

Zusammenfassung von

VERLANGEN, SÜCHTIGKEIT UND TIEFENSYSTEMIK

Fallstudie des Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige
START AGAIN in Zürich zwischen 1992 und 1998

Dr. Urban M. STUDER

Therapieforschung[†]
Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige *START AGAIN*
Steinwiesstrasse 24, CH-8032 Zürich

Mai 1999

[†] subventioniert durch das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement, Bern; Bericht ans Bundesamt für Justiz

Nachfolgend wird eine Zusammenfassung der wichtigsten Resultate und Einsichten aus der für das Bundesamt für Justiz (BAJ) verfassten Fallstudie "Verlangen, Süchtigkeit und Tiefensystemik" des Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige *START AGAIN* in Zürich und ehemals Männedorf gegeben. Das Therapiezentrum wurde vom BAJ wegen seiner besonderen Interventionslogik als "innovativer Modellversuch" erachtet, und die Fallstudie wurde zwischen Sommer 1995 und Herbst 1998 durch das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement subventioniert. Der vollständige Schlussbericht umfasst etwa 400 Seiten.

1. Methodologischer und methodischer Rahmen der Fallstudie

Die Fallstudie des Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige *START AGAIN* wurde grundsätzlich so angelegt, dass über ein *methodisch kontrolliertes Vorgehen* ein umfassender Einblick in das Geschehen in dieser Therapieeinrichtung gewonnen werden konnte und dass eine rationale, für Aussen- wie Innenstehende nachvollziehbare Beurteilung ihrer Aufgabenstellung und ihrer Arbeitsweise ermöglicht wurde.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurde die *Forschungsstrategie einer sich gegenseitig ergänzenden Kombination von "rekonstruktiv-qualitativen" und "empirisch-quantitativen" Methoden der Sozialforschung* verfolgt – mit einer Verschränkung von Methoden ganz im programmatischen Sinne der Entwicklung einer "gegenstandsbezogenen Theorie" (*grounded theory*) à la Barney G. GLASER und Anselm L. STRAUSS.¹

Rekonstruktiv-qualitatives Vorgehen heisst, dass ein Fall (ob Individuum, Familie, Gruppe oder Einrichtung) als eigenständige Untersuchungseinheit erachtet wird und dass die von ihm (oft im Dialog mit dem Forschenden) erzeugten und ungefiltert oder unselektiv aufgezeichneten Ausdrucksgestalten oder Spuren sozialen Handelns sequenzanalytisch in der "Sprache des Falles" selbst ausgewertet werden.

Unter Rückgriff auf die *Methodologie der objektiven Hermeneutik* Ulrich OEVERMANNs und anderer,² bilden hier den zentralen Untersuchungsgegenstand die durch methodische Operationen als Realitäten nachweisbaren und intersubjektiv überprüfaren "objektiven Bedeutungs-" und "latenten Sinnstrukturen" von Äusserungen und Handlungen sowie die Integration dieser über die Analyse unterschiedlichster Datentypen zu einer immer prägnanteren Hypothese zur "Fallstruktur(gesetzlichkeit)" eines gegebenen Falles.

Aus der systematischen Kontrastierung verschiedener Einzelfälle, die bestimmte soziale Felder repräsentieren (z.B. (Ex-)Drogenabhängige oder Professionelle in *START AGAIN*), lassen sich schliesslich entsprechende "Strukturmodelle" ableiten (z.B. ein Strukturmodell suchtspezifisch beschädigter Lebenspraxis oder ein Modell tiefensystemischer Suchttherapie – s. unten).³

Empirisch-quantitatives Vorgehen hingegen erachtet einen Fall als ein Element einer empirischen Menge von Merkmalsträgern, der unter vorgefasste operationale Kategorien oder klassifikatorische Begriffe einzuordnen d.h. zu subsumieren ist.

Im Rahmen der Fallstudie von *START AGAIN* ging es hier neben deskriptiv-statistischen Charakterisierungen speziell um die systematische empirische Kontrastierung von Teilklientelen, die sich durch bestimmte Eigenschaften (z.B. Geschlecht, Eintrittsmodalität oder Verweildauer in der Einrichtung) oder unterschiedliche Partizipationsgrade am therapeutischen Angebot (z.B. Familientherapie, externe *Vipassana*-Kurse oder Therapie-nachsorge) auszeichneten. Dem notorischen Problem bei Einzelfallstudien von unterschiedlichen und relativ kleinen Stichprobengrössen wurde mit neuen entscheidungstheoretischen Ansätzen aus der mathematischen Teildisziplin der *probabilistischen Logik* (einer

stark durch Edwin T. JAYNES geprägten Verschränkung von bayesischer Statistik und informationsentropischen Ansätzen) begegnet.⁴

2. Skizze des Falles *START AGAIN*

Therapeutisches Grundkonzept von *START AGAIN*

Das *Therapiekonzept* von *START AGAIN* besteht aus der Kombination von vier sich gegenseitig unterstützenden Elementen:

- (1) systemische Drogensuchttherapie (eine Verbindung von Alltag, thematischen Intensivwochen, Einzel- und Gruppensettings, je mit internen und externen Fachpersonen),
- (2) Einbindung des Suchtverständnisses der Selbsthilfegemeinschaften (NA, RRS etc.),
- (3) Achtsamkeitsschulung *ānāpāna-sati* (basierend auf der Beobachtung des natürlichen Atems) und *Vipassana*-Meditationspraxis und
- (4) systemische Paar- und Familientherapie.

START AGAIN arbeitet seit Beginn auf der Basis von Abstinenz und das Therapieprogramm ist in einen etwa 12-monatigen Aufenthalt eingebettet. Während den ersten etwa 5½ Jahren von *START AGAIN* war der Aufenthalt strikte in drei allgemein verbindliche Phasen unterteilt, darauf wurde er schrittweise durch ein Modell mit nahtlosen, fallspezifisch bestimmten Übergängen zwischen Entwicklungsabschnitten mit jeweils individuell ausgehandelten Schwerpunkten ersetzt.

Geschichte von *START AGAIN* zwischen Oktober 1992 und September 1998

Die *Konzept- und Betriebsgeschichte* von *START AGAIN* zwischen Frühling 1992 und Herbst 1998 lässt sich im Rückblick in sechs Phasen unterteilen.

Nach einer halbjährigen *Gründungsphase* folgte im Oktober 1992 die Eröffnung des Programms in Männedorf (ZH) und ein *schrittweiser Aufbau* des Therapieprogramms in Männedorf und Zürich bis etwa Dezember 1993.

Zwischen Januar 1994 und März 1995 folgte eine *erste Konsolidierungsphase* therapeutischer und organisatorisch-administrativer Prozesse.

Angetrieben durch therapeutischen und betrieblichen Erfolg zeichnete sich die Zeit zwischen April 1995 und März 1996 durch einen *Expansionsschritt* (Erwerb einer Liegenschaft am Steinwiesplatz in Zürich) sowie durch Professionalisierungsanstrengungen aus.

Expansionsbewegung auf der einen Seite und rezessive Marktentwicklung im Bereiche der stationären Suchttherapie (sinkende Nachfrage und therapeutisches Überangebot), eine immer restriktivere Subventionspolitik auf kantonaler und Bundesebene sowie interne Strukturdefizite auf der anderen Seite führten zwischen April 1996 und März 1997 zu einer ausgeprägten *Finanzkrise*, zu deren Bewältigung es eines sehr engagierten Krisenmanagements bedurfte und die eine grundlegende betriebliche Restrukturierung von *START AGAIN* nach sich zog.

Die Zeit zwischen April 1997 und August 1998 kann als "*Verdauungsphase*" der Krise und einer systematischen *Neukonzeption* des Therapieprogramms erachtet werden.

Seit Sommer 1998 wird schliesslich schrittweise ein neues Therapiemodell mit individuellen Therapieplänen und einer betrieblichen Konzentration am Steinwiesplatz in Zürich praktisch umgesetzt.

Was die Subventionierung und damit die Finanzierung stationärer Suchttherapie anbelangt, so bläst den Einrichtungen gesamtschweizerisch zur Zeit ein harter Gegenwind ins Gesicht

und die baldige Erarbeitung verlässlicher Rahmenbedingungen zur Realisierung qualitativ hochstehender suchttherapeutischer Arbeit im Gegensatz zur blossen Umsetzung verwahrungslogischer Massnahmen tut Not.

Aus strukturalistischer Sicht rekonstruieren sich als die *prägendsten Bestimmungsmomente der Konzept- und Betriebsgeschichte von START AGAIN* die folgenden Spannungsfelder und Komplementaritätspaare:

- (1) von der organisierten Grossfamilie zur grossfamilialen Organisation,
- (2) vom Wandel als Konstante zur Konstanz im Wandel,
- (3) zwischen Alltag als Therapie und Therapie als Alltag,
- (4) therapeutische Perspektive einerseits, betriebswirtschaftliche andererseits,
- (5) Orientierung am Ideal der lernenden Organisation,
- (6) Professionalisierung therapeutischen Handelns, und ganz allgemein
- (7) das soziokulturelle Spannungsfeld von Stadt (Zürich) und Land (Männedorf).

Zum statistischen Profil der Klientel von *START AGAIN*

In den Jahren 1993 bis 1997 unterschied sich die Klientel von *START AGAIN* bei Therapieeintritt statistisch gesehen *generell sehr wenig* von der Poolklientel der im FOS⁵ zusammenschlossenen stationären Suchttherapieeinrichtungen der Schweiz. Entlang den deskriptiv-statistischen Dimensionen (alle in der Fallstudie ausführlich diskutiert): soziodemographische Grundangaben, Eintrittssituation bzw. strukturelle Integration im Jahr vor der Behandlung, strukturelle Ressourcen und Defizite, soziales Netz, Drogenkonsum und Drogenerfahrungen, Gesundheit, Institutionserfahrungen und Justizkontakte und Therapiemotivation sind die zwei wichtigsten Grundvariablen, in denen ein besonders markanter Unterschied zwischen der Klientel von *START AGAIN* und der FOS-Poolklientel auszumachen war, die folgenden beiden:

- (1) *Eintrittsmodalität*: Das Verhältnis von unfreiwillig (d.h. aufgrund einer Massnahme, einer vormundschaftlichen oder ärztlichen Zuweisung) in die Behandlung Eingetretenen zu freiwillig Eingetretenen war in *START AGAIN* (kumuliert über die Zeitspanne 1993 bis 1997) mit 62% zu 38% praktisch genau umgekehrt zu jenem der FOS-Poolklientel, wo es 39% zu 61% betrug. Im Zusammenhang mit dem hohen Anteil an Massnahmeklient/inn/en bei *START AGAIN* ist es dann auch verständlich, weshalb die Klientel von *START AGAIN* durchschnittlich mehr Institutionserfahrungen und Justizkontakte aufwies, als dies im FOS-Pool der Fall war.
- (2) *Urbanisierungsgrad der Klientel*: Der Grossteil der Klientel von *START AGAIN* (73%) stammte aus dem Kanton Zürich und da insbesondere aus dem Grossraum Zürich, wohingegen nur knapp die Hälfte der FOS-Poolklientel ihren letzten Wohnsitz vor Therapieeintritt in einer Grossagglomeration hatte.

Dieses Faktum ist gut verträglich mit der Programmatik von *START AGAIN*, Suchttherapie an dem Orte zu realisieren, wo Süchtige (mindestes teilweise) sozialisiert wurden und nach der Therapie mit grösster Wahrscheinlichkeit auch wieder leben werden, nämlich in einer Grossagglomeration.

Hier noch ein paar weitere Zahlenangaben zur Gesamtklientel von *START AGAIN* zwischen dem 1. Oktober 1992 und dem Stichdatum des 31. März 1998.

In dieser Zeitspanne traten 194 Klient/inn/en in die Einrichtung ein (darunter 10 je zweimal) und 174 traten entweder frühzeitig oder regulär wieder aus. Der Frauenanteil betrug 20% und das Durchschnittsalter lag bei 27.0 ± 5.5 Jahren.

20% der Klientel war nicht schweizerischer Nationalität, und 61% der Klientel hatten mindestens einen ausländischen Elternteil.

21% der Klientel besaßen eine minimale Schulbildung (Hilfs-, Primar und/oder Oberschule), 74% eine mittlere Schulbildung und 5% wiesen einen Mittelschulabschluss auf. 53% hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung.

62% (29%) hatten vorgängig mindestens eine Substitutionsbehandlung angefangen (regulär abgeschlossen), 33% (12%) hatten vorgängig mindestens eine ambulante Suchttherapie angefangen (regulär abgeschlossen), und 40% (31%) hatten vorgängig mindestens eine stationäre Suchttherapie angefangen (regulär abgeschlossen).

3. Sucht und Süchtigkeit aus strukturalistischer, neurobiologischer und *vipassana*-praktischer Sicht

Strukturmodell suchtspezifisch beschädigter Lebenspraxis

Aus strukturalistischer Sicht lässt sich, gestützt auf die Rekonstruktion vieler Handlungsprotokolle und Einzelinterviews in *START AGAIN*, *suchtspezifisch beschädigte Lebenspraxis* als beschädigte Autonomie verstehen, die besonders dadurch gekennzeichnet ist, dass Poligkeiten, Komplementaritäten oder widersprüchliche Einheiten,⁶ die das praktische Leben grundsätzlich charakterisieren bzw. für dieses konstitutiv sind, entweder dichotom in jeweils zwei unvermittelte Extreme aufgespalten sind oder dass sie umgekehrt in nicht genügend ausdifferenzierten Praxisformen gewissermassen kurzgeschlossen sind. Mit anderen Worten: Es fehlt generell entweder die Mitte, oder besser, die dynamische Vermittlung zwischen entgegengesetzten Extremen, oder dann sind komplementäre Handlungstypen, die lebenspraktische Handlungsfelder aufspannen, nicht ausdifferenziert. Es liegt die pathologische Gestalt eines entweder dichotom aufgespaltenen oder dann kurzgeschlossenen "*Entweder-oder-Denkens, -Fühlens und -Handelns*" bzw. eines ständigen "*Alles-oder-nichts*" vor.

Als die ausgeprägtesten pathologisch verzerrten Komplementaritäten oder widersprüchlichen Einheiten im Falle von Sucht wurden rekonstruiert:

- (1) Die widersprüchliche Einheit von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung, die Lebenspraxis grundsätzlich charakterisiert, wird in der Sucht kurzgeschlossen: Handeln (Drogenkonsum) wird zur Begründung von Handeln (Drogenkonsum). In der Sucht wird der Versuch unternommen, ein unerträglich gewordenes Spannungsverhältnis zwischen Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung zu suspendieren oder diesem zu entfliehen (Weltflucht – Escapismus – als Grundmotiv).
- (2) Das Verhältnis zwischen lebenspraktischer Krise (Ort der Abwesenheit bewährter Problemlösungen) und Routine (Ort der Umsetzung bewährter Problemlösungen), letztlich zwischen Leben und Tod, ist grundsätzlich problematisch.
- (3) Im Spannungsverhältnis von Autonomie und Heteronomie wird Scheinautonomie realisiert: Da, wo man etwas aus den Umständen machen könnte, gibt man vor, dass die Umstände etwas aus einem machen. Da, wo die Umstände etwas aus einem machen, erweckt man den Anschein, dass man etwas aus den Umständen machen kann.
- (4) Empfindungen oder Gefühle und Verstand sind durch eine tiefe Kluft getrennt.
- (5) Das Verhältnis zwischen Ich und Anderen ist durch problematische Perspektivenübernahme und Ich-Andere-Abgrenzung, durch Narzissmus (Um-sich-selbst-Kreisen) geprägt.

- (6) Die Komplementaritäten von Allmacht und Ohnmacht, von Täter- und Opferhaltung, von Eigeninteresse und Gemeinwohl brechen auseinander.
- (7) Der Unterschied zwischen personalen (diffusen) und rollenförmigen (funktional-spezifischen) Sozialbeziehungen wird habituell unterwandert.
- (8) Die Pole im Spannungsfeld von Rebellion und Anpassung, von Ausseralltäglichkeit und Alltäglichkeit sind nicht vermittelt.
- (9) Vergangenheit und Herkunft einerseits und Zukunft andererseits stehen in keinem dynamischen Vermittlungsverhältnis zueinander.

Vor diesem Hintergrund kann Sucht nicht als blosser Suchtmittelabhängigkeit verstanden werden, es handelt sich dabei vielmehr um eine äusserst basale Störung, die im nächsten Abschnitt insbesondere im Kontext der sozialisatorischen Genese von Autonomie und im übernächsten im Zusammenhang mit dem zentralen kognitiv-mentalen Prozess der Zuweisung von Bedeutsamkeit zu bestimmten Situationen und Handlungen betrachtet wird.

Suchtpathogene Konstellationen im primären Sozialisationsprozess. Nach-Sozialisation versus Re-Sozialisation

Gestützt auf die rekonstruktive Analyse von mehreren Familiengeschichten (Genogrammen) und Biographien von Klient/inn/en in *START AGAIN* lässt sich festhalten, dass das von OEVERMANN ausgearbeitete *Strukturmodell des primären sozialisatorischen Prozesses*⁷ eine äusserst adäquate – fraglos auch in anderen therapeutischen und pädagogischen Kontexten nützliche – Hintergrundfolie bietet, auf der sich das anspruchsvolle suchtrehabilitatorische Arbeiten reflektieren und organisieren lässt. Dieses Modell (detailliert ausgeführt in der Fallstudie) versteht den gesamten Sozialisationsprozess als Abfolge von vier zentralen Ablösungskrisen, jeweils nach Phasen unterschiedlicher Strukturlogiken: 1. die Ablösung aus der primären Symbiose im Mutterleib mit der Geburt, 2. die Ablösung aus der Mutter-Kind-Symbiose etwa im 3. Lebensjahr, 3. die Ablösung aus der manifesten ödipalen Triade⁸ etwa zwischen dem 6. und 8. Lebensjahr und 4. die Ablösung aus der Herkunftsfamilie in der Bewältigung der Adoleszenzkrise etwa zwischen 17 und 20 Jahren.

Die Resultate der Analysen in der Fallstudie lassen sich dann in der These zusammenfassen, dass alle gravierenden Abweichungen von diesem idealtypischen Modell der sozialisatorischen Genese von Autonomie pathogene Konstellationen darstellen, die später zu pathologischen "Übertragungen" führen, und es gilt ganz im Sinne OEVERMANNs, dass da, wo eine individuelle Autonomie pathologisch beschädigt ist, aktuelle Konflikte zwischen Erwachsenen sowohl in personalen wie in rollenförmigen Handlungskontexten zu "Einbruchstellen für reinszenatorische, wiederholende Überflutungen unbearbeiteter ursprünglicher Konstellationen in der primären Sozialisation" führen.

Aus typologischer Sicht lassen sich in den Biographien drogensüchtiger Menschen am häufigsten folgende Typen pathogener sozialisatorischer Konstellationen rekonstruieren:

- (1) Nichtetablieren eines Grundgefühls von Ur-Vertrauen in der Mutter-Kind-Symbiose,
- (2) Symbioseverhaftung auf Grund überfürsorglicher, überbehütender Fesselung an die Mutter-Kind-Symbiose oder infolge mangelnder Ausprägung bzw. ausbleibender Realisierung der anschliessenden ödipalen Triade,
- (3) Verhaftung in der ödipalen Triade und damit in der Strukturlogik personaler (diffuser) Sozialbeziehungen mit der Konsequenz mangelnder Gestaltungsfähigkeit rollenförmiger (funktional-spezifischer) Sozialbeziehungen,
- (4) Verletzung des Inzestverbots (konstitutiv für die ödipale Triade) in sexuellen Übergriffen,

(5) mangelnde Bewältigung der Adoleszenzkrise auf Grund von Fesselung in der Pseudo-Gemeinschaftlichkeit oder Pseudo-Feindschaftlichkeit der Herkunftsfamilie.

Zwei weitere Typen pathogener Konstellationen, die ebenfalls, jedoch weniger häufig auftreten, sind:

(6) traumatisierende Eifersuchtskonflikte oder Konkurrenzkämpfe mit Geschwistern oder Stiefgeschwistern,

(7) Verhaftung in der Identifikation mit einem autoritären oder übermächtigen (z.B. beruflich sehr erfolgreichen) Vater.

Vor diesem Hintergrund erschöpft sich die suchtrehabilitatorische Aufgabenstellung nicht in der blossen Umsetzung von *Re-Sozialisation*, vielmehr ist in je fallspezifischer Weise und zum Teil in beträchtlichem Masse *Nach-Sozialisation* zu leisten.

Sucht und Süchtigkeit aus neurobiologischer und *vipassana*-praktischer Sicht

Der Begriff der *Süchtigkeit* bezeichnet ein handlungsinduzierendes und handlungsstrukturierendes Potential, das den Grad der Routinisierung eines allgemeinen mentalen Reagierens mit Verlangen zunächst auf Angenehmes und schliesslich auf Verlangen selbst (Begehren) fasst.

Im Begriff der Süchtigkeit lassen sich (wie in der Studie ausführlich dargelegt) alte östliche Erklärungsmodelle von (Drogen-)Sucht und moderne westliche Hypothesen zur Neurobiologie der Sucht zueinander in Bezug setzen.

Im Rahmen des alten, auf den historischen BUDDHA zurückgehenden *Vipassana*-Praxissystems,⁹ wird Sucht generell als fundamentales geistiges Problem des Begehrens, des unbewussten Reagierens auf Verlangen mit Verlangen gesehen. Das ursprüngliche, Begehren hervorrufende Agens spielt dabei eine lediglich untergeordnete Rolle.

Aus neurobiologischer Sicht kann dazu anfügt werden, dass das unbewusste mentale Reagieren mit Verlangen auf Verlangen lernpsychologisch mit einem unbewussten, durch die spezifische Wirkung addiktiver Drogen aufs Gehirn selbst stark geförderten Lernprozess einhergeht, vermittels dessen den entsprechenden Drogen, ihrem Konsum sowie drogenassoziierten Stimuli *Bedeutsamkeit überlebensrelevanter Art* zugeschrieben wird, und dass dieser Lernprozess sozusagen sukzessive immer mehr entgleist.¹⁰ Dabei ist zu unterstreichen, dass diese kumulativ wachsende Bedeutsamkeitszuschreibung sich immer unabhängiger sowohl von hedonistischen (positiv verstärkenden) wie auch von anhedonistischen (negativ verstärkenden) Erfahrungen einstellt.

Aus der Sicht der *Vipassana*-Tradition kommt schliesslich dem *Fühlen körperlicher Empfindungen* (in der altindiarischen Pali-Sprache: *vedanā*) eine Schlüsselrolle sowohl bei der Ausbildung wie umgekehrt bei der Befreiung von (universeller) Süchtigkeit (*taṇhā*) zu. Die herausragende Bedeutung, die dem Fühlen körperlicher Empfindungen (*vedanā*) im *Vipassana*-Praxissystem zukommt, leitet sich dabei aus der fundamentalen Einsicht des historischen BUDDHA ab, die, gewissermassen als mental-somatische Grundformel gefasst, Folgendes besagt:

vedanā-samosaraṇā sabbe dhammā – "Mit allem, was im Geiste entsteht, gehen Empfindungen einher."¹¹

Die *Vipassana*-Programmatik zur Genesung oder Befreiung von Süchtigkeit wird dann aufgespannt als Übergang von:

vedanā-paccayā taṇhā – "In einem unwissenden Geist führen körperliche Empfindungen zu Verlangen oder Abneigung", zu:

vedanā-paccayā paññā – "In einem wissenden und aufmerksamen Geist führen körperliche Empfindungen zu Weisheit und damit Befreiung."¹²

Mit anderen Worten: Die *Vipassana*-Genesungsmaxime ist Förderung lebenspraktischer Autonomie durch Realisierung einer "mental-mental Haltung des gleichmütigen und wissensklaren Weder-nochs", d.h. weder blindes Reagieren mit Verlangen auf Angenehmes noch blindes Reagieren mit Abneigung auf Unangenehmes. Ziel ist die Freiheit, Realität so zu erleben, *wie sie ist*, ohne sich unbewusst, unmittelbar reaktiv in sie zu verstricken.

Bemerkenswert scheint hier zu sein, dass auch neuste neuropsychologische Erkenntnisse immer stärker darauf hinweist, dass das Fühlen körperlicher Empfindungen für sehr viele kognitiv-mentale Prozesse unabdingbar ist, und zwar in dem Sinne, dass diese Prozesse permanent rückgekoppelt sind an das Fühlen körperlicher Empfindungen.¹³ Salopp gesprochen zeichnet sich in der modernen Neuropsychologie die folgende Einsicht ab: Der Mensch denken nicht nur mit seinem Gehirn, sondern auch mit seinem Körper.

4. Tiefensystemik als Innovation von *START AGAIN*

Zur Fallstrukturgesetzlichkeit von *START AGAIN*

Was die allgemeine Strukturlogik von *START AGAIN* anbelangt, so ist der Strukturkern der Einrichtung als eine *vielschichtige und vieldimensionale widersprüchliche Einheit* zu charakterisieren, wo die verschiedenen Dimensionen untereinander nach ihrer spezifischen genesungsprozess-logischen Reichweite geordnet sind: Selbsthilfe entlang dem Zwölf-Schritte-Programm der *Anonymen Narkotiker (NA)* und (seit Frühling 1998) den Prinzipien des *Rational Recovery System (RRS)* zur Bearbeitung problematischer Lebensstilelemente, professionelle Therapie zur Bearbeitung von Lebensthemen und das *Vipassana*-Praxissystem zur Bearbeitung von Süchtigkeit und von Lebenssinnfragen stehen einander je paarweise gegenüber, und zwar jeweils sowohl mit Struktur Gemeinsamkeiten wie auch mit unveröhnlichen Strukturgegensätzen. Zudem stellt jedes interventive Grundelement in sich selbst eine vieldimensionale widersprüchliche Einheit dar.

Von seiner Konzeptionalisierung und von seiner konkreten Geschichte her ist *START AGAIN* als vielschichtige und vieldimensionale "Sowohl-als-auch-Gestalt" zu verstehen, die maximal mit dem pathologischen "Entweder-oder-Denken, -Fühlen und -Handeln" seiner Klientel kontrastiert.

Tiefensystemische Suchttherapie als neuer Therapietyp

Das prozessorientierte, tiefensystemische Suchttherapiemodell von *START AGAIN* zeichnet sich im Kern durch zwei Punkte aus:

- (1) Die Genese und Aufrechterhaltung von Sucht wird als gekoppelter Verstrickungsprozess verstanden, in dem sich ein spezifisch beschädigter sozialisatorischer und individualbiographischer Entwicklungsprozess und eine allgemeine mental-somatische Reaktionsdynamik zwischen Verlangen und körperlichen Empfindungen pathologisch verschränken, wobei für die mental-somatische Reaktionsdynamik die physiologische Impulskraft und die nachhaltige neurobiologische Wirkung von Drogen auf das Gehirn eine wesentliche, aber nicht hinreichende Rolle spielen.
- (2) Entsprechend diesem Verständnis setzt die therapeutische Interventionslogik sowohl auf der biographischen und re- bzw. nach-sozialisatorischen Ebene (systemische Dimension) als auch auf der Ebene methodischer Selbstbeobachtung, Selbsterfahrung und Geistesschulung (Tiefendimension) an.

Der therapeutische Prozess ist als Weg aus einem pathologisch aufgespaltenen oder kurzgeschlossenen "Entweder-oder-Denken, -Fühlen und -Handeln" hin zu einem dynamisch gestalteten, zukunfts-offenen "Sowohl-als-auch-Denken, -Fühlen und -Handeln" zu verstehen, wobei als Finalität eine "mentale Haltung des gleichmütigen und wissensklaren Weder-nochs" (im obigen Sinne) am Horizont aufgespannt wird.

Da Süchtigkeit auf eine sehr basale Bewegungs- und Strukturierungsgesetzlichkeit menschlichen Fühlens, Denkens und Handelns verweist, ist der Anwendungsbereich des tiefensystemischen Therapiemodells von *START AGAIN* mit seiner vorläufigen Fokussierung auf Drogenabhängige keinesfalls ausgeschöpft. Die Generalisierbarkeit des Modells auf weitere sozialrehabilitatorische, (sonder-)pädagogische, therapeutische, beratende und ähnliche Handlungsfelder ist eindeutig gegeben.

5. Rekonstruktive und empirische Prozess- und Effektevaluation

Zur praktischen Bedeutung der Selbsthilfe in *START AGAIN*

Für das Element der Selbsthilfe (NA, AA, RRS etc.) und die Partizipation an den entsprechenden internen und externen *meetings* und *conventions* wurden die folgenden Dimensionen als für den Genesungsprozess bedeutsam rekonstruiert:

- (1) Die Begegnung mit anderen Süchtigen und Ex-Usern, die *clean* sind, fördert die eigene Motivation, *clean* zu leben und den Teufelskreis der Sucht aufzubrechen.
- (2) Sich im Kreise von Menschen, die eine ähnliche Geschichte haben, transparent und von Begründungszwang befreit mit dem eigenen Lebensstil als süchtiger Mensch auseinandersetzen (d.h. mit "Täuschen", "Tricksen" und "Tarnen", mit "Alles sofort und möglichst umsonst", mit Zwanghaftigkeit, Kontrollwahn, Masslosigkeit, und Angst vor Begegnung etc.), ermöglicht das Einüben pragmatischer Handlungsorientierungen und lebenspraktischer Fertigkeiten, um dem Verlangen nach Drogen (dem "Reissen") zu widerstehen und *clean* zu leben.
- (3) Selbsthilfegruppen stellen eine Art *peer group* dar und bergen als solche ein wichtiges nach-sozialisatorisches Potential.

Zur Wirkung professioneller systemischer Therapie

Die Wirkung professioneller systemischer Therapie in *START AGAIN* – der ein spezifisches Professionalisierungsmodell therapeutischen Handelns von *Fallverstehen in der Begegnung*¹⁴ zu Grunde liegt – fusst im Wesentlichen auf zwei Praxisformen:

- (1) *Biographiearbeit* durchzieht gewissermassen als roter Faden – wenn auch mit abschnittswisen Intensitätsunterschieden – den gesamten Therapieaufenthalt. Das Zentrale besteht dabei darin, dass während Lebensläufe nicht verändert werden können – was geschehen ist, ist geschehen –, sich Biographien im Sinne von Wirklichkeitskonstruktionen um- und neuschreiben lassen. Es wird Zeit rückwirkend neu organisiert und dadurch können neue Zukunftsentwürfe entstehen.
- (2) Als fundamentale, allgegenwärtige Grundoperation im stationären therapeutischen Alltag von *START AGAIN* ist der *Prozess des Aushandelns mit den Klient/inn/en* zu identifizieren, sei es im Rahmen von individualtherapeutischen Gesprächen, von Fallbesprechungen und Standortgesprächen bei wesentlichen Entwicklungsschritten, von sozialdienstlichen Beratungen, von Wohnungsgruppen, Planungs- und anderen therapeutischen Gruppen.

Das re- bzw. nach-sozialisatorische Wirkpotential von Aushandlungsprozessen begründet sich dabei in der folgenden allgemeinen Bedingungskette: Aushandlungsprozesse

fordern dazu auf, die Perspektive des Anderen, des Gegenübers einzunehmen, was einen gemeinsamen Grundbestand an Alltagswissen voraussetzt, ein Wissen, das typischerweise im primären Sozialisationsprozess im Rahmen einer gemeinsamen Soziokultur angeeignet wird und hier im Rahmen therapeutisch begleiteter Aushandlungsprozesse nach-sozialisatorisch erarbeitet wird.

Als Orientierungshilfe für die Gestaltung von Aushandlungsprozessen gilt in *START AGAIN*, dass Autonomie dadurch entwickelt wird, dass man sich im Rahmen des Möglichen Autonomie nehmen soll, gewissermassen so, wie man das Fahrradfahren dadurch lernt, dass man Fahrrad fährt.

Zum Wirkpotential der Praxis von *ānāpāna-sati* und 10-tägiger *Vipassana*-Kurse

Im Zusammenhang mit der täglichen Praxis der *ānāpāna-sati*-Übung konnte aus strukturalistischer Sicht folgendes Progressionsmodell herausgearbeitet werden: Über die *kontinuierliche Fokussierung von Aufmerksamkeit* auf das Objekt des natürlichen Atems stellt sich naturwüchsigerweise gesteigerte *Achtsamkeit* ein. Analysenbefunde legen zudem nahe, dass die *ānāpāna-sati*-Übung mit gutem Recht in westlicher Sprache als *Anti-Stress-Technik* bezeichnet werden kann.

Hinsichtlich des Wirkpotentials 10-tägiger *Vipassana*-Kurse konnten allgemein fünf Klassen potentieller (d.h. möglicher aber nicht notwendigerweise sich einstellender) Effekte rekonstruiert werden:

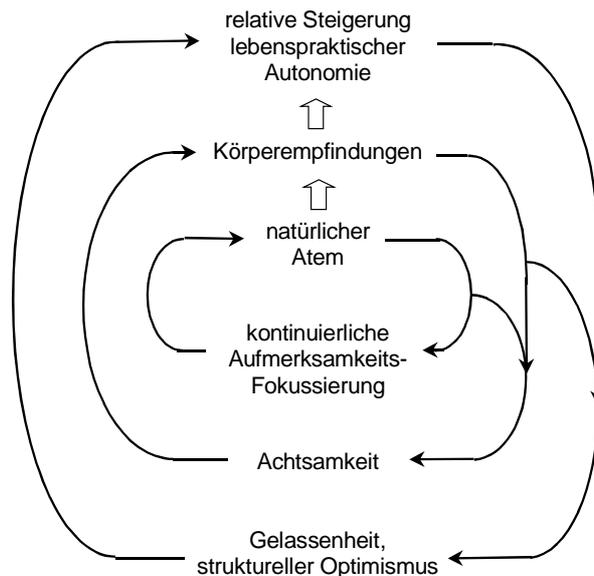
- (1) Effekte auf der Ebene des sozialen Handelns (Ethisierung des Handelns),
- (2) somatische und psychosomatische Effekte (starke Veränderungen unterschiedlichster (psycho-)somatischer Symptome),
- (3) Effekte im Zusammenhang mit methodischer Selbstbeobachtung, Selbstkontrolle und Coping (z.B. *ānāpāna-sati*-Übung als Coping-Technik in akuten Stress-Situationen),
- (4) Effekte tiefenpsychodynamischer Natur (tiefe Erfahrungen von Wohlbefinden, der Ergriffenheit und Euphorie, von Furcht, Ängsten, psychischen Schmerzen, Sexualität, Erinnerungen an traumatisierende Ereignisse etc.), was insbesondere eine unmittelbare Konfrontation mit der eigenen Süchtigkeit einschliessen kann, und
- (5) Effekte im Bereiche von Weisheit und Förderung von lebenspraktischer Gelassenheit, von basalem strukturellem Optimismus.

Was den letzten Punkt anbelangt, so lässt sich das obige Progressionsmodell (s. die Abb. unten) um die Schleife erweitern, dass kontinuierliches, methodisch kontrolliertes Beobachten von Körperempfindungen auf der Basis gesteigerter Achtsamkeit – wobei insbesondere weder mit Verlangen auf Angenehmes noch mit Abneigung auf Unangenehmes reagiert wird – zu basaler *Gelassenheit und strukturellem Optimismus* (d.h. zu einer Haltung der lösungsorientierten Zuversicht in lebenspraktischen Krisenmomenten, wo nicht auf Lösungsroutinen zurückgegriffen werden kann) führt, was sich seinerseits autonomiesteigernd auswirkt.

Gestützt auf die Erfahrungen in *START AGAIN* ist festzuhalten, dass, falls die potentiell wirkungsvollen *Vipassana*-Kurse, in der Form wie sie heute weltweit durchgeführt werden, im Kontext des therapeutischen Arbeitens mit suchtspezifisch beschädigter Autonomie – und entsprechend in weiteren therapeutischen Kontexten – genutzt werden sollen, drei *Rahmungsbedingungen solcher Kurse* erfüllt sein müssen:

- (1) Eine systematische intellektuelle und praktische Vorbereitung auf den Kurs, was insbesondere eine längere Phase der Praxis der *ānāpāna-sati*-Übung beinhaltet.

- (2) Die Sicherstellung einer adäquaten Begleitung von Klient/inn/en, die einen Kurs frühzeitig abbrechen.
- (3) Die Nachbetreuung nach dem Kurs, die sich fallspezifisch irgendwo zwischen den beiden Polen realisiert von: "Ich habe so viel erlebt, ich *muss* darüber sprechen", und: "Es war eine ganz persönliche Erfahrung, ich *will nicht* darüber sprechen."



Progressionsmodell: Vom natürlichen Atem über Körperempfindungen zur Steigerung lebenspraktischer Autonomie

Um mittelfristig vollen autonomiesteigernden Nutzen aus einem *Vipassana*-Kurs ziehen zu können, ist die zentrale Frage die, ob es gelingt, die während dem Kurs aufgestiegenen Erfahrungen und ihre Implikationen *lebenspraktisch zu integrieren*, was eine subtile und anspruchsvolle Aufgabe ist, die, speziell im Falle von beschädigter Autonomie, nicht notwendigerweise auf Anhieb gelingt und daher zum Teil der therapeutischen Begleitung bedarf.

Übersicht über die Resultate der systematischen Nachbeurteilung ehemaliger *START AGAIN*-Klient/inn/en jeweils im zweiten Jahr nach Austritt

Zwischen dem 1. Oktober 1992 und dem 30. Juni 1997 traten 58 Durchläufer/inne/n, 36 Spätabbrecher/innen und 51 Frühabbrecher/innen aus *START AGAIN* aus. In Prozenten ausgedrückt: Unter den 145 ausgetretenen Klient/inn/en dieser Zeitspanne traten 40% regulär, nach einer durchschnittlichen Therapiezeit von 1.40 ± 0.44 Jahren, aus der Behandlung aus. 25% brachen spät nach etwa 0.77 ± 0.33 Jahren (d.h. in der zweiten Hälfte des Behandlungsprogramms) ab, und 35% brachen früh, innerhalb der ersten eins bis zwei Monate (0.15 ± 0.09 Jahre), gewissermassen in der "Probezeit", ab.

Von den untersuchten 145 Klient/inn/en waren 10 (7%) in der Katamnesezeit verstorben.

Unter den 58 Durchläufer/inne/n galten 37 (64%) und unter den 36 Spätabbrecher/inne/n 3 (8%) nach einer durchschnittlichen Katamnesezeit von 1.68 ± 0.48 Jahren als eindeutige *Therapieerfolge* (d.h. kein Drogenkonsum während der Katamnesezeit *und* eine klare relative Autonomiesteigerung entlang den in Absatz 3 genannten Dimensionen). 10 Durchläufer/innen (20%) und 24 Spätabbrecher/innen (67%) mussten als *schwere Rückfälle* (d.h. (fast) täglicher Drogenkonsum und keine klare Autonomiesteigerung) erachtet werden. Die Erfolgsbeurteilung der übrigen Fälle war indifferent.

Übersetzt in Erfolgchancen und Rückfallwahrscheinlichkeiten (nach probabilistisch-logischen Methoden) bedeutet das, dass für die Durchläufer/innen von *START AGAIN* eine *konservative Erfolgchance* von $(63 \pm 6)\%$ kennzeichnend ist, und als *Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls* gilt ein Wert von $(18 \pm 5)\%$.¹⁵

Für alle Durchläufer/innen und Spätabbrecher/innen zusammen (die eigentliche Klientel von *START AGAIN*) beläuft sich die Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls auf $(36 \pm 5)\%$. Mit anderen Worten: Für sie liegt die Chance, im zweiten Jahr nach Therapieaustritt vollständig oder zumindest teilweise rehabilitiert zu sein, bei $(64 \pm 5)\%$.

Empirische Resultate zur Wirksamkeit des Therapieprogramms von *START AGAIN* für verschiedene Subklientele

Bezogen auf die wichtige Grundvariable *Eintrittsmodalität* ist festzuhalten, dass sich Mitte 90er Jahre eine *interessante Trendwende* einstellte. War die erste Hälfte der 90er Jahre durch eine eindeutig höhere Erfolgchance für freiwillig eingetretene Durchläufer/innen ($(71 \pm 11)\%$ gegenüber $(61 \pm 11)\%$ bei unfreiwillig Eingetretenen) gekennzeichnet, so hat sich seit 1996 ein genau umgekehrtes Erfolgschancenverhältnis zwischen freiwillig und unfreiwillig Eingetretenen eingestellt – wenn auch auf etwas tieferem Niveau.

Diese Trendwende ist vor dem Hintergrund zu reflektieren, dass in der ersten Hälfte der 90er Jahre eine grosse Nachfrage nach stationären Therapieplätzen bestand, was zur Folge hatte, dass sich einerseits insbesondere freiwillig Eintretende stark um einen Therapieplatz bemühen mussten, andererseits seitens Therapie bei Regelverstössen und geringer Therapiemotivation Klient/inn/en schnell ausgeschlossen wurden: Es herrschte eine *starke Selektion*.

Die Jahre 1996 bis 1998 waren hingegen durch sinkende Nachfrage nach stationärer Suchttherapie und durch Finanzierungsschwierigkeiten der Einrichtungen geprägt, was sich in eine wesentlich geringere Selektion übersetzte und zu einer Situation führte, für die bezeichnend war, dass *Massnahme an Therapie bindet* und sich dies durchaus günstig auf den Therapieerfolg auswirkte.

Für die ersten vierdreiviertel Jahren von *START AGAIN* (Oktober 1992 bis Juni 1997) gilt, dass es *Frauen im Vergleich zu Männern* etwas schwerer fiel, das ganze Therapieprogramm von *START AGAIN* zu durchlaufen, wobei insbesondere die jüngeren Frauen, die die Behandlung typischerweise im zweiten Teil abbrechen (junge Spätabbrecherinnen), den grössten relativen Anteil unter den Abbrecherinnen ausmachten. Zudem gilt, dass die Durchläuferinnen keinesfalls eine geringere Erfolgchance als die Durchläufer aufwiesen und dass bei den Spätabbrecherinnen gegenüber den Spätabbrechern gar eine eindeutig bessere Erfolgchance und eine geringere Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalles vorlag.

Während sich empirisch die ein- oder zweimalige *Teilnahme an einem externen 10-tägigen Vipassana-Kurs* während der Behandlung in *START AGAIN* nicht generell in eine erhöhte Erfolgchance übersetzen lässt, so erwies sich die Tatsache der Teilnahme an einem solchen Kurs jedoch als Prädiktor eines eindeutig verringerten Risikos eines schweren Rückfalls.

Die Analyse von 9 Fällen, die auch nach Austritt aus *START AGAIN* mehr oder weniger regelmässig die *Vipassana-Technik* praktizierten oder zumindest einen oder mehrere weitere *Vipassana-Kurse* besuchten, legt nahe, dass mit Hilfe einer kontinuierlichen Praxis von *Vipassana* Süchtigkeit tatsächlich bearbeitet werden kann, unter der Voraussetzung jedoch, dass es parallel dazu gelingt, je nach Fall ganz bestimmte lebenspraktische Kompetenzen sozialer, affektiv-emotionaler und/oder kognitiv-mentaler Art zu entwickeln oder zu konsolidieren: *Süchtigkeitsbearbeitung und Autonomiesteigerung gehen Hand in Hand*.

Der *systemischen Paar- und/oder Familientherapie* kam in *START AGAIN* empirisch weder hinsichtlich Therapieerfolg noch hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls eine klar selektierende Bedeutung zu.

In der Tatsache, dass sich die Erfolgchancen und die Risiken eines schweren Rückfalls bei verschiedenen Subklientelen, die sich hinsichtlich des Partizipationsgrades am therapeutischen Angebot von *START AGAIN* stark unterschieden, statistisch gesehen nur marginal unter-

schieden, liegt ein empirischer Hinweis darauf, dass sich die Wirksamkeit des therapeutischen Programms von *START AGAIN* nicht additiv als Summe der Wirksamkeiten der verschiedenen Interventionselemente errechnen lässt, sondern vielmehr in der kunstvollen Verschränkung der verschiedenen Elemente, also *im Therapieprogramm als Ganzes*, begründet liegt.

Kernthese zur Begründung der therapeutischen Wirksamkeit von *START AGAIN*

Die Verknüpfung der Resultate der empirischen Nachuntersuchungen, der Einsichten aus den Fallrekonstruktionen sowie der Strukturanalyse von *START AGAIN* selbst führten zu folgender *Kernthese zur Begründung der therapeutischen Wirksamkeit von START AGAIN*:

Es ist das Therapieprogramm als Ganzes, das die therapeutische Wirksamkeit von *START AGAIN* begründet. D.h. *START AGAIN* realisiert als Ganzes eine (partiell) permanent scheiterungsfähige Gratwanderung zwischen einer Vielzahl von einander strukturell entgegengesetzten Handlungsorientierungen und Interventionslogiken. Diese Gratwanderung provoziert dabei beständig ein *ausgeprägtes Klima der Transformation*, das auf der Seite der Klientel nachhaltig *Selbsteilungspotentiale* zu wecken vermag – das Fundament, auf dem der gesamte therapeutisch begleitete Genesungsprozess fusst.

Das notwendige Mass an strukturellem Optimismus, das Voraussetzung ist, um sich täglich aufs Neue ganz bewusst dem anspruchsvollen und potentiell scheiterungsfähigen Vermittlungshandeln zwischen unaufhebbaren Gegensatzpaaren zu stellen, speist sich dabei latent oder manifest sowohl auf der Ebene des Klientels wie des Personals – wenn auch in individuell ganz unterschiedlichem Masse – aus der Praxis von *Vipassana*.

Therapiepraktisch wird der rote Faden, entlang dem sich die alltagspraktische Vermittlungsarbeit der verschiedenen Handlungsorientierungen und Interventionslogiken konkret organisiert, auf der einen Seite durch rekonstruktives Fallverstehen auf der anderen Seite durch das Suchtverständnis von *START AGAIN* (mit seinem zentralen Begriff der Süchtigkeit) aufgespannt.

Zur Bedeutung der ambulanten Therapienachsorge von *START AGAIN*

Hinsichtlich der Bedeutung der Nutzung des ambulanten Nachsorgeangebotes von *START AGAIN* (d.h. Beratung in sozialadministrativen, finanziellen, schulischen und beruflichen Belangen, therapeutische Nachbetreuung, Begleitung in persönlichen Krisen oder in einem episodischen Drogenrückfall etc.) kann Folgendes festgehalten werden: Die Nutzung des Nachsorgeangebotes erwies sich im Verlaufe der ersten knapp fünf Jahre von *START AGAIN* empirisch als ein eindeutiger Prädiktor sowohl einer höheren Erfolgschance wie auch eines geringeren Risikos eines schweren Rückfalls.

Im Zusammenhang mit *START AGAIN*s Entwicklungsziel für die kommenden Jahre, nämlich "im Bereiche der Suchtrehabilitation die Dienstleistung eines umfassenden *case management* voranzutreiben und auf dem Versorgermarkt effizient zur Wirkung zu bringen", legen die empirischen Daten also nahe, dass in einem umfassenden *case management* stationäre Therapie und ambulante Nachsorge unbedingt aus einem Guss zu konzipieren sind.

6. Anmerkungen und Literatur

- ¹ B.G. GLASER und A.L. STRAUSS, 1967, *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research* (Aldine de Gruyter, New York).
Für ausführliche Literaturangaben sei auf die vollständige Fallstudie verwiesen. In dieser Zusammenfassung werden nur ein paar der wichtigsten Literaturhinweise aufgeführt.
- ² Siehe z.B.: U. OEVERMANN, 1993, Die objektive Hermeneutik als unverzichtbare methodologische Grundlage für die Analyse von Subjektivität. Zugleich eine Kritik der Tiefenhermeneutik, in: T. JUNG und S. MÜLLER-DOOHM (Hrsg.), *"Wirklichkeit" im Deutungsprozeß. Verstehen und Methoden in den Kultur- und Sozialwissenschaften* (Suhrkamp, Frankfurt a.M.), 106-189; U. OEVERMANN, 1996, Konzeptualisierung von Anwendungsmöglichkeiten und praktischen Arbeitsfeldern der objektiven Hermeneutik. Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung, Manuskript (Universität Frankfurt a.M.); U. OEVERMANN, T. ALLERT, E. KONAU und J. KRAMBECK, 1979, Die Methodologie einer "objektiven Hermeneutik" und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften, in: H.G. SOEFFNER (Hrsg.), *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften* (Metzler, Stuttgart), 352-434; und B. HILDENBRAND, 1996³, *Methodik der Einzelfallstudie: Theoretische Grundlagen, Erhebungs- und Auswertungsverfahren, vorgeführt an Fallbeispielen*, Studienbrief in drei Bänden (Fernuniversität Hagen).
- ³ In der Fallstudie finden sich zu all diesen Schritten exemplarische Analysen unterschiedlichster Datentypen (z.B. von Interviews, schriftlichen "Lebensläufen" und "Suchtarbeiten", Genogrammen, Sitzungsprotokollen, Konzepten etc.).
- ⁴ Siehe z.B.: E.T. JAYNES, 1957, How does the brain do plausible reasoning?, *Stanford University Microwave Laboratory Report 421*; wieder abgedruckt in: G.J. ERICKSON und C.R. SMITH (Hrsg.), 1988, *Maximum-Entropy and Bayesian Methods in Science and Engineering, Vol. I: Foundations* (Kluwer Academic Publishers, Dordrecht), 1-23; E.T. JAYNES, 1990, Probability theory as logic, in: P.F. FOUGÈRE (Hrsg.), *Maximum Entropy and Bayesian Methods* (Kluwer Academic Publishers, Dordrecht), 1-16; E.T. JAYNES, 1983, *Papers on Probability, Statistics and Statistical Physics*, R.D. ROSENKRANTZ (Hrsg.), (D. Reidel, Dordrecht); und E.T. JAYNES, 1996, *Probability Theory: The Logic of Science*, in Vorbereitung, siehe im Internet unter: "<http://omega.albany.edu:8008/JaynesBook.html>,1995".
- ⁵ FOS bezeichnet den vom Bundesamt für Gesundheit subventionierten Forschungsverbund stationäre Suchttherapie, dessen Aufgaben eine flächendeckende statistische Erfassung stationärer drogentherapeutischer Einrichtungen in der Schweiz ist.
- ⁶ Der dialektische Begriff der *widersprüchlichen Einheit* fasst die produktive, Dynamismus entbindende Gleichzeitigkeit eines aufeinander bezogenen, aber in nicht auflösbarem Widerspruch zueinander stehenden Gegensatzpaares.
- ⁷ Siehe z.B.: U. OEVERMANN, 1979, Ansätze zu einer soziologischen Sozialisationstheorie, in: R. LEPSIUS (Hrsg.), *Deutsche Soziologie seit 1945*, Sonderheft 21 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (Westdt. Verlag, Opladen), 143-168; und U. OEVERMANN und E. KONAU, 1980, Struktureigenschaften sozialisatorischer und therapeutischer Interaktion, Manuskript (Universität Frankfurt a.M.).
- ⁸ Ödipale Triade verweist auf die "mehrfach widersprüchliche Einheit" des familialen Interaktionssystems von Vater, Mutter und Kind, das strukturgesetzlich wesentlich gekennzeichnet ist durch die Paradoxie fortwährend zu teilender Ausschliesslichkeitsansprüche, d.h. durch eine nicht still stellbare Grundbewegung von interaktivem Ein- und Ausschluss, und das auf einem Fundament von bedingungslosem Vertrauen.
- ⁹ Das *Vipassana*-Praxissystems (so wie es in der burmesisch-indischen Lehrtradition von U BA KHIN und S.N. GOENKA gelehrt wird und es Gegenstand der Fallstudie war) umfasst (1) ein Regelsystem, das sittliches Handeln (*sīla*) umreisst, (2) die mit dem natürlichen Atem arbeitende *ānāpāna-sati*-Übung zur Schulung von Achtsamkeit und Konzentration (*samādhi*) und (3) die

eigentliche, mit den Körperempfindungen arbeitende *vipassanā*-Meditationstechnik, die dem erfahrungsmässigen Erschliessen von Letztes durchdringender und von Leiden befreiender Weisheit (*paññā*) dient.

- ¹⁰ Siehe z.B.: T.E. ROBINSON und K.C. BERRIDGE, 1993, The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction, *Brain Res. Rev.* **18**, 247-291; G. DI CHIARA, 1995b, Psychobiology of the role of dopamine in drug-abuse and addiction, *Neurosci. Res. Commun.* **17**, 133-143; J. MIRENOWICZ und W. SCHULTZ, 1996, Preferential activation of midbrain dopamine neurons by appetitive rather than aversive Stimuli, *Nature* **379**, 449-451; und A.R. DAMASIO, H. DAMASIO und Y. CHRISTEN (Hrsg.), 1996, *Neurobiology of Decision-Making* (Springer, Berlin/Heidelberg).
- ¹¹ Aus der Sammlung der kurzen *Suttas* der *Tiṭṭaka: Aṅguttara Nikāya, Dasaka Nipāta*, Buch IV, p. 107, Pali Text Society (London).
- ¹² Je in freier Übersetzung nach S.N. GOENKA (vorgetragen in 10-tägigen *Vipassana*-Meditationskursen) aus dem Konditionalnexus (*paṭiccasamuppāda*): *Majjhima Nikāya 38: Mahā-taṇhāsankhaya Sutta*, Pali Text Society (London).
- ¹³ Siehe z.B.: A.R. DAMASIO, 1994, *Descartes' Error. Emotion, Reason, and the Human Brain* (Putnam's Sons, New York); dt. 1996, *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn* (List, München).
- ¹⁴ Siehe z.B.: R. WELTER-ENDERLIN und B. HILDENBRAND, 1996, *Systemische Therapie als Begegnung* (Klett-Cotta, Stuttgart) und U. OEVERMANN, 1996, Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns, in: A. COMBE und W. HELSPER (Hrsg.), 1996, *Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (Suhrkamp, Frankfurt a.M.).
- ¹⁵ Gegeben die Stichprobengrößen in der Fallstudie von *START AGAIN* (d.h. N's typischerweise zwischen 15 und 50), so bedeutet die Angaben ($m \pm \sigma$)% für die Erfolgchance bzw. das Risiko eines schweren Rückfalls bei einer bestimmten Subklientel, dass die Chance bzw. das Risiko mit einer Sicherheit oder posterioren Wahrscheinlichkeit von mindestens 67% im Intervall zwischen ($m - \sigma$)% und ($m + \sigma$)% liegt, oder dass die Chance bzw. das Risiko mit einer Sicherheit von mindestens 95% im grösseren Intervall zwischen ($m - 2\sigma$)% und ($m + 2\sigma$)% liegt. Für entsprechende Literaturhinweise s. die Anmerkung 4.