

## Familientherapie mit Drogenabhängigen

*Übersicht:* Strategien und Techniken zur Behandlung von Drogenabhängigen, ihren Herkunfts- und Zeugungsfamilien sowie von größeren Systemen werden aus der Sicht der »Integrativen Familientherapie« beschrieben. Es ist wichtig, Drogenkonsumenten bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, der Selbstdifferenzierung und Ablösung zu helfen. Häufig ist es sinnvoll, die Drogensucht als ein Familienproblem, als Herausforderung für andere Familienmitglieder oder als Machtkampf zu definieren. Ferner ist es vielfach notwendig, die Ehe- und Eltern-Kind-Beziehung in Herkunfts- und Zeugungsfamilie zu verbessern, beide Systeme und ihre Subsysteme klarer voneinander abzugrenzen und ein Unterstützungssystem aufzubauen.

In dem Artikel »Drogensucht und Familie« (Textor 1989) wurde ein Überblick über die Vielzahl möglicher Ursachen von Drogenabhängigkeit gegeben, wobei vor allem die Bedeutung pathogener Faktoren in der Herkunftsfamilie betont wurde. Es wurden aber auch Ursachen auf den Ebenen des Individuums, der Zeugungsfamilie und von größeren Systemen genannt. In diesem Artikel soll nun über die Behandlung von Familien mit drogenabhängigen Mitgliedern berichtet werden. Vor allem in den USA wurde seit Anfang der 70er Jahre eine Vielzahl verschiedener Therapieansätze für diese Zielgruppe entwickelt, wobei man z. B. auf die Theorien von Boszormenyi-Nagy, Bowen, Satir, Minuchin und Haley zurückgriff. Auch wurden unterschiedliche Behandlungsmodalitäten wie parallele Therapie für Eltern und Drogenabhängige, stationäre Familientherapie, Familiengruppentherapie oder Netzwerktherapie ausprobiert (Stanton 1979c). Eine Umfrage bei 2012 nordamerikanischen sozialen Einrichtungen ergab, daß Ende der 70er Jahre bereits 93 % von ihnen die Familien in die Behandlung Drogenabhängiger einbezogen (Coleman, Davis 1978).

Als Grundlage für diesen Artikel dient die »Integrative Familientherapie«, die an anderer Stelle ausführlicher beschrieben wurde (Textor 1985, 1987, 1988c; vgl. Textor 1988a, b). Es wird davon ausgegangen, daß die einzelnen Ansätze der Familientherapie nur einige wenige Elemente und Aspekte der individuellen, Familien- und Therapiesituation berücksichtigen. So konzentrieren sich z. B. bekannte Ansätze wie die von Ackerman, Stierlin, Patterson, Liberman, Whitaker, Satir, Minuchin oder Haley auf psychodynamische Vorgänge, Verhalten, Erfahrung, Kommunikation, Familienstruktur, Hierarchie oder Systemprozesse. Diese Einseitigkeit resultiert

daraus, daß Therapeuten in der Therapiesituation nicht die vielen auf sie einströmenden Eindrücke, Wahrnehmungen, verbalen und nonverbalen Botschaften, etc. registrieren und verarbeiten sowie aus ihnen Konsequenzen für das eigene Verhalten ziehen können. Sie sind also gezwungen, sich auf eine begrenzte Auswahl zu beschränken, wobei in der jeweiligen Therapietheorie die ausgewählten Elemente und Aspekte der individuellen, Familien- und Therapiesituation sowie die zu ihrer Beeinflussung geeigneten Strategien und Techniken beschrieben werden.

In der therapeutischen Praxis läßt sich bloß auf diese Weise arbeiten – problematisch ist nur, wenn der jeweilige Therapieansatz verabsolutiert und als der einzig richtige bezeichnet wird. Dann sind sich die Therapeuten dieser Auswahlprozesse sowie der daraus resultierenden Begrenztheit und Einseitigkeit ihres Ansatzes nicht mehr bewußt. Stoßen sie in der Praxis auf einen Fall, bei dem die Problemursachen nicht in dem von ihrem Ansatz erfaßten Ausschnitt der Realität liegen, können sie nicht mehr auf andere Ansätze (die sich auf *diese* Ursachen spezialisiert haben) ausweichen, scheitert vielfach die Behandlung.

Bei der Integrativen Familientherapie wird davon ausgegangen, daß alle erfolgreich eingesetzten Therapieansätze »gut« oder »richtig« sind. Will man aber auf einer theoretischen Ebene der Komplexität der Realität, dem Ganzen der individuellen Familien- und Therapiesituation, der Multikausalität von Phänomenen und einem ganzheitlichen Menschenbild gerecht werden, so muß man die verschiedenen Standpunkte und Perspektiven der einzelnen Therapieansätze, ihre unterschiedlichen Konzepte, Hypothesen und Techniken miteinander verknüpfen und zu einem in sich strukturierten Ganzen verbinden. Auf diese Weise entsteht eine umfassende integrative Theorie, über die Grunebaum, Chasin (1982) schreiben:

»Sie setzt nicht Idee gegen Idee oder Methode gegen Methode, sondern betont vielmehr das Prinzip, daß alle wichtigen Konzepte und Techniken der Familientherapie einander ergänzen oder überschneiden und in ein allgemeines Schema passen« (S. 403, 404).

Entsprechend dieser integrativen Vorgehensweise werden nun Strategien und Techniken aus verschiedenen Schulen der Familientherapie vorgestellt und miteinander verknüpft, die sich bei der Behandlung von Familien mit drogenabhängigen Mitgliedern bewährt haben und die der Einwirkung auf unterschiedliche pathogene Strukturen und Prozesse dienen. Dabei wird deutlich werden, daß sie einander ergänzen, also komplementär sind. Die einzelnen Strategien und Techniken werden für die Ebenen des Individuums, der Ursprungsfamilie, der Zeugungsfamilie und der größeren Systeme getrennt dargestellt. Zuvor ist aber noch anzumerken, daß Familientherapie bei Drogensucht kein Allheilmittel ist und oft nur als zusätzliche therapeu-

tische Modalität neben stationärem Entzug, Einzel- und Gruppentherapie, Entspannungsübungen, berufsbildenden Maßnahmen oder der Integration in Selbsthilfegruppen eingesetzt werden kann (Kaufman 1985). Sie eignet sich vor allem für jugendliche Drogenabhängige und junge Erwachsene, die noch in ihrer Familie verhaftet sind (Textor 1987, 1989) und bei denen die anderen Familienmitglieder noch am ehesten zur Mitarbeit gewonnen werden können.

### **Behandlung drogenabhängiger Familienmitglieder**

Oft beginnt die Behandlung nach einer Familienkrise, die z. B. durch die Verhaftung des Drogenabhängigen, dessen Scheitern in Ausbildung und Beruf oder gewalttätige Auseinandersetzungen in der Familie hervorgerufen werden (Hirsch, Imhof 1975):

»Meist steht der Therapeut des Drogenabhängigen und seiner Familie unter gewaltigem Erfolgszwang, welcher einerseits mit der Möglichkeit des Todes ... zusammenhängt, und andererseits mit der Tatsache, daß Patienten oft mehrere Entzüge und gescheiterte Therapien hinter sich haben« (Welter-Enderlin 1982, S. 208).

Zunächst muß der Drogenabhängige zum Entzug bewegt werden. Es ist wichtig, daß er oder sie die Verantwortung für die Drogensucht übernimmt, den festen Entschluß faßt, abstinent werden zu wollen, und dem Einfluß der Drogenszene widersteht. In der Bundesrepublik Deutschland findet der Entzug in der Klinik statt, im Ausland vereinzelt auch in der Herkunftsfamilie (Kaufman 1979; Stanton 1979b; Ziegler-Driscoll 1979; Kosten et al. 1983) oder sogar in Pflegefamilien (Textor 1989a). So schreiben z. B. Stanton, Todd (1979):

»Unser Ziel ist, daß die Familie dem Süchtigen beim Entzug hilft. Dies kann an einem Wochenende geschehen, wobei die Familie auf Probleme vorbereitet werden muß: So mag der Süchtige das Haus verlassen, ein Geschwisterteil oder Freund ihm Drogen bringen, mögen die Eltern in ihrer Wachsamkeit nachlassen usw.« (S. 63).

Auf diese Weise werden die Eltern für den Entzug verantwortlich gemacht und müssen gegenüber dem Drogenabhängigen zusammenhalten. Sie müssen sich auf eindeutige Regeln einigen und sich abstimmen, wie sie gemeinsam deren Einhaltung durchsetzen wollen.

Eine weitere wichtige Aufgabe des Therapeuten ist, die Drogenabhängigen bei der nachträglichen Bewältigung der eigentlich im Jugendalter zu erfüllenden Entwicklungsaufgaben zu unterstützen. So ist es notwendig, ihnen bei Problemen in Bildungseinrichtungen und am Arbeitsplatz zu helfen, sie zur Arbeitssuche oder zur Wiederaufnahme der Ausbildung zu motivieren

sowie den Aufbau eines Freundeskreises und intensive Kontakte mit gegengeschlechtlichen Partnern zu fördern. Dazu ist wichtig, Versagensängste und negative Selbstwertgefühle abzubauen, die Drogenabhängigen zur Selbstbehauptung und Selbstkontrolle zu bewegen, die ihnen hierzu notwendigen Fertigkeiten zu vermitteln, sie Problemlösungstechniken zu lehren und ihr Rollenverhalten zu ändern, wobei sich Rollenspiel, Verhaltensübung oder Durchsetzungstraining als Methoden anbieten (Callan, Garrison, Zerger 1975; Reilly 1975; Stanton et al. 1978; Kaufmann 1979).

Vor allem muß aber die Selbstdifferenzierung, Individuation und Ablösung der Drogenabhängigen gefördert werden. Es ist wichtig, daß sie sich gegenüber ihren Eltern abgrenzen, selbständig und unabhängig werden. Sie müssen lernen, Verantwortung für ihr eigenes Leben zu übernehmen und »auf eigenen Füßen zu stehen« (Ziegler-Driscoll 1977, 1979; Stanton, Todd 1979; Welter-Enderlin 1982; Huberty, Huberty 1983; Zimmer-Höfler 1984). Stanton und seine Mitarbeiter (1978) fassen die auf den Drogenabhängigen bezogenen Therapieziele zusammen:

»Insbesondere muß der Süchtige 1. sich von seiner Abhängigkeit von Drogen befreien; 2. ein gewisses Maß der Ablösung von seinen Eltern erreichen, gewöhnlich indem er von daheim auszieht; 3. von seinen Eltern, sich selbst und der Öffentlichkeit als erfolgreich in der Schule, im Beruf oder bei anderen Aktivitäten betrachtet werden; 4. stabile und nicht drogenbezogene Beziehungen außerhalb der Familie eingehen« (S. 146).

## Behandlung der Herkunftsfamilie

Es ist empfehlenswert, so bald wie möglich die Herkunftsfamilie in die Behandlung von Drogenabhängigen einzubeziehen, sofern diese in engem Kontakt mit ihr stehen. Die Familienmitglieder können entweder von den Drogenkonsumenten selbst oder von den Therapeuten eingeladen werden. Dabei sind oft große Widerstände zu überwinden, da die Eltern Angst vor Schuldzuschreibung haben. So ist es sinnvoll zu betonen, daß die Schuldfrage nicht diskutiert werden wird, daß die Therapeuten unbedingt die Sichtweise der anderen Familienmitglieder kennenlernen möchten und daß sie ihre Unterstützung bei der Behandlung benötigen. Wurde der Drogenabhängige früher von individuumsorientierten Fachleuten erfolglos behandelt, kann auch erwähnt werden, daß andere Therapieansätze versagt haben (Stanton 1979 a; Stanton, Todd 1979; Welter-Enderlin 1982; Schaltenbrand 1984). Generell ist die Familie nach einer Krise leichter in die Behandlung einzubeziehen, da dann das System im Disäquilibrium ist und die Familienmitglieder eher zu Veränderungen bereit sind (Reilly 1975). Letzteres gilt auch für den weiteren Verlauf der Behandlung. Deshalb sollte bei Krisen

die Zahl der Sitzungen möglichst vergrößert werden, so daß alle sich dann bietenden Möglichkeiten genutzt werden können.

Schon während der Diagnose ist es wichtig, die Drogenabhängigkeit als ein Familienproblem und die ganze Familie als Klienten zu definieren. So lenken Therapeuten von dem Drogenkonsumenten ab, indem sie die Ehebeziehung untersuchen, Familienprobleme besprechen, Kommunikationsmuster verdeutlichen, Bündnisse und Spaltungen aufzeigen, Rollen abklären oder auf Schwierigkeiten der Geschwister eingehen. Sie motivieren alle Familienmitglieder zur Mitarbeit und zur Verhaltensmodifikation, indem sie ihnen verdeutlichen, daß jeder von der Behandlung profitieren wird (Hirsch, Imhof 1975; Reilly 1975; Stanton, Todd 1979; Kaufman 1985; Fischer-Wittmann 1986). Die Kooperation von Unterschichtsfamilien kann auch durch praktische Hilfen gewonnen werden. So schreibt Kaufmann (1979):

»Wir fanden heraus, daß unsere Hilfe konkret und umgehend sein muß, wenn wir erfolgreich sein wollen. Unsere Bemühungen konzentrierten sich oft auf die wirtschaftliche Lage der Familie, ihre Wohnung, die Schulausbildung, die Bekleidung und andere Umstände oder Probleme des täglichen Lebens« (S. 77).

Oft ist es sehr schwer, von dem Drogenabhängigen auf Familienprobleme überzuleiten.

In vielen Fällen machen Therapeuten alle Familienmitglieder für das Drogenproblem und dessen Lösung verantwortlich. Zunächst bauen sie die Haltung ab, daß Drogenabhängige krank, inkompetent oder hilflose Opfer der Umstände seien – es wird betont, daß sie ihr Verhalten ändern können (Stanton 1979b; Seifert-Schröder 1984). Auch verhindern Therapeuten sinnlose Diskussionen über die Schuldfrage, nehmen Schuldgefühle und unterbinden die Zuschreibung von Sündenbockrollen – wobei sie sich auch mit dem Sündenbock verbünden mögen (Reilly 1975; Welter-Enderlin 1982; Huberty, Huberty 1983). Ferner verdeutlichen sie, daß Familienmitglieder durch den Mißbrauch von Alkohol oder Medikamenten den Drogenabhängigen als negatives Vorbild dienen (und ihr Verhalten ebenfalls ändern müssen) oder daß sie sogar die Sucht unterstützen (Bartlett 1975; Huberty, Huberty 1983; Textor 1989).

Dann können die Therapeuten die Drogensucht als Herausforderung für die anderen Familienmitglieder umdefinieren. Sie motivieren sie, den Drogenmißbrauch aktiv zu bekämpfen, also z. B. den Drogenabhängigen vom Einnehmen von Drogen abzuhalten, ihn kontinuierlich zu überwachen und (telefonische) Kontakte mit Dealern oder Freunden aus der Drogenszene zu unterbinden. So werden vor allem die Eltern zur Zusammenarbeit und zum konsequenten Handeln gegenüber dem Drogenabhängigen bewegt, werden sie zu Bündnispartnern des Therapeuten. Sie müssen zusammenhalten, dem

Verhalten ihres Kindes Grenzen setzen und Regeln aufrechterhalten, dürfen es nicht mehr vor den Konsequenzen seiner Sucht schützen. Wöchentliche Urintests können dem Nachweis dienen, inwieweit ihre Bemühungen erfolgreich waren (Huberty, Huberty 1976; Stanton 1979 a, b; Welter-Enderlin 1982; Kosten et al. 1983; Seifert-Schröder 1984; Zimmer-Höfler 1984). Scheitern die Familienmitglieder, so kann ihnen die Macht des Drogenabhängigen bzw. die Entmachtung der Eltern deutlich gemacht werden – das Problem wird also zu einem Machtkampf umdefiniert. Auf diese Weise werden die Eltern bewogen, ihre Autorität zurückzugewinnen und sich durchzusetzen, werden sie erneut zum Handeln motiviert (Bartlett 1975; Schaltenbrand 1984; Zimmer-Höfler 1984). Ist der Drogenabhängige abstinent geworden, kann das Problem des Drogenkonsums auf das Problem der von ihm nicht erreichten Ablösung erweitert werden (Welter-Enderlin 1982).

Der Druck, gegenüber dem Drogenabhängigen zusammenhalten zu müssen, macht oft die zwischen den Eltern bestehenden Ehekongflikte oder die wechselseitige Entfremdung deutlich. So ist wichtig, daß ihre Ehebeziehung gestärkt, ihr kommunikatives Verhalten verbessert und die Bereitschaft zur gegenseitigen Unterstützung geweckt wird. Auch müssen Ehekongflikte gelöst und voneinander entfremdete Partner zu gemeinsamen Gesprächen und Aktivitäten bewegt werden (z. B. durch Hausaufgaben). Gewinnen die Eltern wieder Vertrauen zueinander und empfinden wieder körperliche, geistige und seelische Intimität, werden Drogenabhängige von der Verantwortung für die Aufrechterhaltung ihrer Ehe befreit, werden sie nicht mehr als Sündenböcke oder Ersatzpartner benötigt. Sie können sich aus symbiotischen Beziehungen und Bündnissen mit gegengeschlechtlichen Elternteilen herauslösen, da nun Generationengrenzen ausgebildet werden.

»Grenzziehung aber bedeutet für den Drogenkonsumenten: er darf gehen, muß nur noch für sich sorgen, braucht also keine Drogen mehr zu nehmen« (Schaltenbrand 1984; S. 433).

Auch werden die Familienmitglieder beim Ausprobieren neuer Beziehungsmuster unterstützt, so daß sich mit der Zeit eine bessere Familienstruktur herausbildet. Da Drogenabhängige vielfach von den gleichgeschlechtlichen Elternteilen entfremdet sind, bringen Therapeuten beide Seiten ins Gespräch miteinander, verbessern ihr Bild voneinander und lassen sie gemeinsame Aktivitäten planen (Huberty, Huberty 1976, 1983; Kaufman 1979, 1985; Kaufmann 1979; Kaufmann, Kaufman 1979; Stanton 1979 c; Wolper, Scheiner 1981; Welter-Enderlin 1982; Seifert-Schröder 1984). Bei Ein- elternfamilien können Therapeuten Drogenabhängige von Parentifizierung

und der Rolle eines Ersatzpartners befreien, indem sie z. B. selbst kurzzeitig eine Partnerrolle übernehmen, den Elternteil zu mehr außerfamiliären Aktivitäten motivieren oder ihm beim Aufbau eines größeren Netzwerks (Unterstützungssystems) helfen (Stanton, Todd 1979).

In vielen Fällen muß den Eltern auch verdeutlicht werden, daß sie ihre (drogenabhängigen) Kinder aufgrund von unrealistischen Erwartungen, selektiver Wahrnehmung (Schwerpunkt auf dem Negativen), Introjekten, Projektionen, Übertragungen usw. nicht in ihrer Realität und Individualität sehen. So verweisen Therapeuten auf die Stärken und Grenzen der Drogenabhängigen, lassen sie in ihrer Einzigartigkeit und Verschiedenheit entdecken. Sie setzen Techniken wie Familienskulptur und das Erstellen von Familienstammbäumen ein, um Vermächtnisse, generationenübergreifende Symbiosen, Todesthemen, Geheimnisse usw. aufzudecken, konfrontieren Eltern mit der Realität von Verlusten und lassen sie ihre Trauerarbeit vollenden.

»Sobald die regressive Bindung der Eltern an ihre elterlichen Introjekte durch Trauern gelöst ist, sind sie eher fähig, ihre Kinder gehen zu lassen, ihnen die Trennung und Individuation zu erlauben« (Reilly 1975: S. 168).

So wird Drogenabhängigen die Ablösung von der Herkunftsfamilie ermöglicht, wobei oft auf Trennungsängste, ambivalente Gefühle und Loyalitätsfragen eingegangen werden muß. Manchmal können ihnen Geschwister bei der Ablösung und Selbstbehauptung helfen (Huberty, Huberty 1976, 1983; Stanton, Todd 1979; Zimmer-Höfler 1984; Fischer-Wittmann 1986; Peters 1986).

### **Behandlung der Zeugungsfamilie**

Sind Drogenabhängige verheiratet, leben sie in einer festen Partnerschaft und/oder haben sie Kinder, so müssen vielfach auch die Zeugungsfamilien in die Behandlung einbezogen werden. Ist dieses nicht möglich, können zumindest die vorherrschenden Probleme mit den Klienten besprochen werden. Auch können sie geschult werden, wie sie am besten mit ihren (Schwieger-)Eltern umgehen sollten. Zum einen ist es oft wichtig, die Beziehung zwischen Schwiegereltern und Schwiegersohn bzw. -tochter zu verbessern. Zum anderen ist es häufig notwendig, die Einmischung von Mitgliedern der Herkunftsfamilie in die Zeugungsfamilie zu unterbinden und beide Systeme voneinander abzugrenzen. Das gilt vor allem dann, wenn Großeltern die Erziehung ihrer Enkel übernommen und die drogen-süchtigen Eltern an den Rand der Familie gedrängt haben. Erst wenn diese

beiden Ziele erreicht wurden, ist es in der Regel möglich, das Verhältnis zwischen den Partnern zu intensivieren oder die Eltern-Kind-Beziehung zu modifizieren. Dann können Rollen, Beziehungsmuster oder Erwartungen aufgezeigt werden, die unbewußt von den Herkunftsfamilien übernommen wurden und jetzt Probleme verursachen. Ferner können Ehekonflikte gelöst, das Sexual- und Freizeitverhalten verbessert und erfolversprechende Erziehungstechniken vermittelt werden. Sind die Ehepartner abstinent geworden, so müssen sie vielfach ganz neue Beziehungsdefinitionen, Regeln, Erwartungen, Kommunikationsmuster usw. entwickeln, da die alten nicht mehr der Situation entsprechen. Auch hierzu benötigen sie die Unterstützung des Familientherapeuten.

Sind die Partner von Suchtkranken nicht selbst drogenabhängig, so können sie oft eine wichtige therapeutische Rolle in der Behandlung spielen. Beispielsweise mögen sie die Süchtigen zum Fortsetzen der Therapie motivieren, Kontakte mit der Drogenszene unterbinden oder die Abgrenzung von der Herkunftsfamilie fördern. Falls sie eine Elternrolle übernommen haben, müssen sie von dieser wieder befreit werden. Sind Kinder vorhanden, so ist die Therapiemotivation der Drogenabhängigen in der Regel besonders groß. Oft benötigen sie dann aber auch Anleitung bei der Haushaltsführung, materielle Hilfen, Beratung bei der Kindererziehung und Unterstützung beim Aufbau eines Netzwerks (Kaufmann, Kaufman 1979; Stanton 1979b; Wolper, Scheiner 1981; Kosten et al. 1983; Textor 1989a). Eine bundesweite Studie des Deutschen Caritasverbandes ergab, daß 1987 etwa 14 Prozent der Fixer mit dem AIDS-Virus infiziert waren (Jugendwohl 1989 70, S. 40). Hier kommen auf den Familientherapeuten bei der Beratung von Paaren ganz neue Aufgaben zu.

### Die Einbeziehung größerer Systeme

Zumeist ist es notwendig, Drogenabhängige aus Gruppen Gleichgesinnter herauszulösen und in einen neuen oder erweiterten Freundeskreis zu integrieren. So können z. B. Klassenkameraden oder Arbeitskollegen zu einzelnen Sitzungen eingeladen oder auf andere Weise engere Kontakte zwischen ihnen und den Drogenabhängigen hergestellt werden (Callan, Garrison, Zerger 1975; Ziegler-Driscoll 1979; Campbell 1983). Manchmal sind auch Netzwerksitzungen sinnvoll. So schreiben Callan, Garrison, Zerger (1975):

»Netzwerksitzungen fördern den Dialog und die Lösung von Problemen, schaffen produktive Bindungen zwischen Personen, haben einen heilsamen Effekt auf negative Beziehungen, ändern Erwartungen und bieten eine Gelegenheit zur Aufklärung der Gemeinde« (S. 25).



Die Netzwerkmitglieder können die Drogenabhängigen und deren Familien bei der Bewältigung vieler Probleme unterstützen (Bartlett 1975; Klagsbrun, Davis 1977; Zimmer-Höfler 1984). In manchen Fällen ist auch eine Familiengruppentherapie bzw. die Eingliederung der Klienten in Selbsthilfe-, Eltern- oder Partnergruppen sinnvoll. Hier können sie von Personen mit ähnlichen Problemen lernen, fühlen sich verstanden und unterstützt (Huberty, Huberty 1976, 1983; Ziegler-Driscoll 1977, 1979; Kaufmann, Kaufman 1979; Stanton 1979b; Kosten et al. 1983). Vereinzelt greifen Therapeuten auch am Arbeitsplatz, in der Schule oder in anderen größeren Systemen ein (Callan, Garrison, Zenger 1975; Stanton 1979a).

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß es bei der Behandlung Drogenabhängiger sinnvoll ist, die Herkunfts- und Zeugungsfamilie in die Therapie einzubeziehen. Die Interventionen sollten sich auf das drogensüchtige Individuum, die Familie und größere Systeme richten. Mehrere Studien über den Therapieerfolg belegen, daß die Einbeziehung der Familie in die Behandlung Drogenabhängiger zu besseren Ergebnissen führt (Ziegler-Driscoll 1977; Stanton 1979c; Stanton, Todd 1979; Kosten et al. 1983).

(Anschrift des Verfassers: Dr. phil. Martin R. Textor, Heßstraße 82, D-8000 München 40.)

### *Summary*

*Family therapy with drug abusers.* – Strategies and techniques for the treatment of drug abusers, their families of origin and procreation as well as for larger systems are described from the viewpoint of »Integrative Family Therapy«. It is important to help drug abusers to master neglected developmental tasks, to differentiate themselves, and to leave home. Often drug abuse can be defined as a family problem, a challenge for other family members or a power struggle. It may be necessary to improve the relationship between the partners and between parents and children both in the family of origin and procreation, to clarify the boundaries between these systems and their subsystems, and to build supportive relationships outside the family.

### BIBLIOGRAPHIE

- Bartlett, D. (1975): The Use of Multiple Family Therapy Groups with Adolescent Drug Addicts. In: M. Sugar (Hg.): *The Adolescent in Group and Family Therapy*, 262–282. New York (Brunner/Mazel).
- Callan, D., Garrison, J., Zenger, F. (1975): Working with the families and social networks of drug abusers. *Journal of Psychedelic Drugs*, 7: 19–25.
- Campbell, P. G. (1983): Streit family workshops: Creating change in a family environment. *Journal of Drug Education* 13: 223–227.
- Coleman, S. B., Davis, D. I. (1978): Family therapy and drug abuse: A national survey. *Family Process* 17: 21–29.

- Fischer-Wittmann, R. (1986): Theorie und Praxis der Familientherapie. In: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.), *Der Suchtkranke im Spannungsfeld von Familie, Arbeit und Freizeit. Der systemische Ansatz in der Suchtkrankenhilfe*, 91–109. Hannover (Selbstverlag).
- Grunebaum, H., Chasin, R. (1982): Thinking like a family therapist: A model for integrating the theories and methods of family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* 8: 403–416.
- Hirsch, R., Imhof, J. E. (1975): A family therapy approach to the treatment of drug abuse and addiction. *Journal of Psychedelic Drugs* 7: 181–185.
- Huberty, C. E., Huberty, D. J. (1976): Treating the parents of adolescent drug abusers. *Contemporary Drug Problems* 5: 573–592.
- Huberty, D. J., Huberty, C. E. (1983): Drug Abuse. In: M. R. Textor (Ed.), *Helping Families with Special Problems*, 77–101. New York (Jason Aronson).
- Kaufman, E. (1979): The Application of the Basic Principles of Family Therapy to the Treatment of Drug and Alcohol Abusers. In: E. Kaufman, P. Kaufmann (Eds.), *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*, 255–272. New York (Gardner).
- (1985): *Substance Abuse and Family Therapy*. Orlando (Grune & Stratton).
- Kaufmann, P. (1979): Family Therapy with Adolescent Substance Abusers. In: E. Kaufman, P. Kaufmann (Eds.), *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*, 71–79. New York (Gardner).
- , Kaufman, E. (1979): From Multiple Family Therapy to Couples Therapy. In: E. Kaufman, P. Kaufmann (Eds.), *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*, 95–103. New York (Gardner).
- Klagsbrun, M., Davis, D. I. (1977): Substance abuse and family interaction. *Family Process* 16: 149–164.
- Kosten, T. R., Jalali, B., Hogan, I., Kleber, H. D. (1983): Family denial as a prognostic factor in opiate addict treatment outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease* 171: 611–616.
- Peters, J. (1986): Therapeutische Arbeit mit Familien. In: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): *Der Suchtkranke im Spannungsfeld von Familie, Arbeit und Freizeit. Der systemische Ansatz in der Suchtkrankenhilfe*, 113–125. Hannover (Selbstverlag).
- Reilly, D. M. (1975): Family factors in the etiology and treatment of youthful drug abuse. *Family Therapy* 2: 149–171.
- Schaltenbrand, J. (1984): Beratung und Hilfe für Drogenabhängige. *Jugendwohl* 65: 431–434.
- Seifert-Schröder, B. (1984): Familien mit drogensüchtigen Kindern. Suchtverhalten im Kontext familialer Interaktions- und Erziehungsmuster und die Bedeutung der Elternarbeit. *Soziale Arbeit* 33: 329–336.
- Stanton, M. D. (1979a): Family Treatment of Drug Problems: A Review. In: R. L. Dupont, A. Goldstein, J. O'Donnell, B. Brown (Hg.), *Handbook on Drug Abuse*, 133–150. Washington (National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health, Education, and Welfare).
- (1979b): The Client as Family Member. Aspects of Continuing Treatment. In: B. S. Brown (Ed.): *Addicts and Aftercare. Community Integration of the Former Drug User*, 81–102. Beverly Hills (Sage).
- (1979c): Family treatment approaches to drug abuse problems: A review. *Family Process* 18: 251–280.
- , Todd, T. C., Heard, D. B., Kirschner, S., Kleiman, J. I., Mowatt, D. T., Riley, P., Scott, S. M., Deussen, J. M. van (1978): Heroin addiction as a family phenomenon: A new conceptual model. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 5: 125–150.
- , — (1979): Structural Family Therapy with Drug Addicts. In: E. Kaufman, P. Kaufmann (Hg.), *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*, 55–69. New York (Gardner).

- Textor, M. R. (1985): Integrative Familientherapie. Eine systematische Darstellung der Konzepte, Hypothesen und Techniken amerikanischer Therapeuten. Berlin (Springer).
- (1987): Family therapy with drug addicts. *American Journal of Orthopsychiatry* 57: 495–507.
- (1988a): Erklärungsmodelle und Behandlungsansätze für Verhaltensstörungen und psychische Probleme. Die Notwendigkeit der Integration. *Soziale Arbeit* 37: 129–134.
- (1988b): Eklektische und Integrative Psychotherapie. Fünf Bewegungen zur Überwindung der Vielzahl von Therapieansätzen. *Psychologische Rundschau* 39: 201–211.
- (1988c): Integrative family therapy. *International Journal of Family Psychiatry* 9: 93–105.
- (1989): Drogensucht und Familie. *Familiendynamik* 14: 13–26.
- (1989a): Hilfen für Drogenabhängige in Aarhus, Dänemark. *Suchtgefahren* 35: 321–323.
- Welter-Enderlin, R. (1982): Familienarbeit mit Drogenabhängigen. *Familiendynamik* 7: 200–210.
- Wolper, B., Scheiner, Z. (1981): Family Therapy Approaches and Drug Dependent Women. In: G. M. Beschner, B. G. Reed, J. Mondanaro (Hg.), *Treatment Services for Drug Dependent Women*, Vol. 1, 343–407. Washington (U.S. Department of Health and Human Services).
- Ziegler-Driscoll, G. (1977): Family research study at Eagleville Hospital and Rehabilitation Center. *Family Process* 16: 175–189.
- (1979): The Similarities in Families of Drug Dependents and Alcoholics. In: E. Kaufman, P. Kaufmann (Hg.), *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*, 19–39. New York (Gardner).
- Zimmer-Höfler, D. (1984): Der Einbezug der Familie in therapeutische Einrichtungen für Drogenabhängige und drogengefährdete Adoleszenten in den USA. *Familiendynamik* 9: 126–136.