarisiert“* sich mit den Großeltern, indem sie gegen die Regeln dieses Glaubens lebt. Somit wiederholt sich ein Ausbruch aus gesellschaftlichen bzw. kirchlichen Normen. Der Vater *„rebelliert“* gegen den eigenen Vater und Bruder, indem er sich mit der extrem katholischen Haltung seiner Mutter identifiziert. Er lebt mit einer – im katholischen Sinne – doppelten Sünde des Vaters. Sein extremes Verhalten ist auch mit einer Form der *„stillen Anklage“* gegen den Vater erklärbar. Hier lebt der Vater einen Auftrag der eigenen Mutter weiter. Der katholische Glaube beeinflusst die Lebensführung des Vaters, die Mutter schließt sich diesem an. Die Patientin wählt als scheinbar einzige Möglichkeit zur Entwicklung einer Individualität bzw. der Ablösung von den Eltern eine entgegengesetzte Lebensweise, die überschrieben scheint mit der Regel, gerade die Normen der elterlichen Lebensführung zu durchbrechen und sie immer wieder an die Grenzen ihrer eigenen Normen zu treiben. Letztendlich gelingt dies wiederum paradoxerweise nur aus der Gewissheit heraus, dass die Eltern sich weiterhin um sie kümmern werden und ihr damit eine scheinbare Geborgenheit geben. So wie der Vater in seinem (katholischen) Auftrag gefangen ist, so ist es damit auch die Tochter und eine Wahrnehmung und Umsetzung eigener Bedürfnisse erfolgt

nicht. Der Wunsch danach kann mit großer Wahrscheinlichkeit noch nicht einmal zugelassen werden. Mutter und Tochter lehnen sich beide gegen Muster ihrer Ursprungsfamilie auf: Die Mutter der Patientin, indem sie einen katholischen Mann heiratet und die offenere Lebensführung ihrer Mutter damit für sich verneint. Die Tochter indem sie gerade wiederum den katholischen Glauben mit seinen Regeln ablehnt. So erleben sich beide einerseits als „Nesthäkchen“, aber dann auch als Außenseiterin in der eigenen Familie.

Imaginäre Aufträge der Elterngenerationen halten die verschiedenen Familienmitglieder hier in der Entwicklung einer eigenen Individualität zurück. So wie ihre Eltern in ihren Ursprungsfamilien scheint die Patientin gefangen in ihrem inneren Auftrag, die Eltern für eine wertschätzende Sichtweise ihrer selbst erst gewinnen zu müssen und versucht dies mit selbstschädigenden Verhaltensweisen und solchen, die die Abhängigkeit aufrecht erhalten. Der Vater kennt die Rolle des Versorgers, die er in den Beziehungen zu Frau und Tochter weiterführt.

Die gesamte Familie ist seit Jahrzehnten an einem Arbeitsplatz „zu Hause“, dies ist ein solides soziales Netzwerk, das auch die Patientin als große Bereicherung für sich erleben kann. Die Eltern schöpfen zudem Halt aus ihrem Glauben. Das kontrollierende Verhalten, welches sie ihr Tochter gegenüber zeigen, verdeutlicht auch ihren Wunsch, sie trotz ihrer Exzesse zu stützen.

### 6.1.8 Funktionalität der Alkoholabhängigkeit

Funktionalität der Symptomatik im direkten systemischen Umfeld, die horizontale Ebene

Mit ihrer Symptomatik verhindert die Patientin die Auseinandersetzung mit dem Erwachsenwerden. Sie kann sich gegen das Elternhaus auflehnen, ohne sich wirklich abnabeln zu müssen und Erwartungen an Versorgung an die Eltern aufrechterhalten. Die Betreuungsfunktion der Eltern, besonders des Vaters, wird eingefordert. Sie versucht, die im Elternhaus nicht gelebten Emotionen in ihrer Sucht auszuleben und die Eltern damit zu konfrontieren. *„Hier ist es ja so, dass die Eltern, die recht unbedarft sind und viel vom Leben nach Ansicht der Patientin nicht mitbekommen, über das Verhalten der Patientin dahin geführt werden, auch Penner und Arbeitslose und Trinker kennen lernen zu müssen“*. Hier handelt es sich im Stierlinschen Sinne auch um eine Delegation in der Gestalt, dass die Tochter die nicht gelebten Anteile im Wesen der Eltern diesen zur Verfügung stellt. Dies geschieht zum Beispiel dann, wenn sie sie aus einer Kneipe abholen oder sie ihnen von ihren sexuellen Erfahrungen berichtet. Aus dem Konzept einer elterlichen Delegation heraus erlebt sie die Tabus in den Bereichen Sexualität und *„Lebensfreude“*, die sich die Eltern selbst versagen.

Funktionalität der Symptomatik im mehrgenerationalen Kontext, die vertikale Ebene

In der väterlichen Familie wiederholt sich ein generationenübergreifendes Muster, das beinhaltet, dass Zuwendung über Krankheit eingefordert werden kann, Beziehungen hierüber reguliert werden. Der Vater betreut erst seine kranke Mutter, dann seine gesundheitlich labile Frau. *„Die Mutter ist lange Zeit krank gewesen, so das Isfried sie versorgt hat, den Haushalt versorgt hat und sehr früh erwachsen werden musste“*. Die Tochter wird von beiden Eltern in ihrer Sucht *„begleitet“*. Großvater und Onkel distanzieren sich aus den familiären Belastungen, konsumieren beide ebenfalls viel Alkohol. *„In dieser Zeit (Krankheit der Großmutter) hat der Vater schon begonnen, eine Geliebte zu haben, was der Sohn seinem Vater sehr übel genommen hat. Dieses Thema wird aber verschwiegen“*.



## Die Individuelle Ebene der Patientin - Rigidität versus Rebellion

Die Patientin lebt eine paradoxe Form der Rebellion, mit der sie die Rebellion ihrer eigenen Eltern quasi aufhebt. Dabei wiederholt sie nicht nur die „Sünden“ des Großvaters und des Onkels, sondern potenziert diese in einer Weise, die als Aufschrei bezeichnet werden muss. Ihre eigene Rebellion kann so in ihren Konsequenzen als hilfloser Versuch der Ablösung von den Eltern und – über die Generationen – von Aufträgen verschiedener Beteiligter gesehen werden. „...zum Thema Kommunikation zwischen der Patientin und ihren Eltern sagt sie, dass sie sich wünscht, dass ihre Eltern endlich mitbekommen, wer sie ist, sie möchte gesehen werden“. Aber Ablösung kann nur dann passieren, wenn einerseits die Eltern es schaffen, ihre Tochter in ihrer Individualität zu sehen und zu akzeptieren. Andererseits muss sie sich in die Lage versetzen, die Ablösung von ihren Eltern und all den Verstrickungen, die schon den Vorgenerationen gegolten haben, aufzulösen. Dieser Kreislauf hält die Abhängigkeit aufrecht. Zudem kann sie so ihre Männerbeziehungen regulieren, kommt über das Trinken mit ihnen in Kontakt. Eine emotional ausgeglichene oder bereichernde Partnerschaft kann in dieser Situation nicht zustande kommen. Die Funktionalität der Sucht besteht darin, bestimmte familiäre Muster aufrecht zu erhalten. Die Aufträge dieser beiden Familien kann sie nur erfüllen, wenn sie sich mit Alkohol betäubt, bedient damit aber wiederum ein bekanntes Muster der Problemlösung. Lange bevor die Patientin den Alkohol für sich als – vermeintliche – Problemlösestrategie entdeckt hatte, bekam sie ihre Rolle im familiären Miteinander zugewiesen.

So ist ihr Leben bestimmt von der Erfüllung von Ansprüchen, die nicht die eigenen sind. Delegation ist ein wichtiges Thema und kann nur gelöst werden durch einerseits eine eigene Rebellion, die aber andererseits gelebt wird in einer bereits bestehenden Rigidität dieses Musters und der rigiden Lebensführung der Eltern. Dies stellt einen verzweiferten Versuch dar anders zu sein, um endlich dazuzugehören und gesehen zu werden. In der Umsetzung bedeutet dies dann paradoxerweise gerade die Zusammenführung scheinbar nicht zusammengehörender Themen aus zwei Familienzweigen: Rigidität, gelebt in der Erfüllung katholischer und gesellschaftlicher Normen. Rebellion, gelebt um die Rigidität der Eltern zu durchbrechen, die diese wiederum durch ihre Rebellion geschaffen haben.

## 6.2 Fall 2 – Herr Barnstorf

Der zum Zeitpunkt der Untersuchung 40 jährige Patient kommt zum zweiten Male auf die Station zum Qualifizierten Alkoholentzug. Insgesamt ist es seine dritte Entgiftung. Er lebt nach einer Trennung von seiner Ehefrau und zwei Söhnen derzeit alleine, ist als Krankenpfleger tätig. Er hat einen Hauptschulabschluss. 1978 habe er eine Maurerlehre für ein Jahr absolviert, da er Architektur studieren wollte. 1979 ist er von zu Hause ausgezogen in eine Wohngemeinschaft. Von 1981 bis 1988 sei er Taxi gefahren und habe viel Alkohol konsumiert. 1983 - 84 hat er als Zivildienstleistender gearbeitet. Vorher war er drei Monate auf Reisen. Von 1986 bis 1989 hat er wieder bei den Eltern gewohnt, ist nachts Taxi gefahren, hat tagsüber viel getrunken und geschlafen, so dass kaum Kontakt zu den Eltern möglich war. 1989 bis 1992 machte er eine Ausbildung als Krankengymnast und hat die Abschlussprüfung trotz massiven Alkoholkonsums erfolgreich absolviert. Seitdem ist er in diesem Beruf tätig.

### 6.2.1 Die Suchtgeschichte

Der Patient konsumierte erstmals mit 11 Jahren Alkohol, den ersten Gebrauch von Cannabis im Alter von 14 Jahren. Ab dem 17. Lebensjahr konsumiert er regelmäßig bis täglich Alkohol. Als seine Hauptdroge benennt er dann auch den Alkohol. Des Weiteren konsumierte

er bis vor kurzem regelmäßig Cannabis. Mit 17 Jahren habe er auch Amphetamine eingenommen, in den 80er Jahren dann sporadisch Kokain, Heroin, LSD und Pilze, allerdings nie injiziert. Den Alkoholkonsum steigerte er über die Jahre weiterhin erheblich. Seit 1995 kenne er vegetative Entzugssymptome. Zum Zeitpunkt seiner ersten Aufnahme hat er bereits eine Entgiftung und eine Langzeittherapie in einer Tagesklinik durchgeführt. Dann folgen zwei Entgiftungen im Abstand von 1,5 Jahren. Dazwischen war er vier Monate abstinent. Er gibt an, weitere 2 Monate ohne Behandlung abstinent gewesen zu sein, und zwar im Sommer 2000. Dann wurde er für 2 Monate rückfällig und kam im September über die Suchtambulanz zur zweiten stationären Aufnahme. Zuletzt konsumierte er mindestens 5 Liter Bier am Tag, wobei er zweimal die Woche Trinkexzesse habe. In den letzten 30 Tagen vor Aufnahme habe er keine Entzugssymptome gehabt, da er immer getrunken habe. Seit diesem Zeitpunkt ist er auch bei seinem Arbeitgeber krankgeschrieben. Der gesamte Entzugsverlauf gestaltet sich komplikationslos, aufgrund der leichten vegetativen Entzugssymptomatik ist eine medikamentöse Dämpfung mit Distranerin nicht erforderlich.

Von der Suchtproblematik wissen seine Frau und die meisten anderen Familienmitglieder, die diesem Thema aber augenscheinlich nicht viel Gewicht beimessen. Seine Frau begrüßt es, dass er sein Alkoholproblem wiederholt angeht. Seine Eltern stehen dem eher neutral gegenüber. Zur Anschlussbehandlung plant er eine Langzeittherapie in einer Tagesklinik.

### 6.2.2 Kategorie 1: Familienstruktur

#### Familie der Mutter

Die Großmutter mütterlicherseits, Hannelore, geboren 1914 und 1996 an einem Tumor und darauf folgenden Herzversagen verstorben, war Hausfrau. Sie ist als Flüchtling 1959 nach Hamburg gekommen. Dort hatte sie zusammen mit ihrer Schwester Landwirtschaft betrieben. *„Sie wird als dominant und herrisch beschrieben, war bestimmend und sei mit dem Alter immer engstirniger geworden“.*

Der Großvater sei 1943 gefallen, mehr weiß der Patient nicht über ihn.

Der Stiefgroßvater Heinz, ist 1922 geboren und 1996 an einem Schlaganfall verstorben, drei Tage nach dem Tod seiner Frau. Er ist 1946 aus der Gefangenschaft aus Ostpreußen gekommen, hatte eine abwechslungsreiche Berufskarriere. *„...hatte eine abwechslungsreiche Berufskarriere, hat zum Beispiel Kutschen gebaut, war Polizist und fraglich bei der SS gewesen. Früher gab es da politische Äußerungen, ansonsten fällt diese Zeit oder die Möglichkeit einer SS – Angehörigkeit unter den Bereich der Geheimnisse in der Familie“.* Die Möglichkeit seiner SS-Zugehörigkeit fällt in dieser Familie unter den Bereich der Geheimnisse. Er sei ein ausgeglichener Mann gewesen. Die Großmutter war seit 1946 mit dem Stiefgroßvater liiert und hat diesen 1960 geheiratet. Die Beziehung wird als sehr eng beschrieben. Heinz habe sich in allem nach den Wünschen seiner Frau gerichtet. *„...hat in der Beziehung zu Hannelore immer alles gemacht, was Hannelore gesagt hat“.*

Die Mutter, Birgit, ist 1939 geboren. Sie ist Hausfrau, war früher Näherin, wird als ruhig und zurückhaltend beschrieben. Sie lässt sich nach Angaben des Patienten gerne führen, auch von ihrem Ehemann, ordnet sich unter. Sie könne sich besonders in Beziehungen nicht durchsetzen. Sie betreibt Alkoholmissbrauch. Die Beziehung zu ihrer Mutter sei herzlich, aber ambivalent gewesen.

Deren Schwester Erika ist 1934 geboren. Sie sei der Großmutter sehr ähnlich, dominant und herrisch. Sie ist seit 1961 verheiratet Die Schwestern hätten ein herzliches Verhältnis, das

allerdings von der Dominanz der älteren Schwester bestimmt war. Nach dem Tod der Eltern haben sie kaum noch Kontakt

### Familie des Vaters

Die Großmutter väterlicherseits ist 1899 geboren und 1971 verstorben.

Ihr Mann, Paul, ein Werfttaucher, ist 1899 geboren und 1972 verstorben. Dieser war ebenfalls Alkoholiker. Die Beziehung der beiden schätzt der Patient als eine funktionale Zweckgemeinschaft ein.

Der Vater des Patienten, Klaus, geboren 1936, ist Fernmeldefeinmechaniker. Er hatte immer wenig Zeit für seine Familie, hat sich sehr um sein berufliches Fortkommen gekümmert, war selten zu Hause. Seit 6 Jahren ist er Rentner und hat den Computer als Hobby. Er konsumiert im „normalen Maß“ Alkohol.

Die Schwester des Vaters, Ingrid, geboren 1933, ist ebenfalls Alkoholikerin und verheiratet mit Arno, einem Alkoholiker. Das Verhältnis zwischen den Geschwistern beschreibt der Patient als sehr distanziert. Sie hören nichts mehr voneinander, weil der jeweils andere sich nicht meldet. Sein Vater fände den Alkoholismus seiner Schwester „nervig“.

### Der Patient in seiner Ursprungsfamilie

Die Eltern des Patienten haben 1961 geheiratet. Die Beziehung wird als nicht eng beschrieben. Die Mutter sei dem Vater „unterlegen gewesen“. *„Während der Kindheit habe der Patient viel Streit mit viel Geschrei mitbekommen zwischen den Eltern, wobei es immer wieder um das Thema Geld und Abwesenheit des Vaters gegangen sei“*. Der Vater sei oft sehr aggressiv gewesen. Nach Ansicht des Patienten würden sich seine Eltern aber gegenseitig brauchen. Der Vater habe die Rolle des Dominanten übernommen, die Mutter brauchte darauf nur zu reagieren. Wenn dieses Muster nicht funktioniere, zu dem – nach Ansicht des Vaters - auch die Betreuung des Mannes durch die Frau gehöre, beschwert sich dieser. Allerdings habe er auch andere Erinnerungen *„.... streckenweise hat er die beiden aber auch liebevoll miteinander erleben können“*. Von seinem Vater hat er in einer Auseinandersetzung gehört, dass er seiner Frau vorgeworfen habe, sie habe Kinder gewollt. Daraus schließt er, dass sein Vater der Elternschaft gegenüber ambivalent gewesen sei. Die Eltern waren häufig abwesend, oftmals abends in Kneipen unterwegs. In diesen Zeiten musste der Patient auf seine jüngere Schwester aufpassen. Der Patient, Kai, ist im Dezember 1961, kurz nach der Eheschließung der Eltern geboren, die Schwangerschaft war für die Eltern Anlass zu heiraten. Seine Kindheit sei dadurch geprägt gewesen, dass der Vater nach seinem Gefühl kein Interesse an ihm und der Familie gehabt habe. Harmonie habe zuhause dann geherrscht, wenn der Vater abwesend gewesen sei. Der Patient und sein Vater haben unterschiedliche politische Einstellungen, was zusätzlich oft zu Auseinandersetzungen geführt habe. Er habe immer den Wunsch an die Eltern gehabt, dass sie ihn dabei unterstützen, die Realschule bzw. das Gymnasium zu besuchen. Als er erkannte, dass sie dieses nicht tun werden, sei er sehr enttäuscht gewesen und hätte keine weiteren Erwartungen an sie geäußert. Er habe von seinen Eltern viele Freiheiten bekommen, was er früh als positiv erlebt hat. Er hat viele Reisen unternehmen können und wurde dabei von ihnen unterstützt. Er habe eine Beziehung *„mit einer nonverbalen, versteckten Herzlichkeit“* zu seiner Mutter. Sie wären immer harmonisch miteinander ausgekommen. Allerdings gab es in der Kindheit auch Auseinandersetzungen mit ihr, sie habe ihn auch geschlagen. Sie führen keine tiefen Gespräche, jedoch weiß seine Mutter über seine Sucht Bescheid. Darüber wird aber kaum kommuniziert. Parolen wie *„reiß dich mal am Riemen“* sind gelegentliche Kommentare. Zu den Großeltern mütterlicherseits

habe er mehr Kontakt gehabt als zu denen auf väterlicher Seite. Er war der Lieblingsenkel der Großmutter mütterlicherseits und hat diese Zuneigung erwidert. *„Er sagt, dass er die Großeltern mütterlicherseits öfter gesehen habe als die anderen Großeltern, da diese auch einen Schrebergarten gehabt haben.“* Zu seinem Stiefgroßvater habe er ein nettes Verhältnis gehabt, er hätte mit ihm zusammen Schach spielen gelernt und habe zu ihm mehr Nähe als zu seinem eigenen Vater gehabt. Das Verhältnis zu seinen Großeltern mütterlicherseits war sehr unterstützend in seiner Entwicklung. Von seinem Großvater hat er zum Beispiel auch gelernt, im Haushalt mitzuhelfen. Dessen ruhige Art habe er auch übernommen. Er sei damit ein guter Zuhörer geworden, könne sich in einer neuen Gruppe einbringen, aber auch gut für sich alleine sein

Er hat eine Schwester, Martina, geboren 1966. Diese beschreibt er als eine Frau, die ihren Jähzorn vom Vater geerbt habe, die aber auch Ähnlichkeiten mit der Mutter habe, indem sie zum Beispiel auch immer einen Partner an ihrer Seite brauche. Allerdings sei sie aber selbständiger als die Mutter und in der Lage, sich von einem Partner zu trennen, was die Mutter nicht geschafft habe. Sie lebt alleine mit ihren beiden Töchtern. Sie hat eine uneheliche Tochter und eine weitere Tochter aus einer Ehe. Sie hat wie ihre Eltern wegen dieser Schwangerschaft geheiratet. Sie ist Schneiderin. Nach einer Sepsis hat sie im Alter von 29 Jahren auf der Intensivstation gelegen. Dieses Ereignis traf zusammen mit dem Tod von Hannelore und Heinz, den Großeltern mütterlicherseits.

Der Patient in einer Partnerschaft bzw. eigener Familie – die aktuelle Lebenssituation

Es gab eine fünfjährige Beziehung zu einer Suchttherapeutin. Diese Beziehung beschreibt er als streitbar und anstrengend, aber auch mit viel Liebe verbunden. Sie habe sich sehr um ihn bemüht. Im Verlauf dieser Beziehung wurde ihm sein Alkoholproblem bewusster. *„...diese wurde nach ihrer Therapie selbstbewusster und hätte gewusst was sie wollte“*. Nach wiederholten Trennungen und Versöhnungen fand dann die einvernehmliche Trennung statt. Außenbeziehungen gab es während der gesamten Zeit, so unterhielt er eine sechsjährige Beziehung nebenher, die rein sexueller Natur gewesen sei.

Im Juni 1992 hat er seine Frau Michaela, geboren im März 60, kennen gelernt, sie haben im Juli 93 geheiratet. Die Trennung erfolgte 1998. Grund zur Heirat sei auch hier die erste Schwangerschaft gewesen. Ihr erster Sohn, Martin, ist im Sept. 93 geboren, der zweite Sohn Christian im Mai 95. Auseinandersetzungen um Finanzen und den übermäßigen Alkoholkonsum des Patienten seien Trennungsgründe gewesen. *„Sie hatten zu Anfang der Beziehung gemeinsame Träume, die sie nicht realisiert haben, und er hat dann erkennen müssen, das sie dies auch nicht gewollt habe“*. Beide haben im Laufe der Beziehung realisiert, dass sie unterschiedliche Freizeitinteressen hatten, dass sie ein häuslicher Typ sei und er gerne auch alleine abends wegging, manchmal sei er auch ein paar Tage nicht nach Hause gekommen. Allerdings habe sie ihm einige Freiheiten gelassen. Der Versuch einer Paartherapie sei gescheitert. Positiv an der Beziehung war, dass er sehr verliebt war und dass es eine erfüllte Sexualität gab. Die Ambivalenz zwischen familiären Verpflichtungen und dem Wunsch nach Erfüllung seiner Träume, besonders zum Thema Reisen oder Weltreise, war ein ständiges Thema. Seine Frau wird von ihm beschrieben als eine häusliche Frau, die nach Geborgenheit gesucht habe, ruhig sei. Dies habe er erst später erkannt, nachdem sie zu Beginn sehr aktiv gewesen sei. *„Zu Anfang sah es so aus, als ob sie auch jeden Scheiß mitmachen könne und nahm sich dann aber auch wieder zurück“*. Sie hat ebenfalls viel Alkohol konsumiert. Eine Flasche Wein am Abend sei normal gewesen. Sie sei seiner Mutter ähnlich, allerdings emanzipierter. Auch sie hat eine Therapie gemacht, durch die sie selbstbewusster, ehrgeiziger und energischer wurde und auch eigene Interessen durchsetzen konnte. Der Kinderwunsch sei von seiner Frau forciert worden. Zum Zeitpunkt der Schwangerschaft hatte

er sich eigentlich bereits trennen wollen, da ihm die Beziehung zu eng wurde und er sich eingeschränkt fühlte. Die Schwangerschaft habe ihn dann aber gefreut, auch, weil er damit einen Beweis seiner Fruchtbarkeit gehabt habe.

Besonders das Verhältnis zu seinem ältesten Sohn sei nach der Trennung schwierig gewesen. In seiner Vaterrolle beschreibe er sich seinem eigenen Vater in der letzten Zeit des Zusammenlebens mit ihnen sehr ähnlich, was er eigentlich nicht gewollt habe. Er habe sich wenig um die Kinder gekümmert, sei Anforderungen bewusst aus dem Weg gegangen und dann auch einfach nicht nach Hause gegangen, um der Erziehungsverantwortung zu entgehen. Zu beiden Söhnen habe er mittlerweile wieder ein herzliches Verhältnis. Auffällig ist, dass der Patient immer wieder erwähnt, dass die Frauen, mit denen er liiert war, unsicher sind oder waren, ähnlich seiner Mutter, dann aber selbstsicherer werden, genau wie seine Schwester. Allerdings kommt es dann zu Trennungen.

### **6.2.3 Kategorie 2: Übergänge im familiären Lebenszyklus**

Die häufige Abwesenheit des Vaters und die Labilität und der Alkoholkonsum der Mutter, also insgesamt eine brüchige emotionale Beziehungskontinuität auf Seiten der Eltern, hatten sicher Auswirkungen auf die familiäre Entwicklung. „...*das zu Hause, wenn denn Harmonie geherrscht habe, diese weg gewesen sei, wenn der Vater nach Hause kam, dass die Kindheit dadurch geprägt war, das der Vater kein Interesse an ihm und der Familie gehabt habe*“. Der Patient erscheint nach außen als vom Elternhaus abgelöst. Fraglich bleibt, ob dies tatsächlich gelungen ist. So ist bereits die Pubertät von Drogenkonsum begleitet. In der Familie väterlicherseits war bereits ein missbräuchlicher Alkoholkonsum vorhanden.

### **6.2.4 Kategorie 3: Generationenübergreifende repetitive Muster**

#### Problemlöseverhalten

Es gibt andere Familienmitglieder, die einen Alkoholmissbrauch betreiben oder abhängig sind. Dies sind Paul, der Großvater väterlicherseits, die Schwester des Vaters sowie ihr Ehemann, die Mutter und auch die Ehefrau des Patienten.

#### Beziehungsmuster

Vernachlässigende Vater-Sohn-Beziehungen wiederholen sich über alle drei Generationen der väterlichen Seite. Der Vater des Patienten erlebt einen unzuverlässigen, trinkenden Vater, er selbst ist wegen Arbeitsüberlastung und Ausbildungen kaum anwesend. „*Der Patient beschreibt die Beziehung zwischen seinem Vater und dessen Vater als nicht gut*“. Der Patient berichtet, dass sein Vater keine Zeit für ihn gehabt und wenig Interesse an der Familie habe. Der Patient selber ist wiederum wegen seines Alkoholkonsums und auch seines gelebten Freiheitsdrangs ebenfalls wenig präsent für seine Söhne. Sein Vorsatz war es, dies anders zu leben, sich mehr um seine eigenen Kinder zu kümmern. Diesen Vorsatz habe er nicht erfüllen können. „*Als Vater sieht sich der Patient so, dass er eigentlich in der letzten Zeit, obwohl er dies gar nicht wollte, dem eigenen Vater sehr ähnlich gewesen sei, dass er sich zu wenig kümmern würde um seine Kinder, dass er Anforderungen bewusst aus dem Weg gegangen sei, also auch nicht zu Hause gewesen sei, viel alleine gemacht habe und dass er erst Zeit mit den Kindern verbracht habe, nachdem er sich selber woanders erholt habe nach der Arbeit*“.

Sowohl der Patient als auch sein Vater scheinen den Wunsch nach einer eigenen Familie nie ganz entschieden zu haben, geben damit die Verantwortung an ihre Frauen. „... *in der*

*Beziehung der beiden hatte Michaela einen Wunsch nach Kindern, dann war die Situation so, dass die Beziehung eigentlich zu eng war für den Patient. Er fühlte sich eingeschränkt, danach trat dann aber die erste Schwangerschaft ein“. Auch die Wiederholung dessen, dass die Ehe aufgrund bestehender Schwangerschaften geschlossen wurde, deutet darauf hin. Konfliktthemen wie die finanzielle Situation der Familie und häufige Abwesenheit des Partners wiederholen sich.*

In den Beziehungen und auch in der Ehe des Patienten wiederholt sich zudem ein Muster, dass aus der Ehe der Eltern bekannt ist. Die Frau wird als die unterwürfige, abhängige Beziehungspartnerin geschildert, die aber durchaus die Verantwortung übernimmt, wenn der Partner emotional oder tatsächlich abwesend ist. Die Schwester sei ebenfalls eine Frau, die versucht, versorgt zu werden, sich abhängig mache von einem Mann.

Die Ehe der Großeltern mütterlicherseits stellt sich ähnlich, allerdings mit vertauschten Geschlechterrollen dar. Die Großmutter wird als die Dominante, Tonangebende beschrieben, während der Stiefgroßvater derjenige gewesen sei, der sich den Wünschen seiner Frau unterworfen habe. Er sei so auf diese Beziehung fixiert gewesen, dass er ein paar Tage nach dem Tod seiner Frau verstorben ist. Die Mutter wächst also in einer Familie auf, in der sie eine dominante, herrische Mutter erlebt und eine ältere Schwester, die dieser sehr ähnlich ist.

Der Vater des Patienten sowie dessen Schwester, die beide in einem trinkenden Umfeld aufgewachsen sind, heiraten Partner, die ebenfalls einen zumindest missbräuchlichen Alkoholkonsum betreiben. Damit wiederholen sie Muster der Beziehungsgestaltung, die sie aus den Beziehungen zu ihren Eltern kennen.

### Familienstruktur

Über Generationen hinweg wiederholt sich ein eheliches Beziehungsmuster des Ungleichgewichtes von Beziehungsabhängigkeiten. Alkoholkonsum gehört dabei zur Struktur der Familien und gilt wiederholt als nicht funktionierendes Problemlöseschema. *„Grundsätzlich wird über Alkohol nicht gesprochen, die Eltern (des Patienten) sprechen nicht darüber, auch über den Alkoholkonsum der Mutter scheint nicht gesprochen zu werden“. „von dem Problem der Suchtproblematik wissen seine Frau und die meisten anderen Familienmitglieder, die dieses Thema aber nicht so zentral sehen“.*

### 6.2.5 Kategorie 4: Lebensereignisse und Funktionalität

Die Erkrankung (Tumor) und der Tod (Herzversagen) der Großmutter mütterlicherseits, der drei Tage danach stattfindende Tod des Großvaters (Schlaganfall) und die lebensbedrohliche Erkrankung der Schwester (Sepsis, Schock, Intensivstation) fallen in einen zeitlichen Zusammenhang. *„... wichtig noch zu erwähnen ist, dass sie nach einer Sepsis, nach einem Schock auf der Intensivstation gelegen hat. Dieses Ereignis traf übrigens zusammen mit dem Tod von Hannelore und Heinz, wobei auch die Beziehungsdynamik zwischen Birgit und Erika in dieser Zeit noch mal zum Tragen kam bezüglich der Versorgung der Eltern und der Tochter“.* Der Patient meint, dass das nahe aufeinander folgende Sterben der Großeltern ursächlich aus deren Beziehungsdynamik zu erklären sei. In dieser Zeit kommt er erstmals wieder seiner Schwester näher, mittlerweile ist die Beziehung aber wieder distanziert. Die Mutter des Patienten ist sehr belastet, weil einerseits ihre Eltern und andererseits die eigene Tochter ihrer Unterstützung bedürfen.

### 6.2.6 Kategorie 5: Beziehungsmuster und -dreiecke

Die Eltern haben wegen Schwangerschaft geheiratet. Zu dieser Zeit und auch später wird die elterliche Beziehung als sehr belastet beschrieben. Der Patient gilt also gewissermaßen als „Verursacher“ des Fortbestandes der Beziehung und befindet sich so in einer besonderen Verantwortung. So scheint der Patient auch schon früh eine enge Beziehung zur Mutter aufgenommen zu haben und damit den abwesenden Vater immer wieder emotional und verantwortlich ersetzt zu haben. Der Patient bildet in diesem Rahmen mit seinen Eltern eine Triangulation<sup>S</sup>.

Alkohol bildet in verschiedenen Paarbeziehungen einen wichtigen Triangulations<sup>S</sup>-„Partner“ „Zu den Regeln in der Familie sei zu sagen, dass Alkohol als Beziehungsregulator üblich war“.

Die Dreieckskonstellation des Patienten mit seinen Großeltern mütterlicherseits diente für ihn als eine wichtige Ressource. Er war der Lieblingsenkel der Großmutter, war viel mit seinen Großeltern zusammen und konnte durch die Zuwendung, die er vom Stiefgroßvater bekam besser mit den Mangelerscheinungen in der Beziehung zum eigenen Vater umgehen. „... dann war eine Ressource das Verhältnis zu seiner Großmutter, deren Lieblingsenkel er ja war, dann hat er von Heinz, seinem Großvater, ein Rollenbild erhalten, der z.B. auch am Kartoffelschälen war, auch eine ruhige Art hatte, die er auch angenommen hat“.

So hat wiederum der Vater in einer anders gelagerten Triangulation<sup>S</sup> von Männern aus drei Generationen Erziehungsverantwortlichkeiten an den Stiefgroßvater mütterlicherseits delegiert.

Der Patient hat wiederholt längere und auch kürzere Außenbeziehungen unterhalten, wenn er feste Partnerschaften gelebt hat und damit die mögliche Nähe zu seinen Partnerinnen verhindert oder ertragbar gemacht.

### 6.2.7 Kategorie 6: Familiengleichgewicht bzw. -ungleichgewicht

Auffällig in dieser Familie ist das Festhalten an „alten“ Geschlechtsrollenidentitäten. In diesen wird über die Generation verharret, obwohl alle damit Beteiligten eine unzufriedene Lebensführung eingehen. So wie die Männer mit in der Tradition und der eigenen Anschauung vorgegebenen Rolle des Versorgers überfordert sind, so sind die Frauen unzufrieden, aber gefangen in ihren Beziehungsmustern. Über die Generationen sind solche Beziehungen, in denen ein wirklicher Kontakt nicht stattfindet, die Folge. Das Thema Suchtmittelmissbrauch wiederholt sich. Auch die Ambivalenz gegenüber der Verantwortungsübernahme für eine eigene Familie tritt wiederholt auf und wird durch das Bestehen ungeplanter Schwangerschaften „gelöst“, was dann wiederum Beziehungsunsicherheiten und ein Aufrechterhalten der Ambivalenz nach sich zieht. Die Frauen in der Familie erscheinen blass und „ergeben“ sich in abhängige Beziehungen zu ihren Männern. Für sie hat der Alkoholkonsum ebenfalls eine beziehungsregulierende Funktion.

Der Großteil der Männer in der Familie hat einen Mangel an männlichen Identifikationsfiguren erlebt. Die emotionale Kontaktaufnahme zu den eigenen Söhnen gestaltet sich schwierig.

Der Patient lehnt sich gegen eingefahrene Normen und sprachlose, emotionsarme Muster des Umgangs auf, versucht aufzurütteln. „... die Verhandlungen bezüglich des Zivildienstes hat er

*das erste Mal geschmissen, war dann drei Monate auf Reisen und hat dann auch wieder als Taxifahrer gearbeitet“.* „... bis 1990 gab es diese Kombination aus Taxifahren und Alkohol“. Er betont, dass er seine Mutter sehr unterstützt habe, besonders in der Beziehung zum Vater. Er übernimmt eine Helferrolle, die er in seinem Beruf als Krankengymnast weiterführt. Diese Rollenvielfalt überfordert ihn. Der Alkoholkonsum macht diese Ambivalenzen ertragbar. *„Zur Funktionalität seines Alkoholkonsums gibt er an, dass er einen Knopf zum Ausschalten brauche, dass er nicht mehr denken und vor der Realität fliehen wolle“.* Ansatzweise ist dieses Rollenmuster systemisch daher erklärbar, dass er „*der Grund*“ für die Eheschließung seiner Eltern ist. Damit wird ihm eine scheinbare Verantwortlichkeit bezüglich der Aufrechterhaltung dieser Beziehung zugeschrieben.

### **6.2.8 Funktionalität der Alkoholabhängigkeit**

Funktionalität der Symptomatik im direkten systemischen Umfeld, die horizontale Ebene

Auf dieser Ebene dient der Suchtmittelkonsum als – missglückter - Lösungsversuch für nicht funktionierende Beziehungen, nicht erfüllte Lebensträume, zur Abgrenzung sowie zur Aufnahme von Beziehung. *„... der Patient erzählt ja, dass er immer wieder daran denkt, eine Weltreise zu machen, auch viel zu reisen, das ist für ihn ganz wichtig, immer diese Ambivalenz Familie oder Reise“.* Es ist eine mehrfache Funktionalität für verschiedene Familienmitglieder erkennbar. Die Mutter als auch die Frau des Patienten konsumieren ebenfalls sehr viel Alkohol. Auf dieser Ebene werden Einflüsse deutlich, die ohne die Betrachtung der vertikalen Ebene nicht verstehbar sind und die Auswirkungen einer Entwicklung hin zu einem normativen Muster im Umgang mit der Suchtproblematik aufzeigen.

Funktionalität der Symptomatik im mehrgenerationalen Kontext, die vertikale Ebene

In den verschiedenen Generationen wiederholt sich die Schwierigkeit, Nähe in Beziehungen zuzulassen. Rollenmuster werden rigide gelebt, und der Alkohol dient als Möglichkeit zur Abgrenzung. Der Mutter bietet der Alkohol eine Möglichkeit, sich den Problemen in der Partnerschaft und den damit verbundenen unerfüllten Wünschen nicht zu stellen. Damit trägt die Sucht zur Aufrechterhaltung vieler Problemdynamiken bei. Andererseits kann der Vater weiter in der dominanten, versorgenden und wenig präsenten Rolle verbleiben und muss sich so seinerseits nicht mit möglichen Defiziten bzw. eigenen Anteilen in der Beziehungsgestaltung auseinandersetzen. *„... in der Ursprungsfamilie herrscht ein distanziert emotionales Verhältnis“.* Auf diese Weise muss er seine eigenen Erfahrungen, die er als Sohn eines Alkoholikers gemacht hat, nicht weiter betrachten und in ihren Auswirkungen emotional zulassen. In der Ehe des Patienten wiederholen sich diese Muster.

Es erscheint ein familiäres Muster des Desinteresses. Die Sucht und ihre Auswirkungen stellen ein imaginäres Bindeglied der Familie dar.

Bei dieser systemischen Struktur, in der der Konsum eines berauschenden Mittels mittlerweile weitgehend unhinterfragt zur Norm gehört, würde der Verzicht auf verschiedenen Ebenen zu großer Verwirrung und in letzter Konsequenz mit großer Wahrscheinlichkeit zum Abbruch von lange bestehenden Beziehungen und Beziehungsmustern führen.

Die sich über die Generationen wiederholende Funktionalität stellt damit ein eigenständiges familiäres Muster dar.



## Die individuelle Ebene des Patienten – Unabhängigkeit versus Unterwerfung

Der Patient hat in seiner Familie eine vermittelnde Rolle eingenommen. Dabei bildet er mit seinen Eltern über lange Zeit eine Triangulation<sup>S</sup>, aus der er sich auch als Erwachsener bisher nicht lösen können. So hat er früh einen Freiheitsdrang entwickelt, der in vielen Teilen den Eindruck einer gelungenen Ablösung hinterlässt. Tatsächlich hat er bereits in der Pubertät begonnen, verschiedene Suchtmittel zu konsumieren. Die Funktionalität dieses Konsums lag darin, eine Illusion von Ablösung und Eigenständigkeit zu schaffen und aufrecht zu erhalten, andererseits aber eben gerade auch die Möglichkeit, sich auf Beziehung einzulassen. Hier wiederholt sich ein Muster, das auch andere Familienmitglieder kennen. *„Auffällig ist, dass der Patient immer wieder erwähnt, dass seine Frauen unsicher sind, ähnlich seiner Mutter, dann aber selbstsicherer werden“*. Eine Illusion von Unabhängigkeit bezüglich familiärer Verstrickungen und gesellschaftlicher Normen kann aufrechterhalten werden. Dies zeigt sich auch darin, dass er neben seinen festen Beziehungen regelmäßig Außenbeziehungen lebt. Das andere Extrem ist dann die Unterwerfung, die Unmöglichkeit, sich tatsächlich aus den Strukturen und Aufträgen seiner Herkunftsfamilie zu trennen. So „löst“ er seine Ambivalenz bezüglich einer festen Bindung durch ein vom Vater vorgegebenes Muster. Damit unterwirft er sich in fataler Weise vorgegebenen Mustern der Beziehungsgestaltung und manövriert sich dadurch in eine immer unerträglicher werdende Situation. So bietet der Alkoholkonsum die Möglichkeit, einerseits Illusionen aufrecht zu erhalten und andererseits aber auch an vertrauten, wenn auch maroden Strukturen der Beziehungsgestaltung und Lebensführung festzuhalten.

### 6.3 Fall 3 – Frau Clausen

Die 43-jährige Patientin kommt im Dezember 2000 zum insgesamt fünften qualifizierten Alkoholentzug. Ihre Familie ist sehr durch verschiedene Abhängigkeiten belastet. Sie hat eine Fachschule abgeschlossen und ist von Beruf Erzieherin, hatte verschiedene Anstellungen in der Alten- und Behindertenpflege, bezieht seit Jahren aber Sozialhilfe. Sie lebt mit ihren beiden Söhnen seit einiger Zeit in einer betreuten Wohneinrichtung.

#### 6.3.1 Die Suchtgeschichte

Die Patientin gibt an, erstmals mit 13 Jahren Alkohol mehrmals wöchentlich konsumiert zu haben, bereits mit 15 Jahren dann massiv, mit 17 Jahren bis zu einer Flasche Gin täglich. Zudem raucht sie seit dem 15. Lebensjahr Cannabis. 1979, mit 20 Jahren also, machte sie erstmals eine Kurzzeittherapie von 6 Wochen, auf den Druck der Eltern hin. Danach habe sie sofort weiter getrunken.

1980 reduzierte sie die Trinkmenge. 1981 nach der Geburt des Sohnes blieb sie bis 1990 abstinent und besuchte Selbsthilfegruppen. Danach habe sie recht schnell wieder begonnen zu trinken und den Besuch von Selbsthilfegruppen eingestellt.

Sie war im Laufe ihrer Krankengeschichte wiederholt in einem Psychiatrischen Krankenhaus. Zu ihrem ersten Aufenthalt 1994 wurde sie eingewiesen, da sie zu Hause volltrunken mit einem Fön ihre Haare anbrannte. Hier machte sie dann gleichzeitig einen Entzug. Im November 1999 war sie zuletzt zum qualifizierten Alkoholentzug im UKE, im Anschluss ging sie ca. drei Monate in eine Vorsorgeeinrichtung. Im Juni desselben Jahres wurde sie dann erneut rückfällig. Sie gab an, vor der aktuellen Aufnahme im November 2000 bis zu einer Flasche Korn am Tag getrunken zu haben. In den letzten 30 Tagen vor Aufnahme hatte sie deutlich mit Suchtdruck und Entzugserscheinungen wie Zittern und Schwitzen zu

kämpfen. Im Zusammenhang mit einer Entgiftung berichtete sie, Stimmen gehört zu haben, zudem habe sie vor ca. 20 Jahren visuelle Halluzinationen unter Alkohol gehabt, woraufhin sie die Gardinen in ihrer Wohnung anzündete.

Da sie in der Vergangenheit zweimal wegen Trunkenheit am Steuer angeklagt wurde und ihren Führerschein verlor, war es schwierig für sie, in den Beruf der Hauspflege zurückzukehren.

Sie hatte während des Aufenthalts im UKE einen Antrag auf Kostenübernahme für eine tagesklinische Behandlung gestellt, der aber abgelehnt wurde. Um Alternativen zu entwickeln, sollte sie im Anschluss an die Behandlung weiterhin in der Ambulanz im Hause angebunden sein, perspektivisch plante sie eine Langzeittherapie im ambulanten Setting.

### 6.3.2 Kategorie 1: Familienstruktur

#### Familie der Mutter

Die Großmutter, Margret, ist 1914 geboren, wird als sehr dominant und böse beschrieben. Sie hat in der Vergangenheit als Haushälterin gearbeitet. Sie zeigte viele auffällige Verhaltensweisen, wie die Misshandlung der eigenen Kinder. *„Misshandlungen und Schwierigkeiten werden auf eine mysteriöse Nervenkrankheit geschoben, die regelhaft von der Familie als Interpretation für viele Krankheiten und Schwierigkeiten herangezogen wird“*. Sie lebt jetzt in einem Pflegeheim, hat beide Beine amputiert. Es gibt die Vermutung, dass es sich bei der Nervenkrankheit um eine Tablettenabhängigkeit handelt. Sie war wiederholt in einer Klinik, die Patientin erinnert, dass es in den Zimmern keine Türgriffe von innen gegeben habe. Der Großvater, Herrmann, genannt Hasen-Opa, ist 1911 geboren und 1995 verstorben. Er wird beschrieben als ein zurückhaltender stiller Mann, der versuchte einen Ausgleich zu seiner dominanten Frau für seine Kinder zu bieten *„er ist ein Beschützer der Kinder, sehr passiv“*. Den Garten und seine Kaninchenzucht habe er als stillen Rückzugsort für sich gefunden.

Er ist ein Hauni-Pionier, das heißt, er hat die Firma Hauni mit aufgebaut, ist dort als Werksmeister tätig gewesen. Die gesamte Familie hat letztendlich bei den Hauni -Werken gearbeitet, eine wichtige Variable bei der Betrachtung des familiären Kontextes.

Die Großeltern haben 1935 geheiratet, die Beziehung wird als schwierig, angespannt geschildert. Die Ehefrau galt als die dominante, herrische. Er hat sich zurückgezogen, legte keinen weiteren Ehrgeiz in eine Kontaktaufnahme mit seiner Frau und hatte für sich entschieden, auf ihre Ausbrüche nicht mehr zu reagieren.

Die Großeltern haben drei Kinder, die Mutter der Patientin Gabriele, geboren 1939, diese musste früh auf ihre Geschwister aufpassen *„... hat den Haushalt gemacht, ist eine sachlich orientierte Frau, die immer den Schein wahren muss, 100 %-ig sein muss, keine Gefühle zeigen kann“*. Sie ist tablettenabhängig, konsumiert Lexotanil, Valium, Adumbran, Aponal, Tavor. Dies alles wird darunter subsumiert, dass auch sie ein vererbtes Nervenleiden habe. Es wird nicht offen über Sucht kommuniziert. Von ihrer Tochter wird sie *„die Frau“* genannt.

Der neun Jahre jüngere Bruder Karl-Heinz, geboren 47. ist ein Sohn aus einer der vielen Außenbeziehungen der Großmutter. Dies sei ein Familiengeheimnis *„dieses Geheimnis hat eine Tante Klobe vermittelt, die in den Kriegswirren bei der Familie gelebt hat und dieses Geheimnis der Patientin anvertraut“*. Die Patientin hat diese Information an ihre Mutter weitergegeben. Außer ihnen beiden kennt angeblich niemand dieses Geheimnis, selbst Karl-

Heinz weiß offiziell nicht, dass Herrmann nicht sein leiblicher Vater sei. Dieser Bruder „... *hat als er volljährig war seine Mutter verprügelt und ihr dabei gesagt, dass er sich jetzt nicht mehr von ihr misshandeln und prügeln lassen wird*“. Eine weitere Schwester, Ursula, ist 1943 geboren. Sie wohnt jetzt im Haus der Großeltern, „*hat ebenfalls ihre zwei Kinder misshandelt und wird sehr ähnlich der Großmutter beschrieben*“.

Die Schwester Ursula ist wenig integriert. Ursula und Karl-Heinz sind Nachbarn. Karl-Heinz hat die Grundstücke durch einen hohen Zaun voneinander getrennt, was bereits einen Gerichtsprozess zur Folge hatte.

### Familie des Vaters

Die Großmutter Anna ist 1897 geboren und 1987 an Krebs gestorben. 1955 ist sie mit ihren Kindern nach einer Flucht aus der Heimat in ein Flüchtlingslager gekommen. Der Großvater väterlicherseits ist 1943 im Krieg gefallen, war ein fanatischer Anhänger Hitlers, SS-Mann. Die Patientin weiß weiter nichts über ihn.

Der Vater der Patientin, Alfred, geboren 1934, ist der fünfte in der Geschwisterreihe. Dieser ist Lackierer und hat als Hobby auch die Musik. Er hatte eine sehr enge Beziehung zu seinem Schwiegervater „*beide haben sich viel in den Garten zurückgezogen, sich mit Musik beschäftigt*“. Alfred hat ebenfalls bei den Hauni- Werken gearbeitet, ansonsten hat die Familie des Vaters bei einem Autohersteller gearbeitet. Die Patientin beschreibt ihren Vater als einen gefühlsbetonten Menschen, der seine Gefühle auch zeigen könne. Er trinkt kaum Alkohol, sammelt aber Schnapsflaschen. Dieser war und ist auch nach der Pensionierung wenig zu Hause. Früher habe er vor dem eigentlichen Arbeitsbeginn morgens noch verschiedene Nebentätigkeiten ausgeführt. „*Ein abwesender Vater, der aber von der Patientin als sehr liebevoll beschrieben wird*“. Trotz des seltenen Kontaktes habe sie ein gutes Verhältnis zu ihm.

Die Schwester des Vaters, Sigrid, ist 1928 geboren und 1994 an Blutkrebs verstorben.

„*Sie wird beschrieben als eine Frau mit Verschwendungssucht und Kaufsucht, sie hat gestohlen, z. B. hat sie in den Läden Nutella Dosen aufgeschraubt und den Inhalt rausgenommen. Sie hat im Flüchtlingslager als Prostituierte gearbeitet und hat verschiedene Abtreibungen mit einem Kleiderbügel durchgeführt*“.

Der Bruder Adolf, ist 1930 geboren und hat sich im Juli 1999 erschossen. Dieser war ebenfalls Alkoholiker. Seinen Namen habe der Vater zu Ehren Hitlers gewählt. Die Patientin berichtet, dass er sich ihr in ihrer Kindheit gegenüber grenzüberschreitend verhalten habe „*sie erinnert sich daran, dass er sie geküsst hat, immer wieder Annäherungsversuche gemacht hat*“. Vor der Geburt der ältesten Schwester hat es zudem zwei Söhne gegeben, die beide verstorben sind. Nähere Angaben dazu kann die Patientin nicht machen.

Adolf, Sigrid und deren Mutter sind 1956 nach Münster umgesiedelt. Die Geschwister Adolf und Sigrid hatten ein sehr enges, möglicherweise auch intimes Verhältnis. Die beiden sind nach Scheidungen wieder zu ihrer Mutter gezogen, haben mit dieser zusammengelebt, sie sehr verwöhnt, ihr ein Haus gekauft und sich um sie gekümmert.

### Die Patientin in ihrer Ursprungsfamilie

Die Eltern haben sich 1954 kennen gelernt und 1955 geheiratet. Die Ehe wird beschrieben als eine friedliche Co-Existenz. Anna, die Großmutter väterlicherseits, wollte deren Eheschließung verhindern und hat dafür die Papiere ihres Sohnes verbrannt Die Patientin ist

im September 1957 geboren. Sie habe in ihrer Kindheit praktisch keine Verbote bekommen, *„hat bei ihren Eltern eine Interessenlosigkeit festgestellt, musste immer Musik üben, Schifferklavier, Querflöte u. s. w., obwohl sie das gehasst hat“*. Sie hatte einen Bruder, Michael, der 1956 geboren wurde und 1989 verstorben ist. Dieser habe ebenfalls sehr früh mit dem Konsum von Alkohol und Drogen begonnen, habe zwei Entziehungskuren gemacht. Auch er hat bei den Hauni- Werken gearbeitet wie die ganze Familie, *„er ist unter ungeklärten Umständen verstorben, die Mutter der Patientin habe angegeben, dass es ein Herzproblem gewesen sei, daraufhin wurde er nicht obduziert“*. Die Patientin bezeichnet ihn als Kind der Großeltern. Er selbst hat sich während seiner ersten Schuljahre noch den Nachnamen der Großeltern mütterlicherseits gegeben. Fraglich hatte er eine weitere psychiatrische Diagnose, befand sich in psychiatrischer Behandlung.

Ein weiterer Bruder, Thomas, ist 1960 geboren, er hat ebenfalls bei den Hauni- Werken gearbeitet, auch er sei Alkoholiker, hat Heroin konsumiert, hat zwei Entzüge hinter sich. Eine lange Zeit sei er trocken gewesen, jetzt aber scheinbar rückfällig mit Alkohol. Die Beziehung zwischen der Patientin und diesem Bruder wird als sehr eng bezeichnet. Sie gibt an, dass sie mit ihrem Bruder Michael auch getrunken habe, mit dem jüngeren Bruder kaum.

Die Beziehung zu ihrer Mutter beschreibt die Patientin als ambivalent, kontrollierend und grenzüberschreitend. *„sie wird von ihr „an der Leine gehalten“ und kann sich nicht lösen, die Mutter erpresst mit den Worten: was habe ich alles für dich getan“*. Noch heute kann sie sich den Ansprüchlichkeiten und der Kontrolle der Mutter nicht entziehen. Diese begeht ständig weiterhin Grenzverletzungen, räumt zum Beispiel die Wohnung um, wenn die Patientin längere Zeit abwesend ist (zum Beispiel im Entzug). Bei dieser Gelegenheit wurden bereits die Möbel von den Eltern ohne Einverständnis der Patientin ausgewechselt. Die Patientin verknüpft die Phantasie an eine eigene suchtfreie Zeit mit der Vision davon, dass ihre Mutter dann ihren eigenen Tablettenkonsum steigern könnte. Aus Angst, dafür dann tatsächlich verantwortlich sein zu können oder gemacht zu werden, wird der Gedanke an eine eigene Abstinenz bedrohlich.

Auffällig ist, dass sie die Beziehung zum Vater als wesentlich näher und besser beschreibt, obwohl dieser eigentlich ein ständig abwesender Vater war, der sich in seinem Verhalten der Mutter unterordnet.

Die Patientin in einer Partnerschaft bzw. eigener Familie – die aktuelle Lebenssituation

Sie ist zweimal verheiratet gewesen, ihr erster Mann hieß Jochen, geboren 1958, dieser konsumiert kaum Alkohol, ist als Maler und Betriebsrat ebenfalls bei den Hauni- Werken tätig. Er hat den Geburtsnamen der Patientin angenommen. Sie haben 1980 geheiratet, die Scheidung erfolgte 1987. Er wird von ihr als *„Mimose bzw. Weichei“* geschildert, *„er ließe sich bedienen, kann nichts alleine machen, dieser Mann ist mir peinlich“*. Er hat nach der Trennung noch eine Zeit bei ihr gewohnt. In dieser Zeit habe sie weiterhin für ihn gekocht und gewaschen. Seine Eltern sind beide Alkoholiker. Als Vater sei er nicht präsent.

Das Paar hat zwei Kinder, Joachim ist 1981 geboren mit einem knöchernen Schiefhals und hat dann eine chronische Bronchitis entwickelt. Sie habe eine gute Beziehung zu ihm. *„Dieser hat den Alkoholkonsum der Mutter immer mitbekommen, ist dann als Jugendlicher weggelaufen, hat ein Jahr bei seiner Großmutter väterlicherseits gelebt. Diese Großmutter väterlicherseits trinkt noch mehr als seine Mutter, deshalb ist er da wieder gegangen, hat dann für vier Wochen in einer betreuten Wohneinrichtung gewohnt und ist daraufhin wieder zu seiner Mutter zurückgekommen“*. *„Er ist mit dem Argument zurückgekommen, dass andere*

*Kinder ähnliche Situationen haben wie er und dass er denen sonst den Platz wegnimmt wenn er nicht nach Hause kommt“.*

Es gab ein zweites Kind, David, geboren 1982, der einen Tag nach der Geburt verstorben ist. Er war eine Frühgeburt, hatte einen Herzfehler. Diese Schwangerschaft war zufällig bei einer anderen Operation entdeckt worden, woraufhin ihr geraten worden sei, das Kind nicht auszutragen. Die Patientin hat aber entschieden, *„dass dieses Kind geboren werden soll, da es sich schwierig den Weg ins Leben erkämpft hat“*. Die Mutter der Patientin hat diese nach der Geburt besucht und hat sich bezüglich des Todes des Kindes so geäußert, *„Gott sei Dank, sie ist alkoholkrank und kann ja sowieso nicht für das Kind sorgen“*. Daraufhin habe sie ihrer Mutter Stationsverbot erteilt. *„Ihr Partner konnte ebenfalls das Blut nicht sehen und hat sich aus der Klinik zurückgezogen“*. Auch bei der Betreuung des Sohnes Joachim, der sehr aufwendig krankengymnastisch behandelt werden musste, habe der Vater sich nicht beteiligt.

Die Patientin hat dann 1987 ein zweites Mal geheiratet. Dieser Partner habe nie eine Ausbildung absolviert, ist arbeitslos. Sie beschreibt ihn als Spinner, hat keinen Kontakt mehr zu ihm. Die Ehe hat 15 Monate gehalten. Sie hat die Beziehung beendet, nachdem er sie mit einer 16 jährigen betrogen habe. Danach habe er zudem ein Verhältnis mit der besten Freundin der Patientin gehabt. Seine Eltern seien ebenfalls beide Alkoholiker. Die Mutter sei zudem tablettenabhängig. Aus dieser Beziehung ging der Sohn Marvin hervor, geboren 1987, er ist mit einem Kaiserschnitt zur Welt gekommen, ist zu klein und zu früh geboren. Er sei ein Aufpasser, sei nie richtig Kind gewesen, habe immer versucht, die Mutter zu kontrollieren.

Die Söhne werden seit vier Jahren durch die Familienpflege betreut, haben hier einen männlichen Ansprechpartner. Dies wird von der Mutter sehr unterstützt.

Seit 1996 wohnt die Familie in einer Einrichtung von Pflegen und Wohnen. Zurzeit hat die Patientin einen neuen Lebenspartner, diese Partnerschaft besteht seit 11 Monaten. Ihr Partner ist ebenfalls Alkoholiker, zurzeit fraglich trocken.

### **6.3.3 Kategorie 2: Übergänge im familiären Lebenszyklus**

In der Herkunftsfamilie der Mutter werden normativ vorgegebene Entwicklungsschritte der Familie und der Kinder sehr erschwert durch eine zum Geheimnis gemachte Krankheit der Großmutter sowie ihr möglicherweise damit im Zusammenhang stehendes aggressives Auftreten. Dadurch mussten Kinder einerseits früh erwachsen werden aber auch sich der Krankheit unterordnen, was einen gesunden Ablösungsprozess erschwert.

In der Familie des Vaters hat es zwei ältere Brüder gegeben, die als kleine Kinder verstorben sind. Sein Vater ist zudem im Krieg gefallen. Die beiden lebenden Geschwister des Vaters haben eine sehr enge Bindung an die Mutter und wohnen auch später wieder mit ihr zusammen. Möglicherweise ist diese familiäre Nähe bzw. Enge durch den frühen Tod von zwei Geschwistern sowie dem Vater zu erklären. Aber auch hier haben der Krieg und die dadurch beeinflusste Familiengeschichte die Entwicklung der Einzelnen sehr stark geprägt. Dabei ist besonders die Erfahrung der Flucht zu benennen, die einen Verlust der Heimat und viele Unsicherheiten mit sich brachte.

Auch in der Familie der Patientin gibt es keine der Norm entsprechenden Entwicklung der Einzelnen. Alle drei Kinder sind süchtig und haben bzw. hatten eine zu enge Bindung an das Elternhaus, was darauf schließen lässt, dass auch hier die gesunde Ablösung in späteren Jahren nicht gelingt. Grenzüberschreitungen und Bevormundungen stehen in den verschiedenen Familien anstelle eines produktiven Erziehungsverhaltens.

In allen Generationen und sowohl im mütterlichen als auch väterlichen Zweig ist eine zu enge Bindung an das Elternhaus zu erkennen, die durch Krankheiten oder das Eintreten anderer Schicksalsschläge eingefordert und aufrechterhalten wird. Andererseits wird mit rigiden, zeitweise brutalen Verhaltensweisen der Mütter das Erleben einer gesunden Beziehungskonstanz unmöglich gemacht.

Das Normative erscheint über drei Generationen zur Ausnahme geworden zu sein, womit das Belastende, Chaotische den Einzug in den Ablauf der Familie gefunden hat und von den Familienmitgliedern als normativ betrachtet werden könnte.

### 6.3.4 Kategorie 3: Generationenübergreifende repetitive Muster

#### Problemlöseverhalten

In beiden Ursprungsfamilien arbeiten die verschiedenen Generationen bei den gleichen Firmen, eine Art der Stabilität oder Beziehungszusammenhalt wird dadurch gewährleistet.

Die Häufung von Suchterkrankungen bzw. nicht genauer definierter Nervenleiden, die auf eine Suchterkrankung hinweisen und die Unmöglichkeit einer produktiven Ablösung vom Elternhaus erscheinen hier als die zentralen, über mehrere Generationen zu verfolgende Muster. *„geerbtes Nervenleiden als Thema über die Generationen, getarnt als Familiengeheimnis und dahinter steckt in Einzelfällen Tabletten sucht, betrifft die Frauen der Familie mütterlicherseits“.*

In den frühen Generationen werden die Suchterkrankungen noch als Familiengeheimnis behandelt. In der Generation der Patientin tritt sie dann so massiv zutage, dass zumindest die Tatsache einer Suchterkrankung bei allen drei Nachkommen der Familie nicht mehr geleugnet werden kann. Alle drei haben bereits mehrere Entzüge hinter sich, ein Bruder ist bereits an den körperlichen Folgen seiner Sucht verstorben. In den Vorgenerationen gab es auch Aufenthalte in Psychiatrien, die aber als Geheimnis behandelt werden. Auch eine mögliche weitere psychiatrische Diagnose des ältesten, bereits verstorbenen Bruders bleibt im Dunkeln.

#### Beziehungsmuster

Abhängigkeits-Autonomie Konflikte bilden ein zentrales Thema über die Generationen. In der mütterlichen Linie ist es besonders auffällig, wie sehr die Mütter ihre Töchter *„beherrschen“*, das Anzeigen gesunder Grenzen verhindern. Diese Töchter allerdings und auch die Großmutter selber sind verheiratet mit Männern, die sich in der ehelichen Beziehung unscheinbar und zurückhaltend darstellen. Hier, auf dieser Ebene, sind die gegenüber den Müttern untergeordneten Töchter als Frauen dominant. Der Vater der Patientin erlebt allerdings seine Schwester auch als eine auffällig unerschrockene Frau, die auch nicht davor zurückschreckt, sich selbst große körperliche und seelische Schmerzen zuzufügen (Prostitution, Abtreibungen mit Kleiderbügel). Das nicht näher definierte Nervenleiden und die Suchterkrankungen dienen bei allen zur Beziehungsregulation. Die Patientin phantasiert – wahrscheinlich berechtigterweise – einen direkten Zusammenhang zwischen der eigenen Konsumfrequenz und der ihrer tablettenabhängigen Mutter. *„... bei der Frage was denn passieren würde, wenn die Patientin endgültig aus ihrer Sucht aussteigen würde, sagt die Patientin, dass ihre Mutter wieder stärker an ihre eigene Sucht gehen würde. Dazu macht die Patientin sich zu viele Sorgen, verantwortlich zu sein“.*

Ein weiteres, eng mit dem Suchtmittelkonsum verbundenes, über Generationen fortbestehendes Thema ist das Erleben von Beziehungsunsicherheiten in den Eltern-Kind-

Beziehungen durch die mit dem Konsum einhergehenden Unzuverlässigkeiten der Erziehungspersonen. Hiervon sind auch bereits die Söhne der Patientin betroffen. *„Marvin wird von der Mutter so beschrieben, dass er ein Aufpasser war, dass er nie richtig Kind gewesen ist“*.

Die Eltern väterlicherseits haben zwei Kinder früh verloren, die Eltern der Patientin einen jung erwachsenen Sohn. Ein Kind der Patientin ist kurz nach der Geburt verstorben. Damit häufen sich die Erfahrungen mit dem Tod von Kindern über die Generationen.

### Familienstruktur

Die Frauen werden sowohl in der mütterlichen als auch der väterlichen Linie einerseits als dominant und hart beschrieben, sind aber zumindest in ihrer Tochterrolle auch abhängig und ständigen Grenzverletzungen ausgesetzt. Sucht spielt ebenfalls in beiden Familienzweigen eine Rolle, mütterlicherseits tritt die Erkrankung aber häufiger auf. Verdrängung, das Kommunizieren in Geheimnissen *„Patientin als Geheimnisträgerin“*, sowie die Funktionalisierung von Krankheiten sind Muster, die sich wiederholen und die Struktur der Familien durchgängig bestimmen.

### 6.3.5 Kategorie 4: Lebensereignisse und Funktionalität

Der Großvater väterlicherseits war ein Anhänger Adolf Hitlers. Er ist im Krieg gefallen, *„diese Anhängerschaft hat ihn sein Leben gekostet“*. Nun hat er aus dieser Verehrung heraus einen seiner Söhne Adolf genannt. Dieser hat sich erschossen und damit die gleiche Todesart wie Hitler gewählt.

Die Familie war über die Generationen hinweg überhäufig vielen traumatischen Erlebnissen ausgesetzt. Auf der väterlichen Seite haben sich die Geschwister des Vaters eng mit der Mutter verbunden. Sie hatten gemeinsam den Verlust ihres Vaters und die Flucht zu bewältigen. Der Vater der Patientin hat sich von seiner eigenen Familie distanziert. Seine Mutter hat versucht, die Eheschließung zu verhindern. Der Tod von zwei älteren Geschwistern hat hier sicher die Familiendynamik auch später nachhaltig beeinflusst.

In der eigenen Familie der Patientin erscheinen die besonders schweren Geburten der Kinder als belastend sowie der Tod des dritten Kindes. Ihr ältester Sohn erlebt jetzt den dritten Mann an der Seite der Mutter. *„Er ist ebenfalls Alkoholiker, seit mindestens 10 Jahren, ist arbeitslos, hatte vor ein paar Tagen wieder einen Rückfall“*. Das Leben der Patientin ist durch Beziehungsabbrüche gekennzeichnet. Sie selbst ist auch mit einer abhängigen Mutter und Großmutter aufgewachsen, war dadurch den mit einer Suchterkrankung einhergehenden Beziehungsschwankungen unterworfen.

Die Patientin ist als Kind von dem Bruder des Vaters belästigt worden, der auch Alkoholiker war.

### 6.3.6 Kategorie 5: Beziehungsmuster und -dreiecke

In dieser Familie gibt es verschiedenste Triangulationen<sup>S</sup>, in denen auch der Alkohol oder andere Suchtmittel bzw. ein undefiniertes *„Nervenleiden“* als Beziehungs-*„Partner“* eine wesentliche Rolle spielen.

Die Beziehung der Patientin zu ihrer Mutter wird durch den beiderseits bestehenden Suchtmittelkonsum reguliert. Hier besteht ein unmittelbarer Zusammenhang. Die Mutter reduziert den eigenen Konsum, wenn sie sich für die Tochter verantwortlich fühlt, würde ihn - nach Hypothese der Tochter - wieder erhöhen, wenn die Tochter sich aus deren Bevormundung in dem Moment herauslösen könnte, wenn sie selbst suchtmittelfrei wäre.

Die Patientin versucht, ihre Söhne von den mit ihrer Sucht einhergehenden Erfahrungen fernzuhalten, was nur phasenweise gelingt. So haben sich hier bereits Muster der Kontrolle ausgebildet und die Brüder richten ihr Verhalten oft stark nach der Befindlichkeit der Mutter aus.

Die Großmutter hatte verschiedene Außenbeziehungen und regulierte damit die Beziehung zu ihrem Mann. Dieser wiederum verhält sich grundsätzlich passiv, zurückhaltend, beschützt aber die Kinder vor den Ausbrüchen der Mutter, geht mit ihr selber aber nicht in die Auseinandersetzung.

Auffällig ist, dass der Vater der Patientin oft Zuflucht bei seinem Schwiegervater sucht und umgekehrt. Beide regulieren damit wiederum ihre Paarbeziehungen.

Der älteste Bruder der Patientin hatte jahrelang eine große Verbundenheit zu den Großeltern mütterlicherseits, benannte sich selbst sogar nach ihnen in den ersten Kindheitsjahren.

Es liegt die Vermutung nahe, dass eine Triangulation<sup>S</sup> zwischen den Frauen der mütterlichen Seite besteht bzw. bestanden hat. Hier scheinen die unterschiedlichen Dyaden ihre Beziehungen durch die jeweils „*dritte im Bunde*“ zu gestalten und zu große Nähe und Vereinnahmung damit erfolgreich zu verhindern. „*Die Mutter Gabriele kontrolliert die Familienmitglieder*“.

### **6.3.7 Kategorie 6: Familiengleichgewicht bzw. -ungleichgewicht**

In der vorliegenden Familiengeschichte ist auffällig, dass desolaten Lebensbedingungen einen normativen Charakter in der familiären Lebensführung einnehmen, jede Generation ist davon betroffen. Über die Generationen wird die Lösung von Konflikten in der Sucht gesucht. Geheimnisse bilden ein zentrales Element der Beziehungsgestaltung.

Die Frauen übernehmen dominante Rollen. Dabei sind sie bei aller scheinbaren Stärke, besonders im mütterlichen Generationenzweig, in der Beziehung zur eigenen Mutter diejenigen, die kontrolliert werden, keine eigenen, erwachsenen Grenzen bilden können. Die Männer wirken unauffällig und nehmen auf den ersten Blick keine unterstützende Funktion ein.

So geht der Vater der Patientin durch doppelte Arbeitsbelastung aus dem Kontakt, der Großvater mütterlicherseits durch seine Hasenzucht. Beide werden aber von der Familie sehr geschätzt, der eigene Vater von der Patientin glorifiziert. Die Söhne der Patientin, deren Väter ebenfalls nicht zur Verfügung stehen, haben ein enges Verhältnis zu einem männlichen Familienpfleger aufgebaut. Damit können sie ihren eigenen Mangelserfahrungen entgegensteuern. „... ganz wichtig für die Söhne hier einen Mann als Ansprechpartner zu haben, darauf hat die Patientin viel Wert gelegt“.

Über die Generationen wurden die Hierarchien verschoben. Kinder übernehmen wiederholt die Verantwortung für die Lebensgestaltung ihrer Eltern.



Auch die Kinder der Patientin werden viel zu schnell erwachsen und versuchen, die Mutter zu kontrollieren. Sie aber unterstützt deren Fremdbetreuung. Mit diesem Muster durchbricht sie traditionelle Regeln und Rollenmuster und damit einen familiären Teufelskreis.

In der Generationsebene der Patientin werden ebenso die Klinikaufenthalte in den meisten Fällen auch offen den Suchterkrankungen zugeordnet.

### **6.3.8 Funktionalität der Alkoholabhängigkeit**

Funktionalität der Symptomatik im direkten systemischen Umfeld, die horizontale Ebene

Viele Mitglieder des gegenwärtigen Systems sind süchtig. Die Patientin und auch ihre Brüder haben wiederholt Entziehungskuren gemacht, einer der Brüder ist verstorben. Es erscheint fast so, als ob die Sucht hier die Funktionalität besitzt, in einer emotional kalten und dennoch total verstrickten Familie überhaupt überleben zu können. Dabei ist das Suchtmittel Beziehungersatz, Abgrenzungsmöglichkeit und Problemlösestrategie in einem. Zentral ist auch die Funktionalität, desolate Beziehungsstrukturen in deren Auswirkung ertragen zu können. Die Eltern der Patientin brauchen sich darüber hinaus nicht mit der Gestaltung ihrer Beziehung zu beschäftigen, da alle drei Kinder sich durch ihre Suchterkrankungen als Beziehungsregulatoren anbieten. Auch dies als Funktionalisierung der Krankheit und damit der abhängigen Personen. Aber diese massive Abhängigkeit, chronisch und resistent gegen bisherige Therapieversuche hat noch andere Funktionalitäten, die sich aus der katastrophalen Vernetzung der Generationsmuster zu ergeben scheint, weshalb die Betrachtung der vertikalen Ebene von besonderer Relevanz scheint.

Funktionalität der Symptomatik im mehrgenerationalen Kontext, die vertikale Ebene

Suchtmittelabhängigkeit ist in dieser Familie ein über mehrere Generationen bekanntes Muster. In der Wiederholung der damit zusammenhängenden Dynamiken auf unterschiedlichsten Ebenen sind alle gefangen in rigiden Wiederholungen, aus denen es keinen Ausstieg zu geben scheint. Die Sucht hat hier die paradoxe Funktion, die Aufrechterhaltung maroder Beziehungsstrukturen und familiärer Muster zu gewährleisten. Darin sind die verschiedenen Generationsebenen ineinander so sehr verzahnt, dass ein Ausstieg nicht einmal in greifbare Nähe kommen darf. Hervorstechend bei der Betrachtung sind dabei die Frauen jede für sich und zudem in der Gestaltung ihrer Beziehungen auf der Mutter-Tochter-Ebene, deren Ausgestaltung durch die Sucht definiert ist aber auch aushaltbar wird. So entsteht ein Teufelskreis der Abhängigkeiten auf verschiedenen Ebenen. In der Generation der Patientin hat sich die Problematik nochmals dramatisch zugespitzt. Die Patientin versucht bei ihren eigenen Kindern nun eine andere Richtung einzuschlagen, schafft dies durch die dauerhafte Hilfestellung von außen. Allerdings wendet sie sich aktuell einem alkoholabhängigen Partner zu. Die Muster, die die Generationen beeinflussen, besitzen schon lange einen normativen Charakter, der sich aus denen der Vorgeneration speist. Hier gibt es eine Tablettenabhängigkeit deklariert als Nervenleiden, unter der viele weibliche Familienmitglieder leiden. Diese Abhängigkeiten werden als offene Geheimnisse mit Tabus belegt. Verantwortlichkeit für das eigene Leben und Tun zu übernehmen, wird erfolgreich durch den Suchtmittelkonsum verhindert.

Dies gibt allen die Möglichkeit, ihre Krankheit, die Sucht, aufrechtzuerhalten, andererseits aber sich als Märtyrerin zu begreifen. Ein sich wiederholendes Muster in der Gestaltung gegengeschlechtlicher Beziehungen ist, dass die Männer in der Beziehungsgestaltung blass erscheinen. Bewältigungsstrategie für die Frauen ist einerseits die Funktionalisierung der Töchter in einer Triangulation<sup>S</sup>, der eigene Suchtmittelkonsum und – um diese Konstellation

über die Pubertät und eigentliche Ablösung der Tochter hinaus zu retten - der sich über die Generationen wiederholende Suchtmittelkonsum der Töchter.

### Die Individuelle Ebene der Patientin – Märtyrertum versus Instrumentalisierung

Die Patientin ist früh ausgewählt, Vertraute, Triangulationspartnerin<sup>S</sup> und Geheimnisträgerin zu sein. Dies macht sie – wie andere Frauen der Familiengeschichte vor ihr – einerseits zur Märtyrerin, stellt aber andererseits eine massive Instrumentalisierung durch das System dar. Dieses Muster der scheinbaren Gegensätzlichkeiten ist in dieser Fallgeschichte ein sich bereits über die Generationen in Frauenbeziehungen (Mutter – Tochter) wiederholendes Muster.

Die Patientin selbst übt viel Kontrolle aus, scheint zu wissen, dass sie sich letztendlich nur auf sich selbst verlassen kann. Dabei scheint sie kaum in der Lage, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und zu benennen. Für sie besteht eine paradoxe Funktionalität des Alkoholkonsums darin, sich einerseits gegen Überforderung durch diese familiären Aufträge abzugrenzen, sie aber andererseits weiter erfüllen zu können. „... *und hat dieses Geheimnis der Patientin anvertraut, die es wiederum ihrer Mutter anvertraut hat, außer den beiden weiß es angeblich niemand, selbst Karl Heinz weiß nicht, dass Herrmann nicht sein Vater ist*“. Sie steckt fest in der Erkenntnis, krankmachende Muster zu wiederholen, ihnen aber nicht „*einfach*“ entfliehen zu können. So kommt die Position der Märtyrerin gelegen als Möglichkeit, in der eigenen Abhängigkeit zu verharren.

Die Tochter wird als Symptomträgerin lokalisiert und instrumentalisiert. Würde die Patientin aus der Sucht aussteigen können – so ihre Hypothese – wird sich der Konsum der Mutter wieder steigern. Dies macht - in einem systemischen Sinne – die desolante abhängige Beziehungsstruktur der beiden Frauen deutlich.

## 6.4 Fall 4 – Herr Dorn

Dieser Patient kommt das erste Mal zu einem qualifizierten Alkoholentzug auf Anregung einer Beratungsstelle. Zum Zeitpunkt der Aufnahme ist er 40 Jahre alt. Er ist ledig, hat keine Kinder. Wohnt sozial isoliert in einer Ein-Zimmer-Wohnung. Er hat keine abgeschlossene Berufsausbildung, ist arbeitslos. Der Patient, Michael Dorn, ist das einzige Kind und gilt als Stammhalter in seiner Familie. Er hat verschiedene Ausbildungen begonnen, aber alle nicht abgeschlossen, berichtet von Prüfungsängsten.

### 6.4.1 Die Suchtgeschichte

Herr Dorn gibt an, dass er seit dem 16. Lebensjahr Alkohol konsumiere, dies über die Jahre gesteigert habe. Ab dem 25. Lebensjahr sieht er einen deutlichen Missbrauch. In den letzten zwei Jahren habe nochmals eine Steigerung der Trinkmenge stattgefunden, so dass er zuletzt täglich 7 bis 8 halbe Liter Bier, 2 Piccolo und ca. 8 kleine Flaschen Magenbitter getrunken hat. Mit anderen Drogen hatte er keinen Kontakt. 1995 hat er seiner Vermutung nach einen Krampfanfall gehabt, zu diesem Zeitpunkt habe ihn auch ein Amtsarzt, von dem er untersucht wurde, auf sein Suchtproblem aufmerksam gemacht.

Als er im April 2001 wiederholt eine ABM-Stelle wegen seines Alkoholkonsums nicht antreten konnte, habe er begonnen, sich selbst stärker mit seiner Sucht auseinander zusetzen, nahm Kontakt zu einer Beratungsstelle auf, die ihm den qualifizierten Entzug im UKE empfahl.

Herr Dorn berichtet von Ängsten, die sich im Laufe der Jahre sehr gesteigert haben. Seit mindestens einem halben Jahr konnte er kaum noch das Haus verlassen, so dass er von seinem Vater versorgt wurde. Bei den Besuchen des Vaters trinken sie dann gemeinsam. Die Angstsymptomatik<sup>14</sup>, die sich im Rahmen des stationären Aufenthaltes fast vollständig reduziert hat, scheint eng mit dem Alkoholkonsum verbunden zu sein. Im letzten Monat habe er fast täglich Suchtdruck und körperliche Entzugserscheinungen wie Schwitzen und Kreislaufprobleme gespürt. Im Anschluss an die Behandlung plant er den Besuch der Anonymen Alkoholiker sowie eine ambulante Betreuung. Eine empfohlene stationäre Therapie schließt er nicht völlig aus.

### 6.4.2 Kategorie 1: Familienstruktur

#### Familie der Mutter

Die Großmutter mütterlicherseits, Katharina, ist 1904 geboren und 1979 in einem Altersheim verstorben. Der Großvater Erwin ist 1904 geboren. Er ist vereinsamt und verwaorlost in seinem Schrebergarten verstorben. Hier hat der Patient gesagt, dass „*er in seinem Schrebergarten jämmerlich gestorben sei*“. Das Todesdatum kennt der Patient nicht.

Die beiden hatten fünf Kinder. Die Beziehung sei angeblich glücklich gewesen, dennoch gab es eine späte Scheidung.

Neben der Mutter des Patienten gibt es vier ältere Schwestern, Lisa, Annegret, Beate und Bille.

Die Mutter, Gisela, die jüngste in der Geschwisterreihe, ist 1937 geboren, war Technische Zeichnerin und hat 17 Jahre bei der Post gearbeitet, ist seit 15 Jahren Frührentnerin. Kurz nach der Geburt des Patienten ist erstmals eine Psychose aufgetreten. Diese äußert sich in der Wahrnehmung des Patienten in Depressionen, Nervosität und Angstzuständen und beeinträchtigt die ganze Familie auch heute noch. Zudem hatte sie Brustkrebs, den sie überwunden hat. Sie trinkt keinen Alkohol.

Die älteste Schwester, Lisa, beschreibt er als einen Workaholic, sie findet keine Ruhe. Annegret ist bereits an Krebs verstorben, sie war ebenfalls Alkoholikerin. Beate lebt jetzt in einem Pflegeheim, da auch sie vollkommen verwaorlost ist. Bille hat ebenfalls Alkoholmissbrauch betrieben, zu dieser Tante hat der Patient keinen Kontakt mehr. Die Schwestern haben untereinander wenig Kontakt, es gab viele Auseinandersetzungen, alle seien ganz unterschiedliche Charaktere. Auffällig ist, dass die Schwestern alle auffällige Lebensmuster haben und dass diese Beschreibung, „*keine Ruhe zu finden, bzw. aufgeregt zu sein*“, für viele Familienmitglieder gleichzeitig zutrifft. Es habe noch ein weiteres Kind gegeben, das früh gestorben sei und eine Fehlgeburt. Der Patient kann hierzu aber keine weiteren Angaben machen.

#### Familie des Vaters

Die Großmutter väterlicherseits, Lucie, geboren 1904, verstorben 1994, war Stenotypistin. Sie sei strikte Antialkoholikerin gewesen.

Der Großvater, Harry, Baukaufmann, geboren 1905, verstorben 1971 an Lungenkrebs, habe immer sehr viel gearbeitet.

---

<sup>14</sup> Im Genogramm gekennzeichnet mit einem P für Psychiatrische Erkrankung (siehe beigefügte Legende)

Die Großeltern haben 1933 geheiratet. Nach Ansicht des Patienten sei dies eine harmonische Beziehung gewesen. Sie hatten fünf Kinder, wobei Horst, der Vater des Patienten, der Älteste ist. Die Großeltern waren beide Parteimitglieder in der Zeit des zweiten Weltkrieges (Großvater SS, Großmutter NSDAP) „...*dass der Patient erst nach einigem Nachfragen erwähnt, dass sein Großvater Harry bei der SS gewesen ist und seine Großmutter Lucie bei der NSDAP und da auch als Vorzeigemutter im Krieg galt und ein Abzeichen dafür bekommen hat, dass sie fünf Kinder hatte*“.

Der Vater des Patienten ist ebenfalls Alkoholiker (Erwin geboren 1934). Er war Maler, ist seit 1995 Frührentner. Er ist übergewichtig wie der Patient und hat ebenfalls - wie seine Geschwister - bis zu seiner Eheschließung bei seiner Mutter gelebt. Er habe besonders in den Kriegsjahren gelegentlich sehr unter Druck gestanden, da er auf seinen jüngeren Bruder aufpassen musste.

Klaus (geboren 1935), der nächste in der Geschwisterreihe, betreibt exzessiven Alkoholkonsum, lebt nach wie vor in der Wohnung der Mutter, die er acht Jahre bis zu ihrem Tod gepflegt habe. Er war Lagerarbeiter, lebt jetzt als Frührentner vom Sozialamt.

Ursula (geboren 1937) lebte bis zu ihrer Eheschließung ebenfalls bei der Mutter. Sie ist Hausfrau, hat zwei Kinder und möchte keinen Kontakt zu ihrer Familie wegen des massiven Alkoholkonsums verschiedener Familienmitglieder.

Jürgen (geboren 1938) lebte auch mit der Mutter zusammen, wohnt jetzt noch in deren Wohnung zusammen mit Klaus, er war Maurer und trinkt ebenfalls massiv Alkohol.

Peter (geboren 1939) ist ebenfalls Maurer, er kapselt sich mittlerweile von allen ab, auch er ist ein Einzelgänger, zur Zeit arbeitslos. Er ist seit 12 Jahren trockener Alkoholiker, wird wie seine Brüder demnächst in den Vorruhestand gehen.

Die Mutter ist im Krieg mit den beiden ältesten Söhnen nach Thüringen geflüchtet, die anderen Kinder wurden in Hamburg untergebracht. Nach dem Krieg gab es eine Zusammenführung. Spezifische Gründe für die Trennung kann der Patient nicht angeben.

### Der Patient in seiner Ursprungsfamilie

Die Eltern haben 1960 geheiratet und sind 1964 geschieden worden. Sie haben eine Zeit lang getrennt gelebt, sind dann wieder zusammengezogen und leben seitdem unverheiratet als Paar zusammen. Die Beziehung wird als eng und problembelastet beschrieben. In den frühen Ehejahren habe der Vater die Mutter auch körperlich misshandelt. Belastet ist die Ehe seit Anbeginn vom Alkoholismus des Vaters sowie der Erkrankung der Mutter. Der Patient wurde am 09.06.1962 geboren. Neben seinem ersten Vornamen trägt er auch die Namen beider Großväter. Nach der Scheidung der Eltern bekam er einen Vormund, da beide Eltern wegen ihrer Krankheiten als nicht erziehungsfähig eingestuft wurden. Zu seinem Vater Erwin sagt er „...*dass dieser ihn als Kind nicht pflegen konnte, da er viel getrunken habe*“. Schon früh wurde er wiederholt bei Verwandten untergebracht. Mit 15 Jahren ist er aus der familiären Situation weggelaufen, weil es immer wieder Streit zwischen den Eltern gegeben habe und das Verhalten der Mutter nicht auszuhalten gewesen wäre. Er ist dann für eine Zeit bei seiner Tante Lisa untergekommen, sie „...*hat ihn oft aufgenommen als Kind, so im Alter von 15 bis 17 Jahren, damals hat er sich zu ihr geflüchtet, nachdem es zu Hause im Kontakt mit der Mutter nicht mehr auszuhalten war*“. Sie habe ihm zwei Jahre später eine Wohnung angemietet und für ihn gebürgt. In seiner Wohnung – in der er heute noch lebt - habe er sich oftmals wie „*ein Hai fisch im Becken*“ gefühlt. Sie war eine wichtige Ansprechpartnerin und

Vertrauensperson, habe ihm auch beigebracht, einen Haushalt zu führen. Als Ersatzmutter betrachtet der Patient seine Tante allerdings nicht. Bei der Frage, ob sie eine Ersatzmutter für ihn gewesen ist, verneint er dies und sagt, „*dass sie eine Betreuung nebenbei laufen lässt*“. Durch seine Aufnahme habe sie aber eine Heimaufnahme verhindert. Das derzeitige Verhältnis „...*ist aber im Kontakt zur Zeit so, dass sie nicht fragt, wie es ihm geht und sich auch nicht groß um ihn kümmert*“. Auch bei den Schwestern Annegret und Beate ist er gelegentlich untergebracht worden.

Seine Mutter habe er in den Phasen, in denen es ihr besser ging, als sehr liebevoll wahrgenommen. Dies konnte aber auch schnell in das Gefühl umschlagen, von ihrer Liebe erdrückt zu werden, weil sie dann auch sehr kontrollierend sei. Dies sei auch heute noch der Fall. Heute beschreibt er das Verhältnis als angespannt und schwierig. Das Verhältnis zu seinem Vater dagegen sei relativ zufrieden stellend, heute seien sie wie Freunde. In der letzten Zeit habe der Vater ihn beinahe täglich versorgt. Dabei habe er die Gelegenheit genutzt, aus der Wohnung, in der er mit seiner Frau zusammenlebt, fliehen zu können.

Zu seinen Großeltern väterlicherseits hätte er sich mehr Kontakt gewünscht. Da die Großmutter aber keinen Kontakt zu ihrem Sohn haben wollte wegen seines Alkoholkonsums, habe sie von sich aus auch keinen Kontakt zu ihrem Enkel gesucht. Ähnlich verhält es sich mit seiner Tante Ursula. Dabei haben beide Frauen nicht die Möglichkeit, mit ihm über die Gründe ihrer Distanziertheit zu sprechen. Auffällig ist allerdings, dass seine Großmutter gerade bei diesem Sohn den Kontakt wegen des Alkoholismus abbricht, da sie andere Söhne trotz ihrer Sucht bei sich hatte wohnen lassen. Der Verdacht liegt nahe, dass hier der Alkoholismus als Erklärung herangezogen wird für andere Beziehungskonflikte, fraglich zum Beispiel, dass es hier um eine schwierige Einstellung der Großmutter bezüglich der Eheschließung ihres Sohnes geht. Denn er ist der einzige Sohn, der eine längere Beziehung eingegangen ist.

Seine Onkel Klaus und Jürgen, kommen gelegentlich zudem Patienten, um dort zu trinken, wobei der Patient „*dann auf diese Onkel aufpassen muss, weil sie nicht so viel Alkohol vertragen wie er*“.

Der Patient in einer eigenen Partnerschaft bzw. eigener Familie – die aktuelle Lebenssituation

Der Patient ist ein zurückgezogen lebender Mensch, der bisher eine „*nennenswerte*“ Partnerschaft hatte, einmal verlobt war. Diese Beziehung habe zwei Jahre gedauert. Ansonsten habe es nur kurze sexuelle Kontakte gegeben. Seine Verlobte habe die Beziehung kurzfristig beendet „...*dass Susanne eines Tages einen Rappel bekommen hätte, in die Schweiz gegangen wäre, Tänzerin werden wollte*“. Zu Beginn hätten sie die Beziehung geheim gehalten. Für ihn sei es die große Liebe gewesen, bei der Trennung sei er sehr verletzt gewesen. Dann habe er erfahren, dass seine Verlobte während der Dauer der Beziehung auch andere Männerbeziehungen gehabt habe. Dies habe ihm geholfen, die Beziehung für sich abzuschließen. „*Nach einer Woche sei er darüber hinweg gewesen*“.

Aktuell hat er seit mindestens einem halben Jahr wegen starker Ängste kaum noch seine Wohnung verlassen.

### **6.4.3 Kategorie 2: Übergänge im familiären Lebenszyklus**

Die Eltern sind beide durch die Kriegsjahre geprägt. So, im Falle des Vaters, durch das Auseinanderreißen der Geschwister durch die Eltern. Der Vater ist entgegen normativen Erwartungen sehr lange im Elternhaus verblieben und erst im Rahmen seiner Eheschließung

ausgezogen. Eine Ablösung hin zu einer Autonomieentwicklung hat nur begrenzt stattgefunden. Ähnlich verhält es sich mit den Geschwistern des Vaters. Hier sind ein langes Verbleiben im Elternhaus sowie der Alkoholismus schon ein familiär bedingtes normatives Muster der Lebensführung geworden.

Durch den allgegenwärtigen Alkoholismus des Vaters und verschiedener anderer Familienmitglieder sowie der Psychoseerkrankung der Mutter mit vielen Klinikaufenthalten kann grundsätzlich nicht von normativen Entwicklungsstrukturen ausgegangen werden. Die Trennung der Eltern und die Bestimmung eines Vormundes sowie die Erfahrung umfangreicher Fremdbetreuung kommen hinzu. In den akuten Krankheitsphasen der Mutter war die Erziehung nicht gewährleistet, da der Vater aufgrund seines Alkoholismus nicht als zuverlässige Erziehungsperson zur Verfügung stand und umgekehrt. *„Er habe als Kind immer wieder Angst gehabt, dass der Vater betrunken sei und ihn als Kind dann auch schlagen würde“*. Diese Umstände hatten zur Folge, dass der Patient entwicklungsprospektiv gesehen sehr früh aus dem Elternhaus ausgezogen ist. Ein starker Autonomie-Abhängigkeitskonflikt und ständige Hierarchieverschiebungen sowie unsichere Rollendefinitionen verhinderten eine Entwicklung in eine autonome Lebensführung.

### 6.4.4 Kategorie 3: Generationenübergreifende repetitive Muster

#### Problemlöseverhalten

Es gibt andere Familienmitglieder mit einem Alkoholproblem und zwar den Vater des Patienten sowie dessen drei Brüder. Einer der Brüder ist seit zwölf Jahren trocken. Der Großvater mütterlicherseits war ebenfalls Alkoholiker. Auffällig ist, dass die Großmutter väterlicherseits strikte Antialkoholikerin ist. Den Kontakt zu ihrem Enkel, dem Patienten, vermeiden sie und ihre Tochter wegen des Alkoholismus des Vaters, ohne dass es darüber zu einer Aussprache kommt. *„Es finden immer wieder Trennungen innerhalb der Familie statt, die alkoholbedingt sind, die aber vom Grund her nicht so angegeben werden, dann sind Familienmitglieder da, die keinen Kontakt mehr haben wollen zu den trinkenden Familienmitgliedern“*. Dies deutet darauf hin, dass in der Vorgeneration dieser Großmutter bereits ein Suchtproblem vorhanden gewesen sein könnte, was diese Entwicklung begünstigt.

Verwahrlosung und Vereinsamung sind andere generationenübergreifende Muster. Der Großvater mütterlicherseits ist vereinsamt und verwahrlost verstorben *„zu Karl ist zu sagen, dass er zum Schluss in einer Baracke ganz alleine gewohnt hatte, keinen Kontakt zu Mitmenschen nach außen hatte und verwahrlost ist“* und einige seiner Töchter können sich ebenfalls ungewöhnlich früh nicht mehr selbst versorgen.

Die Geschwister des Vaters und auch der Vater des Patienten selbst lebten extrem lange mit ihrer Mutter zusammen. Zwei sind auch nach dem Tod der Mutter in deren Wohnung verblieben, zwei wegen Heirat ausgezogen und einer fraglich auch im Rahmen der Beendigung seines Alkoholkonsums. Aber auch hier spielen Einsamkeit und der Mangel an sozialen Kontakten eine große Rolle. Der Patient selbst lebt seit seinem 15. Lebensjahr in einer 1-Zimmer Wohnung, die auch für den Vater als Zufluchtsort dient.

#### Beziehungsmuster

Beziehungen haben fast alle über die Generationen hinweg auffällige Züge. Sie sind geprägt durch Nähe-Distanz-Konflikte, Unfähigkeit zu Kommunikation, Regulierung durch Alkohol oder andere Krankheitssymptome *„...das die Mutter eine diagnostizierte Psychose hat seit vielen Jahren und den Vater als auch den Sohn sehr tyrannisiert“*. Bedürfnisse werden nicht

besprochen, und dennoch gibt es einen festen Zusammenhalt zwischen den Generationen. In jeder Generation gibt es Menschen, die aus allen Beziehungen aussteigen und vereinsamen.

### Familienstruktur

Ähnliche Familienstrukturen wiederholen sich, geprägt von nicht normativen Entwicklungsschritten und symptomhaltenden Bewältigungsstrukturen. Alle Männer haben fast die gleichen Berufe und fast alle sind früh berentet wegen ihrer Erkrankungen, auch die Mutter. Alle diese Familienthemen wiederholen sich so oft, dass sie schon zur Struktur gehören und normativ erscheinen. So ist auch der Patient arbeitslos *„der Patient hat verschiedene Ausbildungen begonnen, aber alle nicht abgeschlossen, er berichtet immer wieder von Prüfungsängsten und viel Druck“*.

#### **6.4.5 Kategorie 4: Lebensereignisse und Funktionalität**

Die Trennung und spätere Wiedervereinigung der Familie des Vaters in den Kriegsjahren war sicherlich einschneidend für alle Familienmitglieder. Der späte enge Kontakt zu der Mutter könnte damit erklärt werden.

Die Geburt des Patienten und das erste Auftreten der Psychoseerkrankung bei der Mutter fallen in einen Zeitrahmen. Immer wiederkehrende Krankheitsschübe belasten das Miteinander.

#### **6.4.6 Kategorie 5: Beziehungsmuster und -dreiecke**

Der Patient befindet sich in einer Triangulation<sup>S</sup> mit den Eltern. Früh steht er in einem Konfliktfeld, die erste Erkrankung der Mutter wird um seine Geburt herum datiert. Die Eltern können beide die Erziehungsverantwortung nur phasenweise übernehmen, er erlebt hier eine ständig schwankende Beziehungskontinuität. Er gibt an, dass er als Kind *„herumgereicht wurde, dies hat er versucht zu verdrängen“*.

Sowohl die Sucht des Vaters als auch die Psychose der Mutter können als Triangulations<sup>S</sup>-„Partner“ in der Gestaltung ihrer Beziehung betrachtet werden. Deren Präsenz verhindert eine zu große Nähe, schließt aber eine Trennung aus. Dies gilt auch heute noch. Die Nervosität und das Kontrollbedürfnis der Mutter können so befriedigt werden.

Der Patient wird in die Beziehungsdynamiken unterschiedlicher Generationen verstrickt. So begründen die Großmutter und die Tante die Tatsache, dass sie keinen Kontakt mit dem Patienten haben möchten mit dem Alkoholismus des Vaters. Die Großmutter und auch die Tante nehmen den Patienten nicht als eigenständigen Beziehungspartner wahr. Zur Großmutter gibt er auch an, *„dass er gerne mehr Kontakt zu ihr gehabt hätte, diese wollte aber wegen des Alkoholkonsums ihres Sohnes keinen Kontakt“* und dabei stand der Patient dann zwischen dieser Beziehung und hat sich auch nicht getraut, Kontakt zu ihr aufzunehmen.

#### **6.4.7 Kategorie 6: Familiengleichgewicht bzw. -ungleichgewicht**

Beide Eltern kommen aus erschreckend desolaten, aber für sie *„normalen“* Familienzusammenhängen, in denen viele ihrer Geschwister ebenfalls süchtig sind und/ oder in zum Teil sehr desolaten Verhältnissen leben. Besonders in der Familie des Vaters scheint keine Ablösung von der Elterngeneration möglich zu sein. Dies wiederholt sich in der Beziehung des Patienten zu seinen Eltern. Er ist ständigen Hierarchieverschiebungen

ausgesetzt. Auffällig ist, dass der Patient seine Eltern beim Vornamen nennt, dies auch in dem Rahmen, das es scheinbar Hierarchieverschiebungen gibt. In der Familie der Mutter gibt es Vereinsamungen, die aus der Unmöglichkeit entstehen, stabile Beziehungen zu entwickeln.

Die im Dunkel liegende Nazivergangenheit der Großeltern väterlicherseits war auf jeden Fall ein wichtiger Einflussfaktor auf familiäre Entwicklungsschritte. Aufgrund fehlender Informationen können diese hier nur spekulativ bleiben.

Der Patient erfüllt viele Rollen in seiner Familie. Dabei schwankt er zwischen verschiedensten Hierarchieebenen und Aufträgen der gesamten Familie. Er ist für viele das Kind, das sie nicht haben aber auch „Unterhalter“ für die anderen. „*Er gilt als der Stammhalter und sollte Kinder in die Welt setzen*“. Alle, sowohl Männer als auch Frauen in der Familie, erscheinen überwiegend schwach und als Verlierer. Lediglich eine Schwester der Mutter und zwei Geschwister des Vaters konnten dieses Rollenmuster verlassen.

### 6.4.8 Funktionalität der Alkoholabhängigkeit

Funktionalität der Symptomatik im direkten systemischen Umfeld, die horizontale Ebene

Die aktuelle systemische Funktionalität der Abhängigkeit des Patienten, gepaart mit einer vermeintlichen Angststörung, ist darin zu sehen, dass der Vater zur Versorgung des Sohnes aus der belastenden Situation mit seiner Frau aussteigen und selber seiner Sucht nachgehen kann. Es bleibt zu vermuten, dass die beiden aber auch nicht in der Lage sind, in nüchternem Zustand miteinander zu kommunizieren und das gemeinsame Trinken das zentrale Verbindungsglied darstellt. „*Sein Trinkverhalten sieht so aus, dass er viel mit seinem Vater und auch manchmal mit seinen Onkeln trinkt, er konsumiert viel Alkohol, seine Onkel leben im Grunde ähnlich, ohne Arbeit und sind den ganzen Tag mehr oder weniger zu Hause, sehen fern und haben keine weiteren Freunde*“. Eine Ablösung des Sohnes von seinen Eltern und umgekehrt, wird damit verhindert, eine bestehende Triangulation<sup>S</sup> nicht aufgelöst. Hier erscheint es eher funktional für den Vater, den Sohn funktionalisieren zu können, indem er „*zum Trinken zu ihm kommt und eine Auszeit von seiner Frau findet*“. Zudem ist es so möglich, die emotionalen Auswirkungen von Verletzung und Vernachlässigung nicht in der gesamten Dimension reflektieren zu müssen. Eingespielte Beziehungsdynamiken müssen nicht hinterfragt werden. Hierarchieverschiebungen finden auch auf dieser Ebene statt, indem der Patient einerseits die ebenfalls trinkenden Onkel überwachen soll, andererseits so bedürftig sein muss, dass der Vater ihn versorgen kann.

Funktionalität der Symptomatik im mehrgenerationalen Kontext, die vertikale Ebene

Eine besondere systemische Funktionalität der Sucht wiederholt sich, indem noch die erwachsenen Kinder bei den Eltern verbleiben, sie versorgen oder von ihnen versorgt werden. Damit wird eine tatsächliche Ablösung auf beiden Seiten verhindert. Dies schafft wiederum eine aufrechterhaltende Bedingung und damit eine Funktionalität der Suchterkrankung. So hält das Normative in der sich über Generationen wiederholenden Symptomatik eine Illusion von Verbundenheit aufrecht. Schafft es ein Familienmitglied nicht, sich in dieses familiäre Muster einzureihen, droht die Verwahrlosung.

Die individuelle Ebene des Patienten – Verwahrlosung und Desorganisation versus Vereinnahmung und Nichtablösung

Der Patient bleibt in allem, was seine eigene Person ausmachen könnte, blass. Die Funktionalität des Alkoholismus liegt für ihn – wie für viele andere Familienmitglieder –



darin, eine Gemeinsamkeit mit anderen Mitgliedern der Familie herstellen zu können. So hält auch ihn das Trinken einerseits im System mit seinen Aufträgen gefangen, andererseits macht der Alkohol genau diesen Zustand erträglich.

Der Patient ist hier im Vergleich sogar in einer weniger desolaten Situation als andere Familienmitglieder und schwankt – um diverse Aufträge und Rollenmuster zu bedienen – zwischen unterschiedlichen Hierarchieebenen hin und her. Dabei entwickelt er noch eine Angstsymptomatik, um dem Vater die Gelegenheit zu geben, ihn zu betreuen. *„die aktuelle Situation ist so, dass er seit mindestens einem halben Jahr vor seinem Aufenthalt hier nicht mehr oder so gut wie nicht mehr das Haus verlassen hat, Ängste hatte und sein Vater ihn mehr oder weniger täglich versorgt hat, damit er Gelegenheit hatte, aus der Wohnung, in der er mit seiner Frau zusammenlebt, fliehen zu können“*. Eine zu große Selbständigkeit, sei es durch eine individuelle Lebensführung, eine Partnerschaft oder eine funktionierende berufliche Perspektive, ist für ihn und auch andere Mitglieder des Systems zu bedrohlich.

### **6.5 Fall 5 – Herr Ebeling**

Der Patient ist zum Zeitpunkt seiner ersten Aufnahme in einen qualifizierten Alkoholentzug 41 Jahre alt. Verbunden mit einer Alkoholabhängigkeit ist eine depressive Symptomatik<sup>15</sup>. Er hat zwei Söhne, ist geschieden und arbeitslos. Er wohnt alleine, hat gelegentlich Nebenjobs im Hotelbetrieb seiner Schwester. Er hat die Fachhochschulreife, ist 12 Jahre bei der Marine gewesen und lernte dort den Beruf des Netzwerktechnikers. Er selber sei ein schwacher vermittelnder Mann, ganz anders als Vater und Großvater. In den letzten Monaten erledigt er Hilfsarbeiten in der Firma seiner Schwester, die ihn jetzt aber entlassen habe. Allerdings arbeitet er weiterhin stundenweise für sie an ihren Computerprogrammen. Er sei in keiner Weise erfolgreich sondern eher – wie er selbst es bezeichnet – ein Versager. In einer langen Familientradition von Alkoholmissbrauch ist er allerdings der Erste, der aktiv seine Alkoholabhängigkeit bearbeiten möchte.

#### **6.5.1 Die Suchtgeschichte**

Der Patient gibt an, mit 15 Jahren erstmals Alkohol getrunken zu haben; in der Marine habe er dann regelmäßig und viel getrunken. Als problematisch betrachtet er seinen Alkoholkonsum seit der Scheidung von seiner Frau 1995, da habe er seinen Alkoholkonsum nochmals gesteigert. Er bezeichnet sich als „*Frustrrinker*“, berichtet von einigen Versuchen des Selbstentzuges, die er nie lange durchgehalten habe. Die letzten Trinkmengen lagen etwa bei drei Dosen Bier und bis zu einer halben Flasche Schnaps. Dies ist sein erster Kontakt zum Suchthilfesystem, auch zu Selbsthilfegruppen habe er bisher keinen Kontakt gehabt. Zur Aufnahme auf die PS 5 kommt Herr Ebeling im September 2000 teils aus eigener Motivation, teils auf Drängen seiner Schwester. Im Anschluss an den qualifizierten Entzug plant er den Besuch der ambulanten Nachsorgegruppe. Ein weiteres Ziel ist die Suche nach einer angestellten Tätigkeit.

#### **6.5.2 Kategorie 1: Familienstruktur**

Familie der Mutter

Über die Familie der Mutter gibt es kaum Informationen. Der Großvater ist 1907 geboren, im Krieg dann vermisst. Die Großmutter war Hausfrau und ist früh verstorben. Beide Eltern

---

<sup>15</sup> Im Genogramm gekennzeichnet mit einem P für Psychiatrische Erkrankung (siehe beigefügte Legende)

standen der Mutter zu einem frühen Zeitpunkt ihrer Entwicklung nicht zur Verfügung. Die Informationen des Patienten zu diesem Familienzweig sind sehr dürftig und seine Mutter verweigert die Auskunft über Details. die Familie bezeichnet der Patient als *„liebe, nette Menschen, offene Menschen mit denen man reden kann. Er hat ab und an Kontakt zu Tanten und näherer Verwandtschaft“*. Bekannt ist, dass es in dieser Familie viele Lehrer und Akademiker gab.

Die Mutter Vera ist geboren am 20.03.1937. Sie sei in Kissingen bei *„englischen Fräuleins“* aufgewachsen, in einem Schulinternat gewesen. Sie habe eine Kunstakademie besucht und eine Schreinerlehre absolviert. Sie sei künstlerisch begabt, habe das beste Werkstück für die Abschlussarbeit ihrer Lehre abgegeben. Sie arbeitet nicht mehr, *„hält eine Fassade aufrecht“*, lebt seiner Meinung nach über ihre Verhältnisse, bewohne ein viel zu teures Haus, fährt einen Wagen der Oberklasse.

### Familie des Vaters

Die Großmutter Käthe, hat von 1907 bis 1998 gelebt. Diese sei nett, aber gleichzeitig eine *„Zicke“* gewesen. *„Sie war offen, lebenslustig, und keine gute Mutter, hat gerne Alkohol getrunken und zwar gerne auch mit ihrer Schwester zusammen“*. Diese Schwester habe eigentlich zuerst den Großvater heiraten sollen, sei dann aber herausgedrängt worden aus dieser Familie. *„Wahrscheinlich habe sie zu viele Männerbekanntschaften gehabt“*.

Der Großvater ist 1905 geboren und 1972 gestorben. Er ist in Peking geboren, weil sein Vater zu dieser Zeit - aus einer Familientradition heraus - als Soldat im Ausland stationiert war. Den Großvater beschreibt der Patient als einen *„netten, ruhigen Opa, der nebenbei aber auch sehr streng war, er hat verlangt, dass seine Frau ein Haushaltsbuch führt, war eine Nachtclubbeule, war als Stadtrat tätig, konnte gut reden und war in der Politik aktiv“*. Er habe gerne und genussvoll Alkohol konsumiert. Der Patient hat ihn als einen ganz gerechten und seinen Enkeln nicht strengen Großvater erlebt, der aber zu seinem eigenen Sohn durchaus streng gewesen sei.

Die Großeltern haben ca. 1930 geheiratet, sind viel gereist. *„... hatten eine schwierige Beziehung, haben sich immer gefetzt“*. Sie lebten unter anderem mehrere Jahre lang in England. Der Großvater hat dreimal einen Familienbetrieb, eine Druckerei wieder aufgebaut, die in beiden Weltkriegen zerstört worden war. Diese Druckerei war über viele Generationen sehr bekannt und wurde dann auch von dessen Sohn, dem Vater des Patienten, weitergeführt. Auffällig bei den Schilderungen des Patienten bezüglich dieser Großeltern ist die betont positive Schilderung des Alkoholkonsums der beiden.

Der Vater Jonas (der Name entstammt ebenfalls einer Tradition, viele Männer in der Familie wurden Jonas benannt) ist 1933 geboren und 1988 an Magenkrebs verstorben. Der Patient beschreibt seinen Vater als einen *„Kotzbrocken, um den es ihm nicht Leid tut, dass der gestorben ist. Dieser hat immer sehr viel rumgebrüllt, war ein Choleriker und hat andere als Ventil benutzt“*. Er sei ebenfalls Alkoholiker gewesen. *„Der Vater hat auch massiv Alkohol konsumiert, so dass er nächtelang getrunken hat und erst gegen Mittag aufgestanden ist, was die Kinder dann mitbekommen haben, wenn sie zur Schule gegangen sind“*. Er habe ein sehr anstrengendes Verhältnis zu seiner eigenen Mutter gehabt und ein relativ gutes Verhältnis zu seinem Vater. Die Erziehung wurde von einem Kindermädchen übernommen. Insgesamt lebe diese Familie eingebettet in einer Vielzahl vererbter Traditionen. Der Vater hat den Familienbetrieb übernommen, ist aber damit gescheitert.

### Der Patient in seiner Ursprungsfamilie

Die Beziehung seiner Eltern beschreibt der Patient folgendermaßen. „... *das Verhältnis zwischen den Eltern ist ein ganz schwieriges gewesen. Es war zu Anfang wohl Liebe. Dass es dann immer schwieriger wurde und der Vater seine miese Stimmung an der Mutter auch ausgelassen hat. Sie hat im Laufe der Beziehung einen Block aufgebaut und gemauert und hat sich gar nicht mehr mit ihm auseinandergesetzt*“ Nach der Resignation der Mutter seien die Kinder verstärkt den Launen des Vaters ausgesetzt gewesen. Es gibt vier Kinder, Kirsten geboren 1957, 1959, am Geburtstag des Vaters, wurde der Patient geboren. Danach folgten zwei Abtreibungen, die vom Vater „*erzungen wurden*“. Dennoch sind zwei weitere Brüder geboren, 1969 Jan und 1970 Jens.

Der Patient erlebt sich in seiner Ursprungsfamilie als Vermittler. So schlichte er viele Streitereien. Er selbst habe noch nie Lob von seiner Familie erlebt.

Die älteste Schwester, Kirsten, war zweimal verheiratet, hat zwei Kinder aus den beiden Ehen. Mit ihrem Mann zusammen führt sie einen Hotelbetrieb. Die gesamte Familie, das heißt auch der Ex-Mann der Schwester, wohnt in einem Haus in verschiedenen Wohnungen. Der Patient bezeichnet diese Familie als „*die Traumfamilie, die er sich wünschen würde, weil sich alle Parteien sehr gut verstehen und es dort viel Geld gibt*“. Das Verhältnis zu seiner Schwester bezeichnet er als schwierig, aber gut. Sein Schwager erinnere ihn sehr an seinen eigenen Vater. Die Schwester habe ein angespanntes Verhältnis zu ihrer Mutter. Sie habe als älteste Schwester eine betreuende, beschützende Rolle für ihre Familie und die Ursprungsfamilie übernommen, als die Mutter aus der Betreuungsfunktion ausgestiegen sei.

Der Bruder Jan, geboren 1969 und gelernter Schreiner, lebt seit drei Jahren in einer betreuten Wohneinrichtung. 1985 wurde eine Psychose diagnostiziert, die lange von der Mutter angezweifelt wurde. Er sei der Liebling der Mutter, nach dem Tod des Vaters habe es während eines akuten Schubes eine Eskalation gegeben. Dabei habe er die Wohnung mit Samurai-Schwertern zertrümmert, die die Eltern aus Peking mitgebracht hatten. Nach diesem Zwischenfall habe die Mutter nach langem Zureden endlich eingesehen, dass der Sohn tatsächlich krank sei und einem Klinikaufenthalt zugestimmt. „*Dies ist ein verdeckter Konflikt, der lange unter den Tisch gekehrt worden ist.*“

Der jüngste Bruder, Jens, geboren 1970, sei das Nesthäkchen und ein Egoist. Er habe eine Lehre absolviert und studiert. Der Patient beschreibt ihn als „*größenwahnsinnig*“. Er sei ebenfalls Alkoholiker.

### Der Patient in einer Partnerschaft bzw. eigener Familie – die aktuelle Lebenssituation

Von 1988 bis 1995 war er verheiratet mit Anne, geboren am 20.03.1965, die angeblich nichts von seinem Alkoholproblem weiß. „*wenn sie das wüsste, würde das bedeuten, dass sie noch mehr Argumente hätte, die Kinder von ihm fern zu halten*“. Sie kommt aus einer Bundeswehrfamilie und habe einen „*Uniformtick*“. Er bezeichnet seine Frau, als eine sehr egoistische Frau, der die Arbeit immer wichtiger gewesen sei. Er vergleicht sie in ihrem Wesen mit seinem Vater. Sie habe immer wieder Männerbeziehungen aus der Bundeswehr gesucht, er bezeichnet sie wörtlich als „*Marinewanderpokal*“. Die beiden haben sich auch bei der Bundeswehr kennen gelernt. Sie ist Krankenschwester, habe nach der Scheidung einen neuen Partner. Es gibt zwei Töchter, Susan, geboren 1990 und Silvia, geboren 1994. Er wohnt nach der Trennung alleine. Nach einer kurzen Arbeitslosigkeit hat er nach der Scheidung für drei Jahre in zwei verschiedenen Firmen in Luxemburg gearbeitet, ist dann nach Hamburg gegangen. Seine Familie lebt in einer anderen Stadt, der Kontakt zu den Kindern wird

verweigert. Wichtig ist ihm bei der Beschreibung seiner Ehe, dass er und seine Frau die gleichen Geburtsdaten und damit auch die gleichen Sternzeichen haben wie seine Eltern.

### 6.5.3 Kategorie 2: Übergänge im familiären Lebenszyklus

Beide Eltern des Patienten sind fremderzogen, die Mutter hat ihre Eltern früh verloren, was die regulären Übergänge erschwert. Der Vater „*ist von einem Kindermädchen erzogen worden*“. Insgesamt lebt die Familie mit vielen Traditionen, die als erstes Ziel die Erfüllung von Normen vorsehen und erst dann die Individualität des Einzelnen – wenn überhaupt – sehen.

### 6.5.4 Kategorie 3: Generationenübergreifende repetitive Muster

#### Problemlöseverhalten

Alkoholkonsum gilt als bewährtes Konfliktlösungsmuster. Der Patient und seine Geschwister haben schon früh als Kind mitbekommen, dass ihr Vater viel Alkohol konsumiert und waren damit seinen Stimmungsschwankungen ausgesetzt. „...*daraufhin haben dann die Kinder den Frust des Vaters abbekommen*“. Sein jüngster Bruder Jens ist auch Alkoholiker, seine Großmutter und Großvater väterlicherseits haben Alkoholmissbrauch betrieben. In der Familie wird nicht offen über den Alkoholkonsum gesprochen. Konflikte werden verdeckt gehalten. So auch die psychische Erkrankung des Bruders. Das heißt, Geheimhaltungstendenzen sind als dysfunktionales Muster der Problemlösung in unterschiedlichen Bereichen anzutreffen.

#### Beziehungsmuster

In der Gestaltung von Paarbeziehungen gibt es über die Generationen ähnliche Muster. Auffällig ist, dass es in vielen Fällen um einen Kampf um Stärken und Schwächen geht, „*es viele Streitereien gab*“. Alkohol spielt über die Generationen eine beziehungsregulierende Funktion, so in der Ehe der Großeltern väterlicherseits, in der Ehe der Eltern des Patienten sowie in seiner eigenen Ehe, auch wenn seine Frau angeblich nichts davon weiß.

#### Familienstruktur

Über die Generationen gehört der Konsum von Alkohol zu den Strukturen der Familie. Es gibt hier eine Entwicklung von einem sozial anerkannten Trinkmuster hin zu Abhängigkeiten verbunden mit sozialem Abstieg und Perspektivlosigkeit.

Ein anders zentrales Thema, dass die Strukturen der Familie prägt ist, die Verbundenheit gegenüber einem über mehrere Generationen existierenden Familienbetrieb als auch der Zugehörigkeit zum Militär und den in beiden Fällen damit verbundenen familiären Traditionen. So sind Auslandseinsätze durch die Zugehörigkeit zum Militär erwünscht. Damit ergeben sich immer wieder Strukturen, wie sie häufig in Familienbetrieben vorkommen, in denen zum Beispiel betriebliche Hierarchieebenen in einer Familie zu finden sind und damit ganz spezielle Dynamiken entstehen. „*Der Großvater hat die Druckerei, die er von seinem Vater übernommen hat dreimal neu aufgebaut, und zwar das erste Mal nach dem 1. Weltkrieg, dann nach dem 2. Weltkrieg und dann, als es Rabattmarken gab. Der Vater hat die Firma später übernommen, hat sie aber nicht so gut führen können*“.

In der Familiengeschichte gibt es immer wieder viele Umzüge und Ortswechsel, auch der Patient selbst ist viel umgezogen.

Die Geburtstage der Eltern sind die gleichen wie bei dem Patienten und seiner Frau.

Die Frauen in der Familie sind beruflich z. T. sehr erfolgreich, auch mit ungewöhnlichen Berufen (Mutter als Schreinerin, Schwester als selbständige Unternehmerin). „*Die Schwester ist zur Zeit die einzige, die tatsächlich Geld verdient, dafür aber auch sehr viel tut*“.

#### **6.5.5 Kategorie 4: Lebensereignisse und Funktionalität**

Die beiden Schwangerschaftsabbrüche „...*in dieser Zeit gab es aber zwei Abtreibungen, zu denen die Mutter vom Vater gedrängt worden ist*“ könnten sich traumatisch auf die Beziehung der Eltern und die Familienentwicklung ausgewirkt haben. Auffällig sind in dem Zusammenhang die Erkrankungen (Psychose, Alkoholabhängigkeit) der beiden jüngsten Geschwister, die danach geboren wurden und damit quasi stellvertretend die Plätze eingenommen haben.

#### **6.5.6 Kategorie 5: Beziehungsmuster und -dreiecke**

Die Kinder der Familie haben in der Beziehungsregulation der Eltern verschiedene Rollen, „*Triangulationsaufgaben*<sup>S</sup>“ übernommen. Die älteste Schwester hat früh Betreuungsfunktion und Verantwortung übernommen, der Patient selber sei ein Vermittler gewesen. Die Mutter ist in dieser Zeit aus der Familienversorgung zunehmend ausgestiegen. Später scheinen dann auch die jüngeren Brüder relevante Rollen eingenommen zu haben, die der Patient aber nicht genauer differenzieren kann. Bei ihm ist aber der Eindruck zurückgeblieben, dass die Mutter sich aus der Verantwortung entzogen habe und nun die Kinder mit den Launen des Vaters umgehen mussten. Der Patient sagt, dass er und seine Schwester „*Opfer des Vaters waren und auch nachher seine Brüder wiederum Opfer waren*“.

Die Großmutter väterlicherseits hat ihren Mann geheiratet, nachdem erst ihre Schwester ihn heiraten sollte. Dies ließe einige Spekulationen bezüglich der Beziehungsgestaltung zu, die in diesem Rahmen aber nicht weiter verfolgt werden.

Der Großvater väterlicherseits hat dreimal die gleiche Druckerei wiederaufgebaut, wollte sie dann seinem Sohn überlassen. Dieser habe sie auch übernommen, war damit aber überfordert. Der Patient selbst hat gelegentlich in der Druckerei des Vaters gearbeitet. Hier besteht die Triangulation<sup>S</sup> hauptsächlich aus dem Einfluss, den vererbte Traditionen auf die Männer in der Familie haben. Diese gelten als Meßlatte für den eigenen Erfolg. So hat der Vater des Patienten bestimmte Erfahrungen mit seinem Vater gemacht „...*dass der Vater, ebenfalls ein Alkoholiker, in der Firma seines Vaters gearbeitet hat und unter der Knute des Vaters gestanden hat, der ihn finanziell kurz gehalten hat*“. Die Erfahrungen, die der Patient mit seinem Vater wiederum gemacht hat, sahen folgendermaßen aus: „*sein Vater habe ihm keinen Ehrgeiz beigebracht, er sei von ihm als Versager tituliert worden*“.

#### **6.5.7 Kategorie 6: Familiengleichgewicht bzw. -ungleichgewicht**

Bei der Betrachtung dieser Familiengeschichte ist auffällig, dass es – besonders in der Ursprungsfamilie des Patienten – wenig emotionale Wärme in der Beziehungsgestaltung gibt. Beide Ursprungsfamilien entstammen der oberen Mittelschicht, was den sozialen Abstieg des Patienten in ein dramatisches Licht taucht. Allerdings kann er nach dem Zusammenbruch

seiner eigenen Familie wieder auf die Unterstützung der Schwester bauen. Die von den Familien vorgegebenen Traditionen dienen einerseits als Orientierungshilfen, bieten andererseits wenig Platz für eigene unabhängige Lebensgestaltung bei den Söhnen. Die Schwester allerdings hat wieder einen eigenen Betrieb.

Besonders die Männer haben die imaginäre Aufgabe, überlieferte Familientraditionen in ihrer Lebensführung und Planung zu assimilieren. Der Großvater kann hier zumindest bei den beruflichen und militärischen Anforderungen der Familie als Vorbild gelten. Sein Verzicht auf die Eheschließung mit einer Frau, die den familiären Normen nicht entspricht und die Ehe mit deren Schwester deuten auf seine Anpassungsfähigkeit gegenüber familiären Regeln hin. Dessen Sohn versucht diese Traditionen aufrecht zu erhalten, setzt aber bereits missbräuchlich als Bewältigungsstrategie ein Suchtmittel ein. Die Anpassung bleibt hier ein nach außen funktionierendes Trugbild. Es gelingt ihm aber nicht, den Betrieb einem der Söhne zu übergeben. Er wird in der Familie von allen als emotional sehr belastend, als „*nörgeliger Kotzbrocken*“ erlebt. Der Patient selbst ist beruflich und familiär nach den in dieser Familie geltenden Regeln ein Versager, geht aber als erster sein Alkoholproblem an.

Die Großmutter väterlicherseits, die Mutter des Patienten und deren Schwester weichen in ihrem Verhalten von den vorherrschenden Frauenrollen ihrer Generation in ihren Lebensentwürfen ab, beweisen Selbständigkeit.

### 6.5.8 Funktionalität der Alkoholabhängigkeit

Funktionalität der Symptomatik im direkten systemischen Umfeld, die horizontale Ebene

Der Alkohol ist in dieser Familie „*einfach da*“, so wie die Traditionen „*da*“ sind und wie es der Anspruch an die männlichen Nachfolger ist. Aber hier liegt die besondere, „*tückische*“ Funktionalität. Eigentlich wird der Patient von Anbeginn funktionalisiert und zwar nicht als die Person, die er ist, sondern als der männliche Nachfolger, der er sein soll. Der Alkohol bietet sich dann als – ebenfalls traditionell bereits erprobte – Problemlösestrategie an. Aber auch hier scheitert er an vorgegebenen Normen, steigert den Konsum zu einem süchtigen Ausmaß und wird gerade da auffällig, wo dies nicht erwünscht ist.

Der Patient ist der erstgeborene Sohn in einer mit vielen Traditionen „*belasteten*“ Familie. Damit sind bereits diverse Aufträge an ihn verbunden. Der Vater ist für ihn als Identifikationsfigur nicht erreichbar. Daher gibt es hier besondere Formen der Triangulation<sup>S</sup>. Einerseits scheint es ein Beziehungsdreieck zwischen Mutter, Tochter und Patient zu geben und andererseits zwischen Vater, Tochter und Patient. Auf jeden Fall spielt die Schwester eine bedeutende Rolle. Bezüglich der Schwester des Patienten ist noch zu erwähnen, dass sie ein „*eher gespanntes Verhältnis zu ihrer Mutter hat, dass sie eine sehr betreuende, beschützende Rolle für die Mutter hatte*“. Aber er selbst erfüllt nicht die traditionell vorgegebenen Anforderungen an Männlichkeit. So wendet sich der Patient, so wie seine Eltern und auch der jüngste Bruder dem Alkohol zu, um der Erkenntnis zu entfliehen, dass er die ihm zuge dachte Rolle nicht übernehmen kann und auch nicht will. Er selbst beschreibt sich als jemand, „*der immer versucht zu vermitteln zwischen streitenden Parteien, der immer alles runtergeschluckt hat, der misstrauisch war, der jetzt langsam anfängt, offener zu werden*“.

Für das direkte System bedeutet der Alkoholkonsum des Patienten, dass er sich stillschweigend damit abfindet, die hohen Ansprüche, die er als erstgeborener Sohn traditionell vorgegeben bekommt, nicht erfüllen kann.

### Funktionalität der Symptomatik im mehrgenerationalen Kontext – die vertikale Ebene

Der Patient führt eine über Generationen gewachsene Entwicklung weiter, in der der Alkoholkonsum eine scheinbare Individualität vorgaukelt und gleichzeitig das Eingezwängtsein in nicht erfüllbare imaginäre Aufträge aus bestehenden Familientraditionen aushaltbar macht. Besonders an die Männer werden Ansprüche gestellt, die nicht die eigenen sind. Dies überträgt sich auch in ehelichen Beziehungsmustern auf die Frauen. Alkohol hat die generationenübergreifende Funktion, dies alles erträglich und aushaltbar zu machen. Dieses Erkenntnis aber ist schwer zu ertragen und wird daher wiederum „im Alkohol ertränkt“.

### Die Individuelle Ebene des Patienten – Ein Opfer der Umstände

Hier handelt es sich um ein Beispiel für den männlichen Märtyrer, der seine Rolle als Mann in einem vom Heer und der Bundeswehr dominierten Männerbild, gemischt mit Traditionen eines von Männern geführten Familienunternehmens, nicht erfüllen kann, seiner ihm zugeordneten Rolle nicht gerecht wird. Er scheitert an vielerlei Aufträgen, die sich aus einer bestehenden Familientradition automatisch ergeben. Er jobbt im Familienbetrieb, kann ihn aber nicht übernehmen. Er geht zur Marine, bleibt dort aber nicht. Er heiratet eine Frau, der er in seiner Männlichkeit nicht genügt. Er trinkt Alkohol, schafft es aber nicht, das gesellschaftlich erwünschte Maß und eine vorgegebene Fassade aufrecht zu erhalten. In der Schilderung seiner wichtigsten Beziehungspartner überwiegt für den Patienten eine Negativschilderung. „*Die Mutter lebt über ihre Verhältnisse, die Ehefrau sei egoistisch, der Vater ein Kotzbrocken und der Bruder ein Nesthäkchen*“. All dies geht in eine negative Bewertungsrichtung und bietet ihm die Möglichkeit, aus dieser Situation heraus seinen Alkoholkonsum zu erklären.

Interessant ist, dass der Patient seine Schwester wohl immer noch gerne in der beschützenden Rolle ihm gegenüber sieht, und es erscheint so, als ob sie zusammen mit ihrem Mann eine Ersatzelternfunktion übernehmen soll. Aber auch hier erlebt er eine ambivalente Beziehungsgestaltung: einerseits motivieren sie ihn sehr zum Ausstieg aus der Suchtdynamik. Andererseits beuten sie ihn regelrecht aus, indem er in der Funktion eines schlecht bezahlten Hilfsarbeiters ihre Software für den eigenen Hotelbetrieb installiert und betreut. Mit seinem Trinkverhalten entflieht er vielen Situationen der Demütigung. Andererseits besteht eine ganz persönliche Funktionalität darin, eine Märtyrerposition einnehmen zu können, er ist „ein Opfer der Umstände“. Er bezeichnet sich als „*Frusttrinker*“. Er sagt, „*das hätte begonnen, als er mit 18 Jahren ein Auto „plattgefahren“ hat, das er von seinem Vater geklaut hat, seitdem haben sich seine Freunde alle von ihm abgewendet....in dieser Zeit ist er sehr misstrauisch geworden und hat sich zurückgezogen*“.

## 6.6 Fall 6 – Frau Faber

Bei der Patientin handelt es sich um eine zum Zeitpunkt der Aufnahme 41 Jahre alte Frau, die zu einem ersten Alkoholzug auf die Station kommt. Sie hat zwei Kinder, lebt in Scheidung. Ihren gelernten Beruf als Verkäuferin übt sie weiterhin aus.

### 6.6.1 Die Suchtgeschichte

Die Patientin berichtet, erstmals mit 13 Jahren Alkohol getrunken zu haben, ab dem 15. Lebensjahr ca. dreimal wöchentlich. Trinkpausen machte sie während ihrer beiden Schwangerschaften. Ebenfalls ab dem 15. Lebensjahr raucht sie Zigaretten. Mit illegalen Drogen habe sie keine Erfahrungen. Ab 1996, also mit dem 37. Lebensjahr habe sich bei

einem täglichen Konsum von max. 3 Flaschen Wein sowie bis zu 2 Litern Bier eine Alkoholabhängigkeit entwickelt, 1998 nach der Trennung von ihrem Ehemann habe sie nochmals die Trinkmenge auf 3-4 Litern Wein und 2 Litern Bier täglich gesteigert. Im August 1998 besuchte Frau Faber dreimal eine Selbsthilfegruppe der Guttempler, danach sei sie für drei Wochen abstinent gewesen. Sie kennt keine Krampfanfälle oder Delirien.

Ihre Arbeit habe sie aufgrund des Trinkens mehrfach versäumt. Sie berichtet, in alkoholisiertem Zustand mehrfach Suizidgedanken gehabt zu haben, zuletzt ein halbes Jahr vor ihrer ersten stationären Aufnahme zum qualifizierten Alkoholentzug. Die körperliche Entgiftung verlief problemlos. Die Patientin plant nach ihrer Entlassung, an Selbsthilfegruppen teilzunehmen.

### 6.6.2 Kategorie 1: Familienstruktur

#### Familie der Mutter

Die Großmutter Ilse, ist 1904 geboren und 1967 an Magenkrebs verstorben. Sie war Musikerin und ist als Pianistin aufgetreten. In der Ehe war das Klavier spielen nur noch Hobby. Sie wird beschrieben als ein „*sehr starker Charakter, als die Seele der Familie, hat allen Halt und Aufschwung gegeben, hat alles gemanagt*“. Sie hat im Betrieb ihrer Familie, einem Fleischgroßhandel, gearbeitet. Der Großvater Richard ist 1904 geboren und 1975 an einem Schlaganfall verstorben. Er wird beschrieben, als ein „*sehr labiler Mensch, der sehr unter dem Tod seiner Frau gelitten hat ... andererseits wird er als egoistisch, auf sich bezogen und anspruchsvoll beschrieben*“. Dieser hat den Betrieb seines Schwiegervaters übernommen und auch vergrößert. Die letzten Jahre seines Lebens habe er viel Rum konsumiert. Die Patientin kann sich erinnern, dass er „*immer Donnerstags, wenn Markttag war, viel Alkohol konsumiert hat und dann auch immer zu Hause ins Bett getragen werden musste*“. Die Großeltern haben sich kennen gelernt, als sie beide 15 Jahre alt waren. Die Ehe wurde 1925 geschlossen. Richard wird als der „*schwache Punkt*“ in der Partnerschaft bezeichnet. Er habe nach dem Tod seiner Frau Unterstützung bei seiner Tochter gesucht, wollte – wie die Patientin es schildert – „*Mitleid haben*“. Er habe sehr unter dem Tod seiner Frau gelitten. In diesem Zusammenhang habe er einen Selbstmordversuch unternommen. Später habe er eine neue Partnerin kennen gelernt.

Die Mutter Erika wurde im November 1931 geboren. Die Patientin beschreibt ihre Mutter als eine „*dominante Frau, die sie sehr verärgert hat, die das Regiment in der Familie geführt hat*“. Sie trinke heimlich, besonders am Vormittag, hielt dann Mittagsschlaf, damit sie nachmittags wieder nüchtern ist. Sie war zeitweise Sekretärin im Familienbetrieb, später Hausfrau. Den Betrieb hat jetzt ihr Ehemann übernommen. Der missbräuchliche Alkoholkonsum der Mutter fällt unter die offenen Geheimnisse in der Familie. Die Patientin wollte dies nach ihren Angaben wiederholt mit Vater und Schwester thematisieren, habe aber kein Gehör gefunden.

Das Verhältnis ihrer Mutter zu ihren Eltern sei ein sehr enges positives gewesen. Das Verhältnis zum Vater sei in den letzten Jahren durch Differenzen geprägt gewesen, ausgelöst durch die Tatsache, dass Richard eine neue Partnerin hatte. Diese Partnerschaft sei nach Ansicht seiner Tochter ein Verrat an der Mutter. Die Mutter hatte einen älteren Bruder, Rolf, geboren 1927. Dieser ist mit 18 Jahren mit seinem Motorrad verunglückt. Als Unfallursache gilt ein Anfall aufgrund eines Herzfehlers. Dies zweifelt die Patientin an. Die Großmutter der Patientin hat Weihnachten nach dem Tod des Bruders gesagt: „*das Leben geht jetzt weiter und damit die Trauerarbeit angeblich abgeschlossen*“.



### Familie des Vaters

Die Großmutter wurde 1900 geboren, ist 1978 an Alzheimer verstorben. Die Großmutter Gretchen wird als eine liebe, fleißige Frau beschrieben, „*die für andere immer da war, immer geholfen hat, die nicht stillsitzen konnte*“. Die Patientin hatte jede Woche Kontakt zu ihr. Der Großvater Heinrich ist 1899 geboren, 1974 verstorben. Er war Polizeioberrmeister und wird beschrieben als ein „*Brummbär*“, ein stiller Mensch, der nur zu Geburtstagen zu Besuch kam. Die Großeltern haben in den 20er Jahren geheiratet. Es sei keine gute Ehe gewesen.

Der Vater Kurt, ist 1929 geboren. Er ist gelernter Textilkaufrmann und habe aber seiner Frau zuliebe den Betrieb des Schwiegervaters übernommen, sei ein sehr intelligenter und belesener Mensch, der als Leiter eines Fleischgroßhandels geistig unterfordert gewesen sei. Er sei ebenfalls Alkoholiker „*Er hat zwei Therapien gegen seinen Alkoholkonsum gemacht, die aber nicht als solche benannt wurden, auch keine gezielten Alkoholentwöhnungstherapien waren. So hat er z. B. 1982 eine Sauerstofftherapie durchgeführt. Seine Devise ist, dass Bier kein Alkohol sei, mittlerweile ist er so massiv abhängig, dass er nur noch zum Schlachthof geht, um in die Kneipe zu gehen*“. Er sei ein kaputter, von seiner Sucht gezeichneter Mensch, und dennoch wird diese Sucht in der Familie nicht thematisiert. Der Vater hatte zwei ältere Brüder, die beide im Krieg gefallen sind, sowie einen jüngeren Bruder, über den lediglich bekannt ist, dass er von Beruf Feinmechaniker ist.

### Die Patientin in ihrer Herkunftsfamilie:

Die Eltern von Frau Faber haben 1954 geheiratet, es sei eine belastete, schwierige Beziehung. Die Patientin erinnert sich an eine lange Geschichte von Streitereien zwischen den Eltern. „*Die Mutter ist sehr dominant, der Vater eher schwach, es gibt schon lange Streit zwischen den beiden, aber eigentlich hat sie das Gefühl, das sie sich abgöttisch lieben*“. Beide seien Alkoholiker, was aber nicht thematisiert wird, obwohl es schon seit langen Jahren Trinkexzesse gibt, die die gesamte Familie sehr belasten.

Die Patientin ist im Februar 1959 geboren, sie ist das mittlere Kind, habe in der Kindheit das Gefühl gehabt, „*einfach da zu sein*“. Es gab immer eine massive Eifersucht gegenüber der Schwester und eine Angst, nicht geliebt zu werden, zudem eine Angst, verlassen zu werden. Ihre Schwester, Petra, geboren im November 1955, ist die älteste in der Geschwisterreihe. Sie arbeitet auch in der elterlichen Firma, erledigt die kaufmännischen Aufgaben, wohnt ebenfalls im elterlichen Haus. Sie trinke regelmäßig mindestens eine Flasche Wein am Abend. Sie hat eine behinderte Tochter, Patricia, geboren 1988 „*die aus einer Beziehung mit einem Ex-Partner der Schwester (der Patientin) entstanden ist*“. Das Verhältnis der Patientin zu ihrer Schwester sei dadurch lange Zeit sehr belastet gewesen, da sie in einem Urlaub, den sie zu Dritt gemacht haben, der Freund sich von ihr getrennt hatte und eine Beziehung zu seiner Schwester aufgenommen habe. Die Tochter habe eine Skoliose, sei übergewichtig, wiegt 130 kg. Die Schwester ist allein erziehend. Diese habe im Gegensatz zu der Patientin ein sehr enges Verhältnis zu ihrer Mutter. „*Sie ist immer die Vertraute der Mutter gewesen, hat die Verantwortung übernommen*“. Hier wiederholt sich ein Muster, die Mutter war ebenfalls die Vertraute ihrer Mutter. Der Bruder der Patientin, Dietmar, ist im März 1969 geboren, er ist der jüngste. Er ist Arzt, trinkt nur gelegentlich Alkohol, sei das „*Nesthäkchen*“ in der Familie gewesen.

Die Beziehung zu ihrer Mutter beschreibt die Patientin als schwierig. Sie habe immer wieder versucht, die Liebe ihrer Mutter zu bekommen, habe dies aber nicht geschafft. Sie habe als Tochter um die Liebe ihrer Mutter gekämpft. Die Mutter bezeichne ihre Tochter als grundlos eifersüchtig. In der Zeit, als sie ihre beiden Kinder geboren habe, sei sie das erste Mal wichtig

gewesen, dies habe sich aber wieder verändert, als die andere Enkeltochter geboren wurde. Aktuell ist ihre Beziehung dadurch belastet, dass die Patientin jetzt einen Entzug macht und damit ein Familiengeheimnis enttabuisiert. Die Mutter unterstützt ihre Tochter nicht dabei, verlangt von ihr, die Behandlung nicht durchzuführen. Die Patientin hat die Hypothese, dass dann, wenn sie tatsächlich keinen Alkohol mehr konsumieren werde, eine große Distanz entstehen würde zwischen den Eltern und ihr, wie sich dies jetzt bereits abzeichnet. Die Mutter verbünde sich zurzeit mit ihrem Ehemann und vermeide den Kontakt zum Beispiel dann, wenn die Patientin am therapeutisch induzierten Belastungswochenende nach Hause kommt. Sie versuche, die Tochter der Patientin für den Konflikt zu instrumentalisieren. Das Verhältnis zu ihrem Vater beschreibt die Patientin als besser, sie würden sich gut verstehen, er höre ihr zu und nimmt sich Zeit für sie. Die Mutter versuche, die Familie zu kontrollieren, gibt strenge familiäre Regeln vor. Viele familiäre Muster dürfen nicht bekannt werden. *„sie ist eine Frau, die strenge Regeln einführt, wie z.B., dass die Behinderung der Enkeltochter nicht auffallen darf, dass sie eine tolle, vorzeigbare Familie sein müssen, dass die Trennung von Frau Faber und ihrem Mann nicht bekannt werden darf, dass Alkoholkonsum in der Familie nicht existent sei“*. Bei diesem Zwang zur positiven Außendarstellung spielt sicherlich die Tatsache ebenfalls eine Rolle, dass die Familie nicht nur in einem Haus zusammen wohnt sondern dass es einen über mehrere Generationen vererbten Familienbetrieb zu bewirtschaften gibt.

### Die Patientin in einer Partnerschaft bzw. eigener Familie – die aktuelle Lebenssituation

Die Patientin hat im Sommer 1981 ihren Mann Andreas geheiratet (geboren 1952), dieser betreibt ebenfalls massiven Alkoholmissbrauch. Sie hatten sich bei einer Tanzveranstaltung kennen gelernt. Sie haben sich im August 1998 getrennt, im Oktober ist er dann auf Betreiben der Patientin ausgezogen. Ihren Mann beschreibt die Patientin als einen Menschen, der fleißig sei, aber nicht ehrgeizig, der nicht intelligent sei, aber sehr lieb und gutmütig. Er sei ein nervöser Mensch mit wenig Selbstvertrauen. Er ist Schlachter, aber ungelernt. Er habe 1 1/2 Jahre in der Schlachtereier seines Schwiegervaters gearbeitet, dort aber gekündigt, da er mit der Arbeit unzufrieden war *„...die Familie war sehr sauer“* (eine Familientradition wurde gebrochen). *„Seine Eltern waren ebenfalls beide Alkoholiker, sind geschieden, seine Mutter ist mittlerweile trocken, war viermal verheiratet, sein Bruder war dreimal verheiratet, ist ebenfalls Alkoholiker“*. Im Laufe der Ehe habe er sich aus dem Familienalltag und damit auch der Partnerschaft zurückgezogen. Zu ihrer Ehe sagt die Patientin, dass sie ihren Mann aufgebaut habe, ihn unterstützt und gestärkt habe, dass sie ihm sein Selbstvertrauen zurückgegeben habe. So habe er in dieser Zeit seinen Führerschein gemacht. 1982 sind sie zusammen zu ihren Eltern in deren Haus in eine separate Wohnung gezogen. Das Positive an der Beziehung für sie sei gewesen, dass sie sich geliebt fühlte und langsam auch gelernt habe, ihren Mann zu lieben, allerdings habe sie sich immer mehr Unterstützung von ihm gewünscht als sie tatsächlich bekommen habe. Im Laufe der Beziehung habe sie dann Ängste mit Panikattacken<sup>16</sup> entwickelt. Auch hier hat sie sich Unterstützung von ihrem Mann gewünscht, ihm Bücher zu dem Thema zu lesen gegeben. Er habe aber auch hier keine Unterstützung gegeben. Zu dieser Zeit hat sie bereits verstärkt Alkohol getrunken, was auch ein Streitthema war. Während einer Fahrt zum Ferienhaus der Familie bekam sie eine Panikattacke, als ihr Mann zu schnell gefahren sei. Ein darauf folgender Streit habe dann endgültig zur Trennung geführt. *„Eine Therapeutin hatte ihr damals geraten, ihren Mann zu verlassen, dann würde sie die Panikattacken verlieren, daraufhin hat sie die Therapie abgebrochen, weil sie ihren Mann nicht verlassen wollte und ist sehr verwundert darüber, dass sie dann die Panikattacken tatsächlich verloren hat, als der Mann ausgezogen ist“*. Dies deutet auf eine beziehungsregulierende Funktionalität der Angstsymptomatik hin. Die Patientin wohnt aktuell

---

<sup>16</sup> Im Genogramm gekennzeichnet mit einem P für Psychiatrische Erkrankung (siehe beigefügte Legende)

zusammen mit ihren beiden Kindern Benjamin und Melanie in einer Wohnung im gleichen Haus mit ihren Eltern und der Schwester. Ihr Sohn Benjamin ist 1981 geboren. Er sei ein schweigsamer, aber sehr sensibler Mensch, übernimmt allerdings keine Verantwortung. Auf Partys konsumiere er viel Alkohol und auch Cannabis. Sie habe ein gutes Verhältnis zu ihrem Sohn. Die Tochter Melanie, geboren 1984, übernimmt für ihr Alter zu viel Verantwortung in der Familie, sorgt für ihre Mutter, vermittelt zwischen den Generationen. Die Beziehung erscheint symbiotisch und dadurch konfliktbeladen. Die Patientin hat im Jahr 1999 einen neuen Partner, Joachim, kennen gelernt, geboren 1972. Auch dieser Mann hat keine Ausbildung, sei aber sehr intelligent und ehrgeizig, arbeitet zurzeit in einem Büro. Seine Mutter war ebenfalls Alkoholikerin, diese ist bereits verstorben. Sie sei bezüglich der Stabilität der Beziehung immer sehr skeptisch gewesen, obwohl sie sehr glücklich gewesen sei. Sie habe sich vorgenommen, dass ihr Alkoholkonsum keinen Trennungsgrund bieten solle. Allerdings war dies tatsächlich der Grund für eine kürzlich erfolgte Trennung. Auch hier interveniert die Tochter, indem sie den Partner zu einem neuerlichen Treffen mit der Mutter zu animieren versucht.

### **6.6.3 Kategorie 2: Übergänge im familiären Lebenszyklus**

Aus dem Verhältnis der Patientin zu ihrer Mutter bzw. zu ihren Eltern ist zu schließen, dass bis heute keine Ablösung aus dem Elternhaus stattgefunden hat, was den normativen Erwartungen entgegen spricht. Auf dem Hintergrund der Biografie der Eltern und deren übermäßigen Alkoholkonsums könnte es auch hier sein, dass eine Ablösung vom Elternhaus nicht in einem erwachsenen Sinne funktioniert hat. Bei der Mutter Erika ist dies auch daraus zu schließen, dass das Verhältnis zu ihrem Vater schlechter geworden ist, als dieser nach dem Tod der Mutter eine neue Partnerin gefunden hatte, weil sie dies als „Verrat“ an der Mutter erlebt hat.

### **6.6.4 Kategorie 3: Generationenübergreifende repetitive Muster**

#### Problemlöseverhalten

Alkoholkonsum stellt sich als ein über die Generationen wiederholendes dysfunktionales Problemlösungsmuster dar. Das bedeutet, dass es bereits zur familiären Normalität gehört, Alkohol zu konsumieren. Die Regel des Umgangs damit ist dann allerdings, dass über den Krankheitsaspekt nicht kommuniziert werden darf. Zwei Entgiftungen des Vaters der Patientin werden im familiären Kommunikationsmuster als Sauerstofftherapie benannt. Ihr Entzugswunsch wird von den Familienmitgliedern nicht unterstützt. An ihrem ersten Belastungswochenende zuhause besucht sie niemand aus der Familie, obwohl alle im gleichen Haus wohnen.

#### Beziehungsmuster

Es besteht eine enge, übergreifige Beziehungsstruktur in der Familie über die Generationen hinweg. Gefühle dürfen nicht wahrgenommen werden, sondern werden durch den Alkohol „ertragbar“ gemacht.

Auf verschiedenen Generationsebenen hat lediglich eine Pseudoablösung durch den Alkoholkonsum von den Eltern stattgefunden. Hierarchieverschiebungen finden sich an vielen Stellen, die Mutter der Patientin kontrolliert den eigenen Vater bezüglich seiner Beziehung nach dem Tod seiner Frau „*Er hat nach dem Tod der Mutter Unterstützung bei seiner Tochter gesucht, wollte Mitleid haben*“. Die Tochter der Patientin kontrolliert ihre Mutter und mischt

sich massiv in deren Lebensführung. Die Tochter der Patientin zeigt folgendes Verhalten, das auf eine massive Hierarchieverschiebung auch hier hindeutet: *„sie kontrolliert ihre Mutter sehr, kümmert sich um sie und die Mutter schafft es nicht, hier die Distanz einzuhalten, Mutter zu sein, sondern begibt sich gerne in die Obhut ihrer Tochter“*. Ein sich wiederholendes Muster ist es, dass die Frauen in Paarbeziehungen sehr dominant sind.

In Mutter-Tochter-Beziehungen wiederholen sich ähnliche Muster, so gab es ein sehr enges Verhältnis zwischen Großmutter und Mutter, das sich im Verhältnis der Mutter zur Schwester wiederholt. Auffällig ist auch das Verhältnis der Patientin zu ihrer eigenen Tochter, diese ist übergriffig fürsorglich.

Die Männer erscheinen in Beziehungen schwach, lassen sich manipulieren. Auffällig ist hier zum Beispiel, dass Ilse, die als Seele der Familie bezeichnet wird, eine sehr dominante Frau war. Richard, ihr Mann, wird beschrieben als ein labiler Mensch, der sehr unter dem Tod seiner Frau gelitten habe. In dem Verhältnis der Patientin zu ihrem Ehemann wiederholt sich dieses Muster. Dieser hat sich aus dem Familienalltag zurückgezogen.

Eine besondere Situation ist zudem dadurch gegeben, dass es über Generationen einen Familienbetrieb gibt, der eine spezielle Dynamik in das familiäre Beziehungsgeschehen bringt. Hier übernimmt jeweils der Partner den Betrieb vom Schwiegervater, bzw. arbeitet dort. Dies gilt für den Großvater der Patientin *„... dieser hat den Betrieb des Vaters von Walli (Großmutter mütterlicherseits) übernommen und diesen auch vergrößert“*, für ihren Vater: *„Er ist gelernter Textilkaufmann und hat seiner Frau zuliebe den väterlichen Betrieb übernommen, ist ein sehr intelligenter und belesener Mensch, ist in diesem Beruf geistig unterfordert“* und für ihren Ex Ehemann *„...war auch ca. 1,5 Jahre in der Firma des Vaters, hat dort aber gekündigt, da er mehr ein Handwerker sei und dies hier nicht ausüben könne“*. Darüber hinaus wohnen alle in einem Haus in verschiedenen Wohnungen eng zusammen. Urlaub wird in den meisten Fällen im familieneigenen Ferienhaus gemacht.

### Familienstruktur

Alkohol wird in vielen Bereichen regulierend eingesetzt, was auch nicht mehr weiter hinterfragt wird, Alkoholkonsum ist zu einem normativen Muster geworden.

Geheimnisse spielen in allen Familien eine große Rolle.

Der Familienbetrieb, eine Schlachtereierie, wurde über die Generationen an die Schwiegersöhne übergeben. Dies beeinflusst die Beziehungsgestaltungen massiv, und zwar geschehen diese Beeinflussungen in verschiedene Richtungen: zum einen werden die ehelichen Beziehungen dadurch beeinflusst, aber auch die Beziehungen zwischen erwachsenen Kindern, Schwiegerkindern und den Eltern. Der geschiedene Mann der Patientin hat sich nach einiger Zeit gegen die Arbeit im Familienbetrieb entschieden und damit eine Familientradition verletzt. Der Bruder der Patientin studiert und kommt auch nicht als Nachfolger in Frage. So ist der Betrieb immer in einer Linie der Töchter weitergegeben worden. Ein Bruder der Mutter, der Erstgeborene ist zu früh verstorben, um diese Nachfolge antreten zu können.

### 6.6.5 Kategorie 4: Lebensereignisse und Funktionalität

Beide Eltern haben ältere Brüder durch Tod verloren, sind daher in der Geschwisterreihe „verrutscht“. Der Alkoholismus der beiden könnte damit in engem Zusammenhang stehen. In der Familie der Mutter kann dies eine Rolle gespielt haben in dem Moment, als dieser Sohn als potentieller Erbe für den Familienbetrieb vorgesehen gewesen sein mag und die Schwester durch seinen Tod auch hier die Nachfolge angetreten hat. Dies kann sich auch heute noch auf

die Entwicklung der gesamten Familienfunktionalität auswirken. Daraufhin hat der Vater der Patientin den Betrieb übernommen. Dies habe er ihr zu Gefallen getan und um die Familientradition aufrechtzuerhalten.

Die Patientin und ihre Schwester haben früh eine Konkurrenz um die Zuneigung der Mutter entwickelt. In dem Moment, als die ältere Schwester eine Beziehung mit dem Partner der jüngeren Schwester eingeht, wiederholt sich hier eine solche Erfahrung und bestimmt die Beziehung der Schwestern nachhaltig.

### **6.6.6 Kategorie 5: Beziehungsmuster und -dreiecke**

Sowohl in der Herkunftsfamilie der Mutter als auch in der der Patientin fällt es auf, dass eine Tochter in einer engen Koalition mit der Mutter steht und versucht, beziehungsregulierend im Rahmen einer Triangulation<sup>S</sup> einzugreifen. Die Mutter geht sogar so weit, dass sie ihrem verwitweten Vater vorwirft, er würde seine Frau verraten, als er sich nach deren Tod mit einer anderen Frau zusammentut. Aus dieser Rolle heraus und der frühen Verantwortungsübernahme kontrolliert sie auch ihre eigene Familie und stellt Regeln im familiären Umgang auf, die eine individuelle Entwicklung der einzelnen sehr erschwert. In der Herkunftsfamilie der Patientin nimmt ihre größere Schwester diese Rolle ein. Die Patientin bildet eine Koalition mit ihrer Tochter. Hier hat eine Hierarchieverschiebung stattgefunden in dem Sinne, dass die Tochter die Mutter „organisiert“.

Die Schwestern waren mit demselben Mann liiert. Dies hat eine Funktionalität auch nach den Trennungen. Die Tochter der Schwester ist Symbolträgerin für dieses Ereignis, ist behindert und übergewichtig. Die Mutter fordert auch hier, dass die Familie die Behinderung geheim halten soll.

Die Mutter der Patientin instrumentalisiert deren Tochter. Durch das Trinken wird die Patientin zum Kind, deren Tochter vermittelt und die Mutter kontrolliert und straft. Hier befinden sich drei Frauengenerationen in einer Triangulation<sup>S</sup>. „... die Großmutter (Mutter der Patientin) wirft ihr vor, dass sie (Tochter der Patientin) intrigiert habe in der Ehe der Eltern, weil sie angegeben hat, das ihr Vater viel Alkohol konsumiert und ihr auch zu nahe gekommen sei, auch in der Zeit, in der er einhüten sollte“. Der Mann der Patientin ist während des stationären Aufenthaltes der Patientin zur Versorgung der Kinder in die ehemalige gemeinsame Wohnung gezogen.

Die Mutter der Patientin versucht, die neue Partnerin ihres Vaters nicht in das familiäre System zu integrieren, diese wird als Störfaktor betrachtet.

### **6.6.7 Kategorie 6: Familiengleichgewicht bzw. Ungleichgewicht**

Die familiären Muster können über die Generationen mit Begriffen wie Rigidität, Leiden in der Anpassungsfähigkeit und dem Zwang zu positiver Außendarstellung umschrieben werden. Der Alkoholkonsum gilt hier als ein allumfassendes normatives, letztendlich aber nicht funktionierendes Problemlösungsmuster. Das Eingebundensein in den Familienbetrieb dominiert das familiäre Miteinander wesentlich.

Wichtig erscheinen durchgängig die Rollen der Frauen, die fürsorglich und dominant auftreten. Die Männer der Familie bleiben unscheinbar, auch wenn sie nach außen wichtige Positionen bekleiden, die aber auch wiederum durch die familiären Normen gestaltet werden. Diese werden durch den Familienbetrieb diktiert. So leben die Männer Rollen, die sie nicht

bekleiden wollen. Der Vater der Patientin setzt hier auch wieder den Alkohol als Bewältigungsstrategie ein. Der Ehemann der Patientin allerdings schafft es zumindest, aus seiner Rolle im Familienbetrieb auszusteigen, ist aber weiterhin im System verstrickt. Die Mutter der Patientin dominiert die familiären Strukturen. Alle leben in einem Haus zusammen, was ihr die Gelegenheit gibt, „*die Fäden in der Hand zu halten und eine intrigante Geheimniskrämerei zu diktieren*“. Die Patientin, die hier die Rolle der unscheinbaren Tochter, aber auch des Sündenbockes, der aus der Rolle fällt, zugewiesen bekam, sprengt dieses Muster nun mit ihrem Versuch des Ausstieges aus der Sucht. Die Rolle der „*überzähligen Tochter*“ ergibt sich wesentlich daraus, dass die Position der dominanten, eng mit der Mutter verbundenen Tochter bereits von der älteren Schwester besetzt ist. „*Es gab immer eine massive Eifersucht gegenüber der Schwester und eine Angst, nicht geliebt zu werden*“. „... *sie gibt an, dass sie eine sei, die immer aus der Rolle gefallen sei (nach Urteil der Mutter)*“. Tatsächlich ist sie die Einzige, die zumindest eine Zeit lang nicht im selben Haus mit den übrigen Familienmitgliedern gelebt hat, und sie ist diejenige, die sich explizit in eine Suchtbehandlung begibt und damit aus der Rolle fällt. Dies „beweist“ sie im Verlauf ihrer Behandlung erneut. Am Abend vor ihrer Entlassung kehrt sie nicht aus dem Belastungsurlaub zurück. Von ihrem Ehemann war am folgenden Tag zu erfahren, dass sie rückfällig geworden war. Daraufhin wurde sie in Abwesenheit entlassen. Kurz darauf kommt es zu einem weiteren Zwischenfall, in dessen Verlauf sie sich alkoholisiert und in suizidaler Absicht im Schlafzimmer verbarrikadiert. Damit „*zwingt*“ sie den Rest der Familie zum Handeln. Ihre Tochter ruft zusammen mit ihrem Vater nach langem Zögern und kurzer Rücksprache mit uns die Feuerwehr. Sie haben lange gezögert, da die Mutter der Patientin dieses Vorgehen auf keinen Fall akzeptieren würde, da die Nachbarschaft dann von der schwierigen Situation erfährt. Aber gerade dadurch wurden Teile der Familie „*wachgerüttelt*“ und beginnen, sich im Verlauf mit dieser familiären Problematik auseinanderzusetzen. Die Tochter und die Schwester der Patientin nahmen Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe für Angehörige von Alkoholabhängigen auf, die Patientin selbst konnte den Rückfall unterbrechen. Wenige Tage später stellte sie sich in Begleitung ihres Mannes mit dem Wunsch einer Wiederaufnahme in der Suchtambulanz vor

### **6.6.8 Funktionalität der Alkoholabhängigkeit**

Funktionalität der Symptomatik im direkten systemischen Umfeld, die horizontale Ebene

Die Patientin versucht seit Anbeginn, in ihrer Familie eine Position zu bekommen, das Gefühl zu haben, vollwertig dazu zu gehören. Aber das erreicht sie sowohl bei ihrer Mutter als auch bei ihrem Partner nicht. Denn ihre Rolle ist die der Außenseiterin. Durch ihre Symptomatik erhofft sie sich einerseits Zuwendung, andererseits wird sie damit bequem im Umgang innerhalb eines „*maroden*“ Systems, in dem sie Abwertung und Verletzungen erlebt.

Funktionalität der Symptomatik im mehrgenerationalen Kontext, die vertikale Ebene

Die Sucht hat in dieser Familie über die Generationen einen großen beziehungsregulierenden Faktor. Die Familienmitglieder sind in einem System imaginärer Rollenmuster und Aufträge miteinander verstrickt. Das Aufeinander-Bezogen-Sein beinhaltet das Leben nach diesen Gesetzen und lässt eine selbst bestimmte Individualität nicht zu. Die Führung eines Familienunternehmens hat sicherlich eine besondere Funktionalität. Die Weitergabe der verantwortlichen Rolle in diesem Unternehmen gestaltet sich über die Generationen schwierig und ist immer wieder damit verbunden, dass Familienmitglieder Rollen übernehmen, die ihnen nicht entsprechen. Der Alkohol bietet hier die Möglichkeit, die Wahrnehmung von Enttäuschungen ertragbar zu machen. Der Ausstiegsversuch der Patientin bringt diese

Systematik in Gefahr, bietet aber auch einzelnen Familienmitgliedern die Gelegenheit, ihre Position neu zu überdenken. Sie selbst sagt, dass, „*wenn sie tatsächlich keinen Alkohol mehr konsumieren wird, eine große Distanz entstehen wird zwischen den Eltern und ihr*“.

Die Individuelle Ebene der Patientin – Die überzählige Tochter, die aus der Rolle fällt

Die Patientin kennt die Außenseiterposition in der Familie. Paradox erscheint es, dass sie sich einerseits in eine bestehende Tradition einreicht, der Mutter und den Eltern in der Sucht nahe ist und diese dennoch dazu dient, Abstand zu halten vor zu großer Vereinnahmung. Ablösung vom Elternhaus funktioniert aber auch hier nicht. Letztendlich wird der Versuch des Ausstiegs aus der Sucht zu einer familiären Belastungsprobe. Sie, die Außenseiterin, zwingt die Familie, Regeln zu überdenken und aufzubrechen. Mit dem Bestreben, ihre Abhängigkeit zu beenden, begibt sie sich wiederholt in eine Außenseiterposition. Aber gerade dadurch bekommt sie eine Individualität, in der sie die Wiederholung bestehender Muster durchbricht. Im Rahmen von Partnerschaftsbeziehungen dient das Trinken als ein Beziehungsregulator. Die Angstsymptomatik scheint hier in die gleiche Richtung zu zeigen. Die Beziehung zu ihrer Tochter geht mit einer massiven Hierarchieverschiebung einher. Sie versucht selbst in dieser Beziehung eine Form der Zuwendung und Geborgenheit zu finden, die einer solchen Beziehung nicht angemessen ist. Durch ihr Trinkverhalten entzieht sie sich hier ihrer Verantwortung.

## 7 Zusammenfassende Interpretation der Ergebnisse

In den vorherigen Kapiteln wurde der dieser Arbeit zugrunde liegende Forschungsprozess dargestellt. Dieser ist in verschiedenen Schritten kreisförmig verlaufen, die folgendermaßen zusammengefasst werden können

- Analyse mehrgenerationaler familiärer Muster bei alkoholabhängigen Patienten
- Erarbeitung der Kernkategorie systemische Funktionalität der Alkoholabhängigkeit
- Fallbeschreibung

In den folgenden Ausführungen soll diesem Prozess Rechnung getragen werden. Dies geschieht dadurch, dass in einem ersten Schritt auf die Ergebnisse bei der Betrachtung familiärer Muster eingegangen wird. Daran anschließend werden die sich auf drei Ebenen ergebenden Funktionalitäten der Alkoholabhängigkeit dargestellt. Den letzten Teil bildet eine zusammenfassende Fallbeschreibung. Hier liegt der Schwerpunkt auf der Darstellung der individuell familienbiografischen Funktionalitäten des Alkoholkonsums auf dem Hintergrund mehrgenerationaler Muster. Dieser Schritt stellt einen Versuch der Typisierung im Rahmen einer gegenstandsbezogenen Theorie dar.

### 7.1 Familiäre Muster in der Mehrgenerationenperspektive

Jede der vorgestellten Biografien stellt eine individuelle Familiengeschichte dar. Dies bedeutet, dass jede Geschichte einmalig und in vielen Facetten nicht wiederholbar ist. Dennoch zeigen sich ähnliche Muster auf, die jedoch in ihren Ausprägungen differieren. In allen Biografien konnten sich über die Generationen wiederholende familiäre Muster gefunden werden. Allerdings betreffen diese Muster unterschiedliche Bereiche. Zudem ist in jeder Familie eine deutliche sich bereits über Generationen entwickelte familiäre Problematik anzutreffen. Mindestens ein Elternteil hat bereits in der eigenen Biografie mit den Eltern eine Erfahrung des Mangels erlebt, die sich in Beziehungsunsicherheiten verschiedener Ausprägung manifestiert hat. So zeigt sich in der Fallbeschreibung der Familie Ebeling eine „besondere Variante“: die Mutter des Patienten verliert früh ihre Eltern, wird „fremderzogen“. Der Vater wächst in einer nach strengen gesellschaftlich und militärisch geprägten Regeln lebenden Familie auf, wird von Erzieherinnen erzogen. Zudem gibt es hier einen Familienbetrieb, der über die Generationen geführt wird. Mit Alkohol wird von verschiedenen Angehörigen der Vorgeneration missbräuchlich umgegangen. In der Gestaltung einer eigenen Familie, belastet mit dem gesamtfamiliären Auftrag, Traditionen fortzuführen und gleichzeitig stattgefundenen Mangelenerfahrungen in den eigenen Biografien scheitern sie. Deren Sohn, Herr Ebeling, entwickelt - wie auch sein jüngster Bruder - auf diesem „Boden“ eine Alkoholabhängigkeit, ein anderer Bruder eine Psychose. In jeder Familie gibt es mindestens ein, in den meisten Fällen mehrere Mitglieder der Vorgeneration, die zumindest einen Missbrauch mit einem Suchtmittel betrieben haben oder eine Abhängigkeit aufweisen. Dies ist in der Familie Albrecht am wenigsten und bei den Patienten Clausen, Ebeling und Faber am deutlichsten ausgeprägt. Dabei scheint das Ausmaß des Zusammenspiels verschiedener mehrgenerationaler Problematiken einen Einfluss auf die Schwere und Therapierbarkeit der Symptomatik zu haben. In einigen Fällen stellen die Sucht und der gesamtfamiliäre Umgang damit bereits ein normatives Muster dar. Dies fällt in den Fallgeschichten der Patienten Clausen und Dorn besonders auf. In der Betrachtung der Familiengeschichte der Patientin Clausen wird eine Belastung durch eine „Kombination“ der vorher genannten Dynamiken deutlich: die Mangelenerfahrungen der Mutter kommen anteilig durch einen Tablettenmissbrauch der eigenen Mutter zustande, der Vater hat im Krieg den eigenen Vater und auch einen Bruder verloren. So gibt es hier Mangelenerfahrungen beider



Eltern und Suchtmittelmissbrauch in den Vorgenerationen. Hier sind dann sowohl die Patientin als auch ihre beiden Brüder und damit alle Mitglieder dieser Generationsebene massiv abhängig von unterschiedlichen Substanzen. Einer der Brüder ist bereits verstorben. Ein anderes Beispiel ist die Familie Faber: beide Eltern und auch der Großvater mütterlicherseits sowie auch die Patientin sind alkoholabhängig, die ältere Schwester betreibt Alkoholmissbrauch. So kann in allen sechs Familien davon ausgegangen werden, dass die – in unterschiedlichen Variationen und Ausprägungen vorhandene - Gestaltung familiärer Muster und deren Entwicklung über die Generationen eine Symptomentwicklung hin zu einer Alkoholabhängigkeit beeinflusst haben.

Diese familiären Muster stellen sich in der Hauptsache wie folgt dar:

- Triangulationen<sup>S</sup> zwischen Patient und seinen Eltern.

Diese wird in den Familien Albrecht, Clausen und Dorn besonders deutlich. Auffällig, dass die Patienten Frau Albrecht und Herr Dorn der Einzelkinder sind und damit diese „Last“ alleine tragen. In der Familie Clausen dagegen „trifft“ diese Rolle die einzige Tochter, womit hier wiederum ein Muster aus den Vorgenerationen wiederholt wird.

- Wiederholung solcher Triangulationen<sup>S</sup> mit ähnlichen Aufträgen über die Generationen.

In der Familiengeschichte Barnstorf wird dies deutlich: hier wiederholen sich die Konzepte der Lebensplanung bei den Männern dergestalt, dass sie Schwierigkeiten haben, sich für eine Familiengründung zu entscheiden. Dies dann „durch ungewollte Schwangerschaften entscheiden lassen“, aber in der familiären und väterlichen Verantwortung besonders gegenüber den Söhnen scheitern.

- Triangulationen<sup>S</sup> über drei Generationen, bevorzugt über Personen des gleichen Geschlechtes.

Dieses Muster zeigt sich besonders in den Familiengeschichten Albrecht, Barnstorf und Clausen. In der Familie Albrecht „solidarisiert“ sich die Großmutter mütterlicherseits mit der Enkelin „gegen“ die Mutter.

- Hierarchieverschiebungen zwischen Eltern und Kindergeneration.

Hier sei besonders die Geschichte der Familie Faber zu benennen. Die Mutter der Patientin übernimmt die fürsorgliche, aber auch kontrollierende Mutterrolle für den eigenen Vater. Die Tochter der Patientin wiederum übernimmt die ihr von der Mutter zugebilligte Funktion einer überfürsorglichen Kontrolle und wird auch von ihrer Großmutter in diesem Rahmen zusätzlich instrumentalisiert. In der Familie Dorn wird der Alkoholkonsum des Vaters des Patienten als Rechtfertigung für den Kontaktabbruch der Großmutter gegenüber dem Patienten, ihrem Enkel, gerechtfertigt.

- Delegation von unerledigten Aufgaben oder Aufträgen.

Das Thema der Delegation taucht in mehreren Fallgeschichten auf. So übernimmt die Patientin in der Familie Albrecht in ihrer Lebensgestaltung „die Aufgabe“, ihre religiös stark geprägten Eltern mit Bereichen der Gesellschaft in Kontakt zu

bringen, die in ihrer eigenen Lebensgestaltung nicht vorkommen. Herr Dorn dagegen bekommt sich widersprechende Aufträge: einerseits soll er früh selbständig und damit erwachsen sein, dies auch z.B. in der Situation, in der er auf seine trinkenden Onkel aufpassen soll. Andererseits soll er bedürftig bleiben, um dem Vater die Gelegenheit zu geben, ihn zu betreuen und damit seiner eigenen desolaten Situation entfliehen zu können.

- Übermäßig großes Gefälle in der Beziehungsdynamik zwischen Partnern und die Wiederholung dieses Musters in nachfolgenden Generationen.

Dies bildet sich in den Familien Barnstorf, Clausen und Faber besonders deutlich, aber auch unterschiedlich ab. Insgesamt geht die Tendenz über alle geschilderten Fälle dabei in die Richtung, dass die Frauen auf der mütterlichen Seite als die dominierenden erscheinen, deren Männer bleiben blass und sind mit ihren Rollen und Aufgaben überfordert. So unternimmt der Großvater von Frau Faber einen Selbstmordversuch, als seine Frau stirbt. Der Großvater mütterlicherseits von Herrn Barnstorf „*habe sich in allem nach den Wünschen seiner Frau gerichtet*“, er stirbt zwei Tage nach ihr. Der Großvater mütterlicherseits von Frau Clausen wird beschrieben „*als ein stiller Mann, der versuchte einen Ausgleich zu seiner dominanten Frau für seine Kinder zu bieten*“. Hier setzt sich die Dynamik so fort, dass weiterhin die Frauen die dominanten bleiben, wohingegen es sich in der Familie von Herrn Barnstorf zeigt, dass es wiederholt ein starkes Beziehungsgefälle gibt, dies aber männlich dominiert wird. So erscheint hier die eigene Mutter schwach gegen den Vater und auch die eigene Frau des Patienten ihm gegenüber.

- Ein Gefälle in der elterlichen Beziehungsdynamik (Macht und Verantwortung), die sich im Erziehungsverhalten auswirkt.

Dies wird in verschiedenen Fallgeschichten deutlich. So hat der Vater von Frau Albrecht „*das Sagen*“ in der Erziehung. In den Familien Clausen und Faber sind dies die Mütter. In den anderen Fällen bleibt dies unklar. Allerdings bildet sich bei der Betrachtung der Familiengeschichte von Herrn Dorn noch ein anderer Schwerpunkt heraus. Beide Eltern erweisen sich als der Erziehung nicht gewachsen, der Patient wird früh von verschiedenen Verwandten betreut und erlebt so verschiedene „*Erziehungskontakte*“.

- Ablösung vom Elternhaus gelingt nur als Pseudoablösung, und auch dies wiederholt sich über die Generationen.

Hier sei als Beispiel die Geschichte von Frau Dorn benannt. Obwohl die Patientin – anders als die Geschwister – für eine Zeit eine räumliche Distanz zu den Eltern herstellt, ist dies kein Zeichen einer geglückten Ablösung vom Elternhaus, was sich dann auch daran zeigt, dass sie wieder zurück in das elterliche Umfeld zieht und weiterhin um Anerkennung besonders der Mutter bemüht ist. Diese wiederum kontrolliert weiter den eigenen Vater in unangemessener Weise und löst sich auf diese Art nicht von ihren Eltern.

- Ähnliche Arbeitsplatzsituationen „*verbinden*“ die Generationen.

Interessant ist hier, dass es einerseits eine in ihren Auswirkungen eher negative Verquickung von Arbeitssituationen in den Familien gibt, in denen ein eigener

Familienbetrieb existiert. Dies ist in den Familiengeschichten der Patienten Ebeling und Faber deutlich nachzuvollziehen. Hier werden Wünsche an eigene, vielleicht alternative Lebensentwürfe diesen Betrieben untergeordnet, was sich im Laufe der Generationenfolge in eine negative Richtung bezüglich der eigenen Lebenszufriedenheit auswirkt. Diese Entwicklung geht dann mit einem zunehmenden Kontrollverlust beim Alkoholkonsum einher. Andererseits gibt es die Beobachtung, bei der Schilderung der Familienbiografien Albrecht und Clausen, dass eine über die Generationen zu verfolgende Zugehörigkeit zu einer gleichen, größeren Firma auch eine Ressource im Rahmen einer Verbundenheit darstellen kann.

Für die Schwere der Erkrankung erscheint es von Bedeutung, ob:

- andere Familienmitglieder ebenfalls eine Suchterkrankung haben
- Suchtmittelmissbrauch aus einem oder beiden elterlichen Familienzweigen bekannt ist
- bereits in einer oder beiden der Großelterngenerationen Missbrauch eines Suchtmittels aufgetreten ist

Hier ergibt sich die Hypothese, das die eigene Erkrankung dann massiver auftritt bzw. gegen Veränderung resistenter ist, wenn

- in beiden Elterngenerationen (Familie des Vaters, Familie der Mutter) eine Suchterkrankung bzw. ein Suchtmittelmissbrauch anzutreffen ist, mehrere Familienmitglieder aus den Vorgenerationen betroffen sind oder aber Angehörige der Großelterngeneration Suchtmittel missbraucht haben und auch vermehrt Suchterkrankungen in der eigenen Geschwisterreihe auftreten. Dies trifft in unterschiedlichen Kombinationen und Abstufungen auf alle Fallgeschichten zu, zeigt sich aber besonders prägnant bei Familie Clausen. Die Großmutter und die Mutter mütterlicherseits der Patientin sind medikamentenabhängig und andere Mitglieder der väterlichen Familie alkoholabhängig. Der Vater selbst ist nicht betroffen. Beide Brüder der Patientin sind mehrfach abhängig. Der älteste Bruder ist bereits verstorben.
- der Umgang mit der Erkrankung geheimnisvoll oder bagatellisierend gehandhabt wird, d.h. der Ausstieg eine große Veränderung gesamtfamiliärer Regeln mit sich bringen würde und das System auf den unterschiedlichen, in eine Suchterkrankung involvierten Ebenen aus dem Gleichgewicht geraten könnte. Der geheimnisvolle oder auch bagatellisierende Umgang trotz massiver Auffälligkeiten und generationaler Wiederholungen ist besonders in der Familie Faber zu erkennen. Der massive Alkoholkonsum verschiedener Familienmitglieder ist nur eines der vielen „Geheimnisse“ dieser Familie, in der die Mutter das Bild einer „heilen Familie“ nach außen forciert. In der Familiengeschichte von Herrn Ebeling wird besonders deutlich, wie die gesellschaftlichen Regeln der oberen Mittelschicht, der diese Familie angehört, diese Bagatellisierungstendenz durch vielerlei Rituale stützen.

Ein wichtiges Ergebnis, das eine Tendenz in eine positive Richtung aufweist, ist die Tatsache, dass auf der horizontalen Ebene teilweise die ersten Veränderungen familiärer Muster auftraten. So sind fast alle Patienten in gewissem Sinne Pioniere. Sie sind die ersten in einer oftmals langen Reihe Betroffener, die eine spezifische Suchtbehandlung aufsuchen und dies im familiären Kontext auch so benennen. So können dysfunktionale Muster eher zutage treten und die Patienten haben die Möglichkeit, diese zu durchbrechen, neue Muster zu etablieren. Dies wird allerdings nicht von allen Familien gewertschätzt oder aber bereits als solches funktionalisiert. Allerdings gelingt es denen, die eigene Kinder haben, teilweise neue Muster des Umgangs mit ihnen auf unterschiedlichen Ebenen zu etablieren. So haben z.B. die Kinder

von Frau Clausen mit ihrer Einwilligung Unterstützung außerhalb des familiären Rahmens gefunden.

## 7.2 Die Funktionalität der Alkoholabhängigkeit

In allen Biografien kann eine Funktionalität der Alkoholabhängigkeit auf allen drei dargestellten Ebenen ausgemacht werden. Auch diese sind im Gesamtzusammenhang einzigartig, in vielen Facetten jedoch vergleichbar und stellen sich in einer großen Variationsbreite dar.

Eine zentrale Erkenntnis, die sich bei der Betrachtung der Ergebnisse mit einer Schwerpunktsetzung auf die Funktionalität bei allen Betroffenen ergibt, betrifft allerdings erst in einem zweiten Schritt das Symptom der Alkoholabhängigkeit. So zeigt sich, dass die Patienten alle in einer frühen Entwicklungsphase eine bestimmte Rolle, eine Funktion im familiären System zugewiesen bekamen und auch übernommen haben. Aus dieser Position heraus „*wachsen*“, sie gewissermaßen in die Suchtproblematik hinein, stellen sich – im systemischen Sinne – als Symptomträger zur Verfügung und entwickeln eine in ihrer Familie bekannte Symptomatik. Hier kommt der bereits diskutierte Begriff des familiären Auftrages ins Spiel. Schon früh „*vererben*“ sich zum Teil die Rollen, womit eine „*Entwicklungstendenz*“ des Symptomträgers festgelegt wird. Hier gibt es dann verschiedene Gestaltungsvarianten. Begonnen mit der einzigen Tochter, die in der Familie Albrecht „*die vielen Kinder, die nicht geboren werden*“ ersetzen soll, über die Geschichte von Herrn Ebeling, der schon früh „*erdrückt*“ wird mit einem imaginären Auftrag, die väterliche Firma und verschiedene Aufträge der männlichen Vorgenerationen zu übernehmen. Frau Clausen trägt eine zu große Verantwortung, ist Geheimnisträgerin, kümmert sich um die Belange vieler und ist als einzige Tochter „*auserseren*“, die Tradition der – süchtigen – Frauen fort zu führen. Herr Barnstorff ist als „*Verursacher*“ der Ehe seiner Eltern einerseits in einer vermittelnden Rolle gefangen, aber wiederum auch mit einem „*männlichen*“ Auftrag versehen, in dem auch er scheitert, indem er eine Ambivalenz zwischen Freiheitsdrang und Gebundensein gestaltet und fraglich wiederholt. Herr Dorn wiederum muss von Anfang an ein „*Überlebenskünstler*“ sein, sein Auftrag geht in die Richtung, dass er einerseits der „*Stammhalter*“ ist, andererseits aber nicht wirklich eigenverantwortlich handeln soll. Dies bedeutet, dass er früh für sich selbst sorgen muss aber nicht unabhängig werden darf. Frau Faber, „*ist einfach nur da*“ dadurch aber dann auch diejenige, die aus der Rolle fällt, um dazu zu gehören.

Funktionalität der Symptomatik im direkten systemischen Umfeld, die horizontale Ebene

Bei der Betrachtung über die einzelnen Biografien stehen verschiedene Funktionalitäten ins Auge. Die Funktionalität der Sucht als Beziehungsregulator kann als ein Oberbegriff genannt werden. Dieser ergibt sich aus der Position des Symptomträgers und gestaltet sich in unterschiedlichen Facetten. So werden einerseits die Beziehungen zum Partner und den Kindern, andererseits aber auch zu den eigenen Eltern reguliert (und umgekehrt!!). Oftmals sind es bereits bestehende Triangulationen<sup>S</sup>, die aufrechterhalten werden. Damit dient das Symptom dazu, Veränderungen und damit Neuorganisation zu verhindern. Emotionale Defizite zwischen den Familienmitgliedern werden „*aufgefüllt*“ oder ertragbar gemacht. Die „*Übernahme*“ einer bekannten familiären Symptomatik, der Alkoholabhängigkeit, gilt dann einerseits als Möglichkeit, endlich „*dazu zu gehören*“, gleich zu sein, und andererseits dazu, sich abzugrenzen und zu distanzieren. Das Dilemma, das sich so z.B. für Frau Clausen ergibt, gestaltet sich zum einen in der Phantasie, dass ihr eigener Ausstieg aus der Sucht die Mutter dazu veranlassen könnte, ihre Suchtfrequenz wieder zu steigern. Andererseits gibt es eine

starke Abhängigkeitsbeziehung der beiden Frauen, die eine Ablösung nötig machen müsste, die aber gerade wegen all dieser Verquickungen nicht stattfinden kann, womit sich hier ein „*Teufelskreis*“ zur Aufrechterhaltung der Beziehungsdynamik schließt. Frau Albrecht dagegen lebt ein scheinbar eigenständiges Leben, fordert aber ihre Eltern immer wieder in ihrer Fürsorglichkeit, um „*endlich gesehen zu werden*“. Zudem stellt sie sich so als Symptomträgerin zur Verfügung und die Eltern sind nicht „*nur*“ auf ihre Paarbeziehung zurückgeworfen.

### Funktionalität der Symptomatik im mehrgenerationalen Kontext, die vertikale Ebene

Auch auf dieser Ebene spielt das Bedürfnis, Beziehungsdynamiken durch ein Suchtmittel zu regulieren, eine große Rolle. So wird in der Geschichte der Familie Albrecht Zuwendung schon mehrgenerational über Krankheit eingefordert. In anderen Familien scheint es bereits über mehrere Generationen vorgegeben, dass dies gerade über eine Suchterkrankung geschieht. Das „*Gefangensein*“ in und die Ausführung von familiären Aufträgen, die sich über die Generationen wiederholen, wird erträglich gemacht. Dies zeigt sich in der Familiengeschichte von Frau Faber, in der die Ehemänner den aus der weiblichen Linie stammenden Familienbetrieb übernehmen und sich in die Abhängigkeit flüchten, um diese Situation „*zu meistern*“. Die Patientin, eine Außenseiterin im engen familiären Korsett, wiederholt dieses Muster eines Lösungsversuches. Und gerade hier wird der Begriff der Funktionalität im systemischen Sinne so deutlich greifbar. Einerseits gibt es ein Streben nach Individualität und andererseits den Auftrag, das familiäre System durch die dargebotene Symptomatik zu stützen. Ein „*Ausbrechen*“ in eine individuelle Entwicklung ohne Suchtproblematik wird durch diese Erkenntnis verhindert. Familiäre Aufträge über die Generationen sind in der Familie Ebeling die Führung eines Familienbetriebes und das Absolvieren einer erfolgreichen militärischen Karriere. In der Familie Dorn zeigt sich das Muster, dass traditionell die Sucht ein Bindeglied zwischen einzelnen, scheinbar beziehungsunfähigen Familienmitgliedern darstellt. Und auch dies erscheint wie viele andere Dynamiken in einer mehrgenerationalen Entwicklung normativ.

### Die Individuelle Ebene der Patienten

Alle Patienten scheinen gebunden an Ansprüche, die nicht ihre eigenen sind, die sie dennoch versuchen, einerseits zu ihren eigenen zu machen und ihnen andererseits zu entfliehen. Aufrechterhaltung vorgegebener familiärer Traditionen, Einsatz als Geheimnistägerin sind einige „*Gestaltungsmöglichkeiten*“ dieser Aufträge. Die Sucht dient als ein Mittel, eine Illusion von Abgrenzung gegen diese Ansprüche zu erreichen. Eine Illusion besonders deshalb weil gerade durch die Entstehung und die Aufrechterhaltung das umliegende System weiter existieren und „*funktionieren*“ kann. Dies gestaltet sich in den verschiedenen Biografien unterschiedlich aus, aber die Grundstruktur bleibt „*dahinter*“ erhalten.

## **7.3 Formen der individuell familienbiografischen Funktionalitäten des Alkoholkonsums auf dem Hintergrund mehrgenerationaler Muster**

In den vorherigen Ausführungen wurden verschiedene Ergebnisse der sechs ausgesuchten Fallgeschichten vergleichend zusammengefasst. Dabei wurde deutlich, dass es unterschiedliche Facetten und Ausprägungen gleicher oder ähnlicher familiärer Muster und auch Funktionalitäten der Abhängigkeit gibt. Im Folgenden werden die einzelnen Biografien im Rahmen einer vorläufigen Typisierung zusammenfassend diskutiert. Alle haben eine individuelle „*Überschrift*“ bekommen. Diese ergab sich aus der Diskussion zu der Frage nach der „*Bandbreite*“ des Gegenstandsbereiches der Theorie, die auch verbunden ist mit der

Frage der theoretischen Sättigung. Hier wird in Anlehnung an FLICK (2003) davon ausgegangen, dass die ausgewählten Fälle durch ihre Unterschiedlichkeit eine maximale Variation des Gegenstandsbereiches darstellen, die durch diese Beschreibung hervorgehoben wird. Darüber hinaus bilden diese Begrifflichkeiten einen ersten Zugang zu einer möglichen Variationsbreite auf dem Weg zu einer überindividuellen Typenbildung.<sup>17</sup>

### 7.3.1 Fall 1: Rigidität versus Rebellion

In dieser Biografie handelt es sich um eine Patientin, die schon früh ein familiäres Rollenmuster zugespielt bekam. Ihre Geburt beendet zahlreiche Traumatisierungen der Eltern und speziell der Mutter. Sucht spielt in den Vorgenerationen eine vergleichsweise geringe Rolle. Dennoch ist ein über die Generationen zu beobachtendes Ungleichgewicht und damit eine große innerfamiliäre Belastung zu erkennen. Besonders die Familie des Vaters ist davon betroffen. Beide Eltern haben sich gegen die Dynamiken in ihren Familien aufgelehnt. Dies ist ein Muster, das die Patientin in ihrer eigenen Rebellion wiederholt. Die Funktionalität der Alkoholabhängigkeit ist hier vom Großvater bekannt, der sich damit von seinem Sohn und seiner Frau sowie deren symbiotischer Beziehung distanziert hat. Die Patientin entflieht einem Auftrag und versucht gleichzeitig, ihn zu erfüllen. Um in der eigenen Individualität gesehen zu werden, greift sie auf ein Verhalten aus der Generation der Großeltern zurück. Mit dem Leben in Rebellion wiederholt sie nun wieder ein Verhalten, das beide Eltern kennen. Damit zeigt sie ein „*rigides Verhalten*“ – das nur bei Betrachtung der Mehrgenerationenperspektive als solches erkannt werden kann – und lebt damit ihre eigene Art der „*Rebellion*“. In der Triangulation<sup>S</sup> mit ihren Eltern findet sich das Thema der Delegation. Mit ihrer Lebensführung, in der sie ständig wechselnde Beziehungspartner hat, frühe sexuelle Erfahrungen macht und immer wieder schwere Trinkexzesse erlebt, bedient sie dieses Muster als Stellvertreterin für ihre Eltern. Diese unterwerfen ihre eigene Lebensführung strengen katholischen Werten und Normen.

### 7.3.2 Fall 2: Unabhängigkeit versus Unterwerfung

Auf den ersten Blick entsteht der Eindruck, dass der in diesem Fall beschriebene Patient ein unabhängiges Leben von seiner Ursprungsfamilie führt. Tatsächlich sind es auch hier die alten familiären Muster, die auf ihn weiterhin einwirken. In dieser Familie gibt es eine sich über Generationen wiederholende Mangelenerfahrung der Söhne mit dem eigenen Vater. Der Patient ist ebenfalls als Familienvater kaum präsent. Er steckt in einem Dilemma. Dieses bewegt sich zwischen dem Wunsch nach „*Unabhängigkeit*“ gegenüber gesellschaftlichen und familiären Normen und der Anpassung bzw. der „*Unterwerfung*“ der damit verbundenen Regeln. Unabhängigkeit kann nicht gelebt werden. Das Suchtmittel dient zur Aufrechterhaltung einer Illusion. Denn tatsächlich ist er gefangen in einem Muster der Triangulation<sup>S</sup>, in dem noch heute die emotionale Mangelenerfahrung, besonders durch den Vater, sein Handeln bestimmt. Seine Geburt fand zu einem Zeitpunkt statt, in dem der eigene Vater sich in einem ähnlichen Dilemma bewegte. Über die Generationen ist die Gestaltung von Beziehungen schwierig und der Konsum eines Suchtmittels dient als Hilfsmittel, darin verbleiben zu können.

### 7.3.3 Fall 3: Märtyrertum versus Instrumentalisierung

In dieser Familiengeschichte zeigen sich verschiedene Formen der familiären Verquickung. Die Patientin wiederholt die Rolle der Märtyrerin. Diese ist so definiert, dass sie einerseits „*instrumentalisiert*“ wird für verschiedene Funktionalitäten, andererseits dabei ein

---

<sup>17</sup> die Überlegungen zu einer überindividuellen Typenbildung führen über den Anspruch der vorliegenden Untersuchung hinaus, werden aber im Abschnitt Diskussion und Ausblick weiterführend diskutiert.

Allmachtsgefühl, die „*Märtyrerposition*“ entwickelt, die sie selbst in ihrer Rolle hält. So geht sie davon aus, sie könne den Konsum der Mutter beeinflussen. Dies begründet sie damit, dass ihr eigener Suchtkonsum die Mutter in deren kontrollierender Rolle ihr gegenüber hält und sie sich nicht mit ihrer eigenen Suchtgeschichte auseinandersetzen müsse. Eine solche familiäre Position macht es besonders schwer, aus der Sucht auszuweichen. In dieser Fallgeschichte zeigt es sich sehr deutlich, wie eine familiäre Verquickung aussehen kann, in der die Symptomatik eine mehrgenerationale Funktionalität besitzt. Tatsächlich sind Therapieversuche über die Generationen wiederholt gescheitert. Der Ausstieg aus familiären Aufträgen und vertrauten Rollenmustern erscheint den Mitgliedern des Systems zu bedrohlich. Auch hier kennt die Familie bereits Regeln, die den „*Rückfall*“ in alte Verhaltensmuster forcieren.

Fazit: die Aufträge für die Frauen, Mütter und Töchter werden in den Vorgenerationen festgeschrieben und früh an diese weitergegeben. Instrumentalisierung und zugleich das Ausagieren in einer Märtyrerfunktion sind festgelegte, regelrecht zu vererbende Muster, aus deren Gesamtsumme sich immer eine Rechtfertigung für eigenen Konsum und dessen Bagatellisierung ergibt.

### **7.3.4 Fall 4: Verwahrlosung und Desinteresse versus Vereinnahmung und Nichtablösung**

Dieser Patient ist in seiner Biografie einerseits schon früh sich selbst überlassen („*Verwahrlosung und Desinteresse*“), andererseits ein fester Bestandteil eines desolaten Systems („*Vereinnahmung und Nichtablösung*“). Fast alle Personen im mehrgenerationalen Kontext sind mit einander verbunden aber auch Einzelgänger. Beziehungsunsicherheiten und Hierarchieverschiebungen sind auf unterschiedlichsten Ebenen bekannt. Die Funktionalität von Krankheit (Psychoseerkrankungen der Mutter, Suchterkrankungen bei vielen anderen Familienmitgliedern) besteht in der Beziehungsgestaltung und Erschaffung von Gemeinsamkeiten. Auch werden auf verschiedenen Ebenen des familiären Miteinanders desolade Lebensführungen erträglich. Selbst ein Familiensystem, das gerade durch die Strukturlosigkeit eine Art von Struktur gewinnt, ist in der Lage, immer wiederkehrende Muster zu bedienen. Dieses System der Vereinnahmung und Nichtablösung zu verlassen, könnte zu dem führen, was vielen anderen aus diesem System bereits widerfahren ist: dem Zustand der totalen Verwahrlosung und Desorganisation.

### **7.3.5 Fall 5: Ein Opfer der Umstände**

In dieser Familie ist eine Suchtentwicklung zu erkennen, die von einem sozial anerkannten geselligen Trinken in der einen Generation über die Abhängigkeit in nach außen geregelten Strukturen hin zu einer desolaten Lebensführung in der darauf folgenden Generation aufzeigt. Individualität und die Wege zu einer solchen Entwicklung werden nicht vermittelt. Das familiäre Korsett und die damit verbundenen Regeln verengen sich zu einer nicht mehr tragbaren und zu ertragenden Last. Rollenmuster, die aus alten Traditionen stammen, werden regelhaft von Generation zu Generation weitergegeben. Der Patient aber scheitert an diesen familiären Traditionen und kann in diesem Scheitern keine Individualität entwickeln. Er betrachtet sich als ein „*Opfer der Umstände*“ und kann damit das Trinken für sich funktionalisieren.

### **7.3.6 Fall 6: Die überzählige Tochter, die aus der Reihe fällt**

Die Mitglieder dieser Familie sind sehr miteinander verstrickt. Die Mutter ist die Kontrolleurin des familiären Miteinanders. Der Vater erscheint blass. Die Patientin ist gerade

zu eingezwängt in bestehende familiäre Muster, ohne eigentlich einen eigenen Platz zu haben, sie ist „*die überzählige Tochter*“. Die Rolle der Vertrauten der Mutter (ein sich mütterlicherseits über die Generationen wiederholendes Muster) ist bereits durch die ältere Schwester besetzt. Der Konsum von Alkohol hat in dieser Familie schon über lange Zeit den Charakter eines normativen Musters. Der geheimnisvolle Umgang damit gehört zu diesem Muster dazu. So erscheint es fast logisch, dass eine Frau, die versucht, einen Platz in solch einem verstrickten System zu finden, sich diesem vertrauten Muster anschließt. Eine Funktion des Suchtmittels besteht für alle Mitglieder darin, überhaupt mit dieser verstrickten familiären Situation zu Recht zu kommen. Und paradoxerweise wird in dieser Betrachtung eine wichtige Rolle der Patientin klar: auch sie trägt in ihrer ihr eigenen Rolle bisher zum Erhalt eines desolaten Systems bei, ist somit tatsächlich ein wichtiges Mitglied des Systems. In dieser Situation bekommt gerade der Versuch des Ausstiegs aus der Sucht und damit das „*aus der Reihe fallen*“ eine ganz besondere systemische Funktionalität. Das bekannte Muster könnte aufbrechen. So gibt es noch einmal den Versuch der Mutter, durch Missbilligung des Prozesses und durch Ausschluss aus dem familiären Miteinander gegen zu steuern. Aber das System ist zu marode, oder – aus einer anderen Perspektive betrachtet – es gibt genug Ressourcen für Veränderung. Andere Familienmitglieder interessieren sich nun auch für Hilfe von außen.



## 8 Diskussion und Ausblick

In der zugrunde liegenden Arbeit wurde ein Forschungsprozess beschrieben, der aus einer anfänglichen Neugier auf die Gestaltung familiärer Muster bei Alkoholabhängigen Patienten entstanden ist. Am Ziel dieses Prozesses stand als zentrale Fragestellung die nach der systemischen Funktionalität des Alkoholkonsums auf dem Hintergrund mehrgenerationaler familiärer Muster. Die Ergebnisse bilden in einem bescheidenen Rahmen interessante Erkenntnisse ab, die Mut machen, die eingeschlagene Richtung sowohl im Bereich therapeutischer Fragestellungen und Interventionen als auch in der Forschung zu berücksichtigen und zu differenzieren. Im Folgenden werden relevante Ergebnisse und zukunftsorientierte Ideen zusammenfassend diskutiert.

### 8.1 Das mehrgenerationale System und das Symptom in „Suchtfamilien“

In einer Gesamtbetrachtung lassen die Ergebnisse der vorliegenden Studie verschiedene Schlüsse zu, die auf andere Familien von alkoholkranken Patienten übertragbar scheinen. So konnte die Annahme BOWENS (1978), dass sich bestimmte Muster in Familien über die Generationen wiederholen, in dieser Studie gestützt werden. Viele Aspekte seiner Theorie treffen auf die vorgestellten Familien zu. Diese umschließen sich mit engen Grenzen, äußere Einflüsse können schwer einströmen. Der Suchtmittelkonsum kann auf vielen Ebenen als Ausbruchsversuch gelten. Aber der gelingt nur scheinbar, tatsächlich werden vorhandene Aufträge der Rollenübernahme „bedient“. Die Übernahme einer Eigenverantwortung gegenüber der Vereinnahmung durch die Familie kann nicht gelingen. Und auch diese Dynamik ist in den meisten Fällen ein sich über die Generationen in unterschiedlicher Ausprägung wiederholendes Geschehen. Dies trifft in einer auf den ersten Blick nicht erkennbaren Weise auch für solche Familien zu, die eine desolante Familienstruktur mit scheinbar extrem durchlässigen Grenzen aufweisen. Hier muss „im Kleinen“ geschaut werden: welche Beziehungsdynamiken werden durch das Vorhandensein einer bestimmten Symptomatik aufrechterhalten, und was bedeutet deren Aufrechterhaltung und Wiederholbarkeit für den gesamten familiären Kontext. Auch die Tatsache, dass sich die Familien dem Symptomträger gegenüber nicht abgrenzen können oder wollen, trifft für viele der untersuchten Biografien zu. Das Ausmaß der Macht des eigenen Selbst unterliegt definierten familiären Regeln, die sich über die Generationen ausbilden und wiederholen. Unterschiedliche Gestaltungsmöglichkeiten eines familiären Miteinanders fließen aus der eigenen Erfahrung heraus in die nächste Generation. Das bedeutet, dass die Konstellation eigener Beziehungsgestaltung oder der Aufbau eigener familiärer Strukturen bei Suchtpatienten durchflutet ist mit Wiederholungen der Muster vorheriger Generationen. Aus dieser Beobachtung ergibt sich die Hypothese, dass in den Familien, in denen Alkoholkonsum als Problemlösemuster bekannt ist, bestimmte familiäre Aufträge oder Rollenmuster über die Generationen schon früh mit einer Affinität zur Ausbildung einer Abhängigkeit einhergehen. Dies in vielen Fällen gerade deshalb, weil die Sucht als Symptom bekannt ist. Diese stellt sich dann in der individuellen Funktionalität paradoxerweise als versuchte Lösungsstrategie dar, einen Weg aus definierten Aufträgen und Rollenmustern finden zu können. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass die Entwicklung einer eigenen Identität angestrebt, aber vom System nicht zugelassen wird. Die Möglichkeit sich trotz der „*Verweigerung*“ des Systems dennoch diesem gegenüber abzugrenzen funktioniert nicht. Mit der Wahl einer bekannten Symptomatik bietet der Betroffene dem System und seinen Mitgliedern geradezu die Möglichkeit, bekannte, rigide Strukturen beizubehalten. Dies betrifft einerseits den Umgang der Systemmitglieder mit einem ihnen bekannten Symptom und andererseits das Festhalten an alten Rollenmustern und familiären Verquickungen. Dabei potenziert sich die Symptomatik in

ihrer Schwere über die Generationen. Dies erscheint einerseits als einzige Möglichkeit in einer eigenen Individualität wahrgenommen zu werden und kann andererseits ein Ergebnis nicht vorhandener Unterstützungsstrukturen darstellen, da die durch die geschwächte Situation der Vorgeneration nicht mehr gewährleistet werden kann. Hier kommt dann wieder der Aspekt der Reinszenierung über die Generationen ins Spiel. Jede Generation hat ihre Erfahrungen auf der horizontalen Ebene, die sie geschwächt hat. Diese wirken sich in der vertikalen Ebene durch erneute und massivere Mangelenerfahrungen aus. Ist die gleiche Symptomatik in den Elterngenerationen bereits massiv aufgetreten, reagiert das Umfeld eher mit Schweigen, Verdrängung, Harmonisierungstendenzen und Geheimniskrämerei. Dabei sind es diejenigen, die einen eigenen Missbrauch nicht thematisiert haben, die jetzt besonders die Bearbeitung der Symptomatik des eigenen Familienmitgliedes boykottieren. Hier handelt es sich nach BOWEN (1978) um eine kollektive Konfliktvermeidung. Die Tatsache, dass der Symptomträger wahrscheinlich auch einen Teil einer Triangulation<sup>S</sup> bildet, die dysfunktionale Beziehungen stabilisiert, unterstützt diese Tendenz. Wichtig bei der Betrachtung dieser Entwicklung ist die Tatsache, dass diese Mechanismen gerade deshalb funktionieren, weil mit der Erfüllung familiärer Aufträge einerseits von Anbeginn ein Mangel an emotionaler Befriedigung einhergeht. Andererseits dadurch immer der Wunsch besteht, diese eines Tages erreichen zu können. Auch die Vertreter eines systemischen Ansatzes wie SELVINI-PALAZZOLI (1975) benennen das Phänomen, das sich eine Familie in ihren Regeln und ihrer Organisation auf ein Symptom einstellt. Das System wählt einen Symptomträger und das Symptom hat dann die Funktionalität, von anderen dysfunktionalen Strukturen abzulenken und darin verharren zu können. Veränderungen, die in bestimmten Beziehungsmustern anstehen, müssen und dürfen nicht erfolgen. Das Ergebnis, dass die Symptomträger von den Systemmitgliedern mit großer Wahrscheinlichkeit schon früh in ihren Rollen ausgewählt werden, ist von großer Bedeutung für die Erklärung einer mehrgenerationalen Symptomentwicklung, dem Verlauf und der Schwere der Erkrankung sowie deren Therapierbarkeit. Daraus kann gefolgert werden, dass bei einer mehrgenerationalen Belastung durch eine Abhängigkeitserkrankung diese zugrunde liegenden familiären Dynamiken in ein Erklärungsmodell und die Planung therapeutischer Konzepte mit einbezogen werden müssen. In den Familien, in denen Sucht schon aus mehreren Generationen bekannt ist, kann davon ausgegangen werden, dass dieses Symptom im systemischen Sinne als misslungene Lösungsstrategie gilt. Geht man nun davon aus, dass ein Symptomträger eigentlich bestrebt ist, eine Individualität zu erreichen, dies aber versucht, indem er ein dem System bekanntes Symptom „bedient“, so wird er den Konsum nochmals steigern, um in der Steigerung endlich eine Individualität zu erreichen. Eine in ihren Auswirkungen als nicht funktionierend bekannte Lösungsstrategie wird nochmals potenziert. In vielen Familien lassen sich zudem Geheimnisse ausmachen, die Beziehungsdynamiken manifestieren und deren Veränderung damit erschweren. Der gesamtfamiliäre Umgang mit der Suchtproblematik gestaltet sich in den meisten Fällen ebenfalls geheimnisvoll. Dieser wenig konstruktive Umgang mit Geheimnissen ist besonders in den Familien anzutreffen, deren familiäre Strukturen besonders desolat und damit dysfunktional sind. Dies sind in der Regel besonders die Familien mit mehreren suchtmittelabhängigen Mitgliedern.

## 8.2 Funktionalitäten einer Suchterkrankung

Die Funktionalität einer Symptomatik im systemischen Kontext wird – wie im Theorieteil beschrieben – von unterschiedlichen Familientherapeuten und Systemtheoretikern im Zusammenhang mit deren Therapiemodellen diskutiert. Eine Überprüfung an dem dieser Untersuchung zugrunde liegenden Gegenstandsbereich hat es bisher jedoch nicht gegeben. So stellt die Erkenntnis, dass das Symptom der Suchtmittelabhängigkeit im familiär systemischen Kontext sowohl eine individuelle als auch eine familiäre bzw.

beziehungsgestaltende Funktion einnehmen kann, ein wichtiges Ergebnis dar. Ein Symptom kann hier auch – im systemischen Sinne - generell von anderen Familienmitgliedern übernommen, quasi „vererbt“ werden. Und dies gilt dann sowohl für die horizontale als auch die vertikale Ebene. Die Überlegung SELVINI-PAZZOLI's (1975, 1980) dass die Familie ein sich selbst organisierendes kybernetisches System sei, in dem alle Elemente vernetzt sind und das angebotene Symptom Systemfunktionen erfüllt, kann damit ebenso als zutreffend für diese Familien gelten wie die Erörterung STIERLIN's (1978), der davon ausgeht, dass sich Delegationen, wie zum Beispiel der Auftrag ein Symptom zu übernehmen, auch auf andere Familienmitglieder übertragen lassen. Und auch hier ist die Funktionalität darin zu sehen, das das familiäre System und damit die „eingespielten“ Beziehungsstrukturen aufrecht erhalten bleiben können (vergleiche auch MINUCHIN, 1977). Eine Neuorganisation kann somit verhindert werden. Diese Funktionalität wird besonders im Mehrgenerationenkontext erkennbar. Auch MCGOLDRICK et GERSON (1990) gehen davon aus, das ein bestimmtes Symptom dazu dienen kann, ein besonderes Beziehungsmuster zu erhalten oder zu vermeiden, oder das besondere Vermächtnis früherer Generationen zu schützen. Dies trifft für die Familien alkoholabhängiger Patienten zu. WATZLAWICK (1974) sieht solche Symptomverschiebungen im Zusammenhang mit der Unmöglichkeit eines Systems, eine Veränderung zweiter Ordnung einleiten zu können und damit, in alten Lösungsmustern erster Ordnung verharren zu müssen. Die gemeinsame Betrachtung der drei in dieser Studie zentralen Ebenen (horizontal, vertikal, individuell) kann als eine gute Ausgangsbasis zur Differenzierung der systemischen und individuellen Einflüsse zur Ausbildung und Aufrechterhaltung bestimmter Funktionalitäten genutzt werden. Diese wurden in den vorherigen Abschnitten ausführlich dargestellt und zusammengefasst.

### **8.3 Typisierung – Ein Schritt zur Verstehenden Typenbildung ?**

Die mit Hilfe des theoretical Sampling ausgewählten Fälle stellen für den hier definierten Gegenstandsbereich eine theoretische Sättigung dar. Damit kann davon ausgegangen werden, dass sie eine „bescheidene“ Bandbreite aufzeigen, in der sich die familienbiografischen Funktionalitäten des Alkoholkonsums auf dem Hintergrund mehrgenerationaler Muster abzeichnen können. Auf Grundlage dieser Bandbreite kann in einem nächsten Schritt der Weg hin zu einer überindividuellen Typenbildung geöffnet werden. Dazu HUBER (1973, S. 36):

*„Generell ist man sich darüber einig, dass Einzelfallstudien der Persönlichkeitsforschung als Erkundungsexperimente wertvolle Dienste leisten können (DUKES 1965; FALK, 1956; LEEPER 1963, 1964; MAHER 1966). Obwohl sich Einzelfalluntersuchungen vorerst mit den Befunden an einzelnen Individuen beschäftigen, so ist es nach LEEPER (1964, S. 394 – 396) sehr wahrscheinlich, dass man Faktoren, Prozesse und Beziehungen entdeckt, die auch für andere Individuen gelten, aber bei diesen nicht entdeckt werden konnten, solange solche Gesetzmäßigkeiten nicht an einer Person, bei welcher sie sich in ungewöhnlich prägnanter Form manifestierten, studiert wurden“.*

Die Verstehende Typenbildung mit Hilfe einer qualitativen Clusteranalyse käme als mögliches Vorgehen zur weiteren Spezifizierung und auch Verallgemeinerung gefundener Gesetzmäßigkeiten in Frage. Die Forschungsgruppe um STUHR, LAMPARTER, DENEKE et. al. (2001) hat anhand einer Studie zum Selbstkonzept von Gesunden das Vorgehen bei einer verstehenden Typenbildung beschrieben. Auf der Grundlage der Idealtypenbildung nach WEBER (1913, 1922) in der Ausgestaltung von GERHARDT (1995) wird eine qualitative

Clusteranalyse vorgestellt, in der verschiedene Cluster für einen Gegenstandsbereich gebildet werden. Zur Beschreibung dieser Cluster wird dann aus den Fällen, die in diese Ebenen eingeordnet wurden, ein Idealtypus vorgestellt, der die besondere „Bandbreite“ eines Clusters verdeutlicht. Dieses Verfahren könnte für den in dieser Studie thematisierten Gegenstandsbereich durchgeführt werden. Hier ergäbe sich zum einen die Möglichkeit, den Gegenstandsbereich der jetzt vorliegenden Untersuchung zu erweitern, und zum anderen die in dieser Studie diskutierten Fallbeschreibungen auf dem Weg zu einer Bildung von Idealtypen zu überprüfen. Aus der Typisierung der bisherigen Fallgeschichten ergibt sich die Hypothese, dass jede der Fallgeschichten in ein anderes zu definierendes Cluster einzuordnen sei, vielleicht sogar schon Teile eines Idealtypus ausmacht.

## 8.4 Kritische Anmerkungen

Während des dieser Arbeit zugrunde liegenden (Forschungs-) Prozesses wurden viele Entscheidungen getroffen und damit bestimmte Schwerpunkte gesetzt. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen bilden sich auch in den Ergebnissen ab. Im Folgenden sollen einige dieser Entscheidungen zusammenfassend reflektiert und kritisch hinterfragt werden.

### 8.4.1 Die Gütekriterien

Die Überlegungen, die zu der Entscheidung führten, einen qualitativen Zugang zu der geplanten Forschungsfrage zu wählen (Indikation des Forschungsprozesses), werden im Kapitel Fragestellung und methodischer Zugang ausführlich dargelegt. Für die – im therapeutischen Prozess stattfindende – Erhebung komplexer familiärer Daten unter Berücksichtigung einer Mehrgenerationenperspektive steht kein alternatives Erhebungsinstrument zur Verfügung. Das Genogramm stellt ein Verfahren dar, das aus langjähriger therapeutischer Praxis verschiedener Therapeuten und Wissenschaftler entstanden ist und sich in der Anwendung bewährt hat (MCGOLDRICK et GERSON 1990, GEMEINHARDT 2004). Ein standardisiertes Verfahren, das von der Arbeitsgruppe um CIERPKA (1994) entwickelt wurde, die so genannten Familienbögen hätten diesen Anspruch – quantitativ – am weitestgehenden erfüllen können. Diese wurden bereits im Rahmen von Familientherapiestudien mit jugendlichen Suchtmittelabhängigen verwendet (THOMASUS 2004). Allerdings hätte deren Einsatz ein zentrales Element dieser Untersuchung nicht möglich machen können: den direkten Kontakt zum „Untersuchungsgegenstand“, der sich in einer therapeutischen Beziehungsgestaltung aufbauen kann. Ein anderes – qualitatives – Verfahren hätte das von LUDEWIG et al. (2000) entwickelte Familienbrett dargestellt. Dies ist in der therapeutischen Praxis mit Suchtpatienten bewährt (GEMEINHARDT 2004, GEMEINHARDT et FARNBACHER 2004) und ermöglicht eine stellvertretende Aufstellungsarbeit zu familiären Themen. Beide genannten Verfahren sind jedoch nicht in der Lage, die Mehrgenerationenperspektive nachvollziehbar abzubilden. Allerdings hätte die ergänzende Anwendung eines dieser Verfahren dazu beitragen können, das von MAYRING (2002) für qualitative Forschung vorgeschlagene Gütekriterium der Triangulation<sup>Q</sup> zu erfüllen. Darauf wurde im Prozess bewusst verzichtet, da diese Verfahren eine für die vorliegende Fragestellung unerwünschte Einflussnahme auf den therapeutischen Prozess dargestellt hätten.

Um eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten, und damit die einzelnen Schritte dieses einmaligen Prozesses für andere nachvollziehbar zu machen, wird der Forschungsprozess im Verlauf des Kapitels vier differenziert dargestellt. Die langjährige therapeutische Erfahrung und Arbeit in den Bereichen Sucht und Familie, und dadurch die direkte Nähe zum Gegenstand, stellen ein Gütekriterium dar (Reflektierende Subjektivität),

das von der Untersucherin und auch weitestgehend von den „*unterstützend tätigen*“ Kolleginnen und Kollegen erfüllt wird (GEMEINHARDT 2004, GEMEINHARDT et FARNBACHER 2004, THOMASIUUS et al. 2000). Die Erfahrung in unterschiedlichen Forschungskontexten quantitativer und qualitativer Ausprägung mit einer zum Teil deutlichen Nähe zum Gegenstandsbereich trifft wiederum für alle „Beteiligten“ zu (THOMASIUUS 2004). Als sehr hilfreich erwies sich auch die „*Mischung*“ der Unterstützungseinheiten. Auf der einen Seite eine hohe familientherapeutische und Sucht – Kompetenz, auf der anderen Seite eine Kompetenz in der Beforschung therapeutischer Fragestellungen. So standen verschiedene Arbeitsgruppen zur Verfügung, die bereit und befähigt waren einen kritisch reflektierenden Prozess zu begleiten.

Mit der Wahl der Grounded Theory als Auswertungsstrategie wurde ein kodifiziertes Verfahren gewählt. Damit wird ein weiterer Aspekt des Kriteriums der Intersubjektiven Nachvollziehbarkeit erfüllt; der Forschungsprozess erhält damit zudem eine empirische Verankerung. Die Kommunikative Validierung, ein weiteres Kriterium der empirischen Verankerung, wurde in dem Sinne gewährleistet, als dass die sich im individuell stattfindenden therapeutischen Prozess gebildeten Hypothesen über die Beschaffenheit der familiären Muster und der Funktionalitäten der dargebotenen Symptomaten zusammen mit den Patienten entwickelt und reflektiert wurden. Grundsätzlich stellt die wertschätzende Würdigung des Patienten als Experte seiner Symptomatik ein wesentliches Element der systemisch therapeutischen Arbeit dar.

#### **8.4.2 Der Geltungsbereich**

Der Geltungsbereich der in dieser Untersuchung getroffenen Aussagen bewegt sich innerhalb des Gegenstandsbereiches (Kriterium der Limitation). STRAUSS et CORBIN (1996, S. 215) fassen zur Generalisierbarkeit der Ergebnisse zusammen:

*„Die Zielsetzung der Grounded Theory ist das **Spezifizieren** von Bedingungen und Konsequenzen, die bestimmte Handlungen / Interaktionen in Beziehung zu einem Phänomen hervorrufen. Die Ergebnisse sind nur auf diese bestimmten Situationen bezogen generalisierbar.“*

#### **8.4.3 Die Untersuchungsschwerpunkte**

In einem derart umfangreichen „*Forschungsfeld*“ wie der mehrgenerationalen Betrachtung familiärer Muster müssen von Anbeginn und auch im Verlauf Entscheidungen getroffen werden, die die Fokussierung von Themenbereichen immer mehr differenzieren. Dieser Entscheidungsprozess wird im Folgenden durch eine Darstellung bestimmter Entscheidungen nachvollziehbar gemacht.

##### **8.4.3.1 System Familie**

Der Schwerpunkt bei der vorliegenden Untersuchung liegt eindeutig auf der Betrachtung der vertikalen und horizontalen Ebenen der familiären Systeme von sechs ausgewählten Patienten. In einigen Fällen war es für die Patienten schwer, ausreichende Informationen über alle Familienmitglieder zu sammeln. Da alleine die Tatsache, sich in einen solchen recherchierenden Prozess zu begeben, eine massive therapeutische Intervention darstellt, oblag es den einzelnen Patienten, zu entscheiden, wie sehr sie bei verschiedenen Familienmitgliedern insistierten, um an fehlende Informationen zu gelangen. Wenn im

therapeutischen Prozess deutlich wurde, dass die Beschaffung bestimmter fehlender Informationen ein wichtiges „Puzzleteil“ im therapeutischen Vorankommen darstellen könnte, wurde dies besonders thematisiert. Der Erfolg war dann oftmals ein erneutes „Nachhaken“ auf Seiten der Patienten. Dies zeigte sich besonders deutlich in der Geschichte der Familie Dorn: die Mutter des Patienten konnte sich anfangs nicht an ihr Hochzeitsdatum erinnern. So konnte sowohl der „Einsatz“ auf Seiten der Patienten als auch der gesamtfamiliäre „Einsatz“ für die Beschaffung solcher Informationen in Hypothesen einfließen, die im therapeutischen Prozess gebildet und reflektiert wurden. Und dennoch, die Arbeit mit einem Genogramm hat als Ziel nicht die Vollständigkeit aller Daten – wie dies zum Beispiel bei der Entwicklung eines Stammbaumes das Ziel eines Ahnenforschers wäre – sondern die Betrachtung familiärer Muster unter den in der Beschreibung der Untersuchung benannten Schwerpunkten. Kritisch anzumerken ist hier die Tatsache, dass es wahrscheinlich ist, dass die Ergebnisse sich in einigen Bereichen anders dargestellt hätten, wenn andere Familienmitglieder an den Sitzungen teilgenommen hätten. Diese – zur Beantwortung verschiedenster Fragestellungen durchaus hilfreiche – Möglichkeit wurde in dieser Studie explizit von Anfang an ausgeschlossen. Einerseits hätte die Fragestellung eine andere sein müssen und andererseits waren die geplanten stationären Aufenthaltszeiten der Patienten zu kurz, um in einen solchen, noch intensiveren therapeutischen Prozess „einzusteigen“. Allerdings gab es grundsätzlich die Möglichkeit, dringliche Thematiken gezielt auch während des Aufenthaltes in einem Familiengespräch zu erörtern.<sup>18</sup>

### 8.4.3.2 Arbeitssituation und umliegende Systeme

Die Einflussnahme umliegender Systeme auf unterschiedliche Faktoren des innerfamiliären Miteinanders ist unbestritten und wurde bereits im Kapitel drei ansatzweise diskutiert. Auch in der vorliegenden Untersuchung zeigten sich Einflussfaktoren besonders aus den Bereichen der Arbeitswelt. So wurde in den Familien Ebeling und Faber die besondere familiäre Verquickung bei solchen Familien deutlich, die über Generationen versuchen einen Familienbetrieb zu führen und zu erhalten. Bei den Familien Albrecht und Clausen zeigte sich, dass auch eine externe Arbeitssituation über die Generationen „vererbt“ werden kann. In der Familie Clausen wird der positive Einfluss von professionellen Betreuungseinrichtungen speziell für die Kinder der Patientin ersichtlich. Und dennoch war die Betrachtung dieser Einflussfaktoren kein Schwerpunktthema dieser Untersuchung. Eine explizite Ausweitung auf diese Themen hätte den „machbaren“ Rahmen gesprengt.

### 8.4.3.3 Historische Perspektive

Ein weiterer Punkt, der bei der Betrachtung familiärer Biografien über mehrere Generationen diskutiert werden muss ist die gleichzeitig stattfindende historisch-gesellschaftliche Entwicklung. In den von MCGOLDRICK et GERSON (1990) vorgegebenen Kategorien ist eine Betrachtung historischer Ereignisse, sowie deren Einfluss auf das familiäre System vorgegeben. Dieser wurde bei der Erhebung der Genogramme berücksichtigt und bei der jeweiligen Auswertung diskutiert. Allerdings fand diese Betrachtung bewusst in einem bescheidenen Rahmen statt. Eine umfangreichere Diskussion der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung und deren möglicher Auswirkungen auf das Gestalten des familiären Miteinanders war im vorgesehenen Untersuchungsrahmen nicht leistbar. Einen wichtigen Einfluss haben auf jeden Fall die gesellschaftlichen Umgangsformen und die in diesen Zeiten vorherrschenden Behandlungsstrategien von Suchtkranken. Wie im Kapitel drei dieser Arbeit geschildert, hatte z.B. der Nationalsozialismus gravierende Folgen auf die Trinkgewohnheiten der Bevölkerung. Zudem drohte Menschen mit einer

---

<sup>18</sup> Ein solches Gespräch fand mit der Patientin Frau Faber und ihren Kindern statt.

Alkoholabhängigkeit die dauerhafte Unterbringung in einer Psychiatrie, die Deportation in ein Konzentrationslager oder die Zwangssterilisation. Alkoholismus wurde erst 1968 in Deutschland als Krankheit anerkannt. Vorher wurden verschiedene andere psychiatrische Diagnosen verwendet. So lässt sich in der Familie Clausen das geheimnisvolle Nervenleiden der Großmutter, das einige Psychiatrieaufenthalte zur Folge hatte, nur „*unter vorgehaltener Hand*“ als Suchterkrankung kategorisieren. Statistiken über die Häufigkeit von Suchtdiagnosen aus diesen Zeiten liegen nicht vor. Interessant ist allerdings die Tatsache, dass sich die Menge des verkonsumierten Alkohols in den (wie in der Abbildung in Kapitel drei zu sehen) Zeiten zwischen 1870 und 1989 nicht grundsätzlich unterscheidet. Während der beiden Weltkriege sind die offiziellen Zahlen gesunken; es muss aber davon ausgegangen werden, dass in diesen Zeiten vermehrt illegal gebrannter Alkohol konsumiert wurde, wenn es genügend Kartoffeln oder Korn gab. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist auch die unterschiedliche Akzeptanz im Rahmen der Geschlechterverteilung. Alkoholkonsumierende Frauen „*erobern*“ sich erst in den heutigen Zeiten eine „*gleichwertige*“ Stellung gegenüber den Männern. Daraus ist möglicherweise erklärbar, dass eine Alkoholabhängigkeit in der Großelterngeneration eher bei den Männern zu finden ist. Die Frauen wiesen eher eine Tablettenabhängigkeit auf. So spiegelt die Entwicklung der Familie Clausen auf makabre Weise eine geschichtliche Entwicklung wieder: die Großmutter und die Mutter der Patientin wählen Tabletten als „*ihr*“ Suchtmittel, die Patientin den Alkohol.

#### **8.4.4 Der therapeutische Prozess**

Die Genogramme, die dieser Untersuchung zugrunde liegen, wurden im Rahmen eines vorher zeitlich vorgegebenen Therapieprozesses erhoben. Die Qualifizierte Entzugsbehandlung, die die Grundlage für diesen Prozess darstellt, bekommt von den Kostenträgern eine Dauer von bis zu 20 Behandlungstagen zugestanden. Somit sind auch die bearbeitbaren Themen und die Ziele eines solchen Prozesses einer festen zeitlichen Struktur unterworfen. Die Intervention, familiäre Muster zu betrachten, um damit eine mögliche familiäre Verstrickung aufzulösen stellt eine mächtige therapeutische Intervention dar, deren Grenzen in einem solch begrenzten zeitlichen Rahmen von Anbeginn den therapeutischen Prozess beeinflussen müssen. So war es therapeutisch nicht verantwortbar, bestimmte, für die Patienten traumatische Themen, anders als mit dem Versuch der Stabilisierung zu bearbeiten. Dieses bedeutet, dass es mögliche Themen und auch familiäre Muster geben könnte, die in dieser Untersuchung aus genannten Gründen nicht differenziert einfließen.

#### **8.5 Implikationen für die therapeutische Praxis**

In dieser Untersuchung wurden die Funktionen erörtert, die der Konsum eines Suchtmittels nicht nur für den einzelnen Patienten, sondern auch für das ihn umgebende System haben kann. Eine wichtige Erkenntnis, die nachhaltige Folgen für die Behandlung von Suchtpatienten haben sollte, ist die, dass sowohl die Symptomatik als auch deren Funktion über die Generationen „*weitergegeben*“ werden kann. Dazu gehört die Beobachtung, dass es in einigen Familien bereits ein normatives Muster im Umgang mit einer Suchterkrankung gibt, und Sucht somit ein normatives Geschehen im familiären Miteinander bedeutet. Damit wird die Notwendigkeit von Behandlungsmodellen von Suchtkranken untermauert, die die Reflektion familiärer Dynamiken als eine der wichtigsten Interventionen betrachten. Hier gibt es zum einen die Aufgabe, familiäre Muster zu entschlüsseln und Aufträge zu erkennen, um diese dann gezielt therapeutisch aufzulösen. Andererseits muss der Versuch unternommen werden, die Funktionalität einer Symptomatik im Beziehungsgeschehen und familiären Miteinander zu erkennen. Aber gerade dies stellt eine große Herausforderung an Behandler und Familien dar. Die Überlegung dessen, ob oder wie das umgebende familiäre System

davon profitieren könnte, wenn der Betroffene nicht mehr als Symptomträger zur Verfügung steht, ist ein entscheidender therapeutischer Schritt. Denn der Symptomträger hat in der Übernahme dieser Rolle lange Zeit dafür gesorgt, dass das System eine Neustrukturierung verhindern kann. In der therapeutischen Praxis gibt es die Beobachtung, dass mit einer Abstinenz ein wesentlicher Umbruch im Beziehungsgeschehen auf unterschiedlichen Ebenen einhergehen muss. Dies wird durch die vorliegenden Ergebnisse untermauert. Bewältigt das System diese schwierige Herausforderung nicht, dann ist eine erneute „Zuflucht“, „ein Rückfall“ in die bekannte Symptomatik zu erwarten. Und dies kann von unterschiedlichen Personen des Systems „initiiert“ werden. Das bedeutet, dass die Patienten aber auch das System in ihren Ressourcen gestärkt werden müssen, um eigenverantwortlich für sich und ihre Position in Partnerschaft und Familie eintreten zu können. Dies kann therapeutisch dadurch geschehen, dass die individuelle aber auch die systemische Funktionalität der Symptomatik im therapeutischen Prozess deutlich und – möglichst für alle direkt Beteiligten – nachvollziehbar wird. Die systemische Therapie hält Erfolg versprechende Interventionen vor, die auch in andere Ansätze integriert werden könnten (THOMASIU et al. 2000, GEMEINHARDT et FARNBACHER 2004). So können die vorliegenden Ergebnisse gut in die therapeutische Praxis und bestehende Behandlungsmodelle integriert werden. Besonders zu betonen ist hier der Aspekt der Wertschätzung der Behandler gegenüber der „schweren Arbeit“, die nicht nur der Patient, sondern auch andere Familienmitglieder auf dem Weg leisten, eine wenig Erfolg versprechende „Lösungsstrategie“ in eine erfolgreiche zu verwandeln. Mögliche Ansprechpartner gerade von betroffenen Kindern, wie Lehrer, Erzieher oder Ärzte sollten – auch im Rahmen präventiver Konzepte - lernen Gesprächsbereitschaft zu signalisieren, Kinder ernst zu nehmen und mit deren vielleicht „verschlüsselten“ Informationen behutsam und verständnisvoll umzugehen. Und dies gilt sowohl für die „nassen“ als auch die abstinenten Zeiten. Auf jeden Fall machen die Ergebnisse Mut, weiterhin verschiedene familientherapeutische Modelle in die Suchtarbeit zu integrieren und gerade auch bei „schweren“ Fällen diese Arbeit auf zu nehmen. Das Genogramm kann hier als therapeutische Intervention und Diagnostikum wertvolle Hilfe leisten.

## 8.6 Implikationen für die Forschung

Die vorliegende Untersuchung ist eine Pilotstudie, die dazu dienen soll, aus den Ergebnissen weiterführende Fragestellungen zu generieren. Dabei ergeben sich folgende Schwerpunkte:

### 8.6.1 Verstehende Typenbildung

In der Aufarbeitung der Fragestellung wurden erste Schritte in die Richtung einer verstehenden Typenbildung unternommen, die weiterführend aufgegriffen werden könnten. Einige Ideen dazu wurden bereits in diesem Kapitel erörtert. Interessant erscheint auf jeden Fall die Ausweitung des Gegenstandsbereiches. Diese könnte über die Erweiterung des institutionellen Rahmens aber auch die Einbeziehung von Patienten mit anderen Abhängigkeiten oder Symptomatiken geschehen.

### 8.6.2 Familiäre Muster und Funktionalitäten

Die Frage danach, wie sich familiäre Muster in solchen Familien gestalten, in denen ein anderes Suchtmittel oder aber eine andere psychiatrische Erkrankung im Zentrum steht, ergibt sich fast zwangsläufig aus den Ergebnissen. Hier könnten Vergleichsstudien ebenfalls unter Einsatz des Genogrammes durchgeführt werden, die an einem bestimmten Punkt mit den vorliegenden Ergebnissen zusammengeführt werden. Aus der Erkenntnis heraus, dass die Symptomträger früh eine familiäre Funktion übernehmen, ergibt sich die Hypothese, dass es



auch bei anderen Krankheitsbildern eine Tendenz gibt, die zentrale Symptomatik über die Generationen „weiter zu reichen“. Eine genauere Spezifizierung dessen, wer – möglicherweise mehrgenerational - in einer Geschwisterposition diese Rolle übernimmt, schließt sich an und ist wiederum für verschiedene Symptomatiken interessant.

### 8.6.3 Stressresistenzmodelle

Im Rahmen von Konzepten, die ausgewählte Fragestellungen zur Stressverarbeitung in den Mittelpunkt nehmen, wie dem Ansatz der Salutogenese (ANTONOVSKY 1992, 1993) oder dem Resilienz - (GARMEZY 1974) bzw. Invulnerabilitätskonzept (LÖSEL et al. 1990) wäre es interessant, „gesunde“ (erwachsene) Kinder von Suchtpatienten zu untersuchen mit dem Ziel, diejenigen protektiven Faktoren heraus zu finden, die es ihnen ermöglichten, in schwierigen Lebenssituationen gesund zu bleiben. Auch hier bietet sich das Genogramm als Erhebungsinstrument an. Allerdings sollte hier neben der Betrachtung der Mehrgenerationenperspektive ein besonderer Schwerpunkt darauf gelegt werden, ob es Familienmitglieder oder auch Personen aus umgebenden Netzwerken gegeben hat oder gibt, die Unterstützung geboten haben. Die im Theorieteil vorgestellte Untersuchung von WOLIN et WOLIN (1995) auf der Grundlage des Resilienzkonzeptes zeigt in diese Richtung. Interessant wäre hier auch die Idee, „gesunde“ Geschwister von Alkoholabhängigen gemeinsam mit den Patienten nach Mustern in den Vorgenerationen zu befragen, um unterstützende oder eben auch schwächende Einflüsse gemeinsam zu diskutieren. Zentral ist hier natürlich die Frage danach, ob mit einer Geschwisterposition auch schon eine familiäre Rolle definiert wird.

### 8.6.4 Therapieverlaufsstudien

In Therapieverlaufsstudien würde besonders die Frage interessieren, ob und wie es möglich ist, die systemischen Funktionalitäten mit Einzelnen oder auch gemeinsam mit deren Familien heraus zu arbeiten und durch neue, erfolgreiche Muster des Umgangs zu ersetzen. Wie gestalten sich die familiären (Beziehungs-)Systeme, wenn das Symptom, das so lange Mittelpunkt des familiären Geschehens war, nicht mehr existiert. Ein interessanter erster Schritt für die Beantwortung einer solchen Fragestellung wäre die Exploration von Paaren, die diesen Veränderungsprozess erfolgreich gestalten konnten. Der Schwerpunkt läge hier beispielsweise auf der Exploration protektiver Faktoren, die sich aus der Beziehungsdynamik ergeben und die Frage danach, welche Art der Unterstützung von außen hilfreich war.

### 8.6.5 Das Genogramm als Forschungsinstrument

Das Genogramm hat sich in dieser Untersuchung als Forschungsinstrument bewährt. Es ist sehr gut einsetzbar in therapeutischen, diagnostischen und wissenschaftlichen Prozessen. Die von MCGOLDRICK et GERSON (1990) vorgeschlagenen Kategorien geben einen möglichen Rahmen für die Erhebung oder Auswertung von Daten vor und können der Fragestellung angepasst werden. Es bietet verschiedenste Variationsmöglichkeiten zur Erhebung familiärer Daten und die Erstellung von Hypothesen für weiterführende Untersuchungen. Gerade die Möglichkeit der Verwendung in unterschiedlichen Settings, wie der Arbeit mit Einzelnen, Paaren oder Familien, stellt einen weiteren Vorteil dar. Ein wichtiges Argument für den Einsatz in der Therapieforschung ist auch die Möglichkeit einerseits einen offenen, im Prozess stattfindenden Prozess zu generieren, andererseits aber auch die Möglichkeit zu haben, Ergebnisse unterschiedlichster Fragestellungen und Prozesse miteinander zu vergleichen

*„Nichts wirkt seelisch stärker auf die menschliche Umgebung,  
besonders auf die Kinder, als das ungeliebte Leben der Eltern.“*

C. G. Jung

## 9 Literaturverzeichnis

- ADAMASZEK, R. (2001): Familien – Biographik. Therapeutische Entschlüsselung und Wandlung von Schicksalsbindungen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- ANTONOVSKY, A. (1992): The behavioural sciences and academic family medicine: An alternative view. *Family Systems Medicine* 10, 283-291.
- ANTONOVSKY, A. (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. *In: Franke, A., Broda, M. (Hrsg): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept.* Tübingen: DGVT. 3-14.
- BARNOW, S.; LUCHT, M.; FISCHER, W.; FREYBERGER, H. J. (2001): Trinkverhalten und psychosoziale Belastungen bei Kindern alkoholkranker Eltern (CoAs). *Suchttherapie* 2, 137-142.
- BERTALANFFY, L.V.(1932): Theoretische Biologie. Berlin: Borntraeger.
- BERTALANFFY, L.V. (1950): The theory of open physics in physics and biology. *Science* 3, 23-29.
- BERTALANFFY, L.V. (1968): General Systems Theory. New York: Braziller.
- BÖHM, A. (2003): Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. *In: Flick, U.; v. Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.) Qualitative Forschung: Ein Handbuch.* Hamburg: Rowohlt 475-485.
- BOSZORMENYI-NAGY, I.; SPARK, G. (1973): Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Stuttgart: Klett-Cotta.
- BOWEN, M. (1976): Theory in the practice of psychotherapy. *In: P. Guerin (Hrsg.): Family Therapy.* New York: Gardner.
- BOWEN, M. (1978): Family Therapy in Clinical Practice. New York: J. Aronson.
- BRONFENBRENNER, U. (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart: Klett – Cotta.
- CANCRINI, K.; CINGOLANE, S.; COMPAGONO, F. (1988): Juvenile drug addiction: A typology of heroin addicts and their families. *Family Process* 27, 261-271.
- CARTER, E.A. (1978): Transgenerational Scripts and nuclear family stress: Theory and clinical implications. *In: R.R. Sager (Ed.) Georgetown family symposium III (1975-1976).* Washington, D.C.: Georgetown University.

- CERMAK, T. L. (1986): *Diagnosing and Treating Co - Dependence*. Minneapolis: Johnson Institute Books.
- CHENAIL, R. J. (1994): *Qualitative Research and Clinical Work: "Privatization" and "Publication"*. *In: The Qualitative Report*, 2, 1 (E-Mail Journal).
- CIERPKA, M.; FREVERT, G. (1994): *Die Familienbögen – Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen*. Göttingen: Hogrefe.
- CIRILLO, S.; BERRINI, R.; CAMBIASO, G.; MAZZA, R. (1998): *Die Familie des Drogensüchtigen eine mehrgenerationale Perspektive*. Stuttgart: Klett Cotta.
- CLEVELAND, M. (1982): *Familien- und Drogenabhängigkeit von Jugendlichen: Strukturanalyse der familiären Rollen von Kindern*. *Familiendynamik* 7 (3), 265-283.
- DEISSLER, K.D.; ZITTERBARTH, W. (1996): *Psychotherapieforschung als sozialer Diskurs – Vorschlag zur qualitativen Erforschung therapeutischer Zusammenarbeit*. *In: Zeitschrift für systemische Therapie* 14 (2), 88-97.
- DICK, B. (1995): *Stage holders and Participation*. *In: Action Research and Evaluation online (Session 7)*. Internet: Arlist – File.
- DUKES, W. F. (1965): *N=1*. *Psychological Bulletin* 64, 74-79.
- ECO, U. (1985): *Hörner, Hufen, Sohlen. Einige Hypothesen zu drei Abduktionstypen*. *In: Eco, U.; Sebeok, T. A. (Hrsg.) Der Zirkel oder Im Zeichen der Drei*. München: Dupin, Holmes, Peirce, 288-320.
- FALK, J., L. (1956): *Issues distinguishing idiographic from nomothetic approaches to personality theory*. *Psychological Review* 63, 53-62.
- FLICK, U. (2003): *Design und Prozess qualitativer Forschung*. *In: Flick, U.; v. Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.) Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Hamburg: Rowohlt, 252-265.
- FLICK, U.; v. KARDORFF, E.; STEINKE, I. (2003): *Was ist qualitative Forschung?* *In: Flick, U.; v. Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.) Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Hamburg: Rowohlt, 13-29.
- FRAMO, J. L. (1965): *Beweggründe und Techniken der intensiven Familientherapie*. *In: Boszormenyi-Nagy, J. Framo (Hrsg.) (1965): Familientherapie I*, Hamburg: Rowohlt, 169-243.
- GARMEZY, N. (1974): *The study of Competence in Children at Risk for Severe Psychopathology*. *In: Anthony, E.; Koupernik, C. (Eds.): The Child in His Family*. 3 New York: Willey 77-97.

- GEMEINHARDT, B. (2004): Komorbidität: Ein Therapieangebot für Patienten mit dem Schwerpunkt Sucht und Angst am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf – Ein Fallbeispiel. *Suchttherapie* 5. Stuttgart: Georg Thieme, 80-82.
- GEMEINHARDT, B.; FARNBACHER, G. (2004): Sucht und Familie. *In: Krausz, M.; Haasen, C. (Hrsg.) Kompendium Sucht.* Stuttgart: Georg Thieme, 71-82.
- GERHARDT, U. (1995): Typenbildung. *In: Flick, U.; v. Kardorff, E.; Keupp, H.; v. Rosenstiel, L.; Wolff, S. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung.* Weinheim: Beltz.
- GLASER, B. G. (1978): *Theoretical Sensibility*, Mill Valley: Sociology Press.
- GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L., (1967): *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research.* Chicago: Aldine.
- GARTHOFF, R. (1989): *Milieu und Lebenswelt.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- HALEY, J. (1977): *Direktive Familientherapie.* München: Pfeiffer.
- HILDENBRAND, B. (2003): Anselm Strauss. *In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung: Ein Handbuch.* Hamburg: Rowohlt, 32-42.
- HILDENBRAND, B. (1999): *Fallrekonstruktive Familienforschung.* Opladen: Leske und Budrich.
- HUBER, P. H. (1973): *Psychometrische Einzelfalldiagnostik.* Weinheim und Basel: Beltz.
- IMBER-BLACK, E. (Hrsg.) (1995): *Geheimnisse und Tabus in Familie und Familientherapie.* Freiburg: Lambertus.
- IMBER-BLACK, E. (Hrsg.) (1999): *Die Macht des Schweigens. Geheimnisse in der Familie.* Stuttgart: Klett Cotta.
- JOHNSON, H. (1995): *Das Genogramm in der systemischen Persönlichkeitsanalyse. In: Mensch und System.* Wittlich.
- KAISER, P. (1989): *Familien-Erinnerungen.* Heidelberg: Asanger.
- KRESTAN, J.-O.; BEPKO, C. (1995): *Über Lügen, Geheimnisse und Schweigen: Die vielfachen Ebenen der Verleugnung in suchtkranken Familien. In: Imber-Black, E.(Hrsg.). Geheimnisse und Tabus in Familie und Familientherapie.* Heidelberg: Lambertus.
- LAMBROU, U. (1990): *Familienkrankheit Alkoholismus.* Hamburg: Rowohlt.

- LEEPER, R.W. (1963): Learning and the fields of perception, motivation and personality. *In:* Koch, S. (Ed.) Psychology: A Study of Science 5. New York: McGraw Hill.
- LEEPER, R.W. (1964): Theoretical methodology in the psychology of personality. *In:* Marx, M.H. (Ed.) Theories in contemporary Psychology. New York: McGraw Hill.
- LINCOLN, Y.S., GUBA, E.G. (1985): Naturalistic Inquiry. Beverly Hills: Sage.
- LINDENMEYER, J. (2001): Lieber schlau als blau. Weinheim: Beltz.
- LÖSEL, F.; BLIESENER, T.; KÖFERL, P. (1990): Psychische Gesundheit trotz Risikobelastung in der Kindheit: Untersuchungen zur „Invulnerabilität“. *In:* Seifge-Krenke, I. (Hrsg.): Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Bd. IV: Krankheitsverarbeitung von Kindern und Jugendlichen. Berlin: Springer, 103-123.
- LUDEWIG, K., Wilken, U. (2000): Das Familienbrett. Hogrefe: Göttingen.
- MAHER, B.A. (1966): Principles of Psychopathology. New York: McGraw Hill.
- MAYRING, P. (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
- MCGOLDRICK, M.; GERSON; M.R. (1990): Genogramme in der Familienberatung. Huber: Bern.
- MINUCHIN, S. (1977): Familie und Familientherapie. Freiburg: Lambertus.
- MINUCHIN, S.; ROSMAN, B.; BAKER, L (1978): Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart: Klett Cotta.
- MINUCHIN, S. (1998): Strukturelle Familientherapie. Die Aktivierung von Alternativen im therapeutischen System. *In:* Textor, M. R. (Hrsg.) Das Buch der Familientherapie. Eschborn: Klotz, 82-108.
- MOSER, H. (1995): Grundlagen der Praxisforschung. Freiburg: Lambertus.
- OEVERMANN, U.; ALLERT, T.; KONAU, E.; KRAMBECK, J. (1979): Die Methodologie einer „Objektiven Hermeneutik“ und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. *In:* Soeffner, H.-G. (Hrsg.): Interpretative Verfahren in den Sozial und Textwissenschaften. Stuttgart: Metzler, 352-434.
- REICHERTZ, J. (2003): Objektive Hermeneutik und hermeneutische Wissenssoziologie. *In:* Flick, U.; v. Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt, 514-523.
- RENNERT, M. (1990): Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg: Lambertus.

- SCHNEIDER, B.; ARTHOLD, W.; GAGEL, D.; HILLEN, P.; MUND, H. (1994): Aktionsforschung: Partizipative und prozessorientierte Methoden in der Entwicklungszusammenarbeit. *In*: Gagel, D. (Hrsg.), Aktionsforschung und Kleingewerbeförderung. München: Weltforum.
- SELVINI-PALAZZOLI, M.; BOSCOLO, L.; CECCHIN, G.; PRATA, G. (1980): Hypothesis-Zirkularität – Neutralität: drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik* 6, 123-139.
- SELVINI-PALLAZOLI, M.; BOSCOLO, L.; CECCHIN, G.; PRATA, G. (1975): Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart: Klett Cotta.
- SIMON, F. (2002). Familien und Unternehmen. *In*: Simon, B. (Hrsg.) Die Familie des Familienunternehmens. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme, 17-34.
- SPODE, H. (1993): Die Macht der Trunkenheit. Kultur – und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich.
- STACHOWSKE, R. (2002): Mehrgenerationentherapie und Genogramme in der Drogenhilfe. Heidelberg: Asanger.
- STANTON et TODD (1983): Strukturelle Familientherapie mit Drogenabhängigen. *In*: Kaufmann, E., Kaufmann, P.N 1983: Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Freiburg: Lambertus, 61-83.
- STANTON, M.D.; SHADISH W. R (1997): Outcome, Attrition, and Family-Couples Treatment for Drug Abuse: A Meta Analysis and Review of the Controlled, Comparative studies, *Psychological Bulletin* 122, (2), 170-191.
- STAR, S. L. (1997): Anselm Strauss: An Appreciation. *Sociological Research Online* 2, 1-8.
- STEINGLASS, P.; BENNET, L.; STEVEN, A.; WOOLIN, J.; REIS, D. (1987): The alcoholic family, New York: BasicBooks.
- STEINKE, I. (2003): Gütekriterien qualitativer Forschung. *In*: Flick, U.; v. Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.) *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Hamburg: Rowohlt, 319-331.
- STIERLIN, H. (1974): Eltern und Kinder. Das Drama von Trennung und Versöhnung im Jugendalter. Frankfurt: Suhrkamp.
- STIERLIN, H. (1994): Ich und die anderen. Stuttgart: Klett Cotta.
- STRAUSS, A.L. (1987): *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge: University Press.

- STRAUSS, A. L. (1991): Grundlagen qualitativer Sozialforschung – Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München: Fink.
- STRAUSS, A. et CORBIN, J. (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- STUHR, U.; BAHR, O.; SCHARRE, M. (1984): Die Entstehung psychosomatischer Erkrankungen aus dem Einfluss der Arbeitssituation auf das Familienleben. Familiendynamik Stuttgart: Klett Cotta 9, 148-159.
- STUHR, U.; LAMPARTER, U.; DENEKE, F.-W.; OPPERMANN, M.; HÖPPNER-DEYMAN, S.; BÜHRING, B.; TRUKENMÜLLER, M. (2001): Das Selbstkonzept von „Gesunden“. Verstehende Typenbildung von Laien-Konzepten sich gesund fühlender Menschen. Psychother. Soz. 3, (2) Vandenhoeck & Ruprecht 98-118.
- STUHR, U. (2004): Qualitative Ansätze in der Psychotherapieforschung. *In: Leuzinger-Bohleber, M.; Deserno, H., Hau, S. (Hrsg.): Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Stuttgart: Kohlhammer, 160-171.*
- SZAPOCZNIK, J.; PEREZ-VIDAL, A.; BRICKMAN, A.L. (1988): Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: a strategic structural systems approach. *Journal of Consulting and Clinical psychology* 56, 552-557.
- THOMASIU, R. (Hrsg.) (2004): Familientherapeutische Frühbehandlung des Drogenmissbrauchs. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- THOMASIU, R.; GEMEINHARDT, B.; SCHINDLER, A. (2000): Familientherapie und systemische Therapie bei Suchterkrankungen. *In: Thomasius R (Hrsg): Psychotherapie der Suchterkrankungen. Reihe Lindauer Psychotherapie-Module. Stuttgart: Georg Thieme, 122-146.*
- V. SCHLIPPE (1993): Familientherapie im Überblick. Paderborn: Jungfermann.
- V. SCHLIPPE, A.; KRIZ, J. (1993): Skulpturarbeit und zirkuläres Fragen. Eine integrative Perspektive auf zwei systemtherapeutische Techniken aus Sicht der personenzentrierten Systemtheorie. *In: Integrative Therapie* 19 (3), 222-241.
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.H.; JACKSON, D.D. (1969): Menschliche Kommunikation. Bern: Huber.
- WATZLAWICK, P.; WEAKLAND, J.H.; FISCH, R. (1974): Lösungen - Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Bern: Huber.
- WEBER, G.; STIERLIN, H. (1989): In Liebe entzweit: die Heidelberger Therapie der Magersucht. Hamburg: Rowohlt.



WELTER-ENDERLIN, R.; HILDENBRAND, B. (1996): Systemische Therapie als Begegnung. Stuttgart: Clett Cotta.

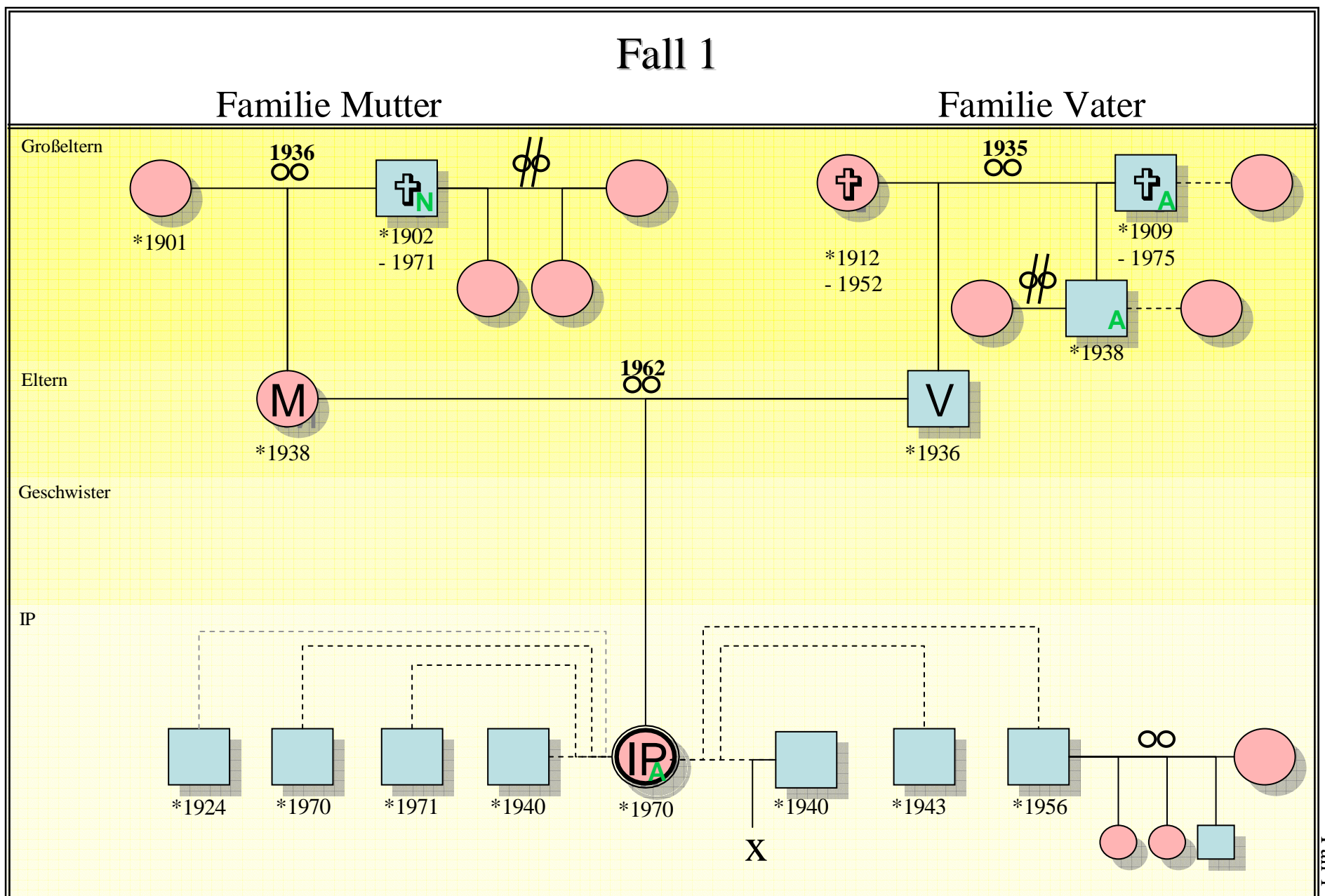
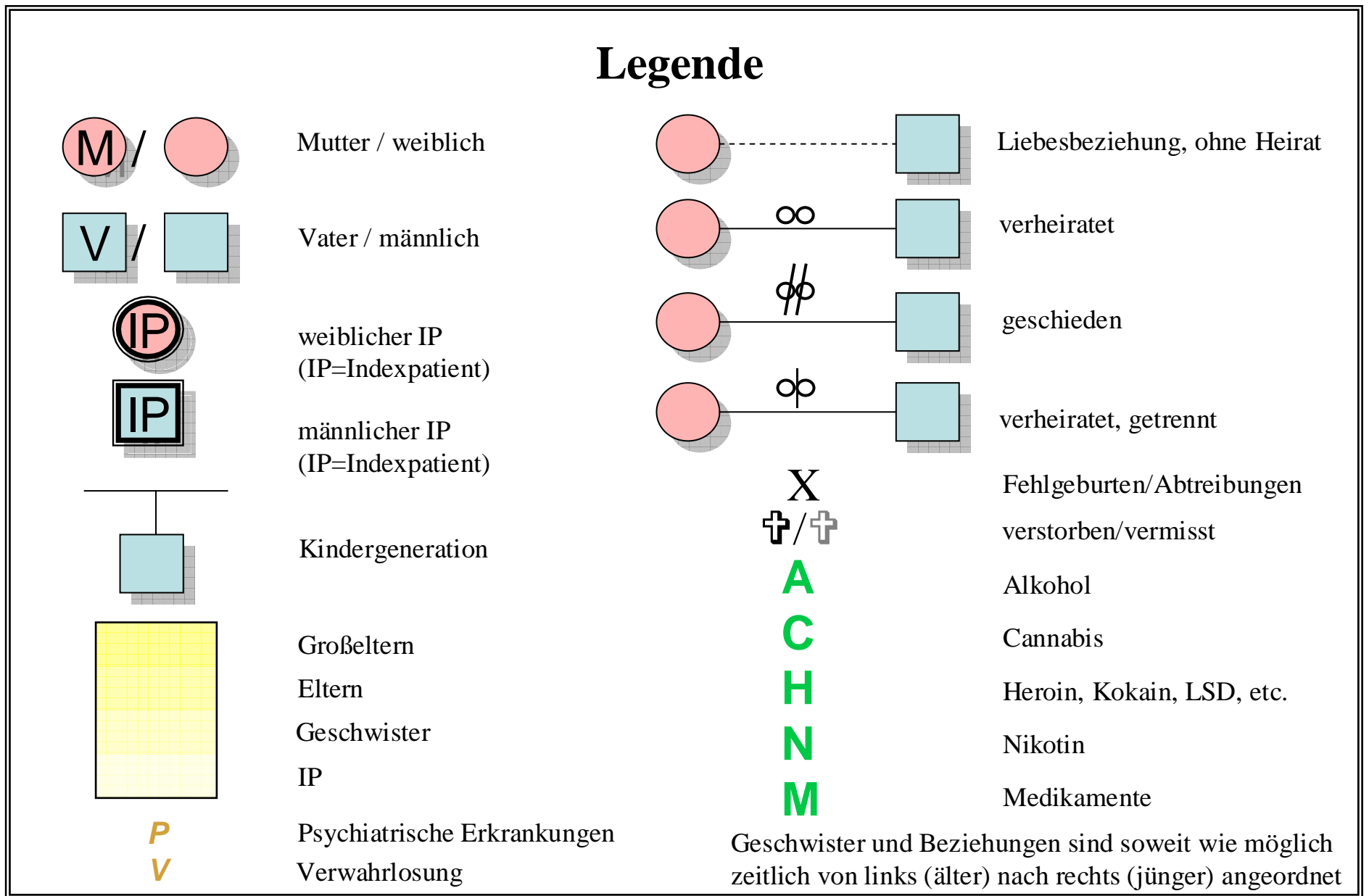
WELTER-ENDERLIN, R.; HILDENBRAND, B. (1998): Gefühle und Systeme. Heidelberg: Carl-Auer.

WIEDEMANN, P. (1995): Gegenstandsnahe Theoriebildung. *In*: Flick, U.; v. Kardorff, E.; Keupp, H.; v. Rosenstiel, L.; Wolff, S. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz, 440-445.

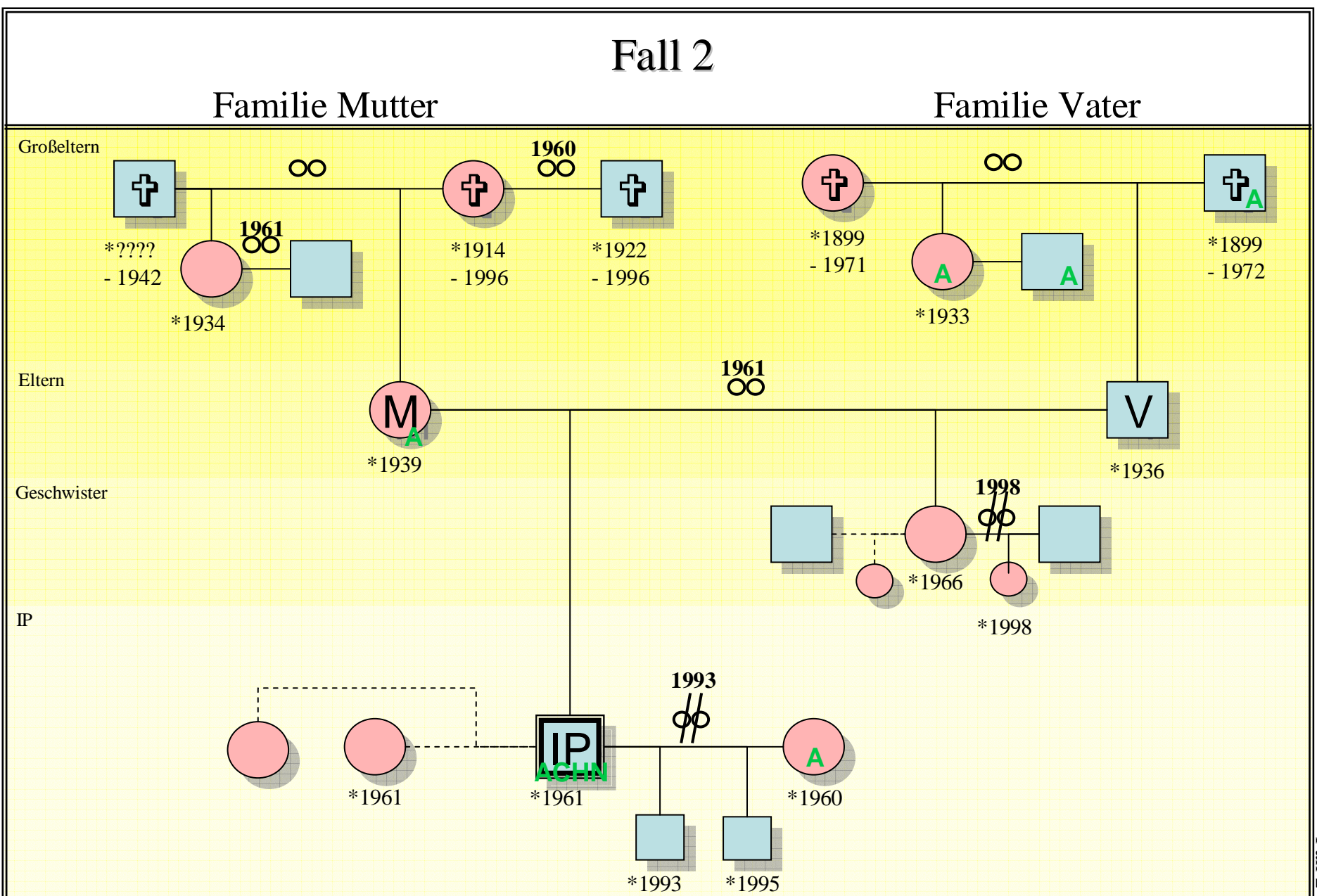
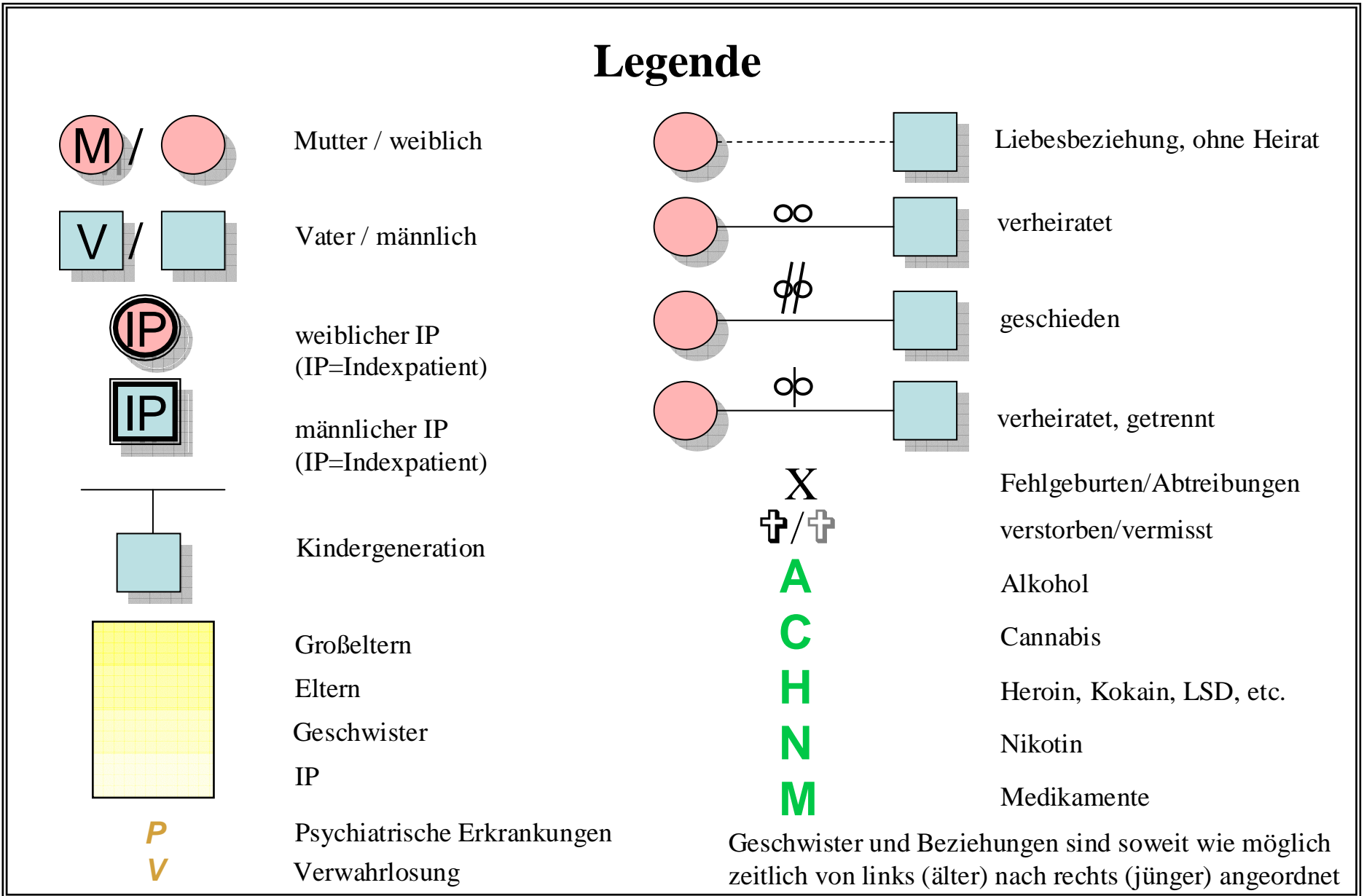
WOLIN, S.; WOLIN, S. (1995): Resilience among youth growing up in substance – abusing families. *Substance Abuse*.

# 10 AnlagenGenogramm Fall

## 10.1 Genogramm Fall 1

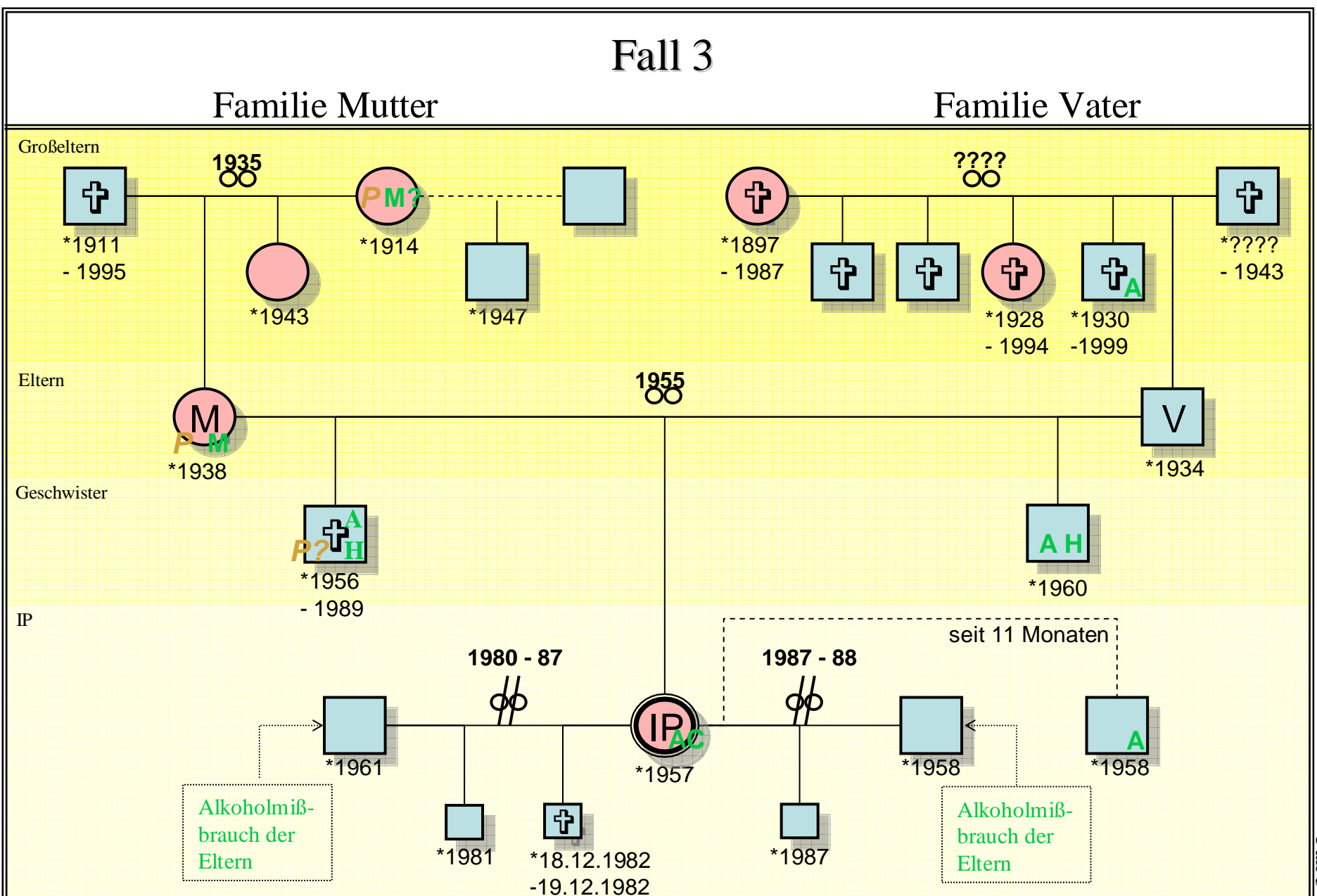
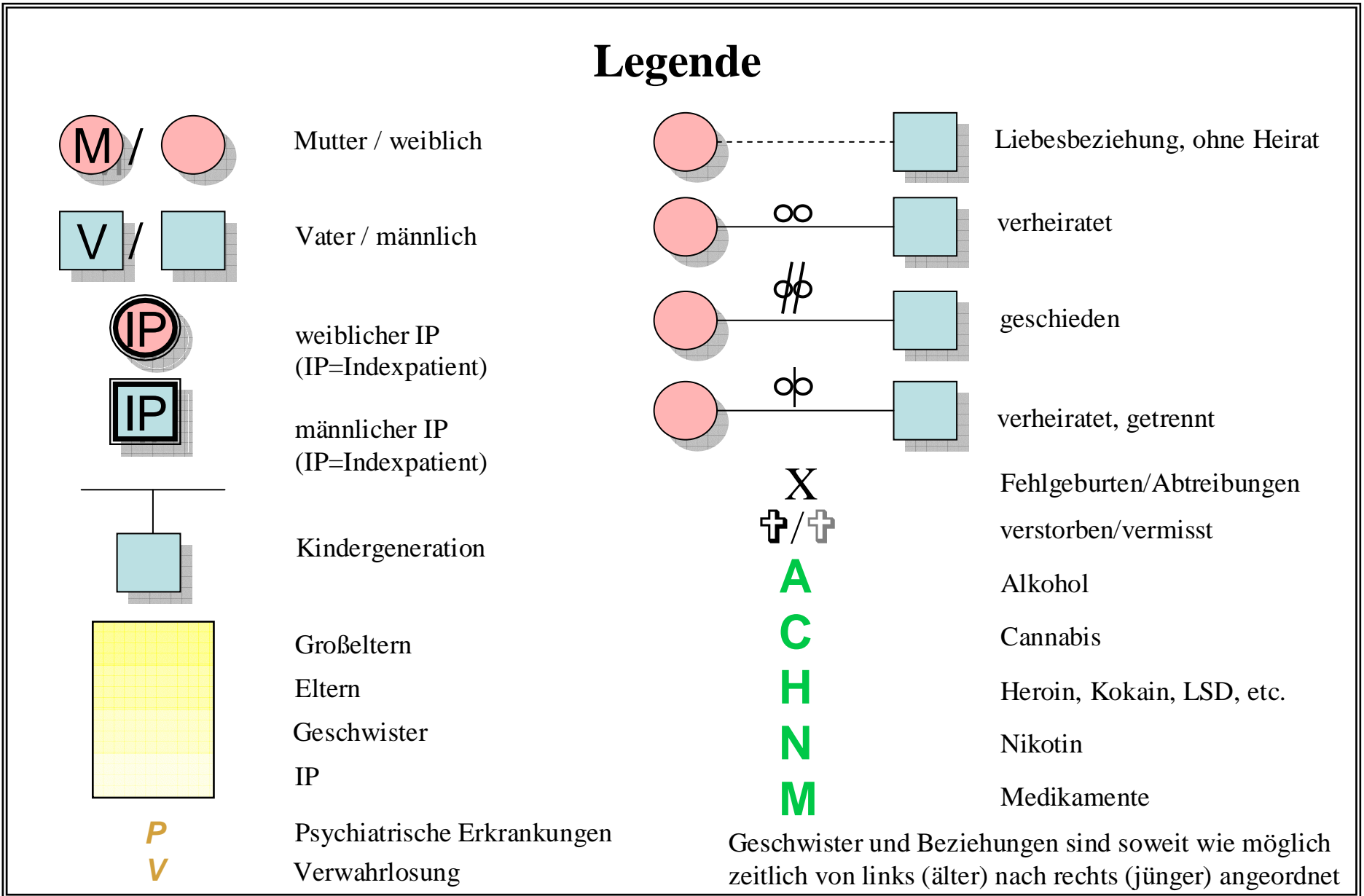


10.2 Genogramm Fall 2



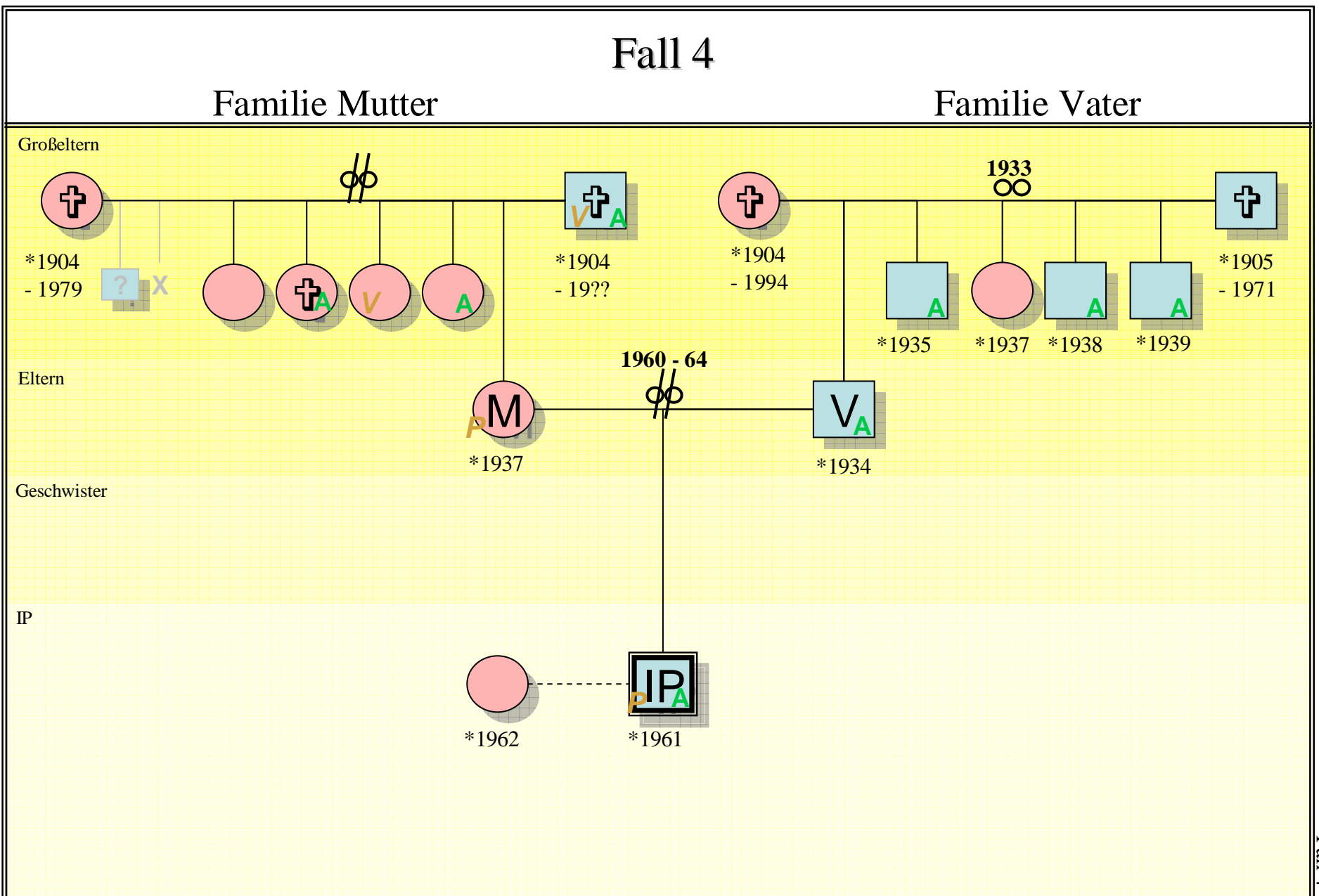
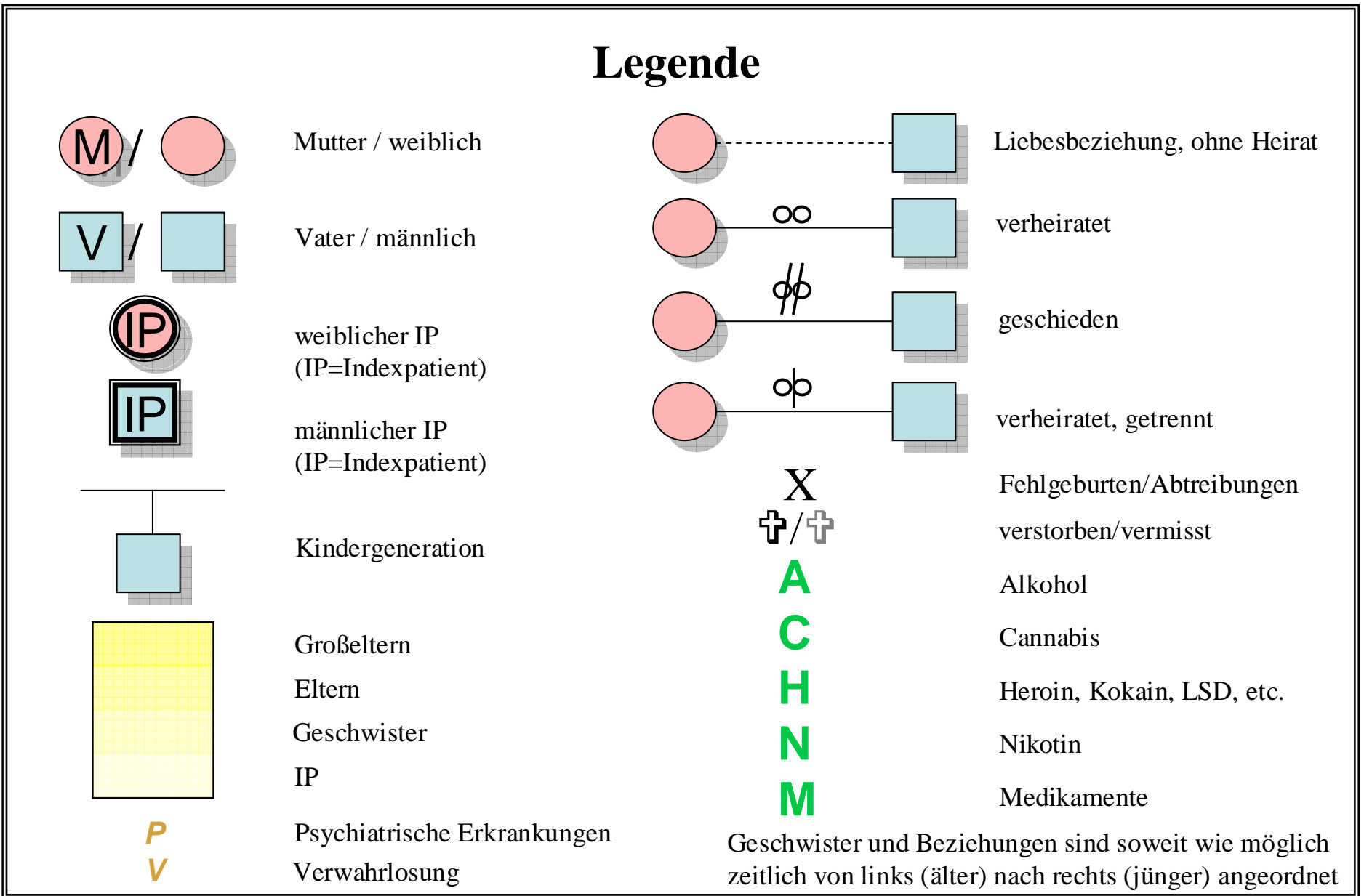
Fall 2

10.3 Genogramm Fall 3



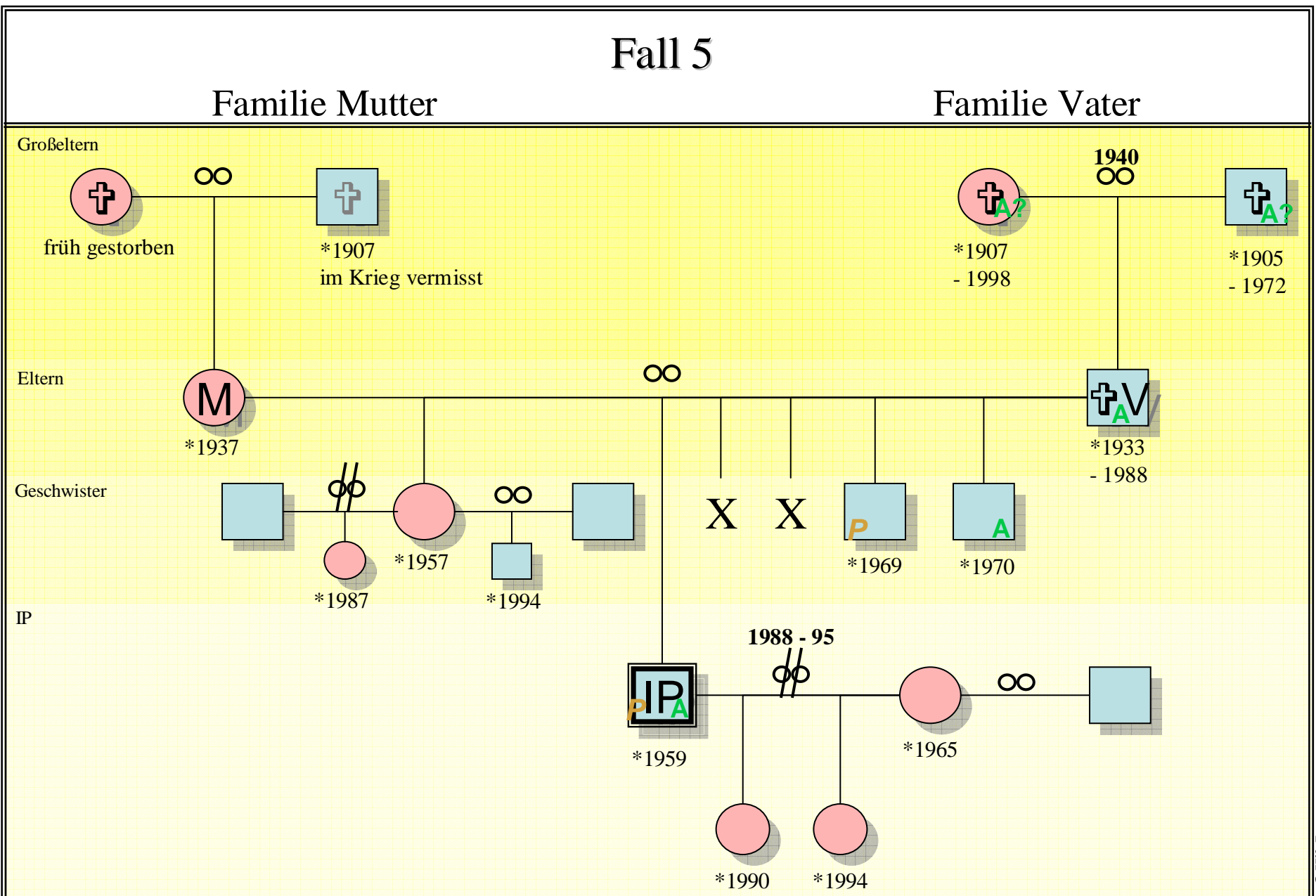
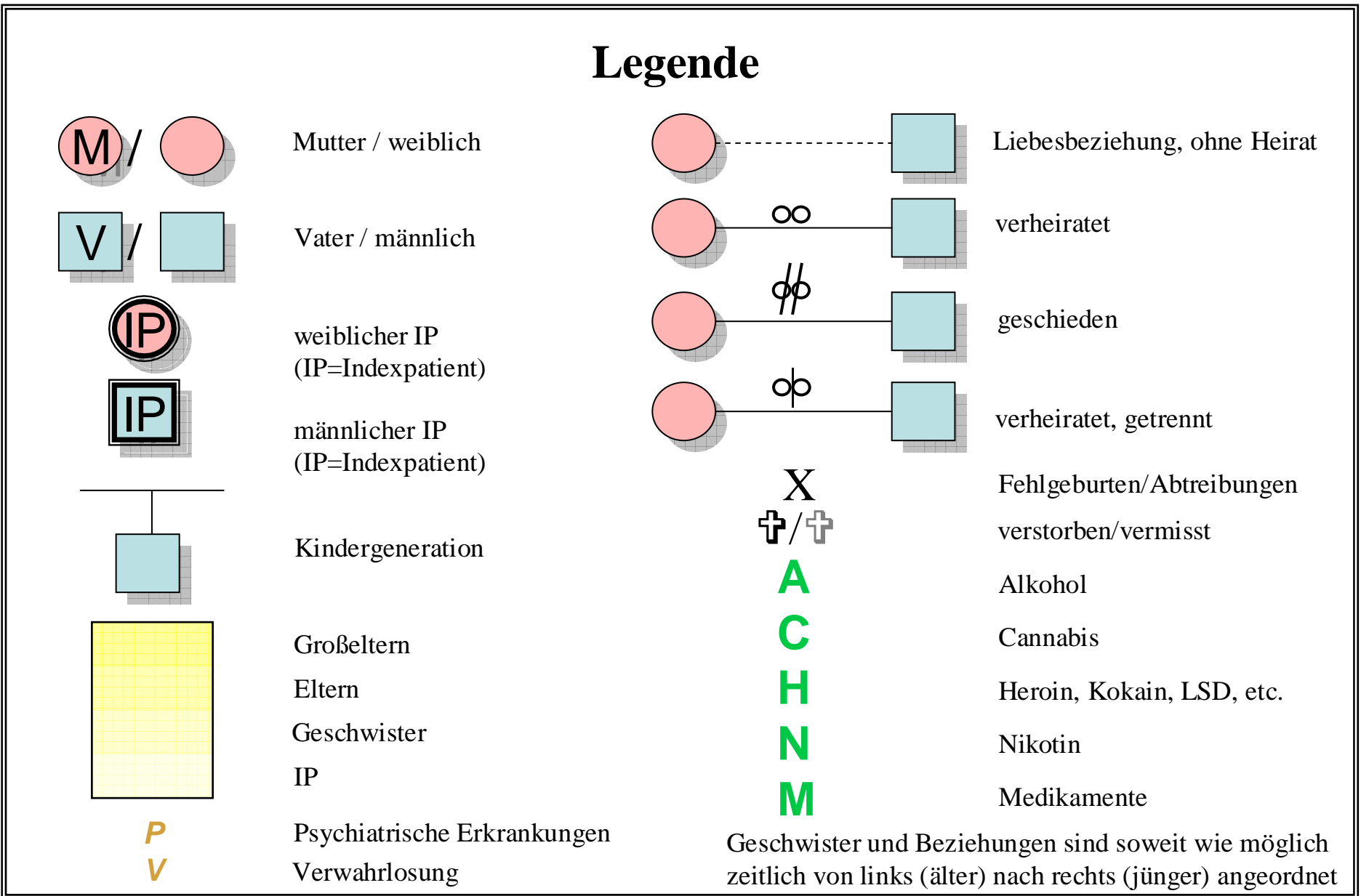
Fall 3

10.4 Genogramm Fall 4



Fall 4

10.5 Genogramm Fall 5



Fall 5



10.6 Genogramm Fall 6

