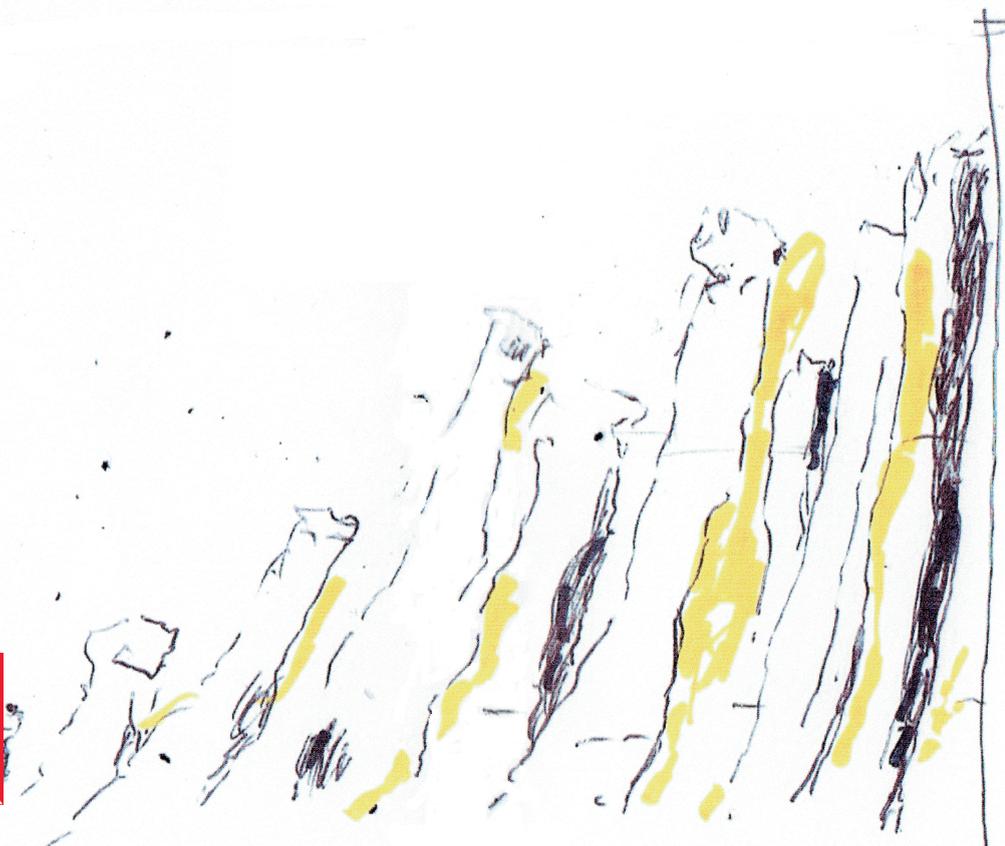


Kirsten Nazarkiewicz / Kerstin Kuschik (Hg.)

Aufstellungen im Arbeitskontext

Praxis der Systemaufstellung



V&R



Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Systemaufstellungen

Im Namen der Deutschen Gesellschaft für Systemaufstellungen gGmbH
herausgegeben von Kirsten Nazarkiewicz und Kerstin Kuschik

DGfS gGmbH, von-Beckerath-Platz 7, 47799 Krefeld
www.systemaufstellung.com

Kirsten Nazarkiewicz/Kerstin Kuschik (Hg.)

Aufstellungen im Arbeitskontext

Praxis der Systemaufstellung

Mit Cartoons von Detlef Dolscius

Mit 37 Abbildungen und 2 Tabellen

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <https://dnb.de> abrufbar.

© 2020, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung und Illustrationen: © Detlef Dolscius

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISSN 2568-048X
ISBN 978-3-647-40706-7

Inhalt

| | |
|---|---|
| Kerstin Kuschik und Kirsten Nazarkiewicz Einführende Worte | 9 |
|---|---|

I Fokus Transformation

| | |
|--|----|
| Klaus P. Horn Das Lächeln der Roboter | 19 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| Nikolaus von Stillfried, Marcus Andreas und Tim Lüschen Mit den Stimmen der Mitwelt: Aufstellungsarbeit und Naturerfahrung in Nachhaltigkeitskontexten | 33 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Georg Müller-Christ Erkundungsaufstellungen: den Raum jenseits der Lösungsorientierung im Organisationskontext erforschen | 53 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Thomas Hafer Die Kunst der Erholung | 75 |
|--|----|

II Fokus Non-Profit-Organisationen

| | |
|---|----|
| Ilse-Marie Herrmann Ton als Ausdrucksmittel in Systemaufstellungen | 91 |
|---|----|

| | |
|--|-----|
| Christiane Hoffmann Aufstellungen mit Geflüchteten in Erstaufnahmen | 111 |
|--|-----|

| | |
|--|-----|
| Francisco Herrera Garrido und Maria Natividad Martínez Villar Familienaufstellungen im Strafvollzug | 125 |
|--|-----|

| | |
|--|-----|
| Philipp Wradatsch Die Aufstellungsarbeit in der ambulanten Jugendhilfe | 143 |
| Horst Brömer, Christine Gräbs, Bianca Büter und Christiane Bennewitz Systemaufstellungen in der ambulanten Suchtrehabilitation: ein evaluiertes Modell | 161 |
| III Fokus Business | |
| Stefanie Rödel Systemische Aufstellungen im Einzelcoaching von Führungskräften | 185 |
| Stephanie Hartung Der Marken-Integrationsprozess | 199 |
| Romy Gerhard Radikale Innovation mit Purpose Constellations | 217 |
| Peter Klein und Eva Maria Kroc Organisationsaufstellung im Kontext der Steuer- und Unternehmensberatung | 232 |
| Michael Wingenfeld Konfigurationen in Industrie und Wirtschaft – Erfahrungen seit 1984 ... | 253 |
| Die Autorinnen und Autoren | 277 |
| Über den Cartoonisten Detlef Dolscius | 282 |
| Praxis der Systemaufstellung | 284 |

Horst Brömer, Christine Gräbs, Bianca Büter und Christiane Bennewitz

Systemaufstellungen in der Ambulanten Suchtrehabilitation: ein evaluiertes Modell

Drogen und Suchtmittel verursachen in Deutschland erhebliche gesundheitliche, soziale und volkswirtschaftliche Probleme: Nach repräsentativen Studien (insbesondere Epidemiologischer Suchtsurvey 2018: vgl. ESA, 2020) rauchen zwölf Millionen Menschen, 1,6 Millionen Menschen sind alkoholabhängig; das sind rund 18 % der Männer und 14 % der Frauen mit einem riskanten Alkoholkonsum. Schätzungen legen nahe, dass 2,3 Millionen Menschen von Medikamenten abhängig sind (darunter sehr viele Menschen aufgrund dauerhaft von Ärzten verordneter Psychopharmaka). Rund 600.000 Menschen weisen einen problematischen Konsum von Cannabis und anderen illegalen Drogen auf und gut 500.000 Menschen zeigen ein problematisches oder sogar pathologisches Glücksspielverhalten. Auch eine exzessive Internetnutzung kann zu abhängigem Verhalten führen: Es ist davon auszugehen, dass in Deutschland etwa 560.000 Menschen onlineabhängig sind. In Deutschland werden jedes Jahr etwa 10.000 Neugeborene mit Alkoholschäden zur Welt gebracht. Fötale Alkoholspektrum-Störungen stellen demzufolge die häufigste aller angeborenen Erkrankungen dar. Von diesen Kindern zeigten etwa 4.000 das Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms. Das wäre ein FAS pro etwa 200 Geburten. Sie sind in der Regel ein Leben lang körperlich und geistig schwerbehindert (Bundesministerium für Gesundheit, 2020; Verband der Ersatzkassen, 2019). Das Thema Co-Abhängigkeit und das Thema Auswirkungen der Sucht von Eltern auf die Kinder wird zunehmend öffentlich zur Kenntnis genommen (Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz, 2012).

Die innerfamiliären Suchtdynamiken zu kennen, stellt einen Bereich des notwendigen professionellen Wissens für die Familien- und Systemaufstellungen mit süchtigen Menschen dar. Wir beschreiben hier Erfahrungen aus der Zeit seit 2007, also von inzwischen über zwölf Jahren. Das Caritas-Suchtzentrum Mitte (Berlin) integrierte Aufstellungen in das Konzept und im Laufe der Zeit

wurde die Nutzung von Systemaufstellungen immer differenzierter. Bald wurden die Vor- und Nachbereitung erweitert und intensiviert; die verschiedenen Schritte wurden umfangreicher dokumentiert. Die Erfahrungen und Wirkungen der Aufstellungsarbeit wurden regelmäßig miteinander reflektiert und die Rückmeldungen der Patienten (Rehabilitanden) waren wichtige Hinweise für die weiteren Seminare.

Die Erwartungen der Autorengruppe an die Lesenden bestehen darin, dass unser Beitrag dazu beiträgt, dass Institutionen ihre Behandlungskonzeptionen um die systemischen Perspektiven und systemisch angelegten Handlungsschritte erweitern. Wir erleben, dass alle Aktivitäten, die mit den Aufstellungsseminaren verbunden sind, die Gesamtheit des Hauses (hier: das Suchtzentrum) stärkt. Das Haus an sich bietet, im Sinne der Begleitung von Menschen mit traumatischen Erfahrungen, Sicherheit und eine tragende Umgebung für Menschen, die sich in ihrer Krise hierher gewandt haben und ihre Schritte zur Verbesserung ihrer Lebenslage gehen lernen (Huber, 2011).

Ausgangslage: Systeme im System

Es gibt verschiedene Ansätze, Institutionen systemisch aufzubauen (v. Schlippe u. Schweitzer, 2012; Luhmann, 1987), jedoch Systemaufstellungen direkt für die Vertiefung und Erweiterung von institutionellen Beratungs- und Therapieansätzen zu nutzen, blieb immer singulär. Eine Befragung von Konferenzteilnehmern ergab, dass es jedoch eine größere Anzahl an Sucht-Reha-Einrichtungen gibt, in denen auf unterschiedliche Weise Aufstellungen genutzt werden (Brömer, 2013). Im größeren Zusammenhang der ambulanten Suchtrehabilitation können wir folgende Systemebenen hinsichtlich des tatsächlichen Auftraggebers und der Beteiligten unterscheiden:

– *Systemebene A Leistungsträger*

Die Deutsche Rentenversicherung Bund bzw. die Rentenversicherungen in den Bundesländern bestimmen entsprechend der jeweiligen Indikationen und nach Prüfung durch den ärztlichen Dienst gemäß Sozialgesetzbuch (SGB VI, 2020) Zeit, Umfang und Ort der Behandlung. Ähnlich verhalten sich die Krankenkassen. Die die Therapie beantragenden Versicherten haben gemäß SGB IX (2020) nur ein Mitspracherecht. Das »System Leistungsträger (=Rentenversicherung und Krankenkassen)« fungiert als übergeordnete Instanz. Die Ambulante Suchttherapie gilt im Sinne der Rentenversicherung als »medizinische Rehabilitation«; demgemäß sprechen wir bei den Teilnehmern meist von Patienten bzw. Rehabilitanden.

- *Systemebene B Leistungserbringer*
Leistungserbringer sind der jeweilige soziale Träger und dessen anerkannte Behandlungseinrichtungen.
- *Systemebene C Leistungsempfänger*
Leistungsempfänger – und damit bestimmend – sind die Rehabilitanden ($A > B > C + D$). Ihr Therapieerfolg steht im Mittelpunkt aller Bestrebungen. Somit erscheint uns die therapeutische Beziehung die zentrale Begegnung zu sein, in deren Verlauf sich der Mut und die Bereitschaft zum Erfolg bei den Rehabilitanden einstellt; die Abstinenzfähigkeit und Zuversicht werden gestärkt.
- *Systemebene D Familien und Umfeld*
Familien und das persönliche Umfeld der Rehabilitanden gehören untrennbar zum Behandlungssetting. Sie werden als wichtige Bezugsgrößen in der ambulanten Rehabilitation beachtet und einbezogen.

Bezüglich der vier Systemebenen der ambulanten Suchtrehabilitation, bei denen wir die Auftraggeber und die Beteiligten in Leistungsträger, Leistungserbringer, Leistungsempfänger sowie Familie und Umfeld unterschieden haben, müsste die Rangfolge der Systemebenen als »C + D > B > A« erscheinen: Somit sollte insbesondere die therapeutische Beziehung zwischen dem Therapeutenteam und den Klienten (Rehabilitanden) als erstrangig im Zentrum des Geschehens stehen, die Familie und das Umfeld in den direkten Bezug zu dieser Ebene gesetzt werden und beide Systemebenen gemeinsam zunächst den Leistungserbringern und dann alles zusammen den Leistungsträgern untergeordnet werden.

Systeme und Ziele

Für die vier hinsichtlich der Ambulanten Suchtrehabilitation von uns bezüglich Auftraggeber und Beteiligten unterschiedenen Ebenen lassen sich folgende Ziele benennen:

- *Systemebene A (Leistungsträger)*: Das wesentliche Ziel der Rentenversicherungsträger und Krankenkassen ist in Bezug auf die Suchtrehabilitation die »Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit« ihrer Versicherten. Wichtige Voraussetzungen für das Erreichen dieses Zieles stellen die Mitwirkung des Versicherten, die Krankheitseinsicht und die dauerhafte Abstinenz dar.
- *Systemebene B (Leistungserbringer)*: Die Ziele von Behandlungseinrichtungen sind u. a., dass sie weiterhin die Qualitäts- und Personalvorgaben der Leistungsträger erfüllen können, dass die Pflegesatzentwicklungen den Kos-

tenentwicklungen entsprechen und dass die Nachfrage nach den vorgehaltenen Angeboten ausreichend hoch ist.

- *Systemebene C* (Leistungsempfänger): Die Formulierung von Zielen der Leistungsempfänger klingt zumeist lebenspraktisch, z. B.: »Ich möchte wieder für meine Familie sorgen können«, »Ich möchte abstinent leben«, »Ich möchte wieder glücklich sein«, »Ich möchte für mich besser sorgen können«.
- *Systemebene D* (Familie und Umfeld): Die Ziele von Familie und vom Umfeld können sein: Abbau vom suchtbedingten Stress, Verantwortungsübernahme des jetzt nüchternen Angehörigen, Stabilität im Berufsalltag, finanzielle Verbesserung der Familie, Erholung der Kinder, Verlassen der Rolle des co-abhängigen Familienmitglieds und gesundheitliche Erholung des Partners/der Partnerin.

Grundlage für eine solch differenzierte Systembetrachtung bildet als Modell die ICF Version 2005 (International Classification of Functioning, Disability and Health, vgl. DIMDI, 2012). Das Modell der WHO erweiterte den Rahmen des ICD (International Classification of Diseases, vgl. DIMDI, 2019) um wesentliche Faktoren des bio-psycho-sozialen Verständnisses von Menschen und Umwelt. Es bildet die Basis der Konzepte z. B. in Reha-Einrichtungen. Für das psychosomatische Verstehen von Belastungen ist es interessant, weil das Modell die innerpsychischen und somatischen Phänomene und Zustände um die externen Lebensbedingungen ergänzt. Mit der ICF und der älteren, auch international erarbeiteten ICD liegen zwei umfassende Modelle für ein modernes Krankheitsverständnis vor. Die Neuausrichtung einer komplexen Institution im systemischen Verständnis ist dann noch eine andere Ebene, wie wir hier zeigen wollen (s. auch Ochs u. Schweitzer, 2012; v. Schlippe u. Schweitzer, 2012). Wir sprechen allgemein von Systemaufstellungen, im konkreten Einzelfall dann von Familienaufstellungen.

Suchtprobleme und Behandlungssysteme in Deutschland

Das Behandlungssystem für Abhängigkeitserkrankungen ist inzwischen sehr differenziert. Es umfasst Präventionsangebote, ambulante und stationäre Therapieformen, Therapieangebote für bestimmte Zielgruppen (z. B. Spieler, computer-süchtige Jugendliche, suchtkranke Eltern mit Kindern, suchtkranke Menschen im Rentenalter usw.). Grundlage dafür bildet der sogenannte bio-psycho-soziale Erklärungsansatz von Sucht. Sucht ist seit 1968 als Krankheit anerkannt. Die Finanzierung und Anerkennung erfolgt gemäß der Sozialgesetzbücher (s. SGB,

2020): SGB V (Krankenkassen) und SGB VI (Rentenversicherung), aber auch SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) und SGB IX (Beteiligung, Inklusion) sowie SGB XII (Soziales).

In einer Gesamtbewertung kann man im internationalen Vergleich von dem deutschen Behandlungssystem »Sucht« als einem der differenziertesten und erfolgreichsten Gesundheitssysteme sprechen. Die Deutsche Rentenversicherung dokumentiert regelmäßig, dass sich ihre Investitionen in das Reha-System auch wirtschaftlich bemerkbar machen: die Wiedereinzahlungen von Rentenbeiträgen von rehabilitierten, vormals suchtkranken Arbeitnehmern übersteigt deutlich den für die Rehabilitation aufgewendeten Betrag.

Ambulante Suchtrehabilitation im Caritas-Suchtzentrum Mitte (Berlin)

Der psycho-sozial-therapeutische Ansatz der Suchtberatung Berlin-Mitte stellt einen besonderen, tiefenpsychologisch orientierten Ansatz dar. Der Ansatz basiert auf den Vorgaben der Leistungsträger und schließt die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse aus der Therapieforschung und über Ursachen und Dynamiken von substanzgebundenen Suchterkrankungen wie auch substanzungebundenen Süchten (z. B. Medienabhängigkeit, Glücksspiel) ein. Die Realisierung des ambulanten Reha-Konzepts erlaubt, dass der Faktor »Zeit« als wirksamer Systemfaktor zur Geltung kommt: Die Teilnahme am Programm kann, wenn man auch die Nachsorge berücksichtigt, eineinhalb bis zwei Jahre »Dabeisein« ermöglichen.

»Sucht« wird als sekundäre Erkrankung betrachtet; es liegen der Entstehung von Abhängigkeit (ICD-10, F 10–19, s. DIMDI, 2019) zumeist vorangehende Belastungen (z. B. affektive Störungen, ICD-10, F30–39 oder neurotische Störungen, ICD-10, F40 ff., s. DIMDI, 2019) zugrunde:

- die körperliche Toleranzentwicklung,
- der Zwang zur Fortsetzung des Suchtmittelkonsums,
- die Unfähigkeit, den Konsum zu begrenzen,
- die Steigerung der Konsummengen bzw. z. B. bei Glücksspiel die eingesetzte Geldmenge oder beim Online-Spiel die Menge an Spielstunden in sozialer Einsamkeit,
- die zunehmende soziale Isolation,
- körperliche und seelische Folgeschäden,
- hohe Belastungen der Familie und Partnerschaft, insbesondere auch der Kinder in Suchtfamilien,

- berufliche Beeinträchtigungen und finanzielle Schäden,
- oft Arbeitslosigkeit.

In der Konsequenz steht die Notwendigkeit der Abstinenz von Suchtmitteln als Lernprozess im Mittelpunkt (s. Brömer, 2007; Mentzos, 1989, S. 238; Schneider, 2012, S. 2 ff.). Die neueren Ergebnisse aus der psycho-neuro-physiologischen Forschung bestätigen den differenzierten Therapieansatz: Veränderungen im Verhalten und im Erleben sind dann nachhaltig, wenn Einsichten mit positiven emotionalen Eindrücken und Erlebnissen verbunden sind (Schmidt, 2019). Neue Überzeugungen und gute Lösungen entstehen in Verbindung mit der abstinenten Lebensführung im Verlauf der ambulanten Therapie. Die Behandlungseinrichtung bildet dann für alle Teilnehmenden das »gute Haus«, den »sicheren Ort«. In den Systemaufstellungen wird all dies in konzentrierter Weise neu erlebt.

Das Behandlungskonzept »Sucht«

Das Behandlungsprogramm im Caritas-Suchtzentrum Mitte (Berlin) umfasst die hier benannten Ansätze und Erkenntnisse. Dabei haben sich in der Ambulanten Suchtrehabilitation gemäß dem Konzept von 2019 eine Reihe inhaltlicher Schwerpunkte herausgebildet: die Beschreibungen zu Zielgruppen und Suchtformen, Indikationsstellungen, Anamnesen und Diagnosen. Zum Therapiekonzept zählen zudem in Bezug auf die Kooperation der Suchtberatung mit anderen Einrichtungen: die psychotherapeutischen Gruppen, die Einzeltherapie, die Entspannung, das Gesundheitstraining, eine Ernährungsberatung, die Angehörigenarbeit, das Rückfallmanagement.

Schwerpunkte der Suchttherapie

Die »Bausteine« der Suchttherapie umfassen: die Motivationsphase, die Aufnahme, die ambulante Rehabilitation und die Nachsorge. Das Fachteam besteht aus anerkannten Suchttherapeutinnen, dem Facharzt sowie Honorarkräften (z. B. für Supervision, für Familienaufstellung). Die Bearbeitung erfolgt prozessorientiert im Rahmen der Einzel- und Gruppentherapie. In der Suchttherapie geht es schwerpunktmäßig um folgende Themen:

- Einschränkungen der Aktivität und Teilhabe,
- aktuelle Belastungsfaktoren und aktuelle Risikofaktoren aufgrund von Sucht,
- Rückfallgefährdung und Rückfallbearbeitung,
- familiärer und sozialer Entwicklungshintergrund,

- Beziehungserfahrungen und -gestaltung,
- Gewalterfahrungen und Grenzverletzungen,
- eigene Straftaten,
- Körpererleben,
- Identität und Selbstbild,
- Selbstkonzept.

Die therapeutische Haltung ist im Zusammenhang mit der Suchttherapie und ihrer Schwerpunktsetzungen entscheidend: Wir unterstützen und begleiten den individuellen Prozess der Selbstaufrichtung und des Erlernens des Lebens in Nüchternheit und Abstinenz.

Systemaufstellungen im Rahmen der ambulanten Rehabilitation

Im von der Rentenversicherung anerkannten Konzept wird die Einbeziehung von Familienaufstellungen (wir übernehmen hier die Formulierung des Konzeptes) wie folgt im Therapiekonzept der Einrichtung beschrieben:

»Intensivtherapeutische Wochenenden/Arbeit mit der Familienaufstellung: Die Arbeit mit Familienaufstellungen beruht auf dem Wissen, dass Gefühle, Bewertungssysteme und letztendlich auch das darauf aufbauende Verhalten wesentlich beeinflusst sind durch die Erfahrungen im frühen Familiensystem.

Unsere Arbeit mit Familienaufstellungen ermöglicht auf bildhafte und selbst erprobende Art und Weise die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern zu sehen, das Familiensystem wird im Ganzen sichtbar. Dazu wählt die Patientin/der Patient aus der Gruppe sogenannte Stellvertretende für die Familie, für sich und das Suchtmittel aus, stellt sie intuitiv im Raum auf. Dieses System entwickelt sich in einer Eigendynamik während der Aufstellung weiter und wird therapeutisch durch diesen Prozess begleitet. Dabei werden häufig unbewusste Beziehungsmuster und Konflikte und/oder ungewollte Bindungen, Festlegungen sichtbar. Aus dieser Außenperspektive auf das eigene Erleben können neue Handlungsmöglichkeiten überprüft und ausprobiert werden.

Bei Patientinnen und Patienten werden häufig intensive Gefühle ausgelöst und durch Stellvertretende aus der Gruppe auch alternative Gefühle und Reaktionen verdeutlicht. In einer unterstützenden Gruppenumgebung erhalten Patientinnen und Patienten damit die Möglichkeit, andere Gefühlswahrnehmungen, Überzeugungen, Bewertungen und Verhaltensweisen zu sehen und für

sich auszuprobieren. Durch die Einbettung dieser Methode in unser Gesamtkonzept der Behandlung machen wir wiederholt die Erfahrung, dass Patientinnen und Patienten, die schon längere Zeit bei uns in Therapie sind und mit denen wir aufgrund von Beziehungserfahrungen in der Dyade oder Gruppe immer wieder ihr Verhalten und ihre Gefühle reflektieren, über eigene Aufstellungen eine sehr gute Möglichkeit haben, bereits Besprochenes nochmal bildhaft zu sehen und in einer Art ›Übungssituation‹ für sich verstärkt zu spüren.

In der Mehrheit der Erfahrungen deckten sich die Bilder aus der Familienaufstellung mit den Themen, die bereits in der therapeutischen Arbeit aufgetaucht waren, über diese Methode traten aber viele dieser Zusammenhänge noch deutlicher und nachhaltiger in den Mittelpunkt.

Die bei uns durchgeführte Familienaufstellung ist ausgerichtet an den Qualitätsstandards und ethischen Richtlinien, die von der Deutschen Gesellschaft für Systemaufstellungen (DGfS) entwickelt wurden. [Und zur Vorbereitung auf die Teilnahme am Aufstellungsseminar[:]

Diese Standards berücksichtigend wird die Patientin/der Patient im Vorfeld der Aufstellung sorgfältig im Einzelgespräch vorbereitet und auch danach therapeutisch begleitet. Dazu werden Aufstellungen dokumentiert und diese im Einzelgespräch als auch in der Gruppe nachbearbeitet. Die Vorbereitung erfolgt nach einem von uns entwickelten halbstandardisierten Leitfaden.

In der Nachbereitung wird auf das Verstandene aus der Familienaufstellung und dessen Umsetzung als auch auf Ängste und Ambivalenzen eingegangen. Auch hier arbeiten wir nach einem halbstandardisierten Leitfaden. Die Familienaufstellung ist keine öffentliche Gruppe. Die Familienaufstellung ist bei uns keine öffentliche Gruppe, sondern Teil der Gruppenpsychotherapie. Sie ist eine Art Ergänzung und findet ausschließlich im geschützten internen Rahmen statt. Die Aussagen von Stellvertretenden werden als Hypothesen gewertet, die die Patientin/der Patient für sich überprüfen, annehmen oder verwerfen kann. Lösungsansätze werden grundsätzlich immer gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten entwickelt.

Die intensivtherapeutischen Wochenenden/Familienaufstellungen finden zwei-drei Mal während der gesamten Behandlungszeit statt. Die Familienaufstellung wird von einem approbierten psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt, der Suchttherapeut und anerkannter Lehrtherapeut für Systemaufstellungen (DGfS) ist« (Gräbs, 2019).

Die aufgrund der langjährigen Therapieerfahrungen entwickelten Vorlagen zur Vorbereitung von Systemaufstellungen sind: Vorlage zur Vorbereitung im Einzelgespräch, Erläuterungen zur Vorbereitung der Aufstellungsseminare, Vorlage Nachbereitungen, Vorlage Dokumentation der Ergebnisse. Mit diesen Unter-

lagen werden – zusammen mit der Erarbeitung des Genogramms – die inhaltlichen Themen der Patienten besprochen und auch verschriftlich. Die Dokumente stehen in der konkreten Aufstellung zur Verfügung. Die Suchttherapeutin des Aufstellenden ist in der Familienaufstellung anwesend. Die einzelnen Familienaufstellungen werden protokolliert. Wie es im Konzept beschrieben ist, wird in kurzer Zeit nach einem Familienaufstellungsseminar die Auswertung im Gruppenkontext vorgenommen.

Erfahrungen mit den Aufstellungsseminaren

Vor dem Seminar ist die individuelle Vorbereitung durch das Reha-Team auf das Seminar erfolgt. Ein Genogramm wurde erstellt und wird in die Aufstellung einbezogen. Das persönliche Thema wurde schriftlich festgehalten, wichtige Ereignisse in der Herkunftsfamilie benannt. Der Ablauf der Aufstellung wurde vermittelt. Am Wochenendseminar nehmen Rehabilitanden aus verschiedenen Bezugsgruppen teil bzw. solche, die bereits in der Nachsorgephase sind. Die Bezugstherapeutinnen sind immer dabei. Die Mitarbeiterinnen stehen wie die Gruppenteilnehmer/-innen als Stellvertreter/-innen zur Verfügung. Die folgenden Informationen und bisherigen Therapieergebnisse fließen in die jeweilige Aufstellung ein:

- Kontakt zur Einrichtung,
- Leidensdruck bei Aufnahme,
- körperliche Verfassung und Stabilisierung,
- Klärung des Umfelds (Wohnen, Arbeit, Beziehungen, Kinder, Verpflichtungen),
- Information über die Abhängigkeit für alle wichtigen Beteiligten (inklusive Partner, Kinder, Kollegen),
- Festlegung des individuellen Systems der Selbstkontrolle (insbesondere bei Spielern wichtig: Abgabe der Verfügbarkeit über das eigene Geld, doppelte Aufsicht im Beruf bei Geldangelegenheiten; bei Suchtmittelabhängigkeit: der suchtmittelfreie Haushalt, körperliche Abstinenz),
- Umgang mit dem Suchtdruck erarbeiten,
- weitere Therapieziele benennen,
- unterstützende Personen benennen,
- gute und sichere Orte für Freizeit und Sport kennen.

Die oben genannten Themen und Aufgaben hat das Therapeutinnenteam bereits in intensiven Schritten vor der Familienaufstellung erarbeitet. Im Interview werden dann mit zirkulären Fragen alle diese Elemente gestreift, so dass sie »auf-

klingen« und das bisher Geleistete und Erreichte hörbar werden. Es geht also nicht um die Wiederholung einer Suchtanamnese, sondern um die Öffnung des ganz individuellen Feldes. Der Aufstellende bereitet sich und die Gruppenteilnehmer vor, und zwar emotional-energetisch, nicht biografisch-sachlich-exakt (s. dazu auch Lier u. Lier, 2019).

Es wird so bereits nachfühlbar, wie sich die unterschiedlichen Mangelzustände in der Kindheit entwickelten und zum heutigen »Muster« führten. Das »oberflächliche« Muster heißt dann »Sucht«. Dieses Muster beeinträchtigt an sich bereits wirkmächtig das Schicksal eines Menschen. Das darunterliegende Muster bzw. der Mangel ergibt sich aus dem frühen Schicksal, der frühen Kindheit: in der Kindheit erlebtes Misstrauen, Verzweiflung, Gewalt, Einsamkeit, Lieblosigkeit, Aggressivität, sexueller Missbrauch. Die Grundbedürfnisse des Säuglings und Kindes nach Sicherheit und Schutz sowie »guter Ernährung« sind somit zum großen Teil nicht erfüllt worden (Keilson, 2005; Maslow, 1973; Schützenberger, 2012).

Wir erreichen im Prozess der Aufstellung – auch auf intuitive, einfühlende Weise – ein gemeinsames Verstehen und Anerkennen, also von der »Sucht« und von den »Mustern«, die das bisherige Leben dominierten. So entsteht schließlich im Raum ein Erkennen und Bewusstsein, in welchem Rahmen und in welcher Lebensbezogenheit das Leid entstand und wie es überwunden werden kann.

Die Hauptthemen der Rehabilitanden beziehen sich in der Rangfolge zumeist auf die Herkunftsfamilie, dann auf die eigene Familie, dann auf die eigene Person, dann auf das Thema körperliche Belastungen, immer verbunden mit dem zentralen Aspekt »meine Sucht«.

Mit dem Auftrag sind die Fragen verbunden: »Wer gehört dazu?« und »Welche Qualitäten sollten wir einbeziehen?« Der Aufstellende benennt die Familienmitglieder, die für den konkreten Prozess wichtig sind; manchmal zeigt es sich, dass wir uns eher auf einen kleineren Kreis/bestimmte Personen der Herkunftsfamilie beschränken sollten. Hier erweisen sich Informationen aus der Eltern- und Großelternlinie als bedeutsam (Radebold, Bohleber u. Zinnecker, 2008; Böszörményi-Nagy u. Spark, 2006).

Diese Informationen fokussieren oft das Anliegen (den Auftrag) neu. Denn das zirkuläre Fragen öffnet neue Zugänge zur Lebensgeschichte, indem es den Klienten intuitiv zu neuen Erkundungen einlädt.

Die Übersicht der Tabelle 1 stellt oft gehörte Anliegen in Verbindung mit der Mangelsituation in den Herkunftsfamilien zusammen und benennt die Qualitäten, die dann zusätzlich zur Qualität der »Sucht« von einem Gruppenmitglied stellvertretend wurden.

Tabelle 1: Anliegen in Verbindung mit Mangelsituation und der Benennung der zusätzlichen Qualitäten zur Sucht

| Das Anliegen | Der Mangel | Qualitäten |
|--|---|------------------------|
| als positiv formulierte Aussage | als Hinweis auf die familiären Belastungen und frustrierten Grundbedürfnisse des Kindes | zusätzlich zur »Sucht« |
| <i>Wie kann ich nüchtern weiterleben?</i> | <i>Meine Sucht sitzt mir sehr im Nacken.</i> | Angst |
| <i>Wie kann ich mit der tiefen Enttäuschung und Wut umgehen und zu mir kommen?</i> | <i>Der Vater verstarb so früh und die Mutter »war nicht für mich da«.</i> | Aggressivität |
| <i>Es soll meinem Kind besser gehen.</i> | <i>Ich war im Heim und so einsam.</i> | Verzweiflung |
| <i>Wie kann ich eine gute Partnerschaft leben?</i> | <i>Ich wurde immer wieder verlassen.</i> | Liebe |
| <i>Ich möchte mich stark fühlen.</i> | <i>Dem Vater war ich nie genug.</i> | Kraft |
| <i>Ich möchte mich aufrichten lernen, selbstbewusst sein.</i> | <i>Die Mutter erlebte ich als so kalt.</i> | Kälte |
| <i>Ich lebe jetzt, in der Gegenwart.</i> | <i>Meine Mutter trauerte immer um ihren im Krieg gefallenen Vater.</i> | Heimat |
| <i>Wie kann ich das Verhältnis zur Mutter klären?</i> | <i>Die Mutter schützte mich damals nicht vor dem Stiefvater.</i> | Hass |
| <i>Wieso habe ich mich so verloren?</i> | <i>Es war niemand da, ich war ganz allein, oft im Heim.</i> | Einsamkeit |
| <i>Ich möchte gesehen werden.</i> | <i>Die Eltern waren nur mit ihren Streitigkeiten beschäftigt.</i> | Familie |
| <i>Ich möchte den Großeltern danken.</i> | <i>Ich wurde als Kind abgeschoben.</i> | Zugehörigkeit |
| <i>Ich beginne zu reden.</i> | <i>Wir Kinder durften nie etwas sagen, es war unerträglich zuhause.</i> | Mut |
| <i>Ich möchte wieder so kräftig sein, wie ich schon einmal war.</i> | <i>In der Kindheit hieß es: Das schaffst du nie.</i> | Schwäche |
| <i>Ich möchte meine Zerstörung beenden.</i> | <i>Ich weiß gar nicht, wann ich als Kind nicht geschlagen wurde.</i> | Gewalt |

| Das Anliegen | Der Mangel | Qualitäten |
|---|---|-----------------|
| <i>Wer bin ich eigentlich?</i> | <i>Es war doch alles immer gut, hieß es.</i> | Unsicherheit |
| <i>Ich war nur das Kind.</i> | <i>Die Scheidung der Eltern hat mich nie mehr losgelassen.</i> | ADHS |
| <i>Ich möchte meine leiblichen Eltern finden.</i> | <i>Die Adoptiveltern waren nicht meine Eltern, sie haben mir nie etwas gesagt.</i> | das Kind |
| <i>Ich möchte mit der Krebserkrankung besser umgehen lernen und nüchtern bleiben.</i> | <i>Meine Familie ist nur verzweifelt und weiß nicht, wie sie mir helfen kann.</i> | Krebserkrankung |
| <i>Ich möchte klar werden, Klarheit in mir und in meinem Alltagsleben finden.</i> | <i>Schon die Großmutter galt als sehr depressiv; es gab so viele kriegsbedingte Todesfälle bei uns.</i> | Verwirrung |

Wir entscheiden gemeinsam, welche Qualität wir zusätzlich zur »Sucht« dazu nehmen. Sie wird anschließend von einer Person stellvertreten.

Aus der Interaktion zwischen den Repräsentanten von Personen und der Qualitäten ergeben sich beeindruckende, klärende Prozesse. Der Aufstellende drückt seine Selbstwahrnehmung mit eigenen Worten aus und wendet sich damit an die stellvertretende Person seiner Wahl.

Das Zusammenwirken von Stellvertretern der »Sucht« und einer weiteren Qualität führt zu intensivem Wiedererleben lange überdeckter familiärer Verstrickungen und eröffnet den Weg, einen guten Platz für den Aufstellenden zu finden.

Es kommt zu einer neuen Qualität in der Beziehung, wenn der Zyklus einer guten Kommunikation (nach Rosenberg, 2016; Hören – Spüren – Sich-Verge-wissern, was gehört wurde – Antworten) geübt wird. Sich gewahr werden, wie eine achtsame Kommunikation die Beziehung (in der Familie) verbessert, wird bei den Aufstellungen gleich konkret mit geübt.

Ein bedeutsames »Muster« entsteht oft als Folge eines länger andauernden Mangels; ist die Mangelsituation mit Gewalt, sexuellem Missbrauch oder vergleichbaren Übergriffen verbunden, so entsteht ein Trauma. Ein Trauma nicht zu benennen oder umgehen zu wollen, würde einen Fehler im Aufstellungsprozess darstellen. Die Einbeziehung von traumatischen Erlebnissen des Klienten in den Aufstellungsprozess erfordert u. a. das Fachwissen nach Peter Levine (2010), wenn es in der Therapie um die Unterstützung von »guten Fluchtreaktionen« geht, und von Michaela Huber (2011), wenn es um den »sicheren Ort« geht.

Immer die »Sucht« repräsentieren

In jeder Aufstellung wird die »Sucht« als Qualität durch eine Person vertreten. Nach unseren Beobachtungen hat die Konfrontation mit der »Sucht« für die als »Sucht« Aufgestellten und die Aufstellenden eine eindrucksvolle positive Erlebenskraft: wie die »Sucht« als Phänomen sich im Verlauf einer Aufstellung verändert, wie die Veränderungen der Qualität »Sucht« auf wundersame Weise das System der Herkunftsfamilien verändert, wie die »Sucht« im Prozess der Aufstellung an Kraft gewinnt bzw. an Kraft verliert, wie »die Sucht« ab einem bestimmten Zeitpunkt »keine Aufgaben mehr hat« (wie manche Stellvertreter der »Sucht« im Verlauf einer Aufstellung spüren und sagen).

Aufgrund der langjährigen Erfahrungen bitte ich grundsätzlich, die »Sucht« aufzustellen. Die »Sucht« hatte lange die Funktion, das körperliche und seelische Leid nicht spüren zu müssen, bevor sie zu einem eigenständigen Krankheitsbild führte. Die »Sucht« nicht aufzustellen, würde der Aufstellung den bedeutenden Fokus und ihre Energie nehmen.

Wir können daran, wie und wo die »Sucht« Position bezieht, erkennen, wie stark das Abhängigkeitssyndrom im Augenblick der Aufstellung noch erlebt wird. Die Repräsentanten werden befragt; sie ändern gegebenenfalls ihre Positionen; sie beziehen sich aufeinander und äußern, wie sie die jeweilige Beziehung erleben. Dadurch werden wichtige Informationen über die Verstrickungen im Familiensystem und emotionalen Prozesse den Aufstellenden sichtbar und dann erfahrbar. Hier sind es oft die Qualitäten der Eltern-Kind-Bindungen, z. B. sicher – unsicher – diffus (Bowlby, 2014).

Es entsteht ein weiteres Bild im Raum, mit dem ein neues Verstehen des Ursachengefüges »Sucht« deutlich wird. Bisher unbewusste oder verdrängte Bedürfnisse und Handlungsmotive des Rehabilitanden werden von den Stellvertretern ausgedrückt. Die Stellvertreter zeigen uns die bisherigen Verstrickungen in der Familie, die Auswirkungen von strukturellen Veränderungen (z. B. Scheidung der Eltern) und Tatsachen (z. B. Gewalterfahrungen). Auf eindruckliche Weise erfahren wir von emotionalen Blockaden, von vergessener Trauer und nicht erfolgtem Verzeihen, von nicht mehr erinnerten, verlorenen Kindern.

Der Aufstellende begleitet und sieht diese Veränderungen in seiner Aufstellung; und äußert oft: »So war das damals zuhause.« Der Prozess ermöglicht es dem Aufstellenden, Unbewusstes und verdrängte Erlebnisse wieder zu erinnern. In der sich verändernden Haltung mit der achtsameren Atmung werden sich verändernde Gefühle gut wahrnehmbar. Die Haltung verändert sich, z. B. von einer abwehrenden zu einer distanzierteren und vielleicht dann zu

einer annehmenden; dies können wir auch als Entwicklungsprozess der Person beschreiben, z. B. von abhängig-bedrohter zu einer autonomen-sicheren Person (Permantier, 2019).

In jeder Aufstellung gibt es einen bedeutenden Wendepunkt, auf den wir in der Begleitung sorgsam unsere Aufmerksamkeit richten. Es ist der Zeitpunkt, ab dem sich die »Sucht« zurückzieht, sie stellt sich zu einer anderen Person aus dem Herkunftssystem (»Hier gehöre ich hin«) oder wendet sich ab (»Ich habe hier nichts mehr zu tun«). Die Aufstellenden antworten auf die Frage, wie sie den Wendepunkt in ihrer Aufstellung erlebten, oft: »Mein Stellvertreter begann an dem Punkt ganz anders zu sprechen; es wurde von Gefühlen gesprochen; es entstand eine körperliche Entspannung und eine andere Körperhaltung; die Eltern sahen auf einmal das Kind und konnten es annehmen; alle Geschwister waren da und standen in den richtigen Positionen.«

Als eine bedeutende therapeutische Feststellung ist zu bemerken, ab wann die Aufstellung sich energetisch in Richtung Lösung bewegt. Es ist die Wahrnehmung dieses Moments, aus der sich gute Lösungen ergeben (können): die Wahrnehmung der eigenen Gefühle, das Anerkennen des (intensiven) Erlebens und das Dabeibleiben, das Aussprechen von Gefühlen, das Zuhören, das bewusste Antworten, die im ganzen Raum spürbare Öffnung für neue Lösungen (Rosenberg, 2016).

So individuell eine Familienaufstellung ist, so individuell und unterschiedlich tauchen die Lösungen auf. Dies sind – zusätzlich zu dem Wahrnehmen, ab wann und wie sich die »Sucht« verändert hat und nicht mehr zum System des Aufstellenden gehört – Lösungsaspekte wie:

- anerkennen, dass die eigene Wahrnehmung zutreffend ist und dass sie früher durch z. B. elterliche Einflüsse »verbogen« wurde,
- aus der Wahrnehmung, anderen Menschen emotionalen oder materiellen Schaden zugefügt zu haben, entsteht das Bedürfnis nach Ausgleich und Wiedergutmachung,
- Hilfe erkennen und annehmen, Überwindung der Einsamkeit,
- der Verzicht auf die »alten« Urteile und Verurteilung von Familienmitgliedern und der Selbstabwertung als Öffnung zur Freude über das eigene Dasein,
- das Freiwerden durch Anerkennung, dass jeder in der Familie auf die eigene Weise Lasten zu tragen hat,
- den sicheren Ort bestimmen und hilfreiche Menschen benennen,
- einen leichteren Umgang mit körperlichen und seelischen Leiden entdecken,
- aus Angst (um einen Elternteil) wird Vertrauen,
- Glück erkennen und zulassen,

- die eigene Liebe und die Liebe zu den anderen (Partner, Familie, Kinder) als die entscheidende Lebenskraft spüren.

Zum Abschluss achten wir darauf, die »gute Position« und die »gute Lösung« angemessen in Worten auszudrücken. Das Neue soll gut in das künftige Leben und Erleben integriert werden können; damit verbunden sind die Bitte und Empfehlung, konkrete Ziele im Täglichen immer wieder bewusst zu üben. So ergeben sich nachhaltige und stabile, gute Veränderungen.

Die weitere Suchttherapie erfolgt dann in der Gruppen- und Einzeltherapie. Hier werden auch die Erfahrungen der Klienten nachbesprochen, die sie als Stellvertreter gemacht haben. Diese Erfahrungen hervorzuheben, hat sich als sinnvoll und den Therapieprozess stärkend herausgestellt (Homberger, 2019).

Unsere qualitative Evaluation

Seit nunmehr zwölf Jahren finden Systemaufstellungen im Rahmen der Ambulanten Suchtrehabilitation vom Caritas-Suchtzentrum Mitte statt. In einem kollegialen Gespräch am 4. Dezember 2019 haben wir gemeinsam eine retrospektive Evaluation vorgenommen und die vielfältigen Erfahrungen und Eindrücke zusammengefasst. Wir haben uns in dem mehrstündigen Gespräch an dem Fragenkatalog von Jost (2007) orientiert. Das Gespräch, an dem die Autorinnen dieses Beitrags teilnahmen, ließ sich anschließend zur Gesamteinschätzung in Verbindung mit Aspekten des Modells der von den Rentenversicherungsträgern anerkannten »Ambulanten Suchtrehabilitation« verdichten.

Das Teamgespräch: unsere Evaluation am 4.12.2019

Wir nutzen die zweitägigen Systemaufstellungen seit 2007; sie sind Teil des umfangreichen Konzeptes der Ambulanten Suchtrehabilitation. Das Konzept ist von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) anerkannt und erfüllt die vielfältigen Qualitätsanforderungen. In der Rückschau gehen wir von 35 Seminaren mit ca. 900 Teilnehmern und Teilnehmerinnen aus. Von diesen haben ca. 360 Patienten ihr Thema bzw. ihr Anliegen aufgestellt. Davon haben 250 an zwei Aufstellungsseminaren teilgenommen, sehr wenige an drei Seminaren im Verlauf der ambulanten Therapie. Das Zahlenverhältnis Männer zu Frauen betrug und beträgt 4:1, so wie es in der ambulanten Suchtrehabilitation bundesweit zu sehen ist.

Das Reha-Team in der Caritas-Suchtberatung besteht aus Therapeutinnen. Es arbeitet eng mit den Einrichtungen des Trägers (dem Café Beispiellos – einer

Begegnungsstätte für Glücksspieler, den Caritas-Suchtberatungen in Steglitz und in Spandau) und anderen Einrichtungen (z. B. Entgiftungsstationen, Krankenhäuser, Entwöhnungseinrichtungen) zusammen. Wir haben in all den Jahren festgestellt, dass die Hauptthemen der Patienten sich fast immer auf die Herkunftsfamilien beziehen.

In den individuellen Aufstellungen zeigen sich die Beziehungsqualitäten in den jeweiligen Familien in konzentrierter Form; oft ergeben sich überraschende neue Hinweise auf die familiären Beziehungen. Wir bereiten die Patienten intensiv auf die Aufstellung vor und werten die Ergebnisse in der Gruppen- und Einzeltherapie aus. Wir erleben, dass die Erfahrungen in den Aufstellungen die ambulante Therapie insgesamt sehr fördern. Die Patienten nehmen das Angebot zur Teilnahme an den Aufstellungsseminaren überwiegend gerne an. Sie sind mit der Organisation der zweitägigen Wochenendseminare sehr zufrieden, was wir aus den Nachbearbeitungen der Gruppen wissen. Die besondere Versorgung und Fürsorge an diesen Tagen tragen sehr zum therapeutischen Fortschritt der Teilnehmer bei. Denn die Einrichtung wird insgesamt als ein annehmendes und freundliches Haus wahrgenommen und beschrieben. Es geht im Erleben der Teilnehmer um »etwas wirklich Bedeutsames«, wenn sie das Überleben der Sucht, die Entmächtigung der Sucht und das nüchterne Weiterleben in der verdichten Zeit der eigenen Aufstellung intensiv erleben (Rückmeldungen aus den vielen Folgegruppen und Auswertungen).

Für uns als Behandlungsteam war und ist wichtig: Das Vertrauen zum Seminarleiter war stets zu bemerken; es stellte sich in jedem Seminar bald nach Beginn des Wochenendes ein. Es entstand und entsteht regelmäßig eine gute und angstfreie Atmosphäre in den Seminaren, eine Stimmung gegenseitigen Verständnisses und Interesses. Dies führt zu der wichtigen Erfahrung und Haltung: Die Patienten fühlten und fühlen sich sicher und aufgehoben. Das liegt auch an der hohen Präsenz des Therapeutinnenteams. Viele betonen, dass ihnen die Aufstellungen der anderen auch viel für ihre eigene therapeutische Arbeit gegeben haben. Die Patienten konnten davon sehr profitieren und auf der Gefühlsebene nachvollziehen, wie alte Belastungen nachwirken und wie sich die neuen Lösungen anfühlen.

Die Rückmeldungen der Teilnehmer zeigten und zeigen: Die Vorbereitungen und Auswertungen mit den Einzeltherapeutinnen werden sehr geschätzt. Die individuellen Anliegen und Ziele konnten und können aufgrund der guten Vorbereitung sehr klar herausgearbeitet werden. Das erstellte Genogramm zeigt oft neue Aspekte im familiären Kontext. Es wird in die jeweilige Aufstellung zusammen mit den anderen Dokumenten einbezogen. Dabei scheint es wichtig zu sein, dass mit diesem Vorgehen und Einbeziehen eine Gemeinsamkeit

zwischen dem Therapeutinnenteam und dem Aufstellungsleiter hergestellt und von den Rehabilitanden als solche – auch modellhaft in »familiärer Hinsicht« – erlebt wird. »Es wird hier etwas Wichtiges gemeinsam für mich getan«, »Sie sind für mich da«: So würden wir die innere Haltung der Patienten in Worte fassen. Diese angestrebte und realisierte Transparenz in der Zusammenarbeit wirkt sich positiv auf die Therapie- und Aufstellungsprozesse aus.

Zusammenwirken

Das Mütterliche und das Väterliche entfalten eine Wirkung in freundlicher und fürsorglicher Zusammenarbeit. Die Zusammenarbeit und die Schritte in der Aufstellung sind für die Beteiligten auf jeden Fall als transparent und nachvollziehbar zu gestalten. Die Lösungen und die angebotenen »Sätze« sollten und müssen, so die langjährige Erfahrung, aufgegriffen und »übersetzt« werden; wir fassen die Ergebnisse jeder Aufstellung zusammen und gehen sie mit allen Teilnehmern noch einmal durch. Unser Verständnis zu den formulierten neuen Einsichten (Überzeugungen in Form konzentrierter Sätze und Aussagen) dienen dem Perspektivwechsel – ein Beispiel: »Ich sehe heute, dass meine Mutter selbst so belastet war, dass sie für uns Kinder kaum sorgen konnte; das entlastet mich von meinen Schulzuweisungen an sie und macht mich freier.«

Von großer Bedeutung ist, dass alle erleben, wie das Anerkennen von Tatsachen neue Perspektiven und emotionale Entlastungen eröffnet. Tatsachen in der Herkunftsfamilie, die ein Leben lang mit enormen emotionalen Belastungen verkettet blieben, auszusprechen und zu erleben, wie sich das Aussprechen anfühlt und wie Tatsachen im neuen Kontext der Gegenwart (»Ich lebe nüchtern, ohne Suchtmittel«, »Meine Familie weiß von meiner Sucht und meiner Therapie«) anders eingeordnet werden können: Das schätzen wir als besondere Stärke in diesen Aufstellungen. So gesehen begleiten wir wirksame Veränderungen, weil Tatsachen sich im Erleben und Benennen im Heute mit den aktivierten Erinnerungen und Gefühlen in der Anerkennung dessen, was ist, so zu einer hoffnungsgebenden, neuen Ausrichtung für die einzelnen Aufstellenden im Hier und Jetzt formieren.

Unser Krankheitsverständnis

Für uns ist die Vermittlung unseres Krankheitsverständnisses von »Sucht« wichtig hervorzuheben; Sucht als stoffgebundenes und nicht-stoffgebundenes (z. B. Glücksspiel) Phänomen wird als Krankheit eingestuft. Das Hauptziel besteht in

der zufriedenstellenden Abstinenz, das Erreichen dieses Zieles steht in Verbindung mit positiven Veränderungen im Selbstbild, in der familiären und beruflichen Interaktion, in der Selbstannahme und dem Einrichten eines nüchternen Umfeldes. Die Gruppe übernimmt das Verständnis von Sucht und Abstinenz und bewegt es zumeist in konstruktiver Weise; so wird die gegenseitige Unterstützung wirksam.

Die Aufstellungswochenenden werden von den Teilnehmern als hilfreich eingeschätzt. Sie heben hervor, dass ihre Lebensfreude und Zuversicht gestärkt werden. Wenn jemand erfährt, dass das bisherige Lebensmuster als solches anerkannt wird, so dass die Selbstabwertung abnimmt, entsteht zusammen mit der zunehmenden Selbstwürdigung (»Ich mache die Schritte hier für mich«) die emotionale Basis für das Neue.

Die Qualität der »Sucht« wird in jeder Aufstellung von einer Person repräsentiert. Wir beobachten in den Aufstellungen immer das Phänomen, dass und wie »die Repräsentanz der Sucht« sich im Verlauf der Aufstellungen ändert. Sie ordnet sich anderen Repräsentanten von Familienmitgliedern zu; sie wirkt manchmal stärker (dies als Hinweise auf »gefährdende Momente im Leben des Klienten«); sie formuliert oft, es gebe hier nichts mehr für sie zu tun; die Qualität wandelt sich manchmal in die emotionale Qualität der Trauer, eines Abschieds oder in Erinnerung an etwas Verlorenes; sie wird schwächer. Dies sind für uns entscheidende Hinweise dafür, dass der Prozess der Aufstellung auf neue Weise zur Stärkung der Abstinenz beiträgt.

Rückmeldungen

Die überwiegende Rückmeldung der Patienten ist, dass sich nach den Aufstellungswochenenden familiäre Beziehungen verbessert haben und dass Belastungen durch körperliche Symptome abgenommen haben. Neben dem innerlichen Aussöhnen mit schwierigen Tatsachen und Familienmitgliedern gelingt oft auch die äußerliche Versöhnung. Dass diese Prozesse Zeit brauchen, wird durch uns als therapeutisches Team immer wieder verdeutlicht. Die Rückmeldung sehr vieler Patienten ist, dass sie gute Lösungen für das weitere Leben in den Aufstellungen erlebt, gesehen und für sich mitgenommen haben.

Als Team ermuntern wir das »Üben der guten Lösungen«; die in Aufstellungen intensiv erlebten, neuen Perspektiven und Beziehungen sollen im Alltag nachvollziehbar sein und die Grundlage für die weiteren Wege bleiben. Die individuellen Erkenntnisse aus den vielen Angeboten der ambulanten Rehabilitation bilden zusammen mit den starken Gefühlserlebnissen und -einsichten eine sehr gute Basis zum Erreichen der Therapieziele.

Fazit

Die Familienaufstellungen, so, wie wir sie realisieren, passen gut zum Behandlungsansatz der ambulanten (wie auch der stationären) Suchtrehabilitation. Das seit zwölf Jahren verwirklichte Modell im Caritas Suchtzentrum Mitte (Berlin) ist übertragbar auf andere Indikationen der Rehabilitation, wie z. B. die psychosomatische Rehabilitation. Es ist ausgewiesen tiefenpsychologisch orientiert und umfasst ganzheitliche Aspekte der Suchtmittelabhängigkeit und der nichtstoffgebundenen Süchte in einer Weise, die den Menschen in seiner Individualität und Eingebundenheit in das soziale Umfeld zulassen und für die Neuausrichtung in Verbindung mit einer nachhaltigen Abstinenz wirksam werden.

Die positive, auf den Menschen bezogene und jederzeit erlebbare Qualität im Hause des Suchtzentriums lädt die Betroffenen und ihre Angehörigen ein, sich den herausfordernden Themen und Aufgaben (»Wie kann ich die Sucht überwinden und besser weiterleben?«, »Was kann ich als Angehöriger dazu beitragen?«) zu stellen, Mut zu schöpfen und weiterzumachen.

Wie das Gesamtprogramm und das Teilangebot »Systemaufstellungen« miteinander verbunden sind und wie alle Beteiligten davon profitieren, zeigen unsere gemeinsamen Erfahrungen.

Literatur

- Anonyme Alkoholiker (2019). Die zwölf Schritte der anonymen Alkoholiker. Zugriff am 19.06.2020 unter <https://www.anonyme-alkoholiker.de/unsere-idee/zwoelf-schritte/>
- Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz. Dossier Kinder suchtkranker Eltern 1/2012. Zugriff am 07.10.2020 unter <https://www.bag-jugendschutz.de/PDF/Dossier-Kinder-Suchtkranker-Eltern-web.pdf>
- Bundesministerium für Gesundheit (2020). Gesundheitsgefahren. Sucht und Drogen. Zugriff am 19.06.2020 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html>
- Böszörményi-Nagy, I., Spark, G. (2006). Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme (8. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bowlby, J. (2014). Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. München: Reinhardt.
- Brömer, H. (2007). Sucht. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hrsg.), Fachlexikon der sozialen Arbeit (6., völlig überarb. und aktual. Aufl., S. 952). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Brömer, H. (2013). Sucht als Schicksal von Generationen: aus der Perspektive der Familienaufstellung (FA). Unveröffentlichter Vortrag Fachverband Sucht, Heidelberg.
- Brömer, H. (2014). Familienaufstellungen im Rahmen der Suchtrehabilitation: eine Beschreibung und eine Auswertung 1998–2013. Unveröffentlichter Vortrag. 1. European Conference

- on Systemic Research in Therapy, Education and Organizational Development, Heidelberg 6.–7.3.2014, Institute of Medical Psychology, Heidelberg University.
- Brömer, H. (2015). Suchtkranke Eltern mit Kindern in der stationären Rehabilitation: Das integrierende Modell im Tannenhof Berlin-Brandenburg. *SuchtAktuell*, (1), 42–54.
- Brömer, H. (2017). Aufstellung mit suchtkranken Eltern, Begleitheft zur DGfS Tagung. *DGfS intern*, (6), 26–29.
- Brömer, H., Helbing, U. (1988). Zusammenleben von Kindern und ihren Eltern im Rahmen stationärer Drogentherapie: Grundlagen, Ziele und Erfahrungen im Tannenhof. *Föderation der Drogenhilfen in Europa e. V.*, (12), 18–28.
- Brömer, H., Mahr, A., Beß, R. (2003). Familienaufstellungen in der Rehabilitation Suchtkranker (1998–2003). 4. Internat. Arbeitstagung zu Systemaufstellungen. *CoMed*, 2004 (3), 69–72.
- Deutsche Rentenversicherung, Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhaesgesellschaft (DKG) für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 1. August 2017.
- DIMDI (2012). ICF Version 2005. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Version 2005. Zugriff am 19.06.2020 unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/>
- DIMDI (2019). ICD-10-GM Version 2019. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Version 2019. Mit Aktualisierung vom 01.11.2019 Zugriff am 19.06.2020 unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/>
- ESA (2020). *Der Epidemiologische Suchtsurvey 2018*.
- Fonagy, P., Target, M. (2003). Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Gräbs, C. (2019). *Therapiekonzept Ambulante medizinische Rehabilitation Inklusive Nachsorgebehandlung, Alkohol-/Medikamenten-/Drogenabhängigkeit/pathologisches Spielen*. Internes Therapiekonzept 2020, Berlin: Caritas-Suchtzentrum Mitte.
- Huber, M. (2011). *Viele sein. Ein Handbuch. Komplextrauma und dissoziative Identität – verstehen, verändern, behandeln*. Paderborn: Junfermann.
- Homberger, H. (2019). Die stellvertretende Wahrnehmung in der systemischen Aufstellungsarbeit. In K. Nazarkiewicz, P. Bourquin (Hrsg.), *Essenzen der Aufstellungsarbeit. Praxis der Systemaufstellung* (S. 87–105). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jost, R. (2007). Familienaufstellungen im Urteil der Klienten. Eine retrospektive Befragung. *Blickpunkt, EFL-Beratung*, 4 (18), 56–59.
- Keilson, H. (2005). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Levine, P. A. (2010). *Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt* (7. Aufl.). München: Kösel.
- Lier, H., Lier, C. (2019). Systemische Qualitätsmerkmale in Aufstellungen. In K. Nazarkiewicz, P. Bourquin (Hrsg.), *Essenzen der Aufstellungsarbeit. Praxis der Systemaufstellung* (S. 179–197). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Luhmann, N. (1987). *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Mahr, A. (1999). *Trauma und Ordnung in Familien: neue Möglichkeiten in einer Mehrgenerationen-Perspektive*. Unveröffentlichter Vortrag auf der Fachtagung vom Tannenhof, Berlin: »Verletzte Kindheit. Konflikte in der Familie – ein Drama für das Kind« am 2.6.1999.
- Mahr, A. (2003). *Konfliktfelder – wissende Felder. Systemaufstellungen in der Friedens- und Versöhnungsarbeit*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Maslow, A. (1973). *Psychologie des Seins. Ein Entwurf*. München: Kindler.

- Mentzos, S. (1989). Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Berlin: Fischer.
- Müller-Christ, G., Pijetlovic, D. (2018). Komplexe Systeme lesen. Das Potential von Systemaufstellungen in Wissenschaft und Praxis. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Ochs, M., Schweitzer, J. (2012). Handbuch Forschung für Systemiker. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Permantier, M. (2019). Haltung entscheidet. Führung und Unternehmenskultur zukunftsfähig gestalten. München: Vahlen.
- Radebold, H., Bohleber, W., Zinnecker, J. (Hrsg.) (2008). Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheit. Interdisziplinäre Studien zur Nachhaltigkeit historischer Erfahrungen über vier Generationen. Weinheim/München: Beltz Juventa.
- Rosenberg, M. B. (2016). Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens. Paderborn: Junfermann.
- Schlippe, A. von, Schweitzer, J. (2012). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, G. (2019). Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Heidelberg: Carl-Auer.
- Schneider, R. (2012). Die Suchtfiibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit. (16. Aufl.). Hohengehren: Schneider Verlag.
- Shazer, S. de (2018). Mehr als ein Wunder. Die Kunst der lösungsorientierten Kurzzeittherapie. Heidelberg: Carl-Auer.
- SGB (2020). Sozialgesetzbuch. Allg. Teil, Grundsicherung, Arbeitsförderung, Gem. Vorschriften, Kranken-, Renten-, UnfallVers., Kinder-/Jugendhilfe, Rehabilitation, Verwaltungsverfahren, PflegeVers., Sozialhilfe, Soz. Entschädigung, Sozialgerichtsgesetz. Mit Covid-19-Gesetzgebung (49. Aufl.). München: Beck im dtv.
- Spitzer, M., Herschkowitz, N. (2019). Wie Kinder denken lernen. Die kognitive Entwicklung vom 1. bis zum 12. Lebensjahr. München: mvg Verlag.
- Schützenberger, A. A. (2012). Oh, meine Ahnen! Wie das Leben unserer Vorfahren in uns wiederkehrt (7. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Verband der Ersatzkassen (2019). Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Stand: 22.11.2019. Zugriff am 19.06.2020 unter <https://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/abhaengigkeit.html>