

Bachelor Thesis zur Erreichung des FH-Diploms als Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit HES-SO

HES-SO Wallis im Bereich Soziale Arbeit

Co-Abhängigkeit



Wie gestalten Sozialarbeiter die Beratung von co-abhängigen Personen, die einen alkoholabhängigen Partner haben und wie wird die Zusammenarbeit von den Angehörigen erlebt?

Stefanie Millius und Stephanie Rion
Bachelor Studiengang Soziale Arbeit
Modul Bachelor Thesis

HES-SO Wallis, Fachhochschule Westschweiz, Studiengang Soziale Arbeit

Begleitdozent: Julian Vomsattel

Datum des Einreichens: 15.2.2013

Eidesstattliche Erklärung

„Hiermit versichern wir, dass wir die Bachelor Thesis selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt haben. Alle Ausführungen, die anderen Texten wörtlich oder sinngemäss entnommen wurden, sind kenntlich gemacht. Die Arbeit war noch nie in gleicher oder ähnlicher Fassung Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung.“

Unterschriften der Verfasserinnen:

Stefanie Millius

Ort, Datum, Unterschrift

Stephanie Rion

Ort, Datum, Unterschrift

Danksagung

Wir wollen die Gelegenheit nicht ungenutzt lassen und möchten uns hier bei ein paar Menschen bedanken, welche uns fachlich und moralisch eine grosse Stütze während des Verfassens der Bachelor Arbeit waren.

Der erscht Dank widmä wier ieschum Begleitdozent, dum Julian Vomsattel. Schini konstruktiv Kritik het nisch immer wieder zu neuu Ideä agregt. Är het nisch aber öi gizeigt, obwer ufum richtigu Wäg si oder nit.

Danke Julian ver dini ganzu Bemiehgä und das dü iesch hesch la kreativ si!

All denä Personä, wa schich bereit hent erklert, mit iesch es Interview z'machu, wellti wier danke sägu. Im Speziellu de Aghörigu wa bereit sind gsi, uber es doch es intims und öi schmärzlichs Thema mit iesch z'redu.

Danke an alli Interviewpartner, dass ier ew die Ziet ver iesch heit gnu und wier so vill va ew hei chännu leri und profitieru!

Wier wellti gärü die namentlich erwähnu, wa nisch ieschi Arbeit entgäugläsu hent und no der chleinschti Kommafehler üsfindig gmacht hent. Das weri: Nicolas Millius und Franco Arnold.

Danke ew allnä zämu ver die kritischisch Üsenandersetzung mit iescher Arbeit!

Wieter wellti wier ieschä ganzu Freundä, Freundinnä und Familinä merci sägu. Es paar Mal hensch nisch wieder miessu Muet machu und öi miessu motivieru. Ohni ew hengiwer nur halb so vill Chraft ka, die doch intensiv Ziet z'meistru.

Danke ver ewi Geduld!

Zum Schluss wellti ich (Stefanie Millius) no dura ganz speziellu Person merci sägu. Und zwar minum Freund, dum Carlo. Es paar Mal het är miessu Rücksicht näh und zrugstecku.

Danke Carlo ver dies riesu Verständnis und das dü mich dermassu unerstützt hesch!

Zusammenfassung

In der Bachelor Arbeit geht es darum, wie Sozialarbeiter ein Beratungssetting mit co-abhängigen Menschen gestalten können, welche einen alkoholabhängigen Partner haben.

Zuerst haben wir uns intensiv mit dem Begriff Co-Abhängigkeit auseinandergesetzt. Wenn jemand co-abhängig ist, zeigt er unbewusste Verhaltensweisen, welche sich kontraproduktiv auf die Sucht des Partners auswirken. Der co-abhängige Partner stellt all seine Bedürfnisse und Wünsche zusehends in den Hintergrund. Der Alkoholabhängige wird zum Lebensmittelpunkt. Der Angehörige verspürt den ständigen Wunsch, dem Suchtkranken zu helfen. Jedoch wird er von der co-abhängigen Person ständig kontrolliert und ihm wird immer mehr Verantwortung abgesprochen. Nach aussen hin versuchen die Co-Abhängigen eine intakte Partnerschaft oder intaktes Familienleben zu vermitteln. Oft verdrängen oder bagatellisieren co-abhängige Angehörige Tatsachen. Die ständige Sorge um den Abhängigen ist ein weiteres Merkmal.

Co-abhängige Angehörige stellen zwar eine heterogene Gruppe dar, jedoch kann man sagen, dass die meisten nicht viel Selbstbewusstsein haben und auf der ständigen Suche nach Anerkennung sind.

Co-abhängige Muster zeigen sich zumeist in Partnerschaften. Jedoch ist es wichtig zu wissen, dass sich Co-Abhängigkeit auf verschiedenen Ebenen in verschiedenen Systemen äussern kann. Es gibt das personelle, therapeutische und institutionelle System.

Auf keinen Fall unerwähnt sollte bleiben, dass nicht alle Angehörigen von suchtabhängigen Menschen co-abhängig sind und dass nicht nur Angehörige co-abhängig sein können, sondern beispielsweise auch Arbeitskollegen oder das Helfersystem.

Es ist ausserdem wichtig zu wissen, dass nicht alle Fachleute den Begriff Co-Abhängigkeit verwenden, da er für manche einen stigmatisierenden Charakter hat. Der Begriff ist daher auch unter Professionellen sehr umstritten. Von einigen wird er benutzt, von anderen nicht.

Des Weiteren zeigen wir im theoretischen Rahmen, was Angehörigenarbeit eigentlich ist, welche Formen es gibt und welche wichtigen Punkte es im Beratungssetting zu berücksichtigen gibt.

Um einen möglichst ganzheitlichen Ansatz zu erreichen, haben wir in unserem Forschungsteil Sozialarbeiter, welche in der Beratung tätig sind, und Angehörige selber interviewt. Wir wollten herausfinden, ob Fachleute dieselben Vorstellungen von einer Beratung haben wie die Angehörigen.

Unsere Ziele waren Verbesserungsmöglichkeiten in der Angehörigenarbeit herauszufinden, zu ermitteln welche Rolle und Funktion der Sozialarbeiter in der Beratung einnimmt, und darzustellen, wie die Lebenssituation für einen Angehörigen mit einem alkoholabhängigen Partner aussieht.

Ausserden werden wir aufzeigen, welche weiteren Fragestellungen sich anhand von unserer Forschungsfrage ergeben haben, welche im Rahmen dieser Arbeit nicht mehr geklärt werden konnten.

Am Schluss schildern wir unsere Handlungsvorschläge für die Praxis der Sozialen Arbeit.

Schlüsselwörter unserer Arbeit:

Alkoholabhängigkeit - Co-Abhängigkeit – Angehörigenperspektive - Angehörigenarbeit –
Beratungsgrundsätze – Coping

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
1.1 Aufbau der Arbeit.....	4
1.2 Ausgangslage.....	5
1.3 Wahl des Themas.....	6
1.4 Motivation	7
1.5 Fragestellung.....	7
1.6 Bezug zur Sozialen Arbeit.....	8
2. Theoretischer Rahmen	10
2.1 Alkoholabhängigkeit.....	10
2.1.1 Psychische Abhängigkeit	12
2.1.2 Körperliche Abhängigkeit	13
2.1.3 Risikofaktoren für die Entwicklung einer Suchtmittelabhängigkeit	14
2.1.4 Ursachen für eine Alkoholabhängigkeit	16
2.1.5 Folgen	17
2.1.6 Alkoholreagibilität (Cue-Reactivity)	18
2.1.7 Stationäre Einrichtungen im Wallis.....	18
2.2 Co-Abhängigkeit	19
2.2.1 Definition.....	19
2.2.2 Merkmale der Co-Abhängigkeit.....	25
2.2.3 Historische Entwicklung des Begriffs	27
2.2.4 Kritische Würdigung.....	29
2.2.5 Die verschiedenen Phasen der Co-Abhängigkeit	31
2.2.6 Drei Formen der Co-Abhängigkeit.....	33
2.2.7 Die drei verschiedenen Ebenen einer Co-Abhängigkeit	33
2.2.8 Die vier Kriterien	35
2.2.9 Prävalenz.....	36
2.2.10 Parallelen vom Trauerprozess nach Elisabeth Kübler-Ross und einer Co- Abhängigkeit.....	37
2.2.11 Parallelen einer Sucht und einer Co-Abhängigkeit	38
2.3 Angehörigenperspektive	40
2.3.1 Definition Angehörige.....	40
2.3.2 Geschichtliche Entwicklung.....	40
2.3.3 Auswirkungen einer Suchtmittelabhängigkeit auf das Familienleben	42
2.3.4 Das Leiden der Partner	47
2.3.5 Ambivalenz als Grundhaltung	49
2.3.6 Partnerinteraktion	49
2.3.7 Prävalenz von psychischen Störungen bei Angehörigen von Suchtkranken	52
2.4 Angehörigenarbeit	53
2.4.1 Definition Angehörigenarbeit.....	53
2.4.2 Geschichtliche Entwicklung.....	54
2.4.3 Stigmatisierung von Angehörigen	55
2.4.4 Präventive Massnahmen um Stigmatisierungen gegenüber Angehörigen von Suchtkranken vorzubeugen	58
2.4.5 Formen therapeutischer Angehörigenarbeit	58
2.4.6 Angehörige von suchtkranken Menschen als eigenständige und heterogene	

Gruppe	60
2.4.10 Aktuelle Studie zum Thema Angehörigenarbeit in der Schweiz.....	60
2.4.11 Angehörige von Suchtkranken in der Beratung	64
2.4.12 Umgang mit Rückfällen	66
2.4.13 Hilfsmöglichkeiten für Co-Abhängige	66
2.4.14 Selbsthilfegruppen für Angehörige	68
2.4.15 Das Anton-Proksch-Institut	71
2.3.16 Prävention	72
2.4.17 Therapiesetting	74
2.4.18 Angehörigenarbeit aus Sicht der Angehörigen.....	81
2.5 Beratungsgrundsätze.....	84
2.5.1 Wichtige Beratungsgrundsätze bezüglich des Umgangs der Angehörigen mit dem Suchtabhängigen.....	84
2.5.2 Die Rolle des Beraters und dessen Aufgaben.....	90
2.5.3 Förderliche Haltungen des Beraters.....	98
2.6 Coping.....	99
2.6.1 Stresssituation: Alkohol und Partnerschaft.....	100
2.6.2 Coping-Setting	102
2.6.3 Coping Fähigkeiten	103
2.6.4 Coping Motivation	103
2.6.5 ABCX-Modell nach Hill.....	104
2.6.6 Stressmodell von Copello	104
2.6.7 Coping-Strategien von Angehörigen um mit der Suchtmittelabhängigkeit umgehen zu können.....	106
3. Forschung.....	107
3.1 Forschungsfrage.....	107
3.2 Ziele	107
3.3 Hypothesen	108
4. Datenerhebungsmethode	111
4.1 Qualitative Forschung.....	111
4.2 Das problemzentrierte Interview	111
4.3 Die Auswahlkriterien für die Interviews / Untersuchungsfeld	112
4.4 Weiteres Vorgehen bezüglich unserer Befragungen	112
4.5 Qualitative Inhaltsanalyse	113
4.6 Ethische Aspekte.....	114
4.7 Grenzen.....	114
5. Ergebnisse der empirischen Untersuchung.....	115
5.1 Sozialarbeiter.....	115
6. Datenanalyse	122
6.1 Auseinandersetzung mit der Hypothese 1	122
6.1.1 Ergebnisse der Interviews.....	122
6.1.2 Bezug zur Theorie	123
6.1.3 Fazit.....	124

6.2 Auseinandersetzung mit der Hypothese 2	124
6.2.1 Ergebnisse der Interviews	124
6.2.2 Bezug zur Theorie	125
6.2.3 Fazit.....	126
6.3 Auseinandersetzung mit der Hypothese 3	126
6.3.1 Ergebnisse der Interviews	126
6.3.2 Bezug zur Theorie	127
6.3.3 Fazit.....	127
6.4 Auseinandersetzung mit der Hypothese 4	128
6.4.1 Ergebnisse der Interviews	128
6.4.2 Bezug zur Theorie	128
6.4.3 Fazit.....	129
7. Schlussfolgerungen	130
7.1 Persönliche Stellungnahme	130
7.2 Beschreibung des Lernprozesses.....	133
7.3 Weiterführende Fragestellungen und Grenzen unserer Forschungsfrage	134
7.4 Handlungsvorschläge für die Praxis der Sozialen Arbeit.....	134
8. Literaturverzeichnis	136
9. Anhang.....	141
A) Transkriptionsregeln nach Mayring	141
B) Interviewleitfaden für die Experten	142
C) Experteninterviews	143
D) Interviewleitfaden.....	169
I) Sozialarbeiter	169
II) Angehörige.....	171
E) Interviews.....	172
I) Sozialarbeiter	172
II) Angehörige.....	213
F) Ergebnistabellen der Interviews	248

1. Einleitung

Alkohol ist ein Thema, mit welchem wir alle schon auf irgendeine Art und Weise in Kontakt gekommen sind. Entweder haben wir schon selber welchen konsumiert oder es wurde uns zumindest angeboten. Alkohol ist ein legales Genussmittel, nahezu überall erhältlich und dies nicht zu einem sonderlich hohen Preis. Alkohol gehört schon seit geraumer Zeit zu unserer Gesellschaft und unserer Kultur dazu. Wenn man sich beispielsweise entscheidet, einen Abend lang keinen Alkohol zu konsumieren, wird man entweder komisch von der Seite angeschaut oder Kollegen versuchen einen umzustimmen. Die Versuchung ist allgegenwärtig. Nun gibt es Menschen, die alkoholabhängig sind. Wir sind uns sicher, dass nahezu jeder jemanden kennt, sei dies im näheren oder entfernten Umfeld, der ein Alkoholproblem hat. Je nachdem wird offener darüber geredet oder es wird versucht, es zu verheimlichen.

Bei all dieser Alkoholproblematik stehen meist die Suchtkranken im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Es wird oft vergessen, dass auch diese Menschen einen Familien- und Freundeskreis haben und genau dieses Umfeld leidet am meisten unter der Suchterkrankung. Sie sind die Menschen, die hautnah miterleben, wie sich der Alkoholabhängige¹ zusehends verändert. Die Suchthilfe bietet bisher wenig Angebote an, welche sich spezifisch und ausschliesslich an die Angehörigen von suchtkranken Menschen richten. Wie kann man also diese Angehörigen unterstützen? Welchen Beitrag kann die Suchthilfe leisten? Was für eine Art Beratung braucht dieses Klientel? Was bedeutet es für Angehörige, einen Alkoholabhängigen in der/dem Partnerschaft/Familie/Freundeskreis zu haben? Was für Strategien haben die Angehörigen, um mit dieser Lebenssituation umgehen zu können? Was für Erwartungen haben Angehörige an eine Beratung?

All diese Fragen beschäftigen uns und sollen mithilfe dieser Arbeit ansatzweise geklärt werden. In unserer Bachelorarbeit wollen wir untersuchen, wie man co-abhängige Angehörige von alkoholkranken Menschen in der Rolle als Sozialarbeiter bestmöglich unterstützen und beraten kann. Zu lange wurden die Angehörigen vergessen oder übergangen. Unsere Bachelor Arbeit geht ganz klar nur auf die Angehörigen ein, speziell auf die Partner. Wir wollen jedoch betonen, dass Kinder auch zur Angehörigengruppe dazugehören und auf Hilfe angewiesen sind. Diese Thematik wird in unserer Arbeit nicht bearbeitet, da dies den vorgegebenen Rahmen sprengen würde. Was zu einer Alkoholabhängigkeit alles dazu gehört, wird nur oberflächlich behandelt und dient nur zum besseren Verständnis und zur Förderung der Empathie gegenüber den Angehörigen.

1.1 Aufbau der Arbeit

Beginnen möchten wir mit dem theoretischen Rahmen, indem wir wichtige Schlüsselbegriffe differenziert erklären. Wir fangen mit der Alkoholabhängigkeit an, da wir es als wichtig einstufen, zu erfahren, was man überhaupt unter Sucht versteht und wie sich diese äussert. Wir erhoffen uns dadurch ein besseres Verständnis für die Angehörigen zu erhalten. Anschliessend haben wir uns intensiv mit dem Co-Abhängigkeitskonzept auseinandergesetzt. Wir empfanden es als wichtig, dessen historischen Wandel zu betrachten und herauszufinden, wie diverse Autoren versuchen, den Begriff zu definieren. Durch die einzelnen Definitionen spürten wir auch heraus, welche Haltung dahinter steckt. Wir haben gemerkt, dass die Sichtweisen der verschiedenen Autoren zum Teil stark auseinandergehen, was uns zeigt, wie umstritten das Thema ist.

¹ Zur besseren Lesbarkeit verwenden wir die männliche Form, wobei wir die weibliche Form miteinbeziehen.

Die Angehörigenperspektive folgt auf den Begriff Co-Abhängigkeit. In diesem Kapitel wollen wir schildern, wie es für Angehörige ist, einen süchtigen Menschen im nahen Umfeld zu haben. Wir erläutern dabei die Auswirkungen der Suchtmittelabhängigkeit auf ein Familienleben und eine Partnerschaft.

Des Weiteren haben wir uns mit der Angehörigenarbeit beschäftigt. Dieses Kapitel ist von zentraler Bedeutung, weil in diesem konkret beschrieben wird, wie man als Sozialarbeiter Angehörige mit einem alkoholabhängigen Partner beraten kann. Wir haben beschrieben, wie das Angebot momentan in der Schweiz aussieht und welche Formen der Angehörigenarbeit es überhaupt gibt. Wir haben versucht zu klären, welche Rolle der Sozialarbeiter in der Beratung einnimmt, was seine Aufgaben sind. Zu diesem Kapitel haben wir auch diverse Therapiesettings aufgegriffen und näher beschrieben.

Als nächsten Schlüsselbegriff haben wir die Beratungsgrundsätze. Hierbei geht es um die Beratungssituation zwischen Sozialarbeiter und Angehörigen. Dabei versuchen wir auch die Rolle des Sozialarbeiters zu klären.

Das Thema Coping wollen wir ebenfalls behandeln, da wir der Meinung sind, dass die Angehörigen trotz ihrer schwierigen Lebenssituation über viele Ressourcen verfügen. Diese müssen vielleicht nur mit Hilfe eines Berates wieder hervorgeholt werden. Coping kann hierbei eine zentrale Rolle spielen.

Nach dem theoretischen Rahmen folgt der Forschungsteil. In diesem stellen wir unsere Forschungsfrage vor und erläutern dabei auch unsere Hypothesen. Wir begründen die Wahl unserer Datenerhebungsmethode. In einem nächsten Schritt legen wir unsere Ergebnisse dar, welche auf den von uns durchgeführten Interviews basieren. Wir werden zudem eine Theorie-Praxis-Verknüpfung erstellen.

Am Schluss schildern wir unser Fazit und unsere Handlungsvorschläge für die Praxis.

1.2 Ausgangslage

Laut einem Bericht der SFA (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und Drogenprobleme) aus dem Jahr 1999 waren 2% der Schweizer Bevölkerung alkoholabhängig, was rund 130'000 Personen entspricht.² 2004 waren es laut Sucht Info Schweiz bereits ca. 250'000 Menschen mit einem Alkoholproblem. Im Jahr 2009 konsumierte der Schweizer durchschnittlich 8,6 Liter reinen Alkohol und lag damit im Vergleich zu anderen europäischen Ländern im Mittelfeld. 87'000 Männer und Frauen trinken chronisch zu viel Alkohol. 895'000 Männer und Frauen trinken episodisch zu viel alkoholhaltige Getränke.³

In jeder Altersklasse ist klar ersichtlich, dass Frauen eindeutig weniger häufig und mengenmässig weniger Alkohol trinken als Männer.⁴ Alkoholismus gibt es so häufig wie Herz- und Kreislaufkrankheiten oder Krebs.⁵ Eine Untersuchung hat gezeigt, dass in Spitälern für innere Medizin in der französischsprachigen Schweiz 20% der Patienten ein Alkoholproblem haben. Pro Jahr suchen rund 7000 Personen mit einem Alkoholproblem professionelle Hilfe auf.⁶ Im Jahr 2008 starben insgesamt 356 Männer und 139 Frauen an einer alkoholbedingten Leberzirrhose.⁷

² Vgl. Feuerlein, Dittmar, Soyka. 1999, S.33

³ Vgl. SFA (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und Drogenprobleme). 2004, S.20

⁴ Diese Information ist auf folgender Internetseite zu finden: www.sucht-info.ch

⁵ Vgl. Feuerlein, Dittmar, Soyka. 1999, S.15

⁶ Vgl. SFA. 2004, S.21

⁷ Diese Zahl stammt von folgender Internetseite: www.bfs.admin.ch

In all diesen Statistiken wird etwas Wichtiges vergessen - die Angehörigen. Die Angehörigen sind die grösste Gruppe, welche von einer Sucht betroffen sind. Es gibt mehr betroffene Angehörige als alkoholranke Personen selber. Es ist nachvollziehbar, dass die Alkoholabhängigen im Vordergrund stehen, jedoch dürfen jene Menschen nicht vergessen werden, welche mit einem alkoholranken Partner, Elternteil oder Familienmitglied zusammenleben oder diesen tagtäglich begleiten. Ein wichtiges Prinzip geht hierbei vergessen: *„Wie bereits gesagt, gehört zu diesem Prozess auch das Anerkennen der Vielzahl von Problemen, die die Angehörigen ertragen haben und die Versicherung, dass, **obwohl sie nicht die Ursache der Probleme sind, sie ein Teil der Lösung sein können.**“*⁸ Angehörige brauchen genauso professionelle Unterstützung, wie ein Alkoholkranker selber.

Flassbeck behauptet, dass die Suchtproblematik heutzutage kein aufregendes Ereignis mehr darstellt. Es ist eher zum gesellschaftlichen Alltag geworden. Alkoholiker und deren öffentliche Saufeskapaden haben sich zur Normalität entwickelt. Die Gesellschaft hat sich an die Suchtproblematik gewöhnt, vielleicht auch resigniert und einmal zu viel Hilfestellung geleistet. Dadurch wird dem Suchtkranken das Verantwortungsgefühl für seine Handlungen abgenommen. Die Gesellschaft reagiert co-abhängig, indem sie nichts tut. Durch dieses ignorieren, kann der Abhängige ohne schlechtes Gewissen seinem Konsum nachgehen, ohne dass er dabei gestört wird.⁹

1.3 Wahl des Themas

Auf der Suche nach einem geeigneten Thema für unsere Bachelorarbeit, stiessen wir auf viele verschiedene, interessante Bereiche. Ein Thema, das uns beide ansprach, war der Bereich des Alkohols. Doch wir interessierten uns nicht nur für die Problematik des Alkohols, sondern die Angehörigen der Alkoholabhängigen sollten in unserem Fokus stehen. Nach diversen Recherchen erweiterten wir unser Thema auf Institutionen, die mit Angehörigen arbeiten, welche einen alkoholabhängigen Partner haben.

Das Thema Alkohol ist allgegenwärtig. Gesamtschweizerisch gesehen gibt es noch nicht so viele Angebote, welche sich um die Angehörigen der Alkoholabhängigen kümmern.

In unserer Arbeit möchten wir uns ausführlicher mit den Partnern von Alkoholabhängigen beschäftigen.

Für uns ist der systemtheoretische Ansatz essentiell. Die Systemtheorie sagt, dass menschliches Verhalten immer kontextabhängig ist. Das heisst, dass mehrere Faktoren auf einen Menschen einwirken und diesen beeinflussen. Darum sollten verschiedene Systeme in die Therapieprozesse integriert werden, damit die Arbeit wirksamer und nachhaltiger wird. Zudem erhält das professionelle Helfersystem, durch diesen Miteinbezug der Systeme, einen Gesamtüberblick und kann so das Verhalten des Klienten richtig verstehen.

Wir glauben, dass Angehörige auch eine Ressource sein können, damit sich das Leben des Suchtkranken wieder stabilisieren kann.

⁸ Meyers, Smith. 2009, S.42

⁹ Vgl. Flassbeck. 2011, S.14-16

1.4 Motivation

Stephanie Rion:

Endgültig überzeugt hat mich das Thema, als mir eine Bekannte von ihrem alkoholabhängigen Partner erzählte und mir dadurch aufzeigte, wie schwierig es ist, als Angehörige mit einem süchtigen Menschen zu leben. Ich bin in einem Weindorf aufgewachsen, was zur Folge hat, dass sehr viel Wein konsumiert wird. Dadurch komme ich immer wieder in Kontakt mit dem Thema Alkohol. Einerseits gehört es zu unserer Kultur dazu und hat eine lange Tradition, andererseits gibt es Menschen, denen genau dieser Brauch zum Verhängnis wird. Dabei habe ich mir immer wieder die Frage gestellt, wie es wohl für die Angehörigen ist, einen alkoholabhängigen Menschen im nahen Umfeld zu haben. Dies gab mir den Anstoss, mehr über das Thema der Angehörigenarbeit in Erfahrung zu bringen. Es ist wichtig für mich zu wissen, wie sich die Angehörigen in dieser Situation fühlen, welche Hilfe sie in Anspruch nehmen möchten und wie man ihnen die grösstmögliche Unterstützung geben kann.

Stefanie Millius:

Im Wallis gibt es viele Menschen, die ein Alkoholproblem haben. Es gibt kaum eine Familie, die nicht einen Verwandten hat, der alkoholabhängig ist. Es ist schlimm, einen geliebten Menschen im näheren Umfeld zu haben, der solche Schwierigkeiten hat. Wichtig ist, dass man handelt und nicht die Augen verschliesst. Alkoholismus ist eine Krankheit. Betroffene brauchen Hilfe und Unterstützung. Aber wie kann das Umfeld helfen? Was für einen Beitrag können Sozialarbeitende zur Verbesserung der Situation leisten?

Zu jedem Klienten gehört ein System bzw. ein Umfeld. Angehörigenarbeit ist wichtig, damit die geplanten Interventionen und Ziele möglichst nachhaltig sind. Aber wie gestaltet man eine gute Angehörigenarbeit? Welche Erwartungen haben die Angehörigen an eine Beratung?

Diese beiden Fragen zusammen ergeben unsere Forschungsfrage. Unsere Bachelorarbeit ist wichtig, damit ich mehr über Angehörigenarbeit lerne und den Suchtbereich näher kennenlernen.

Berührungspunkt

Wir haben beide unser Praktikum vom sechsten Semester im Suchtbereich absolviert. Die beiden Institutionen waren sich sehr ähnlich, wobei eine in Bern lag und die andere in Zürich. Durch dieses halbjährige Praktikum bekamen wir einen kleinen Einblick, wie es ist, mit suchtabhängigen Menschen zusammen zu arbeiten, zu leben. Wir erhielten den Hauch einer Ahnung, wie schwierig es für Angehörige sein muss, mit diesem ständigen Beschaffungs- und Konsumationsstress oder auch dem persönlichen, beruflichen und sozialen Zerfall der Suchtkranken umzugehen. Durch dieses Praktikum wurde zeitgleich auch unsere Empathie für die Angehörigen erhöht. Zudem wuchs unsere Motivation, Angebote für Angehörige näher kennenzulernen.

1.5 Fragestellung

Eine passende Fragestellung zu finden, gestaltete sich schwieriger als wir dachten. In einem ersten Schritt machten wir beide getrennt voneinander ein Brainstorming. Es stellte sich heraus, dass uns beide die gleichen Themen interessierten. Zuerst hatten wir die Idee zu untersuchen, wie es Kindern ergeht, welche einen psychisch beeinträchtigten Elternteil haben. Leider stellte sich heraus, dass es zu diesem Themengebiet bereits eine Bachelor-Arbeit gibt. Die Suche ging also weiter. Ein Mindmap sollte uns bei unserer Ideenflut

weiterhelfen. Nach einigen Recherchen kamen wir auf das Thema Co-Abhängigkeit bei Alkoholabhängigen. Nach mehreren Gesprächen und Diskussionen mit Kommilitonen und Dozierenden sahen wir ein, dass es ein enorm anspruchsvolles Gebiet ist. Wir wollten die qualitative Methode wählen, sprich Interviews im Oberwallis durchführen. Dozierende machten uns darauf aufmerksam, dass dies heikel sei, da nicht alle bereit seien, über ihre Probleme in der Partnerschaft zu reden. Zudem sei es schwierig den Datenschutz zu gewährleisten, weil das Oberwallis eher klein ist. Da es nicht unser Ziel ist, jemanden blosszustellen oder etwas über ihn preiszugeben, was nicht alle wissen müssen, kreisten unsere Gedanken weiter. Eine Dozentin gab uns daraufhin den Hinweis, dass wir doch das Thema aus der Perspektive von Sozialarbeitern betrachten sollen. Dies taten wir und es entwickelte sich folgende Fragestellung:

Wie gestalten Sozialarbeiter die Beratung von co-abhängigen Personen, die einen alkoholabhängigen Partner haben und wie wird die Zusammenarbeit von den Angehörigen erlebt?

Es ist wichtig für uns herauszufinden, wie man diese Angehörigen bestmöglich unterstützen kann, damit wir als zukünftige Sozialpädagoginnen auf diesem Gebiet sensibilisiert sind. Mithilfe der Fragestellung kamen wir zu folgenden Schlüsselbegriffen:

Alkoholabhängigkeit - Co-Abhängigkeit – Angehörigenperspektive - Angehörigenarbeit – Beratungsgrundsätze – Coping

1.6 Bezug zur Sozialen Arbeit

Angehörigenarbeit ist in jedem Bereich der Sozialen Arbeit ein wichtiger Bestandteil. Deshalb ist es von Vorteil, in diesem Gebiet professionell aufzutreten und Angehörige in die Arbeitsprozesse miteinzubeziehen.

Bereits Kinder können ein co-abhängiges Verhalten zeigen. Da Professionelle der Sozialen Arbeit auch im Kinder- und Jugendbereich tätig sind, sehen wir es als unsere Aufgabe, uns mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

Gemäss des Kompetenzprofils der HES-SO Wallis wollen wir folgende Kompetenz erwerben: „Eine professionelle Beziehung mit Personen und Gruppen aufbauen und weiterentwickeln.“¹⁰

Soziale Arbeit sollte auch Öffentlichkeitsarbeit sein, um die Bevölkerung auf Missstände aufmerksam zu machen und gewisse Themen zu enttabuisieren, mit dem Ziel zu sensibilisieren. Alkohol ist in einem Kanton wie dem Wallis ein wichtiger Bestandteil und ist ein Kulturgut. Wenn jemand aber seinen Alkoholkonsum nicht im Griff hat und suchtkrank ist, ist es für ihn nicht einfach darüber zu reden. Einerseits will man sich keine Schwäche eingestehen, andererseits hat man Angst vor den Reaktionen des Umfeldes. Hinzu kommt, dass man sich im Oberwallis untereinander mehr oder weniger kennt. Dies ist ein weiterer Faktor, warum man es sich überlegt, doch nicht über seine Sucht zu reden. Die Angst, einen Stempel aufgedrückt zu bekommen, ist immens. Dies gilt für den Alkoholkranken selber, aber auch für die Angehörigen. Die Tatsache, dass es im Oberwallis keine Selbsthilfegruppe für Angehörige von alkoholabhängigen Menschen gibt, ist paradox. Obwohl der Bedarf vorhanden wäre, kommt keine Selbsthilfegruppe zustande. Hier ist unserer Meinung nach

¹⁰ Vgl. HES-SO Valais. 2009

auch die Soziale Arbeit gefordert, welche auf diese Misere vermehrt aufmerksam machen sollte. Soziale Arbeit sollte sich auch politisch engagieren.
Die Bachelorarbeit soll für unsere zukünftige Arbeit nützlich und lehrreich sein.

2. Theoretischer Rahmen

Der theoretische Rahmen hilft uns, unsere Fragestellung zu beantworten, Hypothesen zu verifizieren und Ziele zu erreichen. Um einen Überblick und ein genaueres Verständnis unseres Themas zu bekommen, braucht es Schlüsselbegriffe. Diese Begriffe stehen in Verbindung mit dem Thema unserer Fragestellung.

Des Weiteren werden wir Studien präsentieren, die zu unserem Thema bereits gemacht wurden und wir werden den aktuellen Forschungsstand darlegen.

Durch die verschiedenen Theorien, die wir ausgewählt haben, wird auch ersichtlich, welche unterschiedlichen Sichtweisen und Zugänge es zu diesem Thema gibt. Wir haben alle kritisch reflektiert und versucht, unsere eigene Perspektive zu entwickeln.

2.1 Alkoholabhängigkeit

Was bedeutet es eigentlich, alkoholabhängig zu sein? Um diese Frage zu klären, ist es wichtig zu wissen, ab wann ein Mensch als abhängig gilt und welche Auswirkungen es hat, wenn er keinen Alkohol konsumieren kann. Nur wenn wir erklären, was alles zu einer Alkoholabhängigkeit dazugehört, können wir uns ein Bild verschaffen, was es für einen Angehörigen bedeutet, mit einer suchtkranken Person zusammenzuleben. Ausserdem ist es in der Angehörigenarbeit auch wichtig, Angehörige über die Krankheit Alkoholabhängigkeit zu informieren, wozu auch Wissensvermittlung gehört.

Spricht man von Abhängigkeit, werden automatisch die Interaktionen und das Beziehungsgefüge von Menschen beurteilt. Im Zentrum steht dabei die süchtige Person, die gleichzeitig auch als Symptomträger dargestellt wird. Um diesen suchtkranken Menschen entsteht ein Kreis von Menschen, die unter der Sucht leiden und gerne helfen möchten. Bezieht man die Perspektive der Systemtheorie ein, kann man sagen, dass bei einer Suchtdiagnose immer auch abhängige Beziehungen im Hintergrund wirken. Man kann also sagen, dass eine Abhängigkeit nicht nur zwischen einem Suchtkranken und dessen Suchtmittel besteht, sondern auch zwischen der abhängigen Person und deren Angehörigenkreis. Leider wird aber oftmals vergessen, dass nicht nur der Suchtkranke Hilfe braucht, sondern auch dessen Umfeld. Auch die Angehörigen sollten im Fokus der Unterstützung sein.¹¹

Eine Suchtabhängigkeit stellt ein Bedrängnis dar, welches nicht gewöhnlich ist. Es handelt sich um eine eigenständige Untergruppe, in der eigene Regeln gelten. Aus diesem Grund ist es auch so schwierig mit abhängigen Menschen zusammenzuleben und eine intakte Beziehung zu führen.¹² Alkoholiker sind nicht belastbare, gehemmte, eher ängstliche und unsichere Menschen mit einem negativen Selbstbild. Sie stellen fest, dass einige Leute aus ihrem Umfeld nicht in dem Masse Empfindungen haben wie sie selber. Dies kann zu Leidensdruck führen. Durch vermehrten Alkoholkonsum werden Hemmungen abgebaut und Ängste unterdrückt. All die negativen Emotionen verschwinden plötzlich. Die Person redet sich ein, dass der Alkohol eine beruhigende Wirkung erzielt. Dieses Denk- und Verhaltensmuster lässt erkennen, dass zu Beginn einer Alkoholabhängigkeit der Betroffene immer trinkt, wenn Probleme auftreten, obwohl ihm diese anfangs noch nicht wirklich bewusst sind.¹³

Wir haben verschiedene Definitionen hinzugezogen, um herauszufinden, ob es markante Unterschiede in den Begriffserklärungen gibt oder nicht.

¹¹ Vgl. Flassbeck. 2011, S.16-17

¹² Vgl. Flassbeck. 2011, S.119

¹³ Vgl. Klein. 1990, S.57

Definition Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 (International Classification of Diseases):

Beim Klassifikationssystem ICD-10 spricht man vom sogenannten Abhängigkeitssyndrom und wird der Kategorie F10-F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) zugeordnet.

Für Menschen mit dem Abhängigkeitssyndrom ist typisch, dass der Konsum der Substanz an erster Stelle steht. Verhaltensmuster die früher als wichtig eingestuft wurden, stehen nun hinter dem Konsum. **Ein weiteres charakteristisches Indiz für ein Abhängigkeitssyndrom ist der enorm grosse Drang die betreffende Substanz zu konsumieren.**¹⁴

Das Abhängigkeitssyndrom bezieht sich auf eine einzelne oder eine Gruppe von Substanzen.¹⁵

Die Diagnose Abhängigkeit sollte aber erst gestellt werden, wenn drei oder mehr Kriterien während des letzten Jahres gleichzeitig aufgetreten sind.

1. Übermässig starker Wunsch die betreffende Substanz zu konsumieren
2. Kontrollverlust über die Menge des Konsums. Versuche zum Abbruch des Konsums scheitern
3. Bei Reduktion oder Beendigung des Konsums der Substanz treten körperliche Entzugssymptome auf
4. Toleranzentwicklung (Der Betroffene muss mehr Menge der Substanz konsumieren, um eine Wirkung zu erzielen.)
5. Frühere Interessen werden kontinuierlich vernachlässigt oder aufgegeben. Im Gegenzug nimmt der Zeitaufwand für die Beschaffung der Substanz zu
6. Obwohl schädliche Konsequenzen (z.B: Leberschädigung, depressive Stimmungen) offensichtlich und nachweisbar sind, konsumiert der Betroffene weiterhin¹⁶

Definition Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders):

Im DSM-IV spricht man von einer Substanzabhängigkeit. Mindestens drei Kriterien müssen erfüllt werden:

1. Toleranzentwicklung und ständige Erhöhung der Dosis
2. In Phasen, in denen kein Konsum stattfindet, kommt es zu Entzugssymptomen
3. Es kommt zu vermehrtem Konsum, obwohl dies nicht beabsichtigt ist
4. Der Wunsch ist da, den Konsum zu reduzieren oder gar aufzuhören
5. Grosse zeitliche Beschäftigung mit dem Stoff
6. Soziale, psychische und körperliche Probleme entstehen, dennoch wird weiter konsumiert¹⁷

¹⁴ Vgl. Dilling., Mombour., Schmidt. 2010, S.99

¹⁵ Vgl. Dilling., Mombour., Schmidt. 2010, S.100

¹⁶ Vgl. Dilling., Mombour., Schmidt. 2010, S.99

¹⁷ Vgl. Sting, Blum. 2003, S.28

Definition Alkoholabhängigkeit nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO):

Eine Person ist alkoholabhängig, wenn mindestens drei der sechs Kriterien erfüllt werden:

1. Grosses Verlangen Alkohol zu konsumieren
2. Kontrollverlust bezüglich dem eigenen Alkoholkonsum
3. Folgeschäden sind bereits erkennbar, dennoch wird weiterhin Alkohol getrunken
4. Der Konsum hat vor jeglichen Aufgaben und Pflichten oberste Priorität
5. Eine Toleranzentwicklung hat stattgefunden
6. Körperliche Entzugssymptome machen sich bemerkbar¹⁸

Die verschiedenen Definitionen sind inhaltlich alle sehr ähnlich, dennoch gibt es folgende kleine Unterschiede:

- Nicht alle reden vom Begriff Alkoholabhängigkeit
- Der DSM-IV listet das Kriterium auf, nach dem eigentlichen Wunsch der abhängigen Person mit dem Konsum aufzuhören, welches von keiner anderen Klassifikationssysteme erwähnt wird

Die Begriffe „Alkoholiker“ und „Alkoholkranker“ werden gleichgesetzt, weil es bei beiden Wörtern um einen Menschen geht, der an Alkoholismus leidet.

Feuerlein et al. beschreiben, dass Betroffene es bevorzugen, als alkoholkrank bezeichnet zu werden, weil das voraussetzt, dass man als kranke Person Hilfe und Therapie braucht.

Entscheidend ist folgendes Zitat: **„Durch einen langzeitigen Alkoholkonsum kann auch die Persönlichkeit des Kranken verändert werden.“**¹⁹

Diese Tatsache muss für einen Partner sehr schwierig sein, da die Person in die man sich verliebt hat, nicht mehr dieselbe ist. Nun bleibt die Frage, wie mit diesem Umstand umgegangen wird. Wird diese neue Persönlichkeit akzeptiert oder zieht man Konsequenzen und findet sich nicht damit ab.

2.1.1 Psychische Abhängigkeit

Zu Beginn der Krankheit ist ein kleines Verlangen nach Alkohol vorhanden, um sich abzulenken, was sich aber immer weiter zu einem starken Gefühl und Gedanken entwickelt, ohne diese Substanz nicht mehr funktionieren zu können. Dies ist ein schleichender, jahrelanger Prozess. Der Griff zur Flasche geschieht in immer kürzeren Abständen, bis es zu einem Kontrollverlust kommt. Durch den regelmässigen Alkoholkonsum wird der Betroffene resistent und braucht daher grössere Mengen Alkohol, um den gewünschten Effekt zu erzielen.²⁰

Alle Suchtmittel haben die Gemeinsamkeit, dass eine psychische Abhängigkeit stattfinden kann.²¹

Alkoholmissbrauch folgt einem Substanzkonsummuster, welches vom eigentlichen, ursprünglichen Zweck und Gebrauch abweicht.²² Nicht alle Fachleute sind der Meinung,

¹⁸ Diese Kriterien sind auf folgender Internetseite nachzulesen: www.sucht-info.ch

¹⁹ Feuerlein, Dittmar, Soyka. 1999, S.56

²⁰ Vgl. Feuerlein, Dittmar, Soyka. 1999, S.19-21

²¹ Diese Information ist auf folgender Internetseite nachzulesen: www.sucht-info.ch

²² Vgl. Bischof. 2004, S.16

dass es eine zusätzliche psychische Abhängigkeit gibt. „Die Bezeichnung *Psychische Abhängigkeit* ist ein überholter Begriff, da heute wichtige neurobiologische Korrelate²³ des abhängigen Verhaltens im Organ Gehirn nachweisbar sind.“²⁴

Unter dem Begriff verstand man früher das Denken an Alkohol und dessen zwanghaften Konsum. Die Rückfallquote ist beim Alkoholismus sehr hoch. Obwohl die Betroffenen Einsicht zeigen und abstinent leben wollen, ist die Sucht dennoch stärker und sie werden immer wieder rückfällig. Die Betroffenen können keine Gründe nennen, warum sie wieder rückfällig wurden.²⁵ **Alkoholismus wird darum auch als Rückfallkrankheit bezeichnet.** Rückfälle gehören zum Krankheitsbild dazu. Dies sollte der betroffenen Person und dem Umfeld klar sein, damit die Enttäuschungen nicht zu gross sind.

Aus diesem Grund darf eine abhängige Person nicht mit ihren Problemen allein gelassen werden. Eine Nachbetreuung muss stattfinden, damit der Suchtkranke alte Verhaltensmuster aufgibt und neue, sinnvollere und konstruktivere Gewohnheiten in sein Leben mitaufnimmt. Zusätzlich muss der Abhängige mit professioneller Hilfe herausfinden, warum er in die Abhängigkeit gerutscht ist. Durch diese Nachbetreuung wird die Gefahr eines Rückfalls verringert.²⁶

2.1.2 Körperliche Abhängigkeit

Die körperliche Abhängigkeit zeigt sich, wenn der Betroffene sein Trinkverhalten ganz aufgibt oder reduziert und infolgedessen körperliche Entzugssymptome aufweist.²⁷ Körperliche Abhängigkeit zeigt sich auch dadurch, dass es zu einer Toleranzentwicklung und alkoholsignifikanten Merkmalen kommt. Toleranzentwicklung bedeutet, dass man immer grössere Mengen an Alkohol konsumieren muss, damit der gewohnte Effekt eintritt. Bei folgenden alkoholsignifikanten Anzeichen liegt ein Verdacht von Alkoholabhängigkeit vor: Tremor, Gedächtnislücken, Schlafstörungen, chronische Unruhe, heimliches Trinken, es wird Alkohol konsumiert, damit eine entspanntere Haltung eingenommen werden kann. Je mehr Punkte zutreffen, umso grösser ist der Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit.²⁸ Diese Kennzeichen treten erst nach langjährigem, intensivem Alkoholkonsum auf. Anders sieht es bei jüngeren Menschen aus. Bei Jugendlichen wird der Abhängigkeitsprozess eher noch beschleunigt.²⁹

Der körperliche Entzug dauert im Gegensatz zur psychischen Abhängigkeit durchschnittlich einige Tage, wobei zu erwähnen ist, dass Ärzte während des Entzugs immer anwesend sein sollten. Von waghalsigen Experimenten ist abzuraten, da dieser Entzug sehr schmerzvoll und unter Umständen auch lebensgefährlich sein kann.³⁰

²³ Korrelate sind bestimmte Aktivitäten und Strukturen des Hirns, welche an das Bewusstsein gekoppelt sind.

²⁴ Batra, Buchkremer. 2007, S.16

²⁵ Vgl. Batra, Buchkremer. 2007, S.16

²⁶ Dieser Beitrag stammt von folgender Internetseite: www.sucht-info.ch

²⁷ Diese Informationen stammt von folgender Internetseite: www.sucht-info.ch

²⁸ Vgl. Feuerlein, Dittmar, Soyka. 1999, S.15

²⁹ Vgl. Batra, Buchkremer. 2007, S.16-17

³⁰ Diese Angabe beziehen wir von folgender Internetseite: www.sucht-info.ch

2.1.3 Risikofaktoren für die Entwicklung einer Suchtmittelabhängigkeit

Es gibt keine eindeutige psychologische Erklärung oder Ursache, welche klar belegt, warum ein Mensch abhängig wird. Vielmehr werden verschiedene Begründungen zusammengenommen. Dadurch entsteht ein multifaktorielles Bild.

Im folgenden Modell werden verschiedene Faktoren aufgezeigt, welche die Entwicklung einer Abhängigkeit begünstigen (siehe Abb. 1).

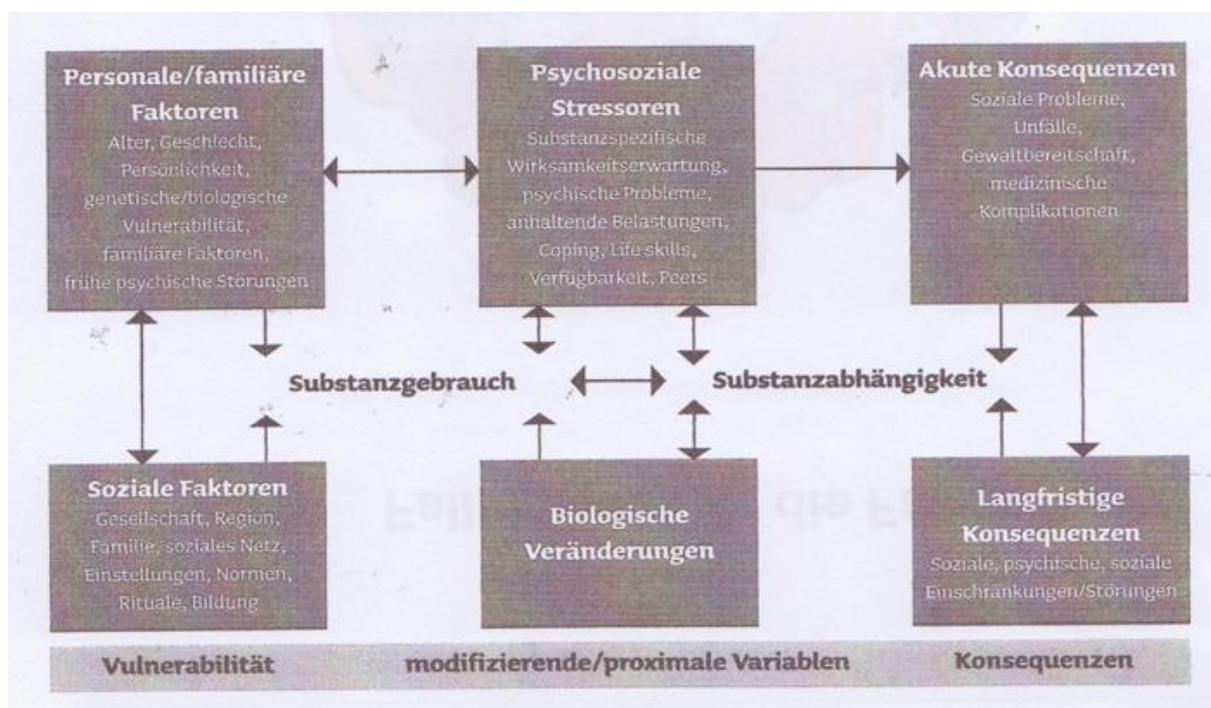


Abb. 1: „Modell zur Entstehung von substanzbezogenen Störungen.“ (Thomasius., Bröning. 2012, S.11)

In diesem Modell ist ersichtlich, dass zwischen Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren unterschieden wird. **Vulnerabilitätsfaktoren** sind diejenigen Faktoren, die zu einer Abhängigkeit führen könnten. Bei diesen Faktoren sind die Chancen höher, dass sich eine Sucht entwickeln könnte. Das Modell zeigt auf, welche Bedingungen einen besonderen Einfluss auf die Entwicklung einer Suchtabhängigkeit haben und wie diese einzelnen Faktoren einander gegenseitig beeinflussen.

Bei den **Risikofaktoren** geht es um die Lebenssituation, in der sich die jeweilige Person befindet. Diese sind jeweils weniger starr als die Vulnerabilitätsfaktoren. Wenn beispielsweise ein Mann momentan in der Arbeit grossen Stress hat und deswegen mehr Alkohol konsumiert, ist dieser Einflussfaktor nicht starr, da der Stress auch wieder nachlassen kann. Aus diesem Grund wird in der Prävention und Intervention vielfach auf die verschiedenen Risikofaktoren spezifisch eingegangen.

Man kann also sagen, dass ein Missbrauch von Substanzen stattfindet, wenn eine gewisse Vulnerabilität vorhanden ist und Risikofaktoren zusätzlich einwirken. Positiv formuliert heisst dies, dass es Schutzfaktoren, wie die eigene Persönlichkeit und Familie und Ressourcen gibt, welche die Chance eines einzelnen Menschen verringern, in eine Abhängigkeit zu gelangen.³¹

³¹ Vgl. Thomasius, Bröning. 2012, S.11-12

Feuerlein beschreibt die Risikofaktoren folgendermassen:

- Soziales Umfeld: z.B. Viel Stress innerhalb der Familie, Freunde, Arbeit und wenig adäquate Lösungsstrategien
- Persönlichkeit: z.B. Wenig Selbstwert, Kritik- und Konfliktunfähigkeit
- Suchtmittel: z.B. Um welche Droge handelt es sich? Wie leicht ist diese erhältlich?
- Gesellschaft: z.B. Leistungsdruck, Pessimismus³²

In der folgenden Tabelle wird nochmals detaillierter darauf eingegangen, welche Faktoren eine Rolle spielen, damit sich eine Sucht entwickeln kann (siehe Abb. 2).

Merkmalsbereiche	Risikofaktoren
Personale Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> - Geschlecht männlich - relativ jünger bei Beginn des Substanzkonsums - höhere Ausprägung von Depressivität
Familiäre Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> - hohes Stresserleben - mehr Probleme mit der Mutter - Vater gleichgültig gegenüber der Entwicklung des Kindes
Psychosoziale Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> - schulische, Ausbildungs- oder Berufsprobleme des Jugendlichen - schlechtere Einkommenssituation des Vaters - früh-adoleszente Dissozialität
Proximal modifizierende Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> - viele substanzmissbrauchende Peers - Baseline-Substanzkonsum (Zahl konsumierter Substanzen) - bereits mehrere Vorbehandlungen - eher kurze Behandlungsdauer - Behandlungsabbruch

Abb. 2: „Risikofaktoren für den Beginn und negativen Verlauf von Substanzkonsum und Substanzmissbrauch.“ (Thomasius., Bröning. 2012, S.12)

Die Familie hat auch einen Einfluss auf den Substanzkonsum des einzelnen. Wenn beispielsweise bei den Eltern oder Geschwistern soziale Normen keinen hohen Stellenwert haben, ist dies bereits ein Risikofaktor. Ebenso ein inkonsequenter und Laisser-faire Erziehungsstil. Im Gegenzug wirkt ein bevormundender Erziehungsstil genauso kontraproduktiv.

Zusammenfassend kann man sagen, dass folgende Bedingungen innerhalb einer Familie als Risikofaktoren gelten:

- **Genetik**
In der Familie gibt es Fälle von psychopathologischen Vorfällen
- **Kontakt mit Gewalt- und Missbrauchsvorfällen**
Seien dies persönlich erlebte Erfahrungen oder Beobachtungen
- **In mehreren Generationen der Familie gab es gestörte interne Familieninteraktionen**

³² Vgl. Feuerlein. 1999, S.45

Die Beziehung der Eltern ist durch dissoziale Verhaltens- und Handlungsweise geprägt. Das Kind erhält von seinen Eltern wenig Geborgenheit und in der Familie wird nicht offen miteinander kommuniziert. Die Erziehungsmethodik ist entweder im Laisser-faire oder autoritären Stil

- **Die Familie ist gegenüber ihrer Umwelt abgeschottet und abgeschieden** Die Familie lebt in armen Verhältnissen oder ein Mitglied der Familie ist überfordert, krank oder leidet unter Stress.
- **In der Familie kam es zu einer Scheidung oder einem Todesfall**
- **Die Kinder fühlen sich ihren Altersgenossen zugehöriger als ihrer Familie**

Treffen mehrere Risikofaktoren zu, wird die Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeit erhöht. Es ist ersichtlich, dass interne familiäre Interaktionen entscheidende Einflussfaktoren sind. Wichtig ist, dass Kinder Geborgenheit, Aufmerksamkeit, Sicherheit und altersadäquate Förderung von ihrer Familie erfahren. Auch wenn eine Familie all diese Punkte erfüllt, gibt es keine Garantie für die Entwicklung einer Suchtmittelabhängigkeit. Jedoch wird das Risiko gesenkt.³³

2.1.4 Ursachen für eine Alkoholabhängigkeit

Nahezu alle Angehörige beschäftigen sich mit der Frage, warum eine Sucht entstehen konnte. Im folgenden Kapitel versuchen wir der Ursache auf den Grund zu gehen. Jedoch muss festgehalten werden, dass eine Suchtabhängigkeit ein äusserst komplexes Gebilde ist, welches nicht aus einem singulären Grund entstanden ist. Viele Faktoren spielen eine Rolle und dennoch muss es nicht zwingend zu einer Sucht kommen. Trotzdem haben wir versucht, uns auf drei Faktoren zu konzentrieren, welche sich gegenseitig beeinflussen, damit es zu einer Alkoholabhängigkeit kommen kann:

1. Die Substanz und Wirkung des Alkohols:

Wer Alkohol in kleinen Mengen konsumiert, ist redseliger, wirkt entspannter und hemmungsloser, was zu einer Stimmungsaufhellung führen kann.

2. Körperliche und psychische Einflussfaktoren:

Erbfaktoren, Toleranzentwicklung und Lernen am Modell: Kinder haben keine adäquaten Konfliktmanagementstrategien kennengelernt und reagieren gleich wie beispielsweise der alkoholranke Vater, der bei Frust Alkohol konsumiert, um wieder ruhiger zu werden.

3. Umfeld:

Die Angehörigen, der Beruf und der Umgang bzw. die Einstellung der Kultur/Gesellschaft gegenüber Alkohol spielt eine wichtige Rolle. Jeglicher Konflikt, egal in welchem Lebensbereich, kann ein Auslöser für einen regelmässigen Alkoholkonsum werden. Wegen dieser Regelmässigkeit kann es zu weiteren Problemen in der Partnerschaft kommen, welche wiederum dazu führen können, dass der Betroffene noch mehr Alkohol trinkt. Dadurch entsteht ein Teufelskreis.

Welcher der drei Bedingungen den grössten Einfluss hat, hängt vom Individuum ab. Wichtig ist hierbei zu erwähnen, dass Alkohol nicht die alleinige Ursache einer Alkoholabhängigkeit

³³ Vgl. Thomasius, Bröning. 2012, S.12

ist. Massgebend sind ebenfalls die Lebensgestaltung, Lösungsstrategien in schwierigen Lebenssituationen, der individuelle Umgang mit Suchtmitteln und die psychische Verfassung eines Menschen.³⁴

Nicht für alle Betroffenen sind die Ursachen für die Entwicklung einer Abhängigkeit so klar erklärbar. Psychologische, soziologische oder genetische Theorien bleiben Erklärungsversuche. Aus diesem Grund kommt das bio-psycho-soziale Modell am nächsten an die Gründe für eine Entstehung und Aufrechterhaltung von einer Alkoholabhängigkeit heran.³⁵

Die Ursache zu finden, warum ein Mensch in eine Alkoholabhängigkeit gerät, ist schlichtweg unmöglich. Viele verschiedene Faktoren beeinflussen einen Menschen. Aus diesem Grund wurde der bio-psycho-soziale Ansatz entwickelt. Jedoch ist noch unklar, ob jede Komponente den gleichen Stellenwert hat oder ob eine Komponente einen Menschen mehr beeinflusst als eine andere.³⁶

2.1.5 Folgen

In diesem Kapitel wollen wir aufzeigen, auf welche Lebensbereiche eine Alkoholabhängigkeit Auswirkungen hat. Auf die Angehörigen wirken mehrere problematische Faktoren zur selben Zeit ein, weshalb ihre Betroffenheit gross ist.

Körperliche Ebene:

Leberzirrhose, Pankreatitis, Hirn- und Herzschiädigung oder Schädigungen der weiblichen/männlichen Geschlechtsorgane. Nahezu jedes Organ kann beeinträchtigt werden.

Psychische Ebene:

Enthemmung, Verminderung der Urteils- und Kritikfähigkeit, Gleichgültigkeit, Antriebslosigkeit, Selbstmordgedanken, Stimmungsschwankungen, Halluzinationen, Unberechenbarkeit.³⁷

Soziale Ebene:

- Familie: Vernachlässigung der familiären Verpflichtungen, Prügelattacken, Beleidigungen, Zerfall der Partnerschaft, Isolierung
- Beruf: Leistungsminderung bis hin zur Arbeitsunfähigkeit, vermehrte Arbeitsunfälle, häufiger Arbeitsplatzwechsel, um keinen Verdacht der Mitarbeiter und des Vorgesetzten zu erwecken, Verlust des Interesses an der Arbeit, Arbeitslosigkeit
- Kriminalität: Körperverletzungen, Beleidigung, Sachbeschädigungen, Diebstahl, Sexualdelikte³⁸

Insbesondere ist zu erwähnen, dass eine Alkoholabhängigkeit nicht nur Konsequenzen für die betroffene Person selbst hat, sondern das ganze Umfeld hineingezogen und beeinflusst wird. Im Kapitel 2.3.3. *Auswirkungen einer Suchtmittelabhängigkeit auf das Familienleben* (Seite 45) möchten wir näher darauf eingehen.

³⁴ Vgl. Feuerlein, Dittmar, Soyka. 1999, S.45-70

³⁵ Vgl. Batra, Buchrkemer. 2007, S.17-18

³⁶ Vgl. Arend. 1999, S.21

³⁷ Vgl. Feuerlein, Dittmar, Soyka. 1999, S.36-43

³⁸ Vgl. Feuerlein, Dittmar, Soyka. 1999, S.51-56

2.1.6 Alkoholreagibilität (Cue-Reactivity)

Bei der Alkoholreagibilität geht es um bestimmte Situationen, Orte, Personen, Erinnerungen oder Stimmungen, die dazu führen, dass ein jahrelang abstinent er ehemaliger alkoholabhängiger Mensch wieder rückfällig wird. Diese Situationen erinnern die Betroffenen an den Alkoholkonsum. Ursache für dieses Phänomen ist die klassische und operante Konditionierung. Gerät ein Betroffener wieder in Versuchung und konsumiert Alkohol, können alte, eigentlich abgewohnte Verhaltensweisen wieder zum Vorschein kommen, welche die Chancen für eine erneute Abhängigkeit erhöhen.³⁹

Feuerlein et al. schreiben in diesem Zusammenhang vom **Suchtgedächtnis**. „Vor allem die neuere tierexperimentelle Forschung legt nahe, dass etwa im limbischen System im Gehirn bestimmte suchtrelevante Gedächtnisinhalte gespeichert werden.“⁴⁰ Das limbische System ist stark verbunden mit den Emotionen, Trieben, Sexualitätsempfindungen, Lust bzw. Unlust und der Nahrungsaufnahme. Der Alkohol kann dieses System beeinflussen und unangenehme Gefühle wie Lustlosigkeit unterdrücken. Das Suchtgedächtnis wird ausserdem als wichtiger Faktor angesehen, dass ehemals Betroffene oft nach jahrelanger Abstinenz noch den Wunsch haben, Alkohol zu trinken. Daher der Name Suchtgedächtnis.⁴¹

Wir können uns vorstellen, dass diese Alkoholreagibilität oder das sogenannte Suchtgedächtnis in einer abhängigen Person enorme Ängste auslösen kann. Obwohl man jahrelang ein alkoholabstinentes Leben führt, besteht ständig die Gefahr, wieder rückfällig zu werden. Für die Angehörigen muss dies ebenfalls belastend sein. Die Angehörigen können einerseits ein adäquates Umfeld schaffen, um die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls zu minimieren, dennoch muss die suchtkranke Person für sich selbst Verantwortung übernehmen und jeden Tag Disziplin und ein enormes Durchhaltevermögen zeigen.

2.1.7 Stationäre Einrichtungen im Wallis

Alle stationären Einrichtungen im Wallis gehören zu der Stiftung *Sucht Wallis*. Der Präsident der Stiftung ist Fernand Nanchen und der Direktor heisst Jean-Daniel Barman.

Via Gampel ist die einzige stationäre Einrichtung im Oberwallis für Menschen mit einer Alkohol-, Medikamenten-, Drogen-, Spiel- oder Onlinesucht und deren Angehörige. Dort arbeiten vor allem Arbeitsagogen und Psychotherapeuten. *Via Gampel* hat es sich zum Ziel gemacht, dass der Klient wieder selbständig leben kann und die Chance auf eine Weiterentwicklung bekommt. Im *Via Gampel* wird zwischen einer Langzeit- oder Kurzzeittherapie unterschieden. Mit den Partnern der Klienten werden immer wieder Standortgespräche durchgeführt.

Eine weitere Institution ist die *Villa Flora* in Siders. Dies ist ebenfalls eine stationäre Entwöhnungsklinik. Sie bietet das 12-Schritte-Konzept der Anonymen Alkoholiker (AA) an. Die Therapiedauer liegt zwischen fünf Wochen und elf Monaten. Die *Villa Flora* bietet für jeden Angehörigen einen wöchentlichen Gruppentherapie an. Dort erhalten die Angehörigen Informationen zur Alkoholabhängigkeit und weitere mögliche Themen werden besprochen, wie die Bedeutung der Co-Abhängigkeit.

Im Unterwallis gibt es noch zwei weitere stationäre Einrichtungen, *Rives du Rhône* in Sitten und das *F.X Bagnoud* in Salvan.⁴²

³⁹ Vgl. Batra, Buchkremer. 2007, S.17

⁴⁰ Feuerlein, Dittmar, Soyka. 1999, S.81

⁴¹ Vgl. Feuerlein, Dittmar, Soyka. 1999, S.81

⁴² Diese Information ist auf folgender Internetseite zu finden: www.lvt.ch

2.2 Co-Abhängigkeit

Der Begriff Co-Abhängigkeit ist in unserer Arbeit ein zentraler Begriff, da wir uns mit den co-abhängigen Partnern/Angehörigen, welche die Beratung beim Sozialarbeiter suchen, näher beschäftigen. Hierbei ist zu erwähnen, dass lange nicht alle Angehörige von suchtkranken Menschen auch co-abhängig sind.

Leidende Menschen suggerieren Mitleid und einen Drang ihren Mitmenschen zu helfen. Süchtige Menschen nutzen dieses Hilfsangebot aber oftmals aus. Dies tun sie aber auf eine ganz manipulative Art und Weise, so dass ihr Umfeld erst nach ein paar Jahren hinter die Manipulationen kommt. Suchtkranke verharmlosen oft ihre Abhängigkeit, was bei ihrem Umfeld Hoffnung auf Besserung auslöst.

Wenn Angehörige nicht nach den Vorstellungen des Süchtigen handeln oder ihnen sogar Hilfe verweigern, versuchen die Abhängigen ihrem Umfeld ein schlechtes Gewissen einzureden. Dies kann so weit gehen, dass die abhängige Person Suizidversuche vortäuscht und dabei versucht, die Schuld auf den Angehörigen zu projizieren. Aus diesem Grund kann man sagen, dass bereits „Mitgefühl“ sich zu einer co-abhängigen Verstrickung entwickeln kann.⁴³

Flassbeck vergleicht die Frage, ob zuerst ein Abhängigkeitssyndrom oder eine Co-Abhängigkeit vorhanden war, mit der Frage, ob zuerst das Huhn oder das Ei da war. Er ist der Meinung, dass beide Rollen eine wechselseitige Wirkung aufeinander haben und auch austauschbar sein können.⁴⁴

2.2.1 Definition

Es ist schwierig eine passende Definition zu Co-Abhängigkeit zu finden, da viele Autoren keine konkrete Begriffsbestimmung machen, sondern einfach empirische Aussagen aneinanderreihen und dabei nicht konkret werden.⁴⁵

Es wurde sich auf Definitionen von Autoren beschränkt, welche am relevantesten für diese Arbeit waren. Anschliessend wurde eine eigene Perspektive geschildert und eine eigene Definition erfasst.

Selbsthilfegruppe Freundeskreis

Die deutsche Selbsthilfegruppe Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe **definiert Co-Abhängigkeit als Krankheit, welche sich durch eine Beziehungsstörung äussert.** In der Vergangenheit der Co-Abhängigen gab es eine prägende frühkindliche Entwicklung, mit sogenannten life events. **Life events** sind Erlebnisse, welche besonders belastend waren oder welche eine grosse Veränderung mit sich brachten.⁴⁶

Auch wird Co-Abhängigkeit als eigenständige Störung bezeichnet, welche sich jedoch erst in der Interaktion und dem Zusammenleben mit dem Suchtkranken äussert. Jedoch ist nicht jeder Angehörige eines suchtkranken Menschen auch automatisch co-abhängig, aber jeder der co-abhängig ist, muss unterstützt werden und benötigt eine Behandlung.

Co-Abhängigkeit ist in diesem Sinne eine Beziehungsstörung. Co-Abhängige Menschen schaffen es nicht mehr, ihr Verhalten zu reflektieren oder überhaupt sich selber wahrzunehmen. Co-Abhängigkeit wird in den USA als Familienkrankheit erklärt, welche jedes Familienmitglied treffen kann.

Ebenfalls erwähnenswert ist, dass nicht nur Partner oder Familienmitglieder der suchtkranken Person co-abhängig sein können, sondern auch Ärzte oder Therapeuten.⁴⁷

⁴³ Vgl. Flassbeck. 2011, S.36-37

⁴⁴ Vgl. Flassbeck. 2011, S.118

⁴⁵ Vgl. Uhl, Puhm. 2007, S.15

⁴⁶ Die Erklärung ist auf folgender Internetseite zu finden: www.sign-lang.uni-hamburg.de

⁴⁷ Diese Informationen sind auf folgender Homepage nachzulesen: www.freundeskreise-sucht.de

Jens Flassbeck

Flassbeck benennt Co-Abhängigkeit als autonome psychosoziale Problemstellung, da es oftmals durch das Zusammenleben mit einem suchtkranken Menschen zu einer psychischen Störung kommen kann, welches Co-Abhängigkeitssyndrom genannt wird. Dieses Syndrom ist eine Suchtform, welche sich durch das Verhalten entwickelt hat.⁴⁸ Aus diesem Grund gehört das Co-Abhängigkeitssyndrom zu den verhaltensbezogenen Abhängigkeitsstörungen.⁴⁹ Es kommt zu co-abhängig verstrickten Erlebens- und Verhaltensmustern, welche sich zu Risikofaktoren entwickeln, aus welchen sich eine psychische Störung entwickeln kann.⁵⁰ Die Merkmale dieser psychischen Störung sind der stark ausgeprägte und stets präsente Wunsch, der suchtkranken Person zu helfen. Gleichzeitig sind grosse Schuldgefühle vorhanden. In vielen Fällen kommt zu der co-abhängigen Störung noch weitere psychische Störungen hinzu, wie beispielsweise Depression, Angststörung, eigene Suchtproblematik.⁵¹ Durch dieses Co-Abhängigkeitssyndrom haben die Angehörigen das Recht auf eigene Hilfe und Beratung.⁵²

Flassbeck verwendet ausserdem Begriffe wie co-abhängige Verstrickung⁵³ und co-abhängiges Risiko.

Eine co-abhängige Verstrickung setzt voraus, dass der Abhängige mit jemandem eine enge Beziehung führt und diese Person sich zum Ziel gesetzt hat (bewusst oder auch unbewusst), dem Süchtigen zu helfen, damit dieser wieder abstinent lebt. Die Merkmale einer co-abhängigen Verstrickung sind die folgenden:

- Man zeigt eine sehr starke soziale Einstellung und zeigt Charaktereigenschaften wie freundliches Wesen, Gutmütig- und Nachgiebigkeit. All diese Eigenschaften werden von der süchtigen Person zu seinem Vorteil ausgenutzt
- Es kommen Schamgefühle hoch, was zu Hoffnungslosigkeit und Aggressionen führt
- Die Familie hat ein enorm grosses Zusammengehörigkeitsgefühl
- Man zeigt sich nur mit dem Abhängigen solidarisch. Die Familienangehörigen werden noch für die Sucht verantwortlich gemacht

Die co-abhängige Verstrickung wird auf eine Stufe mit dem problematischen Umgang mit Suchtmitteln gesetzt. Das co-abhängige Risiko vergleicht Flassbeck mit dem riskanten Umgang mit Suchtmitteln. Konkret heisst das, dass die schwierige Situation für die Angehörigen und das daraus resultierende Leiden co-abhängig verstricktes Verhalten bedeutet. Es ist eine normale Reaktion auf ein abnormales Ereignis. Wenn die Angehörigen aber anfangen ihre Situation schön zu reden oder anfangen zu verdrängen und zu bagatellisieren, dann liegt eine Störungsentwicklung vor. Wenn sie nichts aus ihren Fehlern lernen und weiterhin dasselbe Verhalten, dieselbe Haltung einnehmen, kann sich eine co-abhängige Verstrickung zu einem Co-Abhängigkeitssyndrom entwickeln.⁵⁴

Co-Abhängigkeit ist also ein individuelles, aber auch soziales Problem. Es geht darum, dass sich co-abhängige Menschen mit ihren Emotionen, Gedanken und ihrem Verhalten ständig mit der Suchtmittelabhängigkeit ihres Angehörigen auseinandersetzen. Der Wunsch, den Konsum der abhängigen Person zu kontrollieren und ihn aus seiner Sucht zu befreien, ist allgegenwärtig. Nebenbei ist eine Co-Abhängigkeit gekoppelt mit Gefühlen wie Scham und

⁴⁸ Vgl. Flassbeck. 2011, S.19-20

⁴⁹ Vgl. Flassbeck. 2011, S.49

⁵⁰ Vgl. Flassbeck. 2011, S.19-20

⁵¹ Vgl. Flassbeck. 2011, S.29-30

⁵² Vgl. Flassbeck. 2011, S.19-20

⁵³ Diesen Begriff verwendet Flassbeck in Anlehnung an die amerikanische Therapeutin Melody. 2002.

⁵⁴ Vgl. Flassbeck. 2011, S.45-46

Schuld. Die Angehörigen reden sich ein, dass sie für die Sucht verantwortlich sind. Sie nehmen die ganze Belastung auf sich. Die Schamgefühle führen dazu, dass nach aussen hin ein intaktes Familien- oder Partnerschaftsbild vermittelt wird und so die bestehenden Probleme und die Sucht kaschiert und verdrängt werden. Hilfe zu holen ist für sie schier unmöglich.⁵⁵

Die Angehörigen äussern ihr Leiden nicht explizit. Sie verheimlichen ihre Erschöpfung und äussern daher auch nicht den Wunsch, dass sie Hilfe bräuchten. Im Gegenteil, sie sind darauf erpicht, dass alle das Gefühl haben, dass sie eine perfekte Familie/Partnerschaft führen. **Es wird versucht, das Bild einer heilen Welt zu vermitteln.** Dieses Verhalten gehört zu einer Abhängigkeit dazu. Die eigene Betroffenheit wird heruntergespielt und die Einsicht, Hilfe entgegenzunehmen, wird verdrängt.⁵⁶

Co-abhängiges Verhalten können auch Institutionen oder die Gesellschaft zeigen, indem sie sich nicht um die Angehörigen kümmern und der Meinung sind, dass diese überhaupt kein Anrecht auf Hilfe haben. Ihre Probleme werden nicht anerkannt und ernst genommen. Dadurch, dass der Fokus nur auf die Suchtkranken selbst gerichtet wird, werden die Angehörigen gemieden. Dies ist eine Form von institutioneller Co-Abhängigkeit.⁵⁷

Co-abhängig können also Menschen, Gruppen oder eine ganze Institution sein. Wenn eine Person betroffen ist, sollte diese in eine Beratung oder Psychotherapie gehen.

Rainer Thomasius

Co-Abhängigkeit kann auch als eine Form von psychischer und emotionaler Abhängigkeit gesehen werden.⁵⁸

Jörg Fengler

Fengler geht noch weiter und unterscheidet zwischen fünf verschiedenen Co-Abhängigkeiten:

- 1. Gesellschaftliche Co-Abhängigkeit:** Hier geht es um den Einfluss, den beispielsweise die Industrie mit ihren ganzen Werbungen für Alkohol auf den Einzelnen hat oder um den Umgang der Politik mit Alkohol (Haltung, Gesetz...).
- 2. Co-Abhängigkeit im Arbeitsleben / institutionelle Co-Abhängigkeit:** Auf die institutionelle Co-Abhängigkeit gehen wir im Punkt 2.2.7 *Die drei verschiedenen Ebenen einer Co-Abhängigkeit* (Seite 36) näher ein.
- 3. Co-Abhängigkeit im Freundeskreis**
- 4. Co-Abhängigkeit in der Familie:** Dieses Thema möchten wir unserer Bachelor Arbeit aufgreifen, speziell die Partnerschaft soll in unserem Fokus sein.
- 5. Co-Abhängigkeit in Behandlung:** Auch Ärzte können unprofessionell handeln und die Sucht ihres Patienten unbewusst begünstigen, indem sie zum Beispiel falsche Medikamente verschreiben oder sich falsch zu diesem Thema äussern.⁵⁹ Flassbeck macht hierbei unserer Meinung nach einen passenden Vergleich mit dem Beruf des Dachdeckers. Dieser ist während seiner Arbeit andauernd dem Risiko ausgesetzt, vom Dach herunter zu fallen. Im Laufe der Jahre musste er sich die Fähigkeit aneignen, seine Angst zu überwinden und Strategien zu entwickeln, um mit seinem Berufsrisiko zu leben. Genau so müssen sich Fachpersonen in der Suchthilfe dagegen wappnen, dass sich keine co-abhängigen Strukturen einschleichen, da die Gefahr enorm gross ist.⁶⁰

⁵⁵ Vgl. Flassbeck. 2011, S.22

⁵⁶ Vgl. Flassbeck. 2011, S.21

⁵⁷ Vgl. Flassbeck. 2011, S.20

⁵⁸ Vgl. Thomasius, Küstner. 2005, S.62

⁵⁹ Vgl. Uhl, Puhm. 2007, S.15 In: Fengler. 2000

⁶⁰ Vgl. Flassbeck. 2011, S.134-135

Timmen Cermak⁶¹

Er geht noch einen Schritt weiter. Er bezeichnet sich selber als co-abhängig, da sein Vater alkoholabhängig war. Seiner Meinung nach haben Co-Abhängige spezifische Persönlichkeitsstörungen und er engagiert sich, dass Co-Abhängigkeit als Kategorie in den DSM-IV und den ICD-10 aufgenommen wird.⁶² Er versteht **Co-Abhängigkeit als Persönlichkeitsstörung**, weil die co-abhängigen Partner krankhaft abhängig von der suchtkranken Person seien. Durch diese Abhängigkeit würden sie sich selber schädigen und abwerten. Das Verlangen nach Anerkennung und Bestätigung entwickelt sich zu einem Zwang, da diese Menschen nur durch diese Achtung, Sicherheit und Selbstbewusstsein entwickeln können. Hierbei ist jedoch anzufügen, dass die Forschung bis heute diese Aussagen zu wenig bestätigen konnte.⁶³ Cermaks Versuch, dass Co-Abhängigkeit in den DSM-IV aufgenommen werden soll, blieb erfolglos. Dies hat zwei Erklärungen: Einerseits gab es zu wenig repräsentative Ergebnisse und andererseits ist es nicht gelungen Co-Abhängigkeit als eigenständige Kategorie aufzubauen, weil die meisten Merkmale anderer Persönlichkeitsstörungen zu ähnlich waren. Zudem konnten viele Untersuchungen zeigen, dass bei der Angehörigengruppe eine grosse Heterogenität vorhanden ist.⁶⁴

Alfred Uhl und Alexandra Puhm

Der Begriff Co-Abhängigkeit wird heutzutage oft im Zusammenhang mit den Angehörigen eines Suchtkranken genannt. Es geht um den Einfluss und die Rolle, die die Angehörigen bezüglich des Ursprungs, Erhaltung und Ausweitung der Suchtkrankheit haben.⁶⁵

Michael Klein

Co-Abhängigkeit ist ein neu entstandener Begriff. Dieser wird vor allem im Bereich der Drogenabhängigkeit gebraucht. Er beschreibt das Verhalten von Partnern, Eltern, Geschwistern, Ärzten, Therapeuten, Arbeitskollegen oder Vorgesetzten eines alkoholabhängigen Menschen.⁶⁶

Dittmar Feuerlein et al.

Unter Co-Abhängigkeit sind Haltungen und Verhaltensmuster gemeint, die dazu führen, dass die suchtkranke Person in ihrer Abhängigkeit verharrt.⁶⁷ Es geht auch um persönliche Einstellungen und Gefühle die man gegenüber dem Suchtkranken empfindet, welche durch ausführen oder unterlassen dazu führen könnten, dass der Abhängige weiterhin konsumiert.⁶⁸

Die Angehörigen haben das Bedürfnis zu helfen, tun dies aber auf eine falsche und kontraproduktive Art und Weise. Sie übernehmen Verantwortung, entschuldigen und rechtfertigen das Verhalten des Betroffenen, führen häufig Kontrollen durch und nehmen so eine Beschützerrolle ein.⁶⁹ Diese Verhaltensmuster werden auch Trigger genannt, da es sich um Verhalten handelt, welches die Sucht noch unterstützt.⁷⁰

Durch diese Rolle erfahren die Süchtigen keine negativen Konsequenzen von ihrem Konsum und fühlen sich nur bestätigt. Dadurch ist keine Einsicht da, ihr Verhalten ändern zu müssen.

⁶¹ Timmen Cermak ist ein bekannter Psychiater in den USA. Er ist führender Experte auf dem Gebiet der Co-Abhängigkeit und ähnlichen Gebieten. Cermak arbeitet in San Francisco im Genesis Psychotherapy Center.

⁶² Vgl. Rennert. 2012, S.169

⁶³ Vgl. Klein. 2001, S.5-6

⁶⁴ Vgl. Klein. 2001, S.7 In: Cermak, 1991

⁶⁵ Vgl. Uhl, Puhm. 2007, S.13

⁶⁶ Vgl. Klein. 2001, S.9

⁶⁷ Vgl. Feuerlein, Soyka, Dittmar. 1999, S.129

⁶⁸ Vgl. Schneider. 2011, S.2

⁶⁹ Vgl. Feuerlein, Dittmar, Soyka. 1999, S.129

⁷⁰ Vgl. Klein. 2002, S.6

Durch diesen Einsatz des Umfeldes halten sie unbewusst die Sucht aufrecht. Zudem fühlen sich die Angehörigen entkräftet und entwickeln das Gefühl, dass sich ihr ganzes Leben und alle Gedanken nur noch um die Alkoholabhängigkeit drehen.

„Mit dem Begriff „Co-Abhängige“ sind also jene Menschen im näheren und weiteren Umfeld des Alkoholkranken gemeint, die durch ihre unbewusst falschen Verhaltensweisen eher dazu beitragen, dass der Abhängige in seiner Krankheit verbleibt, als dass er diese besiegt.“⁷¹.

Ein Co-Abhängiger übernimmt Verantwortung für den Suchtkranken und entschuldigt stets sein Verhalten. Er kontrolliert den Abhängigen in verschiedenen Situationen, wie beispielsweise beim Einkaufen. Es wird versucht Belastungen, die entstehen könnten, vom Alkoholabhängigen fernzuhalten. Der Partner sucht die Verstecke, wo der Alkoholkranke seinen Alkohol versteckt hält. Vor allem aber versucht der Co-Abhängige den Alkoholabhängigen vor der Gesellschaft fernzuhalten. Als Folge davon kann die suchtkranke Person sich selbst Schaden zufügen. Er ist dadurch in seinem Wohlbefinden eingeschränkt. Je mehr Probleme der Alkoholabhängige hat, desto mehr kümmert sich der Co-Abhängige um ihn. Der Partner verspürt einen inneren Druck, dem Alkoholabhängigen stets Hilfestellungen geben zu müssen. Der Co-Abhängige achtet auf sein Verhalten, damit er soziale Anerkennung erhält. Er versucht, so seine Minderwertigkeitsgefühle zu kompensieren. Der Co-Abhängige übernimmt die volle Verantwortung über die Finanzen und andere Lebensbereiche des Suchtkranken. Durch diese Rolle erfahren die Süchtigen keine negativen Konsequenzen, die sich durch ihren Konsum ergeben. Dadurch fühlen sie sich bestätigt in ihrem Verhalten und die Einsicht einer Veränderung bleibt aus.⁷²

Sabine, selbst co- Abhängige, schreibt auf ihrer Homepage:

„Ein Co-Abhängiger ist ein unwissender Verbündeter des Abhängigen und hat eine doppelte Teilhabe an der Krankheit. Er trägt dazu bei, dass die Krankheit eines Alkoholabhängigen sich verfestigt.“⁷³

Wir sind hier anderer Meinung. Wir glauben, dass mehrere Faktoren eine Rolle spielen, dass ein Alkoholiker suchtabhängig bleibt oder wird. Für das Umfeld ist die Lebenssituation schon so schwierig und überfordernd, da müssen sie nicht auch noch als Sündenbock herhalten.

Sucht Info Schweiz

Co-Abhängigkeit entwickelt sich parallel zur Alkoholabhängigkeit. Die Prävalenz von diesem Mechanismus ist in Partnerschaften besonders hoch, insbesondere Frauen zeigen solche Verhaltensmuster.

Co-abhängige Menschen leben quasi nur noch für die Beziehung zum Suchtkranken. Sie übernehmen dabei auch Aufgaben für diese Person, obwohl diese durchaus fähig wäre, diese Aufgaben selber zu erledigen. Die Co-Abhängigen definieren sich über die abhängige Person und fühlen sich ohne diese minderwertig und nutzlos. Durch diese Verhaltens- und Denkmuster entsteht eine Beziehung, welche durch gegenseitiges Klammern geprägt ist. Dadurch wird Abgrenzung unmöglich. Die co-abhängige Person weiss immer, wie es dem anderen geht, aber wenn es um die eigene Befindlichkeit geht, kann diese nicht mehr oder nur verzerrt wahrgenommen werden. Auch wenn sie schon seit längerer Zeit an ihre Grenzen stossen, gestehen sie sich dies nicht ein. Eigene Bedürfnisse werden abgewertet und nicht zugelassen. Nach aussen hin wird immer noch der Schein der intakten

⁷¹ Vgl. Feuerlein, Soyka, Dittmar. 1999, S.129

⁷² Vgl. Feuerlein, Soyka, Dittmar. 1999, S.130

⁷³ Dieses Zitat stammt von folgender Internetseite: www.a-pawelzik.de

Partnerschaft/Familie gewahrt. Die Angst, nun endgültig die Kontrolle über alles zu verlieren, ist allgegenwärtig. Eine kritische Selbstreflexion wird immer schwieriger.⁷⁴

Wim Nieuwenboom

Bei der Co-Abhängigkeit sollte nicht von einem kranken Verhalten ausgegangen werden, sondern von einer **vielschichtigen Bewältigungsstrategie**. Dieser Ansatz könnte den Angehörigen als Orientierung dienen.⁷⁵

Oliver Grehl (Interviewpartner unserer Expertenbefragung)

Co-Abhängigkeit ist ein praktischer Begriff, um einen Mechanismus zu etikettieren. Jedoch pathologisiert und stigmatisiert der Begriff Co-Abhängigkeit einen Angehörigen. Beispielsweise wie das typische Symptom, wem der Partner den Pegelstand an der Weinflasche markiert. Dies ist ein Symptom für eine Beziehungsgeschichte und kein Krankheitssymptom. Jedoch ist es für Grehl schwierig den Begriff der Co-Abhängigkeit durch einen neuen zu ersetzen.

Co-Abhängigkeit sind natürliche Verhaltensweisen, weil sich der Angehörige in einer Notsituation befindet.⁷⁶

Marcus Reichard (Interviewpartner unserer Expertenbefragung)

Co-Abhängigkeit kann man als Beziehungsstörung definieren. Diese entsteht meistens durch frühkindliche Erfahrungen. Co-Abhängigkeit bedeutet, dass beide Partner eine gewisse Abhängigkeitsstruktur vom jeweils anderen haben. Reichard würde Co-Abhängigkeit als Beziehungsmuster definieren. Als Interaktionsstil, der sich nicht nur beim Partner mit Suchtproblematik herausbilden kann, sondern auch bei psychischen Krankheiten oder bei Menschen, wo man Verantwortung übernehmen kann oder kontrollieren muss. Den Begriff kann man nicht nur auf die Konstellation Suchtabhängige und Angehörige übertragen. Aber er äussert sich deutlich bei Menschen mit Drogenproblemen.

Reichard würde es von Vorteil finden, wenn Co-Abhängigkeit in den ICD-10 oder DSM-IV aufgenommen werden würde, um zu zeigen, dass es eine Art von Erkrankung, Störung ist.⁷⁷

Eigene Definition

Nach diesen verschiedenen Inputs wollen wir noch unsere eigene Sichtweise zu diesem Thema äussern. Aus diesem Grund haben wir versucht den Begriff Co-Abhängigkeit selber zu definieren.

Bei der Co-Abhängigkeit geht es um Verhaltensweisen, die suchtfördernde Auswirkungen auf den Abhängigen haben. Diese Menschen bilden eine heterogene Gruppe, welche mit aller Kraft dem alkoholabhängigen Menschen helfen wollen. Sie zeigen aber gleichzeitig auch Schamgefühle, da sie sich für die Abhängigkeit des anderen verantwortlich fühlen. Die Angehörigen zeigen Stresssymptome, was eine natürliche Reaktion ist, da eine Abhängigkeit beim Umfeld meist Überforderung auslöst. Das Verhalten wird dann problematisch, wenn dem Suchtkranken jegliche Verantwortung abgenommen wird und dabei die eigenen Bedürfnisse stets im Hintergrund bleiben.

Wir sind der Meinung, dass Menschen mit einem co-abhängigen Verhalten professionelle Hilfe brauchen.

⁷⁴ Diese Infos sind auf dieser Internetseite nachzulesen: www.sucht-info.ch

⁷⁵ Vgl. Nieuwenboom. 2012, S.21

⁷⁶ Vgl. Grehl. 2012, S.153

⁷⁷ Vgl. Reichard. 2012, S.164

2.2.2 Merkmale der Co-Abhängigkeit

Obschon es viele unterschiedliche Definitionen zu Co-Abhängigkeit gibt, gehen die meisten Autoren davon aus, dass das Umfeld immer mehr Probleme hat, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse wahrzunehmen. Das eigene Wohlbefinden ist stark mit dem Zustand des Suchtabhängigen verbunden. Gibt es eine Phase, in der der Abhängige vermehrt konsumiert, wird das Selbstbewusstsein von dessen Angehörigen schwächer, da dieser das Gefühl hat, versagt zu haben, da er vergeblich versuchte, den Konsum des anderen unter Kontrolle zu haben.⁷⁸

Die häufigsten Symptome die Co-Abhängige entwickeln:

- Ständige Sorgen um den Abhängigen
- Niedriges Selbstbewusstsein
- Die eigenen Emotionen werden nicht mehr wahrgenommen oder geleugnet
- Ständige Übernahme von Verantwortung und Kontrolle
- Dauerndes Mitleid gegenüber anderen, mit dem Druck überall und jedem zu helfen
- Keine Kritikfähigkeit
- Selbstzerstörerisches Verhalten
- Die Anerkennung und Akzeptanz von anderen spielt eine enorm wichtige Rolle
- Einsamkeit
- Verdrängung von Tatsachen
- Mit dem Suchtkranken beschränkt sich die Kommunikation nur noch auf Vorwürfe und Aggressionen
- In der Endphase ist der Angehörige geprägt von depressiven Verstimmungen, Verzweiflung und Motivationsproblemen. Dies kann sogar so weit führen, dass der Angehörige selber anfängt, Alkohol, Drogen oder Medikamente zu konsumieren, da seine Niedergeschlagenheit so gross ist⁷⁹

In unserem Experteninterview sagt Oliver Grehl, dass diese Symptome natürliche Verhaltensweisen eines Menschen sind. Die Angehörigen sind zutiefst hilflos und suchen Halt. Ein Halt kann für sie sein, wenn sie heimlich Leergut entsorgen, damit das Umfeld nichts merkt.⁸⁰

In jeder Familie gibt es Mitglieder, vor allem die Partner, die sehr unter der Situation leiden und durch gewisse Verhaltensweisen unbewusst die Abhängigkeit des Süchtigen fördern. Diese wird im Johnson Institute⁸¹ „primary enable“⁸² genannt. Sie werden unbewusst zum Komplizen des Süchtigen. Verschiedene Verhaltensweisen von dieser Person sind:

- **Vermeiden und beschützen:**
Man will die Konsequenzen der Sucht nicht wahrnehmen. Zum Beispiel versteckt man die Alkoholgetränke.

⁷⁸ Vgl. Ruckstuhl. 2012, S.18

⁷⁹ Vgl. Klein. 2002, S.7

⁸⁰ Vgl. Grehl. 2012, S.153

⁸¹ Dass Johnson Institute wurde 1966 von Vernon E. Johnson und zwei Freunden in Minneapolis gegründet. Dass Johnson Institute beschäftigt sich mit Abhängigkeiten, Prävention und Alkohol am Arbeitsplatz.

⁸² Auf Deutsch auch primary: Haupt-, primär, enable: aktivieren freigeben; Hauptfreigabe

- **Versuche den Drogenkonsum des Abhängigen zu kontrollieren:**
Der Partner will die Kontrolle über den Konsum haben. Zum Beispiel kauft ihm die Partnerin Sportutensilien, um ihn abzulenken, oder sie geht nicht mehr arbeiten und bleibt zu Hause oder sie verweigert ihm den Geschlechtsverkehr.
- **Übernahme von Verantwortlichkeit:**
Tätigkeiten in verschiedenen Systemen des Süchtigen werden übernommen. Beispielsweise weckt die Partnerin den Süchtigen für die Arbeit, übernimmt seine Rechnungen und zahlt seine Schulden.
- **Rationalisieren und Akzeptieren:**
Die Partnerin denkt, dass der Alkoholkonsum besser als eine illegale Drogensucht ist. Es werden positive Attribute für das Suchtmittel gesucht.
- **Kooperation und Kollaboration:**
Der Partner hilft dem Süchtigen seinen Alkohol zu kaufen. Zum Beispiel wird dem Süchtigen Geld für seine Alkoholsucht gegeben. Man kauft für ihn Alkohol ein.
- **Retten und sich dem Abhängigen nützlich machen:**
Man beschützt und unterwirft sich dem Süchtigen. Man kontrolliert wie viel Restalkohol noch im Schrank liegt.

Die „enable“ Person ist sich nicht bewusst, dass diese Verhaltensweisen das Suchtverhalten des Partners fördern. Sie denkt, dass der Süchtige sich in einer Notlage befindet und man ihm helfen muss. Zu Beginn nimmt man an, dass der Angehörige dem Süchtigen helfen will. Je länger diese Hilfe besteht, desto mehr kommt zum Vorschein, dass der Angehörige die Realität verzerrt wahrnimmt. Die Verhaltensweisen der Partner werden zu einem zwanghaften Muster. Sie übernehmen immer mehr Entscheidungen in der Beziehung. Sie nehmen zusätzlich die Rolle der Mutter / des Vaters ein und kümmern sich um alle familiären Entscheidungen. Der Partner sucht sich eine Arbeitsstelle, damit die Rechnungen bezahlt werden können. Sie wollen den Alkoholabhängigen vor den Konsequenzen schützen und erledigen all seine Pflichten. Vor allem Partnerinnen von Alkoholabhängigen können sich durch die ganze Übernahme der Aufgaben stark fühlen. Auf der anderen Seite haben sie keine Kraft mehr und finden keine Zeit mehr für ihre persönlichen Bedürfnisse.⁸³

Das Helfen der Partner kann dazu führen, dass sie ihr Selbstwertgefühl verlieren und sie sich nur noch glücklich schätzen, wenn sie ihrem süchtigen Partner helfen können. Der Angehörige ist in dieser Phase sehr müde, zweifelt an sich selbst und versteht nicht, warum das man ihm Vorwürfe macht. Der Angehörige fragt sich, ob er wirklich ein solch schlechter Partner ist und versucht nun den Hass auf sich selbst zu projizieren. Er versucht seine Gefühle abzustellen und macht dem Süchtigen Vorwürfe. Viele Partner holen sich in dieser Phase Hilfe. Angehörige können auch sehr selbstzerstörerisch sein, fangen an zu rauchen oder beginnen mit zwanghaftem Essen.⁸⁴

Für Co-Abhängige ist es charakteristisch, dass es ihnen gelingt, nach aussen hin den Schein zu wahren und zu funktionieren. Das heisst, die Betroffenen kümmern sich trotz allem um die ganze Familie, den Haushalt und ihren Job. Es sind nahezu keine Defizite feststellbar. Hingegen leidet der Austausch von sozialen Kontakten und das Ausleben der eigenen Bedürfnisse.⁸⁵ Für co-abhängige Menschen ist es typisch, dass sie in ihrer Kindheit die Rolle des Helden eingenommen haben und für den Elternteil, der nicht suchtkrank war, eine Art Ersatzpartner waren oder für die Geschwister ein Ersatzvater/-mutter waren. Solche Kinder sind in der Regel sehr stark verantwortungsbewusst und leistungsorientiert. Sie suchten

⁸³ Vgl. Rennert. 2012, S.87-89

⁸⁴ Vgl. Rennert. 2012, S.91-92

⁸⁵ Vgl. Flassbeck. 2011, S.62

ständig Anerkennung in ihrem Leben. Diese bekommen sie auch, aber nur aufgrund der von ihnen erbrachten Leistungen und nicht wegen ihrer Person. Diese Kinder schaffen es oftmals, der Öffentlichkeit ein Bild einer intakten Familie zu vermitteln. Die Familie selbst kommuniziert dem Kind, dass es so weitermachen soll und keine weitere Schande der Familie bringen soll.⁸⁶

Nun stellt sich die Frage, ob sich co-abhängiges Verhalten auch entwickeln kann, wenn kein suchtkranker Mensch in einer Beziehung ist. Flassbeck ist der Meinung, dass es den Abhängigen braucht, damit sich Co-Abhängigkeit entwickeln kann. Anhand der folgenden Beispiele möchten wir dies näher erläutern:

Beispiel 1: Eine Mutter eines hochbegabten Kindes zeigt sich oftmals auch sehr hingebungsvoll und aufopfernd. Jedoch ist diese in der Regel äusserst stolz auf ihr Kind und redet mit vielen verschiedenen Menschen über ihr Kind. Menschen mit co-abhängigem Verhalten sind bekanntermassen geprägt von Schamgefühlen.

Beispiel 2: Angehörige von Menschen mit einer chronischen Krankheit können durchaus Forderungen aussprechen und sich deutlich ausdrücken. Co-Abhängige Menschen jedoch leiden im Stillen.

Beispiel 3: Bei Traumaopfer sind ebenfalls Schuld- und Schamgefühle vorhanden, jedoch sieht die Kontrolle anders aus. Grösstenteils wird vom Täter Kontrolle ausgeübt, welches bei den Opfern Ohnmachtsgefühle auslöst. Bei den Co-Abhängigen sind sie diejenigen, die den Suchtabhängigen kontrollieren, in der Hoffnung die Sucht in den Griff zu bekommen.

Trotz diesen Beispielen lässt sich erahnen, dass sich auch andere zwischenmenschliche Beziehungen in diese Richtung entwickeln können. Eine Person nimmt die Rolle des Passiven ein und lässt sich ausbeuten, während die andere Person geniesst und profitiert. Co-Abhängige unterscheiden sich einfach noch anhand von ihren individuellen Merkmalen, welche in den Beispielen erwähnt wurden. Aus diesem Grund sollten Menschen nur als co-abhängig bezeichnet werden, wenn sie Angehörige von Suchtabhängigen sind.⁸⁷

Reichard Marcus, unser Experte der Forel Klinik, ist der Meinung, dass jemand auch latent co-abhängig sein kann, wenn der Partner keine psychische Störung aufweist oder suchtkrank ist. Die Veranlagung oder Prädisposition kann in einem Menschen vorhanden sein. Sie kann latent schlummern oder kann ausbrechen. Dies hängt von der jeweiligen Beziehungskonstellation ab.⁸⁸

2.2.3 Historische Entwicklung des Begriffs

Wir wollen die historische Entwicklung dieses Begriffes erläutern, um aufzuzeigen, welche Rolle die Angehörigen von alkoholkranken Partnern früher und auch zum Teil noch heute einnehmen.

Das Konzept der Co-Abhängigkeit hat sich im Laufe der Zeit immer wieder verändert. Es wurde sowohl von den Angehörigen selber, als auch von Fachleuten ständig neu erklärt. Zu Beginn war das Konzept dazu da, die Angehörigen auf ihre Situation aufmerksam und der Gesellschaft klar zu machen, dass nicht nur eine abhängige Person unter einer Sucht leidet. Die Betroffenheit des Umfeldes sollte ebenfalls zum Tragen kommen, aber auch die Einsicht, Selbstverantwortung zu übernehmen und das eigene Leben wieder so zu gestalten, wie man

⁸⁶ Diese Informationen sind auf folgender Homepage nachzulesen: www.freundeskreise-sucht.de

⁸⁷ Vgl. Flassbeck. 2011, S.63-64

⁸⁸ Vgl. Reichard. 2012, S.164

will, damit nicht mehr der Suchtkranken im Mittelpunkt steht. Die Angehörigen haben sich damals selber als krank betitelt. Später verstand man den Begriff so, dass die Angehörigen eigentlich selber Schuld sind. Co-Abhängigkeit wurde zu einer eigenen Störung und wurde nicht nur als Begleiterkrankung von einer Sucht angesehen. Man war der Meinung, dass die Anfänge dieser Störung in der Kindheit liegen. Dieser Ansatz hatte sich vor allem durch die damaligen Autoren so entwickelt, weil es Angehörige gab, die über ihr Leben berichtet haben und sich selber als co-abhängig bezeichnet haben.⁸⁹

Whalen war 1953 eine der ersten Autorinnen, die sich näher mit den Partnerinnen von Alkoholabhängigen befasste. Sie selber führte auch Beratungen mit diesen Partnerinnen durch. Aufgrund der von ihr gemachten Erfahrungen, kategorisierte sie vier Typen von Frauen.

1. **Suffering Susan:** Diese Art von Frau ist mit einem Suchtkranken zusammen, weil sie sich selber bestrafen will.
2. **Controlling Catherine:** Dieser Frauentyp hat sich absichtlich einen schwachen Mann, der sich nicht wehren kann, ausgesucht, damit sie diesen kontrollieren kann.
3. **Wavering Winnifred:** Diese Frauen sind ambivalente und unsichere Wesen. Sie haben sich einen Mann ausgewählt, der es mag, wenn man sich um ihn kümmert und bemuttert.
4. **Punitive Polly:** Hierbei hat die Frau ein hohes Aggressionspotenzial und sucht sich einen Mann aus, der in seinem Verhalten wenig Männlichkeit ausstrahlt. Dies nutzt die Frau aus, um ihre Wut an ihm auszulassen.

Whalen ist der Überzeugung, dass Partnerinnen von alkoholabhängigen Männern sich genau diese Art von Männern aussucht, damit sie ihr eigenes krankhaftes Verhalten ausleben können.⁹⁰

Diese Art von Kategorisierung, die Whalen hier vornimmt, finden wir sehr vorwurfsvoll und einseitig. Wir glauben, dass nicht jede Frau, die mit einem alkoholabhängigen Mann zusammen ist, solche pathogene Verhaltensweisen aufweist. Whalen vergisst hierbei, dass sich eine Alkoholabhängigkeit auch während einer Partnerschaft entwickeln kann und dass es viele Frauen gibt, die daraufhin den Schlussstrich ziehen und sich von ihrem Partner trennen.

Zudem schiebt Whalen die gesamte Schuld den Partnerinnen zu und der suchtkranke Mann wird als Opfer dargestellt, der durch das Verhalten seiner Partnerin quasi genötigt wird, regelmässig Alkohol zu konsumieren.

Auch Kläusler-Senn und Stohler sind der Meinung, dass diese Einteilung der Typen einen abwertenden Charakter hat. Bis in die 60er und 70er Jahren wurden Studien gemacht, in denen die Ehefrauen von alkoholkranken Männern nach Persönlichkeitsstörungen untersucht wurden, um eine Erklärung zu finden, warum sie sich für einen alkoholkranken Ehemann entschieden haben.⁹¹

Nicht alle Experten finden den Begriff „Co-Abhängigkeit“ glücklich formuliert, weil der Begriff den Angehörigen auch zu einem Abhängigen macht. Dabei steht nicht die Beziehung vom Alkoholkranken und dessen Angehörigen im Mittelpunkt, sondern die Person des Angehörigen.⁹² *„Also ich definiere ihn als Begriff, den es so eigentlich nicht geben sollte. Das habe ich auch in meinem Buch geschrieben (lacht). Wenn man die Wurzeln des Begriffs anschaut, dass man eigentlich dann sagen müsste, dass es das so nicht gibt. Dass das aus*

⁸⁹ Vgl. Ruckstuhl. 2012, S.18

⁹⁰ Vgl. Uhl, Puhm. 2007, S. 14

⁹¹ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.5

⁹² Dieser Beitrag stammt von der Homepage des Anton-Proksch-Instituts: www.api.or.at

*einem alten Rollenverständnis von Mann und Frau entstand und aus der, leider immer noch bestehenden Zuschreibung, der Schuld an die Frauen an den Krankheiten der Männer.*⁹³

Die Tendenz ist da, dass das Bild der co-abhängigen Partner als kränker dargestellt wird, als das des Suchtkranken selbst. Dadurch entsteht ein Rollentausch, indem das Opfer zum Täter wird und umgekehrt.⁹⁴ Manche Personen aus dem Helfersystem des Suchtkranken missbrauchen auch das Co-Abhängigkeitskonzept, indem sie bei ungünstigem Therapieverlauf den Angehörigen die Schuld in die Schuhe schieben und den Misserfolg auf diese und ihre Co-Abhängigkeit abwälzen. Durch dieses Verhalten wird keine Verantwortung mehr übernommen, sondern sie wird jemandem anders aufgebürgt.⁹⁵

Zu Beginn der 50er Jahre wurden Co-Abhängige als Co-Alkoholiker bezeichnet. Dies stammt aus dem Jahre 1951, in welchem die Gruppe „Al Anon“ gegründet wurde. Al Anon wurde in den USA von Ehefrauen, die einen alkoholabhängigen Partner haben, gegründet. Es handelt sich um die allererste Selbsthilfegruppe für Angehörige. Sie benutzten dasselbe 12 Schritte Programm wie die Anonymen Alkoholiker. Die Gruppe hatte es sich zum Ziel gemacht, adäquat mit den alkoholabhängigen Partnern umzugehen zu können.

Der Begriff wechselte seine Bedeutung von einer Sekundärpathologie zu einer Primärpathologie. Die sekundäre Pathologie beschreibt die Co-Abhängigkeit als Folge der Sucht des Partners und die primäre Pathologie beschreibt die Co-Abhängigkeit, als Aufrechterhaltung oder Verstärkung der Sucht des Partners. Die Co-Abhängigen wurden kränker dargestellt als sie wirklich sind und wurden als Täter beschimpft. Heute findet man zahlreiche Autoren (z.Bsp: Schaef, Cermak), die, wie oben beschrieben, den Begriff als Krankheit darstellen.⁹⁶

Es gibt zahllose Definitionen zum Thema Co-Abhängigkeit. Früher bezog sich dieser Begriff nur auf die Partner und die engsten Familienmitglieder. Heute können sämtliche Bezugspersonen oder Helfersysteme co-abhängiges Verhalten zeigen.⁹⁷

Jedoch ist auch wichtig zu erwähnen, dass nicht jeder, der mit einem alkoholabhängigen Menschen zusammen ist, automatisch co-abhängiges Verhalten zeigt.

Wenn man von ungünstigen Verhaltensweisen spricht, die zur Aufrechterhaltung der Sucht beitragen können, muss es auch günstiges Verhalten geben.⁹⁸

Das heutige Verständnis das man von Co-Abhängigkeit hat, gibt den Angehörigen nicht mehr die Schuld für die Suchtmittelabhängigkeit ihres Partners oder Familienangehörigen.

2.2.4 Kritische Würdigung

Das Co-Abhängigkeits-Konzept hat den Vorteil, dass eine Suchtmittelabhängigkeit aus einer systemischen Sichtweise betrachtet wird. Das heisst, dass auch Angehörige, wenn meist auch unbewusst, dazu beitragen können, dass eine Sucht bestehen bleibt. Das Unvorteilhafte und Gefährliche ist aber, dass die Angehörigen in eine Position gerückt werden, in der sie als Täter dargestellt werden.⁹⁹ Es drängt sich die Frage auf, ob das Co-Abhängigkeitskonzept überhaupt einen Nutzen hat, da die Gefahr der Stigmatisierung sehr hoch ist.¹⁰⁰

Oftmals wird nicht berücksichtigt oder näher beleuchtet, warum ein Angehöriger auf diese Art und Weise reagiert. Wenn beispielsweise eine Ehefrau und Mutter von drei Kindern die

⁹³ Vgl. Schild. 2012, S.179-180

⁹⁴ Vgl. Uhl, Puhm. 2007, S.14

⁹⁵ Vgl. Uhl, Puhm. 2007, S.18

⁹⁶ Dieser Beitrag stammt vom Anton-Proksch-Institut mit folgender Internetseite: www.api.or.at

⁹⁷ Vgl. Uhl, Puhm. 2007, S.15

⁹⁸ Vgl. Uhl, Puhm. 2007, S.16

⁹⁹ Vgl. Uhl, Puhm. 2007, S.13

¹⁰⁰ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.5

Sucht ihres Mannes vor dessen Vorgesetzten leugnet, muss dies nicht sofort als co-abhängiges Verhalten diagnostiziert werden, sondern es hat vielleicht damit zu tun, dass sie berechnete Existenzängste hat. Die Gründe für ein Verhalten sollten immer berücksichtigt werden.¹⁰¹ Eigentlich sind das Werte, die von der Gesellschaft erwünscht sind, nämlich das eine Frau für ihren Partner da ist, ihm hilft, wenn es ihm nicht gut geht, und sich ihm gegenüber loyal verhält.¹⁰² Die Angehörigen dürfen nicht voreilig als krank bezeichnet werden, so wie es früher gemacht wurde. In der Vergangenheit wurde nahezu jede Handlung vom Umfeld als co-abhängig bezeichnet, auch wenn diese durchaus normale Verhaltensweisen aufzeigten. Dass sich im Verlauf einer Suchtentwicklung das Umfeld intensiver auf die abhängige Person konzentriert und den starken Wunsch entwickelt, diesem Menschen zu helfen, ist naheliegend. Das Verhalten wird erst dann zu einem Problem, wenn dieser Drang zu helfen ständig da ist und die Angehörigen überzeugt sind, dass alleine durch ihre Anstrengungen die abhängige Person mit dem Konsum aufhören kann. Jedoch muss erwähnt werden, dass der Übergang von einer normalen Reaktion in ein pathologisches Verhalten nicht immer klar trennbar ist. Aus diesem Grund ist es unumgänglich, dass der Begriff Co-Abhängigkeit so genau wie möglich beschrieben und definiert wird. Bei der Definition ist es wichtig, dass das Umfeld nicht sofort als krank bezeichnet wird, aber dennoch als Menschen angesehen werden, welche Unterstützung im Umgang mit dem Suchtkranken benötigen.¹⁰³

Gegenüber co-abhängigen Menschen sind nicht alle Forscher neutral eingestellt, was das folgende Zitat deutlich zeigt: „*Ich bin der Überzeugung, dass Co-Abhängige zwar geschädigt werden, paradoxerweise aber schon vorher den Keim dieser Krankheit in ihm trägt.*“¹⁰⁴ Der Autor Assfalg beschreibt schon im Titel von seinem Buch („*Die heimliche Unterstützung der Sucht*“), dass die Angehörigen eine gewisse Schuld haben, weil sie die Sucht fördern. Das Umfeld wird also als Komplize dargestellt.¹⁰⁵

Wir sind hier derselben Meinung wie Flassbeck, da wir finden, dass dies eine plakative Schuldzuschreibung an die Angehörigen ist. Eine Suchtabhängigkeit entsteht aufgrund von mehreren Faktoren. Es ist ein Wechselspiel von mehreren Komponenten aus verschiedenen Bereichen. Durch solche Aussagen werden die Angehörigen alleine für die Sucht verantwortlich gemacht, welche die Schuldgefühle, die schon vorhanden sind, nur unnötig intensivieren. Das Umfeld bekommt einen Stempel aufgedrückt, obwohl die Situation genug belastend ist.

Die Beschuldigungen, die gegen den Co-Abhängigen erhoben werden, sind ethisch nicht vertretbar und inakzeptabel. Es ist wichtig zu wissen, dass der Co-Abhängige den Wunsch verspürt, dass der alkoholabhängige Partner mit dem Trinken aufhört. Wir sind uns bewusst, dass es sicherlich Betroffene mit co-abhängigem Verhalten gibt, welche pathologische Symptome zeigen. Verallgemeinern wollen wir diese Aussage aber nicht.

Es ist wichtig in Betracht zu ziehen, dass Angehörige einen Suchtkranken enorm beeinflussen können, was aber noch lange nicht bedeutet, dass diese Schuld am Ganzen haben oder im Gegenzug die abhängige Person zur Abstinenz bringen können.

Viele Selbsthilfeverbände haben wahrgenommen, dass auch die Süchtigen selbst die Angehörigen als Schuldige beschimpfen. Der Begriff der Co-Abhängigkeit wird von vielen systemischen Therapeuten oder Beratern nicht mehr verwendet.¹⁰⁶

Wenn ein Angehöriger Probleme hat oder unter einer psychischen Störung leidet, ist die Gefahr sehr hoch, dass durch dieses Verhalten der Abhängige noch mehr in seine Sucht rutscht. Wenn dies der Fall ist, ist es aber nicht nötig die Angehörigen als co-abhängig zu

¹⁰¹ Vgl. Uhl, Puhm. 2007, S.17

¹⁰² Vgl. Schneider. 2011, S.2

¹⁰³ Vgl. Ruckstuhl. 2012, S.18

¹⁰⁴ Vgl. Assfalg. 2009, S.12

¹⁰⁵ Vgl. Flassbeck. 2011, S.18

¹⁰⁶ Vgl. Rennert. 2012, S.29

bezeichnen. **Sinnvoller scheint es, den Begriff Co-Abhängigkeit aus dem Vokabular zu nehmen und ihn durch suchtförderndes Verhalten zu ersetzen, da dies weniger stigmatisierend klingt.**¹⁰⁷ Ausserdem konnte bis heute noch nicht empirisch belegt werden, dass Angehörige durch ihre Verhaltensmuster eine Art von Komplize für die abhängige Person sein können.¹⁰⁸

Zusammenfassend kann man sagen, dass beim Thema Co-Abhängigkeit viele verschiedenen Perspektiven und Meinungen aufeinander prallen. In den USA ist man eher der Meinung, dass Co-Abhängigkeit ein autonomes Krankheitsbild darstellt. Andere Autoren sehen die Verhaltensweisen von co-abhängigen Angehörigen nicht als abnormal an, sondern sind eher der Auffassung, dass es eine normale und mitfühlende Reaktion ist. Die Angehörigen werden aber trotzdem als Menschen betrachtet, welche Hilfe benötigen. Wiederum andere Fachleute, wie beispielsweise Kolitzus, sind der Überzeugung, dass alle Angehörigen co-abhängiges Verhalten zeigen.¹⁰⁹ Auch in den von uns geführten Interviews sind sich die Fachleute noch heute nicht einig, ob man den Begriff verwenden darf oder nicht, was folgendes Beispiel aufzeigt:

Bea Schild (Sozialarbeiterin):

„Ja, ich denke der Begriff hat einfach Eingang gefunden in der Kultur. Also auch die meisten Profis reden ja von Co-Abhängigkeit (räuspert sich). Wobei man meint, dass die nicht abhängigkeitserkrankte Person die andere Person in ihrer Krankheit quasi unterstützt und durch ihr Verhalten begünstigt (-). Das wird immer wieder so gesagt und ich denke, das müsste auch näher angeschaut werden, ob das wirklich so ist. Deshalb schreibe ich dagegen an, dass man das immer in diese Schublade packt.“¹¹⁰

Vitus Hug (Sozialarbeiter):

„Ja, den verwenden wir noch und ich denke, dass macht auch noch Sinn. Ich bin einer der sagt, was einen Namen hat, das soll man auch beim Namen benennen... Die Bagatellisierung ist ja ein Teil der Krankheit und die machen nicht nur die Betroffenen, sondern auch Angehörige.“¹¹¹

2.2.5 Die verschiedenen Phasen der Co-Abhängigkeit

Eine Co-Abhängigkeit hat mehrere Phasen, wobei nicht automatisch stufenweise von einer Phase zur anderen gewechselt wird. Jemand kann auch in einer Phase feststecken oder sogar eine Phase auslassen.

Phase 1: beschützen und erklären

Zu Beginn ist der co-abhängige Mensch wütend und genervt, wie beispielsweise sein Partner mit dem Alkohol umgeht. Trotzdem wird versucht nach aussen hin die perfekte Partnerschaft/Familie darzustellen. Aus diesem Grund wird auch das Verhalten vom Partner entschuldigt. Es werden Erklärungen für dessen Verhalten gesucht, Verantwortung wird übernommen, die Familie versucht sich von der Umwelt abzuschotten und die suchtkranke Person wird vor negativen Auswirkungen seines Konsums und dem daraus resultierenden Verhalten geschützt. Auch wenn der Co-Abhängige andere Moralvorstellungen und Prinzipien hat, kann er diese nicht mehr einhalten.¹¹² Obwohl die suchtkranke Person sich aufgrund seines Konsums verändert hat, versucht das Umfeld diese Veränderungen zu verdrängen und ihn vor möglichen negativen Folgen zu schützen.¹¹³ In der Familie, wie auch

¹⁰⁷ Vgl. Uhl, Puhm. 2007, S.18-19

¹⁰⁸ Vgl. Klein. 2000, S.4

¹⁰⁹ Vgl. Zika. 2007, S.64

¹¹⁰ Vgl. Schild. 2012, S.180

¹¹¹ Vgl. Hug. 2012, S.198

¹¹² Die Informationen stammen von folgender Internetseite: www.freundeskreise-sucht.de

¹¹³ Vgl. Ruckstuhl. 2012, S.18

in der Arbeitswelt, werden gleiche Verhaltensweisen gezeigt. Angehörigen lügen beispielsweise den Arbeitgeber an. Es kann sein, dass der Co-Abhängige sich nach aussen verschliesst und keinen Kontakt mit Nachbarn oder Freunden mehr hat. Die Sucht wird zum Geheimnis.¹¹⁴

Phase 2: Kontrolle

Wenn die Suchtmittel- und die Co-abhängigkeit nicht professionell behandelt werden, fallen alle Parteien noch tiefer in die Abhängigkeit. Je grössere Mengen und je regelmässiger der Abhängige konsumiert, desto mehr kommen Versagensgefühle beim Umfeld auf.

Mittlerweile ist der Alkohol zum Mittelpunkt der Beziehung geworden. Der Gemütszustand und das Selbstbewusstsein des Co-Abhängigen sind mit dem Alkoholkonsum gekoppelt. Das heisst, je öfter der Partner trinkt, desto tiefer ist das Selbstvertrauen, desto mehr sinken die Hoffnungen auf Besserung und desto mehr kommt das Gefühl von Kontrollverlust auf. Dennoch gibt der Co-Abhängige nicht auf und versucht den Abhängigen durch verschiedene Interventionen vom Alkohol fernzuhalten. Dabei werden Strategien eingesetzt wie regelmässige Kontrolle der Einkäufe oder Kürzung der Finanzen.

Da dies aber auch nicht funktioniert, wird die eigene Enttäuschung und Verzweiflung auf den Suchtkranken übertragen. Dadurch entsteht eine sogenannte Hassliebe. Die Beziehung ist nun geprägt von einer gewissen Angespanntheit, gegenseitigen Beschuldigungen und Misstrauen.¹¹⁵ Nicht selten wird in dieser Phase auch viel gedroht, jedoch werden die Drohungen nicht konsequent ausgeführt.¹¹⁶ Die Angehörigen merken, dass die Erklärungsversuche fehlschlagen und dass der Süchtige nicht länger beschützt werden kann. In dieser Phase können Ärger, Wut, Scham, Trauer und Angst Gefühle sein, die bei beiden aufkommen. Der Süchtige kann sich unter Druck gesetzt fühlen. Er versucht den Angehörigen aufzuzeigen, dass er durchaus abstinent leben kann. Dies gelingt ihm auch, jedoch ist die Abstinenzzeit nur von kurzer Dauer. Es kommt zu einem Rückfall und die Angehörigen sprechen erneut Drohungen aus. Ein solches Verhaltensmuster kann Jahre dauern.¹¹⁷

Phase 3: Anklage

Die co-abhängige Person ist körperlich und psychisch an ihre Grenzen angelangt. Jedes negative Gefühl oder jede Verstimmung wird dem Suchtkranken in die Schuhe geschoben und ihm wird die Verantwortlichkeit dafür zugeschrieben.¹¹⁸ Das Umfeld gelangt zu der Erkenntnis, dass die ständigen Kontrollen zu keiner Verbesserung des Konsums des Abhängigen beitragen.¹¹⁹ Die Angehörigen sind erschöpft, wütend, aggressiv. Es kann dazu führen, dass in dieser Phase Angehörige selbst erkranken. Es kann in dieser Phase zu einer Trennung/Scheidung kommen oder der Süchtige kann den Arbeitsplatz verlieren.¹²⁰

In dieser Phase sind die Co-Abhängigen am empfänglichsten, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.¹²¹

¹¹⁴ Vgl. Koltzus. 2011, S.47-49

¹¹⁵ Die Informationen stammen von folgender Internetseite: www.freundeskreise-sucht.de

¹¹⁶ Vgl. Ruckstuhl. 2012, S.18

¹¹⁷ Vgl. Koltzus. 2011, S.47-49

¹¹⁸ Die Informationen stammen von folgender Internetseite: www.freundeskreise-sucht.de

¹¹⁹ Vgl. Ruckstuhl. 2012, S.18

¹²⁰ Vgl. Koltzus. 2011, S.47-49

¹²¹ Die Informationen stammen von folgender Internetseite: www.freundeskreise-sucht.de

2.2.6 Drei Formen der Co-Abhängigkeit

Form 1:

Durch nähere Auseinandersetzung von Angehörigen zu Abhängigen, können sich typische Reaktionen wie Verunsicherung oder der Drang, helfen zu wollen, ergeben. Diese Verhaltensweisen werden als normal angesehen. Jedoch können diese Verhaltensweisen auch eine problematische Entwicklung annehmen. Typische Reaktionen des Umfeldes auf eine Suchtmittelabhängigkeit nennt Flassbeck (in Anlehnung an Melody) eine co-abhängige Verstrickung.

Form 2:

Wenn die Angehörigen trotz negativen Erfahrungen, die sie gemacht haben, immer noch mit denselben Mustern reagieren und sich nicht den Umständen entsprechend anpassen können, kann sich die eigenständige psychische Störung, Co-Abhängigkeitssyndrom genannt, entwickeln. „Sie ist eine verhaltensbezogene Suchtform bzw. Abhängigkeitsstörung.“

Form 3:

Des Öfteren kommt es vor, dass die co-abhängige Verstrickung mit anderen psychischen Störungen, wie beispielsweise Depression oder Angststörungen auftritt. Es ist möglich, dass die Co-Abhängigkeit die Ursache oder auch die Konsequenz von anderen psychischen Beeinträchtigungen sein kann.¹²²

2.2.7 Die drei verschiedenen Ebenen einer Co-Abhängigkeit

1. Personelles System

All diejenigen, die regelmässigen Kontakt zu einem Abhängigen haben, sei dies im privaten oder professionellen Bereich, laufen Gefahr co-abhängiges Verhalten zu zeigen. Es kommen Partner, Eltern, Freunde, Ärzte, Arbeitskollege etc. in Frage. In diesem Fall spricht man von persönlicher Verstrickung bzw. persönlicher Co-Abhängigkeit.

2. Therapeutisches System

Das professionelle Helfersystem geht bewusst eine therapeutische Beziehung mit dem Abhängigen ein. Eine angemessene Distanz ist notwendig, damit auch die Professionellen sich nicht co-abhängig verstricken. Jedoch ist auch diese Distanz keine Gewähr. Das Risiko, co-abhängiges Verhalten zu zeigen, gehört zur Suchthilfe dazu. In diesem Sinne spricht man von der sogenannten therapeutischen Co-Abhängigkeit.

3. Institutionelles System

Auch Institutionen sind nicht vor Co-Abhängigkeit gewappnet. Beispielsweise können dies ganze Gruppen, Familien, Freunde, Betriebe oder die Gesellschaft sein. Hierbei spricht man von der institutionell co-abhängiger Verstrickung.¹²³

Da dieser Begriff für den Verlauf einer Co-Abhängigkeit wichtig ist, möchten wir diesen näher beschreiben.

In der Schweiz ist ca. jeder zehnte Arbeitnehmer alkoholabhängig. Diese Zahl ist abhängig vom Durchschnittsalter, des Geschlechts und der Arbeit in jedem einzelnen Unternehmen. Alkoholabhängige Mitarbeiter sind öfters krank und verletzen sich häufiger.¹²⁴

¹²² Flassbeck. 2011, S.31

¹²³ Vgl. Flassbeck. 2011, S.32

¹²⁴ Diese Information stammt von folgender Internetseite: www.suedhang.ch

Nicht nur für die Partner wird ein Alkoholabhängiger immer anstrengender, sondern auch für den Arbeitgeber. Jedoch nehmen diese das Alkoholproblem nicht immer sofort wahr. Erst nach vielen Jahren der Abhängigkeit wird ein verändertes Verhalten entdeckt. Der Alkoholkonsum kann Auswirkungen auf die Arbeitsleistung haben. Schon zwischen 0.5 und 1 Promille Blutalkoholgehalt hat der Alkohol Auswirkungen auf die Konzentrationsfähigkeit, welche leicht gestört wird. Das Reaktionsvermögen und die Leistungsfähigkeit nehmen ab. Auch können Störungen des Gleichgewichtes und die Einengung des Blickfeldes stattfinden.¹²⁵ Diese Verhaltensveränderungen bedeuten ein erhöhtes Risiko am Arbeitsplatz.

Der Arbeitgeber muss sich bewusst werden, wie er mit dem Alkoholkonsum eines Arbeitnehmers umgeht. Es ist wichtig, dass er diesem nicht nur hilflos zuschaut, sondern sich beraten lässt, wie er reagieren könnte. *SuchtSchweiz* bietet beispielsweise solche Beratungen an.¹²⁶

Das Schweizer Gesetz behandelt dieses Thema wie folgt:

Artikel 11 Absatz 3 VUV: „Der Arbeitnehmer darf sich nicht in einen Zustand versetzen, in dem er sich selbst oder andere Arbeitnehmer gefährdet. Dies gilt insbesondere für den Genuss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln.“¹²⁷

Lässt ein Arbeitgeber den alkoholisierten Arbeitnehmer trotzdem weiterarbeiten, verletzt er seine Fürsorgepflicht und kann straf- und zivilrechtlich haftbar gemacht werden.

Der Arbeitgeber muss nach UVG¹²⁸ gemäss Artikel 82 intervenieren, wenn er das Gefühl hat, dass ein Arbeitnehmer betrunken am Arbeitsplatz ist. Er muss ihn entweder an einen ungefährlichen Arbeitsplatz versetzen oder ihn nach Hause begleiten.

Auffälligkeiten am Arbeitsplatz können sein:

- Unentschuldigte Absenzen
- Lange Pausen
- Verspätungen
- Unpünktlichkeit
- Verschlechterung der Arbeitsqualität
- Verringerung der Leistung
- Zunahme von Zwischenfällen oder Unfällen
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Häufige Stimmungswechsel
- Nachlassendes Interesse und schwindende Motivation
- Zitternde Hände

Sind dem Arbeitgeber diese Punkte aufgefallen, so kann er das Gespräch mit dem Arbeitnehmer suchen. Dabei ist es wichtig, dass der Arbeitgeber keine Diagnose erstellt, sondern den Arbeitnehmer auf seine verminderte Leistung anspricht oder auf diese Auffälligkeiten hinweist. Je nach Unternehmen erhalten die Arbeitnehmer eine Chance, indem sie beurlaubt werden, um in einer stationären Klinik einen Entzug zu machen. Wenn eine ganze Institution co-abhängig ist, sollten die Mitarbeiter ein Coaching beanspruchen.¹²⁹

¹²⁵ Vgl. Schild, Wiesbeck. 2012, S.19

¹²⁶ Diese Information stammt von folgender Internetseite: www.suchtschweiz.ch

¹²⁷ Diese Information stammt von folgender Internetseite: www.admin.ch

¹²⁸ Bundesgesetz über die Unfallversicherung

¹²⁹ Diese Informationen stammen von folgender Internetseite: <http://alcoholautravail.ch>

Co-Abhängigkeit unter Arbeitskollegen

Auch Arbeitskollegen können co-abhängig sein. Da der Arbeitskollege schon viele Jahre im Unternehmen arbeitet, versucht man seine Alkoholabhängigkeit zu vertuschen. Die Arbeitskollegen beschützen und helfen ihm. Sie verrichten seine Arbeit, wenn sie merken, dass der Alkoholabhängige durch den Alkohol nicht mehr die Kraft hat, diese auszuüben. Sie verschweigen seine Fehler vor den Vorgesetzten, da sie wissen, dass sein Verhalten zu einer Kündigung führen kann. Sie schützen ihn, weil sie denken, dass er und seine Familie schon genügend Probleme haben. Das Alkoholproblem wird so jedoch verharmlost.

Nun kommen wir aber wieder zurück auf die verschiedenen Ebenen einer Co-Abhängigkeit. Wenn man die drei Formen mit den drei Ebenen zusammennimmt, entsteht ein Schema mit verschiedenen Feldern. Diese Felder stehen für Merkmale (siehe Abb. 3).

Formen:	als Risiko und Verstrickung	als Co-Abhängigkeitssyndrom	in Wechselwirkung mit anderen Störungen
Ebenen:			
persönliche	Hoffnung, Enttäuschung, helfen wollen, Sprachlosigkeit	Eingenommensein durch das Verlangen, helfen zu wollen	Depression, Traumafolgestörung, Sucht
therapeutische	als gezielte therapeutische Strategie/ Methode	Suchthelferin, die eine intime Beziehung zum Klienten aufnimmt	Depression oder Mittraumatisierung des Suchthelfers
institutionelle	Sucht wird stillschweigend geduldet, einseitige Solidarität mit dem Süchtigen	Resignative und passive Arbeitsatmosphäre, Störungen der Kommunikation und Organisation	Ausgebrannte Mitarbeiter und hoher Krankenstand, ökonomische Abhängigkeiten

Abb. 3: „Schema der Co-Abhängigkeit“ (Flassbeck. 2011, S.33)

Man kann sagen, dass Co-Abhängigkeit letztendlich bedeutet, wie das Umfeld oder auch eine Institution, mit einer Abhängigkeit umgeht.¹³⁰

Professionelle, die mit suchtabhängigen Menschen zusammenarbeiten, koppeln ihre Hilfe immer an Bedingungen. Man muss also signalisieren dass man für den Abhängigen da ist, jedoch muss er sich weiterhin an seine Verpflichtungen halten. Konsequentes Verhalten und Handeln ist eine wichtige Haltung im Umgang mit Süchtigen.¹³¹

2.2.8 Die vier Kriterien

Eine co-abhängige Störung liegt dann vor, wenn folgende vier Bedingungen erfüllt werden:

1. Alle Gedanken und sämtliches Verhalten der Betroffenen drehen sich um den Wunsch, dem Suchtkranken zu helfen und Kontrolle über ihn auszuüben. Ständig wird ihm Hilfe angeboten, auch wenn sich diese kontraproduktiv auf den Abhängigen

¹³⁰ Vgl. Flassbeck. 2011, S.33

¹³¹ Vgl. Flassbeck. 2011, S.37-38

auswirkt. Eigene Interessen werden nicht mehr ausgeübt und die Sucht wird verzerrt wahrgenommen, das heisst sie wird als nicht gefährlich eingestuft oder sogar verleugnet. Wenn die co-abhängige Person nicht in der Nähe des Suchtkranken sein kann, fühlt sie sich nicht wohl.

2. Die betroffene Person empfindet oftmals Scham oder Schuldgefühle. Ebenfalls sind oftmals Gefühlsschwankungen vorhanden. Das Verhalten ist meist ambivalent und inkonsequent. Wut wird unterdrückt und stattdessen wird nach aussen hin ein freundliches Verhalten aufgesetzt. Die Betroffenen haben an sich selber hohe Erwartungen, das bis zum Perfektionismus gehen kann. Trotz den hohen Ansprüchen sind sie von einem niedrigen Selbstwertgefühl geprägt.
3. Hinzu kommen depressive Verstimmungen, viele Ängste und Kraftlosigkeit. Unsicheres Verhalten, Misstrauen gegenüber vielen Menschen und körperliche Beschwerden können ebenfalls dazugehören.
4. All diese Symptome halten über einen längeren Zeitrahmen an. Besserung ist nicht in Sicht, sie können sich sogar noch verschärfen. Das Ausmass ist dermassen gross, dass eine klare Beeinträchtigung zu sehen ist.¹³²

Marcus Reichard ist der Meinung, dass wenn Angehörigen zu viel Verantwortung übernehmen und nicht merken, dass sie unter ihrer Lebenssituation leiden, man sagen kann, dass die Wahrscheinlichkeit gross ist, dass es sich um Co-Abhängigkeit handelt.¹³³

Es gibt immer noch sehr wenig fundierte, wissenschaftliche Untersuchungen im Bereich der Co-Abhängigkeit. Dadurch ist es schwieriger, passende Entlastungstherapien anzubieten. Hierzu ein Beispiel: Co-Abhängiges Verhalten kann zu somatischen Beschwerden führen. Frau X sucht einen Arzt auf, weil sie körperliche Beschwerden hat. Sie rennt von Arzt zu Arzt, keiner kann ihr aber helfen. Es ist auffällig, dass viele Ärzte sich nicht bewusst sind, dass die somatischen Störungen mit einer Co-Abhängigkeit zusammenwirken könnte. So wurde der Grund der somatischen Beschwerden bei Frau X nicht gefunden.¹³⁴

2.2.9 Prävalenz

In der Schweiz gibt es mehrere hunderttausend Angehörige von alkoholabhängigen Menschen¹³⁵. Laut Kowitz gibt es in Deutschland acht Millionen Betroffene.¹³⁶ Wenn man die Prävalenz von Co-Abhängigkeit herausfinden will, ist es wichtig, sich in Erinnerung zu rufen, dass nicht jeder Angehörige von einem Suchtkranken co-abhängiges Verhalten zeigt. Zudem muss ebenfalls mitberücksichtigt werden, dass es schwierig ist, einen Angehörigen als solchen zu definieren. Auch Bekannte, welche nicht Familienmitglieder sind, können eine enge Beziehung zum Suchtkranken pflegen und in dessen Leben einen hohen Stellenwert einnehmen. Die Frage ist nun, ob diese Menschen auch mitgezählt werden oder nicht. Das gleiche gilt für das professionelle Helfersystem, welches ebenfalls in einem hohen Mass gefährdet ist, sich co-abhängig zu verhalten. Werden diese auch mitgezählt, hat dies enorme Auswirkungen auf die Schätzungen.

Des Weiteren sieht die momentane Sachlage so aus, dass Co-Abhängigkeit keine offizielle Krankheit ist, das wiederum bedeutet, dass es keine allgemeingültigen Kriterien gibt, nach welchen eine Co-Abhängigkeit feststellbar ist. Diese benötigt man hingegen, wenn man die Prävalenz ermitteln will. Gegenwärtig nimmt man die Prävalenz der Suchtkranken als Grundlage, um die Anzahl der Co-Abhängigen herauszufinden. Kritisch ist hierbei, dass man

¹³² Vgl. Flassbeck. 2011, S.61-62

¹³³ Vgl. Reichard. 2012, S.165

¹³⁴ Vgl. Körtel., Krasnitzky. 2004, S.12

¹³⁵ Diese Information stammt von folgender Internetseite: www.sucht-info.ch

¹³⁶ Vgl. Flassbeck. 2011, S.91

von Menschen mit dem Abhängigkeitssyndrom ausgeht, jedoch werden diejenigen Menschen mit einem risikobelastetem Gebrauch des Suchtmittels ausser Acht gelassen. Auch wenn ein Mensch „nur“ einen schädlichen Umgang mit einem Suchtmittel betreibt, kann dies enorme Auswirkungen auf das Umfeld bedeuten. Zusätzlich müsste unterschieden werden, ob es sich um eine co-abhängige Verstrickung oder eine Störung handelt.

Aufgrund der Vielzahl der beschriebenen Probleme, ist es schwierig, eine seriöse Zahl zur Anzahl der Co-Abhängigen zu ermitteln. Flassbeck geht aber davon aus, dass es für jeden Suchtkranken drei bis vier Co-Abhängige gibt (Verhältnis 1:3 oder 1:4). Jedoch spricht Flassbeck hier von seinen eigenen Erfahrungen und erwähnt selber auch, dass seine Einschätzung nicht repräsentativ ist.¹³⁷

2.2.10 Parallelen vom Trauerprozess nach Elisabeth Kübler-Ross und einer Co-Abhängigkeit

Ein wichtiges Thema in der Arbeit mit Angehörigen ist auch die Trauerarbeit. Die Angehörigen haben lange ihre Gefühle unterdrückt und haben sich zwanghafte Verhaltensweisen angeeignet. Hierbei sind Parallelen zu den Symptomatiken im Trauerprozess von Elisabeth Kübler-Ross zu finden. Die Sterbeforscherin Kübler-Ross beschrieb fünf Sterbephasen. Diese müssen nicht stufenweise und in der Reihenfolge durchlebt werden. Es kann sein, dass man zwei Phasen zur selben Zeit durchlebt.

1. Phase: Verweigerung oder Verleugnung

Trauerprozess: Man fühlt sich in dieser Phase sehr traurig, steht unter Schock. Man versucht den alten Zustand wieder herzustellen. Manche Menschen verhalten sich so, als wäre nichts geschehen. Die Angehörigen zweifeln an der Diagnose und Prognose. Aufgrund des Schmerzes und der Angst vor der Veränderung wird die Krankheit verleugnet.

Co-Abhängigkeit: Bei Co-Abhängigkeit werden die schmerzhaften Gefühle bagatellisiert. Man glaubt nicht daran, dass der Partner ein Alkoholproblem hat. Man nimmt die Realität nicht zur Kenntnis.

2. Phase: Wut, Ärger und Selbstmitleid

Trauerprozess: Die Krankheit wird nicht mehr geleugnet. Man fragt sich ständig warum ich?¹³⁸

Co-Abhängigkeit: Die Familienmitglieder fragen sich, warum gerade meine Familie? Es wird zugegeben, dass man versucht hat, den Süchtigen zu retten. Wut und Selbstmitleid kommen auf. Die Familie ist aggressiv gegenüber dem Süchtigen. Es gibt Familien, die die abhängige Person aus dem Haus werfen und einfach passiv bleiben.

In dieser Phase lernen die Familienmitglieder ihre Gefühle wahrzunehmen und diese auch zuzulassen.¹³⁹

3. Phase: Handel abschliessen

Trauerprozess: Der Sterbende versucht beispielsweise noch den nächsten Frühling zu erleben, indem er Hoffnung im Glauben sucht.

Co-Abhängigkeit: Der Partner sucht für den Süchtigen eine geeignete Institution.

¹³⁷ Vgl. Flassbeck. 2011, S.93-94

¹³⁸ Vgl. Rennert. 2012, S.139

¹³⁹ Vgl. Rennert. 2012, S.140-141

4. Phase: Depression

Trauerprozess: Wenn die Angehörigen merken, dass die Verhandlungen und die Wut keinerlei Veränderungen mit sich gebracht haben, kann das Umfeld in eine Depression fallen. Der Sterbende ist ohnmächtig und spürt den Verlust.

Co-Abhängigkeit: Die Angehörigen merken, dass sie machtlos gegenüber der Sucht sind. Sie fühlen sich ohnmächtig. Der Sterbende aber auch die Angehörigen können in dieser Phase einen emotionalen Schmerz fühlen und zeigen diesen mit Tränen. Manche fallen zurück in eine frühere Phase und sind wütend. Es ist wichtig, dass sie ihre Gefühle zeigen und sie sich deren bewusst sind, damit sie in die nächste Phase eintreten können.¹⁴⁰

5. Phase: Akzeptieren

Trauerprozess: Für die Familien, die einen tödlich erkrankten Menschen in der Familie haben, bedeutet diese Phase, dass sie nun die Grenzen und ihre Ohnmacht annehmen. In dieser Phase sollte man akzeptieren. Somit werden die Themen Krankheit und Tod in die Familie eingebracht. Es kann sein das sich dadurch auch Gelassenheit zeigt.

Co-Abhängigkeit: Der Süchtige muss akzeptieren, dass der Konsum von Alkohol aufhören muss. Auf der anderen Seite müssen die Angehörigen akzeptieren, dass sie ihre Helferrolle aufgeben müssen. Die Angehörigen müssen sich frei machen und können dem Süchtigen die Probleme zurückgeben. Die Familie lernt, dass sie nicht verantwortlich ist, ob der Süchtige gesund wird oder nicht.¹⁴¹

2.2.11 Parallelen einer Sucht und einer Co-Abhängigkeit

Anhand dieses Vergleichs ist sichtbar, wie ähnlich sich eine Sucht und eine Co-Abhängigkeit doch sind (siehe Abb. 4 und 5). Die Merkmale sind entweder absolut übertragbar oder total gegensätzlich. Ein Beispiel hierzu sieht man bei der Übernahme von Verantwortung. Co-abhängige Menschen wollen der suchtkranken Person möglichst viel Verantwortung abnehmen und Abhängige sind froh, diese abzugeben.

Es kann also festgehalten werden, dass es bei einer Suchterkrankung auch immer co-abhängig Verstrickte im Umfeld hat. Dies setzt voraus, dass zwischen den beiden, ein engerer Kontakt da ist.¹⁴²

¹⁴⁰ Vgl. Rennert. 2012, S.142

¹⁴¹ Vgl. Rennert. 2012, S.142

¹⁴² Vgl. Flassbeck. 2011, S.60-61

Tabelle 2: Gegenüberstellung co-abhängige und süchtige Symptome des (Co-)Abhängigkeitssyndroms

Co-Abhängigkeit	Sucht
abhängigkeitsspezifische Symptome	
Eingenommensein durch den süchtigen Partner, übermäßiges Verlangen zu helfen	starker Wunsch oder Zwang zum Konsum bzw. Suchtverhalten
Bemühen um Kontrolle der Sucht des Partners	verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. des Konsums bzw. Suchtverhaltens
Zunahme der Hilfebemühungen und Kontrolle	Toleranzsteigerung
Vernachlässigung anderer Vergnügen und Interessen und sozialer Bezüge bis hin zur vollständigen Selbst-aufgabe	Vernachlässigung anderer Vergnügen und Interessen (und sozialer Bezüge)
zum Partner halten trotz schädlicher Folgen	Konsum/Suchtverhalten trotz eindeutiger schädlicher Folgen
Bagatellisierung, Verleugnung der Sucht	Verleugnung, Bagatellisierung der Sucht
ständiges Nähesuchen zum Partner, Getrenntsein löst Unruhe und Unwohlsein aus, Vermeidung von Getrenntsein	Entzugssymptome bei Nichtkonsum bzw. Substanzgebrauch, um Entzugssymptome zu mildern
Schamkomplex und andere sozioemotionale Störungen	
Scham-, Schuldkomplex, Sprachlosigkeit	Schamlosigkeit, latenter Schuldkomplex
Schein der heilen Welt, glücklichen Familie	Schein der heilen Welt, glücklichen Familie
wechselhafte Stimmung zwischen Hoffnung und Larmoyanz	Breitsein/Dichtsein (unter Suchtmittel), Stimmungsschwankungen (ohne Suchtmittel)
inkonsequentes Verhalten	manipulative Verhaltensweisen
starke Hemmung von Ärger und Aggressivität	Enthemmung (unter Suchtmitteln) und Hemmung (ohne Suchtmittel)
übermäßige Freundlichkeit und Höflichkeit, ständiges Bemühen, es anderen recht zu machen	egozentrische Manipulation anderer Menschen

Tabelle 2 (Fortsetzung): Gegenüberstellung co-abhängige und süchtige Symptome des (Co-)Abhängigkeitssyndroms

Co-Abhängigkeit	Sucht
Schamkomplex und andere sozioemotionale Störungen	
hohe Leistungsansprüche, Perfektionismus, hohes Selbstideal	narzisstische Selbstüberschätzung
Selbstzweifel, Selbstwertproblematik, Versagensgefühle	Selbstwertproblematik, Versagensgefühle
übermäßige Verantwortungsübernahme	Verantwortungsdelegation
zusätzliche wichtige Auffälligkeiten	
depressive Symptome (Erschöpfung, Freudlosigkeit, Lustlosigkeit ...)	depressive Symptome
psychosomatische Beschwerden (Erschöpfung, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Unwohlsein, häufige kleine Erkrankungen ...)	psychosomatische Entzugssymptome und Beschwerden
Ängste, Unsicherheit, Nervosität	Ängste, Unsicherheit
posttraumatische Beschwerden (Misstrauen, Gleichgültigkeit, Unruhe, Schreckhaftigkeit ...)	posttraumatische Auffälligkeiten
problematischer Suchtmittelkonsum	Suchtverlagerung, Co-Abhängigkeit

Abb. 5: „Gegenüberstellung co-abhängige und süchtige Symptome des (Co-)Abhängigkeitssyndrom“ (Flassbeck. 2011, S.59)

Abb. 4: „Gegenüberstellung co-abhängige und süchtige Symptome des (Co-)Abhängigkeitssyndrom“ (Flassbeck. 2011, S.59)

Auch Kowitzus macht einen Vergleich zwischen Suchtkranken und Co-Abhängigen. Er sagt, dass **Süchtige und Co-Abhängige wie Schloss und Schlüssel zusammenpassen**. Sie haben viel gemeinsam und durchleben ähnliche Phasen. Vor allem der Partner des Süchtigen fühlt sich verletzt durch das Verhalten des Süchtigen. Die Wochenenden sind unbeliebt, da man zusammen daheim sitzt und jederzeit die unterdrückte Wut frei werden kann.¹⁴³

¹⁴³ Vgl. Kowitzus. 2011, S.51

2.3 Angehörigenperspektive

2.3.1 Definition Angehörige

Es ist wichtig zuerst zu erklären, welche Personen überhaupt unter dem Begriff Angehörige gemeint sind. Wenn man von Angehörigen redet, sind meistens die nahen Verwandten gemeint.¹⁴⁴ Diejenigen Personen, die im unmittelbaren „sozialen Nahbereich“¹⁴⁵ eines Suchtkranken leben, nehmen in der Entstehung, Erhaltung, Therapie und Rückfallprophylaxe der Abhängigkeitserkrankung einen wichtigen Part ein, wobei dieser oftmals unterbewertet oder gar vergessen wird. In der Praxis sind die Menschen wichtig, die mit den suchtabhängigen Personen zusammenleben. Diese spüren nämlich die Auswirkungen einer Abhängigkeit am stärksten.¹⁴⁶

Eine passende Definition hierzu von Michael Klein:

*„Unter Angehörigen von Suchtkranken werden in der Regel die nahestehenden Verwandten verstanden. Präziser und daher für die Praxis relevanter ist die Vorstellung, dass es sich um jene Menschen handelt, die in einer dauerhaften Gemeinschaft mit einer Person leben, die entweder Suchtmittel missbraucht oder von diesen abhängig ist. **Als solche kommen in erster Linie (Ehe-)Partner und Kinder in Frage.**“¹⁴⁷*

2.3.2 Geschichtliche Entwicklung

Wir stufen es als wichtig ein, aufzuzeigen, wie die Angehörigen von Suchtkranken in der Forschung und der Gesellschaft früher wahrgenommen wurden. Dies zeigt uns auch auf, welchen Stellenwert und welches Ansehen die Angehörige damals hatten.

Seit den Anfängen des 20. Jahrhundert ist deutlich, dass das soziale Umfeld eines alkoholkranken Menschen über einen längeren Zeitraum diverse Ballaste ertragen muss. Obwohl dies relativ lange bekannt ist, ging man nicht näher auf die Bedürfnisse der Angehörigen ein. Erste Priorität hatte immer der Suchtkranke. Damals war man der Auffassung, dass die Abstinenz des Abhängigen einen erheblichen positiven Einfluss auf die Situation der Angehörigen haben werde. Dieser Ansatz blieb auch dann noch bestehen, als Modelle aufkamen, die eine Familie als dynamisches System bezeichneten. Das heisst, dass jedes Familienmitglied durch sein Verhalten die anderen beeinflusst, was wiederum Einfluss auf eine Abhängigkeit hat.¹⁴⁸ Aus diesem Grund gibt es in der Suchthilfe viel mehr Angebote für abhängige Menschen als für deren Angehörige. Doch Veränderungen sind im Gange. Die Forschung ist sich mittlerweile einig, dass eine Suchtmittelabhängigkeit eine Familienkrankheit ist.¹⁴⁹

1912 gab es eine erste wissenschaftliche Studie von Heron, in der die Lebenssituation von Angehörigen von abhängigen Menschen untersucht wurde. Nichts desto trotz blieben die Angehörigen noch lange in Vergessenheit. Bis heute gibt es Lücken in der Wissenschaft zu diesem Thema. Meist werden populärwissenschaftliche Modelle verwendet, bei denen es um die Rolle von angehörigen Personen geht, die in ihrem Umfeld einen suchtabhängigen Menschen haben. Diese Modelle gehen davon aus, dass die Angehörigen meist abhängig

¹⁴⁴ Vgl. Klein. 2000, S.2

¹⁴⁵ Für Klein gehören folgende Personen zum sozialen Nahbereich: Partner, Kinder, Eltern, Helfersystem und Arbeitskollegen.

¹⁴⁶ Vgl. Klein. 2001, S.1

¹⁴⁷ Klein. 2002, S.2

¹⁴⁸ Vgl. Stutz., Schläfli., Egli., Ridinger. 2011, S.119

¹⁴⁹ Vgl. Schneider. 2011, S.1

und unsicher in ihrem Verhalten sind. Eigentlich wissen die Partner, dass sie sich trennen sollten, können ihre Entscheidung aber nicht durchziehen, weil der Wille zu wenig gross ist. Zudem tragen die Partner unbewusst durch ihre Verhaltensweisen dazu bei, dass die Sucht des anderen aufrechterhalten wird. Dieser Ansatz gehört zur monolithischen Vorstellung. Der Angehörige wird als Co-Abhängiger bezeichnet und angesehen. Diese Co-Abhängigkeit wird somit als Krankheit dargestellt. Dadurch wird das Verhalten von diesen Menschen als problematisch dargestellt. Klein widerlegt diese Vorstellung von diesem einheitlichen Angehörigenbild. Er fand heraus, dass die Persönlichkeit von der untersuchten Angehörigengruppe im Normalbereich war und keinerlei pathologische Anzeichen zeigte. Da es aber immer noch wenig Studien zu diesem Thema gibt, überwiegt diese monolithische Vorstellung von Angehörigen von Suchtkranken.

Folgende beispielhaften Merkmale gelten für die Angehörigen, wie sie sich in den meisten Fällen gegenüber der abhängigen Person verhalten haben:

- Die Angehörigen entschuldigen und rechtfertigen das Verhalten des Abhängigen
- Ständig wird der Suchtkranke kontrolliert, beispielsweise durch Aufsuchen des versteckten Alkohols
- Das Umfeld versucht den Abhängigen mit aller Kraft vom Alkohol oder potentiellen Orten, wo Alkohol konsumiert oder gekauft werden könnte, fernzuhalten
- Schwierige Situationen oder belastende Momente werden vom Umfeld ebenfalls versucht fernzuhalten und ihn zu schützen
- Die Angehörigen stellen die Glaubwürdigkeit des Suchtkranken ständig in Frage und sind immer der Überzeugung, dass der Abhängige lügt

1954 hat Jackson als erster ein entwicklungsorientiertes Modell über suchtblastende Partnerschaften entwickelt. Er beschreibt in diesem Modell drei Phasen, wo es um eine Kategorisierung des Verhaltens in Partnerschaften geht.

In der ersten Phase wird die Alkoholabhängigkeit verleugnet, vermieden, bagatellisiert oder abgestritten. In der zweiten Phase versucht der Angehörige den Alkoholkonsum des Partners zu beeinflussen bzw. zu eliminieren. Der Angehörige kontrolliert ständig seinen Partner, merkt aber gleichzeitig, dass vermehrt Ohnmachtsgefühle und Selbstmitleid sich breit machen. Diese Emotionen werden verstärkt, weil der Suchtkranke immer mehr Alkohol konsumiert. In der dritten Phase geht es um Desorganisation. Die Abhängigkeit des Partners besteht bereits seit einigen Jahren, trotz der ständigen Kontrolle des Partners. Dieser „Misserfolg“ führt dazu, dass der Angehörige den Konsum einfach hinnimmt. Dadurch wird der Suchtkranke in seiner Partner- und/oder Vaterrolle weniger ernst genommen und immer mehr ausgegrenzt. Während dieser Phase spielen Anklage und Bestrafung auch eine zentrale Rolle. Oftmals gibt es in dieser Phase Trennungen, es kommt zu Therapieaufenthalten oder der Abhängige stirbt.¹⁵⁰

1960 konnte Lemert durch empirische Forschung belegen, dass dieses Drei-Phasen-Modell von Jackson korrekt ist. Zudem konnte er aufzeigen, dass Frauen, die einen alkoholabhängigen Partner haben, mehr Stress erleben, als Frauen, die keinen suchtkranken Mann haben.

Familienangehörige oder Partner von suchtkranken Menschen hatten also lange Zeit keinen guten Ruf. Ihnen wurde die Schuld für die Abhängigkeit des anderen gegeben. Vor allem die Partnerinnen wurden für Suchtentwicklung- und aufrechterhaltung verantwortlich gemacht. Die damaligen Konzepte waren sehr frauenfeindlich.¹⁵¹ Den Angehörigen wurde keinerlei

¹⁵⁰ Vgl. Klein. 2000, S.30-32

¹⁵¹ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.5-6

Verständnis für ihre belastende Situation entgegengebracht. In der Forschung, wie auch in der Praxis, wurden die Angehörigen vergessen.¹⁵²

Schwoon und Klein haben 1997 Interaktionsfiguren entwickelt, welche die relevantesten Arten von Beziehung zwischen dem Angehörigen und dem Abhängigen zeigt, beziehungsweise wie der Umgang mit der Suchtmittelabhängigkeit vom Umfeld aussieht.

Diese Reaktionen können entstehen:

- Bekämpfung (Alkohol wird weggeschüttet, der Suchtkranke wird beschimpft und belehrt)
- Kriegsähnlicher Zustand (die Gespräche sind nicht respekt- oder würdevoll)
- Zwang (die abhängige Person wird eingesperrt)
- Kontrolle (der Konsum wird beobachtet)
- Bekehrung (der Angehörige pflegt den Suchtkranken und versucht ihn in spirituelle Gruppen mitzunehmen, damit dieser sich bekehren lässt)
- Hilfe (der Angehörige versucht das Verhalten des anderen zu verstehen)
- Passivität, Abgrenzung (der Abhängige wird nicht mehr unterstützt, man lässt ihn machen)¹⁵³

2.3.3 Auswirkungen einer Suchtmittelabhängigkeit auf das Familienleben

Die Partner und Kinder einer suchtmittelabhängigen Person sind höheren Belastungen ausgesetzt als Familienangehörige einer funktionierenden Familie.¹⁵⁴ Für eine Familie mit dysfunktionalen Strukturen ist charakteristisch, dass jedes Mitglied starre Rollen besitzt. Diese Rollen entstehen nicht unweigerlich, sondern entwickeln sich langsam und unbewusst. Die Zuschreibung einer solchen Rolle soll eine Art Schutzschild gegen emotionale Belastungen sein. Ausserdem werden Regeln eingehalten, obwohl diese nie angesprochen oder explizit so definiert wurden. Beispiele hierzu wären, dass in der Familie keine Gefühle gezeigt werden oder über Emotionen gesprochen wird.¹⁵⁵ Am schwierigsten ist es für die Familie mitanzusehen, wie die bisherige harmonische und funktionierende Beziehung zur suchtkranken Person immer mehr auseinanderfällt. Die Hauptschwierigkeiten im Zusammenleben mit einem Suchtmittelabhängigen sind folgende:

- Die Beziehung besteht fast nur noch aus Konflikten und Aggressivität und verschiedene Formen von Gewalt werden zu einem präsenten Thema im Familienalltag
- Es kommt oftmals zu Streit, wenn es um das Thema Geld geht
- Es kommt zu ständigen Sorgen und Unsicherheiten bezüglich des Gesundheitszustands der abhängigen Person
- Die Familieneinheit droht auseinanderzufallen. Dadurch entstehen Ängste, dass das Wohl der Kinder auf der Strecke bleibt
- Soziale Kontakte und Freizeitbeschäftigungen werden eingeschränkt oder gar aufgegeben

¹⁵² Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.5-6

¹⁵³ Vgl. Klein. 2000, S.9

¹⁵⁴ Vgl. Klein. 2000, S.1

¹⁵⁵ Diese Informationen sind auf folgender Homepage nachzulesen: www.freundeskreise-sucht.de

- Es kommt zu negativen, gesundheitlichen Folgen. Negative Emotionen wie Angst, Sorgen, Hilflosigkeit, Verzweiflung, Depressionen, Schuldgefühle, Wut und Einsamkeit machen sich bemerkbar.

Eine Familie durchlebt zusätzlich noch folgende Gefühle:

Angst: In einer Familie, in der ein Mitglied suchtkrank ist, gibt es ständig neue Probleme, was zusätzlichen Stress für das Familienleben bedeutet. Hinzu kommt noch die ständige Angst und Sorge um die abhängige Person. Auch wenn es abstinente Phasen gibt, existiert es für die Angehörigen keine Garantie, dass es weiterhin so bleibt. Die Angst vor einem Rückfall ist allgegenwärtig. Dazu kommt die Angst, dass es jeden Tag neue Probleme geben könnte, die nicht zu bewältigen sind. Angst davor, dass der Abhängige wieder betrunken nach Hause kommt, dass er einen Unfall hat, dass er sich verletzt, dass er Schulden macht oder sich seine Gesundheit verschlechtert.

Schuldgefühle: Die Familie beginnt sich einerseits gegenseitig zu beschuldigen, andererseits machen sich manche Familienmitglieder selber Vorwürfe für die Abhängigkeitserkrankung des anderen.

Schmerz: Es ist schwierig, einem Menschen dabei zusehen zu müssen, wie er sich negativ verändert. Das kann intensive Schmerzgefühle auslösen. Ebenso die vielen Konflikte, Diskussionen, Schuldzuweisungen und die nicht eingehaltenen Versprechungen hinterlassen viele Enttäuschungen. Die Familie streitet vermehrt und die Stimmung ist oft schlecht. Der Abhängige macht den Familienmitgliedern Schuldzuweisungen für seine Abhängigkeit. Dies wiederum ist für die Familie schwierig auszuhalten.

Scham: Für viele Familien ist es beschämend, wenn die suchtkranke Person beispielsweise betrunken ist und dadurch peinliche Verhaltensweisen an den Tag legt. Die Scham kann sogar so weit gehen, dass das Selbstwertgefühl von jedem Familienmitglied beeinträchtigt wird.

Einsamkeit: Durch die belastende Situation innerhalb der Familie und die ständigen Krisen, kann es so weit gehen, dass nicht mehr miteinander geredet wird und die einzelnen Mitglieder dadurch vereinsamen.

Weitere gesundheitliche Folgen wie Schlafprobleme, höherer Konsum von Substanzen, Gewichtsveränderungen, Konzentrationsprobleme, Suizidalität und ein allgemein schlechterer gesundheitlicher Zustand können sich entwickeln. All diese Gefühle kann man sich wie eine Spirale vorstellen. Die Familie hat das Gefühl, dass diese nie enden wird.

Diese Gefühle selber sind nicht problematisch, aber dass diese sich ständig wiederholen und nicht offen darüber in der Familie gesprochen werden kann, macht es zu einer prekären Situation. Für Angehörige ist die Suchterkrankung eine derartige Belastung, da sie unter enormen Stress stehen, welcher soweit gehen kann, dass es zu gesundheitlichen Problemen führen kann.¹⁵⁶

Das Johnson Institute stellt fest, dass Angehörige einen ähnlichen Veränderungsprozess wie der Suchtabhängige durchlaufen. Diese Phasen der Veränderung können mit der Entstehung einer Sucht verglichen werden.

Wie Nahestehende auf den Menschen mit dem Alkoholproblem reagieren, hängt davon ab, was für eine Beziehung die beiden führen, wie nahe sie sich emotional stehen und ob eine räumliche Distanz vorhanden ist. Jedoch fühlen sich die meisten Angehörigen ohnmächtig und schuldig, weil sie der Meinung sind, dass sie verantwortlich für die Sucht des anderen seien. Manche machen sich auch Vorwürfe, dass sie es nicht schaffen, den Betroffenen vom Alkohol fern zu halten. Es ist darum wichtig, den Angehörigen zu vermitteln, dass sie nicht die Verantwortung übernehmen müssen. Allerdings kann der Nahestehende einen wichtigen

¹⁵⁶ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.6-7

Part einnehmen, indem er dem Betroffenen hilft, eine Krankheitseinsicht schrittweise zu erreichen. Dessen ungeachtet muss die abhängige Person ihr Trinkverhalten selbst unter Kontrolle bringen. Diese Tatsache kann zu Macht- und Hilflosigkeit aufseiten des Umfeldes führen.

Wenn das Umfeld versucht, die suchtabhängige Person auf ihr Problem hinzuweisen, also sie damit konfrontieren will, machen sie dies mit dem Ziel, dass der Abhängige Einsicht zeigt. Jedoch bestreitet die Person mit dem Alkoholproblem häufig, ein Problem zu haben. Dieses Leugnen nimmt die Funktion eines Abwehrmechanismus ein. Der Betroffene kann so seiner Abhängigkeit ausweichen. Das Leugnen drückt sich in fünf verschiedenen Verhaltensweisen aus:

1. Verharmlosung
2. Schuldzuweisung an andere
3. Rechtfertigung
4. Aggressivität
5. Bagatellisierung¹⁵⁷

Es gibt zwei Erklärungen, warum ein suchtabhängiger Mensch seine Probleme verleugnet. Zum einen ist dieser Mensch überfordert und braucht den Alkohol als Bewältigungsstrategie bei Problemen und zum anderen ist noch keine Krankheitseinsicht vorhanden. Folgende Aussage darf jedoch auf keinen Fall in Vergessenheit geraten: *„Alkoholabhängigkeit ist eine Krankheit. Die Frage nach der Schuld hilft zur Lösung des Problems nicht weiter.“* Nahestehenden muss demzufolge bewusst gemacht werden, dass sie den Alkoholkonsum des Betroffenen weder kontrollieren, noch ihn zum Aufklären zwingen können.¹⁵⁸

Für viele Angehörige kommt es aber auch überraschend, wenn sie erfahren, dass ein Mensch aus ihrem nahen Umfeld suchtmittelabhängig ist. Die Konfrontation folgt rasch und relativ unvorbereitet, was die Belastung schnell in die Höhe katapultieren lässt. Süchtige Menschen verstehen es, ihre Sucht zu verbergen und eine heile Welt vorzutäuschen. Jedoch kann dieses Verhalten nach einem gewissen Zeitraum nicht mehr aufrechterhalten werden. Nach diesem Zusammenbruch beginnt der Stress für die Angehörigen. Ein alkoholabhängiger Vater kann denselben Aufwand bedeuten wie ein Kind. Hingegen entwickelt sich ein Kind weiter und der Suchtkranke nicht. Im Gegenteil, dessen Launen werden immer unberechenbarer und er übernimmt immer weniger Aufgaben und Verantwortung.¹⁵⁹ *„Die alltägliche Arbeitsbelastung einer Angehörigen entspricht ungefähr dem kombinierten Stress einer alleinerziehenden Mutter mit einem Vollzeitjob und einem Rund-um-die-Uhr-Schwerstpflegefall zu Hause- das Ganze ohne Kinderbetreuungshilfe.“*¹⁶⁰ Durch die ständige Belastung können die Angehörigen bestimmte Abwehrmechanismen entwickeln. Das Johnson Institute in den USA beschreibt drei verschiedene Mechanismen:

1. Zu gut sein
2. Apathisch sein
3. Rebellisch sein¹⁶¹

Auch die Familie entwickelt sich während einer Abhängigkeit eines Familienmitgliedes. Diese Entwicklung ist geprägt von vier Phasen:

1. Lernphase
2. Suchphase
3. Schädliche Phase

¹⁵⁷ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.5

¹⁵⁸ Die Informationen sind auf dieser Internetseite nachzulesen: www.sucht-info.ch

¹⁵⁹ Vgl. Flassbeck. 2011, S.120

¹⁶⁰ Flassbeck. 2011, S.120

¹⁶¹ Vgl. Rennert. 2012, S.76

4. Fluchtphase

Lernphase:

Es vergeht viel Zeit bis die Abhängigkeit in einer Familie zu einem Problem wird. Bevor dies geschieht, können sich Stress, Streit oder verminderte Kommunikation in der Familie bemerkbar machen. Die Familie versucht, das alte Gleichgewicht wiederherzustellen. Dazu braucht jedes Familienmitglied seine individuellen Abwehrmechanismen. Die Familie ist sich in dieser Phase noch nicht bewusst, dass es ein Suchtmittelproblem gibt.

Suchphase:

In dieser Phase gibt es allmählich Hinweise, welche auf eine Alkoholabhängigkeit deuten könnten. Es kann vorkommen, dass der Abhängige Zeichen gibt, diese jedoch nicht wahrgenommen werden. Nach einer gewissen Zeit gibt es sehr viele Anzeichen die auf eine Alkoholabhängigkeit hindeuten und die Familie wird sich bewusst, dass sich etwas verändert hat. Die Familienmitglieder benutzen ihre Abwehrmechanismen, um ihr Leben im Gleichgewicht zu halten. Sie versuchen innerhalb der Familie gut miteinander umzugehen. Die Familie versucht die Abhängigkeit zu manipulieren und abzuwehren, was jedoch nicht funktioniert. Die Familie ist sich nun bewusst, dass eine Abhängigkeit vorhanden ist.¹⁶²

Schädliche Phase:

Jedes Familienmitglied versucht nun zwanghaft in seinem Abwehrverhalten zu bleiben. Niemand getraut sich den Abhängigen auf seine Sucht anzusprechen. Der Abhängige wird noch mehr beschuldigt, die Familie mit seinen ganzen Problemen zu belasten. Viele Familienangehörige versuchen, ihren Schmerz zu unterdrücken. Erst wenn der Schmerz so gross ist, dass man ihn spürt, wird nach einem Ausweg gesucht.

Fluchtphase:

In dieser Phase findet eine grosse Krise statt. Die Angehörigen haben Probleme in den verschiedenen Systemen wie Beruf, Schule, Geld oder im sozialen Umfeld. Die Situation kann zu einer Trennung oder Scheidung führen und kann psychosomatische Probleme mit sich bringen. Die Angehörigen fühlen sich energielos, möchten nicht länger Schuld an der Situation sein und darum distanzieren sie sich vom Abhängigen.¹⁶³

Familien können aber die Behandlung eines Suchtkranken enorm beeinflussen. Daher ist deren Einbezug unumgänglich. Nicht nur das Individuum spielt eine Rolle, sondern das ganze System, indem sich das Individuum bewegt. Dies lässt sich begründen, weil die Suchtmittelabhängigkeit Einfluss auf sämtliche Beziehungen in der Familie nimmt. Darum muss die ganze Familie im Blickfeld der Beratung sein. Es ist wichtig herauszufinden, wie jedes einzelne Familienmitglied mit der Abhängigkeit umgeht.¹⁶⁴

Angehörige von Suchtabhängigen werden meistens in die Problematik der Sucht miteinbezogen. Sie kommen in die Versuchung, sich der Suchtproblematik hinzugeben und diese so aufrechtzuerhalten (Verantwortung abnehmen, Entschuldigungen suchen...).

Da die Angehörigen mit der Zeit merken, dass ihre Hilfe nicht zur Abstinenz des Suchtabhängigen führt, beginnen sie, ihre eigenen Fähigkeiten zu hinterfragen und sich dem Leidensdruck hinzugeben. Das kann dazu führen, dass Angehörige selber unter grossem Stress oder psychosomatischen Krankheiten leiden, welches zu einer eigenen Abhängigkeit führt. Trotz alledem sollte man nicht vergessen, dass diese Angehörigen sehr viele Fähigkeiten besitzen. Sie sind oft hilfsbereit, organisieren selbstständig ihren Alltag, sind zuverlässig und können für andere Sorgen. Diese Ressourcen können aber auch Überhand gewinnen, sodass sich eine Co-Abhängigkeit entwickelt.¹⁶⁵

¹⁶² Vgl. Rennert. 2012, S.77

¹⁶³ Vgl. Rennert. 2012, S.79-80

¹⁶⁴ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.5

¹⁶⁵ Vgl. Andorfer., Schmidt. 2007, S. 41-42

Eine mögliche Therapieform kann das Beobachten sein, wie sich der Alkoholkonsum auf die Beziehung ausgewirkt hat und wie sich diese verändert hat. Der Ansatz dieser Beratung stammt aus der familientherapeutischen Sichtweise. Dieser hält sich an das Konzept der Systemtheorie. Konkret bedeutet das, dass eine Suchtmittelabhängigkeit nicht das alleinige Problem ist, sondern ein Problem des Verhaltens darstellt. Dieses Verhalten steht jedoch auch in Verbindung mit anderen Verhaltensweisen, diese sind wiederum von Veränderungen und Interaktionen abhängig.

Sharon Wegscheider (Mitarbeiterin des Johnson Institute in den USA) ist der Meinung, dass jede betroffene Familie typische Gemeinsamkeiten zeigt. Ihr Anliegen ist es, Ansätze der Suchthilfe, der Familientherapie und der Al-Anon Gruppe zu verbinden.

Für einen suchtabhängigen Menschen sind die sozialen Beziehungen, welche er zu seinen Eltern, Kindern oder seinem Partnern pflegt, bedeutungsvoll für den weiteren Verlauf seiner Abhängigkeit. Es ist ebenfalls wichtig, wie diese verschiedenen Systeme miteinander agieren. Ausschlaggebend für die Entwicklung der Sucht sind somit die verschiedenen Interaktionen und Umgangsformen, die miteinander gepflegt werden. Die Abhängigkeit stellt aber wiederum eine grosse Belastung für die ganze Familie dar. Das Verhalten des Suchtkranken beeinflusst das ganze Familiensystem enorm. Speziell die Kinder und die Partner leiden stark unter den Folgeerscheinungen der Abhängigkeit, wie beispielsweise Gewalt, unkalkulierbares Verhalten oder sexueller Missbrauch.¹⁶⁶ Kolitzus schreibt, dass jede psychische und/oder physische Erkrankung Auswirkungen auf ein System hat. Aber eine Suchtproblematik wirkt am stärksten auf ein System ein. Jede Person wird sich dem Suchtabhängigen anpassen oder zur Wehr setzen. So entstehen neue Verhaltensweisen und Rollen, die man auf die Co-Abhängigkeit zurückführen kann. Das System Familie ist vergleichbar mit einem Mobile. Ist der Vater alkoholabhängig, entsteht ein Ungleichgewicht, da alle Familienmitglieder durch einen Faden miteinander verbunden sind. Die Familienmitglieder müssen nun ein neues Gleichgewicht herstellen. Meistens wird ein pathologisiertes Gleichgewicht gebildet. Ein Beispiel hierzu: Die Mutter, übernimmt immer mehr Aufgaben und gerät aufgrund des Drucks selbst in eine Sucht.¹⁶⁷ In jedem Mobile hängen die Mitglieder eines Systems zusammen. Beim kleinsten Lufthauch gerät das Mobile in Bewegung. Wenn sich ein Mitglied im Mobile bewegt, bewegen sich die anderen automatisch mit. Anhand dieses Mobiles kann man Familiensysteme darstellen. Es zeigt, dass jedes Verhalten eines Mitglieds Auswirkungen auf die anderen Mitglieder des Mobiles hat. Wenn nun der Familienvater ein Alkoholproblem hat, kann es sein, dass er sich zurückzieht oder seinen Frust zeigt. Um wieder ins Gleichgewicht zu kommen, muss man gemeinsam eine Lösung finden.¹⁶⁸

Auch Monika Rennert erklärt dieses System. Sie sagt, dass in Familien mit einem Alkoholabhängigen das System nach Balance strebt. Die Alkoholabhängigkeit eines Mitglieds führt zu ständigen Aktionen und Reaktionen. Daraufhin muss das System Familie eine neue Balance finden. Diese Balance wird so der Suchtabhängigkeit angepasst. Um diese Balance zu finden und zu halten, müssen die Angehörigen viel einstecken und sind belastet, was zu Kränkungen führen kann. Jedoch zeigt nicht jede Familie dieses Muster. Es ist falsch, davon auszugehen, dass die Familie Schuld an der Suchtabhängigkeit hat.¹⁶⁹

In der WHO European Charter on Alcohol gibt es vier Grundsätze, wobei drei davon von der Familie betreffen. Die Europäische Alkohol Charta wurde im Dezember 1995 in Paris von der Europakonferenz Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol verabschiedet. Man hat gemeinsam vier ethische Grundsätze formuliert, an denen sich alle Alkoholkonzepte richten sollten:

¹⁶⁶ Vgl. Thomasius, Bröning. 2012, S.14

¹⁶⁷ Vgl. Kolitzus. 2000, S.10

¹⁶⁸ Vgl. Kolitzus. 2011, S.44-46

¹⁶⁹ Vgl. Rennert. 2012, S.72

Grundsatz 1: „Alle Bürger haben das Recht auf ein vor Unfällen, Gewalttätigkeit und anderen negativen Begleiterscheinungen des Alkoholismus geschütztes Familien-, Gesellschafts- und Arbeitsleben.

Grundsatz 2: Alle Bürger haben das Recht auf korrekte, unparteiische Information und Aufklärung - von frühester Jugend an - über die Folgen des Alkoholkonsums für die Gesundheit, die Familie und die Gesellschaft.

Grundsatz 3: Alle Kinder und Jugendlichen haben das Recht, in einer Umwelt aufzuwachsen, in der sie vor den negativen Begleiterscheinungen des Alkoholkonsums und soweit wie möglich vor Alkoholwerbung geschützt werden.

Grundsatz 4: Alle alkoholgefährdeten oder alkoholgeschädigten Bürger und ihre Familienangehörigen haben das Recht auf Zugang zu Therapie und Betreuung.¹⁷⁰

Zusammenfassend kann man also sagen, dass man in der Arbeit mit suchtkranken Menschen auch dessen Familienverhältnisse ansprechen sollte oder sogar diese in die Beratung miteinbeziehen muss, weil die Familie im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung eine wichtige Rolle spielt. Trotz dieses Wissens gibt es immer noch Forschungslücken. Beispielsweise weiss man noch nicht, welchen Einfluss eine enge, ausserfamiliäre Bezugsperson auf die abhängige Person hat.¹⁷¹ Ausserdem sollte ein Berater eine akzeptierende und wertschätzende Haltung in der Arbeit mit Familien einnehmen, da es ein grosser Unterschied ist, ob sich der Berater gegenüber der Familie misstrauisch verhält oder die bereits getätigten Bemühungen anerkennt.

Wenn Süchtige als arm bezeichnet werden und die Familie als Sündenbock für die Abhängigkeit dargestellt wird, wird der Süchtige von der Verantwortung für sein Handeln entbunden. Eine Familie kann als co-abhängig verstrickt bezeichnet werden, wenn sie die Sucht unbewusst mitunterstützt, wenn unpassende Solidarität gegenüber dem Abhängigen gezeigt wird und gleichzeitig die Schuld der Familie zugewiesen wird.¹⁷²

2.3.4 Das Leiden der Partner

Ist ein Mensch alkoholabhängig, ist er nicht nur als Person selber betroffen. Dessen soziales Umfeld ist ebenfalls involviert. Besonders belastend wird es für eine Person aus dem Umfeld, wenn sie eine nahe und enge Beziehung zum abhängigen Menschen führt. Die Folgen können folgendermassen aussehen:

- Beeinträchtigung des Alltagslebens
- Finanzielle Probleme
- Die Beziehung wird zur Belastung
- Es kann vorkommen, dass das Umfeld derartig leidet, dass sie selber auch krank werden
- Es ist zunehmend schwieriger, dass das Paar konstruktiv miteinander kommuniziert. Daher findet bei den Partnern ein gewisser Rückzug statt, was immer mehr Isolation zur Folge hat
- Die eigene Gefühls- und Stimmungslage steht in Abhängigkeit zu derjenigen des Abhängigen

¹⁷⁰ Diese Informationen stammen von folgender Internetseite: www.euro.who.int

¹⁷¹ Vgl. Thomasius, Bröning. 2012, S.15

¹⁷² Vgl. Flassbeck. 2011, S.45

- Partner schildern dem Suchtkranken ihre Belastung. Es werden viele Drohungen ausgesprochen, falls sich nichts an der Situation ändert¹⁷³
- Partner von Alkoholabhängigen fühlen sich oft minderwertig, unattraktiv und erfolglos. Die Handlungskompetenz nimmt ab und die Ohnmacht als Partner zu¹⁷⁴

Da die Gesellschaft gegenüber alkoholabhängigen Menschen eine eher abwertende Haltung einnimmt, kommt beim Umfeld oftmals ein Gefühl von Scham auf. Jedoch muss hier erwähnt werden, dass es keinerlei Gründe gibt, sich zu schämen, weil es viele Betroffene gibt, die ein Alkoholproblem haben. Demzufolge gibt es viele Menschen, die einen Angehörigen haben, der alkoholabhängig ist. Obwohl dies eigentlich bekannt ist, wird oftmals über dieses Problem geschwiegen. Es wird nicht erwähnt, wie belastend diese Sucht auswirkt und wie hilflos man sich manchmal fühlt.¹⁷⁵

Wie Schulz von Thun es bereits beschrieben hat, gibt es im Innern jedes Menschen ein Team, das für verschiedene Aufgaben verantwortlich ist. Kolitzus vergleicht dies mit einer co-abhängigen Person. Im Innern eines Co-Abhängigen existieren verschiedene Persönlichkeiten wie die fürsorgliche Mutter, die Geliebte, die Krankenschwester usw. Jeder Mensch hat innerliche Auseinandersetzungen, jedoch sind diese bei Co-Abhängigen noch stärker ausgeprägt.¹⁷⁶

Die AA und Al Anon Gruppe sind nicht der Meinung, dass ein Angehöriger aufgrund der Alkoholabhängigkeit des Partners abhängig werden kann. Die Alkoholabhängigkeit eines Partners ist sicherlich eine grosse Belastung und führt zu Stress. Es besteht auch die Möglichkeit, dass manche Frauen aufgrund dessen krank werden. Sie können selber eine Abhängigkeit entwickeln oder psychosomatisch erkranken. Jedoch haben sich diese Erkrankungen durch verschiedene Faktoren gebildet und nicht nur aufgrund der Abhängigkeit des Partners. Durch die Co-Abhängigkeit werden viele Angehörige pathologisiert. Manche Angehörige möchten nicht, dass sie als co-abhängig bezeichnet werden. Manche Angehörige wollen jedoch, dass man ihnen diesen Begriff zuordnet, damit sie sich auch berechtigt fühlen, Hilfe anzunehmen.¹⁷⁷

Es darf nicht vergessen werden, dass auch suchtabhängige Menschen ein Umfeld haben. Diese Angehörigen dürfen nicht unbemerkt gelassen werden, da diese einen wichtigen Teil bezüglich der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Suchtkrankheit haben. Nichts desto trotz ist der Einbezug der Partner elementar in der Therapie von alkoholabhängigen Menschen, da diese oftmals selber professionelle Unterstützung benötigen. Die Integration der Angehörigen in die Therapie ist nur schon deswegen wichtig, weil es mehr Angehörige von suchtkranken Menschen gibt als Suchtkranke selber. Der Bedarf ist also gegeben.¹⁷⁸

Angehörige von Suchtkranken leiden stark unter ihrer Situation. Einerseits entsteht ein Leidensdruck weil sie unter der Sucht vom Abhängigen leiden. Andererseits wird ihnen oftmals eine gewisse Mitschuld für die Sucht vom anderen angehängt. Dadurch leiden Angehörige meist mehr und intensiver als die Suchtkranken. Studien haben gezeigt, dass eine gewisse psychosoziale Belastung bei den Angehörigen von suchtkranken Menschen vorhanden ist.¹⁷⁹ Der Autor Schneewind spricht im Zusammenhang mit Belastungen von **Duldungs- und Katastrophenstress**. Unter Duldungsstress versteht er, wenn Menschen während einem längeren Zeitraum Situationen ertragen müssen und zugleich in dem Glauben sind, dass die Dinge sich nie ändern werden, auch nicht aus Eigeninitiative. Beim Katastrophenstress geht es darum, dass oftmals plötzliche und unkalkulierbare Situationen

¹⁷³ Die Informationen sind auf dieser Internetseite zu finden: www.sucht-info.ch

¹⁷⁴ Vgl. Berke. 2004, S.64

¹⁷⁵ Die Informationen sind auf dieser Internetseite zu finden: www.sucht-info.ch

¹⁷⁶ Vgl. Kolitzus. 2000, S.21

¹⁷⁷ Vgl. Rennert. 2012, S.30-31

¹⁷⁸ Vgl. Klein. 2000, S.29

¹⁷⁹ Vgl. Klein. 2000, S.30

entstehen, die auch traumatisierend wirken können, die aber von den beteiligten Parteien nicht unter Kontrolle gehalten werden können.¹⁸⁰

Für Angehörige können tragfähige soziale Beziehungen positive Auswirkungen besitzen. Wenn ein Angehöriger hingegen zusätzliche psychische oder körperliche Beeinträchtigungen hat, können diese Faktoren den bereits vorhandenen Stress noch intensivieren.

Wenn man mit Angehörigen von Suchtabhängigen zusammenarbeitet, sind die Grundhaltungen dieser Personen ein wichtiges Element. Aufgrund dieser Haltungen haben sie nämlich oftmals verzerrte Überzeugungen entwickelt. Beispielsweise die Annahme, dass nur die abhängige Person wichtig ist und man sein ganzes Leben nach ihr richten muss und auf die eigenen Bedürfnisse und Wünsche nicht achten muss. Eine weitere weitverbreitete Meinung ist, dass durch ständige Kontrollen der Konsum des anderen abnimmt.¹⁸¹

Unser Experte Oliver Grehl sagt hierzu, dass viele Angehörige oftmals sehr verunsichert, hilflos oder gekränkt sind. Sie haben häufig sehr viele existenzielle Ängste. Sie haben beispielsweise Angst vor Gewaltausbrüchen durch ihren Partner oder vor Stigmatisierungen von Freunden und Bekannten. Dass die Alkoholabhängigkeit des Partners bei dessen Arbeitsplatz auffliegen könnte, ist ebenfalls eine weitverbreitete Sorge.¹⁸²

2.3.5 Ambivalenz als Grundhaltung

Eine weit verbreitete Grundhaltung von vielen Angehörigen ist ihr **ambivalentes Verhalten**. Das heisst, dass sie sich einerseits bewusst sind, dass sie sich widersprüchlich verhalten und handeln und dies negative Folgen hat. Andererseits hoffen sie aber noch auf ein kleines Wunder. Durch diese Inkonsequenz wird ersichtlich, dass die Angehörigen Mühe haben, geradlinige Entscheidungen zu treffen und durchzuziehen. Zum einen sind sie mit dem Trinkverhalten des Partners alles andere als einverstanden und üben bei jeder Gelegenheit Kritik. Zum anderen unterstützen sie unbewusst dessen Sucht. Trotz allem sind sich die Angehörigen bewusst, dass sie oft Schwierigkeiten mit konsequentem Verhalten haben. Die Angehörigen haben die Tendenz, sich selber zu hohe Ziele zu stecken. Aus diesen unrealistischen Anforderungen können nur Enttäuschungen resultieren.¹⁸³

Eine Forschungslücke, die bis heute besteht, sind Untersuchungen, die zeigen, ob es Unterschiede in den Belastungen gibt, je nachdem welche Beziehung der Angehörige zum Suchtkranken pflegt, beispielsweise ob Eltern anderen Belastungen ausgesetzt sind als Geschwister oder Partner. Es gibt ebenfalls keine Forschungen die zeigen, ob es Unterschiede gibt, wenn eine abhängige Person illegale Substanzen konsumiert oder legale, wie Alkohol.¹⁸⁴

2.3.6 Partnerinteraktion

Durch Belastungsfaktoren in einer Partnerschaft (in unserem Fall eine Alkoholsucht), die über einen längeren Zeitraum anhalten, ohne dass dabei Ressourcen aktiviert werden konnten, entsteht oftmals eine kontinuierliche Abwärtsspirale. Beide Partner fühlen sich dabei entkräftet und empfinden einander gegenüber feindselige Gefühle. Hierbei ist es

¹⁸⁰ Vgl. Klein. 2001, S.11 In: Schneewind. 1991

¹⁸¹ Vgl. Klein. 2001, S.11-12

¹⁸² Vgl. Grehl. 2012, S.155

¹⁸³ Vgl. Klein. 2001, S.13

¹⁸⁴ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.6

hilfreich, wenn das Paar in der Therapie die Belastungsfaktoren anspricht und diese auch als solche erkennt.¹⁸⁵

Es gibt mehr Frauen, die einen alkoholabhängigen Partner haben, als Männer mit einer abhängigen Partnerin. In der Schweiz geht man davon aus, dass es mehrere Hunderttausend Angehörige von alkoholkranken Menschen gibt, wovon die Mehrzahl Frauen sind.¹⁸⁶ In den meisten Fällen lassen sich die Partner von alkohol- oder drogenabhängigen nicht in die Sucht mithineinziehen. Das heisst, sie konsumieren nicht die gleichen Mengen wie ihre Partner.¹⁸⁷

Ein Drittel der Frauen, welche ein Alkoholproblem haben, haben keinen Partner. **“Es ist jedoch nur schwer festzustellen, ob der Alkoholismus die Folge oder die Ursache einer fehlenden Partnerschaft ist.”** Auffallend ist ebenfalls, dass bei ca. 30% der alkoholabhängigen Frauen, der Partner ebenfalls alkoholabhängig ist. Eine derartige Konstellation erschwert die Therapie.¹⁸⁸

Da die Partner eine besondere Nähe und Bindung zur suchtabhängigen Person haben, sind es auch sie, die im Zusammenleben die Belastungen am meisten verspüren.¹⁸⁹ Vor allem in den Partnerschaften, in denen ein Partner alkoholabhängig ist und der andere nicht, erlebt der abstinent Partner die Belastung viel stärker, weil sie sich den viel grösseren Druck machen, dass sie Verantwortung für den anderen übernehmen sollten.¹⁹⁰ Auch durch die ständigen Versuche, den Partner zu retten, was jedoch keinen Erfolg mit sich bringt, hat dies Auswirkungen auf den Gemütszustand. Die Partner werden oft auch in Verhaltensverstrickungen einer Alkoholabhängigkeit hineingezogen. Zu Beginn geschieht dies meist unbewusst. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass **die Angehörigen lernen, dass ihr eigenes Verhalten ebenfalls Einfluss auf die Sucht des Abhängigen hat.**

Ebenfalls muss ihnen aufgezeigt werden, dass sich gewisse Verhaltensweisen ihrerseits wie Muster wiederholen.¹⁹¹ Sie sind also höheren Belastungen ausgesetzt als Partnerschaften oder Familiensysteme ohne Suchtmittelabhängigkeit. Jedoch konnte noch keine Studie belegen, dass es bei Partnern von alkoholkranken Menschen überwiegende negative Charakterzüge gibt. Dagegen konnte aufgezeigt werden, unter welchen Beeinträchtigungen die Partner leiden. Dazu gehört Depression, Angst oder somatoforme Störungen. All diese Beeinträchtigungen können sich durch den ständigen Stress entwickeln.

Zum Thema Partnerinteraktion sind wir auf ein Interaktionsmodell gestossen, welches die symmetrische und komplementäre Interaktion beschreibt. Symmetrische Interaktion heisst, dass das Paar auf eine Situation sehr ähnlich reagiert, beispielsweise reagieren beide zusammen sehr aufbrausend oder aggressiv. Diese Art von Interaktion kommt bei Angehörigen von Suchtabhängigen weniger vor.

Das Pendant zur symmetrischen Interaktion ist die komplementäre Interaktion. Die Partner reagieren also unterschiedlich auf dieselbe Situation. Beispielsweise wird ein Partner sehr wütend und der andere nimmt eher den ruhigen Part ein und versucht zu beruhigen. Diese Interaktionsform kommt bei Paaren, bei denen eine Person suchtabhängig ist, häufiger vor als bei anderen Paaren.¹⁹² Die komplementäre Interaktion wird also vor allem bei Co-Abhängigen und Abhängigen in ihrer Beziehung gebraucht.¹⁹³ Symmetrisches Verhalten zeigt vor allem der Süchtige. Er pendelt zwischen Höhepunkten, Anspannung, Erschöpfung und Schuldgefühlen, weil er wieder getrunken hat. Die Partner haben meistens eine komplementäre Kommunikation. Aus Angst vor Konfrontation geben sie nach, unterwerfen

¹⁸⁵ Vgl. Brandl-Nebehay. 2010, S.37

¹⁸⁶ Diese Information stammt von folgender Internetseite: www.sucht-info.ch

¹⁸⁷ Vgl. Klein. 2001, S.2-3

¹⁸⁸ Vgl. Klein. 2001, S.4 In: O'Farrell & Murphy, 1995

¹⁸⁹ Vgl. Klein. 2000, S.1

¹⁹⁰ Vgl. Klein. 2002, S.8

¹⁹¹ Diese Information stammt von folgender Internetseite: www.sucht-info.ch

¹⁹² Vgl. Klein. 2001, S.9-10

¹⁹³ Vgl. Thomasius, Küstner. 2005, S.66

sich und helfen dem Süchtigen. Therapeuten/Berater können sich auch jeweils komplementär oder symmetrisch verhalten. Beispielsweise bei einem komplementären Verhalten führt der Berater eine Intervention nicht aus, da er Angst hat, danach nicht mehr nett zu wirken. Symmetrisches Verhalten zeigt sich, wenn der Berater hilflos ist und keine Ideen mehr hat, wie man den Klienten helfen könnte, was zu Ohnmachtsgefühlen führt. Dieses Verhalten kann dem Klienten jedoch auch bewusst machen, dass er alleine die Verantwortung für Veränderungen übernehmen muss. Diese Hilflosigkeit kann dem Klienten einerseits Angst machen, es kann ihn andererseits auch stärken.¹⁹⁴

Das Umfeld muss nicht zwangsläufig mit der alkoholabhängigen Person zusammenleben, damit eine schwierige Situation entsteht. Für das Umfeld ist es häufig schwierig, die betroffene Person auf ihren Alkoholkonsum anzusprechen. Aus diesem Grund wird diese Konfrontation hinausgezögert und es wird versucht, nicht an die Probleme zu denken. Trotz alledem bleibt beim Umfeld ein Gefühl von Unbehaglichkeit und Verunsicherung. Ausserdem ist es für alkoholabhängige Menschen sehr schwierig Versprechungen einzuhalten, was zu Frustrationen aufseiten der Angehörigen führen kann. Der Betroffene verheimlicht seine Abhängigkeit, weil er einerseits Angst hat, ohne Alkohol sein Leben meistern zu müssen. Andererseits leugnet er seine Schuldgefühle, damit er wenigstens noch ein kleines Stückchen Selbstachtung behalten kann. Spricht man den Betroffenen auf seine Sucht an, wehrt er sich heftig und hat oft keinerlei Einsicht. Für die Angehörigen stellt dies eine aussichtslose Situation dar. Die Beziehung zwischen einem Angehörigen und einem Alkoholabhängigen ist nicht einfach, weil der Angehörige dem Betroffenen Alkohol oftmals entziehen will, wodurch der Alkoholkranke den Angehörigen als Gegner oder sogar Feind betrachtet, was die Beziehung stark beeinträchtigt. Ein ständiger Kampf findet statt, wobei Machtlosigkeit bei beiden Parteien entsteht. Der Abhängige hat das Gefühl, ohne sein Suchtmittel nicht leben zu können und der Angehörige verspürt Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung.¹⁹⁵ Manche Angehörige haben eine zwiespältige Haltung. Auf der einen Seite verurteilen sie das Verhalten des Süchtigen stark, auf der anderen Seite fördern sie sein Suchtverhalten.¹⁹⁶ Aus diesem Grund ist es elementar, die Angehörigen in die Therapie miteinzubeziehen. Vorstellungen über die gemeinsame Zukunft und Lebensführung müssen besprochen werden. Zudem muss darüber diskutiert werden, wie man mit einem möglichen Rückfall umgeht. Ein weiterer Grund, warum der Einbezug von Angehörigen wichtig ist, ist ihr oftmals unbewusst kontraproduktives Verhalten. In der Therapie müssen diese hinderlichen Muster aufgedeckt und verändert werden.¹⁹⁷

Partner von suchtabhängigen Menschen müssen sich mit folgenden belastenden Situationen auseinandersetzen:

- Die Unzuverlässigkeit und Willkür des Partners
- Die Vernachlässigung des Partners in diversen Bereichen
- Aggressives Verhalten bis hin zu Gewaltausbrüchen
- Sexuelle Gewalt
- Häufung von Konflikten
- Arbeitslosigkeit
- Hohe Gefahr der Einsamkeit und Isolation¹⁹⁸

¹⁹⁴ Vgl. Tröscher-Hüfner. 1990 In: Molter, Osterhold. 2009, S.237

¹⁹⁵ Vgl. Feuerlein, Dittmar, Soyka.1999, S.86

¹⁹⁶ Vgl. Thomasius, Küstner. 2005, S.69

¹⁹⁷ Vgl. Feuerlein, Dittmar, Soyka.1999, S.86

¹⁹⁸ Klein. 2000, S.32

Es ist erwiesen, dass Partnerinnen von abhängigen Männern länger in der Beziehung bleiben, als Männer mit einer suchtkranken Frau.¹⁹⁹ Nun stellt sich die berechtigte Frage, warum Partner trotz dieser belastenden Situation immer noch in der Partnerschaft verharren. Erklärungen, welche von Partnern genannt wurden, waren der Glaube, dass die abhängige Person auf diese Hilfe ihrerseits angewiesen ist oder die angehörige Person zeigte einfach eine äusserst grossmütige Einstellung gegenüber dem Alkoholkonsum. In unserer Gesellschaft gilt es als erwünscht, wenn eine Person anderen Menschen hilft und versucht schwierige Situationen auszuhalten und nicht gleich aufzugeben.²⁰⁰

2.3.7 Prävalenz von psychischen Störungen bei Angehörigen von Suchtkranken

Die wenigen Studien, die es zu diesem Thema gibt, gekoppelt mit den gemachten klinischen Erfahrungen zeigen, dass Angststörungen, affektive Störungen, somatoforme Störungen, substanzbezogene Störungen und Persönlichkeitsstörungen die häufigsten psychischen Störungen, die bei Angehörigen von Suchtkranken auftreten.²⁰¹ Etwa die Hälfte der Partnerinnen von Alkoholabhängigen weisen eine Persönlichkeitsstörung auf. Die meisten Partner leiden unter stressbedingten Krankheiten wie Depressionen, Angst oder somatoforme Störungen.²⁰² Die häufigsten Persönlichkeitsstörungen (Achse-II-Störungen), die bei Angehörigen von Suchtkranken auftreten, sind die abhängige (dependente) Persönlichkeitsstörung (nach ICD-10: F60.7) und die ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (nach ICD-10: F60.6).

Die Hauptsymptome der abhängigen Persönlichkeitsstörung sehen nach ICD-10 folgendermassen aus:

- Die Verantwortung für wichtige Bereiche im eigenen Leben wird an andere Personen abgegeben
- Eigene Bedürfnisse werden zu der Person, bei der die Abhängigkeit besteht, untergeordnet
- Sie schätzen sich selber als hilflos und ressourcenlos ein
- Die Angst, verlassen zu werden, ist immer sehr präsent
- Wenn sie einen Fehler machen, haben sie die Tendenz, die Schuld jemanden anderen zu geben

Die Hauptmerkmale der ängstlichen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 sind:

- Ständige Angespanntheit und Besorgnis
- Zuneigung und Akzeptanz sind enorm grosse Bedürfnisse
- Geringe Kritikfähigkeit
- Potentielle Gefahren werden ständig erwähnt, dies kann bis hin zur Vermeidung von bestimmten Situationen führen

Bei den Angehörigen von suchtkranken Menschen wird davon ausgegangen, dass es zu Mischformen der abhängigen und ängstlichen Persönlichkeitsstörungen kommt.

Dies hat jedoch nicht zu bedeuten, dass jeder Angehörige psychische Störungen aufweist.²⁰³

¹⁹⁹ Vgl. Schneider. 2011, S.1

²⁰⁰ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.7-8

²⁰¹ Vgl. Klein. 2001, S.15

²⁰² Vgl. Thomasius, Küstner. 2005, S.62

²⁰³ Vgl. Klein. 2001, S.13-15

Eine Co-Abhängigkeit hat eine wechselseitige Wirkung auf andere psychische Beeinträchtigungen. Das heisst, die Co-Abhängigkeit kann Ursache oder Folge von anderen psychischen Störungen sein. Menschen mit psychischen Problemen suchen sich bei ihrer Partnerwahl oftmals suchtkranke Menschen aus. Da sie sich um jemand anderen kümmern können, können sie von sich ablenken und ihr Selbstbewusstsein wird in ihrer Wahrnehmung gestärkt. Sie verspüren das Gefühl, gebraucht zu werden.²⁰⁴ Im Experteninterview erklärt Marcus Reichard ebenfalls, dass psychoanalytisch gesehen, Menschen, die von einer Co-Abhängigkeit betroffen sind, oft jemanden als Partner aussuchen, bei denen sie das wieder ausleben können, was sie früher gelernt hatten. Man sucht sich unbewusst wieder den passenden Partner, der genau das erfüllt, was man unbewusst machen möchte.²⁰⁵

Was ebenfalls beachtet werden sollte, ist die Auswahl der richtigen Behandlung. Wenn ein Co-Abhängiger noch eine zusätzliche psychische Störung hat, ist dies umso schwieriger, da Symptome miteinander vermischt werden.²⁰⁶

2.4 Angehörigenarbeit

Dieser Schlüsselbegriff ist enorm wichtig für unsere Fragestellung, da wir herausfinden wollen, wie man Angehörige von suchtkranken Partnern unterstützen kann und welche Umgangsformen am geeignetsten sind. Zuerst werden wir erklären, um was es in der Angehörigenarbeit überhaupt geht. Danach folgt das Kapitel *Geschichtliche Entwicklung*, indem erklärt wird, wie früher Angehörige in einer Therapie behandelt wurden.

2.4.1 Definition Angehörigenarbeit

In der Angehörigenarbeit geht es um Beratung und Informationen. Man nennt dies die Psychoedukation. Des Weiteren geht es darum, Hilfe und individuelle Interventionen anzubieten. Die Angehörigenarbeit ist eines der wichtigsten Elemente der soziotherapeutischen Interventionen.²⁰⁷

In der Angehörigenarbeit bestehen verschiedene Ziele. Pauschal kann man sagen, dass es zwei unterschiedliche Ansätze gibt. In einem Ansatz wird über den Angehörigen auch der Suchtabhängige beeinflusst und im anderen Ansatz kreist die Beratung lediglich um den Angehörigen. Da die Angehörigen eine heterogene Gruppe darstellen, ist es wichtig, dass beide Ansätze in der Suchthilfe angeboten werden. Diejenigen Ansätze, die in der Beratung auch die Angehörigen miteinbeziehen, gehören zu den nachhaltigsten.²⁰⁸

In der Angehörigenarbeit in der Suchtbehandlung gibt es die Paar- oder Familientherapie. Angehörige werden in die Therapie miteinbezogen, weil sich eine starke Beziehung positiv auf den Therapieverlauf des Suchtkranken auswirkt.²⁰⁹ Die meisten stationären Einrichtungen bieten Paar- oder Familiengespräche an. Dabei wird vor allem für eine positive Entwöhnung des Alkoholabhängigen gesorgt. Die Familie wird eingeladen, damit der

²⁰⁴ Vgl. Flassbeck. 2011, S.64

²⁰⁵ Vgl. Reichard. 2012, S.163

²⁰⁶ Vgl. Flassbeck. 2011, S.65

²⁰⁷ Diese Informationen sind auf folgender Internetseite nachzulesen: www.springerlink.com

²⁰⁸ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. S.9

²⁰⁹ Vgl. Stutz., Schläfli., Eggli., Ridinger. 2012, S.118

Alkoholabhängige bessere Chance für eine Abstinenz hat.²¹⁰ In manchen stationären Kliniken finden eintägige Angehörigenseminare statt. In diesen werden die Angehörigen über die Suchtmittelabhängigkeit informiert und erhalten Informationen für weiterführende Therapien für Angehörige.

In unserem Experteninterview erklärt Oliver Grehl, dass es essentiell ist, dass Angehörige in die Therapie des Alkoholabhängigen miteinbezogen werden. Er nennt hierzu ein Fallbeispiel: *„Ich hatte erst kürzlich einen Patienten, der in eine Klinik hospitalisiert werden musste. Dies geschah vier Wochen, nachdem er vorher einen Entzug im Akutspital gemacht hat und im Anschluss in die psychiatrische Klinik ging. Er war insgesamt vier Wochen da. In der ersten Woche hat er seinen Assistenzarzt zweimal gesehen, in der zweiten Woche war der Assistenzarzt in den Ferien und in der dritten Woche hat er ihn einmal gesehen. In der vierten Woche hat der Assistenzarzt gesagt, dass er in den nächsten Woche Nachtdienst haben werde und deswegen eine Stellvertretung für ihn kommen werden. Die Frau des Patienten hat während diesen vier Wochen mehrmals versucht ein gemeinsames Gespräch mit ihrem Mann zu organisieren, weil sie völlig verzweifelt war. Sie wollte wissen wie es ihrem Mann geht und was sie für einen Beitrag leisten kann. Sie wollte erfahren, was sie tun muss, beziehungsweise unterlassen sollte. Der Assistenzarzt hatte überhaupt keine Zeit und fragte kurz angebunden, was sie überhaupt wissen wolle. Die Partnerin wollte herausfinden, in welchen Lebensmitteln überall Alkohol enthalten ist und ob sie diese noch kochen darf. Die Antwort vom Assistenzarzt war, dass man solche Dinge googeln könne.“*

Grehl zeigt hierbei klar auf, dass dies nicht nur keine Angehörigenarbeit ist, sondern sogar eine Verschreckung der Angehörigen darstellt. Diese Frau wird sich vermutlich nie mehr ein Herz fassen können und einen Arzt, um ein Gespräch bitten.

Das Schlimme ist, dass die Frau mit ihren Sorgen überhaupt nicht ernst genommen wurde, obwohl sie sehr wahrscheinlich eine Ressource gewesen wäre.²¹¹

Momentan überwiegt in der Praxis der Gedanke, dass man dem Angehörigen aufzeigt, wie er sich richtig verhalten sollte. Das wiederum ist ein Fehler der Therapeuten, da sie sich nur auf den Suchtabhängigen konzentrieren.²¹² Für Angehörige ist es schwieriger, ein spezifisches Hilfesystem zu finden, als für Suchtabhängige. Aus diesem Grund ist es wichtig, das Umfeld als Risikogruppe zu betrachten, welche das Recht auf professionelle Hilfe hat.²¹³

Heute werden in vielen Fachkliniken nebenbei Paar- und Familientherapien angeboten. In den Angehörigenseminaren, welche in verschiedenen Kliniken in Deutschland angeboten werden, sollen Angehörige über Alkoholabhängigkeit informiert werden. Sie werden über die aktuelle Behandlung, aber auch über die Hilfsmöglichkeiten nach der Behandlung informiert. Es ist ein Problem, dass die Angehörigen während der Behandlung des Partners nicht die Möglichkeit einer Familientherapie erhalten, da viele Institutionen diese Therapieform noch nicht anbieten. Es ist wichtig, dass man nach der Behandlung auch die Beziehung des Paares und die verschiedenen Rollen innerhalb der Familie bespricht.²¹⁴

2.4.2 Geschichtliche Entwicklung

Als in den 50er-Jahren die Familientherapie aufkam, wurden nicht mehr nur Individuen, sondern **die ganzen Familieninteraktionen für Störungen verantwortlich gemacht**. So rückten also dysfunktionale Familienmuster- und -beziehungen in den Fokus der Therapie.²¹⁵

²¹⁰ Vgl. Thomasius, Küstner. 2005, S.196

²¹¹ Vgl. Grehl. 2012, S.154

²¹² Vgl. Rennert. 2012, S.37

²¹³ Vgl. Klein. 2000, S.34

²¹⁴ Vgl. Rennert. 2012, S.14

²¹⁵ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.5

1970 wurden die Partner der Alkoholabhängigen in die Therapie miteinbezogen.²¹⁶ Jedoch wurden die Angehörigen in der Suchthilfe nur wahrgenommen, wenn sie entweder nicht am Beratungssetting teilnehmen wollten oder wenn man einen Verursacher für die Abhängigkeit eines Menschen gesucht hat. Diese vorherrschende Haltung ist bis heute noch in der Suchthilfe zu finden. Oft wird das Umfeld auch nur in die Beratung miteinbezogen, damit über diese der Abhängige besser beeinflusst werden kann.²¹⁷ Bis jetzt wurden die Angehörigen in die Beratung miteinbezogen, weil man davon ausging, dass sie helfen, die Sucht aufrechtzuerhalten. Man war sich nicht bewusst, dass die Angehörigen selbst auch betroffen sein könnten und Unterstützung bräuchten. Vor allem in der Familientherapie vermehrte sich der Gedanke, die Angehörigen in die Therapie miteinzubeziehen.²¹⁸

Vor den 80er Jahren wurden suchtabhängige Menschen so weit weg wie möglich in eine Fachklinik gebracht. Man war damals der Meinung, dass die Heilungschancen durch die Distanz grösser seien. Angehörige wurden damals entweder gar nicht oder nur teilweise in die Therapie miteinbezogen. Als ab den 80er-Jahren sich die Therapieform vom Individuum zum System veränderte, wurden allmählich auch die Angehörigen miteinbezogen. Viele Theorien beschrieben wie bestimmte Verhaltensweisen vom Umfeld dazu beitragen können, dass die Sucht weiterhin bestehen bleibt.²¹⁹ Später fiel auf, dass die Behandlung erfolgreicher ist, wenn man die Angehörige in die Beratung miteinbezieht.²²⁰

In den neuen Konzepten werden Angehörige als Menschen mitberücksichtigt, welche Hilfe und Unterstützung brauchen. Es ist wichtig, sich bewusst zu werden, dass die Hilfe für die Angehörigen gleichzeitig bedeutet, dass dies ebenfalls einen präventiven Effekt für die Kinder hat, die ebenfalls die negativen Konsequenzen zu spüren bekommen und dadurch beeinflusst werden. Deren persönliche Verfassung und Integration kann positiv gelenkt werden.²²¹ Ausserdem brauchen die Angehörigen Unterstützung, weil sie mehreren und langandauernden Belastungen ausgesetzt sind. Diese Unterstützung kann sich durch Informationsbeschaffung äussern oder durch Beratung, Therapie oder Teilnahme an Selbsthilfegruppentreffen. Betroffene Familien legen Wert darauf, dass sie emotional gestützt werden. Konkret heisst das, dass sie nicht verurteilt und kritisiert werden, wie sie mit der abhängigen Person umgehen und sich ihr gegenüber verhalten. Es sollte jemand da sein, mit dem sie offen, ehrlich und auf eine respektvolle Art und Weise reden können. Sehr beliebt ist der Austausch mit anderen Angehörigen, welche sich in der gleichen Situation befinden.²²²

2.4.3 Stigmatisierung von Angehörigen

Bevor wir jedoch näher auf die Angehörigenarbeit eingehen, möchten wir vorher ein weiteres wichtiges Thema aufgreifen. Viele Angehörige werden dafür verurteilt, dass sie trotz besseren Wissens in einer Beziehung mit dem Suchtkranken bleiben. Sie werden stigmatisiert. In diesem Kapitel wollen wir kurz auf diese Stigmatisierungen eingehen. Stigma heisst übersetzt Merkmal und bei einer Stigmatisierung geht es um Einzelpersonen, welche aufgrund eines Merkmals, welches von der Gesellschaft als negativ beurteilt wird, einer bestimmten Gruppe zugeordnet werden. Bei der Stigmatisierung geht es aber noch einen Schritt weiter, indem diese bestimmten Gruppen von der Gesellschaft als negative Randgruppe behandelt und ausgegrenzt werden.²²³

²¹⁶ Vgl. Thomasius, Küstner. 2005, S.195

²¹⁷ Vgl. Zika. 2007, S.67

²¹⁸ Vgl. Klein. 2000, S.34

²¹⁹ Rennert. 2012, S.13

²²⁰ Vgl. Rennert. 2012, S.14

²²¹ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.5-6

²²² Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.9

²²³ Vgl. Nieuwenboom. 2012, S.19

Im Jahre 1963 wurde dieser Begriff erstmalig vom amerikanischen Soziologen Goffman verwendet. Oftmals werden auch Synonyme wie Etikettierung, Stereotypisierung oder soziale Diskreditierung gebraucht. Eine Stigmatisierung kann die Konsequenz mit sich bringen, dass der Stellenwert vom Status einer Person abnimmt, was wiederum bewirken kann, dass diese Person nicht mehr als ganzer Mensch bewertet wird. Der Person werden voreilig gewisse Charaktereigenschaften zugeschrieben. Menschen formen sich Stereotypen, weil der Mensch ein starkes Bedürfnis nach Orientierung und Abgrenzung zeigt. Einer Person werden also gewisse Verhaltensweisen angehängt, obwohl dies nicht der Realität entspricht. Kennzeichen, welche stigmatisierende Auswirkungen haben, können physisch, phylogenetisch²²⁴ oder psychosozial sein.

Es konnte belegt werden, dass Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen mehr ausgegrenzt werden, als Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung. Als Grund hierfür kann gesagt werden, dass Menschen mit einer Suchterkrankung nachgesagt wird, dass sie ja selber Schuld seien, dass sie sich in einer solchen Situation befinden und abhängig sind. Goffman hat herausgefunden, dass es das sogenannte Courtesy Stigma oder auch assoziiertes Stigma gibt, welches die Leute, die sich im näheren sozialen Umfeld der stigmatisierten Person befinden, auch mit Stereotypisierungen zu kämpfen haben. Das Stigma überträgt sich also auf die Angehörigen. Angehörige die einen suchtabhängigen Menschen in ihrem nahen Umfeld haben, können Stigmatisierungen unterschiedlichster Art und Weise erfahren. Studien haben auch gezeigt, dass es den Angehörigen leichter fällt über die soziale Diskreditierung vom Abhängigen zu reden, als über diejenige, die sie selber erfahren. Das hat auch damit zu tun, dass die Angehörigen die Stigmatisierungen nicht immer als solche wahrnehmen.²²⁵

Bei einer Stigmatisierung gibt es unterschiedliche Ebenen, Gebiete und Ausmasse. Die vier Gebiete sind:

1. Interpersonelle Interaktion
2. Strukturelle Diskriminierung
3. Öffentliches Bild psychischer Erkrankungen und Suchterkrankungen
4. Zugang zu sozialen Rollen in Beruf/Familie und Ausbildung/Schule

Interpersonelle Interaktion:

Bekannte und Verwandte ziehen sich immer mehr zurück, dadurch kommt es zu einer Vereinsamung aufseiten der Angehörigen. Dies wiederum hat zur Folge, dass die Angehörigen immer mehr Sachen der Suchtabhängigkeit verheimlichen und die Sucht zu einem Tabu machen.

Strukturelle Diskriminierung:

Die strukturelle Diskriminierung hat mit dem professionellen Helfersystem zu tun, beziehungsweise wenn dieses System qualitativ schlechte Arbeit abliefern. Angehörige fühlen sich nämlich oftmals allein mit ihren Problemen und würden sich mehr Unterstützung der Professionellen wünschen. Zudem möchten sie gerne vermehrt in die Beratung miteinbezogen werden.

Strukturelle Diskriminierung gibt es auch im finanziellen Bereich. Der Abhängige kann aufgrund seiner Alkoholabhängigkeit seine Arbeit verlieren, wodurch finanzielle Einbussen entstehen. Dies kann den sozioökonomischen Status der Partnerschaft / Familie verschlechtern.

Öffentliches Bild:

Die Gesellschaft assoziiert mit dem Bild eines Alkoholikers Attribute wie gewalttätig und unberechenbar. Zudem ist die vorherrschende Meinung, dass Menschen mit

²²⁴ Bei der Phylogenese geht es um die Entwicklung eines Stammes. Diese Information stammt von folgender Internetseite: <http://psychologie-news.stangl.eu>

²²⁵ Vgl. Nieuwenbloom. 2012, S.19-20

Alkoholproblemen selber Schuld sind, dass sie sich in dieser Lage befinden. Dieses Bild färbt sich auch auf die Angehörigen ab.

Zugang zu sozialen Rollen:

Wenn ein alkoholkranker Mensch viel Aufmerksamkeit, Pflege und Betreuung braucht und beispielsweise sein Partner ihm diese gibt, hat dieser hohe Aufwand einen Einfluss auf ihren sozialen Kontakte und die Arbeitsstelle. Die ständige Präsenzzeit beim Partner kann andererseits Fehlstunden beim Arbeitsplatz bedeuten, was nicht jeder Arbeitgeber ohne Konsequenzen auf sich nimmt.

Allen Bereichen gemein ist die Selbststigmatisierung der Angehörigen. Das bedeutet, dass die Angehörigen von sich aus mit den Vorurteilen der Gesellschaft einverstanden sind und sich damit selber mitausschliessen. Wenn sich Angehörige selber stigmatisieren, kann dies bewirken, dass der Prozess verlangsamt wird, indem sie für sich selber oder den Suchtkranken professionelle Hilfe holen. Zudem kann der Glaube entstehen, dass bei so vielen Problemen jegliche Unterstützung erfolglos ist. Dies hat wiederum zur Folge, dass eine bereits begonnene Beratung abgebrochen wird.

Eine Selbststigmatisierung entsteht dann, wenn ein Mensch sich mit der stigmatisierten Gruppe identifizieren kann und sich zugehörig fühlt oder wenn die Person die vorherrschenden Vorurteile für berechtigt empfindet.

Hierbei lässt sich ein weiterer Faktor finden, welcher für den Einbezug der Angehörigen in die Beratung spricht. In der Beratung kann über diese Stigmatisierungsproblematik geredet werden und mögliche Vorurteile abgebaut werden.

Wenn man nun die Stigmatisierung mit der Co-Abhängigkeit in Verbindung bringt, ist zu erkennen, dass durch das Co-Abhängigkeitskonzept die Angehörigen in mehrere verschiedene Rollen gesteckt werden, was für diese zu Rollenkonflikten führen kann.

Rolle 1: Sie sind in der Rolle des Opfers / Betroffenen, welche hautnah die Folgen einer Suchterkrankung spüren.

Rolle 2: Sie kümmern sich um den Abhängigen, wobei es um pflegerische und betreuerische Aspekte geht.

Rolle 3: In der dritten Rolle werden die Angehörigen als Täter angesehen und werden dafür verantwortlich gemacht, dass sie durch unbewusstes aber auch bewusstes Verhalten die Sucht des Abhängigen unterstützen.

Trotz diesem aktuellen Forschungsstand gibt es immer noch Selbsthilfeliteratur, in denen sich Angehörige selber als co-abhängig bezeichnen.²²⁶

Angehörige sind oft mit Vorurteilen behaftet. **Sie müssen sich oftmals anhören, dass sie sich von ihrem alkoholabhängigen Partner trennen müssen**, da der Partner nur Schaden anrichten würde und die ganze Partnerschaft nicht normal ist. Oder sie werden für die ganze Abhängigkeit verantwortlich gemacht, weil angeblich die Partnerschaft nicht intakt ist.

All diese Zuschreibungen führen dazu, dass Angehörige enorme Schamgefühle entwickeln, sei dies dem Abhängigen oder sich selber gegenüber. Sie schämen sich für die ganze momentane Lebenssituation, was dazu führen kann, dass ein enormer Rückzug stattfindet oder alle Tatsachen verschwiegen werden. Bei Angehörigen, die in eher ländlichen Gebieten leben, ist dieses Verhalten verstärkt zu beobachten, da Menschen in einer Stadt in grösserer Anonymität leben und nicht unter permanenter Beobachtung stehen.²²⁷

²²⁶ Vgl. Nieuwenbloom. 2012, S.20-21

²²⁷ Vgl. Zika. 2011, S.63

2.4.4 Präventive Massnahmen um Stigmatisierungen gegenüber Angehörigen von Suchtkranken vorzubeugen

1996 gründete der Weltverband der Psychiatrie (WPA) eine Anti-Stigma-Kampagne. In dieser Kampagne entstand das „Open the doors“-Projekt, welches auch in der Schweiz durchgeführt wurde. Jedoch zielte dieses Projekt auf Schizophrenie-Erkrankte und deren Angehörigen. Des Weiteren gründete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die „Mental Health Global Action“. Es fand eine Konferenz statt, in der die Stigmatisierung von psychisch beeinträchtigten Menschen zum Thema gemacht wurde. In dieser Konferenz wurde ausserdem eine „europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit“ gegründet, welche beinhaltet, dass in der Gesundheitspolitik psychische Gesundheit gefördert werden muss und gezielte Massnahmen gegen Stigmatisierungen ergriffen werden müssen. Da auf nationaler Ebene wenig unternommen wird, müssen sich die Kantone, Gemeinden umso mehr Gedanken machen. Es muss aber auch erwähnt werden, dass es Gruppen gibt, die dieses wichtige Thema aufgreifen, beispielsweise die AI-Anon und der CRAFT-Ansatz.

Bei all diesen Massnahmen ist es wichtig, dass bei den Angehörigen von Menschen ausgegangen wird, welche eine eigenständige Gruppe mit eigenständigen Bedürfnissen und Anliegen darstellen.

Auch ist es essentiell, dass Fachleute sich immer wieder selber reflektieren und eine möglichst wert- und vorurteilsfreie Haltung einnehmen. Soziale Diskreditierung kann sich auf viele verschiedene Arten äussern und sollte so früh als möglich wahrgenommen werden, um dementsprechend intervenieren zu können.²²⁸

2.4.5 Formen therapeutischer Angehörigenarbeit

Es gibt verschiedene Formen von Angehörigenarbeit. Einerseits können betroffene Angehörige in Eigenverantwortung in einer Selbsthilfegruppe teilnehmen oder sie nehmen an Therapien, Beratungen teil, wo ein professionelles Helfersystem vorhanden ist.²²⁹

So oder so ist es entscheidend, dass die Angehörigen in die Behandlung des Suchtkranken miteinbezogen werden. Dies gilt für den ambulanten und stationären Bereich. In der Behandlung ist es wichtig, dass nicht nur die Stabilisierung des Abhängigen im Vordergrund steht, sondern auch Interventionsschritte und Hilfestellungen für die Angehörigen erarbeitet werden.²³⁰

Grundsätzlich gibt es folgende Formen:

- Beratung
- Therapeutisch begleitete Angehörigengruppe
- Familientherapie
- Paartherapie
- Einzeltherapie
- Selbsthilfe²³¹

²²⁸ Vgl. Nieuwenboom. 2012, S.21-22

²²⁹ Vgl. Ziegler. 2008, S.2

²³⁰ Die Informationen stammen von folgender Internetseite: www.freundeskreise-sucht.de

²³¹ Vgl. Körtel., Krasnitzky. 2004, S.67

- Internet-Foren für Angehörige (Es gibt Foren, in denen äusserst produktive Diskussionen geführt und Informationen ausgetauscht werden. Jedoch muss man sich im Internet vorsehen, dass man sich auf verlässliche Quellen stützt.)²³²

Die Motivation eines co-abhängigen Angehörigen sieht genauso aus wie die eines Suchtkranken, nämlich ambivalent. Diese Unentschiedenheit gehört zu einer Co-Abhängigkeit dazu. Darum ist es wichtig, dass jegliche Formen der Angehörigenarbeit aufsuchende und motivierende Arbeit anbieten.²³³

Momentan gibt es noch keine stationären Einrichtungen, welche sich explizit an co-abhängige Menschen richten. Als Alternative werden stationäre Psychosomatik-Therapien angeboten. Das Problem ist jedoch, dass Co-Abhängigkeit keine anerkannte Krankheit ist. Dies hat zur Folge, dass es keine Kostengutsprache gibt. Der behandelnde Arzt muss die Kostengutsprache daher so ausfüllen, dass eine Nebenerscheinung der Co-Abhängigkeit im Fokus liegt, wie beispielsweise die depressive Verstimmung.²³⁴

Es ist hierbei anzumerken, dass es bei co-abhängigen Menschen häufig der Fall ist, dass sie sich erst Hilfe holen, wenn sich ihr Leben dramatisch verändert hat und sie kurz vor einem Totalausfall stehen. In derartigen Lebenslagen braucht es Kriseninterventionen.²³⁵

Zusammenfassend lässt sich sagen, **dass es eindeutig zu wenig spezifische Hilfsmöglichkeiten für Angehörige gibt.**

Auch im Kanton Wallis ist das Angebot für die Angehörigen karg. Im Oberwallis gibt es keine Selbsthilfegruppen für Angehörige und auch keine Angehörigenseminare in den stationären Einrichtungen.

In Siders, gibt es eine Angehörigengruppe, die sich einmal pro Monat trifft. Jedoch wird in diesen Treffen französisch gesprochen, was ein Hindernis für viele Deutschsprachige dargestellt.

Man kann sagen, dass sich die Suchthilfe in der Schweiz immer bewusster wird, wiewohl hoher Stellenwert die Unterstützung der Angehörigen einnimmt.²³⁶ Durch die Experteninterviews wurde uns klar, dass die Unterstützung bzw. die Angehörigenangebote ausgebaut werden müssen. *„Aber oft wissen die Angehörigen erstens nichts davon und zweitens denken sie, dass nicht sie das Problem haben. Also müssen sie auch nicht in eine Alkoholberatungsstelle gehen. Die ist ja für Alkis. Also oft wissen die nicht, was es für Hilfsangebote gibt. Die sind ganz dankbar, wenn wir ihnen sagen, gehen sie hier hin. Also ich glaube da bräuchte es schon noch mehr Werbung. Das fand ich wirklich eine gute Frage. Also einerseits vielleicht auch noch mehr Angebote und auf der anderen Seite auch mehr Werbung.“*²³⁷

Uns wurde dadurch bewusst, dass es demzufolge wenig Angebote gibt und die Frage geklärt werden muss, wie man diese Zielgruppe erreicht. Auch im Oberwallis gibt es sehr wahrscheinlich viele Angehörige, die unter ihrer Situation leiden und nicht wissen, wo sie sich Hilfe holen könnten.

Man scheint sich noch zu wenig im Klaren darüber zu sein, dass dies auch mit der hohen Rückfallquote der Suchtkranken zu tun haben könnte. Die Abhängigen haben es in der Beratung/Therapie geschafft abstinent zu sein. Sie haben dementsprechende Strategien kennengelernt, welche auch in der gewohnten Umgebung angewandt werden sollten. Beispielsweise hat die abhängige Person gelernt sich von seinem Freundeskreis, wo viel Alkohol konsumiert wird, zu lösen. Die Partnerschaft bzw. die Familie bleibt aber dennoch bestehen. Auch wenn der Partner an einem oder zwei Therapiesettings teilgenommen hat, ist diese Zeit zu kurz, um nachhaltige Veränderungen bewirken zu können. Der Partner ist trotzdem noch co-abhängig. Somit können sich auch beim Suchtkranken wieder alte

²³² Vgl. Flassbeck. 2011, S.166-167

²³³ Vgl. Flassbeck. 2011, S.167

²³⁴ Vgl. Flassbeck. 2011, S.257

²³⁵ Vgl. Flassbeck. 2011, S.164

²³⁶ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.9

²³⁷ Vgl. Reichard. 2012, S.169

suchtfördernde Verhaltensweisen einschleichen, welche schlussendlich dazu führen können, dass wieder Alkohol konsumiert wird. Werden jedoch Partner/Familie und Abhängiger gleichermaßen beraten, steigen die Erfolgschancen. Zu einer ganzheitlichen Suchtberatung sollten Suchtkranke und Angehörige beraten werden. Deswegen sollte die Öffentlichkeit, sowie Fachpersonen sensibilisiert werden. Dadurch würde man auch die Zahl der Fehldiagnosen verringern.²³⁸

Institutionen, die wenig Angehörigenarbeit betreiben, leisten keine gute Suchtarbeit. Wenn Suchthilfeeinrichtungen die Angehörigen in ihren Konzepten nicht ausdrücklich erwähnen, dann entsprechen diese nicht den heutigen Standards. Dies ist zudem ein Merkmal von institutioneller Co-Abhängigkeit.²³⁹

2.4.6 Angehörige von suchtkranken Menschen als eigenständige und heterogene Gruppe

Längere Zeit wurden Angehörige erst miteinbezogen, wenn eine Ursache für die Abhängigkeit des Suchtkranken gefunden werden musste. Dies ist teilweise heute noch der Fall.²⁴⁰

Wie stark eine Person co-abhängiges Verhalten zeigt, ist abhängig von dessen Lebenssituation, Geschlecht, Charakter und Suchtstadium des Partners. Da die jetzige Forschung der Heterogenität der Angehörigengruppe noch zu wenig gerecht wird, ist es nicht möglich eine eigenständige Kategorie daraus zu bilden. Hingegen kann man feststellen, dass es deutlich typische Verhaltensweisen gibt, wie beispielsweise das Kontrollieren oder Abstreiten einer bestehenden Suchtabhängigkeit.²⁴¹ Nicht nur die Gruppe der Alkoholabhängigen, sondern auch die Gruppe von deren Angehörigen sind nicht alle in dieselbe Kategorie zu verweisen. Es sind heterogene Gruppen.

Untersuchungen haben auch ergeben, dass sich die Angehörigen in ihrer Persönlichkeit nicht vom Durchschnitt der Bevölkerung unterscheiden.²⁴² Bei den Angehörigen gibt es, genau gleich wie bei Suchtkranken selber, viele verschiedene Komorbiditäten.²⁴³

Heute ist man der Meinung, dass es schwierig ist, den Begriff zu definieren, da man herausgefunden hat, dass die Angehörigen von suchtkranken Menschen eine heterogene Gruppe darstellen, denen nicht pauschal eine bestimmte problematische Persönlichkeit attestiert werden kann.

Seit der Gründung der Selbsthilfegruppe Al-Anon im Jahre 1950 werden Partner von alkoholabhängigen Menschen als autonome Problemgruppe definiert.²⁴⁴

2.4.10 Aktuelle Studie zum Thema Angehörigenarbeit in der Schweiz

Der Behandlungs- und Suchtverlauf kann bekanntermassen rege beeinflusst werden. Meist leiden aber diese Angehörigen unter multiplen Problemen, was zu einer ständigen Belastung und dadurch zu grossem Stress führen kann. Leider ist die momentane Situation so, dass es vor allem im deutschsprachigen Raum wenig Studien zu Angehörigen gibt, genauer gesagt zu der Art und dem Ausmass der Beteiligung der Angehörigen zum Krankheitsverlauf des Suchtkranken, welchen Belastungen das Umfeld ausgesetzt ist und welche Strategien die

²³⁸ Vgl. Flassbeck. 2011, S.168-169

²³⁹ Vgl. Flassbeck. 2011, S.256

²⁴⁰ Vgl. Zika. 2007, S.67

²⁴¹ Vgl. Klein. 2001, S.9

²⁴² Vgl. Klein, 2000, S.4

²⁴³ Vgl: Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.5

²⁴⁴ Vgl. Klein. 2001, S.5

Angehörigen anwenden, um mit der Situation umgehen zu können. Zusammenfassend gibt es keine Untersuchungen, die konkret sagen, wie man das soziale Umfeld von abhängigen Menschen begleiten kann. Wenn man aber bedenkt, wie viele Menschen betroffen sind und auf Hilfe angewiesen wären, ist dies doch sehr unbefriedigend. Die ATF Schweiz (Alkoholismus Therapieforschung Schweiz) wurde 2007 von der ehemaligen schweizerischen Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit (SAKRAM) beauftragt, zu dieser Thematik eine Studie herauszubringen. Die ATF hat daraufhin vom Januar 2009 bis Juni 2010 in fünf Suchtkliniken der Schweiz eine Untersuchung lanciert. Dabei wurde folgende Fragestellungen behandelt:

- Welche Erwartungen haben die Angehörige an stationäre Behandlungseinrichtungen?
- Wie werden diese Wünsche, Bedürfnisse in der Therapie umgesetzt?
- Wie zufrieden sind die Angehörigen mit den Angeboten der stationären Einrichtung?

Befragung / Untersuchung

Bei den Befragungen ging es hauptsächlich darum, die Bedürfnisse der Partner zu ermitteln, sowie herauszufinden, welche Erwartungshaltungen sie haben und ob diese während der Therapie auch befriedigt wurden.

Die Angehörigen wurden beim Eintritt ihres Partners in die Klinik und im Anschluss an die stationäre Behandlung schriftlich befragt. Die Untersuchungen hat man in fünf SAKRAM-Institutionen durchgeführt und dauerte von Januar 2009 bis Juni 2010. Beim Eintritt wurden die Patienten, die angaben in einer festen Partnerschaft zu leben, gefragt, ob mit diesem Partner Kontakt aufgenommen werden darf oder nicht. Bei 1061 Eintritten gaben 320 an, in einer Partnerschaft zu leben. Von diesen 320 gaben 232 ihr Einverständnis, dass Kontakt aufgenommen werden kann. Diese Personen bekamen einen Fragebogen zugeschickt. Von 156 Personen wurde der Fragebogen beantwortet. Von diesen Befragten nahmen 98 Personen an der zweiten Befragung teil. 71% Frauen und 29% Männer nahmen an der Untersuchung teil. Im Schnitt waren die Befragten 47.3 Jahre alt. 80% aller Befragten gaben an, mit ihrem Partner zusammen zu leben. 56% haben eigene Kinder und 44% leben mit den Kindern zusammen.

Ergebnisse

Für viele Befragte war es am wichtigsten, dass der Abhängige während der Behandlung abstinent wird und auch bleibt.

In der folgenden Tabelle ist ersichtlich, welche Ziele die Partner der Suchtkranken als erste Priorität einstufen und welche Ziele die abhängige Person selber oder die Fachpersonen als zentral beurteilen (siehe Abb. 6).²⁴⁵

	Partnerinnen/Partner	Patientinnen/Patienten	Therapeutisches Personal
Wichtigste Therapieziele	1. Abhängigkeit von Alkohol überwinden 2. Mit sich selbst in Reine kommen 3. Über Rückfälle sprechen 4. Ohne Alkohol zu leben 5. Riskante Situationen bzgl. Alkoholkonsum erkennen ...	1. Abhängigkeit von Alkohol überwinden 2. Etwas im Leben verändern 3. Ohne Alkohol zu leben 4. Mit sich selbst in Reine kommen 5. Riskante Situationen bzgl. Alkoholkonsum erkennen ...	1. Selbstwert stärken 2. Riskante Situationen bzgl. Alkoholkonsum erkennen 3. Über Rückfälle sprechen 4. Abhängigkeit von Alkohol überwinden ...
Weniger wichtige Therapieziele	31. Kontrolliert trinken können 32. Männlichkeit/Weiblichkeit entdecken 33. Sexualeben verbessern 34. Abhängigkeit vom Rauchen überwinden	31. Kontrolliert trinken können 32. Abhängigkeit vom Rauchen überwinden 33. Männlichkeit/Weiblichkeit entdecken 34. Sexualeben verbessern	31. Kontrolliert trinken können 32. Sexualeben verbessern 33. Therapie als Erholungszeit 34. Missbrauchsgeschichten verarbeiten

²⁴⁵ Vgl. Sieber et al. 2006 In: Stutz, Schläfli, Eggli, Ridinger, 2011, S.123

Abb. 6: Sieber et al. 2006 In: Stutz., Schläfli., Eggli., Ridinger. 2011, S.123

Bei diesem Balkendiagramm ist klar zu erkennen, wie häufig die Angebote in Anspruch genommen wurden und wie diese eingeschätzt wurden bzw. als wie nützlich diese beurteilt wurden (siehe Abb. 7).²⁴⁶

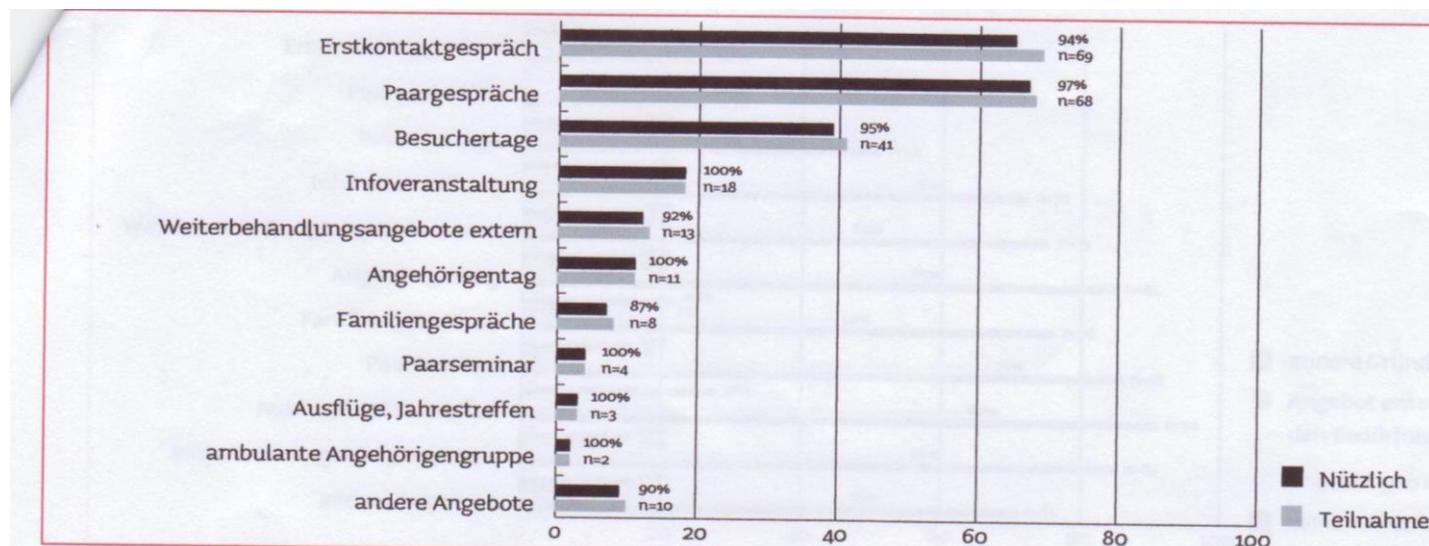


Abb. 7: Stutz., Schläfli., Eggli., Ridinger. 2012, S.5

Alle fünf Kliniken haben gemein, dass sie einen Erstkontakt-, Paar- und Familiengespräche und Besuchertage im Angebot hatten. Drei Kliniken haben des Weiteren gemeinsame Ausflüge und ein Jahrestreffen organisiert. Eine Klinik bot zusätzlich ein Paarseminar an. Treffen für Angehörigengruppen oder Beratungen für Angehörige fanden nicht statt. Jedoch wurden für solche Angebote an Suchtfachstellen vermittelt.

Von den 98 Befragten ausgehend haben 70% ihren Partner zu einem Erstgespräch begleitet und an Paargesprächen teilgenommen. Jedoch andere Angebote wie Paarseminare wurden nur von wenigen genutzt.

Diese unterschiedlichen Zahlen haben damit zu tun, dass nicht alle Angebote in allen Institutionen vorhanden waren, sie wurden nur jährlich angeboten oder die Angebote konnten nicht durchgeführt werden, weil es zu wenig Teilnehmende gab.

Als man nach dem Grund fragte, wieso die Angebote nicht genutzt wurden, sagten 50-70%, dass sie nicht wussten, dass solche Angebote bestehen würden oder es gab diese Angebote nicht. Als weitere Gründe wurden der Zeitfaktor oder der lange Weg in die Klinik genannt. In seltenen Fällen wurde erwähnt, dass das Angebot nicht zu den eigenen Wünschen und Bedürfnissen passt.

Leider ist für uns hierbei nicht ersichtlich, wie viele der Befragten diese Aussage tätigten. Auch der Begriff „selten“ kann unserer Meinung nach relativ sein.

86% beurteilen die Behandlung als erfolgreich und 95% der Befragten würden diese auch weiterempfehlen. Die Befragten waren sehr zufrieden mit der Atmosphäre, die während der Behandlung herrschte, und mit den Erwartungen und Ansprüchen, die man an die Klienten gestellt hat. Die höchsten Ansprüche haben die Befragten in die fachlichen Kompetenzen des Therapeuten und die Atmosphäre während der Behandlung gestellt.

Jedoch gaben 44% an, dass auf ihre Bedürfnisse während der Behandlung zu wenig eingegangen wurde. Sie wurden zu wenig in die Behandlung miteinbezogen und es wurden zu wenig Informationen bezüglich dem Krankheitsverlauf, dem Umgang mit Rückfällen und der Weitervermittlung an Beratungsstellen nach der stationären Behandlung vermittelt.

²⁴⁶ Vgl. Stutz., Schläfli., Eggli., Ridinger. 2012, S.5

Zusammenfassung der Studie

Zusammenfassend kann man aufgrund dieser Untersuchung sagen, dass die Angebote für die Angehörigen vielfach genutzt werden und in den meisten Fällen als sehr gut eingestuft werden. Am meisten genutzt wurden Erstkontakt- und Paargespräche. Dies zeigt, dass bei den Angehörigen ein Interesse da ist, in die Behandlung miteinbezogen zu werden. Wenn man die Begründungen derjenigen Angehörigen betrachtet, die nicht an solchen Angeboten teilgenommen haben, ist klar ersichtlich, dass diese nicht aus Teilnahmslosigkeit ferngeblieben sind, sondern sie wussten nichts von den bestehenden Angeboten.

Warum die meisten Angehörigen die Angebote Erstkontaktgespräch und das Paargespräch ausgewählt haben, könnte damit zu tun haben, dass der Wunsch vom Persönlichen und Individuellen am meisten zum Tragen kommt.

Die Angehörigen konnten klar zurückmelden, dass sie sich wünschen würden, mehr in die Behandlung miteinbezogen zu werden und genauere Informationen über Alkoholabhängigkeit vermittelt zu bekommen. Dazu gehört auch, einen möglichen Verlauf der Sucht zu prognostizieren, und zu erklären, wie mit Rückfällen umgegangen werden kann. Eine individuelle Beratung ist ein Bedürfnis aufseiten der Angehörigen.

Die Institutionen sind sich einig, dass Angehörige für die Motivation und Beratung des Suchtkranken eine wichtige Ressource ist. Den Wunsch der Angehörigen nach individueller Beratung werden die Institutionen bzw. deren Angebote momentan nicht gerecht. Jedoch ist eine Prognose bezüglich des Verlaufs einer Suchtmittelabhängigkeit, aufgrund des Datenschutzes nur teilweise bis gar nicht möglich.

In den ersten Auswertungen wurde klar ersichtlich, dass die Angehörigen multiplen Belastungen ausgesetzt sind, woraus folgt, dass ihre Lebensqualität darunter leidet. Im Gegenzug konnte belegt werden, dass sich die Situation der Angehörigen verbessert hat, sobald die suchtabhängige Person in einer stationären Institution versorgt war. Des Weiteren haben die Angehörigen klar geäußert, dass sie gerne mehr in die Therapieprozesse einbezogen werden möchten und dabei konkrete Informationen über die Behandlung, Sucht und Interventionsschritte bei Rückfällen erhalten.²⁴⁷

Wenn ein Mensch alkoholabhängig ist, hat dies verheerende negative Auswirkungen auf das Umfeld. Diese Konsequenzen äussern sich durch verschiedene psychosoziale Belastungen. Laut Kuendig gibt es in der Schweiz 250'000 alkoholabhängige Menschen. Von den Alkoholabhängigen, die in einer stationären Behandlung waren, haben ungefähr die Hälfte einen Partner und Kinder. Obwohl der Bedarf da ist und die Angehörigen unter der Situation leiden, gibt es nur wenig Behandlungsangebote, welche die betroffenen Familien regelmässig nutzen könnten. Im deutschsprachigen Raum gibt es lediglich das angehörigenzentrierte Betreuungsangebot für Angehörige von Suchtkranken am Anton-Proksch-Institut in Wien.

Vor allem in den stationären Bereichen ist es oft der Fall, dass das Umfeld mit all seinen Problemen alleine gelassen wird, da die Wünsche der Angehörigen selten mit dem Auftrag und Betreuungskonzept der Institution übereinstimmen. Weitere Gründe sind beispielsweise der zeitlich terminierte Aufenthalt der Suchtkranken in der Institution und deren Distanz zum Wohnort.

2008 wurden die therapeutischen Leitungspersonen der SAKRAM-Institutionen zu dieser Thematik interviewt. Allesamt beschrieben den Miteinbezug der Angehörigen in die Therapie als essentiell. Es wurde versucht diese in die Behandlung zu integrieren. Jedoch gilt hierbei anzufügen, dass lediglich einmal versucht wurde die Lebenspartner der Suchtklienten miteinzubeziehen. Es wurden Paar-, Familien- und Netzwerkgespräche angeboten.

Im Text ist nicht klar ersichtlich, wieviele Leitungspersonen befragt wurden und was die Autoren unter Netzwerkgesprächen verstehen.

²⁴⁷ Vgl. Stutz. s.d, S.1

Die Gespräche mit den Angehörigen wurden meistens von Therapeuten geführt. Wie oft solche Gespräche stattgefunden haben, war abhängig von der Behandlungsdauer der suchtkranken Person und dem Bedürfnis des Angehörigen. Es gab keine einheitlichen, sondern individuelle Regelungen.

Als klares Defizit wurde der Mangel an Angehörigengruppen genannt, wo die Möglichkeit der Psychoedukation und des Erfahrungsaustausch bestehen würde. Als weiteres Defizit wurde das fehlende Angebot für die Kinder von suchtmittelabhängigen Menschen genannt und praxisnahe Unterstützungsangebote für die Angehörigen, die Mühe haben, schwierige Themen anzusprechen oder nicht wissen, wie sie auf einen Rückfall ihres Partners reagieren sollen.

Zuletzt sollte noch erwähnt werden, dass bei diesen Untersuchungen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gemacht werden konnten, weil der männliche Anteil der Studie zu klein war.²⁴⁸

Rennert ist der Meinung, dass eine sinnvolle Therapie der Angehörigen aus Teilen der Psychotherapie, Wissen über Sucht und systemischen Prozessen entsteht. Ein derartiges Therapieangebot zu finden, ist jedoch schwierig.²⁴⁹

2.4.11 Angehörige von Suchtkranken in der Beratung

Am Anfang ist es für Angehörige wichtig zu erfahren, welche Behandlungsmöglichkeiten es für die abhängige Person gibt. Aus diesem Grund macht es Sinn, wenn Institutionen einen möglichst ganzheitlichen und systemischen Ansatz anbieten, damit es sowohl Angebote für die Suchtabhängigen gibt, wie auch Angebote für die Angehörigen selber. Durch dieses interdisziplinäre Angebot sollte es möglich sein, eine grössere Anzahl von Angehörigen für sich zu gewinnen.

Wenn Angehörige ein breiter gestreutes Wissen über eine Suchtmittelabhängigkeit haben, ist es für sie klarer nachzuvollziehen, was die Folgen einer Sucht sein können, seien dies gesundheitliche Konsequenzen oder wie sich das Verhalten eines Abhängigen verändern kann. Dadurch ist den Angehörigen auch bewusster, wie sie mit dem Suchtkranken umgehen müssen.

Ein solch umfassendes Angebot liefert aber auch Diskussionsstoff. Auf der einen Seite nimmt man die Angehörigen ernster und bietet ihnen eine grössere Plattform, eine adäquate Beratung in Anspruch nehmen zu dürfen. Gleichzeitig wird ihnen das Recht auf Hilfe eingeräumt, aber auf der anderen Seite will man die Angehörige auch nicht unnötig pathologisieren.²⁵⁰ Beide Partner sollten getrennt voneinander nach dem Entzug des Suchtabhängigen in eine Selbsthilfegruppe eintreten oder eine Einzeltherapie besuchen, da sie nun beide andere Verhaltensweisen erlernen müssen. Beiden soll dies Vertrauen und Selbstsicherheit geben. Dadurch können sie einander auch wieder Kraft geben. Eine Einzelberatung oder -therapie ist jedoch erst möglich, wenn der Partner bereit ist, etwas zu verändern.²⁵¹

Das Angebot in den Entwöhnungskliniken sieht so aus, dass beispielsweise in Bern die meisten Kliniken die Angehörigen berücksichtigten, zum Teil aber keine spezifische Beratung für sie haben.²⁵² **Ein weiteres Problem, das die Angehörigen überwinden müssen, ist die Finanzierung einer Beratung oder Therapie, da die meisten Krankenkassen diese**

²⁴⁸ Vgl. Stutz., Schläfli., Egli., Ridinger. 2011, S.126

²⁴⁹ Vgl. Rennert. 2012, S.19

²⁵⁰ Vgl. Suhner, Beck. 2012, S.27

²⁵¹ Vgl. Schild.,Wiesbeck. 2012, S.198

²⁵² Diese Informationen stammen von der Homepage: www.bernergesundheit.ch

nicht übernehmen. In der Schweiz ist es ein Problem, dass die meisten Versicherungen keinen Beitrag an die Therapien des Angehörigen zahlen. Dies zwingt viele Angehörige auf eine Therapie zu verzichten.²⁵³

Bei Angehörigen von suchtkranken Menschen ist es wichtig zu wissen, dass sie zuerst enorm besorgt um die abhängige Person sind, was aber schnell umschlägt in etliche Versuche die Abhängigkeit hin zur Abstinenz zu entwickeln. Dies wird durch überreden versucht oder es wird an die Notwendigkeit einer Therapie appelliert. Darauf folgen Kontrollen und Überprüfungen, ob der Abhängige auch immer die Wahrheit sagt und sich auch wirklich verändert. Wenn die Angehörigen bemerken, dass ihre Interventionen nicht fruchten, steigern sie ihr Engagement. Wenn trotz dieses hohen Einsatzes keine Verbesserung eintritt, sind die Angehörigen sehr enttäuscht und verlieren die Hoffnung. Die Situation wird zu einer Belastung, was sich in Schlafstörungen oder in permanenter Ruhelosigkeit äussern kann. Wenn Angehörige in diesem Stadium sind, dann holen sie sich oft Hilfe bei Fachpersonen.²⁵⁴ Dem Umfeld muss klar gemacht werden, dass trotz ihres Engagements die wichtigste Voraussetzung für ein abstinentorientiertes Leben die Motivation des Abhängigen ist. Ist diese Überzeugung nicht vorhanden, bleiben alle Bemühungen erfolglos.²⁵⁵

Reinhold Assfalg hat fünf Punkte entwickelt, die in der Arbeit mit Co-Abhängigen wichtig sind:

1. Grösseres Wissen und Verständnis über eine Abhängigkeitserkrankung und deren Krankheitsverlauf
2. Die eigenen Gefühle spüren, benennen und zeigen können
3. In der Beziehung zum Suchtkranken offen miteinander kommunizieren, Erwartungen und Wünsche klar äussern und Rollenklärungen vornehmen
4. Bewusstsein, dass das Leben auch schmerzliche Seiten hat und dass man sein Umfeld nicht vor allen schlimmen Dingen bewahren kann
5. Entwicklung von Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten²⁵⁶

Angehörige holen meist nicht früher Hilfe, weil ihnen die Fachpersonen oft raten, dass sie sich von ihrem Partner trennen sollen. Da dies aber viele nicht können/wollen, ist es schwierig für sie passende Unterstützung zu finden. Dies wiederum wirkt sich auf die Abhängigen aus, da in Studien belegt werden konnte, dass wenn sich Angehörige in Behandlung begeben, diese den abhängigen Menschen enorm beeinflussen können. Diese sind dann eher bereit sich ebenfalls professionelle Hilfe zu holen.²⁵⁷ Es hat sich erwiesen, dass es mehr weibliche Angehörige gibt, die sich professionelle Hilfe holen. Jedoch muss erwähnt werden, dass es mehr Männer gibt, die suchtmittelabhängig sind. Ihr Verhältnis zu den Frauen liegt bei 3:1. Daraus lässt sich schliessen, dass es mehr Partnerinnen von Suchtkranken gibt als männliche Partner.²⁵⁸ Kolitzus ist überzeugt, dass Frauen länger in einer Partnerschaft bleiben, auch wenn eine Suchtabhängigkeit besteht.²⁵⁹

²⁵³ Vgl. Copello et al. 2009

²⁵⁴ Vgl. Zika. 2007, S.63

²⁵⁵ Diese Informationen stammen von: www.sucht-info.ch

²⁵⁶ Diese fünf Punkte sind auf dieser Homepage zu finden: www.freundeskreise-sucht.de In: Assfalg

²⁵⁷ Vgl. Bischof et al. 2008, S.375

²⁵⁸ Vgl. Flassbeck. 2011, S.99

²⁵⁹ Vgl. Flassbeck. 2011, S.99 In: Kolitzus. 2000, S.15

2.4.12 Umgang mit Rückfällen

Ist ein Mensch suchtabhängig und hat er sich nun zum Ziel gemacht, den Konsum zu beenden, gehören Rückfälle oftmals dazu. Ein Rückfall muss nicht sofort als Misserfolg bewertet werden. Eine Abhängigkeit ist ein Verhaltensmuster, das oftmals schon seit Jahren fester Bestandteil ist. Darum ist es auch nicht so einfach, diese Mechanismen zu durchbrechen und ein Leben ohne Alkohol zu führen. Dazu braucht es Zeit.

Wenn es zu einem Rückfall kommt, muss überlegt werden, ob die bestehenden Hilfsangebote genügen oder weiter ausgebaut werden müssen.²⁶⁰

Bei den Angehörigen ist die Angst vor einem Rückfall vom Süchtigen immer wieder ein Thema. Sie sind auch äusserst sensibel, wenn irgendetwas nicht mehr seinen gewohnten Gang nimmt. Meist sind diese Sorgen der Angehörigen berechtigt. Entweder ist der Suchtkranke schon rückfällig geworden oder sein Verhalten läuft auf einen Rückfall hinaus. Als Berater sollte klar darauf hingewiesen werden, dass die Wahrscheinlichkeit da ist, dass es zu einem Rückfall gekommen ist oder kommen wird. Die Gefahr besteht immer. Der Klient sollte mit dem Abhängigen über seine Sorgen und Ängste reden. Der Angehörige darf auch Strategien vom Suchtkranken verlangen, dass es nicht zu einem Rückfall kommt. Auch wichtig ist, die Verantwortung dem Süchtigen zu überlassen.²⁶¹ Die Angst vor einem Rückfall ist naheliegend, da die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls ziemlich hoch ist. Ausserdem besteht die Gefahr, dass jemand nicht mehr alkoholabhängig ist, jedoch sich die Sucht auf etwas anderes projiziert hat. Es gibt viele Höhen und Tiefen. Für die Angehörigen können diese aushaltbar werden, indem sie sich mit dieser Thematik auseinandersetzen. Das Umfeld muss sich auch bewusst sein, dass eine Sucht nahezu unkontrollierbar ist. Es ist nicht möglich die genauen Ursachen für eine Entwicklung einer Sucht herauszufinden. Im Gegenteil, dies hat schon mit einer co-abhängigen Verstrickung zu tun. Es impliziert, dass wenn man die Gründe einer Suchtentwicklung gefunden hat, diese auch kontrollierbar werden kann. Tatsächlich ist es so, dass sich Suchtabhängige bewusst sind, dass sie sich selber durch ihren Konsum schaden. Daher sollte sich das Umfeld darauf konzentrieren, zu lernen, sich abzugrenzen, Verantwortung zurückzugeben oder die Verantwortung an Suchthilfeinstitutionen weiterzugeben.²⁶²

Für Angehörige kann es entlastend sein, wenn der Berater das selbstsüchtige und egoistische Verhalten eines Süchtigen anspricht. Häufig hat das Umfeld diese Gedanken gehegt, aber niemand traute sich, diese offen zu äussern.²⁶³

Der Partner muss sich bewusst sein, dass der/die alkoholabhängige Mann/Frau bei der Rückkehr in sein/ihr altes Zuhause immer wieder in alte Verhaltensschemata zurückfallen kann. Lindenmeyer ist der Auffassung, dass der Partner mit diesen Rückfällen tolerant umgehen sollte.²⁶⁴

2.4.13 Hilfsmöglichkeiten für Co-Abhängige

Angehörige leisten gewichtige emotionale Unterstützung im Genesungsprozess des Suchtkranken. Diese Unterstützung wird wiederum von den Suchtkranken wertgeschätzt. Die Angehörigen sind sich oftmals gar nicht im Klaren darüber, welchen positiven Einfluss sie auf den Abhängigen haben.²⁶⁵ Rennert ist überzeugt, dass der Einbezug von Familien in die

²⁶⁰ Diese Information ist auf folgender Internetseite nachzulesen: www.sucht-info.ch

²⁶¹ Vgl. Flassbeck. 2011, S.223-224

²⁶² Vgl. Flassbeck. 2011, S.227-229

²⁶³ Vgl. Flassbeck. 2011, S.230

²⁶⁴ Vgl. Lindenmeyer. 2005, S.191

²⁶⁵ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.9

Beratung Standard sein sollte, da das Umfeld ebenfalls in irgendeiner Form unter der Sucht ihres Angehörigen leidet.²⁶⁶

In den USA ist es bereits seit 1979 in der Praxis üblich, dass bei einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit die ganze Familie hinzugezogen wird. Aus diesem Grund wird in den USA in den Beratungsstellen ebenfalls ein spezifisches Angebot für die Angehörigen angeboten.²⁶⁷ Hingegen besteht in der Schweiz das Problem, dass viele Beratungsstellen zu wenig Angebote für die Angehörigen haben. Der Fokus liegt klar auf den Suchtkranken. Angehörige werden meist nur als Anhänger der Abhängigen behandelt. Zudem gehört zur co-abhängigen Verstrickung dazu, dass Angehörige nicht bemerkbar sein wollen. Deswegen ist es notwendig, dass das Angebot im niederschweligen Bereich tätig ist und aufsuchende Arbeit betreibt. **Das Ziel sollte es sein, dass Suchtkranke und Angehörige eine gleichwertige Beratung erhalten.**²⁶⁸ Kowitzus ist der Meinung, dass man nacheinander mit Therapien in der Familie beginnen sollte. Die co-abhängige Person sollte als Erste die Möglichkeit erhalten, eine solche Therapie wahrzunehmen, da ihr Leidensdruck höher ist, als die des Süchtigen. Die Therapie eines Co-Abhängigen ist kürzer als jene des Süchtigen. Für Co-Abhängige ist es schwierig, gewisse Rollen und Verhaltensweisen abzulegen, beispielsweise das ständige Helfen. Der Co-Abhängige fand in seiner Rolle einen Sinn und deshalb ist es für ihn schwierig diese aufzugeben.²⁶⁹

Die psychodynamisch orientierte Familientherapie und der systemische Ansatz machen deutlich, dass die Familie ein wichtiger Einflussfaktor in der Beratung ist. Obwohl es bis heute nur wenig wissenschaftlich fundierte Belege gibt, wie wirksam der Einbezug von Angehörigen in die Therapie ist, haben diese wenigen Forschungsergebnisse gezeigt, dass der Einbezug als positiv bewertet wurde.²⁷⁰

Angehörige sollten Informationen über Co-Abhängigkeit erhalten. Ausserdem ist es empfehlenswert, sich bei einer Selbsthilfegruppe anzumelden, damit Erfahrungen ausgetauscht werden können.

Wir haben ein Forum für Alkoholabhängige gefunden, wo viele Partnerinnen von Suchtkranken über ihr Leiden gesprochen haben. Auffallend oft gab es bei Frauen einen Tiefpunkt bzw. eine Kapitulation. In diesen Momenten haben sie realisiert, wie schlecht es ihnen geht und wie hilflos sie eigentlich sind. Sie haben angefangen zu realisieren, dass sie etwas verändern müssen. Diese Krise war bei den meisten Frauen der Wendepunkt. Einige von ihnen haben einen Therapeuten aufgesucht, andere hingegen haben Hilfe bei Bekannten oder engen Freunden gesucht. In vielen Fällen haben die Frauen die Beziehung zu ihrem Mann beendet. Einige Frauen erzählten, dass sie psychisch krank wurden. Manche schreiben, dass sie Selbstmordgedanken gehabt haben. In diesem Forum raten sich die Frauen gegenseitig, dass es auch wichtig ist, dass es einem selber gut geht und nicht nur dem Partner. Sie sagen, dass man egoistischer sein soll. Einige Frauen beschreiben sich selber als co-abhängig und sagen klar, dass sie sich professionelle Hilfe suchen wollen.²⁷¹

In England wurde ein fünfstufiges Kurzinterventionsprogramm für Erwachsene in suchtbelasteten Familien erstellt:

1. Anhören der Familiengeschichte und der Sorgen
2. Anbieten von Beratung und Informationen
3. Coping-Strategien erarbeiten und Alternativen aufzeigen
4. Explorieren von aktuell vorhandener und zukünftig möglicher sozialer Unterstützung

²⁶⁶ Vgl. Rennert. 1990, S.11

²⁶⁷ Vgl. Rennert. 1990, S.14

²⁶⁸ Vgl. Flassbeck. 2011, S.160-163

²⁶⁹ Vgl. Kowitzus. 2000, S.10

²⁷⁰ Vgl. Thomasius, Bröning. 2012, S.14

²⁷¹ Dieses Forum ist auf folgender Homepage zu finden: www.foru-alkoholiker.de

5. Erheben weiterer Bedürfnisse und ggf. Weiterüberweisung.

Kolitzus zeigt auf, dass Co-Abhängige je nach Alter, Vorgeschichte, Vortherapie, Intelligenz, Charakter und aktueller Situation unterschiedlich von einer Therapie profitieren. Von Bedeutung ist, dass der Klient von Beginn an stets in der Therapie mitarbeitet.²⁷²

Kolitzus rät Angehörigen von Suchtkranken zudem, **dass der erste Schritt zur Besserung jener des Eingeständnisses der Co-Abhängigkeit ist.** Zunächst sollte sich der Partner bewusst werden, in welchem Stadium der Co-Abhängigkeit er momentan ist und dass er etwas ändern will/muss. Zudem sollte sich der Partner darüber Gedanken machen, welche Veränderungen seine Bemühungen für den Partner mit sich gebracht haben. Beispielsweise rät Kolitzus dem Umfeld, dem Suchtkranken keine finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen. Dies sollten die Angehörigen auch konsequent durchziehen.

Ein weiterer Tipp von Kolitzus lautet, dass der Angehörige einen Brief an den Suchtkranken schreibt. Dabei ist wichtig, konkrete Situationen mit konkreten Details zu beschreiben. Der Angehörige sollte so lange schreiben, bis der ganze Ballast aus seinem Kopf niedergeschrieben ist. Der Brief kann auch etappenweise geschrieben werden. Der Angehörige muss sich bewusst sein, dass der suchtkranke Partner durch diesen Brief nicht abstinent wird.²⁷³

Zudem sollten der Angehörige versuchen, sich wieder etwas Gutes zu gönnen. Es ist wichtig, dass der Angehörige seine eigenen Bedürfnisse wieder wahrnimmt.²⁷⁴

2.4.14 Selbsthilfegruppen für Angehörige

Eine Hilfsmöglichkeit für Angehörige wird hier vertief dargestellt. Wir sind der Meinung, dass **Selbsthilfegruppen** ein wichtiges Gefäss für Angehörige sein können. Aus diesem Grund wollen wir diesen Punkt weiter ausführen.

Es ist wichtig, dass es Fachleute als ihre Aufgabe sehen, die Angehörigen zu motivieren, in eine Selbsthilfegruppe einzutreten. Die Vorteile einer Selbsthilfegruppe sind:

- Die Langzeitberatungen (Einzelberatungen sind sehr teuer)
- Das Angebot einer Gemeinschaft und eines Lebensstils
- Stabile Rollenmodelle: Der Angehörige kennt seine Rolle innerhalb der Selbsthilfegruppe und diese bleibt dieselbe.

Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe kann zu einem besseren Selbstwert führen und die Gefahr einer Depression kann vermindert werden. Es ist wichtig, dass das zentrale Anliegen der Selbsthilfegruppe das Wohl jedes Mitgliedes ist. Die Mitglieder müssen sich akzeptiert und verstanden fühlen. Sie müssen ihre Erfahrungen mit anderen teilen können, welche ähnliche Erlebnisse erfahren haben.²⁷⁵ Von Vorteil ist, dass es noch weitere Menschen gibt, die in derselben Situation sind und ähnliche Dinge erlebt haben. Dieser Austausch verbindet und kann entlastend wirken.²⁷⁶

Der Angehörige kann durch eine Selbsthilfegruppe wieder einen Zugang zu sich selbst finden. Je nach Situation, welche die Angehörigen erlebt haben, brauchen sie mehr Zeit, um sich zu öffnen und sich einzubringen. In einer Selbsthilfegruppe haben alle sehr ähnliche Erfahrungen gemacht. Dadurch können sie sich gegenseitig Rückmeldungen geben, was für

²⁷² Vgl. Kolitzus. 2011, S.126

²⁷³ Vgl. Kolitzus. 2000, S.160-162

²⁷⁴ Vgl. Kolitzus. 2000, S.166

²⁷⁵ Vgl. Schild.,Wiesbeck. 2012, S.175 In: Möller. 1981.

²⁷⁶ Diese Ratschläge stammen von der Internetseite: www.sucht-info.ch

die Betroffenen eine grosse Hilfe bedeuten kann. In den Angehörigengruppen lernt man, wie man eine Beziehung/Partnerschaft positiv verändern kann.²⁷⁷

In der Schweiz gibt es folgende Selbsthilfegruppen für Angehörige:

Al-Anon-Familiengruppen:

Bei den Al-Anon stehen die Angehörigen von Alkoholabhängigen im Vordergrund. Dies wird genauer erläutert, da die Al-Anon Familiengruppe zu den grössten Selbsthilfegruppen weltweit gehören. Die Al-Anon wenden das 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker an. In der Gruppe wird eine gemeinsame Realität geschaffen und Umgangsstrategien entwickelt, um das Zusammenleben mit der suchtabhängigen Person zu erleichtern oder zu verbessern.

Durch diese Treffen soll den Angehörigen bewusst werden, wie stark auch sie unter dieser Suchtabhängigkeit leiden und ebenso auf Hilfe angewiesen sind. In vielen Fällen sieht es aber so aus, dass das Umfeld des Abhängigen nur in die Beratung miteinbezogen wird, damit dessen Therapieverlauf günstiger verläuft. Auf die Bedürfnisse der Angehörigen wird nicht eingegangen.

Die Al-Anon entstanden in den USA. Die Gruppe wurde als Antwort auf die Selbsthilfegruppe der Anonymen Alkoholiker gegründet. In der Schweiz gibt es die Al-Anon bereits seit mehr als 40 Jahren. Die Selbsthilfegruppe ist ein Verein, welcher sich zum Ziel gemacht hat, sich speziell den Angehörigen von alkoholabhängigen Menschen anzunehmen. Die Unterstützung soll so aussehen, dass die eigene Befindlichkeit, das Selbstbewusstsein und die Selbständigkeit gesteigert werden soll. Der Grundsatz der Al-Anon ist, dass alle Angehörigen von Alkoholabhängigen eine autonome Krankheit haben, welche es zu heilen gilt. Das Angebot ist aber sehr niederschwellig.

Das 12-Schritte-Programm ist so aufgebaut, dass jeden Monat ein neuer Schritt gemacht werden kann. Es ist wichtig, dass man an Gott oder eine andere höhere Macht glaubt. Spiritualität ist ein wichtiger Punkt bei den Al-Anon. In verschiedenen Studien konnte belegt werden, dass sich die Selbsthilfegruppe positiv auf das Leben der Teilnehmer ausgewirkt hat. Die positiven Folgen kamen zustande, egal ob der Suchtkranke eine Therapie machte oder nicht. Das heisst, dass sich Beziehungen in der Familie verbessert haben, es weniger Konflikte und Frustrationen gab.

Die Al-Anon wird kritisiert, dass durch ihre Spiritualität die meisten Menschen in der heutigen Gesellschaft nicht mehr ansprechen, da der Glaube in der heutigen Zeit für viele nicht mehr eine zentrale Rolle einnimmt. Da hilft es auch nicht, dass sich die Al-Anon als konfessionslos darstellt.

Ein weiterer Kritikpunkt ist der Ansatz, dass Angehörige als krank bezeichnet werden. Es gibt viele Angehörige die diesen Stempel nicht aufgedrückt bekommen wollen.

Jedoch muss auch erwähnt werden, dass die Al-Anon einen äusserst offenen Umgang pflegen. Sie veranstalten wöchentliche Treffen.

Bei den Al-Anon spricht man niemals von Co-Abhängigkeit. Entweder wird von Abhängigkeit oder Beziehungssucht gesprochen. Die Begrifflichkeiten sind unterschiedlich, aber inhaltlich dasselbe.

Angehörige wurden in der Forschung jahrelang nicht beachtet. Aus diesem Grund gibt es meist nur populärwissenschaftliche Beiträge oder Erfahrungsberichte zu finden. Wenn es Autoren gibt, die sich wissenschaftlich mit dem Thema Alkoholabhängigkeit auseinandergesetzt haben, dann wird oft das Umfeld nicht erwähnt.

Das Blaue Kreuz:

Es bietet Selbsthilfegruppen für alkoholranke Menschen selber, aber auch für deren Angehörige an. Das Konzept des Blauen Kreuzes ist so aufgebaut, dass Angehörige Teil eines Systems sind, welches von einer Suchtmittelabhängigkeit betroffen ist. Häufig sind die

²⁷⁷ Vgl. Körtel., Krasnitzky. 2004, S.16

Angehörigen Familienmitglieder oder Partner. Man geht davon aus, dass die Angehörigen ein gewisses Wissen besitzen, welches enormen Einfluss auf den Betroffenen hat. Aus diesem Grund sind die Angehörigen ebenfalls eine Zielgruppe. Ein Hauptpunkt ist, dass das Wohlergehen der Angehörigen wieder gesteigert werden kann.²⁷⁸

Stiftung Kosch:

Diese Stiftung ist der Dachverband für sämtliche Selbsthilfegruppen in der Schweiz.

VEVDA (Verband der Eltern- und Angehörigenvereinigung Drogenabhängiger / ada-zh):

Als sich in Zürich die offene Drogenszene immer mehr ausbreitete, gründeten betroffene Eltern 1974 die erste Selbsthilfegruppe der Schweiz. Sie nannten sich Elternvereinigung DAJ (DrogenAbhängige Jugendliche). Nach dieser Gründung gab es auch in anderen Kantonen immer mehr Selbsthilfegruppen. Diejenigen, die damals diese Selbsthilfegruppen geleitet haben, waren zugleich auch Ansprechpersonen. Dabei kam es oftmals vor, dass diese Leiter den Teilnehmenden ihre private Telefonnummer gaben, damit diese bei Problemen jederzeit anrufen können. Man muss auch berücksichtigen, dass das Angebot zu dieser Zeit für die Angehörigen äusserst beschränkt war. Damals waren die drei Hauptpfeiler des Verbandes Beratung für betroffene Eltern, Vernetzung der verschiedenen Selbsthilfegruppen und Öffentlichkeitsarbeit. Sie haben sich auch dafür eingesetzt, dass Fixerstüblis eingerichtet und Angehörige in die Therapie miteinbezogen wurden. Sie setzten sich gegen die Stigmatisierung von suchtkranken Menschen und deren Umfeld ein.

Die Elternvereinigung DAJ bekam immer mehr Zulauf. Durch die grosse Nachfrage und die finanzielle Unterstützung vom Bund, Kanton Zürich und diverse Spenden kam es 1986 zu einer Fusionierung von allen damaligen Selbsthilfegruppen für Suchtproblematik. Es kam zum Zusammenschluss zum Dachverband VEVDA.

Es gab immer mehr professionelle Beratungsstellen und das Angebot wurde erweitert. Das Angebot richtete sich nicht mehr nur noch an Eltern, sondern auch an die Partner oder Geschwister. Aus diesem Grund änderte der Verband 2005 nochmals seinen Namen und hiess von nun an ada-zh (Angehörigenvereinigung DrogenAbhängiger Zürich).

Ada-zh ist mittlerweile ein Teil der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen.

Der Verband setzt sich heute in der Öffentlichkeit und in Beratungsstellen für die Interessen und Bedürfnisse der Angehörigen ein. Sie setzen sich aber auch für die Suchtkranken selber ein, indem sie sich engagieren, dass diese ärztliche und soziale Betreuung erhalten und deren Würde erhalten bleibt. Des Weiteren setzen sie sich ein, dass Angehörige nicht mehr beschuldigt und verantwortlich für die Suchtabhängigkeit gemacht werden.²⁷⁹

Ausserdem bekommen neu gegründete Selbsthilfegruppen Unterstützung von einem Betreuungsteammitglied des ada-zh. Diese Betreuungsperson übernimmt während des ersten Jahrs die Leitung der Selbsthilfegruppe, wobei ein Mitglied aus der Gruppe die Co-Leitung übernimmt.

Kriseninterventionen, Kurzzeitberatungen, Langzeittherapien, Familien- oder Paarberatung oder Beratungen per Telefon gehören ebenfalls zum Angebotsspektrum des ada-zh.

Ada-zh vertritt eine humanistische, wertschätzende und systemische Haltung. Für sie ist es wichtig, dass die Angehörigen in der Angehörigenarbeit lernen, sich auf eine adäquate Art von der abhängigen Person abzugrenzen und loszulassen, damit sie wieder mehr Selbstständigkeit zurückerlangen und wieder lernen die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und auszuleben.²⁸⁰

²⁷⁸ Vgl. Blaues Kreuz. 2012, S.6

²⁷⁹ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.10

²⁸⁰ Vgl. Suhner, Beck. 2012, S.26-27

2.4.15 Das Anton-Proksch-Institut

Das Anton-Proksch-Institut befindet sich in Österreich und gehört zu den grössten Suchtbehandlungsinstitutionen in ganz Europa. Entstanden ist diese Einrichtung in den 50er-Jahren, durch das Engagement des damaligen Sozialministers Anton Proksch.

Das Institut hat folgende Leitsätze:

- Die Angebote vom Anton-Proksch-Institut dürfen alle Angehörige nutzen, welche sich selber als angehörig bezeichnen.
- Angehörige werden als Menschen bezeichnet, die Unterstützung brauchen, werden aber nicht pathologisiert.
- Im Zentrum sind die Angehörigen, welche mit einer empathischen und verständnisvollen Haltung behandelt werden.
- Es wird ressourcenorientiert gearbeitet.
- Es wird versucht, die Suchtkranken und deren Angehörigen von deren Stigmatisierungen zu lösen.
- Durch die grosse Auswahl an Angeboten kann spezifischer auf die individuellen Bedürfnisse der Angehörigen eingegangen werden.
- Neu gegründete Selbsthilfegruppen werden unterstützt.

Das Konzept zur Betreuung der Angehörigen beinhaltet folgende Ziele:

- Oftmals sprechen die Angehörigen erstmals in der Beratung über ihre Emotionen und ihre schwierige Lebenssituation. Dies soll zur Entlastung dienen.
- Es werden Auskünfte über eine Suchtmittelabhängigkeit vermittelt.
- Wenn Angehörige ihre Verhaltensweisen ändern und konsequenter werden, hat dies einen enormen Einfluss auf die abhängige Person, damit sich diese früher professionelle Hilfe holt.
- Besteht zwischen dem Angehörigen und dem Suchtkranken eine beständige und sichere Beziehung, wirkt sich dies positiv auf die Therapieprozesse des Abhängigen aus.
- Ressourcenaktivierung.
- Durchführung von präventiven Interventionen und Aufklärung bei Kindern, damit die Sucht nicht über mehrere Generationen bestehen bleibt.

Jedes Jahr machen ca. 800 Angehörige von diesem Angebot Gebrauch. Die meisten kommen mit der Erwartungshaltung, dass die Fachleute ihnen eine Art Rezept geben, damit sie später wissen, wie sie mit dem Suchtkranken umgehen müssen. Leider gibt es dieses nicht. Es werden aber neue Perspektiven aufgezeigt und geholfen, Ressourcen wieder zu nutzen und die Lebensqualität zu steigern.

Die Fachpersonen haben die Erfahrung gemacht, dass es bei einer Gruppenkonstellation nicht wichtig ist, wolle der Suchtkranke abhängig ist, sondern wichtiger ist, welche Beziehung die Angehörigen zum Abhängigen pflegen, ob es sich um den Partner oder ein Geschwister handelt.²⁸¹

²⁸¹ Vgl. Schmidt, Trabe. 2012, S.44

Das angehörigenzentrierte Betreuungsangebot ist ein Stufenprogramm. Zu Beginn erhalten die Angehörigen in spezifischen Angehörigenabenden Informationen über die Suchtkrankheit, deren Behandlung und Auswirkungen der Suchtkrankheit auf die Angehörigen. Zudem werden verschiedene Betreuungsangebote für Angehörige vorgestellt. In der nächsten Stufe werden Diskussionsrunden therapeutisch begleitet. Dieses Betreuungsangebot ist freiwillig und kann auch anonym absolviert werden.

Das Ziel dieses Angebots ist die Entlastung der Angehörigen durch Diskussionen. Man gibt den Angehörigen eine Hilfestellung bezüglich Informationen und Wissen über die Suchterkrankung. Zudem sollen die vorhandenen Ressourcen genutzt und gestärkt werden. Das Anton Proksch Institut ist der Meinung, dass Angehörige in die Entwöhnungsbehandlung miteinbezogen werden sollten. Dies gilt für den ambulanten, wie auch den stationären Bereich. Der Suchtkranke selbst soll stabilisiert und die Angehörigen gestärkt werden, da sie verlernt haben, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen. Es ist wichtig, dass sie wieder Zeit und Raum erhalten, diese zu befriedigen, ohne dabei Schuldgefühle zu verspüren.²⁸²

2.3.16 Prävention

Präventive Behandlungsformen sind wichtig, weil dadurch die Chance verringert werden kann, dass Personen überhaupt eine Beziehung mit einem suchtabhängigen Menschen eingehen oder falls sie sich bereits in einer Partnerschaft befinden, lernen mit der Sucht des Partners umzugehen. Im Hinblick auf diese Präventionsmassnahmen ist es für Michael Klein keine abwegige Idee, obligatorische Kurse für zukünftige Ehepartner durchzuführen.²⁸³

Mit dem Grundgedanken von all diesen Präventionsmassnahmen können wir uns nicht anfreunden. Wir finden es ebenfalls wichtig, mit Jugendlichen über Partnerschaft zu reden und ihnen aufzeigen wie sie handeln könnten, wenn Probleme wie beispielsweise eine Sucht entstehen. Jedoch mit dem Gedanken die jungen Menschen zu sensibilisieren und Lösungsvorschläge aufzuzeigen und nicht um abhängige Menschen zu umgehen. Wenn ein solch einseitiges Denken passiert, dürfte man ja plakativ gesagt keinerlei Beziehung mit einem Menschen eingehen, welcher Probleme in seinem Leben hat.

Jeder Mensch hat unserer Meinung nach Recht auf Beziehungen und jeder Mensch hat Probleme. Zudem kann sich eine Alkoholabhängigkeit auch erst im Verlaufe der Beziehung entwickeln.

Für die Prävention von Angehörigen suchtkranker Menschen ist wichtig, dass sich die Interventionen nach dem psychischen Wohlbefinden richten. Das Selbstbewusstsein muss wieder gestärkt werden und verinnerlichte Denkmuster wie Angst, Zweifel, Sorgen oder Schuldgefühle müssen vermindert werden.

Wenn ein professionelles Helfersystem frühzeitig interveniert und für das Thema sensibilisiert ist, kann präventiv gehandelt werden, sodass der Teufelskreis der Sucht und Abhängigkeit durchbrochen werden kann. Es gilt daher: **Je früher einer co-abhängigen Person professionell geholfen werden kann, umso grösser sind die Erfolgschancen.**

Zudem sind Menschen, die ein gesundes Selbstvertrauen haben, die über ihre Gefühle reden und klare Moral- und die daraus resultierenden Handlungsvorstellungen haben, weniger anfällig co-abhängiges Verhalten zu zeigen.²⁸⁴ Beispielsweise sollte in einer Partnerschaft, in welcher einer der beiden abhängig ist, dessen Partner unterstützt werden, damit dieser lernt, offen über Probleme zu reden und eine nötige Distanz aufzubauen. Dies wirkt sich auf das gesamte Umfeld positiv aus.²⁸⁵

²⁸² Vgl. Andorfer., Schmidt. 2007, S. 42-46

²⁸³ Vgl. Klein. 2001, S.16-17

²⁸⁴ Die Informationen stammen von folgender Internetseite: www.freundeskreise-sucht.de.

²⁸⁵ Vgl. Flassbeck. 2011, S.158-159

In den Schulen sollte im Unterricht nicht nur Wissen über eine Sucht vermittelt werden, sondern die Angehörigen sollten ganz explizit auch darauf angesprochen werden. Da fast jeder jemanden kennt, der abhängig ist, wird dieses abstrakte Gebilde Sucht, zu etwas persönlichem.²⁸⁶

Insgesamt ist es wichtig, dass sich das Helfersystem für Angehörige weiter ausbaut und dass es spezifischere und professionelle Anlaufstellen und Beratungen gibt.²⁸⁷ Zudem ist es notwendig, dass es mehr wissenschaftliche Untersuchungen zu den Auswirkungen von co-abhängigem Verhalten gibt, damit spezialisierte Beratungen und Therapien angeboten werden können. Dadurch würde man gleichzeitig die Angehörigen wahr- und ernst nehmen und den Handlungsbedarf verdeutlichen. Es würde klar zeigen, dass nicht nur eine abhängige Person selbst, sondern auch die Angehörigen ein Recht auf professionelle Unterstützung haben.

Ebenfalls notwendig ist, die Angehörigen zu einem früheren Zeitpunkt auf eine mögliche Co-Abhängigkeit aufmerksam zu machen. Dazu muss den Angehörigen ein Wissen über die Sucht- und die Co-Abhängigkeit vermittelt und mögliche Behandlungen aufgezeigt werden.²⁸⁸ Marcus Reichard, unser Experte der Forel Klinik, ist der Meinung, dass man präventiv arbeiten sollte, damit man Angehörige darauf hinweisen kann, dass sie hinschauen und erkennen können, wenn sie co-abhängige Symptome aufweisen. Dadurch sollte die Möglichkeit verringert werden, dass sich eine Co-Abhängigkeit entwickeln kann.²⁸⁹

²⁸⁶ Vgl. Flassbeck. 2011, S.159-160

²⁸⁷ Vgl. Klein. 2001, S.18

²⁸⁸ Die Informationen stammen von folgender Internetseite: www.freundeskreise-sucht.de.

²⁸⁹ Vgl. Reichard, 2012, S.165

2.4.17 Therapiesetting

Eine weitere Möglichkeit für Angehörige ist die Teilnahme an einer Therapie, sei dies eine Familien-, Paar oder Einzeltherapie.

Familientherapie:

Damit der Therapeut seine Beobachtungen erweitern kann, lädt er wenn möglich auch das familiäre Umfeld des Klienten ein. Der Therapeut hat bestimmte Erwartungen an die verschiedenen Familienmitglieder. Er ist sich bewusst, dass der Vater eine andere Sichtweise hat und dadurch Dinge auf eine andere Art und Weise als die Mutter erzählt.²⁹⁰

Der Klient nimmt in seinem Leben mehrere Rollen ein. Die Rolle des Vaters, Arbeiters, Alkoholiker etc. Im therapeutischen Kontext wird oft nur auf die Rolle des Alkoholikers eingegangen. Um die Ressourcen des Klienten zu nutzen, ist es wichtig, die anderen Rollen ebenfalls in die Therapie miteinzubeziehen.²⁹¹ Der familientherapeutische Ansatz besagt, dass das Suchtproblem nicht mehr im Individuum selbst steckt, sondern auch in den Strukturen, Bindungen, Regeln oder in der Kommunikation im Familiensystem.²⁹²

An Familiengesprächen nehmen der Patient und ausgewählte Angehörige teil. Man bespricht verschiedene Themen wie Kommunikation, Lösungen von Konflikten und Lösungen für das zukünftige Zusammenleben. Standardthemen sind:

- Starke Verantwortungsübernahme durch den Partner
- Kommunikationsdefizite
- Angst vor einem Rückfall
- Psychosomatische Beschwerden
- Die Schuldfrage
- Gegenseitige Wünsche für ein gemeinsames Leben nach der Therapie²⁹³

De Shazer zeigt auf, dass Familien die Therapie erfolgreich beurteilten, wenn sie eine Zielvorstellung hatten. Wenn eine Familie keine Ziele bilden kann, muss der Therapeut diese bilden, damit die Therapie von Nutzen ist.²⁹⁴

Zusammenfassung:

Familientherapie/Familienberatung ist ein wichtiger Teil der Angehörigenarbeit. Es ist ein systemischer Ansatz, welcher davon ausgeht, dass das Problem nicht nur bei einem Systemmitglied stattfindet, sondern im gesamten System Familie. Vor allem die Kommunikation kann durch eine Familientherapie verbessert werden.

Einzeltherapie:

Als Gegenstück wollen wir uns noch Kolitzus berufen, bei dem eine Einzeltherapie folgendermassen aussieht:

Zuerst findet ein Vorgespräch mit dem Klienten statt. Er beobachtet den Klienten und versucht festzustellen, ob der Klient in eine andere Klinik weitergeleitet werden muss. Dies

²⁹⁰ Vgl. Klein. 2009, S. 172

²⁹¹ Vgl. Klein. 2009, S. 175

²⁹² Vgl. Thomasius, Küstner. 2005, S.155

²⁹³ Vgl. Thomasius, Küstner. 2005, S.140 In: Fahrner. 1990

²⁹⁴ Vgl. De Shazer. 2012, S.239

ist der Fall, wenn der Klient psychisch, physisch und sozial sehr stark von der Situation eingeschränkt ist. Bleibt der Klient in diesem Therapiesetting, darf der Klient einen Fragebogen ausfüllen. Die Fragen sind auf verschiedene vergangene Süchte, Gefühle, Familienbeziehungen, Verluste, Einschätzung der eigenen Person, Religion, Werdegang etc. gerichtet. Mit dem Fragebogen will man die momentane Lebenssituation möglichst genau des Klienten verstehen. Nach dem Ausfüllen des Fragebogens wird gemeinsam mit dem Klienten nach Zielen gesucht. Die Ziele sollen sich auf Problembereiche konzentrieren. Viele Klienten suchen ein Ziel hinsichtlich der Verbesserung der Familienbeziehungen. Dem Klienten werden nach und nach verschiedene Konflikte in der Familie bewusst, welche nicht gelöst wurden.²⁹⁵ Meistens kommen Co-Abhängige aus problematischen Familienverhältnissen. Das bedeutet, dass es schwierig ist, sie auf der emotionalen Stufe abzuholen. Eine Methode, die hierbei nützlich sein kann, ist die Familienzeichnung oder die Aufstellung der Familie. Man kann die Co-Abhängigen dazu bringen, sich mit ihren Gefühlen und den unbewussten Konflikten auseinanderzusetzen. Die bildliche Darstellung ist hierbei ein hilfreiches Instrument.²⁹⁶

Marcus Reichard ist der Meinung, dass in der Einzeltherapie auch die Gefahr besteht, dass es zu einer Vereinzelung des Klienten führen kann. Deshalb plädiert er eher auf Gruppensettings.²⁹⁷

Zusammenfassung

Wie Kolitzus beschreibt, ist auch die Einzeltherapie bei den Angehörigen eine mögliche förderliche Massnahme. In diesem Setting haben die Gefühle und Bedürfnisse der Angehörigen Platz. Er sagt, dass beim Verdacht auf eine psychische Krankheit der Angehörige weiterverwiesen wird. Um jedoch die Situation des Klienten erfassen zu können, muss dieser einen Fragebogen ausfüllen.

Das biopsychosoziale Modell wird von Kolitzus verwendet, um die Einflussfaktoren des Klienten zu kennen.

Angehörigenseminare

In verschiedenen Angehörigenseminaren, die in Kliniken stattfinden, sollten die Angehörigen über die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Sucht informiert werden. Auch sollte man sie über die Alkoholabhängigkeit an sich informieren. Man sollte auf die Therapie der Sucht eingehen. Das Ziel ist, dass Angehörige aufmerksam für Anzeichen eines Rückfalls werden. Ein weiteres Ziel ist es, die Selbstregulation der Angehörigen zu stärken. Um diese Ziele zu erreichen, werden Methoden wie das motivierende Interview angewendet. In den Angehörigenseminaren werden unter anderem das Lernen am Modell oder die positive Verstärkung eingesetzt.

Die Aufgabe des Therapeuten in diesen Angehörigenseminaren liegt darin, zu moderieren, Gefühlsäusserungen anzuleiten und eine wohlwollende Gesprächsatmosphäre zu schaffen. Die Ziele der Seminare sind auch das Üben der Kommunikation, der Konfliktlösefähigkeit und die Lebensplanung nach der Therapie.²⁹⁸

Ein Psychotherapeut sollte motivieren können und Verständnis für die Situation des Patienten aufbringen. Ein Psychotherapeut kann auch streng werden und aufzeigen, dass der Patient seine Ziele erreichen kann, wenn er will.²⁹⁹

²⁹⁵ Vgl. Kolitzus. 2011, S.130

²⁹⁶ Vgl. Kolitzus. 2011, S.131

²⁹⁷ Vgl. Reichard, 2012, S.165

²⁹⁸ Vgl. Thomasius, Küstner. 2005, S.139

²⁹⁹ Vgl. Kolitzus. 2011, S.127

Wie bereits erwähnt ist Marcus Reichard der Meinung, dass solche Gruppensettings sehr hilfreich für die Angehörigen sind. Er sagt, dass sich die Angehörigen in dieser Gruppe auch Ratschläge geben und sich gegenseitig unterstützen können. Wichtig ist auch, dass man den Angehörigen Wissen über die Alkoholabhängigkeit des Partners vermittelt. Sie sollen dadurch das Verständnis entwickeln, dass es sich um eine Krankheit handelt.

Vor allem in Kliniken mit Alkoholpatienten findet in den Angehörigenseminaren Psychoedukation statt.³⁰⁰

Systemtheorie

Zu jedem Mensch gehören verschiedene Systeme, die einander gegenseitig beeinflussen. Auf unsere Arbeit bezogen bedeutet das, dass ein Abhängiger auf sein Umfeld agiert oder reagiert. Wenn ein Suchtkranker zunehmend verwahrlost und sein Leben immer mehr aus den Fugen gerät, hat dies auch Auswirkungen auf sein Umfeld. Im Gegenzug können Angehörige auch Einfluss nehmen, indem sie sich wieder um sich selber kümmern und dem Abhängigen Verantwortung zurückgeben. Als Sozialarbeiter in der Suchthilfe sollte man aus diesem Grund einen ganzheitlichen Aspekt verfolgen.

Angehörige sind im systemischen Therapiesetting immer eine Ressource, auch wenn sich ein Paar im Laufe der Beratung trennt. Die Ressource besteht vor allem darin, dass Klarheit herrscht.³⁰¹

Die Kernaussage der Systemtheorie besagt, dass man ein Individuum immer zusammen mit dem dazugehörigen Kontext betrachten muss. Das Individuum wird vom Kontext beeinflusst und umgekehrt. Eine Partnerschaft ist ebenfalls ein System, worin sich die Akteure gegenseitig beeinflussen. Hat ein Partner ein Alkoholproblem, hat dies auch Auswirkungen auf den anderen Partner. Daher ist es äusserst wichtig, dass das Umfeld in den Therapieprozess miteinbezogen wird.³⁰² Die systemische Therapie versucht das süchtige Verhalten als ein Transaktionssystem zu sehen. Das heisst, jeder Mensch wird durch sein Umfeld beeinflusst. Diese Beeinflussung kann positiv oder negativ ausfallen. Zu einer Persönlichkeit gehören auch Defizite dazu. In der Therapie wird aufgezeigt, dass Menschen auch Fehler haben können. Durch diese Sichtweise soll der Abhängige nicht stigmatisiert werden. Darum ist es wichtig, dass die Verhaltensweisen jedes Beteiligten (Partner, Kinder, Arbeitskollege...) mitberücksichtigt werden. In der systemischen Therapie wird nicht vom Abhängigen und Co-Abhängigen gesprochen, da man sich nur auf diese zwei Beteiligten beschränken würde und nicht auf das ganze System. In der Therapie wird auf folgende Punkte näher eingegangen:

- Welche Bedeutung dem Symptom gegeben wird
- Welche Person und Handlungen daran mitwirken
- Welchen Sinn Probleme und gewählte Lösungen ergeben
- Welche Muster und Regeln des Verhaltens damit verbunden sind

Um sich diesen Transaktionsmustern bewusst zu werden, sollte der Therapeut versuchen, die Unterschiedlichkeiten und die Individualität zu fördern. Transaktionsmuster müssen nicht nur negativ sein. Diese positiven Aspekte gilt es wahrzunehmen und im Kontext zu erkennen und zu erhalten.³⁰³

Die Systemtheorie arbeitet lösungsorientiert. Der Fokus wird nicht auf die Probleme, sondern auf die Lösungen gerichtet.³⁰⁴ Indem man beispielsweise den Angehörigen fragt, woran er

³⁰⁰ Vgl. Reichard, 2012, S.165

³⁰¹ Vgl. Reichard. 2012, S.171

³⁰² Vgl. Hess. 2003, S.131

³⁰³ Vgl. Molter, Osterhold. 2009, S.190-191

³⁰⁴ Vgl. Hess. 2003, S.147

erkennen kann, dass sein Ziel erreicht worden ist, richtet man den Fokus automatisch auf den Soll-, sprich Wunsch-Zustand. Die Zielbeschreibung sollte möglichst positiv formuliert werden, damit die Ressourcen im Mittelpunkt stehen und nicht sämtliche Probleme. Angehörige von Suchtkranken neigen oft dazu, dass sie nur über ihre Probleme und enttäuschten Gefühle sprechen. Sie nehmen dadurch eine sehr problembelastete Haltung ein. Sie sind der Meinung, dass es nur eine Lösung geben kann, wenn die Ursache des Problems genauestens untersucht wurde und nicht nur der Suchtkranke selber etwas ändern muss. Nicht nur mit den abhängigen Menschen sollte lösungsorientiert gearbeitet werden, sondern auch mit dessen Umfeld. Eine abhängige Person fängt wieder an zu konsumieren, wenn es zu überfordernden Situationen kommt oder seine Bedürfnisse nicht respektiert werden. Sein Konsum wirkt wie eine Reaktion auf das destruktive Verhalten seines Umfeldes. Durch das lösungsorientierte arbeiten lernt der Abhängige sich abzugrenzen und seine Bedürfnisse zu äussern und sein Umfeld lernt weniger defizitorientiert zu denken.

Systemische Interventionen

Es kommt des Öfteren vor, dass Angehörige von Alkoholabhängigen angeben, dass sie Hilfe benötigen, sie aber die Suchtproblematik als Individualproblem ansehen. Das heisst, der Süchtige hat in ihren Augen an allem Leid Schuld.³⁰⁵ Man legt den Fokus nicht nur auf den Klienten und seine Probleme, sondern auch auf dessen Umfeld, indem man erfragt, wie die Probleme interpretiert und verstanden werden. Interessant sind hierbei die verschiedenen Beobachtungen des sozialen Umfelds. Es ist wichtig, sich mit den verschiedenen Ressourcen des Klienten und des Umfeldes auseinanderzusetzen. Hier stellt sich die Frage, wie man mit diesen Ressourcen eine Lösung für ein Problem finden kann.³⁰⁶ Oliver Grehl sagt im Experteninterview, dass es wichtig ist, ein Gespräch zu dritt zu halten, damit man nicht über abwesende Personen spricht.³⁰⁷

Unserem zweiten Experten, Marcus Reichard, ist es als Psychotherapeut in einer Klinik wichtig, dass in einem Dreiergespräch mit dem Angehörigen und Alkoholabhängigen, offene Fragen, aber auch Unstimmigkeiten geklärt werden. Es sollen auch die Wünsche und Bedürfnisse jedes Einzelnen besprochen werden.³⁰⁸

Als Berater ist es wichtig, sich einige Fragen zu überlegen, bevor man mit der Beratung beginnt. Es gibt vier verschiedenen Kernfragen:

1. Weiss ich, was der Anlass ist, der den Ratsuchenden zu mir bringt?

Es ist wichtig zu erfahren, was der Klient für ein Problem hat, damit die richtige Art der Therapie gefunden werden kann.

2. Weiss ich, was das konkrete Anliegen ist, das er /sie verwirklichen möchte?

Gemeinsam mit dem Klienten sollte man die Ziele benennen können und diese schriftlich festhalten, damit eine gemeinsame Grundlage entsteht.

3. Weiss ich, was genau mein Gegenüber sich dabei von mir wünscht?

Für den Berater ist es nicht einfach, eine solche Frage zu stellen, da der Klient mit der ersten Frage diese bereits beantwortet hat. Dennoch ist es essentiell zu wissen, welche Rolle der Berater im Gespräch einnehmen soll. Der Klient sollte ein Mitspracherecht haben.

4. Bin ich bereit und in der Lage, genau dies zu bieten?

³⁰⁵ Vgl. Martin Brentrup. 2002 In: Molter, Osterhold. 2009, S.278

³⁰⁶ Vgl. Von Schlippe., Schweitzer. 2009, S.20-23

³⁰⁷ Vgl. Grehl. 2012, S.156

³⁰⁸ Vgl. Reichard. 2012, S.166

Der Berater sollte auch sich selbst reflektieren, damit eine gute Atmosphäre für die Beratung geschaffen wird. Der Berater sollte seine Handlungsmöglichkeiten und Grenzen kennen.³⁰⁹

Systemisches Fragen

Fragen ist ein sehr wichtiges Element der Beratung. Ein Gespräch sollte man beginnen, indem man Fragen stellt. Durch Fragen erhält man Informationen vom Gesprächspartner. Es ist wichtig zu wissen, wie man ein Gespräch beginnt. Am Anfang sollte man möglichst offene Fragen stellen. Sie schaffen genügend Raum für die verschiedenen Antworten. Dies ist wichtig, damit man den Klienten nicht in eine Ecke drängt und er die Sitzung mitbestimmen kann. Beispiele hierzu:

- Wie ist es Ihnen ergangen, seit Sie hier angerufen haben?
- Was können wir heute für Sie tun?
- Worüber möchten Sie heute mit mir sprechen?

Es ist wichtig zu fragen, was sich der Klient von diesem Gespräch genau verspricht, damit man weiss, in welche Richtung der Klient gehen will, sprich welche Bereiche ihn beschäftigen. Man soll den Klienten ebenfalls zu positiven Erlebnissen befragen. Man darf sich nicht nur auf das Negative fokussieren. Beispiel hierzu:

Was für positive Erlebnisse hatten Sie, seitdem Sie hier angerufen haben?

Die Erwartungen des Klienten sollen ebenfalls erfragt werden, damit man weiss, was der Klient für Vorstellungen von der Sitzung hat.

Wenn wir heute, nach etwa einer Stunde, auseinandergehen, was müsste dann für Sie anders sein, damit Sie sagen können, es war nützlich?

Um Ansporn für das Ziel des Klienten zu geben, stellt man ihm jeweils lösungsorientierte Fragen.

Wenn Ihr Problem gelöst wäre, was sollte ich an Ihnen bemerken, was anders wäre?³¹⁰

Zusammenfassung

Die Familien- und Einzeltherapie arbeiten beide systemisch. Die Systemtheorie besagt, dass jeder Mensch in einem System lebt. Der Kontext beeinflusst den Menschen und der Mensch wiederum nimmt Einfluss auf den Kontext. Wenn nun ein Partner in einer Beziehung ein Alkoholproblem hat, beeinflusst er seinen Partner, wird aber im Gegenzug auch vom Partner beeinflusst. Darum ist es wichtig bei einer Therapie das gesamte System einzubeziehen. Der Systemtherapeut sollte in der Therapie die verschiedenen Transaktionsmuster, welche in einem System herrschen, herausfinden und besprechen. Die Systemtherapie arbeitet lösungsorientiert. Es ist wichtig, dass man gemeinsam mit dem Klienten ein positiv formuliertes Ziel erarbeitet. In der Systemtherapie ist der Klient im Mittelpunkt. Der Therapeut arbeitet gemeinsam mit ihm an Lösungen.

Paartherapie

Diese Therapieform ist wichtig für uns, weil wir uns in unserer Arbeit vor allem auf die Partner fokussiert haben. Da sich die partnerschaftliche Interaktion durch die Alkoholabhängigkeit eines Partners stark verändert, sind wir der Auffassung, dass eine

³⁰⁹ Vgl. Von Schlippe., Schweitzer. 2009, S.20-23

³¹⁰ Vgl. Von Schlippe., Schweitzer. 2009, S.40-44

Paartherapie diese Ungleichgewicht wieder herstellen kann, sofern beide Parteien motiviert sind.

In der Paartherapie wird beiden Hilfe und Unterstützung angeboten, um adäquate Wege und Strategien zu finden, um mit den Problemen umgehen zu können.

Paargespräche oder Paarseminare dienen der Aufarbeitung der Konflikte in der Partnerschaft. Probleme, welche während der Alkoholabhängigkeit des Partners verdrängt/verdeckt wurden, werden besprochen. Die Frage der Bedeutung des Suchtmittels in der Partnerschaft wird geklärt. Die Kommunikation und Konfliktlösebereitschaft wird weiterentwickelt und gemeinsame Zukunftsziele werden diskutiert.³¹¹ In Konfliktgesprächen nehmen der Klient und dessen Partner teil. Es werden belastende Konflikte besprochen und nach Lösungen gesucht. Man bespricht Situationen, welche momentan belastend sind. Man fördert so die Interaktion zwischen dem Paar. In den Konfliktgesprächen wird sowohl nach gemeinsamen, als auch nach getrennten Aktivitäten gesucht.³¹²

Rosmarie Welter-Enderlin fand in einer Studie heraus, dass Paarbeziehungen immer noch durch die Gender Hierarchie³¹³ geprägt sind. Dies kann bei einem Paar auch unbewusst ablaufen.³¹⁴

Es gibt verschiedene Phasen während einer Paartherapie. Zu Beginn findet die Vorphase statt. In dieser werden die Arbeitsbedingungen erklärt. Es ist wichtig, dass das Paar beim Vorgespräch gemeinsam anwesend ist. Die administrativen Modalitäten finden im Vorgespräch statt, damit das Erstgespräch der inneren und äusseren Beobachtung dienen kann.

Welther-Enderlin arbeitet stark mit Leitmotiven. Sie findet, dass vor allem in Paarbeziehungen viele Leitmotive entstehen. Es ist wichtig diese zu spüren und die Partner darauf anzusprechen.³¹⁵

Wenn sich das Paar in einer Krise befindet, muss der Berater versuchen, diese Krise objektiv wahrzunehmen. Das Problem ist oft, dass man an gewohnten Sachen festhält und sich nicht überlegt, was zukünftig geschehen könnte, obwohl dies für jeden Einzelnen wichtig wäre. Mit Paaren kann bezüglich diesem Thema auf zwei Ebenen gearbeitet werden. Auf der ersten Ebene sollten die unmittelbaren, alltäglichen Anliegen geklärt werden, wobei das Paar an ein paar Gewohnheiten festhalten kann. Das Ziel ist, das Paar zu festigen, um einen Wandel zu vereinfachen. Die zweite Ebene ist das Feedforward. Das Paar überlegt sich, wie sie sich in ein paar Jahren sehen, und dürfen dabei ihre Visionen äussern. Diese müssen jedoch keine genauen Ziele beinhalten.³¹⁶

Laut Lindenmeyer ist der Einbezug des Partners in die Therapie wichtig, weil am Anfang der Partnerschaft einander immer wieder Nettigkeiten zugeworfen werden. Während einer jahrelangen Beziehung werden diese Komplimente immer rarer. Man wartet darauf bis der andere Partner mit einer Nettigkeit beginnt. Nach einer Weile wird es immer schwieriger dem Partner Komplimente zu machen. Dies wird in der Therapie wieder gefördert. Viele sind sehr verbittert, haben Angst oder sind misstrauisch. Der Einbezug des Partners kann helfen, diese Ängste und Barriere zu bewältigen.³¹⁷ Jeder Mensch ist Träger einer bestimmten Rolle. Diese Rollen haben jeweils einen Einfluss auf den Partner.³¹⁸

Des Weiteren ist es normal und auch förderlich, dass Partner sich streiten. Führen diese Streitigkeiten jedoch zur Schweigsamkeit, ist dies hinderlich für eine Partnerschaft. Man ist vom Partner distanziert und das Vertrauen schwindet allmählich. Mit dem Einbezug der Partner in die Therapie kann diese Problematik verbessert werden.

³¹¹ Vgl. Thomasius, Küstner. 2005, S.198

³¹² Vgl. Thomasius, Küstner. 2005, S.141

³¹³ Mann = unabhängiger Partner, Geldbesorger

³¹⁴ Vgl. Welther-Enderlin. 2005, S.16

³¹⁵ Vgl. Welther-Enderlin. 2005, S.23

³¹⁶ Vgl. Welther-Enderlin. 2005, S.57

³¹⁷ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.9

³¹⁸ Vgl. Welther-Enderlin. 2005, S.17

Für Angehörige ist es zudem wichtig, dass sie auf sich zugeschnittene Informationen bekommen. **Je grösser das Wissen eines Klienten bezüglich einer Suchtproblematik ist, desto positiver kann dessen Einfluss auf den Abhängigen sein.** Es ist also von Vorteil, wenn die Angehörigen Bescheid wissen, wie sich eine Sucht entwickelt, was für Folgen daraus entstehen können und wie eine mögliche Behandlung aussehen könnte.

Ausserdem ist es wichtig, dass die Partner nicht zurück in die Vergangenheit schauen, sondern nach vorn in die Zukunft blicken. Dies ist eine bessere Voraussetzung für den Partner, abstinent zu leben.³¹⁹

Als Therapeut in einer Paarberatung ist es essentiell, das verbale Verhalten des Mannes und der Frau zu beobachten und erst dann Handlungsvorschläge aufzuzeigen.³²⁰ Kolitzus sagt, dass eine Therapie mit Co-Abhängigen nur dann funktioniert, wenn die Therapeuten die Symptome und die Rollen der Co-Abhängigkeit erkennen. Dies setzt voraus, dass der Therapeut viel Erfahrung in der Arbeit mit Süchtigen gemacht hat.³²¹

Das absolut wichtigste in einer Paarberatung ist, dass das Paar aus freiwilligen Gründen eine Therapie in Anspruch nimmt. Beide müssen frei von Zwängen sein.³²²

Abstinenz des Partners

Eine grosse Schwierigkeit in der Partnerschaft kann die Abstinenz des abhängigen Partners sein. Oliver Grehl erklärt, dass viele der Partner oft Probleme mit der Abstinenz des Partners zu bekunden haben. Die Dynamik in der Beziehung ändert sich mit einer Abstinenz. Der ehemalige Abhängige wird nun wieder eigenständiger und entscheidet selber, worauf er Lust hat und worauf nicht. Das Paar verbringt wieder mehr Zeit miteinander, da der Partner nüchtern und leistungsfähiger ist.

In der Beratung wird mit dem Paar besprochen, was sie mit dieser neu gewonnenen Zeit gemeinsam anfangen können. Dies ist vor allem in der Paartherapie eine zentrale Frage.³²³

Paarsetting

In einer Paarberatung kann man neue Verhaltensweisen direkt ausprobieren und überprüfen, wie der Partner darauf reagiert. Rollenspiele sind hierbei sehr förderlich. Einigen sich die Partner auf neu eingeführte Verhaltensmuster, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass diese auch ausprobiert werden. Zu zweit kann man den Partner ermahnen, falls dieser in alte Verhaltensmuster zurückzufallen droht.

Die Vorteile des Paarsettings sind:

- Da während des Settings beide Parteien anwesend sind, können neue Konstrukte direkt ausprobiert werden. Die Reaktion des anderen erfolgt sofort.
- Partner können sich gegenseitig darauf aufmerksam machen, wenn einer von beiden wieder in ein altes Muster zurückfällt. Ausserdem können eingeübte Rollenspiele zu Hause vertieft werden.
- Gemeinsame formulierte Vorsätze werden eher umgesetzt, da man sich gegenseitig kontrollieren kann.³²⁴

³¹⁹ Vgl. Lindenmeyer. 2005, S.191

³²⁰ Vgl. Welther-Enderlin. 2005, S.19

³²¹ Vgl. Kolitzus. 2000, S. 18

³²² Vgl. Brandl-Nebehay. 2010, S.194

³²³ Vgl. Grehl. 2012, S.155

³²⁴ Vgl. Hess. 2003, S.68-70

Zusammenfassung

Auch die Paartherapie gehört zum systemischen Ansatz. In einer Paartherapie hat man die Möglichkeit sich und den Partner besser kennenzulernen. Es ist wichtig, dass man Vertrauen zum Therapeuten herstellt, um gemeinsam arbeiten zu können. In der Paartherapie können Gefühle, Konflikte und Bedürfnisse besprochen werden. Am geeignetsten ist hierbei das Rollenspiel. In diesem können beide Parteien jeweils den anderen Part spielen. Durch diese Methode können die Beteiligten nachfühlen, wie sich der andere in einer solchen Situation fühlt.

Das Ziel der Paartherapie ist es, dass sich die Partnerschaft festigt und beide über Konflikte reden können. Es ist wichtig, dass beide Paare freiwillig an der Paartherapie teilnehmen.

2.4.18 Angehörigenarbeit aus Sicht der Angehörigen

Bis jetzt haben wir die ganze Angehörigenarbeit nur aus der Perspektive der Professionellen beleuchtet. Wir wollen aber wissen, welche Vorstellungen die Angehörigen von sich selber haben, wie eine Beratung ihrer Meinung nach aufgebaut sein sollte. In diesem Kapitel bezieht sich unser Wissen lediglich auf Aussagen aus der Literatur. Zu einem späteren Zeitpunkt kommen wir auf die Sicht der Angehörigen zu sprechen, welche wir interviewt haben.

Obwohl es so viele Angehörige von suchtkranken Menschen gibt, gibt es nur wenig Untersuchungen, die sich den multiplen Belastungen der Angehörigen annehmen oder eine Bedürfnisabklärung gemacht haben, was sich Angehörige von einer Therapie oder Beratung wünschen würden. Daraus folgt, dass es nahezu keine konkreten Angaben gibt. Die einzige Einrichtung im deutschsprachigen Raum, die sich dieser Frage angenommen hat, ist das Anton-Proksch-Institut.³²⁵

Die Mehrzahl der Angehörigen haben in einer Beratung die Erwartung, dass der Berater ihnen konkret nennt, wie sie sich dem Suchtabhängigen gegenüber verhalten sollen, damit dieser abstinent werden kann. Die Angehörigen machen also häufig den Kausalzusammenhang, dass wenn sie ihre eigenen Verhaltensweisen ändern, der Suchtabhängige sich auch ändert und sogar wieder abstinent werden kann.

Es gibt auch Angehörige, welche den Abhängigen mit in die Beratung nehmen, da sie der Überzeugung sind, dass dieser sich leichter von einer Fachperson beeinflussen lässt, als vom Angehörigen selber. In der Gesellschaft herrscht oftmals der Glaube, dass nur Professionelle helfen können.

Unser Experte Marcus Reichard zeigt auf, dass viele der Angehörigen mit diesem Wunsch in eine Beratung kommen. Es gibt aber auch Angehörige, welche eine Beratung aufsuchen, um Informationen und Hilfestellung für sich selber zu erhalten. Die letztere Gruppe besteht eher nicht aus Co-Abhängigen.³²⁶

Es gibt Angehörige, die über einen längeren, teilweise jahrelangen Zeitraum versucht haben ihre Lebenssituation zu verändern. Oftmals blieb es beim Versuch. **Durch diese jahrelange Belastung haben sie sich für eine Beratung entschieden.** Sie haben es sich zum Ziel gemacht, wieder ein lebenswerteres Leben zu leben. Solche Angehörige sind an dem Punkt angelangt, an dem sie nicht mehr viel Hoffnung haben, dass sie noch irgendeinen Einfluss auf das Verhalten des Süchtigen nehmen könnten. Die Partner erwarten Bestätigung, dass sie ihre Aufgabe gut gemacht haben. Denn, obwohl sie sich sehr bemüht haben, haben sie ihrer Meinung nach keinerlei Veränderungen bewirkt. Dadurch kommen bei ihnen

³²⁵ Vgl. Stutz., Schläfli., Egli., Ridinger. 2011, S.120

³²⁶ Vgl. Reichard. 2012, S.166

Versagensgefühle auf. Meistens hat das Umfeld viele verschiedene Interventionen ausprobiert, um zu einer Entlastung der Situation beizutragen. Dies ist sehr kraftaufreibend, da es viele Spannungsfelder gibt und dadurch auch viele Konflikte ausgetragen werden müssen. Die Angehörigen sind auch der Überzeugung, dass sie all diese Dinge tun müssen, da sie es als Verpflichtung gegenüber dem Suchtkranken empfinden. Der Berater soll all diese Bemühen anerkennen, dass der Angehörige sein Bestes zur Situation beigetragen hat. Viele Angehörige sind entmutigt, da sie viel Energie investiert haben und trotzdem kein passables Resultat herausgekommen ist. Wenn man nun als Berater bekräftigt, dass auch Fachpersonen nicht immer Einfluss auf den Abhängigen haben, kann dies eine enorme Entlastung für die Angehörigen sein.

Es gibt Angehörige, die in einer Beratung Angst haben, dass die Fachperson ihnen die Schuld für die Abhängigkeit ihres Partners geben könnte. Diese Befürchtung wird aber in den wenigsten Fällen offen von den Angehörigen angesprochen.

Es ist noch anzufügen, dass dies längst nicht alle Erwartungen sind, die Angehörige an eine Beratung haben. Die individuelle Lebenssituation spielt auch immer eine wichtige Rolle. Als Professioneller ist wichtig, dass man darauf achtet, welche Erwartungen die Klienten haben.³²⁷

In einem Interview spricht Josef Baumgartner, Präsident des Verbands der Eltern und Angehörigenvereinigung Drogenabhängiger (VEVDA) darüber, was Angehörigen in der Zusammenarbeit mit Fachpersonen wichtig ist. Es ist essentiell, dass man die Angehörigen mit all ihren Sorgen und Bedenken ernst nimmt und sie als richtige Menschen behandelt. Respekt und Würde sind hierbei wichtige Stichwörter. Nicht nur der Umgang mit den Angehörigen muss respektvoll sein, sondern auch mit den Suchtkranken selber. Wenn diese nicht gut behandelt werden, hat dies auch Auswirkungen auf deren Angehörige.

Zudem gibt die VEVDA den Angehörigen den Rat, sich zusätzlich einer Selbsthilfegruppe anzuschliessen. Es kann eine enorme Entlastung sein, wenn die Angehörigen mit anderen Menschen einen Erfahrungsaustausch machen können. Auch ist eine Selbsthilfegruppe hilfreich, wenn es zu akuten Notfällen kommt und die Gruppe in dieser schwierigen Situation da ist, um diese intensiven Gefühle aufzunehmen. Dies stärkt das Zusammengehörigkeitsgefühl.

Weiterhin wäre es sinnvoll, wenn es in der Schweiz eine allgemeingültige Sozialgesetzgebung geben würde. Momentan sieht es so aus, dass in jedem Kanton die Therapien/Beratungen von abhängigen Menschen anders aussehen. Vor 25 Jahren waren Fachleute für Suchtproblematiken eine Rarität und wenn es überhaupt welche gab, waren diese in den Beratungen schnell überfordert und konnten nicht auf die Wünsche der Angehörigen eingehen. Heute hat sich dieser Zustand verbessert, im Gegenzug gibt es aber weniger Versuche, neue Selbsthilfegruppen aufzubauen oder neue Mitglieder in bereits bestehende Gruppen zu vermitteln.

Der Ausdruck Co-Abhängigkeit hat für viele Angehörige eine negative Aussage. **Sie stufen ihr Verhalten nicht als pathologisch und suchtfördernd ein, sondern als natürliche Reaktion.** Angehörigen setzen ihre Unterstützungsmassnahmen auf eine Ebene, welche Eltern oder Partner für ihre Angehörigen erbringen, welche beispielsweise Menschen mit einer Behinderung in ihrem Umfeld haben. Sie sehen keinen Unterschied in der Erbringung der „Dienstleistung“, ausser das ihr Verhalten von den Fachleuten als problematisch dargestellt wird. Aus diesem Grund **empfinden sie das Co-Abhängigkeitskonzept als sozial diskreditierend.**

Für Angehörige ist es wichtig, dass Fachpersonen sie vorurteilsfrei behandeln. Ausserdem wäre es von Vorteil, wenn die Beratungsstellen nicht nur Büroöffnungszeiten haben, sondern auch während dem Wochenende erreichbar wären. Josef Baumgartner schlägt hierzu ein

³²⁷ Vgl. Zika. 2007, S.64

Kriseninterventionszentrum vor, welches für die Angehörigen jederzeit erreichbar wäre, wenn sich diese in Notsituationen befinden.³²⁸

Stutz et al. haben 98 Partner von alkoholkranken Menschen in verschiedenen Suchtkliniken befragt, welche Erwartungen sie an eine stationäre Therapie haben. Dabei wurden spezifische Auskünfte zur Krankheit Alkoholabhängigkeit sowie Tipps, wie am besten mit süchtigen Menschen umgegangen wird genannt. Zudem wurde der Wunsch geäußert, bei Paar-oder Familienkonflikten Hilfe zu erhalten.³²⁹

Unterschiede im Umgang mit suchtabhängigen Menschen aus Sicht der Angehörigen und dem professionellen Helfersystem

Den Angehörigen ist oftmals nicht klar, wie sich eine Sucht entwickelt, äussert und verläuft. Adäquate Behandlungsmethoden sind ebenfalls oft nicht bekannt. Für die Fachpersonen ist eine Suchtproblematik nichts Neues. Sie kennen die problematischen Reaktionssmuster eines abhängigen Menschen. Die Angehörigen müssen zuerst einen Anpassungsprozess in diese neue und schwierige Lebenssituation durchmachen. Wenn dieser Prozess stattgefunden hat, haben die Angehörigen meist ein relativ grosses Wissen zum Thema Sucht.

Ein weiterer grosser Unterschied stellen die Erwartungen an eine Therapie oder Beratung dar. Die Angehörigen erwarten einen raschen und ewig andauernden Heilungsprozess. Kommt es beim Suchtkranken zu einem Rückfall, ist die Enttäuschung gravierend.

Viele Fachleute sind der Überzeugung, **dass eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit eine chronische Krankheit darstellt.** Für die Angehörigen ist es schwierig, dies zu akzeptieren, weshalb sie es gar nicht erst versuchen. Darum wollen sie sich mit diesem Zustand nicht zufrieden geben und probieren viele verschiedene, zum Teil auch abstruse Therapien aus.³³⁰

Auch in den Interviews haben wir von den Angehörigen gehört, dass sie die Hoffnung gehabt haben, dass das Einholen von professioneller Hilfe Einfluss auf ihren Partner hat, sodass sich dieser ebenfalls Unterstützung holt.

In den Interviews teilten uns die Angehörigen mit, dass sie den Co-Abhängigkeitsbegriff kennen und diesen auch tolerieren würden. Diese Aussagen haben sich nicht mit unserer Literatur gedeckt.

Für beide Angehörige war die Beratung, oder auch die Selbsthilfegruppe, eine persönliche Bereicherung. Sie fühlten sich erleichtert, dass sie Unterstützung erhalten haben. Beide fühlten sich äusserst ernst genommen.

Beide Angehörigen konnten offen sagen, dass sie sich gewünscht hätten, dass ihre ganzen Probleme durch die Beratung verschwinden würden. Jedoch wurden beiden relativ rasch bewusst, dass dieser nicht der Realität entspricht.

Ausserdem zeigte sich bei beiden Angehörigen, dass sie sich zu einem späteren Zeitpunkt für eine Beratung oder Selbsthilfegruppe entschieden haben. Die Verdrängung der Suchtabhängigkeit und Schamgefühle waren für beide präsenste Gefühle, welche es zu überwinden galt.

Wir sind der Meinung, dass sich die Literatur und die Aussagen der ausgewählten Interviewpartnerinnen decken. Einzig beim Co-Abhängigkeitsbegriff gehen die Meinungen auseinander. Keine unserer Angehörigen empfand den Begriff als stigmatisierend.

³²⁸ Vgl. Interview mit Baumgartner Josef geführt von Kläusler-Senn Charlotte. 2012, S.23-24

³²⁹ Vgl. Stutz., Schläfli., Egli., Ridinger. 2012, S.118

³³⁰ Vgl. Interview mit Baumgartner Josef geführt von Kläusler-Senn Charlotte. 2012, S.23-25

2.5 Beratungsgrundsätze

2.5.1 Wichtige Beratungsgrundsätze bezüglich des Umgangs der Angehörigen mit dem Suchtabhängigen

Verschiedene Hilfsangebote anbieten

Das professionelle Helfersystem muss in der Beratung äusserst sensibel mit den Angehörigen umgehen, um möglichen Stigmatisierungen aus dem Weg zu gehen. Angehörige sollten nicht als krank angesehen werden, sondern als Menschen, die Hilfe brauchen. Dadurch werden die Angehörigen als normale Menschen angesehen, welche viele Belastungen in ihrem Leben haben. Demzufolge wird klar, dass nicht jeder Angehörige eines Suchtkranken eine Therapie benötigt. Sinnvoller ist es, dass man verschiedene Hilfsangebote anbietet, welche alle unterschiedlich stark bzw. schwächer in das Leben des Angehörigen eingreifen. Das Angebot sollte vom Informationsaustausch bis hin zu Selbsthilfegruppen und Therapie reichen.³³¹ Marcus Reichard sagt im Experteninterview, dass die Angebote in einer Stadt leichter zugänglich sind.³³²

Über co-abhängige Menschen sollte man wissen, dass diese äusserst hilfsbereite Menschen sind. Wenn es aber darum geht, selber Hilfe anzunehmen, fällt ihnen dies sehr schwer. Durch Inanspruchnahme muss eine gewisse Kontrolle aufgeben werden.³³³

Angehörige sollen eine selbstbestimmte Haltung einnehmen

Patt Denning beleuchtet im Harm-Reduction-Ansatz den häufig verwendeten Ratschlag, von der suchtabhängigen Person Abstand zu nehmen oder gar den Kontakt ganz zu unterlassen, als kritisch. Sie meint, dass bei den Angehörigen vielmehr die Frage im Vordergrund steht, wie sie mit dem Abhängigen umgehen sollen. Daher sollten die Berater die Angehörigen eher soweit unterstützen, dass diese wieder eine selbstbestimmte Haltung einnehmen, um eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen. Bei diesen Entscheidungen sollten die eigenen Bedürfnisse beachtet werden und gleichzeitig die Akzeptanz, dass trotz all der Schwierigkeiten eine Beziehung zum Abhängigen besteht. Aus diesen Entscheidungen entwickelt sich eine Haltung. Diese Haltung ist ein prozesshafter Vorgang, welche sich allmählich bildet, wobei Ambivalenzen dazugehören. In der Beratung müssen diese Ambivalenzen angesprochen werden. Es ist von Bedeutung, dass zusammen neue Denk- und Verhaltensmuster gefunden werden.³³⁴

Als Sozialarbeiter darf man in der Beratung den Angehörigen folgende Punkte mit auf den Weg geben. Hierbei geht es um Interventionsschritte, welche die Angehörigen tätigen können:

Auch Angehörige müssen sich ändern

Es ist wichtig, dass die alkoholabhängige Person selber entscheidet, ob sie Hilfe in Anspruch nehmen will oder nicht. Das bedeutet für den Angehörigen, dass dieser stets transparent kommunizieren muss. Zudem muss der Angehörige auch einige Dinge verändern. Er muss klar mitteilen, dass mittlerweile ein Punkt erreicht worden ist, wo er nicht mehr bereit ist, in diesem Stil weiterzuleben und dass Konsequenzen gezogen werden.³³⁵ Die Auswirkungen könnten so aussehen, dass der Angehörige ihn ignoriert und sich auf sein Leben

³³¹ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. S.9

³³² Vgl. Reichard. 2012, S.171

³³³ Vgl. Flassbeck. 2011, S.209

³³⁴ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. S.9

³³⁵ Vgl. Klein. 1990, S.10

konzentriert. Es ist wichtig, dass man dieses Ignorieren konsequent durchzieht. Es ist wichtig, durchzuhalten, damit die substanzabhängige Person merkt, dass die Lage ernst ist. Wir sind der Meinung, dass es für Angehörige sehr wichtig ist, dass sie im Umgang mit alkoholabhängigen Menschen konsequent handeln. Wenn etwas ausgesprochen wird, sollte dies auch durchgeführt werden. Denn durch leere Drohungen nimmt der Abhängige den Angehörigen nicht mehr ernst. Er nutzt diese Unsicherheiten aus und verändert sein Trinkverhalten erst recht nicht, weil es für ihn keine negativen Konsequenzen gibt.³³⁶

Oliver Grehl beschreibt im Experteninterview ebenfalls, wie wichtig es ist, dass Berater den Angehörigen raten, konsequent zu sein und klar Stellung zu beziehen. Droht man seinem Partner mit einer Trennung, so muss diese auch durchgeführt werden.³³⁷

Im Konkreten heisst das, dass sich die suchtkranke Person zwischen dem Alkohol oder der angehörigen Person entscheiden muss.³³⁸ Wenn dieser Schritt nicht folgt, bildet sich der Alkoholabhängige ein, dass alles in Ordnung und sein Konsum gar nicht so schlimm sei. Will also das Umfeld, dass sich etwas ändert, muss bei den Angehörigen selber auch eine Verhaltensänderung stattfinden.³³⁹

In Beratungsstellen können sich Angehörige beraten lassen, wie sie ihr Verhalten gegenüber dem Alkoholabhängigen ändern können. Wenn man solch professionelle Unterstützung annimmt, sollte dies nicht hinter dem Rücken der alkoholabhängigen Person geschehen. Man sollte dies offen mitteilen, dadurch sieht die andere Person, dass beim anderen allmählich eine Veränderung stattfindet, was wiederum ein Ansporn und Motivation sein kann, selber auch etwas zu ändern. Die neu gelernte Aktivität kann ansteckend sein.³⁴⁰

Der Tiefpunkt des Alkoholabhängigen

Einen Alkoholiker erkennt man nicht daran, welche Mengen an Alkohol er zu sich nimmt, sondern aus welchen Gründen er trinkt. Er braucht die Substanz, um den Tag überhaupt überstehen zu können.³⁴¹

Im Volksmund heisst es, dass der Alkoholiker erst auf der Strasse landen muss, bevor er realisiert, dass er etwas ändern sollte. Dies ist aber eher die Ausnahme. Tatsächlich ist es aber so, dass der Alkoholabhängige an seinen persönlichen Tiefpunkt kommen muss, damit er sich ändert. Bei einigen Menschen kommt dieser Tiefpunkt früher, als bei anderen. Dies ist individuell abhängig. Aus diesem Grund sollte der Angehörige den Alkoholabhängigen nicht schonen, sondern ihn zu diesem Tiefpunkt kommen lassen, damit dieser anfängt zu realisieren, dass der Alkohol auch seine schlechten Seiten hat.³⁴²

Die Alkoholabhängigkeit wird vorgeworfen

Angehörige sollten die alkoholabhängige Person nicht kontrollieren, weil sie dadurch nämlich versuchen, den Alkoholabhängigen zu erziehen. Dies lässt die abhängige Person wie ein Kind dastehen. Es wird nicht mehr auf der Erwachsenenenebene kommuniziert und agiert. Die abhängige Person muss wieder lernen, Selbstverantwortung zu übernehmen, was aber durch die ständigen Kontrollgänge behindert wird. Daraus folgt, dass man den anderen trinken lassen soll. Dies regt den Abhängigen zum Nachdenken an, weil dieser nicht mehr unter Druck steht. Durch die entspannte Situation entsteht ein Gefäss zum Reflektieren. Die produktivste Hilfe, die der Angehörige hierbei tun kann, ist nichts zu tun.³⁴³

Es ist kontraproduktiv, wenn Angehörige dem Alkoholabhängigen Vorwürfe wegen seinem Trinken machen oder sogar den Alkohol verstecken oder heimlich wegschütten. Denn durch dieses Verhalten wird aus Sicht des Alkoholabhängigen sein allerwichtiges Lebenselixier

³³⁶ Vgl. Klein. 1990, S.19-20

³³⁷ Vgl. Grehl. 2012, S.151

³³⁸ Vgl. Klein. 1990, S.19-20

³³⁹ Vgl. Klein. 1990, S.10-11

³⁴⁰ Vgl. Klein. 1990, S.11

³⁴¹ Vgl. Klein. 1990, S.13

³⁴² Vgl. Klein. 1990, S.21

³⁴³ Vgl. Klein. 1990, S.33-34

genommen, wodurch der Angehörige als Feind betrachtet wird. All dies hat zur Folge, dass die abhängige Person mit aggressivem Verhalten auffällt.³⁴⁴

Wenn ein Alkoholiker beschliesst, Antabus zu nehmen, muss dies aus freiwilligen Gründen geschehen, ansonsten finden die suchtmittelabhängigen Personen immer irgendwelche Umwege, trotz der Tablette Alkohol zu konsumieren. Das Medikament verfolgt den Zweck, einen alkoholabhängigen Menschen in seinem Willen zu bestärken, mit dem Trinken aufzuhören.

Ein weiterer Grund, warum man einem Alkoholabhängigen nicht heimlich Antabus geben darf, ist der körperliche Faktor. Wenn Antabus zusammen mit Alkohol eingenommen wird, kommt es jedoch zu einer Vergiftung. Bestenfalls erbricht die Person, im schlimmsten Fall kommt es zu einem Kreislaufkollaps.³⁴⁵ Im Experteninterview sagt Grehl, dass es wichtig ist, dass mit den Angehörigen immer wieder Standortgespräche durchzuführen. Dort können verschiedene Fragen zum Medikament Antabus beantwortet werden.³⁴⁶

Die Schuldzuweisungen des Alkoholabhängigen

Viele Alkoholiker geben ihrem Umfeld die Schuld für ihr Trinkverhalten. Aber eigentlich wissen sie, dass sich ihr Alkoholkonsum gesteigert hat und sie mittlerweile den Alkohol brauchen. Diese Erkenntnis behalten sie jedoch für sich, weil sich auch Schamgefühle entwickelt haben. Gleichzeitig sind sie verärgert, dass sie mit dem Trinken nicht mehr aufhören können. Um die angestaute Aggressivität irgendwo loszuwerden, müssen oftmals Familienmitglieder den Kopf herhalten. Es entsteht Streit, auch wenn dieser nicht gerechtfertigt ist. Während der Auseinandersetzung entsteht bei der abhängigen Person der Eindruck, dass sein Gegenüber an allem Schuld ist. Dadurch drängt er sich in eine Opferposition. Diesen Prozess wird Schuldprojektion genannt.

Die angehörige Person sollte hierbei nicht auf die Vorwürfe eingehen, sondern klar die Meinung vertreten, dass die Beschuldigungen haltlos sind und der Ärger über erneutes Trinken an der falschen Person ausgelassen wird. Dadurch sollen die Selbstverantwortung an den Alkoholiker zurückgegeben werden und keine Schuldgefühle beim Angehörigen aufkommen. Angehörigen kann es helfen, wenn sie bei erneuten Streitversuchen der alkoholabhängigen Person sich selber sagen, dass diese nur verkrampft nach einem Sündenbock sucht, um nicht den Fehler bei sich selber zu finden.³⁴⁷ Diese Schuldzuweisungen dienen der abhängigen Person als eine Art Schutzmechanismus um nicht zur Erkenntnis kommen zu müssen, dass eine Alkoholabhängigkeit bestehen könnte.³⁴⁸ Es ist hilfreich, wenn Angehörige dem Alkoholabhängigen sein Verhalten spiegeln, jedoch ohne vorwurfsvoll zu wirken. Dies soll den anderen zum Nachdenken animieren.³⁴⁹

Häufig kommt es in Familien vor, dass die abhängige Person durch ihre Suchtkrankheit die ganze Aufmerksamkeit der Familie auf sich zieht. Hierbei können Angehörige diesen Mittelpunktstatus durchbrechen, indem sie ihr Leben nicht mehr nach dieser einen Person richten. Sie wieder um das eigene Leben kümmern und mögliche aufgegebenen soziale Kontakte oder Hobbys wieder aufnehmen. Sehr wahrscheinlich wird der Alkoholabhängige Strategien anwenden, um die verlorene Aufmerksamkeit wieder auf sich zu lenken, jedoch ist hier Konsequenz und Durchhaltewillen notwendig.³⁵⁰

Co-abhängige Angehörige müssen ihr Verhalten auch ändern. Ansonsten dürfen sie nicht vom Alkoholabhängigen verlangen, dass er sich ändert.

Hierzu einige Tipps für Angehörige:

³⁴⁴ Vgl. Klein. 1990, S.37

³⁴⁵ Vgl. Klein. 1990, S.53

³⁴⁶ Vgl. Grehl. 2012, S.154

³⁴⁷ Vgl. Klein. 1990, S.72-74

³⁴⁸ Vgl. Klein. 1990, S.84

³⁴⁹ Vgl. Klein. 1990, S.73-74

³⁵⁰ Vgl. Klein. 1990, S.111-112

Die Schuld nicht auf sich nehmen

Der Alkoholabhängige ist mündig und allein für sein Handeln und Verhalten verantwortlich. Es bringt nichts den anderen zu kontrollieren, Alkohol wegzuschütten oder Drohungen auszusprechen. Dadurch entstehen zusätzliche Spannungsfelder. Druck bringt in diesem Fall nichts. Um von der Abhängigkeit loszukommen, braucht es den freien Willen und die Einsicht des Alkoholabhängigen.

Es ist sinnvoller, wenn das Umfeld der abhängigen Person klar macht, dass dieser ein Problem hat und dass es Lösungen gibt.

Der Alkoholkonsum darf nicht toleriert werden

Angehörige sollen klar äussern dürfen, dass sie sich unwohl fühlen und sich Sorgen machen, wenn der Alkoholabhängige trinkt. Das Umfeld darf das Trinken zwar nicht verbieten, aber es darf klar machen, dass der ständige Konsum negative Konsequenzen für die Beziehung hat.

Das Trinken ignorieren

Die abhängige Person darf nicht ständig der Mittelpunkt des Familienlebens sein. Es sollte vermieden werden, mit dem Alkoholabhängigen über das Trinken zu streiten. Dadurch hat der Abhängige nicht das Argument, dass er wegen den ständigen Diskussionen konsumiere. Er projiziert die Schuld auf den anderen zu projizieren. Das gleiche gilt für Eifersüchteleien oder ungerechtfertigte Vorwürfe vom Suchtabhängigen. Es bringt nichts, sich auf solche Debatten einzulassen.³⁵¹

Wichtig für die Angehörigen ist es, nach der Therapie, dem Süchtigen seine damaligen Rechten und Pflichten zuzugestehen. Nicht zu vergessen, stets auf das Trinkverhalten zu achten und in regelmässigen Kontakt mit der Beratungsstelle zu bleiben.³⁵²

Der Alkoholabhängige sollte nicht als hilfloses Wesen angesehen werden, weil dadurch kein Leidensdruck auf dessen Seite entsteht. Dieser sieht sich in seiner Meinung bestätigt, dass sein Trinken keinerlei negative Auswirkungen in seinem Leben hat.

Dem einzigen Menschen, dem man in dieser Situation helfen kann, ist sich selber

Beim Umfeld selber müssen auch Veränderungen geschehen. Der Abhängige merkt, dass die andere Person nicht mehr weitermacht, wie bisher. Jeder Mensch hat eine gewisse Selbstverantwortung, die er übernehmen muss. Der Alkoholabhängige muss spüren, dass er wieder Verantwortung übernehmen muss. Angehörige können eine unterstützende Funktion einnehmen, jedoch muss die abhängige Person mit seinem Leben selber fertig werden. Nur er kann etwas verändern, aber nicht allein. Therapien, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen sind wichtige Unterstützungsangebote.³⁵³

Bewusstsein für die eigene Rolle entwickeln

In unserer Gesellschaft gilt eine Frau als emotional, hilfsbereit, empathisch und geduldig. Diese sozialen Zuschreibungen haben einen Einfluss auf das Verhalten und Handeln einer Frau. Ihr Rollenbild ist ebenfalls von diesen Vorstellungen geprägt. Dies hat zur Folge, dass sich die Partnerinnen einreden, dass ohne ihre Hilfe und Bemühungen der Abhängige es nie aus der Sucht schaffen wird. Durch den Druck, der Gesellschaft dem Rollenbild gerecht zu werden, und den Druck, den sich die Frauen selber machen, gibt es viele, die Medikamente nehmen.³⁵⁴

³⁵¹ Vgl. Klein 1990, S.114-117

³⁵² Dieser Beitrag stammt von der Homepage des Anton Proksch Instituts www.api.or.at

³⁵³ Vgl. Klein. 1990, S.117-118

³⁵⁴ Diese Information stammt von www.sucht-info.ch

Das eigene Verhalten ändern

Der dringlichste Wunsch eines Nahestehenden ist oftmals, dass die betroffene Person aufhört, Alkohol zu konsumieren. Der ausschlaggebende Punkt ist hierbei aber, dass der Betroffene selber die Entscheidung treffen muss, ob und wann er mit dem Trinken aufhören will. Das Umfeld muss dennoch nicht tatenlos zusehen. Es ist wichtig, dass das eigene Verhalten kritisch reflektiert wird. Es muss analysiert und bewertet werden, wie stark die eigenen Gedanken, Verhaltensweisen, psychische und physische Gesundheit und die sozialen Beziehungen vom Alkohol beeinflusst werden.

Eigenes Verhalten zu ändern bedarf einen langen und schwierigen Prozess. Aus diesem Grund ist es für viele Angehörige hilfreich, wenn sie Unterstützung von Fachpersonen oder Selbsthilfegruppen erhalten.

Wenn Nahestehende ihr Verhalten ändern, kann dies auch Auswirkungen auf die suchtabhängige Person haben. Es kann dazu führen, dass sich der Betroffene bewusster wird, dass er abhängig ist, was wiederum eine Motivation für ihn sein kann, sein Leben zu ändern.

Wenn man sein Verhalten verändert, sollte man lernen, wieder vermehrt auf die eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu achten. Das eigene Wohlbefinden sollte nicht vergessen gehen. Bei Verhaltensänderungen können sich verschiedene Dynamiken entwickeln. Entweder kann dies die Motivation des Abhängigen positiv beeinflussen oder es kann zu neuen Spannungsfeldern in der Beziehung kommen. Diese Spannungen können sogar so weit gehen, dass sich die gesamte Situation immer mehr zuspitzt. In welche Richtung es sich entwickelt, lässt sich im Vorhinein schwer beurteilen.

Keine gegenseitigen Vorwürfe

Wenn die nahestehende Person und der Alkoholabhängige miteinander kommunizieren, ist es essentiell, dass keine gegenseitigen Vorwürfe im Gespräch Oberhand gewinnen. Es ist viel konstruktiver, wenn die Person aus dem Umfeld in der Ich-Form redet und darüber spricht, welche Situationen belastend für sie sind und wie sie sich dabei fühlt. Ein Beispiel hierzu: „Ich mache mir Sorgen um dich.“

Des Weiteren ist es nützlich, wenn der Angehörige den Suchtabhängigen fragt, wie er die momentane Situation wahrnimmt und bewertet. Diese Frage ermöglicht beiden Parteien ihre Perspektive und Meinung einzubringen.

Verantwortung abgeben

Es ist nicht hilfreich, wenn der Angehörige den alkoholabhängigen Menschen vor allem schützt oder all seine Pflichten übernimmt. Dies hat zur Folge, dass sich der Abhängige über die negativen Konsequenzen seines Verhaltens nicht im Klaren ist. Das bewirkt, dass ihm die Einsicht fehlt, seinen Konsum zu verändern, da seiner Meinung nach kein Handlungsbedarf besteht. Aus diesem Grund muss die Person mit dem Alkoholproblem weiterhin selber Verantwortung für ihr Leben übernehmen, damit sie die negativen Folgen am eigenen Leib zu spüren bekommt.

Ein Zurückgeben von Verantwortung kann für beide Partner auch bedeuten, dass sie wieder mehr Freiheiten haben.

Laut Grehl ist es ein langer Prozess, bis der Alkoholabhängige wieder Verantwortung für sich selber übernehmen kann. Ein Süchtiger bestimmt nicht selbst ob er Alkohol trinkt oder nicht, er trinkt einfach. Der Alkohol bestimmt also über sein Trinkverhalten.³⁵⁵

Hilfe annehmen

Das Umfeld muss lernen, die eigenen Probleme zu enttabuisieren und über das Erlebte zu sprechen. Es ist ebenfalls wichtig, dass man lernt, Hilfe anzunehmen, auf die eigene Gesundheit achtet und lernt, sich zu distanzieren. Es ist nicht egoistisch, wenn man auch einmal an sich selber denkt und sich selber etwas Gutes tut.

³⁵⁵ Vgl. Grehl. 2012, S.152

Für manche Angehörige ist es hilfreich, wenn sie mit einer Bezugsperson über die Situation sprechen können oder mit dieser Person Ausflüge unternehmen, um ein paar Stunden abzuschalten zu können und neue Energie und Tatkraft schöpfen zu können.

Oftmals ist es von Vorteil, wenn neben der Bezugsperson aus dem Familien- oder Bekanntenkreis noch eine Fachperson beigezogen wird. Die Fachperson ist Experte auf dem Abhängigkeitserkrankungsgebiet und kann somit eine neue Sichtweise in die Gesamtsituation bringen.

Eine weitere Stütze für die Angehörigen kann eine Selbsthilfegruppe sein.

Wenn Nahestehende psychische oder physische Gewalt durch die abhängige Person erleben, sollte keinesfalls gezögert werden die Polizei anzurufen. Bei Gefahr der Selbstgefährdung vom alkoholabhängigen Menschen selber, sollte der Notarzt gerufen werden.³⁵⁶

Das wichtigste in Kürze:

- Sich über die Krankheit Alkoholismus und mögliche Therapiemöglichkeiten informieren
- Dem Betroffenen die Notwendigkeit einer Therapie erklären
- Das Verhalten vom Alkoholabhängigen nicht mehr entschuldigen, damit der Betroffene die negativen Konsequenzen von seinem Konsum erlebt und spürt. Dadurch ist er genötigt Selbstverantwortung zu übernehmen
- Die vorhandene Sucht nicht leugnen
- Vorwürfe machen ist kontraproduktiv. Alkoholismus ist eine Krankheit und professionelle Hilfe ist unumgänglich
- Selber therapeutische Unterstützung in Anspruch nehmen, um mit den eigenen Ängsten adäquat umgehen zu können
- Die eigenen Bedürfnisse, Interessen und Wünsche nicht vernachlässigen, sondern wahrnehmen und ausleben
- Akzeptieren, dass der Alkoholabhängige eine eigenständige Person und somit alleine für die Gestaltung seines Lebens verantwortlich ist
- Eine positive und verständnisvolle, aber dennoch konsequente Haltung einnehmen
- Über den eigenen Alkoholkonsum nachdenken³⁵⁷

Wie die heutige Situation in der Angehörigenarbeit in der Schweiz genau aussieht, lässt sich nicht beurteilen. Es muss aber beachtet werden, dass alle Unterstützungsangebote die Angehörigen als Menschen betrachten, welche Hilfe benötigen. Zudem bringt das Umfeld auch Ressourcen mit, welche unbedingt in der Arbeit aktiviert werden müssen. Auf die Selbstbestimmung sollte ebenfalls geachtet werden. Dieser Ansatz sollte von der Suchthilfe, der Gesellschaft und der Politik übernommen werden.³⁵⁸

³⁵⁶ Diese Ratschläge stammen von der Internetseite: www.sucht-info.ch

³⁵⁷ Vgl. Feuerlein, Soyka, Dittmar. 1999, S.129

³⁵⁸ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. S.9

2.5.2 Die Rolle des Beraters und dessen Aufgaben

Dieses Kapitel nimmt eine wichtige Rolle in unserer Arbeit ein. Es geht darum, wie Sozialarbeiter Angehörige von Suchtkranken beraten können und welche Rolle sie überhaupt einnehmen.

Respektvoller Umgang

Ressourcen- und lösungsorientiertes Verhalten aufseiten des Beraters kann hilfreich sein.³⁵⁹ 69% der Angehörigen fühlen sich nicht ernst genommen.³⁶⁰ Die Konsequenz sollte sein, dass der Berater in der Sitzung empathisch und zuvorkommend auf den Patienten eingeht. Man sollte sich als Berater nicht nur auf das Leiden des Angehörigen konzentrieren.³⁶¹

Grehl erklärt uns im Experteninterview, dass der Berater eine möglichst neutrale Rolle einnehmen muss. Es geht um Beratung, Information und Psychoedukation.³⁶²

Als Berater sollte man die bisherigen Bemühungen mit Verständnis, Akzeptanz und Wertschätzung entgegen treten. Ausserdem sollte man den Angehörigen klarmachen, dass sie wieder an sich selbst denken und die eigenen Bedürfnisse ausleben sollen.³⁶³ In der Beratung mit Angehörigen ist daher Empathie und Aufmerksamkeit enorm wichtig, damit eine optimale Beratung möglich ist.³⁶⁴ Zudem ist es wichtig, dass man die Angehörigen aktiviert, damit sie auch eine gewisse Wut entwickeln und handeln. Dies setzt auch eine gewisse Überwindung voraus. Dadurch kann verlorene Kraft wiedergefunden werden, damit die eigenen Bedürfnisse wieder wahrgenommen werden können.³⁶⁵

Die Rolle des Beraters sieht so aus, dass der Klient die Fachperson für seine eigenen Probleme, aber auch für seine Lösungsstrategien ist. Der Berater ist zur Unterstützung da, damit der Klient seine Ressourcen wieder bewusst nutzt und dass er lernt, sich und sein Umfeld vor den verheerenden Konsequenzen, welche eine Sucht mit sich bringt, schützt.³⁶⁶

Den Klienten und seine Bedürfnisse wahrnehmen

Da Co-Abhängige häufig Menschen sind, die still vor sich hin leiden, aber nach aussen hin eine heile Welt vorspielen, müssen sie wieder lernen, über sich selbst zu reden. Meist bereitet es ihnen keine Mühe über den Suchtkranken zu sprechen, wenn es aber um die eigene Person geht, verstummen sie nahezu. In der Beratung muss man daher ein Gefäss schaffen, indem die eigene Befindlichkeit einen Platz bekommt. Dies benötigt Überwindung und Geduld aufseiten des Klienten, da dieser Schritt seine Zeit braucht.³⁶⁷ Es ist aber essentiell, dass in der Beratung die co-abhängige Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht. Der Berater muss den Klienten motivieren, über seine Bedürfnisse, Meinungen, Haltungen und Emotionen zu reden und sich auch dafür einzusetzen. Ein Phänomen bei Co-Abhängigen ist die Frage nach der Befindlichkeit. Fragt der Berater wie es geht, beginnen viele Klienten direkt über den Suchtkranken zu sprechen. Zum Beispiel antworten sie, dass „er“ wieder angefangen hat zu trinken, was wiederum bedeuten soll, dass es ihnen nicht gut geht. Daraus lässt sich schliessen, dass das eigene Wohlbefinden immer an das Verhalten vom Süchtigen gekoppelt ist. Aus diesem Grund kann man zu Beginn der Beratung den Angehörigen auch erzählen lassen. Wenn er über den Süchtigen erzählen kann, fühlt er sich sicher. Wenn man in dieser Anfangsphase zu konfrontativ vorgeht, überfordert man den Klienten. Im Laufe der Beratung, wenn sich eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut hat, darf man die Entweichungen auch unterbrechen. Z.B.: „Ich habe jetzt viel von ihrem Partner gehört. Es würde mich aber noch interessieren, wie es Ihnen geht.“ Viele Paraphrasierungen

³⁵⁹ Vgl. Schild.,Wiesbeck. 2012, S.194

³⁶⁰ Vgl. Schild.,Wiesbeck. 2012, S.194 In: Kurt. 2006.

³⁶¹ Vgl. Schild.,Wiesbeck. 2012, S.194

³⁶² Vgl. Grehl. 2012, S.159

³⁶³ Vgl. Andorfer., Schmidt. 2007, S.45

³⁶⁴ Vgl. Rennert. 2012, S.27

³⁶⁵ Vgl. Flassbeck. 2011, S.21-22

³⁶⁶ Vgl. Flassbeck. 2011, S.226

³⁶⁷ Vgl. Flassbeck. 2011, S.175

sind hierzu nötig. Bei jedem neuen Thema, welches in der Beratung angeschnitten wird, muss durch Wiederholungen die Aufmerksamkeit des Angehörigen auf seine eigene Person gerichtet werden.³⁶⁸

Den Angehörigen motivieren, seine Bedürfnisse wahrzunehmen

Der Berater hat ebenfalls die Aufgabe, den Angehörigen zu motivieren, sich etwas Schönes zu gönnen oder Motivation entstehen zu lassen. Denn meist, wenn es darum geht, eine Idee umzusetzen, haben die Klienten viele Ausreden. Hierbei hat die Akzeptanz des Beraters seine Grenzen. Flassbeck beschreibt, dass er sich in solchen Momenten als Rechtsanwalt der lahmgelegten Wünsche bezeichnet. Nachdem die Erlaubnis vom Klienten eingeholt wurde, geht es darum, Kompromisse zu finden. Der Klient nennt einen Wunsch, den er sich gerne erfüllen würde, beispielsweise wie früher jeden Tag schwimmen zu gehen. Der Klient ist aber der Überzeugung, dass tägliches schwimmen zu viel ist. Als Berater kann man nachfragen, wie viele Tage pro Woche denn angemessen wären. Es wird so lange darüber diskutiert, bis der Klient das Gefühl hat, eine für ihn angemessene Anzahl Tage gefunden zu haben. Dabei spielt es keine Rolle, wie klein oder gross der Kompromiss zwischen dem Berater und dem Klienten ist, das wichtige ist, dass der Angehörige so oder so ein für ihn zufriedenstellendes Resultat erreichen wird und co-abhängige Verhaltensmuster durchbrochen werden. Wenn der Stein einmal ins Rollen gebracht wurde, kann dies positive Auswirkungen mit sich bringen. Meist ist der Klient derartig begeistert, dass er sich wieder einmal etwas gegönnt hat, dass er kaum warten kann, von seinen Fortschritten dem Berater zu berichten. Vielfach haben die Angehörigen sogar noch mehr unternommen, als eigentlich geplant war.³⁶⁹

Marcus Reichard sagt, dass die Angehörigen in der Beratung ihre Bedürfnisse wieder neu erkennen müssen und sollten. Oft kennen die Angehörigen ihre eigenen Bedürfnisse nicht mehr. In der Beratung ist es wichtig diese Bedürfnisse zu erkennen, für diese einzustehen und sie umzusetzen.³⁷⁰

Der co-abhängigen Verstrickung nicht aus dem Weg gehen

Ein Berater in der Suchthilfe muss an sich selbst nicht den Anspruch haben, dass er co-abhängiger Verstrickung ausweicht, sondern er sollte mit dem Angehörigen zusammen über die ganzen Verstrickungen reden, was voraussetzt, dass diese zuerst einmal erkannt werden. Nachdem man darüber gesprochen hat, geht es darum, diese Verstrickungen aufzuarbeiten und zu entwirren. Dabei ist es für den Berater extrem wichtig, dass er sich ständig selber reflektiert und auch eine gesunde Portion an Selbstkritik zeigt. Wenn zudem in einem Arbeitsumfeld gearbeitet wird, wo eine vertrauensvolle Basis da ist und man sich auch kritisch äussern darf, wirkt sich dies produktiv auf die professionelle Arbeit aus. Wenn man aber als Fachperson Arbeit und Privates nicht mehr trennen kann, Schlafstörungen zeigt und fortwährend müde ist, dann zeigt der Professionelle ebenfalls co-abhängige Symptome. Daher ist es in einem Team wichtig, dass ehrlich miteinander umgegangen wird und auch Kritik geäussert werden darf.³⁷¹

Wenn die Beratung ein personenzentriertes und humanistisches Konzept als Grundlage hat, wird der Klient als Fachmann angesehen. Er selber weiss am besten, wie stark er leidet. Dies bedeutet, dass auch der Klient derjenige ist, der seine Lebenssituation verbessern kann. Der Berater muss offen und verständnisvoll auf seinen Klienten zugehen. Es geht darum, vorliegende Ressourcen zu stärken, dass der Co-Abhängige mehr auf sich achtet und seinen Mitmenschen kritischer entgegen tritt. Co-Abhängige müssen lernen, wieder auf andere zuzugehen.³⁷²

³⁶⁸ Vgl. Flassbeck. 2011, S.177-178

³⁶⁹ Vgl. Flassbeck. 2011, S.179-180

³⁷⁰ Vgl. Reichard. 2012, S.169

³⁷¹ Vgl. Flassbeck. 2011, S.47-48

³⁷² Vgl. Flassbeck. 2011, S.170-171

Das Helfersyndrom

Co-Abhängige Menschen werten ihr Selbstbewusstsein auf, indem sie dem Süchtigen ständig helfen. Das erweckt bei ihnen den Anschein, dass sie allzeit bereit sein müssen, da sie immer gebraucht werden. Auch bei Co-Abhängigen gibt es Entzugssymptome. Diese äussern sich durch Minderwertigkeitskomplexe, Angst vor Versagen und Niedergeschlagenheit. Der Berater muss hierbei ganz klar mit dem Klienten Interventionen planen, damit dieser wieder aktiv sein eigenes Leben plant. Der Klient soll sich wieder Dinge zutrauen, Sicherheit ausstrahlen können und unabhängig werden. Sich zu schützen heisst beispielsweise nicht mehr in das Auto vom alkoholabhängigen Partner einzusteigen, wenn dieser zuvor Alkohol konsumiert hat. Wie diese Sicherheitsmassen konkret aussehen, kommt auf die Persönlichkeit des Angehörigen an. Essentiell ist, dass diese Schutzinterventionen so früh wie möglich von den Angehörigen durchgeführt werden. Wenn der Klient während einem längeren Zeitraum nichts ändert und immer wieder Ausreden findet, ist die Frage berechtigt, ob die Motivation überhaupt gross genug ist.³⁷³

Die Frage nach den Gründen

Nahezu alle Angehörige von suchtabhängigen Menschen fragen sich, warum es zu einer Abhängigkeit kommen konnte. Jedoch ist eine Sucht ein derartig kompliziertes Gebilde, dass keine Gründe genannt werden können. Die Angehörigen machen sich aber solche Gedanken, weil sie den Anspruch an den Suchtabhängigen haben, dass dieser die Gründe kennen muss und falls er diese erst einmal kennen sollte, auch aufhören könnte. Zugleich sollte vom Berater darauf aufmerksam gemacht werden, damit dieser die Situation kontrollieren kann. Dieses Verhalten hat mit der Co-Abhängigkeit zu tun. Des Weiteren impliziert die Frage nach dem warum auch Entmutigung und Niedergeschlagenheit. Dadurch müssen sich die Angehörigen auch nicht mit der eigenen Person auseinandersetzen.

Flassbeck nennt hierbei fünf Strategien, die der Berater anwenden kann, damit der Angehörige aus der ganzen Grübelei herausgerissen werden wird.

- 1. Empathische Paraphrasierung:** Diese Strategie ist für den Angehörigen wenig hilfreich, jedoch ist sie zu Beginn der Beratung ein gutes Instrument, um ein vertrauensvolles Verhältnis herzustellen. Beispiel: "Sie sind der Meinung, wenn Sie die Gründe kennen würden, Sie Ihrem Partner dadurch auch besser unterstützen könnten."
- 2. Konfrontation:** Bei diesem Schritt geht es darum, dem Angehörigen klar zu machen, dass es nichts bringt, sich mit der Frage nach dem Grund herumzuschlagen. Bevor aber dieser Schritt gemacht wird, ist es unabdingbar, dass die Beziehung zwischen Berater und Klient stabil ist. Beispiel: "Ich würde auch gerne wissen, warum Menschen suchtabhängig werden."
- 3. Förderung der Dynamik:** Diese Intervention kann man anwenden, wenn der Angehörige und Suchtabhängige zu einem gemeinsamen Gespräch da sind. Wenn das Gespräch einen zu höflichen Ton hat und Auseinandersetzungen sowie Konfrontationen vermieden werden, darf der Berater etwas Schwung hineinbringen. Beispiel: Der Berater fragt den Suchtabhängigen, warum er den eigentlich abhängig geworden ist.
- 4. Entwirrung von Verstrickungen:** Diese Methode soll das Gegenteil von der vorherigen Intervention bewirken. Wenn das Gespräch allzu stark von Vorwürfen geprägt ist, soll diese Strategie eine entlastende Wirkung mit sich bringen. Beispiel: "Es ist schwierig einen Süchtigen nach dem warum zu fragen, da er sich genau aus

³⁷³ Vgl. Flassbeck. 2011, S.224-226

diesem Grund in eine Therapie begeben hat und falls er Antworten findet, ist es sein persönliches Recht, diese auch für sich zu behalten, da dies sehr intim ist.”

5. **Spiegeln:** Es geht darum auf die Frage nach dem warum einzugehen und zu spiegeln. Beispiel: “Was würden Sie denn sagen, was Sie für Fehler gemacht haben?”³⁷⁴

Je vertrauensvoller die Beziehung zwischen Berater und Angehörigen ist, desto konfrontativer und provokativer dürfen Interventionen durchgeführt werden.³⁷⁵

Das Lächeln

Es wirkt auffallend, wie oft Angehörige über traurige Erfahrungen reden und dabei immer noch lächeln. Dieses Lächeln ist ein Schutzmechanismus, damit die Angehörigen trotz allem Leid noch funktionieren können. Die Angehörigen sind überzeugt, dass sie ohne dieses aufgesetzte Lächeln von ihrem Partner verlassen werden würden oder sie in eine Depression fallen. Sie haben Angst vor einem Kontrollverlust. Als Berater kann man diesen Aspekt thematisieren, indem er dem Angehörigen klar macht, dass die genannten Schilderungen ihn selbst betroffen machen. Es wirkt komisch, dass der Klient trotz alledem immer noch lächelt. Es geht nicht darum jemandem das Lächeln zu nehmen, man ist aber neugierig, was hinter diesem Lächeln steckt. Durch dieses Spiegeln der Inkongruenz wird der Klient angeregt zu reflektieren, was er wirklich fühlt. Es soll wieder ein Zugang zu den eigenen Emotionen entstehen und verzerrte Realitäten und Wahrnehmungen entwirrt werden. Durch diese neugewonnene Authentizität wird auch die Kommunikation mit dem nahen Umfeld ehrlicher. Wenn der Klient nicht auf die Spiegelung des Beraters eingeht, sollte dieser nicht länger darauf herumreiten. Es bedeutet, dass der Klient sich noch nicht bereit fühlt und noch Zeit braucht.

Die Verschmelzung von Individuen

Das gesamte Leben, Gefühle und die Befindlichkeit sind mit dem Suchtabhängigen verbunden. Es ist wichtig, was der Abhängige denkt. Wenn sich der Angehörige von gewissen Verhaltensmustern trennen will, dann muss der Klient wieder lernen, nein zu sagen und Durchhaltewillen zeigen. Der Angehörige muss wieder lernen, sich selber als vollwertigen erwachsenen Menschen zu betrachten und sich auch ernst nehmen. Meist zu Beginn der Beratung haben die Angehörigen keinerlei Ideen, wie sie dies schaffen können. In dieser Phase muss der Berater Geduld haben und zeigen. Wenn der Klient sich gegen jede Idee sträubt, sollte entweder über ein neues Thema geredet werden oder dieser Widerstand aufgegriffen und thematisiert werden.³⁷⁶

Die Widersprüche

Zu einer Co-Abhängigkeit gehört dazu, dass sich die Betroffenen inkonsequent und widersprüchlich verhalten. Als Berater gilt es nun, diese Widersprüche aufzuzeigen, mit dem Ziel, alte co-abhängige Gewohnheiten hinter sich zu lassen. Der Berater macht dies mit Hilfe von Spiegelung und Konfrontation. Was der Klient schlussendlich mit diesen Impulsen macht, liegt bei ihm.

Die Fortschritte in der Beratung

Wenn der Klient schon über einen längeren Zeitraum in der Beratung ist und gewisse Fortschritte erzielt hat, kann der Berater die nächsten Schritte einleiten. Unter Fortschritten versteht sich, wenn der Angehörige seine eigene Lebenssituation unter Kontrolle hat und die Beziehung zum Süchtigen klar definiert ist. Aufseiten des Klienten sollte der Wunsch

³⁷⁴ Vgl. Flassbeck. 2011, S.181-183

³⁷⁵ Vgl. Flassbeck. 2011, S.185

³⁷⁶ Vgl. Flassbeck. 2011, S.186-190

geweckt worden sein, sich zu entfalten, verwirklichen, sei dies im Beruf, persönlich oder durch soziale Kontakte. Es ist nicht Ziel der Beratung, dass sich die Klienten in all diesen Bereichen verwirklicht haben. Vielmehr sollte es ihnen bewusst geworden sein, dass sie dieses Ziel weiterhin verfolgen, ohne dabei ein schlechtes Gewissen zu haben. In dieser Phase ist der Berater nicht mehr Motivator sondern eher Coach. Der Angehörige muss die gesamte Verantwortung für sein Leben wieder vollumfänglich an sich zurücknehmen, womit er nicht mehr auf eine Beratung angewiesen ist. Der Berater bedient sich hierbei einmal mehr der Methode des Spiegelns, auch durch sachliche Fragestellungen. Beispiel: „Was spricht dagegen diese Idee in die Tat umzusetzen?“ Durch diese Technik muss sich der Klient selbstständig entscheiden, wie er weiter vorgehen will.³⁷⁷

Das Nein-Sagen

Der Co-Abhängige hat meist ein Lächeln auf den Lippen und hat die Tendenz zu allem ja zu sagen. Genauso wie das Lächeln, hat das Ja Sagen mit Überforderung zu tun und mit der Vermittlung eines falschen Bildes. Hilfreiche Schritte sind die Durchbrechung von co-abhängigen Mustern und dem Aufbau einer gewissen Distanz zum Süchtigen. Erst dann kann der Klient Fortschritte erzielen und sich weiterentwickeln. Es müssen Freiräume geschaffen werden. Co-abhängige Menschen sehen aber ein, dass es ihnen selber schwer fällt, jemandem nein zu sagen, da sie immer allen helfen wollen. Paradoxerweise fällt es den Co-Abhängigen aber nicht schwer, Vorschläge des Beraters abzulehnen. Sie finden immer irgendwelche Entschuldigungen, warum es an der Umsetzung scheitert. Diesen Gegensatz gilt es als Berater aufzugreifen und zu thematisieren. Als Berater sollte man auch wissen, dass sich jeder Klient unterschiedlich schnell oder langsam entwickelt.

Nein zu sagen hat auch den Vorteil, dass Schamgefühle hinter sich gelassen werden. Es ist wichtig, dass die Klienten gewisse Dinge ansprechen und benennen. Die Scham muss überwunden werden.

Flassbeck sagt, dass er selten den Fachbegriff Co-Abhängigkeit gebraucht, da es im zu theoretisch ist. Stattdessen verwendet er Sätze wie „ausgebrannt sein“, „wieder einmal Vollgas gegeben zu haben“ oder „es wird einem alles zu viel“.³⁷⁸ Für Flassbeck ist es viel wertvoller, wenn die Klienten ihr Leiden in eigene Worte verpacken. Gibt es Klienten, die ihn gezielt auf den Fachbegriff Co-Abhängigkeit ansprechen, lobt er diese erst über ihr Fachwissen und versucht mit ihnen zusammen den Begriff zu definieren. Hierbei können gemachte Erfahrungen und Äusserungen vom Klienten für das Verständnis hilfreich sein.³⁷⁹

Der Einbezug der Familie in die Beratung

Es ist wichtig, dass die Angehörigen in einem nächsten Schritt die offensichtlich vorhandene Sucht auch mit der Familie/den Freunden bespricht. Hierbei gibt es verschiedene Reaktionen, wie das Umfeld auf dieses Thema agiert:

Ablehnung: Das Umfeld streitet ab, dass eine Abhängigkeit vorhanden ist. Diese Verleumdung ist für den Co-Abhängigen deprimierend. Die Personen, die die Sucht ablehnen, sind jedoch selber schon in einer co-abhängigen Verstrickung. Weitere Diskussionen führen hier zu keinem fruchtbaren Ergebnis.

Verdrängung: Diese Reaktion ist sehr ähnlich wie die erste. Jedoch ist es ein normaler Prozess welcher stattfindet. Eine Suchtabhängigkeit hat etwas sehr überforderndes an sich und jeder muss zuerst einmal darüber nachdenken, ob er sich damit beschäftigen will und kann. Der co-abhängige Klient muss hier viel Einfühlungsvermögen und Beharrlichkeit zeigen.

³⁷⁷ Vgl. Flassbeck. 2011, S.194-198

³⁷⁸ Vgl. Flassbeck. 2011, S.203-207

³⁷⁹ Vgl. Flassbeck. 2011, S.233

Offene Ohren: Der Klient sollte nicht mehr ständig über den Süchtigen reden, sondern die eigene Belastung thematisieren.

Solidarität: Wenn der Klient jemandem im Umfeld gefunden hat, mit dem er über die schwierige Lebenssituation reden kann, sollte dieses Gefäss unbedingt genutzt werden, jedoch sollten die offenen Ohren des anderen auch nicht zu stark und zu oft gebraucht werden.

Es gibt keine generelle Methode, wie dieses Thema am besten im Umfeld angesprochen wird. Wenn der Angehörige alles sehr bedenklich empfindet und nicht weiss wie er anfangen soll, kann es helfen, wenn mit ihm zusammen durch kleine Rollenspiele verschiedene Reaktionen durchgespielt werden. Das Ziel davon sollte sein, dass der Klient am Schluss eine selbstsichere Haltung entwickelt, um das Thema in die Runde werfen zu können. Die eigene Unsicherheit kann trotzdem auch ausgesprochen werden, weil dies dem Gegenüber signalisiert, dass es um ein ernsthaftes Thema geht. Dadurch wird in den meisten Fällen vom anderen auch mehr Sensibilität ausgestrahlt.³⁸⁰

Co-Abhängige unterdrücken oft ihre wahren Gefühle. Sie müssen wieder neu lernen diese zuzulassen. Dazu gehören auch negative Emotionen wie Wut gegenüber dem Süchtigen und der ganzen momentanen Lebenssituation. Es gibt verschiedene Interventionen, die dem Co-Abhängigen helfen können, seinen Ärger auszuleben:

Ausrasten: Aggressionen und Niedergeschlagenheit gehören zu einer Beziehung zwischen einem Süchtigen und dessen Umfeld. Es ist in Ordnung solche Gefühle zu verspüren und zu thematisieren. Die ersten Male kann es durchaus möglich sein, dass diese unterdrückten Gefühle Oberhand gewinnen und nicht mehr zu kontrollieren sind. Solche Ausraster sind für die eigene Psychohygiene wertvoll.

Wut als etwas Produktives betrachten: Zorn kann etwas bereicherndes sein, wodurch ein Gespräch auch eine andere Richtung annehmen kann.

Kontrollierte Wut: Im nächsten Schritt muss der Klient lernen, dass es Dinge gibt, worüber es sich nicht lohnt, sich aufzuregen. Dies klappt am besten durch die nötige Distanz zum Süchtigen. Der Süchtige weiss über die Folgen seines Konsums Bescheid und trägt eine eigene Verantwortung für sich und sein Leben.

Die Wut sinnvoll nutzen: Die Wut soll nicht nur in der Beziehung zum Süchtigen ausgelebt werden, sie soll auch in anderen Lebensbereichen ihren Platz finden. Dadurch wird das Selbstbewusstsein gestärkt und eigene Ideen und Wünsche werden durch die neu gewonnene Sicherheit eher umgesetzt.³⁸¹

Co-Abhängige Menschen werten ihr Selbstbewusstsein auf, indem sie dem Süchtigen ständig helfen. Dies erweckt bei ihnen den Anschein, dass sie allzeit bereit sein müssen, da sie immer gebraucht werden. Auch bei Co-Abhängigen gibt es Entzugssymptome. Diese äussern sich durch Minderwertigkeitskomplexe, Versagensangst und Niedergeschlagenheit. Der Berater muss hierbei ganz klar mit dem Klienten Interventionen planen, damit dieser wieder aktiv sein eigenes Leben ausarbeitet. Der Klient soll sich wieder Dinge zutrauen, Sicherheit ausstrahlen können und unabhängig werden.³⁸²

Stärkung des Umfeldes

Es ist wichtig, dass man sich auch um die Angehörigen kümmert, da dies für die ganze Familie positive Konsequenzen haben kann, vor allem für die suchtabhängige Person

³⁸⁰ Vgl. Flassbeck. 2011, S.207-208

³⁸¹ Vgl. Flassbeck. 2011, S.220-222

³⁸² Vgl. Flassbeck. 2011, S.224-226

selbst.³⁸³ Da nicht jede Co-Abhängigkeit einer Behandlung bedarf, ist darauf zu achten, ob die Belastung mittlerweile schon so hoch ist, dass der Körper mit Krankheiten oder der Entwicklung einer psychischen Störung reagiert. Wenn dies der Fall ist, müssen professionelle Helfer zu Rate gezogen werden. Jörg Fengler schreibt, dass es wichtig ist, den Klienten klarzumachen, dass man auch durch Nicht-Helfen helfen kann, was nicht heissen soll, dass man nichts machen soll. Dies ist ein wichtiger Unterschied, welcher die Klienten erkennen müssen.³⁸⁴ Früher galt die Sichtweise, dass sich die Angehörigen vom Suchtkranken trennen und loslassen sollen. Heute ist man jedoch der Auffassung, dass man die Angehörigen so unterstützen muss, dass sie selbstbestimmend ihre Entscheidungen treffen können.³⁸⁵

Wichtige Aufgaben des Beraters

Oliver Grehl beschreibt, dass man zuerst die Nöte, Ängste und Unklarheiten des Angehörigen herausfinden muss. Man sollte nach Ambivalenzen und Trennungswünschen fragen. Gemeinsam mit dem Angehörigen wird seine Rolle innerhalb der Beziehung erfragt. Daraufhin bespricht man gemeinsam mit dem Angehörigen, wie man das Verhalten modifizieren kann.

Die Frage nach Ausnahmen ist ein wichtiges Instrument. Man fragt die Klienten, in welchen Situationen sie sich anders verhalten haben und keine co-abhängige Verhaltensmuster gezeigt haben. Durch diesen ressourcen- und lösungsorientierten Ansatz kann mit diese Ausnahmen häufiger werden lassen. Somit blickt man auch in die Zukunft. Weitere wichtige Fragen sind: Wie sieht der Partner die Situation? Wie leidet die Partnerin darunter? Welches Krankheitsmodell hat sie? Welche Fähigkeiten/Ressourcen hat sie? Wo kann sie substantiell mithelfen, dass man auf einen guten Weg kommt?³⁸⁶

Hindernisse in der Beratung

Co-abhängige Menschen besitzen viele positive Eigenschaften. Sie sind beispielsweise äusserst höflich, freundlich, empathisch, feinfühlig, aufmerksam und sind gute Zuhörer. Dies macht die Zusammenarbeit einfach und wertschätzend. Ein Berater sollte sich aber davon nicht täuschen lassen, da der Klient trotzdem Probleme hat, unter welchen er leidet. Ausserdem besteht die Gefahr, dass der Angehörige jeden Hinweis oder Vorschlag des Beraters kritiklos umsetzt. Die ganzen Hoffnungen und Erwartungen des Klienten werden an den Berater gekoppelt. Das Gegenteil kann aber auch der Fall sein. Alles was der Berater sagt, wird mit Misstrauen und Skepsis betrachtet. Dieses Verhalten hat damit zu tun, dass der Klient überzeugt ist, dass niemand so gut helfen kann wie er, weil niemand so gut den Süchtigen kennt. Dadurch wird der Berater als Konkurrent angesehen. In beiden Fällen kann die Zusammenarbeit nicht funktionieren. Die erste Art von Klient steht in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Berater. Der Zweite wird die Beratung vorzeitig beenden. In Wahrheit ist es so, dass niemand so gut weiss, wie der Klient selber, wie stark er wirklich leidet und niemand kann für ihn den Weg einer Weiterentwicklung übernehmen. Der Berater ist lediglich in der Rolle des Experten, um Richtlinien in zwischenmenschlichen Interaktionen zu schaffen. Das Fachwissen des Beraters muss aber der Klient für sich selber umsetzen.³⁸⁷

Der Angehörige will die Beratung abbrechen

In der Suchttherapie ist es häufig der Fall, dass die Behandlung frühzeitig abgebrochen wird. Dies hat damit zu tun, dass die Süchtigen selber mit der Therapie aufhören und von der Therapie ausgeschlossen werden, da sie sich mangels fehlender Motivation nicht an die vorgegebenen Regeln gehalten haben. Bei den Co-Abhängigen ist es ähnlich. Sie verhalten sich oftmals sehr ambivalent. Die Motivation ist schwankend und nicht immer gleich stark.

³⁸³ Vgl. Ziegler. 2008, S.1

³⁸⁴ Die Informationen stammen von folgender Internetseite: www.freundeskreise-sucht.de.

³⁸⁵ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.5

³⁸⁶ Vgl. Grehl. 2012, S.101

³⁸⁷ Vgl. Flassbeck. 2011, S.203

Wenn diese Schwankungen ein Dauerthema sind, kann es hilfreich sein, wenn der Berater nochmals mit dem Angehörigen bespricht, wer welche Erwartungen hat.³⁸⁸

Der Berater als allwissende Fachperson

Meist wird der Berater als derjenige dargestellt, der die Fachperson ist und somit auch über Wissen verfügt, welches dem Angehörigen weiterhelfen wird. Beispielsweise wird vermittelt, dass der Angehörige nicht mehr die ganze Verantwortung für den Suchtabhängigen übernehmen sollte, damit dieser die negativen Folgen seines Verhaltens zu spüren bekommt, was zu einer Reduktion seines Trinkverhaltens führen kann. Bei dieser Art von Beratung hat es meist oberste Priorität, dass der Angehörige aufhört, sich co-abhängig zu verhalten. Dadurch soll der Angehörige wieder lernen, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen. Eine solche Beratung kann dem Klienten Orientierung geben und dessen Bewusstsein wecken, welchen starken Einfluss ihr Verhalten auf das Suchtverhalten des Abhängigen haben kann.

Erika Zika kritisiert an diesem Ansatz, dass der Berater versucht, das Verhalten des Angehörigen zu verändern, obwohl dieser aus mehreren Gründen noch nicht bereit dazu ist. Die Angehörigen versuchen sich zu verändern, aber sie merken selber, dass es ihnen nicht ganz gelingt. Dies kann bei ihnen zu Frustrationen und Hoffnungslosigkeit führen. Es sieht so aus, dass der Berater der absolute Experte ist und weiss, was der Angehörige braucht und was nicht. Der Knackpunkt hierbei ist, dass die Angehörigen meistens auch das Gefühl haben, dass sie wissen, was das Beste für den Abhängigen ist und nun handeln die Fachpersonen auf die gleiche Art und Weise. Wenn die Professionellen eine eher akzeptanzorientierte Haltung einnehmen würden, würde dies bedeuten, dass eine Unterbindung von co-abhängigen Verhaltensweisen nicht eine Voraussetzung wäre für die Zusammenarbeit zwischen Berater und Angehörigen. Der Klient sollte sagen, was seine Ziele sind. Die Aufgabe des Beraters ist lediglich eine Stütze beim Überleben. Konkret heisst das, Möglichkeiten zu erarbeiten, wie man, trotz der Tatsache, dass ein Mensch im nahen sozialen Umfeld alkoholabhängig ist, auf die eigenen Bedürfnisse achten kann. Die Rolle des Beraters sollte sein, dass dieser ein breit gefächertes Wissen zur Suchthematik besitzt, beinhaltet, dass dieser in Kenntnis ist, dass es verschiedene Perspektiven zum Thema Sucht gibt. Der Klient seinerseits sollte als Fachperson betrachtet werden. Er weiss, wie er sein Leben gestalten will. Der Klient weiss am besten, welche Veränderungen er wie umsetzen kann bzw. welche Veränderungen überhaupt realistisch sind anzustreben. Eine Veränderung macht nur dann Sinn, wenn der Mensch persönlich davon überzeugt ist.³⁸⁹

Trennung oder Beibehaltung der Beziehung

Unser Experte Oliver Grehl sagt ganz klar, dass es einem Berater nicht zusteht, einem Paar zu raten, sich zu trennen. Ein Berater sollte vor allem dazu ermutigen, Klarheit zu schaffen. Es braucht Klarheit, Transparenz und Offenheit.³⁹⁰

Unser zweite Experte, Marcus Reichard, ist der Meinung, dass ein Berater nicht das Recht hat, überhaupt irgendetwas zu raten. In der Beratung geht es eher darum, dass der jeweilige erkennt, wie er zu seinem Partner steht. Wenn sich dieser für eine Trennung entscheidet, ist das seine Entscheidung und der Berater hat diese zu akzeptieren. Dass ein Berater einem Angehörigen rät, sich zu trennen, kann sich Reichard nicht vorstellen. Für ihn ist dies ein zu starker Eingriff in die Angelegenheiten des Angehörigen. Es ist sinnvoller, wenn die Angehörigen selber die Lösung ihrer Probleme erarbeiten.³⁹¹

Nach den Interviews hat sich ganz klar gezeigt, dass Fachleute erst einen Denkanstoss der Trennung machen, wenn die Beziehung von Gewalt geprägt ist und somit die Sicherheit eines Partners oder der Kinder gefährdet ist.

³⁸⁸ Vgl. Flassbeck. 2011, S.198-199

³⁸⁹ Vgl. Zika. 2007, S.64-65

³⁹⁰ Vgl. Grehl. 2012, S.157

³⁹¹ Vgl. Reichard. 2012, S.170

Die Rolle des Beraters

Wenn es um die Rolle des Beraters geht, wird klar ersichtlich, dass es einerseits viel Ratgeberliteratur für Angehörige gibt, andererseits aber wenige Bücher für Berater. Dadurch, dass es so viele Meinungen zum Thema Co-Abhängigkeit gibt, die dermassen weit auseinander gehen, ist es laut der Autorin Zika nahezu unmöglich, die Rolle des Beraters zu definieren. Literatur, die die Beziehung zwischen Berater und Angehörigen reflektiert, gibt es kaum. Wenn man etwas darüber liest, dann die Warnung, dass der Berater nicht auch in die Co-Abhängigkeit fallen soll.

Reichard definiert seine Rolle als Berater als eine Art Coach. Es ist seine Aufgabe ein Gespräch zu leiten und zu strukturieren. Das System muss sich selbst regulieren. Als Berater kann man nur Fakten und Tipps aufzeigen. Was die Angehörigen daraus machen, liegt in ihrer Verantwortung.³⁹²

2.5.3 Förderliche Haltungen des Beraters

Es gibt Haltungen, die für Berater in der professionellen Zusammenarbeit nützlich sein können:

Verständnisvolle Haltung:

Angehörige haben die Erwartung an ihren Berater, dass dieser Verständnis aufbringt für die belastende Lebenssituation, in der sie sich befinden, und die Wünsche, die die Angehörigen an die Beratung haben. Des Weiteren sollten Berater Verständnis für die Ambivalenz ihrer Klienten haben. Die Ambivalenz besteht darin, dass die Angehörigen einerseits dem Suchtkranken helfen wollen, damit auch wieder mehr Nähe entstehen kann. Andererseits möchten sie am liebsten den Kontakt abbrechen. Es ist eine ständige Gratwanderung zwischen Nähe und Distanz. Diese Ambivalenz gilt es in der Beratung aufzugreifen. Für Angehörige kann es sehr hilfreich sein, wenn der Berater die Anstrengungen seiner Klienten anerkennt und wertschätzt.

Akzeptierende Haltung:

An erster Stelle entsteht die Akzeptanz aufseiten des Beraters, seinen Klienten und dessen Persönlichkeit, sowie Anliegen, Bedürfnisse und Verhalten so anzunehmen, wie er ist. Der Klient sollte etwas verändern wollen und nicht die Fachperson.

Der Berater sollte sich selber gegenüber auch eine akzeptierende Haltung einnehmen. Ein Berater sollte seine eigenen Grenzen und Wertvorstellungen kennen.

Veränderungsneutralität:

Der Berater sollte eine neutrale Einstellung mitbringen, wenn es darum geht, ob sich ein Klient verändern will oder nicht. Für jede Verhaltensweise, die ein Mensch tätigt, gibt es einen Grund. Wenn man davon überzeugt ist, kann dies auch verhindern, dass ein Berater lediglich seine Anliegen in die Zusammenarbeit einfließen lässt. Im Zentrum ist und bleibt der Klient.³⁹³

Allparteiliche Haltung:

Allparteilichkeit bedeutet, sich in jedes Familienmitglied, dessen Rolle und Schwierigkeiten einfühlen zu können. Das bedeutet, dass man sich als Berater für alle einsetzen kann.³⁹⁴ Die Ausnahme liegt bei Gewaltfällen. Bei diesem Szenario sollte sich die Fachperson klar für den gewalterfahrenen Klienten positionieren.³⁹⁵

³⁹² Vgl. Reichard. 2012, S.172

³⁹³ Vgl. Zika. 2007, S.65-66

³⁹⁴ Vgl. Simon et al. 1999, S.29 In: Zika. 2007, S.66

³⁹⁵ Vgl. Zika. 2007, S.66

Bedürfnisorientierte Haltung:

Damit der Alltag irgendwie gemeistert werden kann, stellen Angehörige oftmals ihre Bedürfnisse und Wünsche hinter diejenigen des Abhängigen. Dadurch hat der Suchtkranke immer oberste Priorität. Der Berater hat hierbei die Aufgabe, diese Anliegen anzusprechen und zu betonen, dass diese ebenfalls eine gewichtige Bedeutung haben. Im Alltag lässt sich das gut umsetzen, indem sich der Angehörige einen Zeitraum schafft, indem er sich erholt. Dem Angehörigen muss klar gemacht werden, dass er sich auch Dinge gönnen kann, ohne dabei ein schlechtes Gewissen haben zu müssen.

Ressourcenorientierte Haltung:

Da Angehörige multiplen Belastungen ausgesetzt sind, geben sie auch bestimmte Ressourcen auf. Diese sollten unbedingt wieder aktiviert werden. Eine hilfreiche Ressource kann beispielsweise das Treffen mit einem guten Freund sein. *„Angehörige sind in meinen Augen oft ÜberlebenskünstlerInnen.“*³⁹⁶

Diese Aussage trifft unserer Meinung nach sehr gut zu. Es drückt auch eine grosse Wertschätzung und Respekt den Angehörigen gegenüber aus. Ihre Bemühungen werden vorurteilsfrei anerkannt.

Handlungserweiternde Haltung:

Zu dem Zeitpunkt, wo die Angehörigen eine Beratung aufsuchen, sind sie meist sehr verzweifelt und wissen nicht mehr was tun, damit die Situation sich verbessern könnte. Der Berater sollte diese Lethargie aufnehmen und mit dem Klienten versuchen, diese in Aktivität umzuwandeln. Neue Interventionen müssen geplant werden. Dies erfordert auch Mut von den Angehörigen, etwas Neues auszuprobieren. Der Berater muss hierbei eine unterstützende Funktion einnehmen.

Realistische Haltung:

Viele Angehörige haben enorm grosse Ansprüche und Erwartungen an sich selber. Zusätzlich ist die Situation für sie dermassen bedrückend, dass sie eine schnellstmögliche Veränderung haben möchten. Auch hierbei haben Angehörige dermassen hohe Ansprüche, dass Enttäuschungen vorprogrammiert sind. Der Berater sollte mit seinem Klienten zusammen erarbeiten, welche Veränderungen momentan am realistischsten sind.

Ganzheitliche Sichtweise:

Es gibt suchtblastete Partnerschaften/Familien, in denen die Abhängigkeit ein ständig präsent Thema ist. Wenn der Berater auch andere Angelegenheiten in den Gesprächen aufnimmt und diesen Raum schafft, kann sich das auch auf den Klienten auswirken. Angehörige können anderen Themen wieder Platz geben.³⁹⁷

2.6 Coping

Wir glauben, dass ein Angehöriger, welcher einen alkoholabhängigen Partner hat, Copingstrategien braucht, damit er mit den bestehenden Problemen umgehen kann. Dies gilt ebenfalls für die abhängige Person selber.

Wir haben gemerkt, dass Coping etwas sehr wichtiges für die Partnerschaft ist, jedoch muss Coping nicht immer positive Effekte hervorrufen. Damit eine Partnerschaft funktionieren kann, braucht es zwei Menschen, die einander lieben und sich gegenseitig unterstützen. Dieser Beistand ist bei Problemen jeglicher Art wichtig. **Wenn ein Partner alkoholabhängig wird, ist es wichtig, dass man ihm hilft und die volle Unterstützung geben kann, damit er diese Situation bewältigen kann.** Der Partner sollte ihm helfen, die korrekte

³⁹⁶ Zika, Erika. 2007, S.66

³⁹⁷ Vgl. Zika. 2007, S.66-67

Bewältigungsstrategie zu entwickeln, damit der Partner seine Alkoholabhängigkeit bekämpfen kann. Die nicht abhängige Person darf dabei aber nicht vergessen werden. Auch diese braucht Hilfestellungen, damit die schwierige Situation ausgehalten werden kann. Dies ist ein weiterer Punkt, warum es wichtig ist, die Partner in die Therapie miteinzubeziehen. Sie können sich gegenseitig Kraft geben, um gemeinsam diese Situation zu bewältigen. Uns stellt sich hierbei die Frage, ob der Partner diese Situation überhaupt aushalten muss. Ihm sollte auch die Option erhalten bleiben, ob er weiterhin die Beziehung führen will oder nicht.

Bis in die Neunzigerjahre konzentrierte sich die Stressforscher nur auf das Individuum und liessen Systeme wie die Partnerschaft oder Familie völlig ausser Acht.³⁹⁸ Dies gibt Anlass zur Kritik, da ein Paar es mit mehreren Stressoren gleichzeitig aufnehmen muss.³⁹⁹

2.6.1 Stresssituation: Alkohol und Partnerschaft

Eine Partnerschaft ist ein wichtiger Lebensbereich für Menschen. Der Partner spielt eine grosse Rolle beim Erreichen der eigenen Lebensziele. Die Partnerschaftszufriedenheit nimmt zu, wenn der Partner viel Unterstützung gibt und die Partnerschaftsziele teilweise erreicht werden. Die Unterstützung zeigt sich durch Empathie und Sympathie.⁴⁰⁰ Interessanterweise gehen partnerschaftliche Probleme dem Alkoholkonsum meistens voraus.⁴⁰¹

Bevor wir näher auf das Thema Coping eingehen, wollen wir noch die Stresssituation thematisieren, welche Angehörige haben, wenn sie einen alkoholabhängigen Partner haben. Schild beschreibt in der untenstehenden Tabelle detailliert, mit welchen Belastungen die

- Zwischen 81 - 84% der Angehörigen haben Sorgen wegen mangelnder Information, sind unsicher und überfordert mit den Symptomen
- 64-78% sorgen sich um die Behandlung, fühlen sich hilflos und ohnmächtig, einsam und alleinverantwortlich und fühlen sich nicht ernst genommen
- 72% leiden an gesundheitlichen Problemen in Folge der Erkrankung
- 66% der Angehörigen haben Zukunftsängste
- 54% der PartnerInnen (44% für Behandlung, 57% für Alltag und 15% für Außergewöhnliches) und Eltern tragen finanzielle Belastungen
- 44% erleben Trauer und Verlust
- 41% haben Angst vor Rückfall und Suizid
- 31% empfinden Scham und Stigmatisierung
- 22% haben Schuldgefühle
- Viele Angehörige verbringen viel Zeit mit der Betreuung der Kranken (21%: 6-10 Std./Woche) etc.

Angehörigen zu kämpfen haben (siehe Abb. 7).

Abb. 6: „Belastungsangaben Angehöriger“ (Schild.,Wiesbeck. 2012, S.24)

Wichtig zu wissen ist, dass Partner von Alkoholabhängigen sehr ambivalent sein können. Ambivalenz ist ein Stressfaktor ersten Grades. Die Person kann sich selbst derartig blockieren, dass sogar Herzrhythmusstörungen auftreten können.⁴⁰² Ein weiteres

³⁹⁸ Vgl. Bodenmann. 2000, S.11

³⁹⁹ Vgl. Bodenmann. 2000, S.35

⁴⁰⁰ Vgl. Schild.,Wiesbeck. 2012, S.63-64

⁴⁰¹ Vgl. Schild.,Wiesbeck. 2012, S.67 In: Maisto., O'Farrel., Connors. et al. 1988

⁴⁰² Vgl. Schild.,Wiesbeck. 2012, S.52

Stresssymptom ist Angst. Sie kann ebenso blockieren wie die Ambivalenz. Angst kann hervorrufen, dass man sich nicht mehr kompetent fühlt, ein Problem alleine zu lösen und zu emotionalen Unsicherheiten führen.⁴⁰³ Diese Unsicherheiten treten in der Kommunikation wieder auf. Kommunikation in der Partnerschaft ist wichtig, damit der Partner die Gefühle und Bedürfnisse des anderen erkennt. Viele Partner äussern jedoch ihre Bedürfnisse nicht mehr, da sie Angst vor Ablehnung oder Zurückweisung haben. Solche Themen werden nicht angesprochen, da sie zu wissen meinen, was der andere Partner will.⁴⁰⁴ Hinzu kommt, dass es eine Rolle spielt, ob der Mann oder die Frau alkoholabhängig ist. Bei Paaren, in denen die Frau ein Alkoholproblem hat, gibt es offensichtlich ein Kommunikationsproblem. Zudem zieht sich die Frau oft zurück. Wenn der Mann alkoholabhängig ist, ist die Kommunikation auch gestört. Es gibt aber viele destruktive Konflikte.⁴⁰⁵

Ein Partner, welcher gegenüber dem alkoholabhängigen Partner verschwiegen ist, ist emotional belastet. Wenn Beziehungsbedürfnisse eine gewisse Zeit nicht erfüllt werden, kann dies zu Frustrationen führen. Dies kann zu einem Beziehungsabbruch führen.⁴⁰⁶ Hierzu möchten wir das Coping Modell von René Simmen aufzeigen, um erklären zu können, wie Angehörige mit diesen ganzen Belastungen umgehen (siehe Abb. 8).⁴⁰⁷

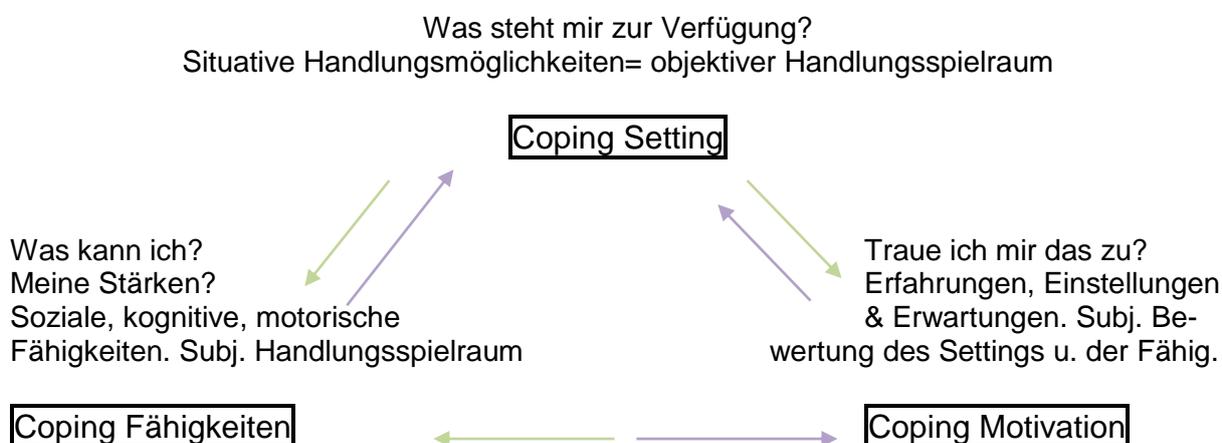


Abb. 7: „Darstellung der Coping Faktoren nach Simmen“ (Simmen. 2008, S.28)

Das Modell zeigt die Auseinandersetzung mit dem Problem des jeweiligen Menschen. Für unsere Arbeit übernehmen wir dieses Modell für die Thematik der Partner von Alkoholabhängigen. Dem Modell kann man entnehmen, wie sich der Partner mit der Problematik des Partners, mit Hilfe von Coping Strategien, auseinandersetzen kann. Coping Prozesse sind vorhanden, wenn die drei oben genannten Elemente zusammen angeschaut werden.

Stress ist eine psychische und physische Reaktion des Organismus auf Belastung. Das heisst, zu viel Stress oder eine mangelnde Stressbewältigung können gesundheitsschädlich sein. Es wird problematisch, wenn die eigene Selbstwirksamkeit eingeschränkt ist und man ein Gefühl der Ohnmacht verspürt. Der einzige Ausweg ist oftmals der Rückzug, wobei sich dies eher kontraproduktiv auswirkt, da die Gefahr in eine Depression, ein Burnout oder selbst in eine Sucht hineinzurutschen, erhöht wird.⁴⁰⁸ Soziale Unterstützung, wie Hilfsangebote für Angehörige, können stressvermindernd auf den Klienten wirken, da seine Kompetenzen

⁴⁰³ Vgl. Schild.,Wiesbeck. 2012, S.53

⁴⁰⁴ Vgl. Schild.,Wiesbeck. 2012, S.68

⁴⁰⁵ Vgl. Schild.,Wiesbeck. 2012, S.70 In: Kelly., Halford., et al. 2002.

⁴⁰⁶ Vgl. Schild.,Wiesbeck. 2012, S.99

⁴⁰⁷ Vgl. Simmen. 2008, S.28

⁴⁰⁸ Vgl. Schild.,Wiesbeck. 2012, S.56 In: Weil, 2010

wieder gestärkt werden. Daher ist die soziale Unterstützung notwendig und sollte langfristig vom Klienten genutzt werden. Wichtig ist es, den Selbstwert und die Handlungskompetenz des Patienten in der Beratung zu stärken.⁴⁰⁹

Es gibt ein Behandlungsmodell für Angehörige von Alkoholabhängigen, welches dazu dient, Stress zu minimieren und Selbstvertrauen zu maximieren. Das Modell ist in fünf Schritte aufgeteilt:

Schritt 1: Stressoren und Schwierigkeiten explorieren

Der Berater erkennt durch empathisches Zuhören, Schwierigkeiten des Partners und wo dessen Stressfaktoren liegen. Der Berater erläutert, dass die Probleme nicht ungewöhnlich sind, sondern auch bei anderen vorkommen können.

Schritt 2: Wichtige Informationen vermitteln

Der Berater erklärt dem Angehörigen die Alkoholabhängigkeit mit all ihren möglichen Ursachen, Faktoren und Auswirkungen. Damit kann der Stress über das Unwissen über diese Thematik abgebaut werden.

Schritt 3: Beratung zu verschiedenen Umgangsweisen

Es wird vorsichtig mit dem Angehörigen über seine Verhaltensweisen, Haltungen und Gefühle zum alkoholabhängigen Partner gesprochen. Dabei überprüft man die Vor- und Nachteile jeder Verhaltensweise.

Schritt 4: Explorieren und Fördern von sozialer Unterstützung

Der Berater bespricht mit dem Angehörigen hilfreiche Unterstützungsmassnahmen, aber auch, wie man hilfreiche Unterstützung vermehren kann.

Schritt 5: Beenden und den Bedarf nach weiterführender Hilfe besprechen

Copello ist der Meinung, dass weiterführende Hilfe für die Angehörigen unnötig ist. Wünscht sich dies jedoch ein Angehöriger, so besteht die Möglichkeit, sich beim Berater Informationen zu holen.⁴¹⁰

2.6.2 Coping-Setting

Die Bedingungen im näheren und weiteren Umfeld, in der sich eine suchtabhängige Person bewegt, können förderlich wie auch hemmend auf ihn wirken. Die Familie ist aber grundsätzlich als wichtige Ressource anzusehen.

Das Coping-Setting ist in drei verschiedene Bereiche gegliedert, damit man eine bessere Übersicht erhält:

Bereich 1:

Es geht um die architektonisch und technischen Umweltbedingungen, wie zum Beispiel die Wohnsituation, der Arbeitsweg und die Freizeitmöglichkeiten.

Bereich 2:

Die organisatorisch, administrative Umweltbedingungen werden betrachtet. Dazu gehören das Gesundheits- und Versicherungswesen und die finanzielle Situation.

Bereich 3:

Hierbei geht es um die psychosozialen Umweltbedingungen. Das familiäre, private Umfeld und berufliche Umfeld werden näher beleuchtet.

⁴⁰⁹ Vgl. Schild.,Wiesbeck. 2012, S.170

⁴¹⁰ Vgl. Schild.,Wiesbeck. 2012, S.204 In: Copello., Orford., et al. 2000.

Die drei verschiedenen Bereiche beeinflussen einander gegenseitig. Hat man ein gutes familiäres Umfeld, erleichtert dies die Unterstützung in den sozialen Bereichen. Wenn man gute Arbeitsbedingungen hat und die Arbeit einen befriedigt, ist der Umgang mit der Familie und den Freunden positiver. Somit kann man durch das Coping-Setting verschiedene Ressourcen des Patienten erfahren. Man kann den Patienten bei seinen Schwierigkeiten in den verschiedenen Bereichen unterstützen. Auch der Berater selbst kann ein Teil der Ressourcen des Patienten sein. Dies ist abhängig von seinem Menschenbild, seiner Arbeitsweise, der Offenheit, Klarheit, Empathie, Wertschätzung und seiner kritischen Haltung. Beeinflusst wird dies auch durch die Zusammenarbeit unter den Professionellen. Wichtig ist, dass die Beratungen von Sozialarbeiter/Sozialpädagogen durchgeführt wurden.

2.6.3 Coping Fähigkeiten

Bei den Coping Fähigkeiten geht es um die Fertigkeiten, Fähigkeiten und Kompetenzen, die der Partner im Umgang mit seinem alkoholabhängigen Partner braucht. Diese wurden in früheren Momenten der Auseinandersetzungen gelernt, im schulischen, privaten, aber auch beruflichen Umfeld.

2.6.4 Coping Motivation

Die Coping Motivation ist sehr wichtig für die Auseinandersetzung mit dem Problem des Partners. Coping Motivation basiert auf den verschiedenen Erfahrungen, Erwartungen und Einstellungen zu dieser Situation (alkoholabhängiger Partner). Die Erfahrungen und Erwartungen, welche man in der früheren Lebensgeschichte gemacht hat, werden mit den Fähigkeiten und Kompetenzen gekoppelt. Waren diese Erfahrungen positiver, ist die Coping Motivation grösser. Dieses Modell sollte in der Beratung für jeden Klienten individuell angewendet werden. Dies kann vor allem helfen, sich vor Schubladisierungen zu schützen und es fördert die Hilfe nach Mass. Es ist wichtig, dass dieses Modell immer wieder aktualisiert wird, da der Mensch sich während einer Beratung verändert. Darum sollte man gemeinsam mit ihm dieses Modell öfters anschauen. Die Beratung steht für einen Lernprozess aus positiven wie auch aus negativen Erfahrungen.

Während der Beratung sollte der Berater nicht nur auf das Coping des Klienten eingehen, sondern auch auf das Umfeld, welches sich verändern kann und sollte. Zudem sollte man konkret mit den Ressourcen der Klienten arbeiten. Es ist wichtig herauszufinden, wo Ressourcen vorhanden sind und mit welchen man die Beratung anknüpfen könnte. Es ist wichtig diese zu fördern und ein Gefäss zu schaffen, wo neue Fähigkeiten entstehen können.

Bei der Beratung von Angehörigen mit einem alkoholabhängigen Partner ist der Partner mit seinem Alkoholproblem meistens keine Ressource für den Partner. Es ist wichtig, dass man andere Familienmitglieder ebenfalls in die Beratung miteinbezieht, damit Handlungs- oder Beziehungsmuster ersichtlich werden. Simmen ist der Meinung, dass die Familie eine Ressource oder eine Belastung für die Klienten sein kann.⁴¹¹ Thomasius und Küstner hingegen sind der Auffassung, dass familiäre Unterstützung die Coping Strategien fördert.⁴¹²

⁴¹¹ Vgl. Simmen. 2008, S. 29

⁴¹² Vgl. Thomasius, Küstner. 2005, S.116

2.6.5 ABCX-Modell nach Hill

Grundlage des Coping ist bis heute das ABCX-Modell von Hill (siehe Abb. 9). In diesem Modell wird ausführlich beschrieben, wie Familien Krisen durch Coping bewältigen. Das Modell zeigt zudem verschiedene Stresseinwirkungen zu verschiedenen Zeitpunkten auf und wie man mit diesen umgehen kann. Das Modell entwickelte Hill 1940 und wurde anschliessend 1983 von Mc Cubbin und Patterson weiterentwickelt.

Die Stressoren im familiären Leben machen den Anfang. Stressoren können ganz verschiedene Situationen sein wie z.B. Die Auseinandersetzung mit der Alkoholsucht des Partners. Dieser Stressor muss nicht zwingend eine Krise hervorrufen. Wir Menschen haben schon bestehende Ressourcen, die wir einsetzen können, wie beispielsweise, Informationsbeschaffung über die Alkoholabhängigkeit beschaffen.⁴¹³

Zu Beginn einer Situation entstehen Stressoren. Diese werden durch Ressourcen, welche die Familie hat, gedämpft. Man nimmt den Stressor als solchen wahr und versucht durch die Ressourcen diesen zu ändern. Krisen entstehen durch die Akkumulation von Stressoren, welche die Reizschwelle überschreiten. Zum Ausbruch der Krise kommt es, wenn die Familie diese als Bedrohung ansieht oder zu wenige Ressourcen vorhanden sind.

Zu einem späteren Zeitpunkt können sich Stressoren kumulieren. Wenn dies der Fall ist, kann auf die neuen oder bestehenden Ressourcen zurückgegriffen werden, wodurch wird eine Krise erkannt wird.

Mit der Zeit entwickelt man persönliche Ressourcen, die für den Bewältigungsprozess sehr wichtig sind. Je nachdem wie stark ausgeprägt die Ressourcen sind und wie man Dinge wahrnimmt, bewältigt man eine Situation. Es handelt sich hier auch um einen Lernprozess.⁴¹⁴

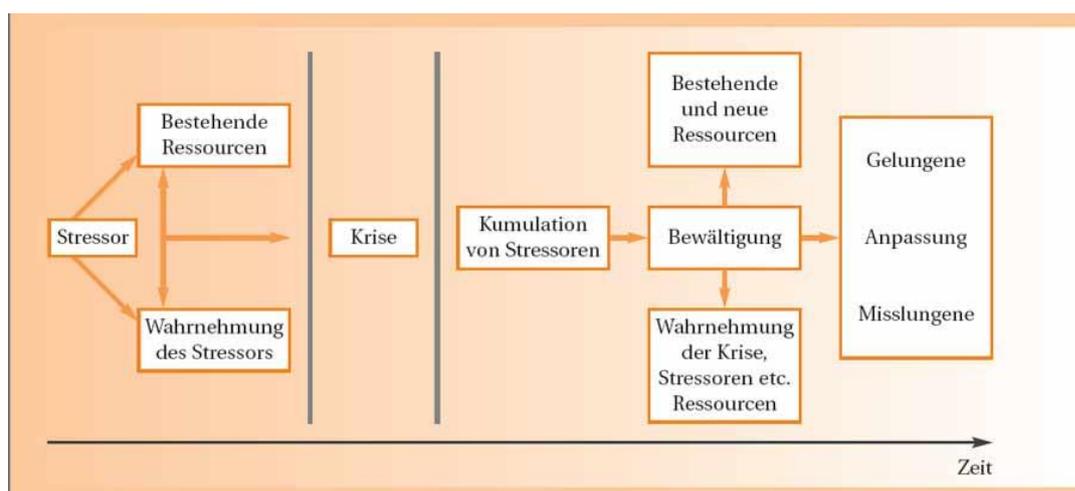


Abb. 8: „ABCX-Modell nach Hill“ (Eckert. 2007, S.46)

2.6.6 Stressmodell von Copello

Nach Copello gibt es ein fünf-Schritte (oder auch fünf Sitzungen) -Behandlungsmodell für Angehörige von Alkoholabhängigen. Dieses Modell ist von Vorteil für die Angehörigen, wenn es in einer Einrichtung oder mit Professionellen durchgeführt wird. Man kann dieses Modell mit oder ohne den Abhängigen durchführen. Der Partner muss hierzu nicht abstinent sein. Im Vordergrund dieses Modells steht die Stressreduktion und der Aufbau von einem gesunden Selbstwertgefühl.

⁴¹³ Vgl. Eckert. 2007, S.46

⁴¹⁴ Vgl. Bodenmann. 2000, S.15

Phase 1: Stressoren und Schwierigkeiten explorieren

Es ist wichtig den Angehörigen ernst zu nehmen und ihm zuzuhören. Das heisst, seine Schwierigkeiten und Probleme wahrzunehmen und auch zu merken, wie diese wirken. Dabei muss der Berater die Stressoren des Angehörigen herausspüren. Es ist wichtig, dass der Berater erwähnt, dass es normal ist, solche Ängste zu haben.

Phase 2: Wichtige Informationen vermitteln

Der Berater sollte den Angehörigen über den Alkohol informieren, den Verlauf, die Konsequenzen, die typischen Verhaltensweisen etc. Für die Angehörigen kann diese Psychoedukation helfen, bezüglich dieses Theam keinen Stress zu erleiden.

Phase 3: Beratung zu verschiedenen Umgangsweisen

Dieses Thema muss vom Berater sehr vorsichtig eingeführt werden. Dabei werden die verschiedenen Verhaltensweisen des Angehörigen bezüglich des Partners besprochen, auch der Umgang mit Gefühlen und Haltungen. Es werden Alternativen aufgezeigt und die Vor- und Nachteile der jeweiligen Verhaltensweisen diskutiert.

Phase 4: Explorieren und fördern von sozialer Unterstützung

Der Berater bespricht mit dem Angehörigen, welche Unterstützungen für ihn hilfreich sind und versucht diese mit dem Angehörigen zu fördern. Der Berater kann dabei auch das System des Angehörigen in die Beratung miteinbeziehen.

Phase 5: Beenden und den Bedarf nach weiterführender Hilfe besprechen

Copello ist der Meinung, dass es nach dieser Beratung keine weiterführende Hilfe für den Angehörigen braucht. Wünscht sich der Angehörige eine weitere Beratung oder Therapie, so ist es die Aufgabe es Beraters, die Informationen über solche Beratungen zu geben und den Zugang zu diesen zu erleichtern.⁴¹⁵

⁴¹⁵ Vgl. Schild.,Wiesbeck. 2012, S.205 ff.

2.6.7 Coping-Strategien von Angehörigen um mit der Suchtmittelabhängigkeit umgehen zu können

Man kann pauschal sagen, dass es drei verschiedene Hauptformen gibt, welche die Angehörigen anwenden. Darauf folgen acht Bewältigungsstrategien (siehe Abb. 10). Die drei Standbeine sind:

1. Standfest bleiben
2. Die Situation erdulden
3. Sich davon zurückziehen

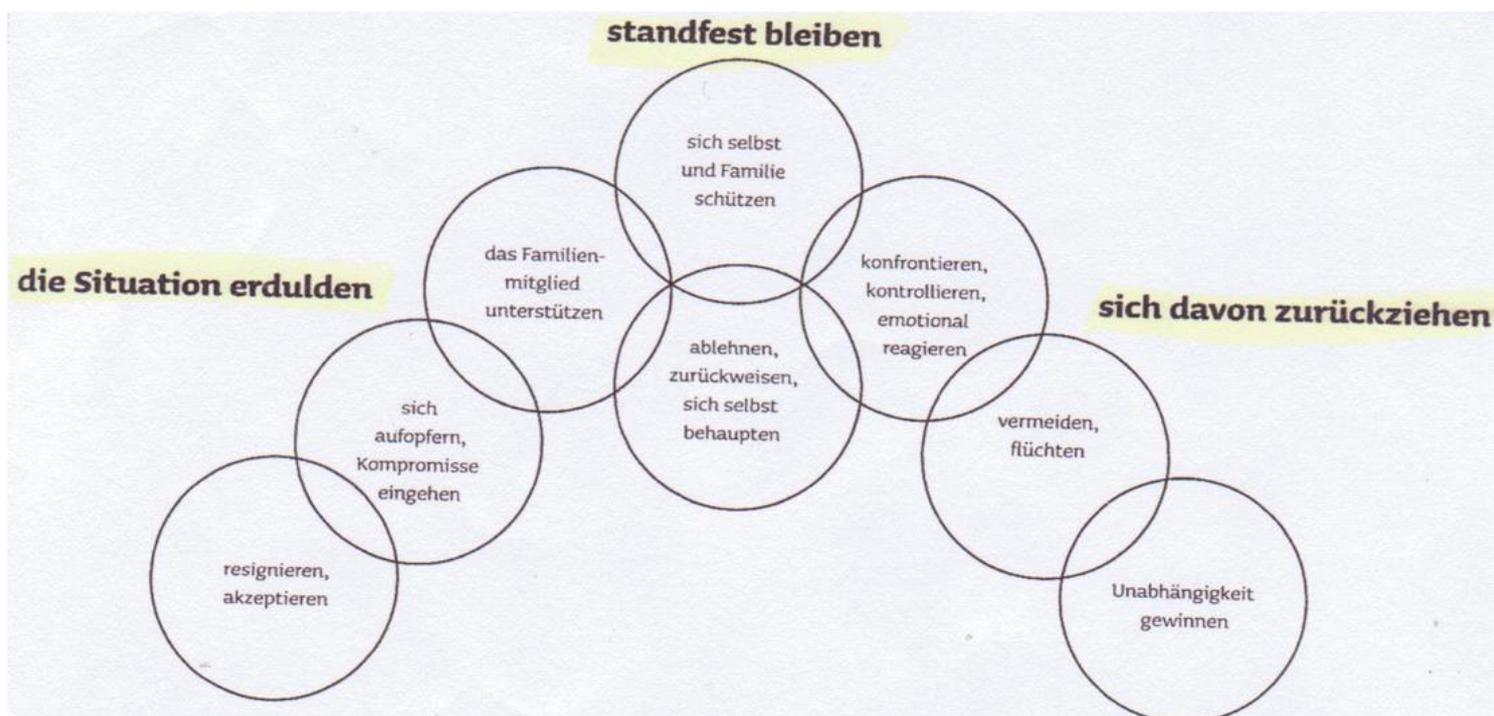


Abb. 9: "Drei Hauptpositionen, die Angehörige von suchtmittelabhängigen Personen einnehmen können und die acht Bewältigungsstrategien." (Vgl. Kläusler-Senn., Stohler. 2011, S.7)

Jedoch muss erwähnt werden, dass die acht Bewältigungsstrategien nicht immer so klar trennbar sind, weil die Angehörigen nicht immer dieselbe Strategie anwenden, sondern vielmehr zwischen mehreren hin und herschwanken, weil sie ständig auf der Suche nach dem perfekten Umgang sind. Dies zeigt, dass das Umfeld vielfach in einem Dilemma ist, welches wiederum unsichere Gefühle auslöst. Wenn beispielsweise eine Partnerin ihrem Mann mitteilt, dass sie mehr Zeit für sich selber haben möchte, kann er sie auch als Egoistin darstellen, welche sich nicht vernünftig um ihren Mann kümmert. Dies kann zu Spannungsfeldern bei der Partnerin führen. Diese Dilemmata sind die Situationen, die das Umfeld am meisten verunsichern. In den Beratungen geht es aber genau um dieses Dilemmata.⁴¹⁶

Generell kann man sagen, dass es keine guten oder schlechten Bewältigungsstrategien gibt. Welche Strategie angewendet wird, hängt von der Partnerschaft/Familie ab. Man kann aber klar beurteilen, dass Strategien, in denen dem Suchtkranken aggressiv oder feindselig entgegen getreten wird oder wo Angehörige den Alkohol vernichten, kontraproduktiv wirken.⁴¹⁷

⁴¹⁶ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.7

⁴¹⁷ Vgl. Kläusler-Senn, Stohler. 2012, S.7

3. Forschung

Im Folgenden wollen wir uns gerne dem Forschungsteil unserer Bachelor Arbeit widmen. In diesem werden wir uns unserer Forschungsfrage, unseren Zielen und den von uns formulierten Hypothesen widmen.

3.1 Forschungsfrage

Mithilfe des theoretischen Rahmens und der Experteninterviews konnten wir verschiedene Perspektiven und Meinungen zu unserem Thema kennenlernen. Dadurch nähern wir uns der Beantwortung unserer Forschungsfrage an:

Wie gestalten Sozialarbeiter die Beratung von co-abhängigen Partnern, die einen alkoholabhängigen Partner haben, und wie wird die Zusammenarbeit von den Angehörigen erlebt?

Zur Vervollständigung unserer Arbeit wollen wir ebenfalls Sozialarbeiter, welche in der Suchthilfe tätig sind, befragen. Dazu gehört die Sichtweise der Angehörigen. Wir wollen von ihnen erfahren, wie sie diese Zusammenarbeit erleben.

3.2 Ziele

Im folgenden Abschnitt gehen wir vor allem auf die Ziele ein, welche wir im theoretischen Rahmen behandelt haben.

Wir wollten aufzeigen, wie Sozialarbeiter die Beratung mit co-abhängigen Angehörigen, die einen alkoholabhängigen Partner haben, gestalten. Wir wollten verschiedene Ansätze aufzeigen, die es gibt, um solche Angehörigen zu unterstützen. Hierbei ist zu erwähnen, dass wir mit verschiedenen Institutionen in der Deutschschweiz zusammenarbeiten wollten, um herauszufinden, ob es verschiedene Arbeitsweisen und Philosophien oder ein einheitliches Prinzip gibt. Zudem wollten wir Angehörige selber befragen, was sie von den professionellen Unterstützungsangeboten halten und wo es noch Verbesserungsmöglichkeiten geben könnte. Dadurch entstand für uns ein spannender Vergleich zwischen dem Klienten- und Helfersystem.

Dabei haben wir uns aber im Voraus auch über Alkoholabhängigkeit informiert, damit wir wussten, ab wann ein Mensch als alkoholabhängig gilt und welche Folgen eine Suchterkrankung für Folgen hat, sei es für den Betroffenen selber als auch für das Umfeld. Dadurch konnten wir uns besser in die Situation der Angehörigen versetzen.

Wir wollten uns auch näher mit dem Begriff Co-Abhängigkeit beschäftigen. Anhand der unterschiedlichen Definitionen, die es zu diesem Begriff gibt, kristallisierte sich heraus, wie kontrovers das Co-Abhängigkeitskonzept ist. Anhand der historischen Entwicklung liess sich ebenfalls erahnen, wie ungleich die Sichtweisen sind. Die Entwicklung des Begriffs zeigt auf, wie wenig auf die Angehörigen eingegangen wurde-, und die Schuldfrage auf das Umfeld projiziert wurde. Daraus liess sich auch ableiten, wie sich die Unterstützung für die Angehörigen verändert hat.

Auch wollten wir herausfinden, welche Herausforderungen Sozialarbeiter bezüglich der Angehörigenarbeit bewältigen müssen und wo die Grenzen sind.

Ein weiteres Ziel war es, viel Wissen mitzunehmen und unsere Bachelorarbeit als bereichernd zu betrachten, damit wir von den gemachten Erfahrungen profitieren konnten. Unser Themenbereich wird für unsere zukünftige Arbeit wichtig sein, da wir in jedem Bereich der Sozialpädagogik auf die Problematik der Sucht stossen können.

Anhand unserer Forschungsfrage haben sich folgende Ziele ergeben:

- Das Krankheitsbild Alkoholismus vorstellen.
- Das Co-Abhängigkeitskonzept erklären.
- Schwierigkeiten aufzeigen, die die Angehörigen in der Beziehung zum Suchtkranken erleben,.
- Die Angehörigenarbeit in der Suchthilfe kennenlernen.
- Die Wichtigkeit des Einbezugs der Angehörigen in die Beratung erklären.
- Beratungsmethoden und Unterstützungsmöglichkeiten von Sozialarbeitern, in der Zusammenarbeit mit co-abhängigen Angehörigen, die einen alkoholabhängigen Partner haben, aufzeigen.
- Die Rolle und Aufgabe des Sozialarbeiters in der Angehörigenarbeit aufzeigen.
- Vorstellungen des Klienten- und des Helfersystems bezüglich der bestehenden Hilfsangebote vergleichen.

3.3 Hypothesen

Hypothese 1:

Sozialarbeiter wenden in der Beratung von co-abhängigen Angehörigen keine spezifische Methode an, sondern verwenden eine Kombination von verschiedenen Ansätzen.

Faktor: Methoden der Sozialen Arbeit im Beratungssetting

Mithilfe der Indikatoren versuchen wir unsere Hypothesen zu stützen, wobei es sich auch bei diesen lediglich um Annahmen handelt.

Indikatoren zu dieser Hypothese:

- **Ausbildung und Weltanschauung des Sozialarbeiters:** Die Ausbildung und die Weltanschauung des Sozialarbeiters nehmen Einfluss auf dessen Beratungsmethodik.
- **Angehörige:** Angehörige sind Individuen, was eine individuelle Beratung voraussetzt.
- **Ressourcen des Klienten:** Jeder Klient hat eine andere Persönlichkeit, andere Ressourcen und andere Erfahrungen. Daher muss der Beratungsansatz individuell

gestaltet werden.

- **Systemtheorie:** In der heutigen Praxis wird oft systemtheoretisch gearbeitet, da dies dem momentanen Trend entspricht.

Hypothese 2:

Die Angehörigen wünschen sich von der Suchthilfe spezifischere Angebote.

Faktor: Wünsche der Angehörigen

Indikatoren zu dieser Hypothese:

- **Konkrete Anweisungen:** Die Angehörigen wünschen sich eine spezifische Anleitung, wie sie mit dem Suchtabhängigen umzugehen haben.
- **Überforderung:** Die Angehörigen sind mit der Alkoholabhängigkeit ihres Partners überfordert.
- **Informationsfluss:** Die Angehörigen werden zu wenig über die verschiedenen Angehörigenangebote informiert.
- **Wahrnehmung der Bedürfnisse:** Es ist wichtig, dass man als Berater die Bedürfnisse der Angehörigen wahrnimmt.
- **Selbsthilfegruppen:** Für die Angehörigen ist es hilfreich, mit anderen Menschen, die sich in derselben Situation befinden, ihre Erfahrungen auszutauschen.
- **Angebote der Fachkliniken:** Fachkliniken für Alkoholabhängige bieten ein zu unspezifisches Angebote für die Angehörigen an.
- **Unterstützung des Alkoholabhängigen:** Angehörige werden oftmals nur dann in die Beratung miteinbezogen, wenn es darum geht, den Heilungsprozess des Suchtabhängigen voranzutreiben.

Hypothese 3:

Weil viele co-abhängige Angehörige im Stillen leiden und den Schein wahren wollen, gehen viele nicht zu einer Beratungsstelle, weswegen Sozialarbeiter viel Öffentlichkeitsarbeit betreiben müssen..

Faktor: Verhaltensweisen des Partners

Indikatoren zu dieser Hypothese:

- **Co-Abhängigkeit:** Wegen der Co-Abhängigkeitssymptome schaffen es die Angehörigen nicht, sich Hilfe zu holen.
- **Stress:** Die Angehörigen sind einem erhöhten Stress ausgesetzt und nehmen die Stresssymptome erst dann wahr, wenn sie an ihre persönlichen Grenzen stossen.
- **Stigmatisierung:** Angehörige haben Angst vor Stigmatisierungen durch ihr Umfeld, wenn die Alkoholabhängigkeit des Partners öffentlich wird.

- **Öffentlichkeitsarbeit/Prävention:** In der Schweiz wird bezüglich der Angebote für Angehörige zu wenig informiert.

Hypothese 4:

Angehörige beanspruchen nicht früher professionelle Hilfe, weil ihnen die Fachpersonen oft raten, dass sie sich von ihrem Partner trennen sollen.

Faktor: Haltung des Beraters

Indikatoren zu dieser Hypothese:

- **Rolle des Beraters:** Der Berater nimmt seine Grenzen in seiner Rolle zu wenig wahr, wenn er einem Paar zur Trennung rät.
- **Ressourcenorientiert:** In der heutigen Praxis wird häufig ressourcenorientiert gearbeitet.
- **Komplementäre Interaktion:** Partner kommunizieren komplementär, dies erschwert die Kommunikation und kann ein Hindernis für eine Partnerschaft bedeuten.

4. Datenerhebungsmethode

4.1 Qualitative Forschung

Zur qualitativen Sozialforschung gehört laut dem zweiten Postulat qualitativen Denkens dazu, dass zu Beginn der Analyse der Forschungsgegenstand genauestens beschrieben wird.⁴¹⁸ Dies haben wir gemacht, indem wir anhand der Forschungsfrage Schlüsselbegriffe gebildet haben, welche wir im theoretischen Rahmen näher beschrieben haben.

Die Art der Untersuchung, welche wir gemacht haben, beschreiben wir als Handlungsforschung. Wir haben unsere Interviewpartner als gleichrangig betrachtet, da wir mit diesen auf derselben Ebene diskutieren wollten.

Wir waren der Meinung, dass wir an einem sozialen Missstand anknüpfen mussten, welcher noch behoben werden muss ist. Die Tatsache, dass es immer noch zu wenig Angebote für Angehörige von Suchtkranken gibt, stellt für uns einen Missstand dar. Dass wir auf dieses Thema aufmerksam geworden sind und darüber geschrieben haben, kann schon ein erster Schritt zur Besserung sein. Zudem sollte unsere Arbeit eine Hilfe, für Sozialarbeiter sein, die in der Suchthilfe tätig sind und Angehörige beraten.

Eine Handlungsforschung beinhaltet zu Beginn immer die Auseinandersetzung mit einem Problem, gefolgt von möglichen Zielen. Dazwischen kommt es immer wieder zu diversen Austauschen mit Betroffenen. Ein ständiger Theorie- und Praxistransfer findet statt.

Handlungsforschung wird immer dann angewendet, wenn es darum geht, spezifische Schwierigkeiten in der Praxis zu verändern.⁴¹⁹

4.2 Das problemzentrierte Interview

Wir haben uns entschieden, dass unser Erhebungsverfahren dem problemzentrierten Interview am nächsten kommt. Bei unseren Interviews benutzten wir einen Leitfaden, welcher dazu da ist, unsere Forschungsfrage nicht aus den Augen zu verlieren. Dabei wollten wir, dass das Gespräch so frei wie möglich stattfinden konnte.

Ausserdem haben wir uns im Vorfeld bereits intensiv mit unserer Forschungsfrage und den dazugehörigen Schlüsselbegriffen auseinandergesetzt. Auf diesem Diskurs basierten unsere Interviewfragen.

Das problemzentrierte Interview versteht unter dem Begriff Problemzentrierung, dass an spezifische Probleme angeknüpft wird, welche in der Gesellschaft da sind. Wir haben uns zuerst mit dem Begriff Co-Abhängigkeit auseinandergesetzt und dabei gemerkt, dass Angehörige in der Suchthilfe noch oft vergessen werden. Wir haben uns zuerst ganz vorurteilsfrei und objektiv mit diesem Begriff beschäftigt und bei den gemachten Recherchen gemerkt, dass es sich um ein gesellschaftliches Problem handelt.

Während des Interviews war es wichtig, dass der Befragte keine vorgefertigten Antworten bekommt, wo er sich nur noch für eine Antwort entscheiden musste. Obwohl es einen Leitfaden gab, welcher in Verbindung mit der Forschungsfrage stand und als Richtlinie diente, sollte der Interviewpartner so frei wie möglich reden können.

⁴¹⁸ Vgl. Mayring. 2002. S.20-23

⁴¹⁹ Vgl. Mayring. 2002, S.50-53

Da es zu unserem Thema viel Literatur gibt und sich bereits viele Autoren mit dem Co-Abhängigkeitskonzept auseinandergesetzt haben und unsere Forschungsfrage relativ konkret war, war es für uns klar, dass das problemzentrierte Interview die ideale Methode für uns ist.⁴²⁰

4.3 Die Auswahlkriterien für die Interviews / Untersuchungsfeld

Da wir Experten, Sozialarbeiter und Angehörigen befragten, haben wir jeweils für jede Gruppe eigene Kriterien aufgestellt.

Kriterien für die Experten:

- Die Experten müssen in der Suchthilfe tätig sein.
- Die Experten müssen mit Angehörigen zusammenarbeiten.
- Die Experten dürfen keine Sozialarbeiter sein, da wir Interviews durchführen werden, die sich explizit nur an Sozialarbeiter richten werden.

Kriterien für die Sozialarbeiter:

Da das Angebot im Suchtbereich im Oberwallis eher klein ist, haben wir uns entschieden, unsere Interviews in anderen Kantonen der Schweiz durchzuführen. Wir haben folgende Kriterien aufgestellt:

- Aufgrund möglicher sprachlicher Barrieren beschränken wir uns auf die Deutschschweiz.
- Die Institutionen müssen auf suchtabhängige Menschen spezialisiert sein und Angehörigenarbeit anbieten.

Kriterien für die Angehörigen:

- Die jeweiligen Angehörigen müssen an einem Beratungssetting teilgenommen haben.
- Vorzugsweise handelt es sich bei den Angehörigen um Partner von Alkoholabhängigen.
- Die Angehörigen müssen mindestens 18 Jahre alt sein, da wir uns nur auf die Erwachsenenenebene beschränkt haben.

4.4 Weiteres Vorgehen bezüglich unserer Befragungen

Nachdem wir unsere Kriterien erarbeitet und uns somit auch auf eine bestimmte Gruppe beschränkt hatten, haben wir uns mit diversen Institutionen per E-Mail in Kontakt gesetzt. Wir haben darauf geachtet, dass die auserwählten Institutionen spezifische Angehörigenarbeit anbieten und dass im Team Sozialarbeiter arbeiten. Gleichzeitig haben wir den Leitfaden für die Interviews zusammengestellt. Bald einmal haben wir gemerkt, dass unsere ganzen Fragen ein zu breites Feld abdecken würden. Wir nahmen bei jeder Frage Bezug auf die Forschungsfrage und fragten uns, ob diese Fragen wirklich relevant sind oder nicht. So

⁴²⁰ Vgl. Mayring. 2002, S.67-72

konnten wir die Fülle an Fragen komprimieren. Danach begannen wir die Fragen nach Themen zu ordnen, sodass sich verschiedene Kategorien entwickelten. Diese Methode haben wir für jede Befragung durchgeführt, sodass wir am Schluss drei verschiedene Leitfäden hatten (Experten, Sozialarbeiter, Angehörige).

Wir begannen mit den Experteninterviews. In diesen Interviews haben wir viel nach Theorien und Konzepten gefragt, da wir herausfinden wollten, ob unsere gewählten Modelle der heutigen Zeit und dem heutigen Standard entsprechen. Da wir uns im Vorhinein intensiv mit dem theoretischen Rahmen auseinandergesetzt hatten, entstanden spannende Diskussionen mit den Experten.

Danach folgten die Interviews mit den Sozialarbeitern. Auf Bea Schild sind wir durch ihr Buch aufmerksam geworden, welches wir auch in der Arbeit zitiert haben. Sie war für uns eine spannende Interviewpartnerin, da sie durch ihre vielen Weiterbildungen ein grosses Wissen und einen reichen Erfahrungsschatz besitzt.

Auf unseren zweiten Sozialarbeiter, Vitus Hug, sind wir durch eine Sozialarbeiterin in der Forel Klinik aufmerksam geworden. Da das Blaue Kreuz viel Angehörigenarbeit leistet, konnten wir viel von diesem Interview profitieren.

Insgesamt war es schwierig Sozialarbeiter als Interviewpartner zu gewinnen, da meist Psychologen oder Psychiater in der Suchthilfe arbeiten oder die Institutionen mehr Beratungen für Suchtkranke selber als für deren Angehörige anbieten.

Es folgten die Interviews mit den Angehörigen. Hierzu haben wir wiederum Institutionen angeschrieben und über deren Klienten versucht, Interviewpartner zu finden. Diese Strategie hat sich als erfolgversprechend erwiesen. Die Befragungen mit den Angehörigen waren sehr bereichernd und hilfreich für unsere Arbeit, da wir dadurch einen Vergleich zwischen den Aussagen der Sozialarbeiter und der Angehörigen machen konnten.

Nach Absprache mit allen Interviewpartnern haben wir alle Befragungen zu zweit durchgeführt, weil wir uns dadurch ergänzen konnten.

Die Interviews haben wir mit Laptop und Handy aufgenommen. Es gab keinerlei technische oder sonstige Schwierigkeiten während den Befragungen. All unsere Interviews dauerten zwischen 40 – 85 Minuten. Alle Interviews durften wir in den jeweiligen Institutionen durchführen. Bei den Angehörigen fand eine Befragung in ihrer Beratungsstelle statt. Bei der einen Angehörigen gingen wir zu ihr nach Hause, was einen krankheitsbedingten Hintergrund hatte.

Während der Interviews wurde uns klar, dass sich die Aussagen mit unserem theoretischen Rahmen deckten. Jedes Interview war für unsere Arbeit eine Bereicherung.

4.5 Qualitative Inhaltsanalyse

Um unsere Interviews auszuwerten, haben wir uns für das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse entschieden. Bei dieser Methode geht es darum, dass anhand der Theorie verschiedene Kategorien gebildet werden. Mithilfe dieser Kategorien soll das Wichtigste herauskristallisiert und der jeweiligen Kategorie zugeordnet werden. Am Schluss muss man kontrollieren, ob die Kategorien mit der Forschungsfrage kompatibel sind.

Wir sind so vorgegangen, dass wir zuerst die Kategorien definierten. Danach haben wir geschaut, welche Textteile zu welcher Kategorie passen könnten. Im Anschluss haben wir sogenannte Ankerbeispiele herausgefiltert. Diese gelten als aussagekräftig für die ganze Kategorie.

Wenn gewisse Textpassagen nicht zugeordnet werden konnten, haben wir sogenannte Kodierregeln aufgestellt, wodurch klar definiert werden konnte, warum wir diese Zuordnung gemacht haben, damit die Differenzierung klar war.

Das Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist es, kontroverse Textpassagen, welche noch

Fragen aufwerfen, näher zu hinterfragen, damit ein besseres und vollumfängliches Verständnis da sein kann.⁴²¹

4.6 Ethische Aspekte

Damit wir den Datenschutz der Angehörigen, die bereit waren ein Interview mit uns zu machen, gewährleisten konnten, haben wir unsere Befragungen nicht im Raum Oberwallis sondern in der Deutschschweiz durchgeführt. Es sollte nicht ersichtlich sein, von wem die Aussagen stammen. Wir nahmen uns auch das Recht heraus, jede Person, die sich unseren Fragen stellte, zu anonymisieren, damit wir keine persönlichen Grenzen überschreiten und die Integrität jeder Person wahren konnten. Dieses Recht galt für alle unsere Interviewpartner.

Bei unserer Forschungsfrage ging es darum, herauszufinden, wie man Angehörige von Alkoholabhängigen professionell unterstützen kann. Ein weiteres Ziel von uns war, Aussagen von Professionellen und Angehörigen zu vergleichen. Da wir unsere Fragen gegenüber den Angehörigen auf die bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten beschränkt haben, wollten wir verhindern, ihnen zu nahe zu treten.

Alle Befragten nahmen freiwillig an der Befragung teil. Wir wollten unseren Interviewpartnern auch das Recht einräumen, zu jedem Zeitpunkt die Befragung unterbrechen zu können. Wir hatten im Gegenzug die Erwartung, dass sie uns ehrliche Auskünfte geben. Diejenigen, die wollten, konnten unseren Interviewleitfaden im Vorhinein verlangen.

4.7 Grenzen

In dieser Arbeit können keine repräsentativen Antworten für das ganze Gebiet gegeben werden, da die Anzahl der Interviews zu klein ist. Jedoch setzten wir bei unseren Interviews auf Qualität.

Bei einem Interview entsteht ein persönlicher Kontakt zwischen dem Interviewpartner und dem Interviewer. Für manche Leute kann dies einschüchternd wirken, was zur Folge haben kann, dass sie gehemmt sind, frei zu erzählen. Damit eine Person sich wirklich wohl fühlt und sich einem fremden Menschen gegenüber öffnen kann, muss der Interviewer eine gute Atmosphäre schaffen, damit er das Vertrauen des anderen gewinnen kann.

Des Weiteren könnte es ein Problem sein, drei Angehörige zu finden, die bereit sind, mit uns über die Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitern zu sprechen, da sie vielleicht anonym bleiben wollen. Zudem könnten bei ihnen Ängste aufkommen, dass sie das Interview zu stark aufwühlen könnte.

⁴²¹ Vgl. Mayring. 2002, S.114-121

5. Ergebnisse der empirischen Untersuchung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse präsentiert, welche aufgrund der gemachten Interviews entstanden sind. Zu Beginn haben wir die unsere Interviewpartner porträtiert. Danach haben wir deren Aussagen, den von uns formulierten Indikatoren, zugeordnet.

5.1 Sozialarbeiter

Bea Schild

Bea Schild, 54 Jahre alt, ist gelernte Soziokulturelle Animatorin. Seit 2004 ist sie Sozialarbeiterin. Zu Beginn ihrer beruflichen Karriere hat sie in der kirchlichen Jugendarbeit gearbeitet. Später arbeitete sie hauptsächlich mit Menschen mit psychischen Problemen zusammen.

Frau Schild hat diverse Weiterbildungen zu folgenden Bereichen gemacht: Transaktionsanalyse, Systemtheorie, Paartherapie, eine körperorientierte Ausbildung und Stress- und Traumabehandlungen.

Frau Schild führt mittlerweile ihre eigene Praxis in Bern, wo sie sich Menschen annimmt, welche Lebens- oder Beziehungsprobleme haben. Nebenbei arbeitet sie in der Universitären Psychiatrischer Klinik in Basel als Sozialarbeiterin.

Frau Schild hat zusammen mit Wiesbeck das Buch *„Alkohol und Partnerschaft“* geschrieben.

Vitus Hug

Vitus Hug hat 1990 als Freiwilliger beim Blauen Kreuz in St.Gallen angefangen. Seit 1994 ist er dort als Berater tätig. Von 1995 bis 1999 hat er berufsbegleitend die Ausbildung zum Sozialarbeiter gemacht. Er hat anschliessend eine Ausbildung zum Social Group Worker gemacht. In Kürze wird er zusätzlich die Ausbildung zum Supervisor beenden.

Hypothese 1:

Sozialarbeiter wenden in der Beratung von co-abhängigen Angehörigen keine spezifische Methode an, sondern verwenden eine Kombination von verschiedenen Ansätzen.

Die Interviews haben uns gezeigt, dass die Ausbildung des Sozialarbeiters entscheidend ist und der Einsatz von verschiedenen Methoden gewährleistet werden muss. Ein ressourcenorientierter und systemischer Ansatz ist in der Angehörigenarbeit essentiell.

Indikatoren zu dieser Hypothese:

- **Ausbildung und Weltanschauung des Sozialarbeiters:** Die Ausbildung und Weltanschauung des Sozialarbeiters nehmen Einfluss auf dessen Beratungsmethodik.

Je nachdem, welche Ausbildung ein Sozialarbeiter hat, nimmt dies Einfluss auf seine Weltanschauung, sowie auf dessen Werte und Haltungen.

„Es ist ein Unterschied, ob ich verhaltenstherapeutisch ausgebildet bin, jetzt neben dem sozialarbeiterischen oder systemisch oder lösungsorientiert oder problemorientiert. Das sind dann, das sind dann natürlich ganz andere Beratungssettings, das ist klar.“ (Vitus Hug)

„Wir versuchen auch immer wieder so Ziele zu vereinbaren. Eben zum Teil für uns völlig kleine unbedeutende Ziele, für diese Menschen kann es sehr wichtig sein.“ (Vitus Hug)

- **Angehörige:** Angehörige sind Individuen, was eine individuelle Beratung voraussetzt.

Jeder Klient, auch ein Co-abhängiger, hat seine eigenen Ressourcen, Defizite und Charakterzüge. Der Berater muss die individuellen Ressourcen ermitteln und bei jedem Klient dementsprechend handeln. Das heisst, dass nicht jeder Co-Abhängige die gleichen Symptome, die gleichen Verhaltensweisen aufzeigt.

„Ich denke zwei Sachen. Einerseits ist es ein bisschen, manchen ein bisschen peinlich und anderen, weil etwas schambeladen.“ (Bea Schild)

„Es gibt durchaus eben, es gibt durchaus Frauen, denke ich, die das sehr gut „händeln“ in dem Sinne, und auch ihre Eigenständigkeit bewahren, sag ich. Dort ist sicherlich dann die Frage der Trennung, auch irgendwann da. Also, will eine Frau wirklich mit einem Alkoholabhängigen zusammenleben, zum Beispiel wenn sie ihre eigenen Interessen hat oder will er das mit ihr, das ist die andere Frage auch noch.“ (Vitus Hug)

- **Ressourcen des Klienten:** Jeder Klient hat eine andere Persönlichkeit, andere Ressourcen und andere Erfahrungen. Daher muss der Beratungsansatz individuell gestaltet werden.

Ressourcenorientiert zu arbeiten ist in der Angehörigenarbeit sehr wichtig. Da sich co-abhängige Menschen oftmals von ihrem Umfeld abkapseln, sei dies aus Scham oder aus Angst vor Stigmatisierungen, ist es wichtig, ihre Ressourcen zu reaktivieren, damit wieder positive Erlebnisse entstehen können. Auch Entlastungen für den Angehörigen können Ressource sein.

„Also wirklich eines der wichtigsten Themen finde ich anzusprechen, wo haben die angehörigen Partner/Partnerinnen in ihrem Umfeld positive Unterstützungsmöglichkeiten. Wo haben sie Beziehungen, die sie vielleicht schon lange nicht mehr gepflegt haben, weil sie sich geschämt haben oder Angst hatten nicht verstanden zu werden. Oder wo erleben Sie jetzt gerade Unterstützung vom Arbeitgeber, vom Sportverein oder wo auch immer oder vom Jassclub einfach sein dürften.“ (Bea Schild)

„Auch mit den Ressourcen. Welche konnten sie einsetzen? Das ist uns ganz wichtig und das durchzuführen und auch immer wieder in den Gruppen, in den Frauengruppe dann.“ (Vitus Hug)

- **Systemtheorie:** In der heutigen Praxis wird oft systemtheoretisch gearbeitet, da dies dem momentanen Trend entspricht.

Die Systemtheorie sollte in der Angehörigenarbeit die Grundlage sein. Was aber nicht heissen soll, dass sämtliche systemischen Inhalte eins zu eins in die Praxis umgesetzt

werden müssen, da ein Methodenmix das Effektivste in einer Beratung ist.

„(...) wo er eben erforscht hat, dass nicht direktive systemische Arbeit mit den Partnern zusammen das erfolgversprechendste ist.“ (Bea Schild)

„Wenn etwas verändert wird, dann ist eben auch wenn er aufhört zu trinken, ist das System verändert. Die Flasche ist auch Teil des Systems. Ich sage oft auch die Nebenbuhlerin oder Freundin. Und wenn das verändert wird oder wegfällt, dann muss das System auch wieder ausgeglichen werden.“ (Vitus Hug)

- **Perspektivenwechsel:** Durch die Kombination von verschiedenen Methoden kann und muss der Berater zu einem Perspektivenwechsel bereit sein.

Damit der Berater kein zu eingeschränktes Sichtfeld hat, ist es wichtig verschiedene Methoden anzuwenden. Dies ermöglicht es ihm, die Situation aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und den Angehörigen die bestmögliche Beratung anzubieten.

„Also wir haben verschiedene Konzepte, Modelle eben, da Co-Abhängigkeit und so. Dann sicherlich Lösungsressourcen, systemisch arbeiten wir. Dann gibt es ja jetzt dieses Modell oder das Craft Modell von Amerika oder Rice gibt es auch noch.“ (Vitus Hug)

„Sie haben irgendwo noch eine Frage, welche Ansätze genutzt werden. Das kommt natürlich immer darauf an, mit welchen Methoden das diese Institutionen arbeiten.“ (Vitus Hug)

Hypothese 2:

Die Angehörigen wünschen sich von der Suchthilfe spezifischere Angebote.

Die Meinung unserer Interviewpartner sah vorherrschend so aus, dass es spezifischere Angebote für die Angehörigen braucht. Dazu gehört auch, dass die Angehörigen besser über Hilfsangebote informiert werden. In diesem Sinne sollte man die Öffentlichkeitsarbeit fördern. Die Frage sollte deutlicher geklärt werden, wie man einen besseren Zugang zu diesen Angehörigen finden könnte.

Indikatoren zu dieser Hypothese:

- **Konkrete Anweisungen:** Die Angehörigen wünschen sich eine spezifische Anleitung, wie sie mit dem Suchtabhängigen umzugehen haben.

Die Angehörigen haben diese Erwartung, welche aber von einem professionellen Berater nicht erfüllt werden kann. Es geht vielmehr darum, die Ressourcen des Angehörigen zu aktivieren, damit dieser, in Eigenverantwortung, sich wieder um sich und seine Bedürfnisse kümmern kann. Der Berater muss sich auch bewusst sein, dass es sich bei seinem Klienten um eine erwachsene Person handelt, die auf Hilfe angewiesen ist, aber trotzdem selber entscheiden kann und muss, was ihm hilft oder nicht. Man kann Anregungen machen, aber keine Ratschläge erteilen. Was der Klient am Schluss mit diesen Anregungen macht, liegt in seinem Ermessen.

„Ich finde das eben gar keine gute Idee ihnen Tipps zu geben. Ich finde es eine viel bessere Idee sie zu fragen, wie sie das machen und das auch zu würdigen. Weil es gibt einfach nie die richtige Umgangsweise.“ (Bea Schild)

- **Überforderung:** Die Angehörigen sind mit der Alkoholabhängigkeit ihres Partners überfordert.

Die Überforderung ist eine normale Reaktion auf das Bewusstsein des Angehörigen, dass der Partner ein Suchtproblem hat.

„Die Angehörigen kommen tatsächlich mit dem Bedürfnis, endlich mal jemandem erzählen zu können, wie es ihnen eigentlich geht und was sie schon alles erlebt haben und wie schlimm das für sie war.“ (Bea Schild)

Viele Angehörige wissen nicht, dass es für sie ebenfalls Angebote geben würde und nicht nur für den Suchtkranken selber.

Häufig haben die Angehörigen aber auch das Gefühl, dass nicht sie Hilfe in Anspruch nehmen sollten, sondern der alkoholabhängigen Partner, da dieser offensichtlich ein Problem hat.

„Das wird eindeutig zu wenig gemacht. Ich bin da absolut mit Ihnen einverstanden. Weil es gibt auch Ärzte, die sich schon fürchten würden, die Werbung schon mal aufzulegen.“ (Bea Schild)

- **Wahrnehmung der Bedürfnisse:** Angehörige wünschen sich, dass ihre schwierige Lebenssituation und ihre Bedürfnisse wahrgenommen werden.

Wenn Angehörige mit jemandem reden können und jemanden haben, der ihnen zuhört, ist dies schon sehr hilfreich für sie. Als erstes muss der Schritt folgen, dass Angehörige überhaupt als Menschen wahrgenommen werden, welche ebenfalls Hilfe brauchen. Dazu gehört auch das Bewusstsein des Angehörigen, dass er genauso Sachen verändern muss wie die abhängige Person selbst.

Ebenfalls wichtig ist, dass Angehörige ein Recht auf Unterstützung haben und nicht nur in die Beratung miteinbezogen werden, damit die Lebenssituation des Abhängigen verbessert wird. Es soll für die Angehörigen ein Setting geben, wo es nur um sie selbst geht.

„Und ich denke wirklich, dass Angehörigenarbeit wirklich ausserhalb eben passieren sollte, völlig unabhängig, damit Angehörige einen Ort haben, wo sie wirklich ernst genommen werden und wo es nur um sie geht.“ (Bea Schild)

- **Selbsthilfegruppen:** Für die Angehörigen ist es hilfreich, mit anderen Menschen, die sich in derselben Situation befinden, ihre Erfahrungen auszutauschen.

Für Angehörige kann das eine mögliche Intervention sein, um ihre Lebenssituation zu verbessern. Aufgrund der Individualität der Angehörigen lässt sich nicht pauschal schliessen, dass eine Selbsthilfegruppe für jeden einzelnen das wirksamste ist. Es ist eine mögliche Form der Angehörigenarbeit. Aber diejenigen, die sich für eine Selbsthilfegruppe entschieden haben, schätzen es, dass sie unter Gleichgesinnten sind. Das notwendige Verständnis und die Empathie sind gegeben.

Ausserdem funktioniert dieses Konzept aber auch nur in einer Grossstadt mit viel Anonymität.

„Das ist ja ein Vorteil von Al-Anon, ist ja die Anonymität. Deshalb trauen sich manche Menschen da überhaupt hin, weil die anderen wissen nur den Vornamen und man kennt sich sonst nicht. Man geht nur zum Teilen dieser schwierigen Lebensumstände Situationen und Erlebnisweisen dahin.“ (Bea Schild)

- **Angebote der Fachkliniken:** Fachkliniken für Alkoholabhängige bieten ein zu unspezifisches Angebote für die Angehörigen an.

Oftmals werden die Angehörigen in die Beratung miteinbezogen, damit der Genesungsprozess des Suchtkranken beschleunigt werden kann. Dadurch ist stets der Abhängige im Mittelpunkt. Den Angehörigen muss das Recht auf eigenständige Hilfe und ein dementsprechendes Angebot eingeräumt werden.

„Ich bin nicht sicher, ob wir die richtigen Angebote haben für Angehörige. Das ist mehr der Punkt. Vielleicht gibt es genug, aber vielleicht nicht die, welche Angehörige wirklich brauchen würden.“ (Bea Schild)

- **Unterstützung des Alkoholabhängigen:** Angehörige werden oftmals nur dann in die Beratung miteinbezogen, wenn es darum geht, den Heilungsprozess des Suchtabhängigen voranzutreiben.

Angehörige haben ein Recht darauf gehört zu werden und mit Professionellen über ihre Probleme zu reden, ohne das es dabei ständig um den Suchtkranken geht.

„Dann werden Angehörige eingeladen, Partner/Partnerin als Fremdanamnese hauptsächlich. Oder und so als Unterstützung bei der Motivation für eine weiterführende Behandlung in einer Suchtfachklinik zum Beispiel. Und dort werden wieder Angehörige wieder hauptsächlich, wenn sie einbezogen werden, einbezogen zur Unterstützung des Genesungsprozesses.“ (Bea Schild)

Hypothese 3:

Weil viele co-abhängige Angehörige im Stillen leiden und den Schein wahren, gehen viele nicht in eine Beratungsstelle, weswegen Sozialarbeiter viel Öffentlichkeitsarbeit betreiben müssen, damit sich die Angehörigen für eine Beratung entscheiden.

Die Angst vor Stigmatisierung ist bei co-abhängigen Angehörigen sehr gross. Oft verdrängen oder bagatellisieren sie die Tatsache, dass ihr Partner alkoholabhängig ist. Es braucht daher seine Zeit, bis die Angehörigen den Schritt wagen, sich beraten zu lassen, da ja in einem ersten Schritt die Problemeinsicht folgen muss.

Es sollte mehr Öffentlichkeitsarbeit betrieben, beziehungsweise dieser Bereich sollte ausgebaut werden. Aufklärung und Prävention müssen vorangetrieben werden.

Indikatoren zu dieser Hypothese:

- **Co-Abhängigkeit:** Durch die Co-Abhängigkeitssymptome schaffen es die Angehörigen nicht, sich Hilfe zu holen.

Wegen der Co-Abhängigkeit sehen die Angehörigen nicht ein, dass ein Problem und dadurch auch Handlungsbedarf besteht. Ausserdem spielen die enormen Schamgefühle eine wichtige Rolle und erhöhen die Hemmschwelle, sich professionelle Hilfe zu holen.

Wie bereits erwähnt, denken viele Angehörige oft nicht daran, dass auch sie sich beraten lassen könnten, da in ihren Augen der Süchtige das Problem hat.

„Dass Angehörige das nicht wahrhaben wollen, das hört man auch immer wieder, das liest man auch immer wieder. Ich denke, es ist ja ein Prozess des Bewusstwerdens des Abhängigen und der Angehörigen. Die Angehörigen merken ja das meist noch eher, dass etwas nicht stimmt.“ (Bea Schild)

- **Stress:** Die Angehörigen sind einem erhöhten Stress ausgesetzt und nehmen die Stresssymptome erst dann wahr, wenn sie an ihre persönlichen Grenzen stossen.

Wegen der täglichen Auseinandersetzung mit der Alkoholabhängigkeit des Partners, ist der Angehörige erhöhtem Stress ausgesetzt. Co-Abhängige suchen oft keine Beratungsstelle auf, und so kann der Angehörige durch erhöhten Stress gesundheitliche Schäden bekommen. Erst in diesem Zustand wird ihm klar, sich Hilfe zu holen. Bei der Beratung ist es wichtig zu lernen, wie man diesen Stress bewältigen kann.

„Ja. Das ist sehr verunsichernd und deshalb ist es auch so viel Stress.“ (Bea Schild)

- **Stigmatisierung:** Angehörige haben Angst vor Stigmatisierungen durch ihr Umfeld, wenn die Alkoholabhängigkeit des Partners öffentlich wird.

Infolge der Angst vor Stigmatisierung wird das Alkoholproblem bagatellisiert. Deswegen suchen sich die Angehörigen keine Hilfe. Wichtig ist es, dass man das Thema der Co-Abhängigkeit, aber auch Alkoholabhängigkeit enttabuisiert, damit sich die Angehörigen eher beraten und therapieren lassen.

„Also Angehörige sprechen schon darüber. Angehörige stehen unter ziemlich viel Druck darüber, dass sie gerne eigentlich darüber sprechen möchten, mit neutralen Personen, die Verständnis haben.“ (Vitus Hug)

- **Öffentlichkeitsarbeit/Prävention:** In der Schweiz wird bezüglich der Angebote für Angehörige zu wenig informiert.

Für die bestehenden Angebote müsste mehr Werbung gemacht werden. Die Werbung müsste an Orte verteilt werden, wo sich tagtäglich Menschen aufhalten.

Hypothese 4:

Angehörige beanspruchen nicht früher professionelle Hilfe, weil ihnen die Fachpersonen oft raten, dass sie sich von ihrem Partner trennen sollen.

Es ist nicht professionell, wenn Fachpersonen Ratschläge erteilen. Professionelle sollten einem Paar nicht raten, sich zu trennen. Einige Interviewpartner machen jedoch diesbezüglich eine Ausnahme, wenn Gewalt im Spiel und dies zum Schutz der Angehörigen und der möglichen Kinder ist.

Angehörige haben aber nicht nur Angst, dass die Fachperson ihnen zu einer Trennung raten,

sondern auch, dass die Beratung nicht den gewünschten Effekt mit sich bringen könnte. Viele Angehörige glauben nicht mehr an eine Veränderung, da sie schon oft enttäuscht wurden. Darum macht sich eine gewisse Frustration und Resignation breit.

Eine Beratung bedeutet auch, dass sich Dinge verändern werden und müssen. Für die Angehörigen ist klar, dass sich der Partner ändern muss. Dass dies auch Konsequenzen für sie haben könnte, ist den wenigsten bewusst.

Indikatoren zu dieser Hypothese:

- **Rolle des Beraters:** Der Berater kann ein Paar stark verunsichern, wenn er diesem zur Trennung rät.

Allen professionellen Interviewpartnern war es wichtig zu betonen, dass sie ihren Klienten keine Tipps geben.

„Ich würde nie jemandem in die Ecke zu drängen, sich trennen. Ich würde höchstens, ich würde es nicht so machen. Ich würde dann das einfach als eine Lösungsmöglichkeit thematisieren, wenn sie's nicht selber tut. Aber ich würde nicht sagen, sie müsste jetzt das tun. Das sei die einzige Möglichkeit.“ (Bea Schild)

- **Ressourcenorientiert:** Der Berater versucht die vorhandenen Ressourcen der Angehörigen zu aktivieren.

Es ist essentiell, dass der Berater auf die Ressourcen und Bedürfnisse des Klienten eingeht. Professionelle Helfer raten einem Paar nicht, sich zu trennen, sondern ihre Ressourcen wahrzunehmen, damit der Suchtkranke wieder eigenständige Entscheidungen treffen kann und der Angehörige wieder auf die eigenen Wünsche achtet.

„Das man ihnen auch helfen kann, das allenfalls zu bekommen. Aber mit dem Respekt für dass sie als erwachsene Menschen sind, die auch selber sagen können, was sie brauchen.“ (Bea Schild)

- **Komplementäre Interaktion:** Partner kommunizieren komplementär. Dies erschwert die Kommunikation und kann ein Hindernis für eine Partnerschaft bedeuten.

Die Kommunikation in einer Partnerschaft mit einer Alkoholproblematik und einer Co-Abhängigkeit, ist eingeschränkt. Der Berater zeigt dem Paar neue Kommunikationsformen auf, damit wieder auf einer intakten Ebene miteinander geredet werden kann.

„In dieser Zeit gibt es auch wieder Vereinbarungen, was die beiden üben miteinander, das kann Kommunikation sein. Wir haben noch nicht lange ein Ehepaar, das wirklich Kommunikation üben musste. Also wie können wir überhaupt wieder miteinander in Kommunikation treten?“ (Vitus Hug)

6. Datenanalyse

6.1 Auseinandersetzung mit der Hypothese 1

Sozialarbeiter wenden in der Beratung von co-abhängigen Angehörigen keine spezifische Methode an, sondern verwenden eine Kombination von verschiedenen Ansätzen.

6.1.1 Ergebnisse der Interviews

Die Interviews zeigen auf, dass bei der unterschiedlichen Verwendung einer Methode, die Ausbildung des jeweiligen Beraters eine wichtige Rolle einnimmt. Je nach Ausbildung werden die Schwerpunkte auf andere Methoden gesetzt. Es ist ein Unterschied, ob ein Berater die Ausbildung zum Sozialarbeiter vor 30 Jahren oder heute gemacht hat und auf welcher theoretischen Grundbasis diese Ausbildung aufgebaut ist (z.B: Humanistisches Weltbild, Verhaltenstheoretische Grundhaltung, etc).

Weitere Faktoren sind die jeweiligen Weiterbildungen der Sozialarbeiter. Unsere Interviewpartner haben diverse Weiterbildungen besucht. Ein Sozialarbeiter kann als Berater arbeiten, wenn er die dazu nötigen Weiterbildungen vorweisen kann. Auch die Weltanschauung des Sozialarbeiters wird erwähnt. Je nach Menschenbild werden ebenfalls verschiedene Methoden gewählt. Ein wichtiger Punkt ist das Leitbild und die Strukturen der jeweiligen Institution. Es kann sein, dass die Institution in ihrem Leitbild das für sie gültige Menschenbild, sowie Methoden beschreibt, welche die Angestellten anzuwenden haben. Dies schränkt die Therapiemöglichkeiten eines Sozialarbeiters stark ein, gibt dem Mitarbeiter aber auch eine klare Vorstellung, wie in der Institution gearbeitet wird.

Als Berater hat man eigene Erfahrungen gemacht und greift auf verschiedene Methoden zurück. Daher hat jeder seine individuelle Arbeitsweise. Zusätzlich ist jeder Klient anders, da jeder Mensch andere Erfahrungen gemacht hat, in unterschiedlichen Lebensumständen aufgewachsen ist und von einer anderen Kultur geprägt ist. Diese Faktoren muss ein Berater mitberücksichtigen. Daraus ergibt sich, dass jeder Angehörige anders reagiert. Der Berater muss auf diese Reaktion eingehen können, indem er die angepasste Methode wählt.

Die interviewten Sozialarbeiter sind der Meinung, dass man eine Kombination von verschiedenen Methoden auswählen muss, wobei diese darauf abzielen sollten, dass die Ressourcen des Angehörigen wahrgenommen und gefördert werden. Alle unsere Befragten haben ressourcenorientiert gearbeitet. Man besprach mit dem Angehörigen, welche Ressourcen sie für diese Situation eingesetzt haben und welche noch vorhanden wären, um zukünftige schwierige Situationen zu bewältigen. Unter Ressourcen verstanden die Berater auch Familienmitglieder. Wenn das Umfeld als Ressource angesehen wird, hat dies mit systemtheoretischem Gedankengut zu tun. Wir haben gemerkt, dass die Systemtheorie der Grundstein aller Beratungen ist. Viele der Therapeuten wenden Elemente der Systemtheorie an.

In einem Beratungsgespräch ist wichtig anzusprechen, dass jede Partei wieder für sich selbst Verantwortung übernehmen muss. Damit der Berater den Angehörigen verstehen kann und gemeinsam Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden können, muss die eigene Perspektive stets verändert werden. Durch eine Kombination von verschiedenen

Perspektiven ist es dem Berater möglich, eine auf den Menschen angepasste Beratungen anzubieten.

6.1.2 Bezug zur Theorie

Theorie: Systemtheorie, Carl Rogers, Coping, Psychoedukation

Bei der Bearbeitung des Themas haben wir bemerkt, dass viele verschiedene Methoden existieren, welche man bei einer Beratung anwenden kann. Einige davon haben wir in unserer Arbeit aufgelistet. Für uns war die Systemtheorie massgebend, da sie die Basis vieler Modelle darstellt.

Die Systemtheorie beschreibt beispielsweise das Mobile, welches ebenfalls von Kolitzus⁴²² erwähnt wird. Im Mobile wird das gesamte System betrachtet. Alle Beteiligten sind miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig. Um das Gleichgewicht zu halten, muss jeder seine Position und Rolle im System finden. Durch Kommunikation mit anderen Mitgliedern kann das Gleichgewicht beibehalten werden.

Eine Alkoholabhängigkeit kann jedoch eine Last für das gesamte Mobile sein, wobei sich die jeweiligen Verhaltensweisen verändern. Dieses Gleichgewicht wiederzufinden, bedeutet neue Verhaltensmuster zu erlernen. Die Aufgabe des Beraters ist es, gemeinsam mit dem Angehörigen diese zu finden.

Wendet man den systemtheoretischen Ansatz an, arbeitet man ressourcen- und zielorientiert. Der Berater sollte die Ziele möglichst positiv formulieren, da dies die Motivation steigert.

Bei der Beratung ist es wichtig, dem Menschen mit offenen Fragen zu begegnen, damit er sich nicht schon zu Beginn zurückzieht. Um dem Klienten möglichst empathisch und wertschätzend entgegen zu treten, eignet sich die Methode des Paraphrasierens nach Rogers⁴²³. Man zeigt dem Klienten durch Wiederholen des Gesagten, in veränderter Wortwahl, dass man ihm zuhört und ihn versteht. So fühlt sich der Klient akzeptiert.

Viele der Angehörigen haben Copingstrategien, um mit der Situation mit dem alkoholabhängigen Partner umgehen zu können. Der Berater muss in der Beratung herausfinden, welche Copingstrategien der Angehörige angewendet hat. Diese werden gemeinsam mit dem Angehörigen besprochen, und es wird der Frage nachgegangen, ob diese nützlich waren oder eher hinderlich. Es geht darum, dass der Berater den Angehörigen fragt, was es sonst noch für Möglichkeiten geben könnte, mit einer Situation umzugehen. Copingstrategien zu entwickeln heisst auch, neue Verhaltensweisen kennenzulernen und diese einzuüben. In der Beratung kann es ein Ziel sein, dass der Angehörige mehr Selbstbewusstsein entwickelt und wieder eigenständiger handelt.

Angehörige wünschen sich oft, dass man Psychoedukation macht. Das heisst, dass ihnen erklärt wird, was Alkoholabhängigkeit ist und wie sich der Krankheitsverlauf einer Sucht gestaltet. Psychoedukation wird oftmals in Gruppen durchgeführt.

Beratung bedeutet für Klienten, einen Lernprozess zu durchleben.

⁴²² Helmut Kolitzus ist Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychiatrie, Psychotherapie und Buchautor. Zudem ist er Gründer des "Jahres der Angehörigen in der Suchtkrankenhilfe".

⁴²³ Carl Rogers, ein US-amerikanischer Psychologe und Psychotherapeut, hat die klientenzentrierte Gesprächstherapie entwickelt. Dieser Ansatz ist bis heute ein festes Element in der Gesprächsführung.

6.1.3 Fazit

Aufgrund der Theorie und der von uns geführten Interviews konnten wir unsere Hypothese verifizieren. Wir sind der Meinung, dass die Verwendung von verschiedenen Ansätzen die bestmögliche Unterstützung gibt. Es ist wichtig, dass der Berater nicht zu starr auf eine Methode fokussiert ist, weil dadurch die verschiedenen Perspektiven nicht wahrgenommen werden und Ressourcen des Klienten übersehen werden. Deshalb ist es wichtig, dass der Berater auf den Klienten angepasste Beratungen gestaltet. Der Klient muss merken, dass er im Zentrum des Interesses ist und ernst genommen wird.

6.2 Auseinandersetzung mit der Hypothese 2

Die Angehörigen wünschen sich von der Suchthilfe spezifischere Angebote.

6.2.1 Ergebnisse der Interviews

Die Berater haben in den Interviews konkrete Beratungsabläufe und -grundsätze geschildert. Die beiden Berater waren sich einig, dass es nicht eine einzige, richtige Umgangsweise für Angehörige gibt, sondern individuell, der Situation entsprechend gehandelt werden muss.

In der Beratung ist es essentiell, dass man wichtige Themen wie Gewalt anspricht, dass die Sicherheit der involvierten Personen an erster Stelle stehen muss, besonders wenn Kinder involviert sind.

Ein wichtiges Ziel ist es, dass der Angehörige seine Gefühle wahrnehmen und aussprechen kann. Damit der Angehörige seine Bedürfnisse besser wahrnehmen kann, muss das Setting in einem vertrauensvollen Rahmen stattfinden. Oft reden die Angehörigen nur vom Partner. Der Berater muss aufzeigen können, dass die eigene Person in der Beratung zentral ist.

Die Berater gestalten gemeinsam mit den Angehörigen einen neuen Alltag. Das heisst, dass die Alkoholabhängigkeit des Partners nicht mehr im Zentrum der Aufmerksamkeit ist.

Die Sozialarbeiterin Bea Schild ist sich sicher, dass die Angehörigen nicht nur da sind, um den Heilungsprozess des Partners zu verbessern. Angehörige sollten ihrer Meinung nach in die Therapie miteinbezogen werden und eine eigene Beratung erhalten.

Als Berater sollte man dem Angehörigen aufzeigen, wie er seine ganze Verantwortung wieder abgeben kann. Dies passiert durch Vertrauen in den Partner. Da aber in den meisten Fällen ein Vertrauensmissbrauch stattgefunden hat, ist dies ein jahrelanger Prozess.

Es gehört dazu, dass dem Angehörigen gezeigt wird, dass es alternative Verhaltensweisen für eine Situation gibt. Dem Angehörigen muss bewusst werden, dass er keine Drohungen aussprechen sollte, welche nicht auch umgesetzt werden können. Um glaubhaft zu wirken, muss man sich konsequent verhalten.

Die Beratung ist ein Lernfeld. Neue Verhaltensweisen können mit dem Berater eingeübt werden. Fehler zu machen gehört dazu.

Den interviewten Sozialarbeitern ist aufgefallen, dass sich viele Angehörige eine Psychoedukation wünschen.

Es gibt Angehörige, die falsche Vorstellungen von einer Beratung haben. Sie sehen den Berater als die Person, die alles wieder in Ordnung bringt und ihnen sagt, wie sie zu handeln haben. Auch Angehörige selbst haben uns in den Interviews bestätigt, dass sie diese Hoffnung hatten.

Die interviewten Sozialarbeiter waren der Meinung, dass Angehörige mit ihrer Lebenssituation überfordert sind. Manche Angehörige sind der Meinung, dass sie keine Hilfe benötigen, da das Problem nicht bei ihnen liegt, sondern beim Suchtkranken. Die Überforderung stellt jedoch eine normale Reaktion auf die Wirklichkeit dar.

Vitus Hug war beispielsweise der Meinung, dass die momentane Angehörigenarbeit spezifisch genug ist, jedoch der Infofluss noch zu wenig ausgebaut ist. Bea Schild äusserte ihre Bedenken darüber, ob die aktuellen Angebote die richtigen sind.

Die Sozialarbeiter, Experten und die Angehörigen waren der Meinung, dass man Informationen über Gruppenanlässe oder Beratungen in Form von Visitenkarten in Arztpraxen, Kirchen, Apotheken auflegen sollte. Eine interviewte Angehörige meinte, dass es wahrscheinlich zu wenig breitgefächerte Angebote geben würde. Ein Ausbau der Angebote verursacht jedoch hohe Kosten, und die Zuständigkeit der Finanzierung ist unklar. Die von uns interviewten Angehörigen waren auch der Meinung, dass der Informationsfluss besser funktionieren müsste.

Ein spezifischeres Angebot bedeutet auch, noch mehr auf die Bedürfnisse der Angehörigen einzugehen. Professionelle in der Suchthilfe müssen sich überlegen, wie der Bedarf des Angehörigen aussieht.

Die zentralen Aufgaben eines Beraters sind in Zusammenarbeit mit dem Angehörigen, folgende:

- Nachfrage nach Wünschen, Bedürfnissen
- Nachfrage nach Veränderungen
- Nachfrage, wie der Angehörige die Lebenssituation wahrnimmt und bewertet
- Ermittlung von Situationen, in denen der Angehörige Stress spürt
- Methoden herauszufinden, wie sich der Angehörige abgrenzen kann
- Ansprechen von Problemen

Für Angehörige ist es wichtig, dass die Berater Empathie und Verschwiegenheit zeigen.

Eine Selbsthilfegruppe kann für Angehörige ein sehr hilfreiches Angehörigenangebot darstellen. Unsere Interviewpartnerinnen haben es geschätzt, dass sie mit anderen Mitgliedern Erfahrungen austauschen konnten, da viele ähnliche Situationen erlebt haben. Beide haben erwähnt, dass man in einer Selbsthilfegruppe viel Verständnis erfährt, da die meisten das gleiche erlebt haben und man sich dadurch miteinander verbunden fühlt. Es führt zu einem grossen Zusammengehörigkeitsgefühl. Eine interviewte Angehörige ging sogar so weit, dass sie die Selbsthilfegruppe als ihre persönliche Lebensphilosophie bezeichnete.

Die Sozialarbeiter waren sich bewusst, dass viele Kliniken in der Schweiz die Angehörigen nur einbeziehen, um den Heilungsprozess des Partners zu verbessern. Die Sozialarbeiterin Bea Schild forderte explizit Angebote nur für Angehörige. Alle Sozialarbeiter und Angehörigen meinten, dass es wenige Angebote gibt, welche sich spezifisch auf die Angehörige fokussieren. Eine Angehörige und die interviewten Sozialarbeiter plädierten dafür, dass es verschiedene Angebote geben sollte, damit die Angehörigen ein für sie in Frage kommendes Angebot aussuchen könnten.

6.2.2 Bezug zur Theorie

Theorie: Beratungsgrundsätze, Selbsthilfegruppen, Co-Abhängigkeit

Durch unseren Theorie- und den Forschungsteil wurde uns bewusst, dass es Angebote gibt, welche wenig unterstützend für einen Klienten sind. Es gibt stationäre Kliniken, welche sich

nur auf die Alkoholabhängigkeit spezialisiert haben. Die Angehörigen werden nur bei Bedarf miteinbezogen, nämlich dann wenn der Heilungsprozess des Alkoholabhängigen unterstützt werden soll. Angehörige fühlen sich dadurch zu wenig wahr und ernst genommen. Vorbildlich ist die Institution Anton Proksch in Wien: eine stationäre Klinik für Suchtproblematiken mit eigener Abteilung für Angehörige.

Selbsthilfegruppen oder Angehörigenseminare können ein durchaus hilfreiches Instrument für Angehörige sein, da sie sich mit ihren Problemen nicht alleine fühlen.

6.2.3 Fazit

Wir sind der Meinung, dass es bereits gute Ansätze in der Angehörigenarbeit gibt, das Problem jedoch im Infolfluss ist. Vermehrte Öffentlichkeitsarbeit sollte betrieben werden.

Diese Hypothese können wir nur teilweise beantworten, da unsere beiden Interviews mit den Angehörigen zu wenig repräsentativ sind. Wir können lediglich festhalten, dass es laut den Angehörigen in unseren Interviews zu wenig spezifische Beratungen gibt und diese eher schwer zu finden sind.

6.3 Auseinandersetzung mit der Hypothese 3

Weil viele co-abhängige Angehörige im Stillen leiden und den Schein wahren, gehen viele nicht in eine Beratungsstelle, weswegen Sozialarbeiter viel Öffentlichkeitsarbeit betreiben müssen, damit sich die Angehörigen für eine Beratung entscheiden.

6.3.1 Ergebnisse der Interviews

Vitus Hug und Reichard Marcus finden, dass Co-Abhängigkeit existiert und dass man diesen Begriff auch verwenden sollte. Es wird einem Verhalten ein Namen gegeben. Bea Schild und Oliver Grehl sprachen sich gegen diesen Begriff aus, da es für sie einen stigmatisierenden und pathologisierenden Charakter hat.

Die interviewten Sozialarbeiter und Experten waren der Meinung, dass Angehörige durch die Co-Abhängigkeit vieles in der Beziehung nicht wahrhaben wollen. Es fängt bereits beim Zugeständnis an, dass der Partner alkoholabhängig ist. Jedoch setzt dies einen langen Prozess voraus. Alle Interviewten, Sozialarbeiter wie Experten, waren sich bewusst, dass die Angehörigen während der Beziehung zu viel Verantwortung übernehmen. Darum ist es in der Beratung wichtig, den Fokus stark auf die Rolle der jeweiligen Partei im System zu untersuchen.

Beide Angehörige, welche wir interviewt haben, kannten den Begriff der Co-Abhängigkeit. Sie waren der Meinung, dass dieser gebraucht werden sollte, da dieser die genauen Symptome beschreibt. Sie empfanden den Begriff nicht als stigmatisierend.

Vitus Hug definierte die Co-Abhängigkeit so, dass die Angehörigen ihre Bedürfnisse ständig verbergen und starke Kontrolle auf den alkoholabhängigen Partner ausüben. Die Angehörigen würden ihre Probleme immer wieder bagatellisieren. Die Eigenwahrnehmung werde dadurch gestört.

Die von uns interviewten Angehörigen unterstreichen diese Aussagen. Sie erwähnten, dass sie sich enorm zurückgezogen hätten, weil sie sich geschämt haben. Noch heute hätten sie

Mühe, mit ihrer Situation umzugehen.

Co-Abhängigkeit kann zu Stress führen, weshalb man sich immer mehr zurückzieht. Bea Schild war der Meinung, dass Stressmerkmale erst dann verschwinden, wenn der Partner nicht mehr alkoholabhängig ist. In der Beratung sollte man herausspüren können, wie der Angehörige mit diesem Stress umgeht, und die Belastungen des Angehörigen ansprechen.

Beide Angehörige erwähnten hierbei, dass sie erst körperliche Symptome wahrgenommen haben und dadurch gespürt haben, dass es ihnen nicht ging. Beispielsweise eine Angehörige hat immer wieder selbstverletzendes Verhalten gezeigt. Heute weiss sie, wenn wieder solche Gedanken auftreten, dass sie wieder zu viele Sachen verdrängt hat.

Betreffend Öffentlichkeitsarbeit hatten unsere Interviewpartner verschiedene Ideen. Eine Angehörige war der Meinung, dass man einen Schnupperkurs für Angehörige anbieten könnte, an welchem unverbindlich teilgenommen werden könnte. Die Angehörigen und beide Sozialarbeiter waren sich einig, dass in öffentlichen Plätzen mit Broschüren auf die jeweiligen Angebote aufmerksam machen sollte oder per Internet. Ein Problem, das auftritt, ist die Finanzierung, da öffentliche Werbekampagnen teuer sind.

Die Angehörigen selbst waren ebenfalls der Meinung, dass viel mehr Öffentlichkeitsarbeit gemacht werden müsste. Beide Interviewpartnerinnen sind durch Anzeigen auf die jeweilige Beratungsstelle aufmerksam geworden.

6.3.2 Bezug zur Theorie

Theorie: Co-Abhängigkeit, Partnerinteraktion, Stigmatisierung, Prävention

Bei der Co-Abhängigkeit drehen sich alle Lebensbereiche um die Alkoholabhängigkeit des Partners. Angehörige sehen es als ihre Aufgaben, den Partner durch Lügen zu beschützen. Durch die ständigen Kontrollen kommt es zu Beziehungsproblemen. Nach aussen wird eine intakte Partnerschaft, ein intaktes Familienleben vermittelt. Dem Angehörigen fällt es schwer Hilfe anzunehmen, was dazu führt, dass im Stillen gelitten wird.

Soziale Anerkennung ist für Angehörige enorm wichtig. Doch die meisten sozialen Kontakte werden abgebrochen. Die Angehörigen erwähnen nicht, wie belastend die Situation ist und wie hilflos sie sich fühlen. Die eigenen Bedürfnisse werden durch das Kontrollieren, Beschützen und die Übernahme von Verantwortung stark eingeschränkt. Tragfähige Beziehungen, wo über Probleme gesprochen wird, würden Angehörigen helfen.

Angehörige machen sich viele Sorgen, wenn es um die Finanzen oder die Partnerschaft geht. Die Schamgefühle, welche bei Angehörigen auftauchen, können das Selbstvertrauen beeinträchtigen.

Angehörige haben auch Angst vor Stigmatisierungen durch ihr Umfeld und durch die Gesellschaft.

Prävention ist ein wichtiger Zweig, damit Angehörigen bewusst gemacht werden kann, wie dringend auch sie professionelle Hilfe brauchen und wo sie diese Unterstützung holen könnten.

Öffentlichkeitsarbeit ist ein wichtiger Teil der Prävention. Sucht ein Angehöriger frühzeitig Hilfe, kann ihm eher geholfen werden, da die Chancen einer Verhaltensänderung grösser sind.

6.3.3 Fazit

Wir können sagen, dass vermehrt Öffentlichkeitsarbeit geleistet werden muss. Dies ist die Aufgabe der Sozialen Arbeit, von Beratungsstellen, aber auch von Ärzten und Ärzteverbänden.

In unserem Theorieteil und in den Interviews verifizieren wir unsere Hypothese. Viele

Angehörige holen sich sehr spät Hilfe, erst wenn der Leidensdruck zu gross ist, was wiederum mit der Co-Abhängigkeit zu tun hat.

Es bestehen kantonale Unterschiede was die Vielfalt der Angebote betrifft.

6.4 Auseinandersetzung mit der Hypothese 4

Angehörige beanspruchen nicht früher professionelle Hilfe, weil ihnen die Fachpersonen oft raten, dass sie sich von ihrem Partner trennen sollen.

6.4.1 Ergebnisse der Interviews

Bei dieser Hypothese ist die Rolle des Beraters sehr entscheidend. Alle Berater haben uns in den Interviews aufgezeigt, dass es wichtig ist, den Angehörigen die Angst zu nehmen und Respekt vor ihnen zu haben.

Alle waren sich einig, dass man den Angehörigen keine Ratschläge geben soll. Somit hat der Berater nicht das Recht, einem Paar zu einer Trennung zu raten. Wenn ein Berater einem Angehörigen raten würde, sich zu trennen, wäre die Ablösung sehr schwierig, da diese nicht auf eine natürliche Weise stattgefunden hätte. Alle Berater erklärten, dass es nicht in ihren Kompetenzen liegt, Ratschläge zu erteilen. Hingegen muss auf die Angehörigen eingegangen werden. Ihr Befinden muss erfragt werden, und die bereits gemachten Bemühungen müssen gewürdigt werden.

Die Arbeit der Berater wird erleichtert, wenn sie keine Erwartungen an den Angehörigen haben. Die Rolle des Beraters ist vor allem, über Fakten zu informieren und zuzuhören. Vitus Hug meinte, dass die Trennung eine mögliche Lösung ist, aber man kommunizieren muss, dass dies nicht die einzige Lösung ist.

Alle Sozialarbeiter sagten, dass man einem Angehörigen erst dann empfiehlt sich zu trennen, wenn Gewalt in der Beziehung stattfindet.

Beiden Angehörigen, die wir interviewt haben, wurde nicht geraten sich zu trennen. Aber sie hatten zu Beginn der Beratung Angst gehabt, dass der Berater dies so äussern könnte.

In der Beratung sollte man immer wieder über Kommunikation sprechen. Wie kann ich mit meinem Partner kommunizieren, welche Kommunikationsregeln gibt es hierzu.

6.4.2 Bezug zur Theorie

Theorie: Rolle des Beraters, Haltung des Beraters, Beratungsgrundsätze, Kommunikation, Paartherapie

Die Rolle, welcher ein Berater einnimmt, wirkt sich auf den Verlauf der Beratung und den Angehörigen aus. Bea Schild sagt, dass sich 69% der Angehörigen in einer Beratung nicht ernst genommen fühlen.⁴²⁴ Eine gute Beratung kann kurz durch Wertschätzung, Empathie und Aufmerksamkeit des Beraters definiert werden.

Jedem Berater sollte bewusst sein, dass sich Angehörige in einer Beratung das herausnehmen, was für sie persönlich sinnvoll erscheint.

Ein Berater muss den Angehörigen die Konsequenz einer Drohung klarmachen. Wenn man mit Trennung droht, muss diese auch durchgezogen werden.

⁴²⁴ Vgl. Schild.,Wiesbeck. 2012, S.194 In: Kurt. 2006.

Schild zeigt auf, dass das Thema Kommunikation in der Partnerschaft ein wichtiger Faktor in der Beratung ist. In einer Beziehung, welche von einer Suchtabhängigkeit geprägt ist, wird die Kommunikation immer seltener. Durch die fehlende Kommunikation ziehen sich beide Partner immer mehr zurück, was zu einer Trennung führen kann. Es herrscht oft eine komplementäre Kommunikation. Das heisst, dass ein Partner meist ruhig und der andere impulsiv und wütend reagiert.

6.4.3 Fazit

Wir falsifizierten unsere Hypothese. Wir haben herausgefunden, dass Angehörige zwar Ängste haben, dass die Berater ihnen raten könnten sich zu trennen, jedoch diese Angst nicht der Auslöser ist, um nicht in eine Beratung zu gehen. Alle Berater haben uns in den Interviews erklärt, dass sie nie Ratschläge geben würden, da dies nicht ihrer Rolle entsprechen würde. Sie hätten nicht das Recht einem Paar zu einer Trennung zu raten. Auch in der Theorie wird klar, dass dies ein Tabu ist, weil der Berater eine andere Rolle einnimmt.

7. Schlussfolgerungen

In diesem letzten Kapitel unserer Arbeit haben wir eine Antwort auf unsere Forschungsfrage formuliert. Des Weiteren beschreiben wir unseren Lernprozess, welche weiterführenden Fragestellungen sich ergeben haben und wo die Grenzen unserer Forschungsfrage liegen. Zum Schluss erläutern wir unsere Handlungsvorschläge für die Praxis der Sozialen Arbeit.

7.1 Persönliche Stellungnahme

Wir möchten nun gerne zu unserer Forschungsfrage Stellung nehmen, welche lautet:

Wie gestalten Sozialarbeiter die Beratung von co-abhängigen Personen, die einen alkoholabhängigen Partner haben und wie wird die Zusammenarbeit von den Angehörigen erlebt?

Gestaltung des Beratungssettings

Jeder Sozialarbeiter gestaltet das Beratungssetting individuell, da Faktoren wie die Ausbildung und die Weltanschauung des Beraters wichtige Rollen spielen. Man kann sagen, dass der **lösungs-, ressourcen- und systemorientierte Ansatz** häufig erwähnt wurde. Die gemeinsame Suche nach positiven Unterstützungsmöglichkeiten ist eine oft verwendete Methode. Ansonsten gibt es nicht die eine Methode, welche von allen Sozialarbeitern angewendet wird. Vielmehr ist es **eine Kombination von verschiedenen Ansätzen und Therapierichtungen**.

In der Beratung wird immer wieder versucht, den **Fokus auf die Angehörigen selber zu richten**. Diese reden zu Beginn der Beratung häufig nur über den Suchtkranken. Man muss ganz gezielt danach fragen, wie es dem Angehörigen geht und welche Veränderungen er vornehmen möchte. Man muss nachfragen, was ihnen Angst macht oder in welchen Bereichen sie Unsicherheiten verspüren. Der Angehörige muss kommunizieren, wo er sich Unterstützung wünscht.

Der Angehörige muss lernen, die eigenen Emotionen wieder zu spüren und Freizeitaktivitäten zu planen, welche auch ohne den abhängigen Partner stattfinden dürfen. Häufig haben die Angehörigen ein schlechtes Gewissen, wenn sie ihren Partner nur schon für eine kurze Zeit alleine lassen. Der Berater muss helfen, dieses schlechte Gewissen verarbeiten zu können und aufzeigen, dass es nicht egoistisch ist, den persönlichen Bedürfnissen nachzukommen. Solche Dinge müssen mit den Angehörigen eingeübt werden. Zielvereinbarungen können eine hilfreiche Methode sein. Die Nachfrage, welche von den formulierten Zielen geklappt haben und welche nicht und warum manche Ziele nicht erreicht wurden, ist ebenfalls von Bedeutung.

Ausserdem ist es wichtig, dass die Angehörigen **ernst genommen werden**. Es geht nicht darum, dass man den Angehörigen sagt, was sie machen sollen, sondern darum, mit ihnen zusammen verlorene Ressourcen wiederzufinden und zu aktivieren.

In der Beratung wird mit den Angehörigen auch immer wieder das Thema **Konsequenz** behandelt. Häufig drohen Angehörige ihren Partnern mit Trennung/Scheidung, aber meistens bleibt es bei dieser Drohung. Durch dieses ständige Drohen nehmen die Suchtkranken ihren Partner nicht mehr ernst und die Angehörigen selber nehmen sich mit der Zeit nicht mehr ernst. In der Beratung lernen sie konsequentes Verhalten. Diese Konsequenz muss zu einer Grundhaltung der Angehörigen werden.

Co-Abhängige Menschen sind oft Menschen, die es allen recht machen wollen, äusserst zuverlässig sind und an sich selber enorm hohe Ansprüche stellen. Der Hang zum Perfektionismus ist vorhanden. In der Beratung versucht man auch, dieses Thema aufzugreifen und ihnen klar zu machen, dass **Fehler machen durchaus erlaubt** ist. Dadurch versucht man den Druck, den sie sich selber machen, zu verringern.

Ebenfalls wird über die verschiedenen Rollen gesprochen, die das Paar in der Beziehung jeweils einnimmt. Zur **Rollenklärung** gehört, wie sich die jeweilige Partei in ihrer Rolle fühlt. Fühlt man sich wohl in dieser Rolle oder stellt sie sogar eine Belastung dar. Co-Abhängige übernehmen sehr viel Verantwortung für den Abhängigen. Nun gilt es, diese **Verantwortung ein Stück weit loszulassen und sie dem Partner zurückzugeben**, zum Beispiel wenn es darum geht, den Partner bei der Arbeit abzumelden und irgend eine Ausrede für sein Nichterscheinen zu erfinden. Solche Situationen muss der Partner selber lösen und somit Verantwortung für sein Handeln und Verhalten übernehmen.

Bezüglich der Rollen gehört auch das Thema Verantwortlichkeit dazu, welches unbedingt angesprochen werden sollte. Wer ist für was zuständig? Welche Aktivitäten macht man zusammen, welche getrennt? Der Angehörige muss lernen, sich ein stückweit **abzugrenzen**.

Häufig stimmt die **Kommunikation beim Paar** nicht mehr. Die Kommunikation ist geprägt von gegenseitigen Vorwürfen und Drohungen. In der Beratung können diese Themen aufgegriffen und gemeinsam neue, verbindliche Kommunikationsregeln aufgestellt werden. Dabei geht es darum, dass sich das Paar wieder gegenseitig respektiert und wertschätzt. In der Beratung kann man besprechen, in welchen Situationen sich das Paar Wertschätzung zeigen konnte und in welchen nicht.

In der Beratung geht es um **Wissensvermittlung über Alkoholabhängigkeit und deren Folgen**. Es geht darum, klarzumachen, dass Alkoholabhängigkeit eine Krankheit ist, wie ihr Verlauf aussieht und wie eine mögliche Behandlung aussehen könnte. Dazu gehört auch, **wie das Paar mit einem Rückfall umgeht**. Das Paar muss die gegenseitigen Erwartungen und Wünsche offen äussern.

Wenn das Paar gemeinsam in der Beratung ist, muss eine **Klärung** stattfinden. Das heisst, will das Paar weiterhin zusammenbleiben oder geht es in Richtung Trennung. Wo liegen allfällige Ambivalenzen. Beide müssen wieder Verantwortung übernehmen und ihren Beitrag zu einer guten und gesunden Beziehung beitragen. Das Paar muss wieder auf derselben Höhe miteinander kommunizieren.

Die Meinungen gehen auseinander, was das Verständnis vom Einbezug der Angehörigen betrifft. Einige beziehen die Angehörigen in die Beratung mit ein, damit dies positive Auswirkungen auf den Suchtkranken hat und damit dieser motivierter ist. Andere bieten explizit nur Unterstützung für die Angehörigen an und sehen diese als eigenständige Zielgruppe. Grundsätzlich ist es wichtig, dass die **Angehörigen auch miteinbezogen werden**. Angehörige können eine enorme Ressource darstellen.

Wenn wir den Raum Oberwallis nehmen, waren wir erstaunt, wie wenig stationäre Einrichtungen es für Alkoholabhängige und deren Angehörige gibt, obwohl Alkohol ein grosses Thema ist.

Co-Abhängigkeit

Es hat sich herauskristallisiert, dass nicht alle Angehörigen von suchtkranken Menschen auch automatisch co-abhängig sind. Die Co-Abhängigkeit fängt da an, wo sich die Angehörigen für ihren Partner aufopfern und ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche vollständig in den Hintergrund stellen. Der Lebensmittelpunkt ist ganz klar nur noch der Suchtkranke. Aufseiten der Angehörigen findet ein sozialer Rückzug statt, Schamgefühle sind sehr präsent, die eigenen Interessen werden komplett ignoriert, und der Suchtkranke wird dauernd kontrolliert. Das ganze Verantwortungsgefühl und Verantwortungsbewusstsein

ist beim Angehörigen. Die Angehörigen können sich selber gar nicht mehr spüren und machen alles von ihrem Partner abhängig. Co-abhängig können aber nicht nur die Angehörigen, sondern auch Arbeitskollegen oder der Chef sein.

Wir haben auch bemerkt, dass der Begriff Co-Abhängigkeit unter Fachleuten sehr kontrovers diskutiert wird. Beispielsweise der Sozialarbeiter Vitus Hug vom Blauen Kreuz verwendet ihn und argumentieren so, dass man die Dinge beim Namen nennen soll, da alles andere eine Bagatellisierung sei. Andere wie Sozialarbeiterin Bea Schild verwerfen ihn, da sie ihn als stigmatisierend betiteln. Schild geht sogar so weit, dass sie sagt, dass es gar keine Co-Abhängigkeit gibt. Es handle sich vielmehr um eine Beziehungsstörung oder um ein veraltetes Rollenverständnis, in dem die Frau noch für die Alkoholabhängigkeit ihres Mannes verantwortlich gemacht wurde. Ihrer Meinung nach zeigen Angehörige Stresssymptome, welche jedoch wieder nachlassen, wenn die Suchtabhängigkeit überwunden ist. Für sie ist Co-Abhängigkeit keine Störung, sondern lediglich eine Reaktion auf den sozialen Nahbereich.

Je nach Beratungsstelle wird der Begriff unterschiedlich verwendet. Jedoch haben wir beispielsweise bei unserem Experten Oliver Grehl festgestellt, dass der Begriff kritisiert wird, dieser aber dennoch keine Alternative wusste, um den Begriff zu umschreiben.

Wir haben uns auch die Frage gestellt, ob Co-Abhängigkeit nicht eine natürliche Reaktion des Umfeldes auf die überfordernde Situation einer Suchtabhängigkeit ist. Ein Stückweit ist dies sicher so. Es stellt sich aber die Frage, wie gross die Diskrepanz ist, was der Angehörige alles macht und wieviel Verantwortung der Abhängige noch für sich selber übernimmt. Wieviel Kontrolle übt der Angehörige aus? Wie stark wird die Eigenständigkeit des Süchtigen eingeschränkt? Wie stark sind beide eingeschränkt?

Die Frage, ob Co-Abhängigkeit eine eigenständige Störung ist, haben all unsere Interviewpartner so beantwortet, dass sich aus der Co-Abhängigkeit heraus eine Krankheit entwickeln kann, wie beispielsweise eine Depression. Ob demzufolge Co-Abhängigkeit in den ICD-10/DSM-IV aufgenommen werden sollte, ist umstritten. Vitus Hug erkennt darin keine Vorteile sondern eher eine Gefahr der Stigmatisierung und Benachteiligung bei den Krankenkassen.

Unser Experte und Psychotherapeut Marcus Reichard von der Forel Klinik ist für eine Aufnahme in die jeweiligen Klassifikationssysteme, weil Co-Abhängigkeit für ihn eine Störung ist und alles andere eine Bagatellisierung der Krankheit darstellen würde.

Sicht der Angehörigen

Angehörigen ist in der Zusammenarbeit wichtig, dass sie jemanden an ihrer Seite haben, der ihnen **zuhört**, aber ihnen **keine Ratschläge** erteilt. Sie brauchen jemanden, der ihnen klar macht, dass sie ein **Recht auf Hilfe** haben, und sich für nichts zu schämen brauchen, und der ihnen verschiedene Hilfsangebote unterbreitet. Danach sollte ein Zusammenspiel zwischen Sozialarbeiter und Angehörigen stattfinden, damit gemeinsam herausgefunden werden kann, welche Art von Hilfe wohl am besten passen würde.

Angehörige legen Wert darauf, dass alle Dinge in der Beratung vertraulich behandelt werden und die Sozialarbeiter **Verschwiegenheit** beweisen.

Ebenfalls ist es ihnen wichtig, dass die Sozialarbeiter mit ihnen **respektvoll** umgehen und **Empathie** zeigen.

Angehörige wünschen sich in der Beratung, dass sie **Informationen über die Alkoholabhängigkeit** erhalten.

Die Angehörigen sind der Meinung, dass es in der Angehörigenarbeit **mehr Öffentlichkeitsarbeit** braucht, damit Angehörige wissen, was es alles für Angebote gibt.

Wenn sie sich professionelle Hilfe holen, haben die Angehörigen die Hoffnung, dass dies positive Auswirkungen auf ihren Partner hat und sich dieser ebenfalls in Behandlung begibt.

7.2 Beschreibung des Lernprozesses

Für uns beide war von Anfang an klar, dass wir die Arbeit gemeinsam schreiben wollten, da wir in Gesprächen recht schnell bemerkt haben, dass uns dieselben Themenbereiche interessierten. Relativ rasch wurde klar, dass wir beide den Suchtbereich sehr spannend finden, im speziellen die Alkoholabhängigkeit. Durch die Bachelor-Module mussten wir unser Thema immer weiter spezifizieren. Hierbei war das Bachelor-Projekt auch eine hilfreiche Stütze, da wir viel Literatur gelesen haben und somit immer genauer wussten, in welche Richtung unsere Arbeit gehen sollte.

Während unserem Praktikum im sechsten Semester haben wir grob den theoretischen Rahmen der Arbeit geschrieben. Dies erforderte sehr viel Disziplin, da man nebenbei noch viele andere Sachen für das Studium machen musste. Ziemlich rasch erkannten wir, dass wir enorm viele theoretische Inputs und dadurch eine Fülle an Material hatten. Nachdem dieser Rahmen mehr oder weniger stand, haben wir uns mit unserem Begleitdozent Julian Vomsattel getroffen, um seine Meinung zu unserer bisherigen Arbeit herauszufinden, da wir bis dahin recht selbstständig gearbeitet haben.

Im nächsten Schritt galt es, sich den Experteninterviews zu widmen. Wir verfassten den Interviewleitfaden und schrieben mögliche Interviewpartner per E-Mail an. Für uns war klar, dass wir Experten ausserhalb des Wallis wollten, da in den grösseren Städten der Schweiz das Angebot an Angehörigenarbeit stärker ausgebaut und vielfältiger als im Oberwallis ist. Diese Gedanken hielten wir für sämtliche unserer Interviewpartner bei.

Unser Interviewleitfaden stand schnell einmal, das Problem war eher, geeignete Experten zu finden. Da wir die Probanden immer per E-Mail angefragt haben, haben wir teilweise auch viel Zeit verloren, da einige sich Zeit mit ihrer Antwort liessen. Nach den Experteninterviews haben wir die wichtigsten Aussagen gesammelt und geschaut, in welchem Bereich wir unseren theoretischen Teil noch kürzen könnten, damit dieser nicht allzu überladen wirkt.

Im Anschluss haben wir den Interviewleitfaden für die Sozialarbeiter und die Angehörigen verfasst. Auch hier sah es gleich aus wie beim Experteninterview. Die Fragen konnten wir relativ problemlos zusammenstellen, aber die Suche nach Probanden gestaltete sich als langwieriger Prozess. Wir haben gemerkt, dass es zwar einige Beratungsstellen gibt, diese aber einerseits keine explizite Angehörigenarbeit anbieten oder andererseits keine Sozialarbeiter beschäftigen, sondern nur Psychologen oder Psychotherapeuten. Nach langem Suchen fanden wir doch noch zwei Sozialarbeiter. Auf Vitus Hug vom Blauen Kreuz sind wir aufmerksam geworden, weil wir in Kontakt mit der Forel Klinik standen. Hier erhielten wir diesen Tipp, dass das Blaue Kreuz viel Angehörigenarbeit leisten würde. Die Angehörigen konnten wir erreichen, indem wir mit diversen Beratungsstellen Kontakt aufnahmen und diese uns Angehörige vermittelten.

Im Nachhinein würden wir eher mit der Organisation von Interviewpartnern anfangen, da wir dadurch sehr viel Zeit verloren haben. Wir würden nächstes Mal mit diesen auch nicht mehr per E-Mail in Kontakt treten, sondern per Telefon, da dadurch die Kommunikation einfach schneller ist.

Nach den Interviews kam die Auswertung. Schon während den Befragungen haben wir gemerkt, dass sich viele Aussagen mit unserem theoretischen Rahmen deckten, was für uns eine Bestätigung war, dass wir auf einem guten Weg sind und uns auch korrekt in das Thema eingearbeitet hatten. Uns wurde auch einiges klarer und wir konnten damit anfangen, erste Erkenntnisse zu sammeln.

Die Arbeit zu zweit zu verfassen sahen wir als eine Bereicherung. Da wir vorher schon viele Arbeiten zusammengeschrieben haben, wussten wir, dass wir ein eingespieltes Team sind. Dies lässt sich auch für die Bachelor-Arbeit so sagen. Stets haben wir die Arbeit gut aufgeteilt, sodass jede von uns zu gleichen Verhältnissen ihren Beitrag leisten konnte.

Eine gut gelingende Zusammenarbeit setzte aber voraus, dass wir viel, regelmässig und effizient miteinander kommunizierten. Wir haben uns gegenseitig immer wieder

informiert, an was wir gerade arbeiten und wie die nächsten Schritte aussehen. Dadurch konnten wir verhindern, dass beide dasselbe Thema behandeln.

Der ständige Austausch mit Julian Vomsattel war uns ebenfalls sehr wichtig, damit wir uns versichern konnten, dass wir auf dem richtigen Weg sind und er sich auch ein Bild machen konnte, wo wir gerade stehen.

7.3 Weiterführende Fragestellungen und Grenzen unserer Forschungsfrage

Nachdem wir uns intensiv auf theoretischer und praktischer Ebene mit dem Thema beschäftigt haben, haben wir festgestellt, dass sich aufgrund unserer Forschungsfrage noch weitere Fragestellungen ergeben haben, welche sich aber im Rahmen dieser Arbeit nicht bearbeiten liessen. Dennoch möchten wir unsere Gedankengänge ein wenig erweitern.

Eine wichtige Frage stellt sich uns, wie man einen besseren Zugang zu den Angehörigen finden könnte? Wie muss man den Informationsfluss gestalten, damit man diese Zielgruppe erreicht? Viele Angehörige wissen gar nicht, welche Angebote es gibt. Den meisten ist nicht einmal bewusst, dass auch sie sich Hilfe holen können, da sie die ganze Problematik auf die suchtkranke Person projizieren.

Daraus entsteht schon die nächste Frage: Wie kann Prävention und die dazugehörige Öffentlichkeitsarbeit zu diesem Thema aussehen?

Nach den Interviews ist uns klar geworden, dass sich niemand richtig für eine Spezifizierung oder Verbesserung der bestehenden Angebote verantwortlich fühlt.

Der Begriff Co-Abhängigkeit ist bis heute umstritten. Einige Fachleute verwenden ihn, andere finden ihn stigmatisierend. Wir haben uns gefragt, ob es demzufolge einen neuen Begriff für Co-Abhängigkeit bräuchte. Wir sind uns jedoch unsicher, da die Problematik dieselbe bleibt und Fachleute, die Co-Abhängigkeit verwerfen, wahrscheinlich auch einen neuen Begriff verwerfen werden.

7.4 Handlungsvorschläge für die Praxis der Sozialen Arbeit

Aufgrund der langen und intensiven Auseinandersetzung mit unserer Forschungsfrage, haben wir einige Handlungsvorschläge für die Praxis der Sozialen Arbeit erarbeitet.

- Wenn ein Sozialarbeiter in der Suchtberatung tätig ist, ist dies kein klassisches Feld der Sozialen Arbeit. Deswegen sind dementsprechende **Weiterbildungen** empfehlenswert.
Es sollte für Professionelle, die im sozialen Bereich arbeiten mehr Weiterbildungen zum Thema Angehörigenarbeit geben. Am besten sollte dies schon während der Ausbildung thematisiert werden.
- Die Suchthilfe sollte ihren Zweig der **Prävention** und der **Öffentlichkeitsarbeit ausbauen**. Die Bevölkerung muss besser aufgeklärt werden, wie die Angebote für Angehörige aussehen. Der Informationsfluss muss klarer sein und einen breiteren

Teil der Bevölkerung erreichen. Beispielsweise Arztpraxen oder Apotheken könnten Flyer oder Visitenkarten von Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen auflegen. Dies setzt voraus, dass die Suchthilfe vermehrt interdisziplinär vernetzt sein sollte.

Es ist nicht zu vergessen, dass durch Prävention den Betroffenen viel Leid erspart und auch Geld gespart werden können. Ein Klinikaufenthalt kostet den Steuerzahler enorm viel Geld. Daher sollte dieser Teil der Suchthilfe nicht unterschätzt werden.

- Systemisches Arbeiten ist in der Angehörigenarbeit die Grundlage. Der Miteinbezug der Angehörigen ist unerlässlich. Sozialarbeiter dürfen den Fokus nicht nur auf den Suchtkranken legen. Falls die Angehörigen damit einverstanden sind, soll auch ihnen zugehört werden. In diesen Gesprächen soll es aber nicht um den abhängigen Partner gehen, sondern um die Ängste und Nöte der Angehörigen. Mit ihnen zusammen sollen und müssen Unterstützungsmöglichkeiten erarbeitet werden.
- Spezifisch auf das Oberwallis bezogen sollte die Soziale Arbeit damit beginnen, eine Selbsthilfegruppe für die Angehörigen aufzubauen. Für Betroffene kann nämlich der Austausch mit Menschen, die dasselbe erlebt haben, eine enorme Entlastung sein.
- Die Suchthilfe Oberwallis sollte mit dem Unterwallis zusammenspannen, da es dort bereits Angehörigengruppen gibt.

8. Literaturverzeichnis

Bücher:

AREND, Horst. *Alkoholismus- Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe*. Weinheim: Beltz Taschenbuch, 1999.

ASSFALG, Reinhold. *Die heimliche Unterstützung der Sucht*. 6.Aufl. Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft, 2009.

BATRA, Anil., BUCHKREMER, Gerhard. *Alkoholabhängigkeit- Ein Leitfaden zur Gruppentherapie*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2007.

BERKE, Sylvia. *Familienproblem Alkohol*. Baltmannsweiler : Schneider Verlag Hohengehren, 2004.

BISCHOF, Gallus. *Ausstiegsprozesse aus der Alkoholabhängigkeit mit und ohne formelle Hilfe- Ein Geschlechtervergleich*. Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag, 2004.

BODENMANN, Guy. *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2000.

BRANDL-NEBEHAY, Andrea., HINSCH, Joachim. *Paartherapie und Identität Denksätze für die Praxis*. Heidelberg : Carl-Auer Verlag, 2010.

DE SHAZER, Steve. *Muster familientherapeutischer Kurzzeit-Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme, 2012.

DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN. *Alkohol Konsum und Missbrauch Alkoholismus Therapie und Hilfe*. Band 38. Freiburg im Breisgau : Lambertus-Verlag, 1996.

DILLING, Horst., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M.H. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. 7.Aufl. Bern : Verlag Hans Huber, 2010.

FEUERLEIN, Wilhelm. *Wenn Alkohol zum Problem wird*. 4.Aufl. Stuttgart: Trias, 2002.

FLASSBECK, Jens. *Co-Abhängigkeit – Diagnose, Ursachen und Therapie für Angehörige von Suchtkranken*. Stuttgart : Klett-Cotta Verlag, 2011.

GLÄSER, Jochen., LAUDEL, Grit., *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. 4.Aufl. Wiesbaden : VS Verlag, 2010.

HESS, Thomas. *Lehrbuch für die systemische Arbeit mit Paaren*. Heidelberg : Carl-Auer-Systeme Verlag, 2003.

KLEIN, Hans. *Beratungsgespräche mit Angehörigen von Alkoholabhängigen – Wie Angehörige sinnvoll helfen können*. 2.Aufl. Wuppertal, Bern : Blaukreuz-Verlag, 1990.

KLEIN, Rudolf. *Berauschte Sehnsucht - Zur ambulanten systemischen Therapie süchtigen Trinkens*. 3. Aufl. Heidelberg : Carl Auer Verlag, 2009.

KOLITZUS, Helmut. *Die Liebe und der Suff*. 10.Aufl. München : Kösel Verlag, 2011.

- KOLITZUS, Helmut. *Ich befreie mich von deiner Sucht*. München : Kösel Verlag, 2000.
- KOLITZUS, Helmut. *Im Sog der Sucht*. München : Kösel Verlag, 2009.
- KÖRTEL, Käthe., KRASNITZKY, Ute. *Co-Abhängigkeit erkennen - Angehörige von Suchtkranken im Blickpunkt ärztlich-therapeutischen Handelns*. Freiburg am Breisgau : Lambertus-Verlag, 2004.
- LINDENMEYER, Johannes. *Lieber Schlau als Blau*. 7.Aufl. Basel : Beltz Verlag, 2005.
- MAYRING, Philipp. *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. 5.Aufl. Weinheim und Basel : Beltz Verlag, 2002.
- MAYRING, Philipp. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11.Aufl. Basel : Beltz Verlag, 2010.
- MEYERS, Robert., SMITH, Jane Ellen. Übersetzt von: BISCHOF, Gallus., FREYER-ADAM, Jennis. *Mit Suchtfamilien arbeiten- CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit*. Bonn: Psychiatrie- Verlag, 2009.
- MOLTER, Haja., OSTERHOLD, Gisela. *Systemische Suchttherapie*. 3.Aufl. Kröning : Asanger Verlag GmbH, 2009.
- RENNERT, Monika. *Co-Abhängigkeit – Was Sucht für die Familie bedeutet*. 3.Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, 2012.
- RENNERT, Monika. *Co-Abhängigkeit - Was Sucht für die Familie bedeutet*. 2.Aufl., Lambertus Verlag, 1990.
- SCHILD, Bea. WIESBECK, Gerhard. *Partnerschaft und Alkohol*. Lengerich : Pabst Science Publishers, 2012.
- SCHMIDT, Gunther. *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung – Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten*. Heidelberg : Carl-Auer Verlag, 2004.
- SCHWEIZERISCHE FACHSTELLE FÜR ALKOHOL- UND ANDERE DROGENPROBLEME. *Zahlen und Fakten*. Lausanne: Imprimerie Réunies SA, 2004.
- SIMMEN, René. *Coping – Beratung Entwicklung und Erprobung eines Coping-Modells für die Beratung von chronisch-kranken und behinderten Menschen – ein Projektbericht*. Bern : Haupt Verlag, 2008.
- SIMMEN, René. *Systemorientierte Sozialpädagogik*. Bern: Haupt Verlag, 2008.
- STING, Stephan., BLUM, Cornelia. *Soziale Arbeit in der Suchtprävention*. München : Ernst Reinhardt Verlag, 2003.
- THOMASIIUS, Rainer., KÜSTNER, Udo. *Familie und Sucht*. Stuttgart : Schattauer GmbH, 2005.
- VON SCHLIPPE, Arist., SCHWEITZER, Jochen. *Systemische Intervention*. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht GmbH, 2009.
- WELTER-WENDERLIN, Rosmarie. *Deine Liebe ist nicht meine Liebe –Partnerprobleme und*

Lösungsmodelle aus systemischer Sicht. Paderborn : Junfermann Verlag, 2005.

Internet:

ADMIN. *Verordnung über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten.* [online] s.d. URL: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.30.de.pdf> (16.10.2012)

BISCHOF, Gallus et al. *Beratung für Angehörige von krankheitsuneinsichtigen Alkoholabhängigen nach dem Community Reinforcement Ansatz-basierten Familien-Training (CRAFT)* [online] 2008. URL: http://www.suchtmagazin.ch/tl_files/templates/Suchtmagazin/user_upload/texte_old/text1-12.pdf (11.10.2011)

BORBE., Raoul., HORNING, W.P., BUCHKREMER, G. *Psychiatrie und Psychotherapie.* [online]. 2012. URL: : <http://www.springerlink.com/content/q34n1pr750w7g262/> (5.10.2012)

BUNDESAMT FÜR STATISTIK. *Sterblichkeit, Todesursachen - Daten, Indikatoren Todesfälle: Anzahl, Entwicklung und Ursachen* [online] 2008. URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html> (6.7.2011)

DIMDI. *Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information* [online] 2011. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2011/block-f10-f19.htm> (6.7.2011)

FABIENNE. *Leben mit der Sucht.* [online]. 2007. URL: http://www.a-pawelzik.de/Fur_Angehorige/Co-Abhangigkeit/co-abhangigkeit.html (22.8.2012)

FREUNDKREISE FÜR SUCHTKRANKENHILFE. *Co-Abhängigkeit erkennen- Angehörige von Suchtkranken im Blickpunkt ärztlich-therapeutischen Handelns* [online] 2003 .URL: http://www.freundskreise-sucht.de/uploads/media/co_abh.pdf (5.4.2011)

FORUM FÜR ALKOHOLIKER. *Forum.* [online] 2011. URL: <http://www.foru-alkoholiker.de/ftopic25657-16.html> (23.7.2011)

KLEIN, Michael. *Das personale Umfeld von Suchtkranken* [online]. 2001. URL: http://80.92.48.160/addiction.de/fileadmin/user_upload/pdf/beitraege/KleinM2001IV.pdf (6.6.2011)

KLEIN, Michael. *Alkohol und Familie: Forschung und Forschungslücken* [online]. 2000. URL: http://80.92.48.160/addiction.de/fileadmin/user_upload/pdf/beitraege/KleinM2000I.pdf (6.6.2011)

KLEIN, Michael. *Partner von Abhängigen* [online]. 2002. URL: <http://books.google.ch/books?id=wtWvfjUrpFYC&pg=PT69&lpg=PT69&dq=die+partner+von+suchtkranken+galten+lange+zeit+als+die+vernachl%C3%A4ssigten+opfer+der+sucht.&source=bl&ots=whGAg2HFjE&sig=e2d3D1-s-e8-hqxyD7Ju5C6RRlg&hl=de&sa=X&ei=vS4pUlfbloSg4gTT5oCQCg&ved=0CEQQ6AEwAQ#v=onepage&q=die%20partner%20von%20suchtkranken%20galten%20lange%20zeit%20als%20die%20vernachl%C3%A4ssigten%20opfer%20der%20sucht.&f=false> (6.6.2011)

KLEIN, Michael., ZOBEL, Martin. *Sucht sucht Beziehung- Partner und Kinder im Umfeld von Abhängigkeitsstörungen* [online]. 2000. URL:

http://www.sucht.de/tl_files/pdf/klein_beziehung_2000.pdf (6.6.2011)

PSYCHOLOGIE NEWS. *Neues aus der Psychologie*. [online]. 2012. URL: <http://psychologie-news.stangl.eu/102/phylogenesese> (5.10.2012)

SCHNEIDER, Wiebke. *Angehörigenselbsthilfe im Suchtbereich* [online]. 2011. URL: http://www.dag-shg.de/site/data/NEU/DAGSHG/JT10/DAGSHG_JT10_AG4_Schneider.pdf (5.10.2011)

SCHWEIZERISCHE FACHSTELLE FÜR ALKOHOL- UND ANDERE DROGENPROBLEME (SFA). In: BABOR, Thomas et al. *Alkohol Kein gewöhnliches Konsumgut- Welche alkoholpolitischen Massnahmen sind wirksam?* [online]. 2005. URL: http://www.sucht-info.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Babor_Alkoholpolitik.pdf, 2006. (9.8.2011)

STUTZ, Sonja. *Und wie geht es den Angehörigen? Berücksichtigung des sozialen Umfeldes* [online]. s.d. URL: http://www.atf-schweiz.ch/documents/Stutz_Angehoerige.pdf (10.3.2012)

STUTZ, Sonja., SCHLÄFLI, Katrin., EGGLI, Peter., RIDINGER, Monika. *Angehörigenarbeit in der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen*. [online]. 2012. URL: http://www.suedhang.ch/upload/docs/atf-Tagung_2011_Stutz_Angehoerige.pdf (18.4.2012)

STUTZ, Sonja., SCHLÄFLI, Katrin., EGGLI, Peter., RIDINGER, Monika. *Bedeutung der Erwartungen Angehöriger an die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen*. [online]. s.d. URL: <http://www.angehoerige.ch/informationen-fuer-fachleute/referate.html> (25.5.2012)

SUCHT INFO SCHWEIZ. *Alkohol - (K)ein Problem?* [online]. s.d. URL: http://www.sucht-info.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Alkohol_kein_Problem.pdf (15.7.2011)

SUCHT INFO SCHWEIZ. *Abhängigkeit* [online]. s.d. URL: <http://www.sucht-info.ch/de/infos-und-fakten/substanzen-und-sucht/abhaengigkeit/> (15.7.2011)

SUCHT INFO SCHWEIZ. *Alkoholabhängigkeit: Auch Nahestehende sind betroffen* [online]. s.d. URL: http://www.sucht-info.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Alkohol_Nahestehende.pdf (22.8.2011)

SUCHT INFO SCHWEIZ. *Co-Abhängigkeit* [online]. s.d. URL: <http://www.sucht-info.ch/de/ueber-uns/impressum/> (9.8.2011)

SUCHT INFO SCHWEIZ. *Leben mit einem alkoholabhängigen Partner* [online]. 2011. URL: http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Leben_mit.pdf (22.8.2011)

SUCHT INFO SCHWEIZ. *Alkohol am Arbeitsplatz*. [online]. s.d. URL: <http://alcoholautravail.ch/page/rwi-pgs-page-lgs-de-dev-sfr-num-indx.html> (16.10.2012)

SÜDHANG. *Informationen für Arbeitgeber*. [online]. 2009. URL: http://www.suedhang.ch/Arbeitgeber_Frage_Antworten.html (16.10.2012)

SUCHTWALLIS. *Einrichtungen*. [online]. 2012. URL: <http://www.sucht-wallis.ch/?page=Carte> (16.10.2012)

UHL, Alfred. PUHM, Alexandra, *Co-Abhängigkeit - ein hilfreiches Konzept?* [online]. 2007 URL: http://www.api.or.at/sp/download/wz_30_2007_23_03_uhl.pdf (9.8.2011)

UNIVERSITÄT HAMBURG. *Der Forschung der Lehre der Bildung*. [online]. 2012. URL:

<http://psychologie-news.stangl.eu/> (05.10.2012)

WANCATA, Johannes. KAPFFHAMMER, Hans-Peter. et.al. *Sozialpsychiatrie: essentieller Bestandteil der Psychiatrie.* [online]. 2007. URL: <http://www.springerlink.com/content/rl26j70l2062r864/> (4.10.2011)

WHO. *Europäische Charta Alkohol.* [online]. 2012. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/79406/EUR_ICP_ALDT_94_03_CN01.pdf (5.10.2012)

ZIEGLER, Elke. *Angehörigenarbeit unter dem Focus Klinischer Sozialarbeit- Oder: Was kann ich als Angehöriger eines psychisch erkrankten Menschen von Klinischer Sozialarbeit erwarten?* [online]. 2008. URL: http://www.vaskzuerich.ch/media/archive2/Vortrag_Elke_Ziegler.pdf (5.10.2011)

ZIKLA, Erik. *Die Rolle der BeraterInnen in der Angehörigenarbeit.* [online]. 2007. URL: http://www.erikzika.at/wp-content/uploads/2011/01/WZ_30_2007_23_10_Zika.pdf (11.10.2011)

Skript:

HES-SO VALAIS. *Richtlinien für die Praxisausbildung Soziale Arbeit FH- Bachelor 09.* Integrationsmodul (Dezember 2009 bis Januar 2010).

Blaues Kreuz, *Konzept Fachstelle Alkoholberatung.* St.Gallen, 2012

Heft:

ANDORFER, Ute. SCHMIDT Elisabeth. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung jg 30 2007.* URL: http://www.api.or.at/wzfs/beitrag/WZ_30_2007_23_07_Andorfer.pdf

GOOS, C. KOBRNA, U. [et al.]. *Hilfs- und Beratungsangebote für Angehörige von Suchtkranken.* In: Europa Wiener Zeitschrift für Suchtforschung jg 30 2007, S. 5-8 URL: http://www.api.or.at/wzfs/beitrag/WZ_30_2007_23_01_Cees.pdf

SUCHT MAGAZIN. *Sucht Magazin 1/2012* URL: <http://www.suchtmagazin.ch/index.php/2012/articles/id-12012.html>

Bilder:

Titelbild. In: *Universität zu Lübeck* [online]. s.d URL: <http://www.uni-luebeck.de/typo3temp/pics/6832418bfd.jpg> (13.6.2011)

9. Anhang

A) Transkriptionsregeln nach Mayring

Wir haben all unsere Interviews nach dem gleichen Schemata transkribiert und haben uns dabei auf die Transkriptionsregeln von Philipp Mayring gestützt. Dadurch wollen wir ein einheitliches Bild vermitteln. Mayrings Regeln sehen folgendermassen aus:

- Den Text vollständig und wörtlich transkribieren
- Äh und ehms werden nicht aufgeschrieben. Dialektwörter können übersetzt werden
- Bei Unklarheiten wird das Zeichen (...) geschrieben
- Bei Pausen, Stockungen und Ähnlichem wird der Gedankenstrich gebraucht (-). Bei längerer Pause werden mehrere Striche verwendet. Wenn der Grund für die Pausen klar ist, muss dieser in Klammer angegeben werden
- Lachen, räuspern und auffällige körperliche Äusserungen werden in Klammer angegeben
- Nonverbale Merkmale, welche zum Verständnis beitragen, ebenfalls in Klammer eingeben (Mhm)
- Es wird der Zeilenabstand 1.5 gebraucht. Das Format entspricht 60 Zeichen pro Zeile und 38 Zeilen pro Seite
- Die Buchstaben S.M (Stefanie Millius) oder S.R (Stephanie Rion) stehen für die Interviewer und je nach Name des Befragten dessen erster Buchstabe des Nachnamens
- Die Fragen und Antworten werden nicht in Anführungszeichen geschrieben
- Zahlen werden nicht ausgeschrieben
- Die Zeilennummern werden links markiert
- Das Interview wird auf Hochdeutsch geschrieben⁴²⁵

⁴²⁵ Vgl. Mayring. 2010, S.55

B) Interviewleitfaden für die Experten

Einleitung

- Wie sieht Ihr beruflicher Werdegang aus?
- Würden Sie uns bitte erklären, was der Auftrag der Institution ist, in welcher Sie arbeiten?
- Wie sieht konkret ein Arbeitsalltag von Ihnen aus?

Co-Abhängigkeit

- Was verstehen Sie unter dem Co-Abhängigkeitskonzept?
- Wird der Begriff Co-Abhängigkeit in der heutigen Praxis noch verwendet?
- Ist es nicht eine natürliche Reaktion des Menschen, eine offensichtlich hilfsbedürftige Person zu unterstützen? Wo fängt Co-Abhängigkeit an?

Angehörigenarbeit

- Wie sieht gute Angehörigenarbeit Ihrer Meinung nach aus?
- Was für theoretische Konzepte/Modelle werden heutzutage in der Beratung von Partnern von alkoholabhängigen Menschen angewendet?
- Finden die Beratungen mit den Angehörigen immer in Anwesenheit des alkoholkranken Menschen statt oder gibt es auch Einzelsitzungen?
- Welche Rolle nimmt der Angehörige in der Beratung ein?
- Gibt es charakteristische Merkmale wie sich co-abhängige Menschen in der Beratung verhalten?
- Partner stellen ihre Bedürfnisse in den Hintergrund, um voll und ganz für den Partner da zu sein. Wie arbeiten Sie mit Partner an dieser Thematik?
- Raten Sie Ihren Klienten, dass es besser für sie wäre, wenn sie sich von ihren alkoholabhängigen Partner trennen?
- Welche Themen sollten in einer Beratung vom Berater unbedingt angesprochen werden?
- Gibt es Ihrer Meinung nach genügend Angebote für Angehörige von Suchtkranken?

Die Rolle des Beraters

- Wie würden Sie Ihre Rolle / Funktion definieren?
- Wo sind Ihre Grenzen in der Beratung?

Coping

- Häufig zeigen Angehörige Stresssymptome in der Beziehung mit einem alkoholabhängigen Partner. Wie behandeln Sie diese?

C) Experteninterviews

Experte A: Oliver Grehl

Einleitung

Stefanie Millius / Stephanie Rion - Wie gestalten Sozialarbeiter die Beratung von co-abhängigen Personen, die einen alkoholabhängigen Partner haben und wie wird die Zusammenarbeit von den Angehörigen erlebt? – Oliver Grehl – 8.11.2012 – 53‘

Das Interview mit Dr. Oliver Grehl fand am 8. November 2012 an einem seiner Arbeitsplätze, der Berner Gesundheit statt. Die Dauer des Gesprächs lag bei 53 Minuten. Die Antworten von Herrn Dr. Grehl haben wir sinngemäss wiedergegeben.

Unsere Aussagen bzw. Fragen sind fett gedruckt und jeweils mit S.M (Stefanie Millius) oder S.R (Stephanie Rion) gekennzeichnet.) Die Antworten von Herrn Dr. Grehl sind mit dem Buchstaben G (Grehl) markiert. Dadurch wollen wir eine klare Differenzierung der Aussagen erreichen.

1 **S.M: Wie sieht Ihr beruflicher Werdegang aus?**

2

3 **G:** Ich habe Medizin studiert und bin Arzt. Nach dem Studium habe ich zwei Jahre in
4 Leukerbad gearbeitet und habe dort Neurorehabilitation gemacht. Anschliessend war ich im
5 Inselspital auf der Neurologieabteilung und habe später im Psychiatriezentrum in Münsingen
6 als Assistenzarzt gearbeitet. Danach war ich drei Jahre lang in Zürich in einer privaten
7 psychosomatischen Tagesklinik. Später ging ich wieder zurück nach Münsingen in der
8 Funktion als Oberarzt und habe dort in verschiedenen Abteilungen gearbeitet (akute
9 Aufnahmestation, geschlossene Entgiftungsstation, Rehabilitations- und Therapiestation mit
10 drei monatigem Therapieprogramm, Ambulatorium.) Seit zwei Jahren führe ich eine eigene
11 Praxis und seit vier Jahren arbeite ich als leitender Arzt in der Berner Gesundheit.

12

13 **S.M: Würden Sie uns bitte erklären, was der Auftrag der Berner Gesundheit ist?**

14 **G:** Die Berner Gesundheit ist eine Stiftung die vom Kanton den Leistungsauftrag hat,
15 Therapie und Beratung von erwachsenen Betroffenen mit Suchterkrankungen (Alkohol,
16 Medikamente, illegale Drogen, Spielsucht, Onlinesucht, Kaufsucht, Sexsucht) zu machen. Zu
17 90 Prozent ist dies unser Tätigkeitsfeld. Wir haben noch einen kleinen Bereich der
18 Sexualpädagogik. Dies ist jedoch eine eigene Abteilung. Dieses Angebot wird vor allem von
19 Lehrpersonen in Anspruch genommen, die Sexualkundeunterricht in der Schule betreiben.
20 Des Weiteren machen wir Prävention und Projekte. Wir machen beispielsweise
21 Präventionskampagnen, wo Onlinetools entwickelt werden.

22 Wir haben vier Zentren im Kanton Bern. Diese befinden sich in Bern, Burgdorf, Thun und
23 Biel.

24
25 Zusammengefasst machen wir Beratung, Therapie, Prävention und Sexualpädagogik. Wir
26 führen durchschnittlich pro Jahr 10'000 Beratungen für Betroffene und Angehörige durch.

27

28 **S.M: Wie sieht konkret ein Arbeitsalltag von Ihnen aus?**

29

30 **G:** Mein Arbeitsalltag ist relativ heterogen. Ich mache Patientenarbeit, ambulante
31 Alkoholentzüge mit Klienten, Abklärungen für Doppeldiagnosen, Supervisionen für die
32 diverse Teams, Intervisionen, Einzelberatungen für Therapeuten, Coachings, Vorträge
33 Konzept- und Projektarbeiten.

34

35 **Co-Abhängigkeit**

36

37 **S.R: Was verstehen Sie unter dem Co-Abhängigkeitskonzept?**

38

39 **G:** Der Begriff der Co-Abhängigkeit ist ja als Wort ein wenig in Verruf geraten, weil es das
40 Wort Abhängigkeit beinhaltet. Abhängigkeit ist aber ganz klar eine Krankheit. Es ist keine
41 schlechte Angewohnheit oder ein Charakterfehler, sondern eine Krankheit. Ebenso wie ein
42 Herzinfarkt oder ein Bandscheibenvorfall auch.

43

44 Mit dem Begriff Co-Abhängigkeit wird im Prinzip ein Angehöriger, meistens bezieht man sich
45 auf die Ehepartner, pathologisiert und dadurch auch stigmatisiert. Ich persönlich finde es
46 einen praktischen Begriff, um einen Mechanismus zu etikettieren. Ich habe aber Mühe mit
47 der Stigmatisierung und der Benennung. Ich habe ein Problem mit der Zuschreibung, die mit
48 diesem Begriff einhergeht. Jedoch wüsste ich auch nicht, wie man den Begriff besser
49 nennen sollte.

50 Da ich ein systemischer Paar- und Familientherapeut bin, arbeite ich sehr systemisch. Für
51 mich als Systemiker ist eine Einzeltherapie bei alkoholabhängigen Personen nahezu
52 unmöglich. Wir therapieren immer auch die wichtigsten Personen mit. Mittherapieren
53 bedeutet aber nicht, dass die Angehörigen notwendigerweise krank sind. Aber die
54 Angehörigen sind häufig zutiefst verunsichert, hilflos oder gekränkt. Sie wissen nicht was sie
55 tun sollen oder wie sie sich verhalten sollen. Ich erlebe das eigentlich immer als sehr
56 hilfreich, wenn man mit Alkoholpatienten Paar-, Familien- oder systemische Gespräche
57 durchführt. Der Effekt davon ist, dass man viel schneller zum Ziel kommt. Man hat viel
58 weniger Widerstände gegen die man ankämpfen muss, da man nicht gegen jemanden
59 arbeitet, sondern eigentlich alle Betroffenen am selben Tisch sitzen hat und gleich
60 mitarbeiten kann. Ich erlebe es immer wieder, dass eine Ehefrau von einem langjährigen
61 Patient das erste Mal eingeladen wird. Häufige Fragen sind: „Darf ich noch Cognac Sauce
62 machen?“, „Kann eine Schnapspraline wieder zu einem Rückfall führen?“, „Wie kann ich
63 damit umgehen, wenn ich von der Arbeit nach Hause komme und jedes Mal Angst haben
64 muss was mich hinter der Tür erwartet?“. Das sind sehr viele existenzielle Ängste. Die
65 Angehörigen haben Angst vor Gewaltausbrüchen oder Stigmatisierungen durch
66 Nachbarn/Freunde. Die Partner haben auch Angst, dass ihr Partner den Arbeitsplatz
67 verlieren könnte. Es geht also um viele existenzielle Ängste.

68

69 **S.R: Was raten Sie diesen Partnern?**

70

71 **G:** Es gibt kein Patentrezept. Was häufig ein Thema ist, dass meist die Partnerinnen ihren
72 Männern seit zehn Jahren sagen, dass sie sich trennen werden, wenn es nicht zu einer
73 Veränderung kommt. Das Problem ist aber, dass der Partner genau weiss, dass der andere
74 dies bereits seit zehn Jahren sagt, es aber trotzdem nicht durchzieht. Da raten wir, wenn wir
75 überhaupt etwas raten, gemeinsame Lösungen zu finden. Wenn wir etwas raten, dann dazu
76 konsequent zu sein. Das heisst entweder beim nächsten Mal wirklich zu gehen oder wenn
77 man es nicht ernst meint, es gar nicht erst auszusprechen. Wenn es aber gesagt wurde,
78 dann muss die Trennung auch wirklich vollzogen werden. Man muss konsequent sein und
79 klar Stellung beziehen. Man muss ganz klar kommunizieren, wenn beispielsweise der
80 nächste Absturz kommt, eine Klinikeinweisung, vielleicht sogar per FFE, stattfinden wird.
81 Man muss die eigenen Bedürfnisse beachten und sich nicht missbrauchen lassen. Dies ist
82 im wahrsten Sinne des Wortes zu verstehen. Sei dies sexuelle oder körperliche Gewalt.

83

84 Eine Beratung steckt ein weites Feld ab. Es ist nicht möglich zu sagen, dass man dieses und
85 jenes sagen muss, damit etwas funktioniert.

86

87 **S.M: Vielleicht ist es auch wichtig dem Suchtkranken die Verantwortung**
88 **zurückzugeben.**

89

90 **G:** Klar das ist natürlich so. Aber das ist auch ein langer Prozess. Die Verantwortung ist im
91 Prinzip bei jemandem, der schwer alkoholabhängig ist, weg. Dieser hat die Verantwortung
92 abgegeben. Er bestimmt nicht einmal mehr selber ob er trinkt oder nicht. Es wird einfach
93 getrunken. Der Alkohol entscheidet wann getrunken wird. Dies bestimmt nicht der Betroffene
94 selber. Darum ist es ein langer Prozess die Eigenverantwortung wieder zu etablieren. Am
95 Anfang muss erst einmal dafür gesorgt werden, dass eine gewisse Motivation aufkommt.

96

97 **S.R: Wird der Begriff Co-Abhängigkeit in der heutigen Praxis noch verwendet?**

98

99 **G:** Ich benutze ihn nicht, weil ich die „VIPS“, also die wichtigen Personen im Umfeld, als
100 Kooperationspartner gewinnen möchte. Ich will ihnen kein Krankheitsetikett aufkleben,
101 darum verwende ich diesen Begriff nicht. Auch wenn aus der Hilfslosigkeit typische co-
102 alkohol abhängige Verhaltensweisen wie den Pegelstand an der Whiskeyfalsche mit
103 Filzschreiber markieren oder den Alkohol zu verstecken, entstehen. Auch wenn diese
104 Verhaltensweisen auftreten, sehe ich diese als Symptom für eine Beziehungsgeschichte und
105 nicht als ein Krankheitssymptom eines Menschen. Aber es gibt durchaus Kollegen, die noch
106 von Co-Abhängigkeit reden. Es gibt auch Kollegen die noch vom Begriff Alkoholismus
107 reden, obwohl wir versuchen dies zu vermeiden, indem wir von Alkoholabhängigkeit
108 sprechen. Dadurch wollen wir den Abhängigkeitsbegriff hervorheben.

109

110 **S.R: Wir haben während dem Verfassen der Arbeit uns gefragt, ob Co-Abhängigkeit**
111 **nicht einfach als natürliche Reaktion eines Menschen auf Stress bezeichnet werden**
112 **kann. Ist jemand vom näheren Umfeld alkoholabhängig, ist man einfach überfordert.**
113 **Ich glaube wir würden uns alle so verhalten. Deswegen sind wir auch der Meinung,**
114 **dass Co-Abhängigkeit ein Krankheitsetikett ist.**

115

116 **G:** Ja genau. Damit verbaut man sich viel therapeutischen Handlungsspielraum. Wenn man
117 plötzlich zwei Patienten vor sich sitzen hat, also die Frau und den Säufer, dann muss man
118 eigentlich die Frau auch therapieren. Man kann die Frau nicht mehr als Partnerin in der
119 Kooperation gewinnen. Also geht es mehr um Stärkung, Klarheit zu schaffen und
120 Konsequenz zu zeigen. Im Grunde genommen geht es um Empowerment und nicht darum
121 jemanden zu etikettieren.

122

123 **S.R: Dennoch bleibt die Frage offen wo Co-Abhängigkeit anfängt? Wo unterscheidet**
124 **man zwischen natürlicher Reaktion und co abhängiger Verhaltensweise?**

125
126 **G:** Das kann ich nicht sagen, da es sehr individuell ist. Ich kann die Frage zurückgeben und
127 fragen, an welchem Tag jemand erwachsen wird? Ist ein Mensch dann erwachsen, wenn er
128 zum ersten Mal Sex hat oder zum ersten Mal alleine Auto fährt? Das sind Begriffe, die eher
129 ein Zeitkontinuum beschreiben als einen festen Punkt. Ich kann deswegen nicht sagen, hier
130 fängt Co-Abhängigkeit an und hier ist sie noch nicht da. Jedoch gibt es Aspekte, von denen
131 man sagt, dass diese als co-abhängig bezeichnet werden könnten. Beispielsweise wenn der
132 Mann nach Hause kommt und die Frau gibt ihm ein Begrüssungsküsschen. Das ist häufig
133 kein richtiges Begrüssungsküsschen, sondern ein Vorwand um riechen zu können, ob der
134 Partner getrunken hat oder nicht. Oder das die Frau den Chef anruft und für ihren Mann eine
135 Ausrede erfindet, damit er nicht zur Arbeit erscheinen muss. Solche Geschichten kommen
136 häufig bei Co-Abhängigkeit vor. Wenn aber ein solcher Fall vereinzelt auftritt, muss man
137 nicht schon von Co-Abhängigkeit sprechen. Im Prinzip ist die Frage auch müssig, weil wenn
138 man nicht mehr mit dem Begriff Co-Abhängigkeit kooperieren will, spielt es keine Rolle wo
139 sie anfängt und wo sie nicht anfängt. Es handelt sich dann lediglich um natürliche
140 Verhaltensweisen, weil sich jemand in einer Notsituation befindet.

141
142 **S.M: Oder weil jemand überfordert ist.**

143
144 **G:** Er ist überfordert, weil er nicht weiss was er tun soll oder weil sie ambivalent ist. Hin und
145 her gerissen zwischen dem Partner den sie liebt und der Aussenbeziehung des Partners mit
146 der Flasche. Eine Abhängigkeitserkrankung ist eine Dreiecksbeziehung. Die Frau wird
147 nämlich ständig mit der Flasche betrogen.

148 Da gibt es also jemanden, der zutiefst hilflos ist und aus seinem Gefüge herauskatapultiert
149 wurde. Nun versucht sich diese Person an irgendetwas zu halten. Dieser Halt kann sein,
150 indem einmal die Woche das Leergut zum Altglascontainer gebracht wird, damit alle denken,
151 dass alles in Ordnung ist. Ein weiterer Halt kann sein, dass jemand den Pegelstand der
152 Weinflasche im Keller markiert. So sehe ich die Situation und nicht als Co-Abhängigkeit.

153
154 **S.M: Ich würde gerne näher auf die Angehörigenarbeit eingehen. Was ist für Sie**
155 **professionelle Angehörigenarbeit?**

156
157 **G:** Das Allerwichtigste ist der Miteinbezug der Angehörigen. Ich hatte erst kürzlich einen
158 Patienten, der in eine Klinik hospitalisiert werden musste. Dies geschah vier Wochen,
159 nachdem er vorher einen Entzug im Akutspital gemacht hat und im Anschluss in die

160 psychiatrische Klinik ging. Er war insgesamt vier Wochen da. In der ersten Woche hat er
161 seinen Assistenzarzt zweimal gesehen, in der zweiten Woche war der Assistenzarzt in den
162 Ferien und in der dritten Woche hat er ihn einmal gesehen. In der vierten Woche hat der
163 Assistenzarzt gesagt, dass er in den nächsten Woche Nachtdienst haben werde und
164 deswegen eine Stellvertretung für ihn kommen werden. Die Frau des Patienten hat während
165 diesen vier Wochen mehrmals versucht ein gemeinsames Gespräch mit ihrem Mann zu
166 organisieren, weil sie völlig verzweifelt war. Sie wollte wissen wie es ihrem Mann geht und
167 was sie für einen Beitrag leisten kann. Sie wollte erfahren, was sie tun muss,
168 beziehungsweise unterlassen sollte. Der Assistenz hatte überhaupt keine Zeit und fragte
169 kurz angebunden was sie überhaupt wissen wolle. Die Partnerin wolle herausfinden, in
170 welchen Lebensmitteln überall Alkohol enthalten ist und ob sie diese noch kochen darf. Die
171 Antwort vom Assistenzarzt war, dass man solche Dinge googeln könne.
172 Das ist nicht nur keine Angehörigenarbeit, sondern eine Verschreckung der Angehörigen.
173 Man muss sich auch überlegen, was man alles kaputt machen kann. Diese Frau wird sich
174 vermutlich nie mehr ein Herz fassen können, um einen Doktor um ein Gespräch zu bitten.

175

176 **S.M: Diese Frau wurde mit ihren Sorgen überhaupt nicht ernst genommen.**

177

178 **G:** Genau. Sie wird auch als Partnerin nicht ernst genommen, welche womöglich eine
179 Ressource sein könnte. Darum ist es das wichtigste überhaupt, dass man nicht nur in
180 Einzelsettings arbeitet. Ich arbeite beispielsweise grundsätzlich auch mit Angehörigen,
181 Nachbarn, Arbeitskollegen, Vorgesetzten oder mit Case Managern zusammen.
182 Systemisches Arbeiten heisst nicht nur mit den Lebenspartnern zu arbeiten, sondern auch
183 mit allen sonstigen die im System etwas zu melden haben. Man muss auch klar deklarieren
184 können, welche Systeme man einbeziehen will. In 99,8% der Fälle kommt eine
185 Zusammenarbeit zustande.

186

187 Zu allererst ist es wichtig herauszufinden was die Ängste, Nöte und Unklarheiten sind. Man
188 muss nach Ambivalenzen fragen und ob Trennungswünsche da sind. Weitere wichtige
189 Fragen sind, wer in der Partnerschaft welche Verantwortung hat? Wo spielt der Partner den
190 Polizisten oder Krankenpfleger? Tut ihm diese Rolle gut oder ist sie eine Belastung?

191 In einem zweiten Schritt ist die Frage wichtig, wo man allenfalls Verhalten modifizieren oder
192 auch delegieren könnte? Regelmässige Standortbestimmungen durchzuführen ist ebenfalls
193 wichtig. Wenn sich beispielsweise der Alkoholpatient dazu durchgerungen hat Antabus zu
194 nehmen, muss der Partner miteinbezogen werden. Es müssen nämlich Frage geklärt werden
195 wie: „Wie sieht es aus wenn mein Partner Antabus nimmt?“, „Was gibt es für Gefahren?“,
196 „Woran merkt man, dass neben Antabus noch Alkohol konsumiert wurde und man

197 den Partner auf den Notfall bringen müsste?“. Wichtig ist auch zu klären, wenn jemand
198 aufgehört hat Antabus einzunehmen, was die Ehefrau für eine Meinung dazu hat. Ebenfalls
199 wichtig ist die Frage was eine Abstinenz mit einer Partnerschaft macht. Ich habe vor einem
200 Jahr einen Fall erlebt, wo ein Patient drei Monate lang trocken war und sein weiterer Verlauf
201 erwies sich als sehr erfreulich. Ich machte ein Standortgespräch mit ihm und seiner Ehefrau.
202 Das erste was diese fragte war: „Herr Doktor, machen Sie das mein Mann wieder säuft. Sie
203 wissen ja, als er noch gesoffen hat, hat er alles mitgemacht. Ich konnte sagen, gehen wir
204 spazieren und er ist immer mitgedackelt. Wenn ich ihm gesagt habe, fahren wir zu meiner
205 Mutter, ist er mitgekommen. Jetzt plötzlich hat er eine eigene Meinung und sagt auch einmal
206 nein.“

207 Das bedeutet, so positiv Abstinenz auch sein kann, die Dynamik in einer Beziehung
208 verändert sich. Wenn jemand beispielsweise am Vormittag bereits konsumiert hat, war er ab
209 16.00 Uhr meist irgendwo im Nirwana und der Abend war gelaufen. Jetzt ist er abstinent und
210 sein Abend dauert bis 22-23.00 Uhr. Die Frage ist nun, was macht das Ehepaar mit dieser
211 Zeit? Früher hat die Frau vielleicht während dieser Zeit ihren Freiraum genossen und jetzt ist
212 plötzlich wieder Paarzeit angesagt. Das Paar muss sich fragen ob sie das überhaupt wollen
213 und ob es ihrer Beziehung gut tut. Wie sie ihre Zeit nun gemeinsam nutzen können, sind
214 strategische Projektionen. Dieses weitergehen ist in einer Paartherapie zentral.

215

216 **S.M: Was für theoretische Konzepte/Modelle werden heutzutage in der Beratung von**
217 **Partnern von alkoholabhängigen Menschen angewendet? Ich nehme an, dass die**
218 **Systemtheorie hierbei ein wichtiger Faktor ist.**

219

220 **G:** Also für mich ist die Systemtheorie das was funktioniert und was ich gerne mache. Aber
221 es gibt natürlich auch die verhaltenstherapeutischen Konzepte die grob darauf basieren,
222 Alkoholabhängigkeit als technisches Problem zu betrachten. Das bedeutet, dass es auch
223 eine technische Lösung gibt. Ich denke auch das kann hilfreich sein. ist. Bei den
224 tiefenpsychologischen Ansätzen habe ich so meine Zweifel.

225 Ich denke der momentane Trend sieht so aus, dass die Systemtheorie und die
226 Verhaltenstherapie die zwei grossen Stränge sind.

227

228 **S.M: Wenn Sie einen Partner eines alkoholabhängigen vor sich haben und diesen**
229 **beraten, ist dabei der Suchtkranke auch anwesend?**

230

231 **G:** Ja. Es kann aber Situationen geben, wo der Ehepartner sagt, ich möchte einmal ein
232 Gespräch alleine haben oder wo ich als Psychiater sage, dass eine Einzelsitzung mit der

233 Partnerin nötig wäre. Aber der Regelfall sieht eigentlich so aus, dass man mehrere berät,
234 weil es nichts bringt über einen abwesenden Dritten zu sprechen.

235 Es ist wichtig die Ängste und Nöte der Partner in einer Einzelsitzung aufzufangen, aber
236 grundsätzlich finden systemische Gespräche miteinander statt.

237

238 **S.M: Wie beschreiben Sie die Rolle der Angehörigen? Sind diese eine Ressource?**

239

240 **G:** Ja, absolut. Ich wüsste nicht, was die Angehörigen anderes sein könnten. Sie sind immer
241 Ressourcen, selbst wenn sich das Paar im Laufe der Beratung trennt. Die Ressource besteht
242 darin, dass Klarheit herrscht und die Karten auf dem Tisch liegen. Ich denke es ist immer
243 gut, wenn man weiss woran man ist, vor allem im Therapieprozess. Von daher sind
244 Angehörige im systemischen Prozess immer eine Ressource.

245

246 **S.M: Gibt es typische Verhaltensweisen wie sich Angehörige in der Beratung
247 verhalten?**

248

249 **G:** Nein. Das gesamte Spektrum der möglichen Emotionen ist vertreten. Es gibt Trauer, Wut,
250 Ärger, Verzweiflung oder Resignation. Es ist alles möglich und es ist nie gleich. Man kann
251 einen guten Therapieprozess haben, dann folgt ein Absturz und die Frau ist wieder völlig
252 zurückgeworfen und verzweifelt. Die Partner sind auch häufig dem Therapeuten gegenüber
253 misstrauisch. Wenn ich den Alkoholpatienten dafür lobe, dass er bereits seit sechs Wochen
254 trocken ist, wendet die Partnerin ein, dass er auch schon acht Wochen geschafft hat und
255 trotzdem wieder rückfällig wurde. Die Angehörigen wollen sich dadurch keine zu grosse
256 Hoffnungen machen. Deswegen muss man auch darüber reden, was ein Rückfall genau ist.
257 Hat dies eine Katastrophe zur Folge oder kann ein Rückfall jemanden auch vorwärts bringen.
258 Das ist ein relativ anspruchsvoller Aspekt.

259 Aber es gibt keine uniforme Reaktion auf irgendwelche Vorkommnisse in der
260 Alkoholtherapie.

261

262 **S.M: Bei co-abhängigen Partnern ist es typisch, dass sie ihre Bedürfnisse ganz in den
263 Hintergrund stellen und ihr Leben auf den Suchtkranken auslegen. Wir persönlich
264 sind der Meinung, dass dies ein Punkt ist, welcher unbedingt in der Beratung
265 angesprochen werden müsste. Wie gehen Sie mit dieser Thematik um?**

266

267 **G:** Ich gebe ihnen mit auf den Weg, dass sie einmal wieder etwas Gutes für sich selber
268 machen sollen. Manche müssen zuerst noch herausfinden, was ihnen gut tun könnte. Sie
269 müssen herausfinden wohin sie bereit sind zu gehen und auch einmal konsequent

270 zu sein. Es ist wichtig sich gewisse Freiräume einzuräumen. Auch einmal nichts zu machen
271 und kein schlechtes Gewissen zu haben, wenn man sich selber etwas gönnt. Man muss
272 auch im Alltag nicht darauf verzichten Freunde zu treffen oder auszugehen. Das gehört für
273 mich zum Empowerment dazu. Dass man die Leute stärkt und ihnen klar macht, dass sie
274 weder Arzt noch Mutter sind, sondern einfach Partner. Und hierbei stehen die Partner häufig
275 an ganz verschiedenen Orten ihrer Entwicklung.

276

277 **S.M: Gibt es Paare denen Sie raten sich zu trennen?**

278

279 **G:** Nein. Ich glaube das kann nicht meine Aufgabe sein. Das muss vom Paar aus passieren.
280 Was ich in meinen letzten 15 Jahren vielleicht ein oder zwei gefragt habe, dass, wenn es so
281 katastrophal ist und dermassen die Hölle ist, warum sich das Paar nicht trennt. Jedoch ist
282 diese Frage sehr provokativ.

283 Ich versuche stets die verborgenen Ressourcen des Paares herauszukitzeln. Falls aber
284 keine mehr da sind, frage ich das Paar aber auch wie sie weiter vorgehen möchten. Ich habe
285 Paare auch schon ganz klar gefragt was das Ganze noch soll, da offensichtlich nichts
286 gemeinsames mehr da ist und man sich gegenseitig das Leben nur noch zur Hölle macht.
287 Ich habe dies aber nicht mit dem Gedanken gemacht, dem Paar zu einer Trennung zu
288 verhelfen.

289

290 **S.M: Wir haben nämlich bezüglich diesem Thema eine Studie gelesen, wo viele**
291 **Angehörigen angegeben haben, dass sie aus diesem Grund die Beratung**
292 **abgebrochen haben. Es stellte für viele Angehörige ein Hindernis dar nicht mehr in die**
293 **Beratung zu gehen.**

294

295 **G:** Das kann ich gut verstehen, weil damit das Problem nicht gelöst ist. Man muss ja auch
296 sehen, dass da noch irgendetwas sein muss was sie weiterhin zusammenhält. Es kann ja
297 nicht nur die Pensionskassenauszahlung mit 65 sein. Es muss noch irgendwo eine
298 Geschichte sein. Ich denke das steht dem Therapeuten nicht zu, jemanden zu raten sich zu
299 trennen. Aber es steht dem Therapeuten zu, dazu zu ermuntern, Klarheit zu schaffen. Aber
300 nicht in dem ich rate sie müssen sich trennen. Sondern indem ich sage beim nächsten Mal
301 trenne ich mich. Wenn dieser Satz ausgesprochen wird, muss die Trennung auch folgen,
302 ansonsten muss man es nicht aussprechen. Es braucht einfach Klarheit, Transparenz,
303 Offenheit, Sachen auf den Tisch legen und nicht das eine sagen und das andere tun, weil
304 dies auch schon in der Kindererziehung nicht klappt. Ich will Alkoholpatienten mit diesem
305 Vergleich nicht in eine Kinderrolle drängen, aber wir werden alle durch unser Umfeld ständig
306 erzogen. Wir lernen ständig- auch in Paarbeziehungen. Beispielsweise wenn der

307 Partner sagt, dass er den Müllsack runterbringt, es aber nicht macht und der andere bringt
308 ihn selber herunter, dann hat der eine gelernt es einfach nicht zu machen. Genau so kann
309 man die Beziehung auf einen Alkoholiker und einen Nicht-Alkoholiker übertragen.

310 Unter dem Strich kann ich als Therapeut nur dafür sorgen, dass Sachen die da sind oder
311 vielleicht verborgen sind, zu klären. Aber es kann nicht mein Job sein dem Paar zu sagen,
312 dass sie sich trennen sollen.

313

314 **S.M: Was sind denn Themen wo Sie sagen, die in der Beratung unbedingt**
315 **angesprochen werden müssen.**

316

317 **G:** Das Fragen nach Ängsten, Unsicherheiten, Ambivalenzen, Ressourcen oder Ausnahmen.
318 Mit Ausnahmen kann man nämlich arbeiten. Wir nennen dies die Abkehr vom Defizitmodell.
319 Bei psychotherapeutischen Prozessen ist das Defizitmodell kontraproduktiv. Von daher fährt
320 man häufig leichter, wenn man lösungs- und ressourcenorientiert arbeitet, indem man diese
321 Ausnahmen häufiger werden lässt. Dadurch blickt man auch in die Zukunft. Das Fragen nach
322 Ausnahmen ist für mich mit eines der wichtigsten Aspekte.

323 Weitere wichtige Fragen sind: Wie sieht der Partner die Situation? Wie leidet die Partnerin
324 darunter? Was hat sie für ein Krankheitsmodell? Was hat sie für Fähigkeiten/Ressourcen?
325 Wo kann sie substantiell mithelfen, dass man auf einen guten Weg kommt?

326

327 **S.M: Gibt Ihrer Meinung nach in der Schweiz genug Angebote für Angehörige von**
328 **Suchtkranken?**

329

330 **G:** Ich kann dies nicht für die ganze Schweiz beurteilen. Ich kann nur sagen, dass es ihm
331 Kanton Bern gut besuchte Angebote gibt, die teilweise aber auch nicht immer voll
332 ausgelastet sind. Es gibt sicherlich Bedarf nach mehr systemischen Suchttherapeuten. Ich
333 könnte mir jedoch vorstellen, dass sobald der Bedarf grösser würde, auch die Angebote
334 aufgegleist würden. Also hier bei der Berner Gesundheit könnte man innerhalb von zwei
335 Wochen eine zusätzliche Angehörigengruppe aufstellen. Die Frage ist nur, wie kommen die
336 Betroffenen an die Informationen, dass es dieses Angebot gibt und wie kommen die
337 Betroffenen in die Situation das sie sagen, dieses Angebot wäre etwas für mich?

338

339 **S.M: Also die weitaus wichtigere Frage ist, wie erreicht man diese Zielgruppe?**

340

341 **G:** Genau. Wo holen sie sich ihre Informationen her? Wie kann man sie dabei unterstützen,
342 sich überhaupt als Angehörige von Abhängigkeitskranken zu identifizieren? Ich glaube das
343 ist der viel entscheidendere Punkt.

344 **S.R: Jetzt muss ich aber trotzdem nachfragen, wie könnte man denn diese**
345 **Angehörigen erreichen? Indem man vor allem vermehrt mit Kliniken**
346 **zusammenarbeitet?**

347

348 **G:** Das Problem in der Zusammenarbeit mit Kliniken besteht darin, dass man dort nur die
349 bereits identifizierten Alkoholabhängigen erwischt. Es gibt Studien in Deutschland und der
350 Schweiz, die zeigen, dass zwischen zwei und fünf Prozent aller Betroffenen überhaupt im
351 Suchthilfesystem landen. Das heisst, 95% aller Betroffenen nehmen kein suchtspezifisches
352 Angebot in Anspruch, sei dies im ambulanten oder stationären Bereich. Das heisst, man
353 müsste viel früher eingreifen. Die Früherkennung, Kurzintervention und Prävention ist etwas,
354 was extrem ausgebaut werden müsste.

355

356 **S.R: Wie würden Sie Ihre Rolle/Funktion als Berater im Paargespräch sehen?**

357

358 **G:** Ich habe eine neutrale Rolle jedem einzelnen gegenüber. Nicht des Problems gegenüber,
359 aber Neutralität gegenüber dem Betroffenen und dessen Partner. Ich bin jemand der
360 Motivation entstehen lässt, berät, informiert und Psychoedukation macht. Es ist eine sehr
361 vielschichtige Rolle. Ich arbeite aber auch therapeutisch, nach vorne blickend,
362 zusammenfassend, klärend und teilweise auch das konfrontativ.

363

364 **S.R: Wo sind Ihre Grenzen in einer Beratung?**

365

366 **G:** Ich habe keinerlei persönliche Grenzen in der Beratung. Es gibt aber Situationen, wo ich
367 sage, ich kann so nicht weiterarbeiten. Beispielsweise wenn sich ein Paar bei mir im
368 Gesprächszimmer prügelt. Das ist aber nicht meine Grenze, sondern die Grenze des
369 Paares. Ich kann lediglich sagen, dass sie dies zu Hause machen können und dafür kein
370 Geld zu zahlen bräuchten.

371 Eine weitere Grenze ist, wenn jemand akut suizidal oder akut körperlich erkrankt. Dort sind
372 meine Grenze des Wissens und der Möglichkeiten erreicht.

373 Aber ansonsten behandeln wir verschiedene Menschen. Die Unterschiede sind da gradueller
374 Art.

375

376 **S.R: Vielfach zeigen Angehörige Stresssymptome. Wie behandeln Sie diese?**

377

378 **G:** Da stellt sich mir die Frage, was sind Stresssymptome? Das eine kann sein, dass jemand
379 depressiv wird oder durch Angst, Herzklopfen oder Schweissausbrüche körperliche
380 Symptome zeigt. Es kann auch sein, dass jemand in einer Stresssituation

381 handgreiflich wird und seine alkoholisierte Frau schlägt. Man muss stets den Einzelfall
382 betrachten.

383 Jedoch Gewalt ist absolut tabu. Das kann man nicht behandeln, sondern muss man
384 unterbinden. Bei allen anderen Sachen geht es darum, dass man darüber miteinander redet
385 und fragt wie ist es dazu gekommen ist.

386

387 Alles zusammen ist sehr stark abhängig von dem was passiert ist, von den involvierten
388 Personen, der Paar- und auch Suchtdynamik.

389

390 **S.R: Sie reden ja sehr systemorientiert. Ist es aber nicht auch wichtig, dass man auch**
391 **einmal nur mit dem co-abhängigen Partner ein Gespräch führt?**

392

393 **G:** Ja, das kann sich im Prozess ergeben. Das wird manchmal gewünscht, manchmal aber
394 auch explizit nicht gewünscht. Es kann auch vorkommen, dass Alkoholbetroffene ganz klar
395 verbieten, dass ich als Berater mit seiner Frau ohne ihn rede. Das ist sehr unterschiedlich.
396 Man kann nicht sagen, dass es immer notwendig ist ein Einzelsetting zu machen. Aber es
397 kann notwendig und auch sinnvoll sein, ohne dass jemand ständig rebelliert oder den
398 anderen verbessern will. Es geht darum ein Gespräch ohne Störfeuer und von einer anderen
399 Seite zu führen.

400

401 **S.M: Wir wären nun mit unseren Fragen am Ende. Haben Sie von Ihrer Seite noch**
402 **etwas, was Sie abschliessend loswerden möchten?**

403

404 **G:** Ich finde es toll, dass ihr so etwas macht. Ich denke dieses Thema ist in der
405 Psychotherapieausbildung oder in der Ausbildung die ihr macht wahrscheinlich eher
406 unterrepräsentiert. Die Angehörigen haben wahrscheinlich keine starke Lobby. Von daher
407 finde ich es immer unterstützenswert, wenn es Leute gibt die sagen, ich spezialisiere mich
408 auf dieses Thema.

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

1 **Experte B: Marcus Reichard**

2
3

4 **Einleitung**

5 Stefanie Millius / Stephanie Rion - Wie gestalten Sozialarbeiter die Beratung von co-
6 abhängigen Personen, die einen alkoholabhängigen Partner haben und wie wird die
7 Zusammenarbeit von den Angehörigen erlebt? – Marcus Reichard – 23.11.2012 – 67'

8 Das Interview mit Marcus Reichard fand am 23.11.2012 an seinem Arbeitsplatz, der Forel
9 Klinik in Zürich, statt. Die Dauer des Gesprächs lag bei 67 Minuten. Die Antworten von Herrn
10 Reichard haben wir sinngemäss wiedergegeben.

11
12 Unsere Aussagen bzw. Fragen sind fett gedruckt und jeweils mit S.M (Stefanie Millius) oder
13 S.R (Stephanie Rion) gekennzeichnet. Die Antworten von Herrn Reichard sind mit dem
14 Buchstaben R (Reichard) markiert. Dadurch wollen wir eine klare Differenzierung der
15 Aussagen erreichen.

17 **S.M: Was ist der Auftrag der Forel Klinik?**

18
19 **R:** Der Auftrag der Forel Klinik ist der Entzug, als auch die Entwöhnung von Menschen mit
20 Alkohol- Medikamenten und Tabakabhängigkeiten. Mittlerweile machen wir auch viele
21 Präventionsangebote für Firmen, die sich beispielsweise informieren lassen können. Wir
22 haben seit knapp zwei Jahre eine Tagesklinik und ein Ambulatorium in Zürich.

23 Wir haben den Entzug und auch die Entwöhnung hier. Ein teilstationäres Setting haben wir in
24 Zürich. Dort können die Patienten nach dem Entzug/Entwöhnung in eine ambulante
25 Weiterbehandlung gehen. Wir haben alle Behandlungsteile der Alkoholtherapie vereint. Wir
26 hoffen natürlich, dass nicht viele Patienten diesen Kreislauf brauchen.

27
28 Wir sind in dem Sinne keine Klinik, die Angehörigenarbeit als Top Thema hat. Wir haben
29 keine stationäre Abteilung, wo wir einen Angehörigendienst anbieten. Wir sind aber jetzt
30 dabei, so etwas in der Stadt Zürich aufzubauen. Dort haben wir bereits eine Tagesklinik und
31 ein Ambulatorium. In der Stadt ist für die Leute das Angebot leichter zugänglich.

33 **S.R: Wir haben uns auch gefragt, warum die Klinik so gar nicht zentral gelegen ist.**

34
35 **R:** Genau das ist ein auch ein Grund, warum die Angehörigengruppen schon hier
36 stattgefunden haben. Das waren zwei, drei Wochen und die Leute kamen jeweils am
37 Donnerstag von 13.00- 18.00 Uhr vorbei. Für die Leute war es jedoch schwierig dieses

38 Angebot wahrzunehmen, da sie aufgrund von diesen Zeiten extra frei machen mussten.

39

40 Wir laden auch immer Angehörige von Patienten ein, aber wir haben jetzt in dem Sinn kein
41 Beratungssetting, wo ein Angehöriger kommen kann und eine Therapie bei uns machen
42 kann. Dies würde nämlich voraussetzen, dass diese über die Krankenkasse abgerechnet
43 werden müssten. Dies wiederum setzt voraus, dass Störung vorliegen müsste. Co-
44 Abhängigkeit ist aber laut ICD-10 oder DSM-IV keine Störung.

45

46 **S.M: Wie sieht Ihr beruflicher Werdegang aus?**

47

48 **R:** Ich habe Psychologie studiert. Während dessen kann man therapiebegleitend
49 Ausbildungen machen, denn während dem Studium geht es um die theoretischen
50 Kenntnisse und das Praktische muss man sich in Form von Zusatzausbildungen besorgen.
51 Wenn man das Diplom gemacht hat, muss man meistens noch zwei, drei Jahre in der
52 Ausbildung weiterarbeiten und hat nach der Beendigung der Ausbildung den FSB Titel. Mit
53 dieser Therapieausbildung sollte auf die Menschen los gelassen werden. Das heisst man
54 sollte Therapien machen dürfen. Nur mit dem Psychologiestudium geht man nie direkt in die
55 Therapie, weil es nicht reicht.

56

57 Ich habe nach meinem Psychologiestudium eine Gesprächstherapieausbildung gemacht und
58 bin jetzt noch in einer Ausbildung zum Thema Verhaltenstherapie. Ausserdem habe ich eine
59 Ausbildung in NLP und eine Hypnotherapieausbildung. NLP heisst Neuro linguistisches
60 Programmieren. Dort geht es um eine Zusammenstellung von verschiedenen systemischen,
61 hypnotherapeutischen und gestalttherapeutischen Methoden.

62 Ich habe nach dem Studium in der kantonalen Klinik Rheinau gearbeitet. Ich habe dort viel
63 Demenzdiagnostik gemacht und Gruppen mit schizophrenen und depressiven Menschen
64 geleitet.

65 Seit 2005 arbeite ich in der Forel Klinik in der Entwöhnungsstation. Zuerst habe ich in der F-
66 Station gearbeitet. Das ist die flexible Station, die längere Therapiezeiten hat. Seit zwei
67 Monaten arbeite ich nun auf der Kurzzeitabteilung, wo der Aufenthalt bis drei Monate geht.

68

69 **S.M: Wie sieht bei Ihnen ein Beratungssetting aus?**

70

71 **R:** Zuerst besprechen wir mit dem Suchtpatienten, ob es für sie ein Thema ist den
72 Angehörigen miteinzubeziehen. Es gibt in dem Sinn keinen Zwang oder Verpflichtung, den
73 Angehörigen miteinzubeziehen. Wir vermitteln zwar jedem Betroffenen, dass es sinnvoll ist

74 die Angehörigen miteinzubeziehen. Die meisten verstehen das und wollen auch, dass wir die
75 Angehörigen zu einem Einzelsetting miteinladen.

76 In diesem Gespräch mit dem Betroffenen und Angehörigen besprechen wir welche Probleme
77 es denn gab. Dies geschieht auf der Wahrnehmung jedes Einzelnen. Des Weiteren reden wir
78 darüber, welche Rollen jeder in dem System übernommen hat oder übernimmt. Denn es
79 entsteht oft eine Ungleichheit. Das heisst, dass der Angehörige immer mehr in die Rolle des
80 Helfers kommt und auch Gefahr läuft, sich aufzugeben. Der Betroffene wiederum fühlt sich
81 immer mehr kontrolliert oder versteckt sich hinter dem Angehörigen, weil er ihn schützt. Dies
82 passiert bewusst oder unbewusst. So wird dem Betroffenen immer mehr Verantwortung
83 entzogen und es entsteht ein Ungleichgewicht. Das Ungleichgewicht nervt den Betroffenen
84 auch. Nicht nur der Angehörige leidet, sondern den Betroffenen nervt es selber auch.

85

86 **S.M: Dann ist es dem Betroffenen schon auch bewusst?**

87

88 **R:** Es gibt drei Phasen der Co-Abhängigkeit. Die zweite Phase ist die Kontrollphase.
89 Spätestens in dieser Phase fühlt er sich kontrolliert und das führt dazu, dass Widerstand
90 gebildet wird. Spätestens dann geht es um die Streitigkeiten. Wenn der Angehörige immer
91 mehr Verantwortung übernimmt und dadurch mehr gestresst ist, merkt der Betroffene das
92 auch und darum gibt es auch viele Streitigkeiten. Es sind oft Streitereien, in denen es nicht
93 um das Thema geht. Es geht eigentlich darum, dass einer kaum mehr etwas macht und der
94 andere macht alles. Es geht um ganz normale Beziehungsprobleme, wo sich aber das
95 Grundthema entzündet. Ich würde nicht sagen, dass es dem Betroffenen so bewusst ist, wie
96 es auch dem Angehörigen nicht bewusst ist, dass so etwas wie Co-Abhängigkeit besteht. Da
97 muss man also aufklären. Co-Abhängigkeit in der Beratung anzusprechen, ist immer ein
98 Thema. Wenn die Betroffenen mit den Angehörigen kommen, wird immer geschaut, welche
99 Rolle jeder einnimmt und wie sich die Co-Abhängigkeit äussert. Aber nicht bei jedem
100 Angehörigen ist dieses Thema automatisch da. Es ist nicht so, dass Co-Abhängigkeit immer
101 entstehen muss. Es entsteht durch Lern- und Erfahrungsgeschichten des Angehörigen. Nicht
102 jeder hat diese Lerngeschichten in der Kindheit gemacht. Das bedeutet, dass Angehörige,
103 die eine Co-Abhängigkeit entwickeln, eine Veranlagung dazu haben. Ich meine hierbei nicht
104 das Genetische, sondern zum Beispiel in schwierigen familiären Verhältnisse aufwachsen.
105 Wenn man schon in der Kindheit viele Aufgaben für die Geschwister oder die Eltern
106 erledigen musste. Vielleicht haben sie auch gelernt, dass Leistung sehr hoch geschätzt wird
107 und sind dadurch von den Eltern positiv verstärkt worden. Die haben eine Lerngeschichte
108 und glauben, nur wenn ich viel leiste, werde ich anerkannt. Das wiederholt sich dann oft im
109 Zusammensein mit dem Suchtbetroffenen. Psychoanalytisch gesehen, suchen sich die
110 Menschen, die von einer Co-Abhängigkeit betroffen sind, oft jemanden als Partner

111 aus, wo sie das wieder ausleben können, was sie früher gelernt haben. Man sucht sich
112 unbewusst wieder den passenden Partner, der genau das erfüllt, was man unbewusst
113 machen möchte. Aber das ist kein bewusster Entscheid.

114

115 **S.R: Was verstehen Sie unter dem Begriff Co-Abhängigkeit?**

116

117 **R:** Co-Abhängigkeit könnte man von Seiten der Angehörigen als Beziehungsstörung
118 definieren. Es entsteht meistens durch frühkindliche Erfahrungen. Co-Abhängigkeit bedeutet,
119 dass beide eine gewisse Abhängigkeitsstruktur vom jeweils anderen haben. Ich würde Co-
120 Abhängigkeit als Beziehungsmuster definieren. Als Interaktionsstil, der nicht nur beim
121 Partner mit Suchtproblematik sich herausbilden kann, sondern auch bei psychischen
122 Krankheiten oder bei Menschen, wo man Verantwortung übernehmen kann oder
123 kontrollieren muss. Den Begriff kann man nicht nur auf die Konstellation Suchtabhängige und
124 Angehörige übertragen. Aber er äussert sich deutlich bei Menschen mit Drogenproblematik.

125

126 **S.M: Das heisst, jemand kann auch co-abhängig sein, wenn der Partner keine
127 psychische Störung hat?**

128

129 **R:** Es kann jemand co-abhängig latent sein, als Lernerfahrung oder Veranlagung, aber das
130 kommt im Zusammensein mit dem Menschen nicht raus. Das wird nicht aktuell. Aber die
131 Veranlagung oder Prädisposition kann vorhanden sein. Das kann latent schlummern oder
132 kann auch ausbrechen. Das hängt von der Beziehung der Konstellation ab. Ein anderes
133 Beispiel wäre: Nicht jeder der kiff, kriegt eine Psychose. Aber man kriegt sehr oft
134 psychotische Zustände, wenn man die Veranlagung hat und kiff.

135

136 **S.R: Der Co-Abhängigkeitsbegriff ist umstritten. Es gibt viele Menschen, die
137 Angehörige etikettieren und den Co-Abhängigkeitsbegriff als Krankheit darstellen.
138 Was sagen Sie dazu?**

139

140 **R:** Die Diskussion gibt es schon länger, mindestens seit 15 Jahren. Damals wurde die Co-
141 Abhängigkeit im DSM-IV nicht aufgenommen, weil es so viele Betroffene gibt. Jeder von
142 denen hat drei bis vier Menschen im Umfeld, von denen nicht alle co-abhängig sind, aber
143 einer oder zwei. Prompt verdoppelt sich die Anzahl von psychischen Störungen. Das sind
144 Krankheiten, die auch mit einer Krankenkasse abgerechnet werden dürften. Das sind
145 Kosten, welche kein Gesundheitssystem tragen möchte, weswegen die Co-Abhängigkeit bis
146 jetzt nicht als Störung definiert ist.

147

148 **S: Sind Sie dafür, dass die Co-Abhängigkeit im DSM-IV oder ICD-10 aufgenommen**
149 **werden würde?**

150

151 **R:** Ja. Wir benutzen den Begriff und finden diesen sinnvoll. Nicht um jemanden zu
152 stigmatisieren, sondern um zu zeigen, dass es eine Störung, eine Art von Erkrankung und
153 ein Beziehungsmuster ist, was man auch therapieren kann. Wir haben kein Problem den
154 Begriff zu verwenden. Wenn es eine Störung oder eine Krankheit ist, kann oder soll der
155 Betroffene etwas ändern und das gibt dann auch eine Eigenverantwortlichkeit. Wenn ich es
156 schwächer ausdrücke, denkt der Betroffene, dass es gar nicht so schlimm ist, also tut er
157 nichts. Man möchte aber doch dem Betroffenen helfen. Es ist ein scharfer Begriff, aber wir
158 verwenden ihn.

159

160 **S: Die verschiedenen Verhaltensweisen des Angehörigen, wie das Leergut**
161 **wegräumen etc., ist dies nicht eine natürliche Reaktion? Wo fängt Co-Abhängigkeit**
162 **an?**

163

164 **R:** Auf alle Fälle. Nur die Frage ist, wie gehe ich als Angehöriger damit um? Die nehmen oft
165 nicht nur wahr, sondern machen Vorwürfe. Spätestens in der Kontrollphase kommen sie in
166 den Strudel mit Flaschen zu verstecken oder zu kontrollieren wieviel sie eingekauft haben
167 oder wann haben sie getrunken. Das führt dazu, dass die Person mit dem Alkoholproblem
168 sich immer mehr bedrängt fühlt und immer mehr zurückweicht. Er versucht noch mehr sich
169 aus der Situation rauszuschlängeln und versucht nicht mehr kontrollierbar zu sein.

170

171 **S.R: Würden Sie sagen, dass der Angehörige in der Kontrollphase mit diesem**
172 **Verhalten schon eine Störung hat?**

173

174 **R:** Das ist eine gute Frage: Ab wann ist jemand co-abhängig? Es gibt ja keine handfesten
175 Kriterien. Es ist eine Co-Abhängigkeit, wenn der Angehörige ein Stückweit sich selbst aufgibt
176 und zu viel Verantwortung übernimmt. Dabei merkt er nicht einmal, dass er leidet. Das läuft
177 eben unbewusst ab. In dem Sinne ist es wichtig, dass man präventiv arbeitet. Das man
178 Angehörige darauf hinweist, dass sie hinschauen sollen und dass die Möglichkeit bestehen
179 kann, dass sich so etwas entwickeln könnte.

180 Ich weiss nicht wievielen Angehörigen man die Diagnose Co-Abhängigkeit gegeben hat. Mir
181 liegen keine Zahlen vor. Wenn es in Richtung Selbstaufgabe geht, viel zu viel
182 Verantwortungsübernahme und der Angehörige nicht merkt, dass er darunter leidet, dann
183 könnte man sagen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass es eine Co-Abhängigkeit ist, gross ist.

184

185 **S.M. Welche Aspekte gehören zu einer guten Angehörigenarbeit?**

186

187 **R:** Wir haben eine Angehörigengruppe, die startet nächstes Jahr wieder. Die findet im
188 Gruppensetting statt, weil wir dort eine grössere Menge an Angehörigen unterstützen können
189 und sie unter einander auch profitieren können. Von daher ist Gruppenarbeit ein wichtiges
190 und gutes Setting. Alles im Einzelsetting zu machen, kann auch zu Vereinzeln führen.
191 Wenn die Angehörigen in der Gruppe zusammen sind, können sie sich auch gegenseitig
192 unterstützen. Sie können sich Ratschläge geben und sich austauschen. Also man kann
193 sagen, dass Gruppentherapie sehr wichtig und sinnvoll ist.

194 Wir vermitteln ihnen auch Wissen über die Störung des jeweiligen Partners. Dadurch wissen
195 die Angehörigen auch über die Krankheit Bescheid. Oft wissen sie nicht was Abhängigkeit ist
196 und warum die Betroffenen nicht aufhören können. Dann muss man sie aufklären, dass es
197 ein Suchtgedächtnis, einen Kontrollverlust gibt. Dadurch sollen sie verstehen, dass dies eine
198 Erkrankung ist.

199 Wichtig ist auch die unterschiedliche Rollenverteilung anzuschauen. Auf die Wünsche und
200 Bedürfnisse des Angehörigen und des Betroffenen sollte in einem dreier Setting (Betroffener,
201 Angehörige und Therapeut) eingegangen werden. Es ist wichtig, dass sie sich Gedanken
202 machen, wie sie mit einem Rückfall umgehen wollen. Sie müssen sagen, was sie sich selber
203 wünschen und welche Unterstützung sie erwarten.

204 Angehörigenarbeit heisst auch, dass der Alkoholabhängige immer über die
205 Angehörigenarbeit informiert wird. Oft ist in der Angehörigenarbeit das Auseinanderleben ein
206 Thema. Dann stellt sich die Frage, ob sie wieder zusammenkommen wollen oder ob es eher
207 in die Richtung einer Trennung geht. Wenn sie wieder zusammenkommen wollen, muss
208 geklärt werden, welches die Schnittmenge ist. Was macht die Beziehung aus? Was will man
209 wieder aufleben lassen? Da ist auch wichtig, dass man sich an gute alte Zeiten erinnert.
210 Beide haben eine Verantwortung etwas zu verändern und beide müssen ihren Teil dazu
211 leisten. Es soll nicht die ganze Last auf den Alkoholabhängigen liegen, sondern es muss
212 wieder gleichmässig verteilt werden.

213

214 **S.M: Welche theoretischen Modelle verwenden Sie in der Beratung?**

215

216 **R:** Die Angehörigengruppe hier in der Forel Klinik ist sehr stark kognitiv-
217 verhaltenstherapeutisch aufgebaut. Es geht um viel Wissensvermittlung, also
218 Psychoedukation.

219

220 **S.R: Können Sie uns ein Beispiel zur kognitiven Verhaltenstherapie geben?**

221

222 **R:** Wir haben viel Psychoedukation gemacht. Verhaltenstherapeutisch heisst, dass das Paar
223 plant, was sie am Wochenende wieder schönes machen können und was ihnen früher gut
224 getan hat. Sie können in der nächsten Sitzung berichten, welche Erfahrungen sie gemacht
225 haben. War die Sucht immer noch ein Problem? Das ist zum Beispiel eine
226 verhaltenstherapeutische Intervention. Ein wichtiger Teil ist auch die Gesprächsführung unter
227 einander, also wie kann man gut kommunizieren? Das heisst, weniger in Vorwürfen zu
228 sprechen, sondern mehr von sich zu sprechen. Ich-Botschaften benutzen. Schulz von Thun
229 kommt hier ins Spiel und die gewaltlose Kommunikation von Marshall Rosenberg. Wir
230 arbeiten auch mit Rollenspielen.

231 Es geht darum, wieder positive Erlebnisse zu schaffen. Kommunikation und
232 Rückfallbesprechung sind für uns in der Forel Klinik ganz wichtige Themen. Auch das
233 Thema, wie machen wir weiter bezüglich Alkohol? Haben wir auch in Zukunft Alkohol zu
234 Hause? Darf ich als Angehörige Alkohol trinken? Da haben wir teilweise auch Manuale, nach
235 denen wir vorgehen.

236 Wir geben den Angehörigen auch viel Infomaterial mit, damit sie am Wochenende auch mit
237 dem Partner daran arbeiten können.

238

239 **S.M: Gibt es keine Einzelsetting mit den Angehörigen?**

240

241 **R:** Doch, die gibt es auch. Die machen wir, wenn der Patient damit einverstanden ist. Bei
242 den meisten kommen die Angehörigen dann ein bis zwei Mal in die Forel Klinik. Meistens
243 drei, vier Wochen nach Therapiebeginn, mitten während der Therapie oder zum
244 Abschlussgespräch um zu schauen, was sich seit dem Eintritt verändert hat.

245

246 **S.M: Welche Rolle nimmt der Angehörige in der Beratung ein?**

247

248 **R:** Keine passive Rolle. Sie müssen nicht nur zuhören und sich vom Therapeuten sagen
249 lassen, was sie zu tun haben. Sondern es ergeben sich doch Themen, die in Richtung Co-
250 Abhängigkeit gehen. Ich denke, der Angehörige braucht einen gewissen Mut und auch
251 Unterstützung, selbst aktiv zu werden. Er muss, genauso wie der Alkoholabhängige, Dinge in
252 seinem Verhalten verändern. Die müssen sich darüber austauschen, möglichst in der
253 Therapie oder in einer ambulanten Therapie, wie sie ihr Leben weiter gestalten, mit all der
254 Unsicherheit die vorhanden ist.

255 Es ist es von Vorteil, wenn der Angehörige auch ein Einzelgespräch wahrnimmt. Das bieten
256 Beratungsstellen meines Wissens auch an. Aber meistens wird das in Gruppensetting
257 gemacht, weil dort der Pool an Wissen und Erfahrungen auch grösser ist. Ansonsten muss
258 sicher der Angehörige, wenn sich eine Co-Abhängigkeit entwickelt hat, eine externe

259 psychotherapeutische Hilfe suchen. Daraufhin muss man schauen, welche Diagnose gibt
260 man. Ist es vielleicht eine leichte depressive Verstimmung? Man muss es einfach vor der
261 Kasse vertreten können.

262

263 **S.M: Die nächste Frage ist vielleicht ein wenig provokativ, aber ich würde sie trotzdem**
264 **gerne stellen. Werden in der Forel Klinik die Angehörigen in die Beratung**
265 **miteinbezogen, um den Heilungsprozess des Alkoholabhängigen zu beschleunigen?**

266

267 **R:** Ja. Ob er dadurch beschleunigt wird, dass wissen wir nicht. Man kann ja nicht Prozesse
268 beschleunigen, die ein selbstorganisierendes System sind. Das geht leider eher nicht. Jeder
269 Mensch braucht so lange wie er braucht. Aber zur Unterstützung auf alle Fälle. Oft ist es ja
270 leider so, dass es in dem Sinne keine Heilung gibt. Man ist trockener Alkoholiker. Man kann
271 leider nicht mehr normal trinken, in dem Sinne gibt es keine Heilung. Aber wir beziehen die
272 Angehörigen ein, um mehr Klarheit zu schaffen. Also bei schnellerem Heilungsprozess, kann
273 es sein, dass es eine Trennung gibt. Dass die Angehörigen, bzw. die Partner/der Partnerin
274 checken, nein so kann oder möchte ich nicht mehr weiterleben. Das sind Voraussetzungen.
275 Selbst wenn du trocken bist, es ist zu viel kaputt. Das schafft in erster Linie Klarheit, was
276 nicht unbedingt heisst, dass es gut für den Patienten ist. Der braucht sicher weiterhin eine
277 therapeutische Unterstützung. Aber besser hier, als ausserhalb ohne Hilfestellung. Also
278 besser so eine Klarheit, so eine Klärung findet hier statt, als ausserhalb und er hat schon
279 längst wieder die Nachsorge aufgegeben. Dann ist die Gefahr von einem Rückfall schon
280 relativ gross.

281

282 **S.M: Gibt es charakteristische Merkmale wie sich co-abhängige Menschen in der**
283 **Beratung verhalten?**

284

285 **R:** Einerseits kann das Dankbarkeit sein: „Schön, dass ich jetzt auch einmal etwas sagen
286 kann, dass ich auch einmal gehört werde.“ Das sind Reaktionen. Es kann aber auch sein,
287 dass der Angehörige gar nicht so richtig will. Auch das kommt vor. Dass die sagen: „Was soll
288 ich da noch reden, du hast ja das Problem. Wenn dann doch du.“ Das sind dann vielleicht
289 die weniger co-abhängigen, die so etwas sagen.

290 Weitere typische Reaktionen sind: „Du bist in der Therapie. Du musst was ändern. Du hast
291 Mist gebaut.“ Das sind eher so Vorwürfe. Wir versuchen in den Gruppensettings in dieser
292 Angehörigengruppe immer eine Atmosphäre zu erzeugen, dass beide profitieren können.
293 Also das es nie nur in die Richtung Patient geht. Das nicht nur er wieder behandelt wird,
294 sondern das die Angehörigen genauso profitieren von den Infos, Tipps und dem Austausch

295 mit den anderen Betroffenen Angehörigen. Es soll eigentlich für beide eine win-win-Situation
296 sein.

297 Es kann durchaus vorkommen, dass sich Angehörige verweigert haben. Das sie gesagt
298 haben ich komme nicht. Aber dann war schon von vorhinein relativ klar, dass es in Richtung
299 Trennung geht.

300

301 **S.M: Ist das eher die Minderheit, die so reagiert?**

302

303 **R:** Was meine Erfahrung ist ja. Also wenn ich das in Prozentzahlen ausdrücke, sind das
304 vielleicht 20 Prozent. Aber das ist jetzt so ein Gefühl von meiner Arbeit in der Forel Klinik.

305

306 **S.M: Wir haben auch schon kurz darüber geredet, dass co-abhängige Angehörige ihre**
307 **Bedürfnisse ganz in den Hintergrund stellen und sich aufopfern, um voll und ganz für**
308 **den Partner da zu sein. Ich denke das ist sicherlich auch ein Punkt, welcher in der**
309 **Beratung angesprochen wird?**

310

311 **R:** Das heisst ja auch, dass sie ihre Bedürfnisse wieder neu erkennen sollen. Oft wissen die
312 Angehörigen ihre Bedürfnisse gar nicht. Sie spüren es gar nicht mehr, weil sie nur noch beim
313 anderen sind, nur noch beim Patienten. Dann geht es darum, die Bedürfnisse wieder
314 kennenzulernen und auch dafür einzustehen und umzusetzen. Das findet natürlich am
315 ehesten in einem Einzelgespräch statt. Dabei wird auch die Unsicherheit unterstützt, die
316 entsteht, wenn ich wieder Verantwortung an den anderen abgebe. Dass ich dies aushalten
317 kann. Aber da gebe ich euch Recht. Das würde mehr in Richtung Einzeltherapie gehen,
318 wenn man das so richtig ausarbeiten möchte oder in Richtung Selbsthilfegruppe oder eine
319 Gruppe, die speziell für co-abhängige Menschen gemacht ist, also ohne direkten Einbezug
320 des Patienten.

321 Also auf eure Frage vom Leitfaden zurückzukommen, ich finde es ganz wichtig, da ein
322 deutlicheres Programm für Angehörige aufzustellen.

323

324 **S.M: Also das es spezifischer wird?**

325

326 **R:** Auch spezifischer. Oder vielleicht sogar wirklich ein Einzelsetting. Ich weiss, dass
327 Beratungsstellen, die seriös und gut arbeiten, auch Angehörigenarbeit anbieten. Aber oft
328 wissen die Angehörigen erstens nichts davon und zweitens denken sie, dass nicht sie das
329 Problem haben. Also müssen sie auch nicht in eine Alkoholberatungsstelle gehen. Die ist ja
330 für Alkis. Also oft wissen die nicht, was es für Hilfsangebote gibt. Die sind ganz dankbar,
331 wenn wir ihnen sagen, gehen sie hier hin. Also ich glaube da bräuchte es schon

332 noch mehr Werbung. Das fand ich wirklich eine gute Frage. Also einerseits vielleicht auch
333 noch mehr Angebote und auf der anderen Seite auch mehr Werbung.

334

335 **S.M: Also es braucht einfach mehr Prävention?**

336

337 R: Ja.

338

339 **S.M: Gibt es auch Situationen, wo Sie Ihren Klienten raten, dass es besser für sie**
340 **wäre, wenn sie sich von ihren alkoholabhängigen Partner trennen würden?**

341

342 R: So sagen wir es nicht.

343

344 **S.M: Aber durch die Blume?**

345

346 R: Das wäre erstens unseriös, weil wer ist denn der Therapeut, dass er sagen kann, trennt
347 euch?! Nein, meistens kristallisiert sich im Gespräch heraus, wie es den beiden geht. Oder
348 das sollte sich herauskristallisieren. Also unser Ziel ist eigentlich, dem Angehörigen oder
349 auch dem Betroffenen klarzumachen, möchte ich die Beziehung weiterführen. Also nicht
350 klarzumachen, das ist falsch was ich gerade sage. Das er erkennt, wie fühle ich mich in
351 Bezug auf meine Partnerin oder meinen Partner. Wenn er dann dadurch eine Entscheidung
352 treffen kann, dann ist das eben seine Entscheidung. Aber wir sagen jetzt nie, es wäre besser
353 sie würden sich trennen. Also ich glaube auch nicht, dass das einer meiner Kollegen macht.
354 Das wäre ein zu starker Eingriff und am Ende kann der Patient kommen und sagen, sie
355 haben das und das gesagt und kann sich daraufhin beschweren. Also wie gesagt, wir
356 versuchen immer mit dem Patienten so zu arbeiten, dass er die Lösung des Problems findet,
357 wie auch immer diese aussieht. Und manchmal kommt es von beiden Seiten vor, ich habe
358 beispielsweise jetzt akut einen Patienten der sagt, ich liebe meine Frau total, aber ich glaube
359 das funktioniert nicht mehr. Da ist zu viel kaputt und ich kann auch mit der Belastung und
360 den Vorwürfen nicht mehr leben. Ich möchte mich trennen, die Partnerin möchte es sowieso.

361

362 **S.M: Haben Sie das Gefühl, dass Angehörige nicht in eine Beratungsstelle gehen, weil**
363 **sie Angst vor Stigmatisierungen haben?**

364

365 R: Ja, das kann ich mir sehr gut vorstellen. Da spielt sicher auch das Wort Co-Abhängigkeit
366 noch eine Rolle, dass man das nicht gerne hören würde. Wobei viele kennen den Begriff gar
367 nicht. Aber der Glaube, dass ich als Angehöriger keine therapeutische Hilfe aufsuchen muss,
368 da ich ja gar nicht das Problem habe. Auf den Gedanken kommen viele nicht. Dann

369 mache ich es möglichst noch versteckt, also das mich keiner sieht. Wenn ich im Dorf zum
370 Psychiater gehe, schaue ich, dass mich möglichst keiner sieht oder ich gehe in ein anderes
371 Dorf, wenn es ein kleinerer Bezirk ist.

372 Also ich glaube schon, dass die Angst vor Stigmatisierung da ist und das der Angehörige
373 selber auch etwas ändern sollte.

374

375 **S.M: Und dass es solche Angebote gibt.**

376

377 **R:** Genau. Ich denke das ist also vielschichtig. Es wäre spannend diesbezüglich eine
378 Umfrage über Angehörige zu machen, wie oft sie dieses Angebot wahrnehmen würden und
379 ob sie überhaupt über die Angebote Bescheid wissen?

380

381 **S.R: Wir haben in unserer Arbeit auch über die Systemtheorie geschrieben. Was**
382 **denken Sie, was für eine Rolle spielt die Systemtheorie in der ganzen**
383 **Angehörigenarbeit?**

384

385 **R:** Systemtheorie kommt ja ganz explizit in der systemischen Familientherapie vor, als
386 theoretische Grundlage. Auch wenn man eine andere therapeutische Ausrichtung hat, denke
387 ich, ist es sinnvoll sich auf systemtheoretische Ansätze zu berufen. Es ist ja so bei der
388 Systemtheorie, also ich habe ja keine Ausbildung in systemischer Therapie, aber so wie ich
389 es verstanden habe, regulieren sich die Systeme auch wieder selbst und zwar von sich aus
390 heraus. Und in dem Sinne verstehe ich den Berater nicht als den, der sagt wo es lang geht,
391 wie das vielleicht im hierarchischen Arzt-Patient Verhältnis der Fall ist, sondern allenfalls als
392 Coach, Mediator und Ideengeber. Aber wie wir vorhin ja auch schon besprochen haben, die
393 Lösung von der Problematik sollte aus dem System heraus kommen. Weil sonst ist es etwas
394 so künstliches. Es wird was Künstliches über den Patienten oder den Angehörigen
395 drübergestülpt, vielleicht sogar etwas was er gar nicht mag oder gar nicht gut findet.

396 Manchmal müssen wir die Patienten aber auch strukturieren und sagen, das was sie wollen,
397 läuft hier in der Forel Klinik nicht. Dann müssen wir auch mehr im System eingreifen. Aber
398 immer mit dem Aspekt das System zu unterstützen, so dass dann doch wieder vom System
399 aus die richtige Lösung herauskommen kann.

400 Aber Systemtheorie finde ich, gerade in dem Bereich, ist eigentlich die Grundlage. Nicht nur
401 wenn man systemische Therapie macht, sondern auch für alle anderen Therapierichtungen
402 sollte das die Grundlage sein. Es gibt ja den Herrn Grawe, der Psychotherapieforscher ist
403 und der hat gesagt, dass es nicht wichtig ist das eine Theorie zu Grunde liegt, sondern das
404 man eigentlich schulenübergreifend das aus der Therapie rausziehen oder reinnehmen
405 sollte, was jetzt wichtig ist und nicht nur stur nach einer Schule gehen. Von daher

406 glaube ich, dass gerade in der Angehörigenarbeit systemisches Arbeiten von der Haltung
407 und vom Menschenbild her ganz wichtig. Egal ob man anschliessend eher
408 verhaltenstherapeutisch arbeitet. Aber die Grundlage sollte systemisch sein. Das spannende
409 ist ja da auch, dass oft kleine Veränderungen grosse Wirkung haben.

410

411 **S.R: Wir haben uns auch mit der Rolle des Beraters beschäftigt. Wie würden Sie Ihre**
412 **Rolle/Funktion definieren?**

413

414 **R:** Also so wie es momentan in der Forel Klinik läuft, stufe ich uns eher als Coach und
415 Berater ein. Therapie würde ein doch anderes Setting bedingen und nachdem das Setting
416 hier noch nicht möglich ist oder schweizweit durch die Krankenkasse noch alles unmöglich
417 ist, ist es eher Beratung und Coaching. Es sei denn eben der Angehörige geht speziell in
418 eine Therapie. Dann kann dieser einen vertieften Prozess in seinen Rollenbildern anfangen.

419

420 **S.R: Und Ihre Funktion ist eigentlich das Gespräch zu leiten?**

421

422 **R:** Ja. Natürlich zu leiten und zu strukturieren. Schon auch Infos und Inputs zu geben. Aber
423 so wie ich arbeite, lasse ich das System selbst regulieren, ausser wenn ich merke, dass ich
424 selber skeptisch bin. Zum Beispiel beim Thema mit Alkohol kochen oder nicht. Wenn jemand
425 sagt, ich koche weiterhin mit Alkohol, werde ich den Teufel tun und sagen das müssen Sie
426 lassen. Sondern ich frage den Partner, ob er das gut und förderlich findet, weiterhin mit
427 Alkohol zu kochen. Ich kann nur sagen, die Rückfallgefahr durch das Kochen mit Alkohol
428 steigt um so und so viel Prozent. Was sagen Sie dazu? Dann geht es wieder hin und her.
429 Letztendlich werden die beiden, wenn ich aus der Beratung nicht mehr zur Verfügung stehe,
430 sowieso tun was sie tun wollen. Also. Die werden zu Hause sowieso ihr Ding machen, nur
431 hoffentlich etwas anders dann.

432

433 **S.M: Das heisst man kann einfach Inputs geben und die Verantwortung**
434 **schlussendlich ist bei den Klienten?**

435

436 **R:** Das ist in jeder Therapie so. Ausser bei Patienten, die schwer Ich-gestört,
437 selbstgefährdend oder fremdgefährdend sind. Da muss man sagen, jetzt ist Schluss. Es gibt
438 zum Beispiel auch Zwangsmedikation. Aber im normalen therapeutischen Kontext ist es
439 tatsächlich so, dass man versuchen kann aufzudecken, welche Muster dahinterliegen. Mit
440 dem Patienten zusammen herauszufinden, ob etwas wirklich gut oder förderlich ist.
441 Zusammen herausfinden was unterstützt sie tatsächlich? Welche Ressourcen haben sie, um
442 auch einmal etwas anderes zu machen? Aber wenn der oder die sich entscheidet,

443 ich mache es trotzdem wie bisher, dann muss man loslassen. Da sind wir hoffentlich nicht
444 co-abhängig. Weil das gibt es nämlich durchaus auch, dass die Helfer co-abhängig werden
445 können.

446

447 **S.M: Ich glaube das passiert schnell einmal.**

448

449 **R:** Das passiert verdammt schnell. Da findet man jemand sympathisch und möchte nicht,
450 dass dieser in eine Klinik muss. Also fährt man doch noch am Samstag zu ihm hin und hilft
451 ihm die Flaschen wegzuräumen.

452

453 **S.R: Haben Sie als Berater in Ihrer Rolle auch Grenzen?**

454

455 **R:** Sicher. Also zum einen wenn ich merke, dass keine Behandlungsmotivation da ist. Wir
456 haben hier in der Klinik oder auch ambulant, gewisse Regeln. Das heisst zum Beispiel, dass
457 man trocken in die Therapie kommt. Wir verlangen dass, hier auf dem Gelände zum Beispiel
458 kein Alkohol konsumiert wird. Wenn also die Regeln des Beratungs- und Therapiesettings
459 nicht eingehalten werden, dann beenden wir auch teilweise die Therapie oder sagen, so
460 können wir nicht weitermachen. Dann muss sich der Patient ein anderes Setting suchen.
461 Weitere Grenzen sind, keine compliance, kein Problemverständnis und wenn der Patient
462 oder der Angehörige nur auf Druck vom jeweils anderen da ist, macht das Beratungssetting
463 keinen Sinn.

464

465 **S.R: Häufig zeigen Angehörige ja Stresssymptome, weil sie unter enormen Stress
466 stehen. Wie behandeln Sie diese? Sprechen Sie das an in der Beratung?**

467

468 **R:** Ansprechen sicher. Stressmanagement wäre da das Thema. Dann würde sich zum
469 Beispiel anbieten in Gruppentherapien Stressmanagement in der Gruppe zu lernen. Also wir
470 würden das anbieten, wenn wir merken würden, es gibt in der Gruppe Interesse. Aber wir
471 haben keine externe Stressmanagementgruppe. Das gibt es noch nicht.

472

473 **S.R: In dem Fall ist das nicht so gefragt?**

474

475 **R:** Ja. Also wenn Angehörige kommen, geht es wirklich erst einmal immer um das
476 Zusammenleben und die Partnerschaft. Und die fragen nicht, wie kann ich denn mit meinem
477 Stress umgehen. Das ist ja gerade das Problem. Aber wenn wir merken würden, so etwas ist
478 jetzt bei jemandem Thema, würden wir zum Beispiel empfehlen, schau mehr für dich, schau
479 für deine Bedürfnisse.

480 **S.R: Was für Erwartungen haben Ihrer Meinung nach Angehörige an eine Beratung?**

481

482 **R:** Dass sie kommen und sagen, was kann ich denn noch besser machen? Also speziell
483 wenn sie halt noch co-abhängig sind. Was kann ich denn noch tun, damit mein Mann nicht
484 mehr trinkt? Andererseits ist es auch oft so da, dass die Therapeuten manchmal missbraucht
485 werden sollen als Kliniken, die dem Patienten auch noch einmal sagen, was er alles falsch
486 macht und das er sich jetzt zusammenreißen soll. Also sprich, das was der Partner/die
487 Partnerin sowieso schon immer macht. Das sind natürlich falsche Vorstellungen, mit denen
488 manche kommen. Jetzt mach doch mal, was der Herr Doktor da sagt.

489 Aber ich glaube auch, ganz viele kommen wirklich mit dem offenen Wunsch Infos und
490 Hilfestellung für sich zu kriegen. Was kann ich tun für mich tun? Und dies nicht nur in Bezug
491 auf den Betroffenen. Aber wie gesagt, das sind dann eher die nicht Co-abhängigen.

492

D) Interviewleitfaden

I) Sozialarbeiter

Einleitung

- Wie sieht Ihr beruflicher Werdegang aus?
- Würden Sie uns bitte erklären, was der Auftrag der Institution ist, in welcher Sie arbeiten?
- Wie sieht konkret ein Arbeitsalltag von Ihnen aus?

Co-Abhängigkeit

- Was verstehen Sie unter dem Co-Abhängigkeitskonzept? / Wie definieren Sie diesen Begriff?
- Wird der Begriff Co-Abhängigkeit in der heutigen Praxis noch verwendet?
- Ist es nicht eine natürliche Reaktion des Menschen, eine offensichtlich hilfsbedürftige Person zu unterstützen? / Wo fängt Co-Abhängigkeit an? / Sind alle Angehörigen von Suchtkranken co-abhängig?
- Ist zuerst eine Co-Abhängigkeit da oder eine Suchtmittelabhängigkeit? / Kann sich eine Co-Abhängigkeit auch entwickeln, wenn keine Suchtmittelabhängigkeit des Partners vorhanden ist?
- Hat das Co-Abhängigkeitskonzept für Sie einen stigmatisierenden Effekt?
- Ist Co-Abhängigkeit für Sie eine eigenständige Krankheit / psychische Störung?
- Wäre den Angehörigen geholfen, wenn Co-Abhängigkeit in den ICD-10 / DSM-IV aufgenommen werden würde?
- Gibt es Parallelen zwischen einer Co-Abhängigkeit und einer Suchtmittelabhängigkeit?

Angehörigenarbeit

- Wie sieht gute Angehörigenarbeit Ihrer Meinung nach aus?
- Was für theoretische Konzepte/Modelle werden heutzutage in der Beratung von Partnern von alkoholabhängigen Menschen angewendet?
- Wie sieht konkret ein Beratungssetting mit einem co-abhängigen Partner eines alkoholabhängigen Menschen aus?
- Welche Rolle nimmt der Angehörige in der Beratung ein?
- Finden die Beratungen mit den Angehörigen immer in Anwesenheit des alkoholkranken Menschen statt oder gibt es auch Einzelsitzungen?
- Gibt es charakteristische Merkmale wie sich co-abhängige Menschen in der Beratung verhalten?
- Partner stellen ihre Bedürfnisse in den Hintergrund, um voll und ganz für den Partner

da zu sein. Wie arbeiten Sie mit Partner an dieser Thematik?

- Raten Sie Ihren Klienten, dass es besser für sie wäre, wenn sie sich von ihren alkoholabhängigen Partner trennen?
- Welche Themen sollten in einer Beratung vom Berater unbedingt angesprochen werden?
- Gibt es Ihrer Meinung nach genügend Angebote für Angehörige von Suchtkranken?
- Was raten Sie Ihren Klienten wie sie mit der Alkoholabhängigkeit des Partners umgehen sollen?

Paartherapie

- Empfehlen Sie einem Angehörigen mit einem alkoholabhängigen Partner noch zusätzlich eine Paartherapie zu machen?

Systemtheorie

- Was für eine Rolle spielt die Systemtheorie in der ganzen Angehörigenarbeit?

Angehörigenarbeit aus Sicht der Angehörigen

- Was für Bedürfnisse / Erwartungen haben Therapeuten an die Angehörigen?
- Was für Erwartungen haben Ihrer Meinung nach Angehörige an eine Beratung?

Die Rolle des Beraters

- Wie würden Sie Ihre Rolle / Funktion definieren?
- Wo sind Ihre Grenzen in der Beratung?

Rolle Soziale Arbeit

- Was für einen Beitrag kann Ihrer Meinung nach die Soziale Arbeit leisten, damit Angehörigen besser geholfen werden kann? / Wie sieht die Rolle des Sozialarbeiters in der Suchthilfe aus?
- Überschneiden sich nicht zum Teil die Aufgaben eines Therapeuten und die des Sozialarbeiters?

Coping

- Häufig zeigen Angehörige Stresssymptome in der Beziehung mit einem alkoholabhängigen Partner. Wie behandeln Sie diese?

II) Angehörige

Einleitung

- Sind Sie momentan noch mit Ihrem suchtkranken Partner zusammen?
- Wenn ja, macht Ihr Partner ebenfalls eine Therapie?
- Haben Sie darüber nachgedacht eine Paarberatung zu machen?
- In der Angehörigenarbeit gibt es verschiedene Formen der Hilfe, wie beispielsweise Psychotherapie, Familientherapie oder Selbsthilfegruppen. Für welche Form von Hilfe haben Sie sich entschieden?
- Warum haben Sie sich für diese Art von Setting entschieden? Welche Faktoren haben Sie in Ihrer Entscheidung beeinflusst?

Stigmatisierung

- Als Ihr Umfeld erfahren hat, dass Ihr Partner alkoholabhängig ist, wie sahen die Reaktionen aus?

Co-Abhängigkeit

- Haben Sie schon einmal vom Begriff Co-Abhängigkeit gehört?
- Wenn ja, was stellen Sie sich unter diesem Begriff vor?
- Ist es Ihnen schwer gefallen Hilfe anzunehmen?

Angehörigenarbeit

Ablauf einer Beratung

- Welche Gründe sprachen gegen und welche für eine Beratung?
- Können Sie den genauen Ablauf einer Beratung erklären?
- Welche Themen wurden in der Beratung behandelt?

Erwartungen/Wünsche an eine Beratung

- Haben Sie die Erwartung, dass wenn Sie sich professionell helfen lassen, dass sich dies auf Ihren Partner überträgt und dieser sich ebenfalls Hilfe holt?
- Was ist Ihrer Meinung nach das wichtigste in einer Beratung? Was ist für Sie gute Angehörigenarbeit?
- Welche Erwartungen haben Sie an einen Berater/Sozialarbeiter?
- Wurde auf Ihre Wünsche an das Setting eingegangen? Wurden Ihre Erwartungen erfüllt?
- Wurden Sie genügend in die Therapieprozesse miteinbezogen?
- Fühlten Sie sich in der Beratung ernst genommen?
- Welche Ziele haben Sie sich in der Beratung vorgenommen?

Rolle des Beraters

- Was haben Sie das Gefühl ist die Rolle des Beraters? Was sind seine Aufgaben in diesem ganzen Prozess?
- Hat man Ihnen in der Beratung dazu geraten, sich von Ihrem Partner zu trennen?

Aktueller Stand der Angehörigenarbeit

- Sind Sie der Meinung, dass Angehörige von Suchtkranken in der Schweiz genügend Unterstützung erhalten? Was ist Ihrer Meinung nach noch verbesserungsfähig?
- Wir haben gelesen, dass es für Angehörige wichtig ist, dass sie Informationen über eine Alkoholabhängigkeit und deren Verlauf erhalten. Stimmen Sie dem zu?

Auswirkungen der Beratung

- Hat sich in der Beziehung zu Ihrem Partner etwas verändert, seitdem Sie sich beraten lassen?
- Was ist das wichtigste, was Sie für sich persönlich in der Beratung gelernt haben?
- Der Suchtforscher Michael Klein ist der Meinung, dass es für alle zukünftigen Ehepartner einen obligatorischen Kurs geben sollte, den zu es zu belegen gilt. Dort sollen Themen wie die Suchterkrankung eines Partners behandelt werden. Was halten Sie von dieser Präventionsmassnahme?

E) Interviews

I) Sozialarbeiter

Einleitung

Stefanie Millius / Stephanie Rion - Wie gestalten Sozialarbeiter die Beratung von co-abhängigen Personen, die einen alkoholabhängigen Partner haben und wie wird die Zusammenarbeit von den Angehörigen erlebt? – Bea Schild –14.12.2012 – 63‘

Das Interview mit Bea Schild fand am 14.Dezember 2012 in ihrer Privatpraxis in Bern statt. Die Dauer des Gesprächs lag bei 63 Minuten. Die Antworten von Frau Schild haben wir wortwörtlich wiedergegeben.

Unsere Aussagen bzw. Fragen sind fett gedruckt und jeweils mit S.M (Stefanie Millius) oder S.R (Stephanie Rion) gekennzeichnet.) Die Antworten von Frau Schild sind mit dem Buchstaben B.S (Bea Schild) markiert. Dadurch wollen wir eine klare Differenzierung der Aussagen erreichen.

1 **S.M: Zuerst habe ich noch eine Frage: Ist es für Sie in Ordnung, wenn wir auf**

2 **Hochdeutsch das Interview machen?**

3 **B.S:** Ok. Es wäre für sie einfacher...

4

5 **S.M:** ... zum transkribieren (lacht). Ist das für Sie OK?

6

7 **B.S:** Ja ja.

8

9 **S.M:** Und bevor das wir anfangen möchte ich nochmal ganz klar erwähnen das unser
10 Fokus auf den Angehörigen liegt, im speziellen auf die Partner und nicht auf die
11 Suchtkranken selber.

12 **Gut, also zuerst, wie sieht Ihr beruflicher Werdegang aus?**

13

14 **B.S:** Also, damit ich ihnen nichts Falsches erzähle, habe ich ihn mitgebracht (nimmt ihren
15 Lebenslauf hervor; lacht). Ja was möchten Sie denn wissen? Meine Ausbildungen Meine
16 Arbeitserfahrungen? Oder was möchten Sie wissen?

17

18 **S.R:** Die Arbeitserfahrungen wären auch spannend.

19

20 **B.S:** Die Arbeitserfahrungen. Also seit, vor 1980, ich bin ja 1958 geboren, vor 1980,
21 nachdem ich das Gymnasium ohne Abschluss beendet habe, habe ich in verschiedenen
22 Selbsthilfegruppen und Projekten als Freiwillige mitgearbeitet und mich dann in Richtung
23 einer sozialen Ausbildung orientiert. Dann war ich, ab 1980 habe ich verschiedene Praktika
24 auch gemacht und in Gemeinwesen- und Jugendarbeit zuerst und dann, war, hatte ich
25 meine erste Stelle als Betreuerin in Ausbildung in einem Wohn- und Arbeitsverein für
26 autistische Erwachsene. Was eine ziemliche heftige Erfahrung damals war (lacht und
27 räuspert sich). Genau. Und dann habe ich bis 1988 in der Jugendarbeit gearbeitet, in der
28 kirchlichen Jugendarbeit. Was ich auch noch geschätzt habe, weil es eben die Sinnfrage
29 mitbeinhaltete und wir auch relativ viel Erwachsenenbildungen gemacht haben. Ich war auch
30 in der Gruppe die Weiterbildungsanlässe für kirchliche Jugendarbeiten durchgeführt hat. Das
31 hat mir Spass gemacht.

32 Und dann habe ich mit meinem damaligen Freund zusammen, sind wir einem Projekt
33 beigetreten, eine Art (...) für psychiatrische Klinik aufzubauen. Das haben wir auch gemacht.
34 Es war unglaublich viel Arbeit (lacht), aber es hat auch Spass gemacht. Und seit da war ich
35 immer irgendwie mit einem Fuss auch noch in der Psychiatrie beschäftigt. Ich habe dann
36 zwar in der Suchtarbeit gearbeitet mit Langzeiterwerbslosen, aber immer irgendwo im
37 Zusammenhang mit psychiatrischer irgendwas Arbeit. Ich habe zehn Jahre betreutes,
38 begleitetes Wohnen muss ich sagen, von ehemaligen Psychiatriepatienten gemacht

39 nebenher. Und seit 2004 eigentlich bin ich jetzt plötzlich Sozialarbeiterin, nachdem ich vorher
40 so immer so eigentlich eher Sozialpädagogisch, Sozialarbeit therapeutische Anstellungen
41 gehabt habe. Ich bin ja auch nicht von Beruf Sozialarbeiterin. Ich habe einfach eine
42 Ausbildung als Soziokulturelle Animatorin gemacht (lacht).

43

44 **S.M: Spannend.**

45

46 **B.S:** Ja und so Weiterbildungen habe ich ganz viele. Also ich bin ja Transaktionsanalytikerin.
47 Ich unterrichte das auch. Ich habe eine systemische Ausbildung. Ich habe zusätzlich noch
48 eine Paartherapieausbildung. Ich habe eine körperorientierte Ausbildung. Ich habe jetzt noch
49 eine Ausbildung gemacht für Stress- und Traumabehandlungen und für Achtsamkeit.

50

51 **S.R: Wauw (lacht).**

52

53 **B.S:** Und sonst noch ein paar. Ich sage jetzt Ihnen nicht alles. Ich bin sehr lernbegierig,
54 immer noch (lacht).

55

56 **S.M: Das merkt man (lacht). Und hier führen Sie jetzt eine eigene Praxis?**

57

58 **B.S:** Dies ist meine Praxis, genau. Dies ist auch gleichzeitig mein Weiterbildungsinstitut. Ich
59 unterrichte ja auch Transaktionsanalyse für Beratungen. Seit 2008 haben wir eine eigene
60 (...).

61

62 **S.M: Ja. Und welche Klienten können dieses Angebot hier nützen? Was ist Ihre
63 Zielgruppe?**

64

65 **B.S:** Ich habe gemerkt, also ich habe mir nicht überlegt was ist meine Zielgruppe, sondern
66 ich habe gemerkt, die meisten Menschen die zu mir kommen, kommen wegen
67 irgendwelchen Beziehungsfragen als Anlass zu mir. Weil sie nicht allein sein möchten, weil
68 sie Schwierigkeiten haben in einer Beziehung. Dahinter stehen aber die allerverschiedensten
69 Schwierigkeiten.

70

71 **S.R: Wir haben in unserer Arbeit auch über die Co-Abhängigkeit geschrieben. Und
72 jetzt nimmt mich noch Wunder, was Sie unter diesem Begriff verstehen Co-
73 Abhängigkeit? Wie definieren Sie diesen?**

74

75 **B.S:** Also ich definiere ihn als Begriff, den es so eigentlich nicht geben sollte. Das habe ich
76 auch in meinem Buch geschrieben (lacht). Wenn man die Wurzeln des Begriffs anschaut,
77 dass man eigentlich dann sagen müsste, das es das so nicht gibt. Das das aus einem alten
78 Rollenverständnis von Mann und Frau entstand und aus der leider immer noch bestehenden
79 Zuschreibung der Schuld an die Frauen an den Krankheiten der Männer. Ich habe auch
80 aktuell eine Freundin, die sich jetzt nach 20 Jahren Alkoholabhängigkeitsexzessen des
81 Mannes getrennt hat, in einem kleinen Ort in Deutschland und sie wird im Laden darauf
82 angesprochen, was sie für eine böse Frau sei. Es ist nicht Fantasie, es ist Realität.

83

84 **S.R: Ja und trotzdem wird der Begriff heute noch sehr oft gebraucht. Auch von den**
85 **Angehörigen selbst die sagen sie sind co-abhängig. Warum denken Sie, dass das so**
86 **ist?**

87

88 **B.S:** Ja ich denke der Begriff hat einfach Eingang gefunden in der Kultur. Also auch die
89 meisten Profis reden ja von Co-Abhängigkeit (räuspert sich). Wobei man meint das die nicht
90 abhängigkeiterkrankte Person die andere Person in ihrer Krankheit quasi unterstützt und
91 durch ihr Verhalten begünstigt (-). Das wird immer wieder so gesagt und ich denke das
92 müsste auch näher angeschaut werden, ob das wirklich so ist. Deshalb schreibe ich
93 dagegen an, dass man das immer in diese Schublade packt.

94

95 **S.R: Aber er wird heute doch noch in der Praxis gebraucht.**

96

97 **B.S.** (Mhm)

98

99 **S.M: Darf ich noch eine Zwischenfrage stellen? Wie würden Sie dann oder was gibt es**
100 **für Sie für einen Alternativbegriff?**

101

102 **B.S:** Wissen Sie wenn man einfach grundsätzlich schauen möchte wie funktionieren Paare,
103 Partnerschaften? Dann gibt es so einen Begriff ja auch bei Willi, Jürg Willi, die
104 Zweierbeziehung. Wie übernimmt eine Person mehr Verantwortung und die andere weniger
105 zum Beispiel. Das ist auch für die eigene Paardynamik angelegt und in den
106 Persönlichkeitsstrukturen der Beteiligten und hat dann nichts mit den Erkrankungen oder
107 jetzt in diesem Fall mit Abhängigkeitserkrankungen des Partners, zu tun. Ich denke das wäre
108 eine Möglichkeit das anzuschauen.

109

110 **S.R: Und ja Co-Abhängigkeit, also Menschen die einen Partner haben der**
111 **alkoholabhängig ist, probieren, sind oft sehr hilfsbedürftig- oder? Und wir**

112 **sehen das auch als eine natürliche Reaktion des Menschen dass man ihm hilft. Das**
113 **man ihm das Leergut wegräumt oder die Flaschen. Dass das einfach wie eine**
114 **natürliche Reaktion des Menschen, des Partners ist. Wie sehen Sie das?**

115

116 **B.S:** Inwiefern würden denn Sie das als natürlich ansehen?

117

118 **S.R:** Ich denke auch wenn man einen Partner liebt und das wir nicht, ja, man hat dann
119 **irgendwie Stress und probiert das so zu reduzieren, indem man sich ebenso verhält.**

120

121 **B.S:** Ja, ich denke das ist doch eine gute Erklärung. Man möchte es vielleicht auch lieber
122 nicht sehen, weil es einem immer an die traurige Situation erinnert und weil man oft, wenn er
123 nicht da ist und er es nicht sieht zum Beispiel jetzt, dann trinkt er vielleicht nicht mehr. Man
124 möchte es aus der Welt schaffen, oder?

125

126 **S.R: Genau.**

127

128 **S.M: Wir sind auch der Meinung, dass wenn eine Suchtproblematik da ist, dass man,**
129 **dass die Angehörigen so oder so überfordert einfach sind mit dieser Tatsache.**

130

131 **B.S:** Ja. Also wenn ich mir jetzt vorstelle, mein Partner würde ein schweres
132 Abhängigkeitsproblem plötzlich haben, dann wäre ich wohl auch überfordert. Ja, finde ich
133 auch. Ich denke es ist enorm schwierig damit umzugehen, wenn man plötzlich nicht mehr
134 weiter kommt (...). Respektiert er mich? Was vertuscht er jetzt? Kann ich mich jetzt auf ihn
135 verlassen oder nicht?

136

137 **S.M: Oder wie geht es weiter auch?**

138

139 **B.S:** Ja. Das ist sehr verunsichernd und deshalb ist es auch so viel Stress. Ok.

140

141 **S.R: Denken Sie, dass viele dieser Angehörigen mit Partnern die alkoholabhängig**
142 **sind, solche Verhaltensweisen haben? Das sie eben das Leergut wegräumen oder das**
143 **nicht wahrhaben wollen, das er ein Problem hat, der Partner.**

144

145 **B.R:** (Räuspert) Ich weiss nicht wie Sie, das Leergut wegräumen ist da eine mögliche
146 Reaktionsweise, die man öfter hört von Angehörigen und sogar Kinder, nämlich in der
147 Hoffnung, sie würden nicht mehr Alkohol trinken (-). Dass Angehörige das nicht wahrhaben
148 wollen, das hört man auch immer wieder, das liest man auch immer wieder. Ich

149 denke es ist ja ein Prozess des Bewusstwerdens des Abhängigen und den Angehörigen. Die
150 Angehörigen merken ja das meist noch eher, dass etwas nicht stimmt.

151

152 **S.R: Wir haben uns dann auch so überlegt, ist zuerst eine Co-Abhängigkeit da oder**
153 **eine Suchtmittelabhängigkeit?**

154

155 **B.S:** Was denken Sie denn?

156

157 **S.R: (lacht) Für uns ist das noch schwierig. Ich denke das kann man nicht so sagen,**
158 **dass das jetzt zuerst die Suchtmittelabhängigkeit da war oder die Co-Abhängigkeit.**

159

160 **B.S:** (Mhm) Also eben wenn ich jetzt mit Willi definiere, dass es möglicherweise eine
161 Paardynamik gab, bei der der oder die Partnerin bereits in einer überverantwortlichen Rolle
162 waren, dann könnte es tatsächlich sein, dass die Suchtmittelabhängigkeit erst nachher
163 gekommen ist. Kann sogar möglicherweise als Rache, könnte auch gut sein. Als (...) eine Art
164 seltsame Selbst- und Paarsabotage. Aber normalerweise ist es ja schon, dass eine
165 Abhängigkeitserkrankung ist, ob die Angehörigen da irgendwie darauf reagieren. So gut sie
166 das halt können. Würde ich jetzt mal sagen.

167

168 **S.R: Hat dieser Begriff Co-Abhängigkeit oder dieses Konzept, hat das für Sie einen**
169 **stigmatisierenden Effekt auch auf die Menschen selber (...) oder diese Erkrankung?**

170

171 **B.S:** Also es ist ja gar keine Erkrankung.

172

173 **S.R: Nein. Aber manche sagen das eben.**

174

175 **B.S:** Ja. Gut es ist eigentlich schon lange abgelehnt von den Ärztesgesellschaften, dass es
176 keine Krankheit ist. Es sind einfach Lebensumstände, die wegen den grossen Belastungen
177 möglicherweise Krankheiten auf Dauer verursachen können als (...) Belastung und Stress.
178 Aber, was war Ihre Frage? Könnten Sie Sie nochmals stellen?

179

180 **S.R: Ob dieser Begriff auch einen stigmatisierenden Effekt auf die Angehörigen hat?**

181

182 **B.S:** Ich denke schon, klar. Ich denke es hat einen stigmatisierenden Effekt. So gut ich es
183 finde die Diagnosen zu haben und zu wissen was ist und zu wissen was ist die Richtung der
184 Behandlung und was ist für die Diagnose hilfreich, damit man so weiss in welche Richtungen
185 geht die Behandlung, worauf muss man achten. So sehr hat es für mich der Begriff

186 Co-Abhängigkeit nicht, aber es heisst in irgendeiner Weise unterstützt der Partner/die
187 Partnerin die Krankheit, aber man weiss ja dann nicht wie. Weil es gibt da verschiedenste
188 Verhaltensformen, Reaktionsweisen von Angehörigen.

189

190 **S.R: Also ist für Sie eigentlich diese Co-Abhängigkeit nicht eine eigenständige**
191 **Krankheit?**

192

193 **B.S:** Nein, überhaupt nicht. Also ich denke auch, dass es Co-Abhängigkeit nicht gibt. Es
194 wäre ja dann sinnlos, wenn ich dann sage würde, es sei eine Krankheit (lacht).

195

196 **S: Das heisst, es wäre den Angehörigen auch nicht geholfen wenn es im ICD-10 oder**
197 **DSM-4 geschrieben würden wären?**

198

199 **B.S:** Wissen Sie, ich habe das auch in meinem Buch geschrieben, das auch schon
200 untersucht wurde, das die Stressmerkmale, die Krankheitsmerkmale, die Angehörige zeigen
201 während den Abhängigkeiten des Partners, das die auch wieder verschwinden, wenn die
202 Partner nicht mehr abhängig sind. Deshalb ist es ja nicht eine Krankheit, sondern eine
203 Reaktion auf das Umfeld in meinen Augen.

204

205 **S.R: Denken Sie es gibt eine Parallele zwischen einer Co-Abhängigkeit und der**
206 **Suchtmittelabhängigkeit?**

207

208 **B.S:** Eine Parallele in welchem Sinn meinen Sie das?

209

210 **S.R: Also so ähnliche Verhaltensweisen?**

211

212 **B.S:** (-) Also wenn, vorhin haben wir das ja kurz angedeutet mit, das es ja für Angehörige
213 auch schwer sein mag die Realität anzuerkennen, dass der Partner oder die Partnerin
214 suchtmittelabhängig ist. Ich denke immer noch schwerer ist das für die Betroffenen selber
215 sich einzugestehen, dass sie eine Abhängigkeitserkrankung haben. Es ist eine Realität die
216 schwer zu akzeptieren ist, weil sie natürlich auch in dieser Situation lebensverändernd ist.
217 Also ich meine das ist (...) genauso erschütternd wie zu wissen, mein Partner hat unerwartet
218 Krebs.

219

220 **S.M: Ich würde gerne noch auf die Angehörigenarbeit eingehen. Was ist für Sie gute**
221 **Angehörigenarbeit? Was gehört dazu?**

222

223 **B.S:** Zu guter Angehörigenarbeit gehört für mich vor allem, dass die Angehörigen ernst
224 genommen werden und in ihrem Bemühen mit der Krankheit zurecht zu kommen, auch
225 respektiert werden und angehört werden. Und das man ihnen nicht sagt, was sie jetzt besser
226 anders tun müssten.

227

228 **S.M: Das setzt aber auch voraus, dass man sie überhaupt miteinbezieht.**

229

230 **B.S:** Genau. Weil einbezogen werden, das ist ja schon mal etwas. Wenn etwas gemacht
231 wird, ist es ja meistens, dass die Angehörigen einbezogen werden zur Unterstützung des
232 Genesungsprozess der Erkrankten. Und deshalb fordere ich ja auch in meinem Buch und
233 auch deutsche Suchtverbände, Angehörigensuchtverbände schon lange, dass es Angebote
234 gibt für Angehörige, die einfach für die Angehörigen sind. Die die Angehörigen im Fokus
235 haben, was sie als Unterstützung brauchen und nicht die Erkrankten.

236

237 **S.M: Das man sich explizit nur an diese Zielgruppe richtet.**

238

239 **B.S:** Das es Angebote gibt nur für Angehörige, genau. Und Sie wissen ja, ich arbeite ja auch
240 in der Klinik. Ich bin ja in der Klinik angestellt, nebst meiner Praxis. Das gibt halt immer das
241 Problem, dass man Angehörige tatsächlich einfach einbeziehen kann für den
242 Unterstützungs, eben genau, um den Genesungsprozess der Suchtkranken zu unterstützen.
243 Weil die Erkrankten ja möglichst schnell aus dem Spital raus sollten (lacht) und nur mit dem
244 Einverständnis der Erkrankten natürlich. Das ist auch ein mit ein Punkt, weshalb es wenig
245 Angebote für Angehörige nur für Angehörige gibt. Und die die es gibt, sind eben oft Gruppen,
246 wobei ja dann die AA einfach eine äusserst, also die AI-Anon, wirklich eine sehr erfolgreiche
247 Gruppe ist (-). Jetzt bin ich vom Thema abgewichen (lacht).

248

249 **S.M: Was würden Sie sagen, was für Modelle werden heutzutage in der Beratung**
250 **angewendet mit Partnern von Alkoholabhängigen? Oder was für Konzepte?**

251

252 **B.S:** Also die Psychoedukation. Und das finde ich auch wichtig, dass die Angehörigen
253 einfach Informationen haben über den Krankheitsverlauf der typischerweise ist bei einer
254 Abhängigkeitserkrankung. Aber auch dass sie ihre eigenen Umgangsweisen schildern
255 können. Was verursacht ihnen ganz viel Stress? Das ist nämlich ein Modell, was ich in
256 meinem Buch beschrieben habe nach Copello und anderen. Was ich ein sehr, sehr
257 hilfreiches Modell finde, was eben auch Kurzinterventionen erlaubt.

258 Das Angehörige überhaupt mal gehört werden mit ihrem Stress. Was sind ihre Belastungen?
259 Und das sie sagen dürfen was sie tun und was sie brauchen als Unterstützung. Das

260 sie überhaupt mal, falls sie das wollen und falls sie das brauchen und mögen, formulieren
261 können, was ihnen hilfreich an Unterstützung wäre. Das man ihnen auch helfen kann, das
262 allenfalls zu bekommen. Aber mit dem Respekt für das sie als erwachsene Menschen sind,
263 die auch selber sagen können, was sie brauchen. Und wir haben ja das Problem, das unsere
264 sozialen Unterstützungsmöglichkeiten immer mehr verwaltungstechnische
265 Zugangshindernisse besitzen und deshalb, wenn jetzt jemand einfach Woldecken braucht,
266 wo kriegt man die her? Höchstens noch im Brockenhaus wenn man Glück hat (lacht) (...).
267 Also sollte man Geld geben können. Dafür muss man wieder Anträge ausfüllen mit allen
268 persönlichen Daten. Es wird immer schwieriger irgendwie, auch nur das kleinste beschaffen
269 zu können was unterstützen könnte.

270

271 **S.M: Also haben Sie das Gefühl, dass das mit der Bürokratie zu tun hat?**

272

273 **B.S:** Ich habe das Gefühl, es hat mit unserem ganzen Verständnis von Hilfeleistungen und
274 das man die eigentlich eben nicht beanspruchen sollte, zu tun. Und das gerade in
275 Notsituationen etwa sinnvoll wäre, man hätte eine etwas unbürokratischere
276 Hilfsmöglichkeiten.

277

278 **S.M: Dass die Hilfe vielleicht schneller ankommt?**

279

280 **B.S:** Das sie schneller ankommt und wirksam, also es wird ja immer behauptet die
281 Bürokratie braucht es, damit die Hilfe wirksam an der richtigen Stelle eingesetzt wird. Aber
282 manchmal verursachen diese ganzen Umwege und Abklärungen, dass man nicht schnell
283 genug helfen konnte und das Problem dann grösser geworden ist.

284

285 **S.M: Könnten Sie uns noch erklären wie bei Ihnen konkret ein Beratungssetting
286 aussieht?**

287

288 **B.S:** Also bei mir hier mit der Privatpraxis oder in der Klinik? Was meinen Sie jetzt?

289

290 **S.M: Hier in der Praxis.**

291

292 **B.S:** In der Praxis. Also meine Räume sehen Sie. Sie sehen, ich habe hier einen festen
293 Platz, wo ich auch mein Schreibzeug hinlegen kann (lacht). Die Menschen, die zu mir
294 kommen, können sich ihre Sitzmöglichkeiten selber aussuchen. Da ich öfter mit
295 verschiedenen Stühlen arbeite, habe ich auch viele Stühle zur Auswahl (lacht). Ich
296 visualisiere auch viel, deshalb habe ich die Leinwand.

297 Mein Setting ist typischerweise 50 Minuten für eine Einzelberatung und wenn es geht 1,5 mal
298 so viel Zeit für eine Paarberatung. Ich mache üblicherweise mit den Menschen ab, sodass
299 sie sich einfach am Ende der Sitzung oder am nächsten Tag oder in einer Woche melden
300 können, wenn sie eine weitere Sitzung möchten. Und wenn jemand sagt, ich würde gerne
301 weiter kommen, dann vielleicht 3, 5 Sitzungen machen. Ich habe aber auch Klienten, die
302 schon mehrere Jahre zu mir kommen. Auch in unterschiedlichen Abständen (...). Das ist
303 sehr unterschiedlich.

304

305 **S.M: Je nach Bedarf.**

306

307 **B.S:** Je nach Bedarf und Stand der Beratung.

308

309 **S.M: Wie würden Sie die Rolle des Angehörigen in der Beratung beschreiben?**

310

311 **B.S:** Also eben in den üblichen Settings ist es so, also gerade in der Klinik eben, dass die
312 Ärzte dann finden mit der Pflege zusammen, ja wir verstehen nicht ganz wo und wie sich die
313 Krankheit äussert oder wie schlimm die Krankheit ist, wie fortgeschritten, wie oft die Person
314 Suchtmittel konsumiert, wie lange schon und so. Dann werden Angehörige eingeladen,
315 Partner/Partnerin als Fremdanamnese hauptsächlich. Oder und so als Unterstützung bei der
316 Motivation für eine weiterführende Behandlung in einer Suchtfachklinik zum Beispiel. Und
317 dort werden wieder Angehörige wieder hauptsächlich, wenn sie einbezogen werden,
318 einbezogen zur Unterstützung des Genesungsprozesses. Das hatten wir schon am Anfang.
319 Es gibt nämlich wirklich wenig Angebote für die Angehörigen selber.

320 **S.M: Das stimmt.**

321 **B.S:** Sie haben irgendwo noch eine Frage, welche Ansätze genutzt werden. Das kommt
322 natürlich immer darauf an, mit welchen Methoden das diese Institutionen arbeiten. Viele
323 arbeiten ja systemisch. Es gibt mittlerweile auch ein paar die verhaltenstherapeutisch
324 arbeiten und da hat ein Herr Künzli eine Untersuchung gemacht. Ich bin mir nicht mehr ganz
325 sicher in welchem Jahr 2000 oder 2005, ist auch in meinem Buch, wo er eben erforscht hat,
326 das nicht direktive systemische Arbeit mit den Partnern zusammen das
327 erfolgversprechendste ist.

328

329 **S.M: Sondern?**

330 **B.S:** Das das eben das erfolgversprechendste ist.

331 **S.M: Aha. OK.**

332 **B.S:** Und nicht Verhaltenstherapie.

333 **S.M: Würden Sie sagen, wenn diese Angehörigen in die Beratung miteinbezogen**
334 **werden, gibt es so charakteristische Merkmale wie sie sich verhalten oder was**
335 **bedeutet es für sie in die Beratung miteinbezogen zu werden?**

336

337 **B.S:** Ich denke zwei Sachen. Einerseits ist es ein bisschen, manchen ein bisschen peinlich
338 und anderen, weil etwas schambeladen. Andere denke ich, sind auch sehr froh um die
339 Möglichkeit mal etwas sagen zu dürfen und hoffen dann, dass sie jetzt das sagen dürfen, wie
340 es ihnen geht und dann ist das nicht so. Dann ist es eigentlich so, dass sie eben eher als
341 Unterstützung eingeladen werden. Der Fokus mit Angehörigen ist ja eigentlich, das man
342 schauen möchte, wie kriegt man eine Balance hin, so dass die Angehörigen für sich sorgen,
343 damit nämlich die Abhängigkeitserkrankten die Verantwortung für sie selber wieder
344 übernehmen müssten. Einmal, wenn man davon ausgeht die Angehörigen übernehmen zu
345 viel Verantwortung in diesem Modell der Co-Abhängigkeit. Was Sie meinen, das eigentliche
346 von Cermak und noch ältere sagen ja, die Angehörigen sind krank und deshalb entsteht die
347 Abhängigkeitserkrankung.

348

349 **S.M: Es ist ja auch bei, also wir haben viel dazu gelesen, dass Angehörige oftmals ihre**
350 **eigene Bedürfnisse das die vollkommen in den Hintergrund geraten. Und ich denke**
351 **das ist sicher auch ein Punkt, welcher in der Beratung angesprochen wird.**

352

353 **B.S:** Also wissen Sie, Beratungen mit Angehörigen wie ich sie kenne, so als Institution, geht
354 eben oft mehr, geht oft schon darum, also das Angehörige ihre Bedürfnisse wieder
355 wahrnehmen und sich eben zurückziehen. Und das eben die Abhängigkeitserkrankten
356 wieder mehr selbstständig anfangen zu leben. Also das ist so eine übliche Vorgehensweise
357 durchaus.

358

359 **S.M: Kann man sagen, gehört schon zum Standardverfahren dazu?**

360

361 **B.S:** Mindestens seit Jahren, ja.

362

363 **S.M: Gibt es Situationen wo Sie einem Paar raten sich zu trennen?**

364

365 **B.S:** (-) Also wenn ich jetzt nicht von mir rede, sondern was Allgemein passiert, denke ich,
366 dass das eben oft passiert das das Partnern empfohlen wird und ich denke das ist

367 überhaupt nicht unsere Aufgabe. Also als Paartherapeutin kann ich das überhaupt nicht
368 unterstützen. Es schafft dann auch Schwierigkeiten, dass die Ablösung nämlich gar nicht
369 stattfindet oder ganz schwer immer wieder eingefordert werden muss von den (...), die die
370 Trennung angeordnet haben. Weil die gar nicht organisch gewachsen ist. Ich denke, wo man
371 das empfehlen könnte, wenn man, wenn jetzt Gewalt im Spiel ist und man sieht, das wirklich
372 zum Beispiel eine Partei immer wieder gewalttätig angegriffen wird und wirklich bedroht ist
373 und sich wirklich nicht mehr wehren kann. Dann denke ich, dann macht das durchaus Sinn.

374

375 **S.M: Was sind sonst noch so Themen wo Sie sagen, die müssen unbedingt**
376 **angesprochen werden in diesem Beratungssetting?**

377

378 **B.S:** Also wirklich eines der wichtigsten Themen finde ich anzusprechen, wo haben die
379 angehörigen Partner/Partnerinnen in ihrem Umfeld positive Unterstützungsmöglichkeiten.
380 Wo haben sie Beziehungen, die sie vielleicht schon lange nicht mehr gepflegt haben, weil sie
381 sich geschämt haben oder Angst hatten nicht verstanden zu werden. Oder wo erleben Sie
382 jetzt gerade Unterstützung vom Arbeitgeber, vom Sportverein oder wo auch immer oder vom
383 Jassclub (...) einfach sein dürften.

384

385 **S.M: Sind Sie der Meinung, dass es genügend Angebote für Suchtkranke gibt? Also**
386 **für Suchtkranke, für Angehörige.**

387

388 **B.S:** Meinen Sie für Angehörige?

389

390 **S.M: Ja, für Angehörige.**

391

392 **B.S:** Also ich denke nicht. Also das heisst, die Frage ist nach der Anzahl. Ich bin nicht sicher,
393 ob wir die richtigen Angebote haben für Angehörige. Das ist mehr der Punkt. Vielleicht gibt
394 es genug, aber vielleicht nicht die, welche Angehörige wirklich brauchen würden. Es gibt
395 ganz viele Angehörige, das weiss ich von der Klinik. Es gibt ganz viele Angehörige, die
396 wirklich leiden und nie eine dieser Angehörigengruppen aufsuchen würden. Nicht einmal die
397 Al-Anon. Die Menschen zu erreichen wäre halt möglicherweise auch noch toll, wenn man
398 das so könnte wie der Copello vorschlägt, mit so unverbindlichen einmaligen Gesprächen,
399 die nicht irgendwie verbindlich sind. Wo sie einfach mal reinschauen dürften zum Beispiel.

400

401 **S.R: Was ich noch schwierig finde, haben wir zusammen überlegt, wie kommt man**
402 **überhaupt an sie ran an die Informationen, dass es eine Gruppe gibt. Es gibt viele**
403 **Partner, die gar nicht wissen, dass so ein Angebot eigentlich in der Schweiz**

404 **besteht, ja. Zum Beispiel im Wallis gibt es, eigentlich im Oberwallis, gibt es keine**
405 **Selbsthilfegruppen.**

406

407 **B.S:** Also auch nicht Al-Anon? Gar nichts?

408

409 **S.R:** Al-Anon glaube ich, es gibt einfach im Unterwallis ja, aber im Oberwallis, im
410 deutschsprachigen Raum gibt es das nicht.

411

412 **B.S:** Ah ja?

413

414 **S.R:** Und dann frage ich mich einfach, wie kommen die auch an die Informationen,
415 dass hier in Bern solche Gruppen gäbe, zum Beispiel Angehörigengruppe oder in
416 Zürich. Ja, das ist noch schwierig. Und ich denke das ist auch noch ein Thema zum
417 Klären.

418

419 **B.S:** Ja, man müsste quasi das in den Hausarztpraxen auflegen. Man müsste es über die
420 Kirchen verbreiten. An die Orte, wo die Menschen auch hingehen.

421

422 **S.R:** Und ja, ich denke das wird zu wenig gemacht.

423

424 **B.S:** Das wird eindeutig zu wenig gemacht. Ich bin da absolut mit Ihnen einverstanden. Weil
425 es gibt auch Ärzte, die sich schon fürchten würden, die Werbung schon mal aufzulegen.

426

427 **S.M:** Ich frage mich auch, ob in so kleinen Gegenden vielleicht die Hemmschwelle
428 auch grösser ist solche Angebote in Anspruch zu nehmen, weil jeder jeden kennt.

429

430 **B.S:** Ja natürlich. Das ist ja ein Vorteil von Al-Anon, ist ja die Anonymität. Deshalb trauen
431 sich manche Menschen da überhaupt hin, weil die anderen wissen nur den Vornamen und
432 man kennt sich sonst nicht. Man geht nur zum Teilen dieser schwierigen Lebensumständen
433 Situationen und Erlebnisweisen dahin.

434

435 **S.R:** Das ist natürlich hier in Bern schon einfacher also im Wallis.

436

437 **B.S:** Ja, in kleinen Orten ist das ja gar nicht möglich. Das stimmt.

438

439 **S.M:** Die Frage stellt sich halt dann, wie erreicht man diese Angehörigengruppe?

440

441 **B.S:** Ja das ist eine gute Frage. Eben höchstens durch Orte, wo sie sich eben befinden.
442 Aber Sie meinen wahrscheinlich, eben wie den Hausarzt oder die Kirche, die Apotheke,
443 Drogerie. Wo sie halt hingehen. Und wenn sie Angebote meinen, ja, ich meine immer mehr
444 Menschen haben Internet. Aber da müssten sie natürlich auch auf die entsprechenden
445 Seiten gehen. Und online-Beratungen, also ja, ist nicht mein Ding. Aber werden auch
446 angeboten.

447

448 **S.M: Ja, schwierig.**

449

450 **B.S:** Ja, es ist schwierig, ja. Also man müsste, ich meine es werden immer mehr auch
451 Anlässe ja gemacht, aber ebenfalls in Basel viele. Es gibt auch immer wieder Tag der
452 Alkoholabhängigkeitserkrankten oder was auch immer. Und die müssten halt auch einmal ins
453 Oberwallis kommen, denke ich (lacht).

454

455 **S.M: Wenn Sie jetzt so einen Partner vor sich haben, in der Beratung, geben Sie denen**
456 **Tipps wie Sie mit der Alkoholabhängigkeit ihres Partners umgehen oder?**

457

458 **B.S:** Ich finde das eben gar keine gute Idee ihnen Tipps zu geben. Ich finde es eine viel
459 bessere Idee sie zu fragen, wie sie das machen und das auch zu würdigen. Weil es gibt
460 einfach nie die richtige Umgangsweise. Und ich denke die Partner sind nicht die richtigen
461 Personen um zu sagen, um die, wie soll ich das sagen, einerseits könnten Partner natürlich
462 unterstützend sein, indem sie einfach sagen, du ich halte das einfach nicht mehr aus. Ich
463 bitte dich wirklich etwas zu tun und mit mir im Gespräch zu sein darüber, wie wir den
464 nächsten Rückfall handhaben, was du dir wünschst, was ich beitragen kann und so weiter.
465 So das die in einem Erwachsenengespräch zusammen sind. Und andererseits denke ich,
466 das bei einer jetzt Alkoholabhängigkeit, es wirklich auch Profis braucht in den meisten Fällen,
467 um den Menschen zu helfen aus dieser Erkrankung wieder rauszufinden. Und da angehörige
468 Partner/Partnerin meistens auch nicht können, ganz einfach. Weil es ja auch Medikamente
469 braucht und es braucht verschiedene Arten von bestimmter Gesprächsführung. Aber die
470 Partner/Partnerinnen im Gespräch ernst zu nehmen, mit ihren Möglichkeiten umzugehen, mit
471 den Erkrankten, das finde ich wichtig. Und wenn sie nicht allzu gestresst sind, kann man ja
472 mal einen Vorschlag, einen Vorschlag möchte ich betonen, darüber machen, was es
473 möglicherweise für eine Alternative auch noch geben könnte. Aber nicht im Sinne von das
474 die Alternative sicher die bessere Lösung ist, sondern einfach im Aufzeigen von das es
475 andere Verhaltensweisen auch gibt und man nicht notwendigerweise auf eine einzige
476 festgelegt sein muss. Das ist ein anderer Fokus.

477

478 **S.M: Also Sie sprechen da auch sehr lösungsorientiert.**

479

480 **B.S:** Das ist möglich, dass ich das tue (lacht).

481

482 **S.R: Dann haben wir noch 2, 3 Fragen zur Paartherapie das wir, das ist auch ein Teil**
483 **unserer Arbeit beschrieben haben. Würden Sie jetzt so einem Angehörigen, wenn er in**
484 **ein Einzelsetting kommt, auch noch sagen, es wäre vielleicht gut, wenn Sie mal mit**
485 **ihrem Partner zusammen eine Paartherapie beginnen. Würden Sie ihm das so**
486 **vorschlagen dem Angehörigen?**

487

488 **B.S:** Nein (lacht), so nicht, weil ich denke, dass eine Paartherapie, wenn man jetzt meint,
489 das man in der Therapie auf vergangene Erlebnisse schwierige, die man zusammen hat
490 aufarbeiten wollte, dann bräuchte es schon eine längere Phase der Abstinenz, damit
491 genügend Vertrauen überhaupt wieder aufgebaut werden kann, um das zu tun. Das ist auch
492 in (...) in ihrem Buch schreiben the alcoholic family (...) und ich denke das stimmt. Was aber
493 natürlich getan werden kann, in einer Beratung oder Therapie, ist, dass man einfach auch
494 anschaut wo brennt. Was sind die wichtigen Themen, die jetzt angegangen werden
495 müssen, mit Schutz herstellen, Sicherheit für die Angehörigen, soweit dieses möglich ist. Wie
496 kann man die Alltagskommunikation in Gang bringen, wie können die einzelnen langsam
497 anfangen für ihre Gefühle im hier und jetzt zu sprechen und sich wieder überhaupt getrauen
498 zu sagen was sie denken. Den Alltag zu strukturieren, der sich dann nicht nur um Alkohol
499 dreht, sondern mit zunehmender Dauer der Abstinenz ja auch wiederum andere Themen
500 angesetzt hat. Entweder gehen die Gespräche nun darum, wie können wir Leben gestalten,
501 so dass wir nicht von einem Alkoholkonsum gestört werden oder ich nicht, wenn keine
502 Kinder da sind. Und das ich dich unterstützen kann, dass du schnellst möglichst Hilfe suchst
503 und wieder zusammen im Gespräch bleiben darüber bei Rückfällen. Oder sonst irgendwo
504 über den Neuaufbau des Zusammenlebens. Es kommt drauf an, wo die
505 Abhängigkeitserkrankten sind im Stadium der Krankheit. Habe ich mich einigermaßen
506 verständlich ausgedrückt?

507

508 **S.R: Ja, sehr verständlich (lacht). Was für eine Rolle spielt die Systemtheorie in der**
509 **Angehörigenarbeit?**

510

511 **B.S:** An dieser Frage habe ich vorhin auch umherstudiert, als ich den Fragebogen nochmals
512 angeschaut habe. Was denken denn Sie (lacht)?

513

514 **S.R:** Für uns ist das sehr wichtig die Systemtheorie auch zu brauchen, vor allem für
515 die Familiendynamik die herrscht, damit man wirklich alle der Familie die Angehörigen
516 miteinbezieht in die Behandlung und Therapie. Weil ich denke wenn, Kolitzus hat das
517 auch beschrieben, das Mobile. Das finden wir noch spannend. Das wirklich alle in
518 einem Mobile sind und das je nach Bewegung (...). Ich denke das ist, das man dort alle
519 miteinbezieht.

520

521 **B.S:** Das denke ich auch, aber es kommt halt wirklich drauf an, in welchem Stadium war,
522 weil dann wirklich ganz verschiedenes möglich ist. Und unter Umständen ist es eben so,
523 dass gar nichts mit den Erkrankten möglich ist. Und dann ist es wichtig, das wenn jetzt
524 gerade Kinder da sind oder die Partner, das die eben auch mal was für sich tun.

525

526 **S.M:** Also Sie sagen es kommt drauf an, in welchem Stadium der Suchtkranke ist?

527

528 **B.S:** In welchem Stadium von Motivation zum Ausstieg aus der Abhängigkeitserkrankung
529 oder in welchem Stadium der fortgeschrittenen Abhängigkeitserkrankung.

530

531 **S.M:** Ich weiss nicht, ob es ich es nicht so ganz verstehe, aber ich frage mich warum
532 spielt das so eine Rolle in welchem Stadium er sich befindet? Das verstehe ich nicht
533 ganz.

534

535 **B.S:** Also stellen Sie sich vor, jetzt bringen Sie die ganze Familie zusammen und da ist
536 vielleicht ein alkoholabhängiger Ehemann, der schon mal gar nicht zur Sitzung erscheint
537 oder erscheint zur Sitzung eine halbe Stunde später, betrunken. Dann kannst du gar nicht
538 mit ihm sprechen. Oder er erscheint zur Sitzung, verspricht das Blaue vom Himmel und
539 stürzt nachher wieder ab. Es macht einen Unterschied, ob dieser Mann da sitzt und 3
540 Monate abstinent war und vielleicht ein ganz klein wenig schon mal Einsicht hat, das
541 möglicherweise etwas an der Kommunikation zu Hause ändern müsste, damit das
542 Zusammenleben allen wieder mehr Freude macht. Damit man wieder offener
543 zusammenleben kann zum Beispiel. Damit die Frau nicht die ganze Zeit das Gefühl hat sie
544 muss zu Hause sein und ihn bewachen zum Beispiel. Da hat sie ja möglicherweise auch was
545 davon. Oder nehmen wir an dieser Mann, wenn wir jetzt mit dem weitermachen, ist seit 3
546 Jahren abstinent, das ist doch eine ganz andere Basis für die Arbeit.

547

548 **S.M:** Das heisst aber für Sie, dass Systemtheorie nicht immer der richtige Ansatz ist.

549

550 **B.S:** (-) Nein. Ich denke einfach das es verschiedene, nein, so habe ich es nicht gemeint. Ich
551 denke einfach im System gibt es verschiedene Ansatzpunkte zu verschiedenen Zeitpunkten,
552 je nach Krankheitsstadium.

553

554 **S.R:** **Wir haben uns dann noch so die Frage aufgeschrieben, was für Erwartungen**
555 **haben Ihrer Meinung nach diese Angehörige an eine Beratung? Mit welchen**
556 **Erwartungen kommen sie in eine Beratung? Was denken Sie?**

557

558 **B.S:** Die Angehörigen kommen tatsächlich mit dem Bedürfnis, endlich mal jemandem
559 erzählen zu können, wie es ihnen eigentlich geht und was sie schon alles erlebt haben und
560 wie schlimm das für sie war.

561

562 **S.R:** **Und welche Erwartungen hat der Therapeut an den Angehörigen? Hat er**
563 **überhaupt Erwartungen?**

564

565 **B.S:** Ja eben, wenn der Fokus darauf liegt, dass die Angehörigen mitarbeiten sollen, bei der
566 Genesung, dann liegt der Fokus natürlich darauf. Und wenn wir das Modell von Copello
567 nehmen, dass man die Angehörigen unterstützen möchte, dann hat man eigentlich
568 überhaupt keine Erwartungen an die Angehörigen. Was einem die Arbeit sehr erleichtert
569 (lacht).

570

571 **S.M:** **Wie meinen Sie das?**

572

573 **B.S:** Weil man keine Erwartungen hat, ist man auch offen auf das was kommt. Dann muss
574 man nicht in eine bestimmte Richtung zielen. Oder?

575

576 **S.R:** **Und wie würden Sie jetzt Ihre Rolle als Berater definieren? So die Rolle die Sie**
577 **während dem Setting einnehmen?**

578

579 **B.S:** Ja eben, wenn ich als Sozialarbeiterin in der Klinik mit Angehörigen zu tun habe, wenn
580 es jetzt gerade eben um finanzielle Konsequenzen geht, dann ist meine Rolle dich ich
581 einnehmen will, die einer Person, die einfach offen über Fakten informiert und
582 Entscheidungsmöglichkeiten eröffnet. Weil sonst ist es nämlich so, dass einfach entschieden
583 wird, mit dem Patienten, was passiert und die Angehörigen kriegen dann die Rechnung. Und
584 das ist ja auch nicht in Ordnung. Würde ich mich auch nicht wohl fühlen als Angehöriger
585 (lacht). Es ist aber eine undankbare Rolle, die ich da habe. Also Angehörige sind dann oft
586 sehr wütend und empört und haben dann viel bessere Ideen, was man jetzt tun

587 könnte. Sie fühlen sich dann wieder nicht ernst genommen in diesem System. Und ich denke
588 wirklich, dass Angehörigenarbeit wirklich ausserhalb eben passieren sollte, völlig unabhängig,
589 damit Angehörige einen Ort haben, wo sie wirklich ernst genommen werden und wo es nur
590 um sie geht.

591
592 **S.R: Haben Sie jetzt als Therapeutin oder Beraterin oder Sozialarbeiterin auch**
593 **Grenzen in der Beratung?**

594
595 **B.S:** Also jetzt von Angehörigen meinen Sie?

596
597 **S.R:** Also Ihre Grenzen als Therapeutin?

598
599 **B.S:** Meine Grenzen als Therapeutin in einer von, jetzt nehmen wir von einer angehörigen
600 Ehefrau (-). Ja, ich muss jetzt fantasieren, wo meine Grenzen sind. Weil bisher habe ich das
601 so noch nicht gehabt. Also ich nehme an, wenn jetzt eine Frau immer und immer wieder
602 erzählen würde wie sie geschlagen wird und wie sie sich nicht wehren kann, einfach trotz x
603 mal alles durcharbeiten und durchsprechen, in meinem Sinn nichts tut, dann würde ich sicher
604 finden, ich bin einfach nicht der richtige Ort.

605
606 **S.R: Würden Sie dann Ihr sagen sich zu trennen? Würden Sie ihr das so vorschlagen?**

607
608 **B.S:** Ich würde nie jemandem in die Ecke zu drängen, sich trennen. Ich würde höchstens, ich
609 würde es nicht so machen. Ich würd dann das einfach als eine Lösungsmöglichkeit
610 thematisieren, wenn sie's nicht selber tut. Aber ich würde nicht sagen, sie müsste jetzt das
611 tun. Das sei die einzige Möglichkeit.

612
613 **S.M: Einfach als Option.**

614
615 **B.S:** Höchstens als Option. Aber eine Paartherapie ist immer anwaltschaftlich für die
616 Beibehaltung der Beziehung. Und das ist so von Natur aus gegeben.

617
618 **S.R: Wir haben dann noch die Rolle der Sozialen Arbeit angeschaut. Und was ist so**
619 **Ihre Meinung, was für einen Beitrag die Soziale Arbeit leisten kann, in dieser Thematik,**
620 **damit den Angehörigen auch besser geholfen werden kann?**

621
622 **B.S:** Also ich denke eben die Soziale Arbeit kann informieren über Krankheitsbild, mögliche
623 Behandlungen, mögliche Verläufe, damit dort eine offene Information möglich ist.

624 Auch über die möglichen Konsequenzen finanzieller Art, auch über mögliche Konsequenzen
625 in der Lebensgestaltung. Weil wenn jetzt ein Ehemann zum Beispiel erkrankt ist, heisst es ja
626 unter Umständen für die Ehefrau, dass sie für die Familie aufkommen muss. Und ich denke
627 ein wichtiger Teil von Sozialer Arbeit wäre zu schauen, wie kann denn diese Ehefrau das auf
628 möglichst gute Weise für sie mit der Familie allenfalls bewerkstelligen. Da auch vorzusorgen.
629 Und auch zu schauen, das Angehörige möglichst vernetzt sind und nicht allein mit ihren
630 Sorgen.

631

632 **S.R: Würden Sie denn sagen, dass sich manche Aufgaben auch mit den Aufgaben des**
633 **Therapeuten überschneiden?**

634

635 **B.S:** Ja sehr. Aber das ist ja sowieso so, also ja.

636

637 **S.M: Aber irgendwo muss ja trotzdem ein Stückweit Abgrenzung stattfinden?**

638

639 **B.S:** Also nehmen wir jetzt mal an an einem Beispiel. Die Ehefrau geht in eine
640 Psychotherapie. Und dann findet jetzt der Psychotherapeut, nehmen wir jetzt mal an es ist
641 ein Mann ,es würde der Frau gut tun, sie würde mal von zu Hause raus kommen und nicht
642 immer nur zu Hause sein, mit den Kindern und dem kranken Mann. Das könnte ja sein. Und
643 dann könnte es ja sein, dass der Psychotherapeut der Frau empfiehlt zu ihm zu kommen und
644 das mit ihm zu besprechen, was es für Möglichkeiten gibt. Oder? So ungefähr ist das der
645 Ablauf. Und dann sind da die Aufgaben getrennt. Es könnte natürlich auch sein, das sie dann
646 mit der Frau arbeiten und dann merken Sie, die Frau hat aber ein Problem sich in
647 Beziehungen öffnen zu können. Sie hat so viel Scham jetzt, dass es dann schwierig ist für
648 sie, überhaupt noch irgendjemandem zu vertrauen zum Beispiel. Und das könnte ja dann
649 von Ihnen wieder ein Auftrag sein an den Psychotherapeuten, ob er sich darüber mal mit der
650 Frau austauschen mag.

651

652 **S.M: Das setzt aber auch eine intensive Zusammenarbeit voraus.**

653

654 **B.S:** Das wäre dann die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Das heisst ja nicht, das er Ihren
655 Auftrag annehmen muss. Ob Sie, ob das jetzt in einem, unter dem Dach einer Institution ist
656 oder ob das zwei verschiedene Praxen sind, spielt da keine Rolle. Aber Sie müssen ja den
657 Auftrag auch nicht annehmen. Können ja in Gesprächen mit der Frau etwas anderes
658 herausfinden, unter Umständen und wenn Sie in der gleichen Institution sind, dann bringen
659 Sie ja das wieder ins Gespräch (...) interdisziplinäre Zusammenarbeit. Also auch mit Praxis

660 unter Umständen. Kommt drauf an, wie Sie sonst zusammenarbeiten und wie Sie das
661 geregelt haben.

662

663 **S.R: Wir haben auch über Coping gesprochen und haben uns so gefragt, was für**
664 **Copingstrategien die Angehörigen anwenden, um mit diesem**
665 **Alkoholabhängigkeitsproblem des Partners umgehen zu können? Und ja, könnten Sie**
666 **uns da vielleicht mal, wissen Sie wie sie mit dem umgehen? Sprechen Sie darüber,**
667 **wie Angehörige in der Beratung?**

668

669 **B.S:** Also Angehörige sprechen schon darüber. Angehörige stehen unter ziemlich viel Druck
670 darüber, das sie gerne eigentlich darüber sprechen möchten, mit neutralen Personen, die
671 Verständnis haben. Sie erzählen auch eigentlich gerne was sie alles probieren, um zu
672 helfen. Und das geht von versuchen, eben die kranke Person zu kontrollieren was sie tut und
673 lässt, Geld kontrollieren (...) und so weiter bis eben Flaschen wegbringen oder gegenüber
674 Freunden sich nicht mehr getrauen etwas zu sagen, weil man Angst hat, man wird nicht
675 verstanden. Ganz vieles tun Angehörige.

676

677 **S.R: Und häufig zeigen diese Angehörige ja auch so Stresssymptome, also Stress, wo**
678 **Stresssymptome hervorkommen. Und wie behandeln Sie diese? Behandeln Sie diese**
679 **überhaupt? Sprechen Sie diese an?**

680

681 **B.S:** Also, wenn ich mit Angehörigen über so was spreche, dann eben eher in dem Sinn,
682 Ressourcen zu finden, wo sie Entlastung bekommen, allenfalls eine Haushaltshilfe, allenfalls
683 eine zusätzliche Beratung für die ganzen Kinder zu Hause, allenfalls auch einfach eine
684 Ermutigung, die eigenen Kontakte und Freizeitaktivitäten zu pflegen.

Sozialarbeiter D: Vitus Hug

Einleitung

Stefanie Millius / Stephanie Rion - Wie gestalten Sozialarbeiter die Beratung von co-abhängigen Personen, die einen alkoholabhängigen Partner haben und wie wird die Zusammenarbeit von den Angehörigen erlebt? – Vitus Hug –21.12.2012 – 80‘

Das Interview mit Vitus Hug fand am 21.Dezember 2012 in der Beratungsstelle Blaues Kreuz in St.Gallen statt. Die Dauer des Gesprächs lag bei 80 Minuten. Die Antworten von Herrn Hug haben wir wortwörtlich wiedergegeben.

Unsere Aussagen bzw. Fragen sind fett gedruckt und jeweils mit S.M (Stefanie Millius) oder S.R (Stephanie Rion) gekennzeichnet.) Die Antworten von Herrn Hug sind mit dem Buchstaben H (Hug) markiert. Dadurch wollen wir eine klare Differenzierung der Aussagen erreichen.

1 **S.M: Können Sie uns etwas erzählen zu Ihrem beruflichen Werdegang?**

2

3 **H:** Ja, ich habe die Lehre als Futtermüller gemacht. Eben das sind diese Begriffe. Also und
4 arbeite in diesem Beruf und dann von, etwa 10 Jahre oder über 10 Jahre. Und dann von
5 etwa 1990 bis 1994 habe ich beim, als Freiwilliger hier begonnen zu arbeiten, mitzuhelfen
6 vom Blauen Kreuz und habe so dann Gesprächsgruppe als Co-Leiter mitgeleitet und in
7 Besinnungswochen dann auch im Leitungsteam gewesen. Dann habe ich ab 1994, dann der
8 Start als Berater und hab dann noch ab, von 1995 bis 1999 berufs begleitend die Ausbildung
9 gemacht zum Sozialarbeiter HFS im Aargau. Damals war gerade die Umstellung von HFS
10 Schulen zu Fachhochschulen. Und dann habe ich dann später noch die Anerkennung als FH
11 gemacht, per schriftlich einfach gemacht, so, dass war aber eine kleine Sache. Und dann bin
12 ich dann noch 2004/2005 als Social Group Worker habe ich noch die Ausbildung in
13 Deutschland gemacht und habe jetzt gerade noch eine Ausbildung begonnen also
14 Supervisor (...), ja.

15

16 **S.M: Können Sie uns erklären was der Auftrag vom Blauen Kreuz ist?**

17

18 **H:** Es gibt deutlich zwei, sage ich mal, Kernaufträge. Der eine ist die Präventionsarbeit also
19 zu verhindern, dass es Sucht- oder Alkoholprobleme gibt, überhaupt. Das gibt es in
20 verschiedenen Präventionsangeboten. Da kann ich Ihnen dann noch die Unterlagen geben,
21 also die Flyer und so. Und der andere grosse Auftrag, Kernauftrag, ist die Hilfe an
22 Menschen, die dann eben Alkoholprobleme haben und Angehörige (...).

23

24 **S.M: Wie sieht von Ihnen ein konkreter Arbeitsalltag in der Beratung aus?**

25

26 **H:** Also in der Regel bin ich im 7Uhr hier oder beginne um 7Uhr etwa. Und dann so die erste
27 Stunde ist oft so die ruhige Stunde. Also ich bearbeite gemäss, also ist wenig los. Und dann
28 so ab 8 sind dann die Gespräche, also Sitzungen natürlich, nebst noch den einzelnen Paar-
29 und Familiengesprächen, wo wir oft dann noch darauf kommen. Dann Vernetzungsarbeit,
30 Administration und die Vorbereitung auf Kurse und Gruppen, die so im Durchschnitt, habe
31 ich jetzt ganz einfach einmal pro Woche, habe ich dann so ab 18.30 bis ca. 20.30 Uhr noch

32 eine Gruppe, die ich leite oder ein Kurs, also einen Kurs für Alkohol (..) ist das vor allem und
33 die leite ich dann noch. Und dann ist um 20.30Uhr, 21.00Uhr Feierabend in diesen Tagen.

34 **S.M: Das ist aber nicht ein Kurs für Angehörige?**

35

36 **H:** Leite ich nicht, weil wir haben Angehörigengruppen für Frauen und aus naheliegenden
37 Gründen, leitet dann diese eine Frau (lacht).

38

39 **S.R: Wir haben uns dann auch mit dem Begriff der Co-Abhängigkeit beschäftigt in**
40 **unserer Arbeit. Der ja sehr umstritten ist heutzutage. Was verstehen Sie jetzt unter**
41 **dem Begriff Co-Abhängigkeit?**

42

43 **H:** Ich habe mal versucht mal so eine eigene Definition zu formulieren, die ich finde, so wenn
44 Angehörige ja befinden oder und Verhalten vom Suchtmittelkonsum des Betroffenen stark
45 beeinflussen oder bestimmen lassen oder eben abhängig machen, also das ist dann starke
46 Beeinflussung. Also wir kommen ja dann später noch auf diese Frage, also es ist einer der
47 nächsten gerade. Was heisst das? Aber wenn es eine starke Beeinflussung ist, also die
48 eigenen Bedürfnisse zurückstellen, die Kontrolle stark ausüben, bis hin zu einer extremen
49 Kontrolle. Keine, sich nicht noch selbst fühlen oder spüren. Also wenn man die Leute fragt,
50 wie geht es ihnen, dann erzählen sie immer vom Betroffenen oder und man muss dann
51 mehrmals nachfragen und wie geht's Ihnen? Sie haben jetzt vom Betroffenen erzählt. Und zu
52 Beginn der Beratung können sie das gar nicht, häufig und formulieren wie es ihnen selbst
53 geht oder. Das hängt immer wieder vom Betroffenen an. Und das sind so Anzeichen, wo ich
54 dann auch von Co-Abhängigkeit spreche und ich jetzt einfach nur vom Helfen oder von Co-
55 Verhalten sondern, wo es dann wirklich abhängig ist dann.

56

57 **S.R: Das heisst eigentlich, dass Sie diesen Begriff verwenden?**

58

59 **H:** Ja, den verwenden wir noch und ich denke, dass macht auch noch Sinn. Ich bin einer der
60 sagt, was einen Namen hat, dass soll man auch beim Namen benennen. Das ist eigentlich
61 die ähnliche Diskussion wie jetzt bei Alkoholkranken oder Betroffenen. Darf man die jetzt
62 Alkoholiker nennen oder. Und ich sag da ganz klar, ja, dass darf man. Wenn man die
63 Kriterien erfüllt, bei einer Abhängigkeit, ist es unter anderem ICD-,10 nicht nur aber auch und
64 das soll man auch. Die Bagatellisierung ist ja ein Teil der Krankheit und die machen nicht nur
65 die Betroffenen, sondern auch Angehörige.

66

67 **S.R: Das heisst, der Begriff wird heutzutage noch verwendet in der Praxis?**

68

69 **H:** Das würde ich schon sagen. Also bei uns auf jeden Fall und auch bei anderen
70 Beratungsstellen in der Region wird dieser Begriff schon noch verwendet (Mhm).

71 **S.R: Kann man sagen, dass Co-Abhängigkeit eine Überforderung des Angehörigen**
72 **ist?**

73
74 **H:** (Mhm) Ja in dem Sinne schon. Also ein Stückweit sicherlich. Es hat halt verschiedene
75 Aspekte. Es ist die Überforderung, es ist aber auch, mindestens bei einem Teil der
76 Angehörigen, eine Machtausübung. Muss man auch sehen. Oder es ist eben eine
77 Kontrollausübung. Das sind ja dann meist auch nicht Zufälle, welche Geschichten die Leute
78 mitbringen. Also das sind ja dann, häufig ist das halt ja schon vor dieser Partnerschaft oder
79 Beziehung, sind mindestens Tendenzen auch in dieser Richtung sichtbar.

80
81 **S.R: Zeigen dann alle Angehörige ähnliche Symptome oder besser gesagt ähnliche**
82 **Reaktionen gegenüber?**

83
84 **H:** Viele sehr ähnlich und dann kommt es eben darauf an, wie weit sind sie schon. Es gibt
85 dann natürlich ausgeprägtere Formen oder weniger ausgeprägtere. Es gibt durchaus
86 Angehörige, die ein eigenes Freizeitverhalten pflegen, aber es gibt auch viele, die das
87 schlicht und einfach nicht mehr tun. Die, die sich völlig zurückgezogen haben, nur um dem
88 Alkoholkranken zu schauen.

89
90 **S.R Berufen Sie sich jetzt dort auf die drei Phasen von Kolitzus? Kennen Sie diese?**
91

92 **H:** Das ist die erste Phase, die Verunsicherung. Die zweite Phase Kontrolle, dritte der
93 Zusammenbruch. Wusste jetzt nicht mehr, dass das Kolitzus ist. Aber wir haben so ein Buch
94 das ich damals, als ich hier begann, so gelesen habe. Ist das von Monika Rennert da, Co-
95 Abhängigkeit. Da sind dann viel, ich könnte jetzt nicht sagen, ob diese (...). Diese drei
96 Phasen benutzen wir schon.

97
98 **S.R Wir haben uns dann auch die Frage gestellt, ist zuerst eine**
99 **Suchtmittelabhängigkeit da oder eine Co-Abhängigkeit?**

100
101 **H:** Also in der Regel sicherlich eine Suchtmittelproblematik, weil die ist meist zuerst, eben, es
102 gibt natürlich, wenn wir von Angehörigen sprechen, muss man klar sagen, jetzt bei uns
103 Klientinnen, sind 90 Prozent Frauen, also Angehörige, nur ganz wenige Männer. Und zwar
104 einerseits, weil die Männer vielfach einfach viel früher aus diesen Beziehungen raus gehen,
105 wenn die Frau trinkt, oder sonst haben sie dann oft wirklich auch Machtausübungen,

106 also in dem Sinne Gewalt, strukturelle Gewalt. Zum Beispiel das Geld oder solche Dinge drin
107 und die nur denken, ich brauche oder wir brauchen sowieso keine Beratung. Also hier sind
108 ganz klar 90 Prozent, von den Angehörigen, sind Frauen. Einfach das und deshalb, muss
109 man auch noch sehen im Ganzen drin. Und von dem her, denke ich schon, dass in der
110 Regel der Fall ist. Es gibt sicherlich Einzelne, das hatte ich auch schon gesehen, dass das
111 man sagen kann, bei gewissen Menschen, da war die Kontrolle schon sehr stark. Dieser, ich
112 sage jetzt mal Kontrollzwang oder sonst einfach Einschränkung der Freiheit und dann
113 entwickelt sie sich daraus eine Suchtproblematik. Das kann dann schon sein, dass der
114 Betroffene in die Sucht geflüchtet ist, ob das dann der einzige Grund ist, dass sei dahin
115 gestellt (...).

116

117 **S.R Ist Co-Abhängigkeit nicht eine natürliche Reaktion der Angehörigen? Eben dieses**
118 **Leergut wegzuräumen oder würden wir nicht alle so reagieren, fragen wir uns auch?**

119

120 **H:** Ja natürlich, ein Stückweit schon. Die Frage ist eben wie häufig. Ich kann Ihnen ein
121 Beispiel nennen, von meiner Mutter, die war halbseitig gelähmt und hatte, musste, also,
122 dreimal als sie im Krankenhaus war, konnte sie nicht mehr gehen als sie zurückkam. Dann
123 haben wir ihr jeweils das laufen wieder gelernt, indem wir sie hingestellt haben und gesagt
124 haben, geh mal da zur Türe, den Stuhl in der Hand und dann einfach so lange den nicht
125 hinter sie gestellt, bis sie wirklich nicht mehr konnte. Und wir hätten sie jetzt auch theoretisch
126 tragen können oder. Aber das ist genau diese Spannung. Was macht der Betroffene selbst
127 und was macht der Angehörige? Und die Angehörigen übernehmen dann eben mit der Zeit,
128 auch mit diesem Entwicklungsmodell und so, übernehmen sie dann zu viel Verantwortung,
129 zu viel Kontrolle und zu viel nehmen sie dem Betroffenen ab. Und dann wird es eine
130 krankhafte Entwicklung. Und das ist aber immer die Gefahr. Ich meine im ganzen
131 Behindertenbereich, die Selbständigkeit des Behinderten, hat sich natürlich enorm entwickelt
132 oder. Als ich Kind war, waren die Behinderten alles arme Menschen, denen man helfen
133 musste, die nichts selbst können, die dumm sind oder. Und so weiter und so fort. Also das
134 sind auch Entwickler. Also das ist hier, also Co-Abhängige akzeptieren dass dann aber nicht,
135 dass der Betroffene selbst kann. In dem Sinne, also da kann man nicht. Und dann kommen
136 wir auch darauf zurück, die Unterschiede hat, sind dann schon Unterschiede.

137

138 **S.R Wo kann man dann sagen, dass Co-Abhängigkeit anfängt? Wenn sie eben zu viel**
139 **Verantwortung übernehmen? Das ist noch schwierig, dass zu definieren.**

140

141 **H:** Also, wenn die eigenen Bedürfnisse wirklich zu kurz kommen, dann sehe ich, dass sind
142 dann meist oder sehr häufig eben Frauen. Die, die hilfsbereit sind, die vielleicht zum

143 Beispiel in der Pflege arbeiten. Aber eben diese Selbständigkeit dann des Betroffenen, wenn
144 die eingeschränkt wird und die eigene auch damit. Eben wenn das einfach ungesund, das
145 kann man dann nicht sagen, dass ist immer gesund und das ungesund, sondern dass ist
146 auch, jedem Angehörigen selbst überlassen, was sie jetzt als gesund oder ungesund
147 definiert. Aber wenn man das sieht, diese Einschränkung, dann eben beginnt es.

148

149 **S.R: Würden Sie sagen, dass die meisten oder alle Angehörigen von**
150 **Alkoholabhängigen co-abhängig sind?**

151

152 **H:** Würde ich nicht so sehr sagen. Es gibt durchaus eben, es gibt durchaus Frauen, denke
153 ich, die das sehr gut „*händeln*“ in dem Sinne, und auch ihre Eigenständigkeit bewahren, sag
154 ich. Dort ist sicherlich dann die Frage der Trennung, auch irgendwann da. Also, will eine
155 Frau wirklich mit einem Alkoholabhängigen zusammenleben, zum Beispiel wenn sie ihre
156 eigenen Interessen hat oder will er das mit ihr, das ist die andere Frage auch noch. Da also
157 diese Verwandlung, wenn die wirklich nicht stattfindet. Aber es gibt, ich kenne auch Leute,
158 die wir beraten haben, die sich ganz bewusst entschieden haben, da ich möchte, für mich
159 schauen, ich möchte aber mit meinem Mann, meinem Partner zusammen sein und
160 zusammen bleiben. Und wenn er halt weiter trinkt, dann akzeptiere ich das. Das gibt es
161 schon auch. Also wo ich sagen würde, dass die Co-Abhängigkeit überwunden ist, aber die
162 Alkoholabhängigkeit noch nicht und die ganz bewusst dran bleiben.

163

164

165 **S.M: Findet da einfach eine klarere Abgrenzung statt?**

166

167 **H:** Ja und eben eigene Interessen. Das wiederhole ich jetzt immer wieder. Eigene
168 Bedürfnisse, Interessen wahrnehmen, sich selber spüren, wie geht es mir, unabhängig vom
169 Partner. Das sind so, zu seinem Trinkverhalten oder Suchtverhalten. Das sind dann so
170 Dinge, auch meist auch eigene Arbeit, eigenes Einkommen usw. Das gehört dann natürlich
171 vieles dazu. Und das ist natürlich, sage ich mal, verführerischer co-abhängig zu werden,
172 wenn man völlig finanziell abhängig ist vom Partner und keinen Ausweg, wenn noch Kinder
173 da sind. In dem Sinn, das sind dann natürliche Reaktionen, wenn dann die Frau sagt, ich
174 übernehme die Kontrolle des Geldes oder. Das finde ich dann absolut eine natürliche
175 Reaktion. Hingegen wenn das sonst, wenn jetzt beide wohlhabend sind, sag ich, ein gutes
176 Einkommen haben, dann finde ich nicht das sie das muss.

177

178 **S.R: Jetzt um zu diesem Co-Abhängigkeitsbegriff nochmals zurückzukommen, hat**

179 **dieser nicht irgendwie auch einen stigmatisierenden Effekt auf die Angehörigen, wenn**
180 **man sagt, ja, es ist sozusagen Störung?**

181
182 **H:** Es kommt drauf an von wem zu wem. Der Alkoholiker ist auch stigmatisierend, wenn man
183 das so auf der Strasse hört. Ich habe jetzt aber noch nie gehört, die ist eine Co-Abhängige,
184 wie jetzt zum Beispiel der ist Drögeler oder der ist Alkoholiker oder was auch immer. Und
185 deshalb finde ich das eigentlich nicht. Sondern ist dann eher, so zum Beispiel in die Richtung
186 geht, wenn jetzt eben, auch wieder, wenn man sagt, Nachbarschaft guckt, dass dann gesagt
187 wird, warum hilfst du jetzt dem Idioten denn immer noch? Der schlägt dich oder er säuft so
188 viel. Er nimmt dir alles Geld. Wieso gehst du nicht weg? Das sind dann eher die Vorwürfe,
189 die Abwertungen, die Stigmatisierungen. Also du bist co-abhängig. Das ist eigentlich ein
190 Begriff, der nicht so weit verbreitet ist.

191
192 **S.R Ich habe es gerade angedeutet, kann man sagen, dass Co-Abhängigkeit eine**
193 **eigenständige Krankheit oder eben Störung ist?**

194
195 **H:** Ich denke, dass kann sich daraus entwickeln. Also eben dieses Modell von der Monika
196 Rennert, wenn jemand nicht mehr anders kann. Also ich weiss von einer Frau, doch sie war
197 auch hier in der Beratung, die hatte eben ihren alkoholkranken Mann, hat sich entschieden,
198 dass sie bei ihm bleibt, auch wenn er weitertrinkt. Das hat er auch gemacht. Dann wurde er
199 krank und hörte auf zu trinken und dann ging sie in die Depression. Der Moment war wirklich
200 sichtbar.

201 Ich kenne jemanden anders, die hat den dritten Mann geheiratet, alkoholkrank. Die ersten
202 zwei waren auch alkoholkrank, als dann diese Beziehungen endete, habe ich gehört, dass
203 sie schon wieder einen alkoholkranken Mann kennengelernt hat. Da sind dann Muster da,
204 wo man das Gefühl hat, die kann nicht ohne, ohne suchtkranken Mann leben, dem sie
205 schauen kann, den sie kontrollieren kann, den sie fragen kann, was er halt tun darf oder das
206 nicht und so und auch selbst Opfer ist. Und das ist dann auch eine (...) selbst Opfer zu sein.
207 Nebst der Täterin kann man auch Opfer sein, wenn man dann Zuneigung kriegt. Ja, du bist
208 eine Arme. Hast schon wieder einen Alkoholkranken erwischt. Das ist auch noch Teil der
209 Rolle.

210
211 **S.R Wäre denn den Co-Abhängigen gedient, wenn diese Co-Abhängigkeit in den ICD-**
212 **10 / DSM-IV aufgenommen würde?**

213
214 **H:** Ich sehe eigentlich keine Vorteile, jetzt für die Co-Abhängigen selbst. Man könnte sagen,
215 ja gut, man könnte es dann über die Krankenkasse behandeln lassen. Aber da ist

216 dann wieder das Problem, also, es gibt natürlich heute Ärzte für alles (lacht). Oder, die halt
217 alles machen. Aber das ist ein anderer Bereich, de, ich jetzt nicht ansprechen will. Aber das
218 ist dann immer wieder, das wäre, das ist dann auch eine Gefahr der Stigmatisierung. Also
219 wenn eine Krankenkasse weiss, dass ist ein Co-Abhängiger, ist übrigens auch die
220 Medizinalisierung der Suchtarbeit, die ist ja im Moment Thema und das sieht man auch hier
221 in der Region, wo es schon weiter fortgeschritten ist. Wo Betroffene sagen, ich gehe
222 bestimmt nicht in eine medizinische Behandlung wegen meinem Alkoholproblem, weil
223 nachher wissen das die Krankenkassen und dann habe ich alle Probleme, in Zukunft wenn
224 es um Lebensversicherung geht. Sagen die, der ist alkoholkrank, den versichern wird nicht.
225 Also das kann auch in diese Richtung gehen.

226

227 **S.R Gibt es dann Parallelen zwischen einer Suchtmittelabhängigkeit und einer Co-**
228 **Abhängigkeit?**

229

230 **H:** Es gibt schon Parallelen, aber auch nicht. Die Parallele ist sicher, dass sie wirklich so
231 mitgehen, in eine Entwicklung hineingehen, also abhängig sind vom Abhängigen. Also mir
232 geht es gut, wenn es ihm gut geht. Und mir geht es schlecht, wenn es ihm schlecht geht.
233 Oder wenn er mir Hoffnung macht mindestens so. Und da gibt es auf der anderen Seite eben
234 nicht und das ist eben das Bild der Co-Abhängigkeit, sie kümmert sich um den anderen und
235 der andere ist im Mittelpunkt. Sie, ich selbst bin im Hintergrund (...). Und der andere ist im
236 Mittelpunkt. Ich konzentriere mich auf den anderen. Ich helfe dem anderen. Ich stelle mein
237 Lebenskonzept oder Ablauf, Tagesablauf auf den anderen ein und so weiter und so fort. Und
238 das ist natürlich dann beim Suchtkranken genau nicht. Er ist der Egoist. Er schaut auf sich
239 und die anderen sind weniger wichtig, in der Regel. Ja ist so, meistens. Ich bin der Starke.
240 Du hast nichts zu sagen als Angehörige. Die anderen sind blöd. Die anderen trinken noch
241 mehr als ich und so weiter und so fort. Das sind dann ganz verschiedene Fokusse. Einer der
242 grossen Unterschiede, auch in der Beratung dann. Das man dann in anderen Orten
243 ansetzen muss.

244

245 **S.M: Ich möchte gerne noch über die Angehörigenarbeit reden. Was sind so Punkte,**
246 **wo Sie sagen, die gehören zu einer guten Angehörigenarbeit dazu?**

247

248 **H:** Zuerst ist meistens Information und Bedürfnis da. Also, die Verunsicherung ist jetzt im
249 Modell zwar am Anfang oder die erste Phase, aber die bleibt häufig. Also auch da nicht
250 zuletzt, weil die Partner immer wieder sagen, nein, ich hab kein Alkoholproblem. Der andere
251 trinkt noch viel mehr. Dann ist einfach oft für die Angehörige die Information wichtig. Das

252 man auch klar sagt, was sie schildern, ist ganz klar alkoholkrank oder suchtkrank. Wenn es
253 sich nicht direkt um Alkohol dreht oder Schwerpunkt ist.

254 Dann aber auch, die, das Verhalten der Angehörigen, dass man da danach fragt oder sagt,
255 dieses Entwicklung ist völlig grotesk verhalten oder. Co-Abhängigkeit, schon eine
256 Abhängigkeit besteht oder nicht, ist eine völlig normale Entwicklung. Das ist ganz normal,
257 machen alle so. Hören wir jeden Tag, wenn Angehörige hier auftauchen. Dann ist das die
258 ganz normale Entwicklung was sie da beschreiben. Muss man auch den Betroffenen auch
259 immer wieder erklären, nebenbei gesagt (räuspert sich). Dann ist sicher ein weiterer Punkt,
260 die Bedürfnisse der Angehörigen zu erfragen. Was wollen sie verändern? Was sind ihre
261 Wünsche? Diese wahrzunehmen, eben die Gefühle auch wahrzunehmen. Wie geht es mir?
262 Was erlebe ich? Wo bin ich gestresst, wo nicht, weshalb usw. Und diese auch umzusetzen,
263 im Sinne von, eben zum Beispiel, wieder beginnen eigene Freizeitaktivitäten. Also da
264 kommen Leute mit der Frage, darf ich eine halbe Stunde lang alleine spazieren gehen? Ich
265 muss doch meinem Partner oder den Suchtkranken fragen. Denen dann auch die Erlaubnis
266 geben- jawohl, sie dürfen das. Sie dürfen auch 2 Stunden gehen oder am Wochenende auch
267 weg oder was auch immer. Und diese Dinge dann auch mit ihnen einzuüben.

268 Wir versuchen auch immer wieder so Ziele zu vereinbaren. Eben zum Teil für uns völlig
269 kleine unbedeutende Ziele, für diese Menschen kann es sehr wichtig sein. Dass sie auch
270 konsequent, also wir sagen jeweils, drohen sie nichts an, was sie nicht umsetzen können.
271 Also drohen sie nicht mit dem Auszug, wenn sie genau wissen und der Betroffene genau
272 weiss, ich ziehe nie aus. Aber beginnen sie zum Beispiel, wenn sie sagen, wenn du nach
273 19Uhr nach Hause kommst, dann koche ich dir kein Nachtessen mehr. Dann beginnen sie
274 zum Beispiel mit so einem Ding. Das er sieht, was sie androht, dass zieht sie auch durch.
275 Und wenn dann irgendwann der Auszug kommt, dann weiss er genau, jetzt zieht sie es
276 durch, jetzt ist es so weit. Das ist so eine Grundhaltung, was wir mit ihnen erarbeiten. Dann
277 diese Einüben auch. Und wir sagen das auch immer wieder, es ist ein Einüben. Und Einüben
278 heisst auch Fehler machen. Auch das ist auch häufig ein Perfektionismus-Anspruch der
279 Angehörigen, den wir dann versuchen. Versuchen sie es, nächstes Mal fragen wir nach, ob
280 es gelungen ist und wenn es nicht gelungen ist, können wir schauen, ob es ein zu grosser
281 Schritt war oder der falsche Schritt war und so weiter und so fort. Und dann kommt es
282 natürlich drauf an, also auch Verantwortung abgeben, ist natürlich auch ein Teil. Zum
283 Beispiel, der erste Punkt ist meistens, der Betroffene ist selbst für die Beschaffung, Lagerung
284 und Entsorgung des Leergutes verantwortlich. Und das machen ja auch oft die Angehörigen.
285 Und da sagen wir dann nämlich, dafür ist der Betroffene verantwortlich. Auch wenn es um
286 Entschuldigungen am Arbeitsplatz geht. Um was auch immer geht, überlassen sie das ihm.
287 So und das sind dann solche Dinge.

288 Dann aber auch, wenn er jetzt aufhört, dann ist sehr häufig so im Mittelpunkt, wenn er
289 aufhört, sei es mit Therapie oder ohne, wieder Vertrauen aufbauen. Wieder über die
290 Verantwortungen neu besprechen. Wer übernimmt jetzt was, welche Aufgaben im Haushalt,
291 im Haus und Garten? Wo auch immer, gemeinsame Aktivitäten wieder aufnehmen oder
292 miteinander entwickeln und so weiter und so fort. Das sind dann alles Themen, die wir dann
293 besprechen. Was wir auch in der Information klar sagen, es ist auch ein Risiko, wenn sie hier
294 sind und sich verändern, nämlich das Risiko besteht, dass Ihr Partner oder Partnerin noch
295 mehr trinkt.

296

297 **S.M: Noch mehr?**

298

299 **H:** Ja, weil er merkt, da gibt es eine Veränderung. Er stellt natürlich die Probe, ist sie wirklich
300 so konsequent wie sie jetzt einmal andeutet. So und das kann dann natürlich eine
301 Möglichkeit sein. Dann trinke ich mehr, mal schauen, ob sie dann kippt oder nicht. Solche
302 Dinge gibt es auch und da sagen wir auch und dass kann auch eskalieren. Wenn Gewalt
303 schon im Spiel war, ist diese Gefahr sicherlich auch wieder da. Und da informieren wir auch
304 ganz offen und sagen, dass Risiko besteht, dass müssen sie sich bewusst sein. Aber ohne,
305 wenn sie nichts machen, dann verändert sich auch nichts. Das ist auch sicherlich oder nur
306 zum schlimmeren. Also, es gibt auch Leute, wo ich ganz offen sagen, schauen sie mal, wenn
307 sie nichts verändern, dann sind sie in einem halben Jahr bei der Beerdigung Ihres Partners
308 oder Ihrer Partnerin. Wenn Sie jetzt anpacken, dann besteht die Chance, dass sich etwas
309 verändert und er überlegt.

310

311 **S.M: Weil es gibt ja auch die Wirkung, dass wenn der Partner in eine Beratung geht**
312 **oder sich so verändert, dass es auch eine Auswirkung hat auf den Partner.**

313

314 **H:** Genau, das ist dann die systemische. Die Frage kommt ja auch noch. Das vergleicht
315 eben der Betroffene dann aus. Wenn etwas verändert wird, dann ist eben auch wenn er
316 aufhört zu trinken, ist das System verändert. Die Flasche ist auch Teil des Systems. Ich sage
317 oft auch die Nebenbuhlerin oder Freundin. Und wenn das verändert wird oder wegfällt, dann
318 muss das System auch wieder ausgeglichen werden. Das können dann auch Angehörige
319 sein, die dann noch mehr kontrollieren oder eben sagen, du bist ganz anders und ich merke,
320 ich möchte das gar nicht mehr, ihn auch wieder ins Trinken hineintreiben, sag ich jetzt mal,
321 ein bisschen überspitzt. Also solche gibt es natürlich auch, aber das ist das Systemische das
322 dann läuft.

323

324 **S.M: Der Ansatz, den Sie da machen, ist schon ressourcenorientiert?**

325

326 **H:** Also wir haben verschiedene Konzepte, Modelle eben, da Co-Abhängigkeit und so. Dann
327 sicherlich Lösungsressourcen, systemisch arbeiten wir. Dann gibt es ja jetzt dieses Modell
328 oder das Craft Modell von Amerika oder Rice gibt es auch noch. Craft hat mich am meisten
329 gereizt, weil da immer wieder stand in einem Artikel, den ich darüber gelesen habe, dass es
330 nur für Einzelberatung und dann hab ich dann zu meinem Kollegen gesagt, dann reizt mich
331 das, daraus eine Gruppe zu machen. Weil ich glaube das schlicht und einfach nicht und das
332 erstaunt mich sehr, dass da über Kommunikation und so weiter. Ich hab es selbst noch nicht
333 gelesen, aber meine Kollegen haben den Auftrag, dass zu bearbeiten. Dort steht viel über
334 Kommunikationseinüben und wie sagt man es dem Partner und was und so weiter und so
335 fort. Und ich sag immer wieder, wo kann man das sonst üben als in einer Gruppe. Und das
336 von Rice weiss ich eher, dass das mehr den systemischen Ansatz hat, aber kenne es aber
337 sonst zu wenig.

338

339 **S.M Sind Sie der Meinung, dass die Sichtweise oder zum Beispiel auch die Ausbildung**
340 **des Sozialarbeiters auch Einfluss hat auf dessen Beratungsmethodik?**

341

342 **H:** Ja, selbstverständlich. Es ist ein Unterschied, ob ich verhaltenstherapeutisch ausgebildet
343 bin, jetzt neben dem sozialarbeiterischem oder systemisch oder lösungsorientiert oder
344 problemorientiert. Das sind dann, das sind dann natürlich ganz andere Beratungssettings,
345 das ist klar.

346

347 **S.M: Wenn Sie jetzt so einen co-abhängigen Partner in der Beratung haben, wie sieht**
348 **konkret ein Beratungssetting aus?**

349

350 **H:** Eben, ich hab es, da denke ich, eben schon ein bisschen beantwortet mit der guten
351 Angehörigenarbeit. Zuerst ist immer die Frage, wie geht es ihnen und eben ihnen und nicht
352 dem Betroffenen, also dem angehörigen Betroffenen. In dem Sinne, das ist so das
353 Nachfragen. Dann eben diese, das ist dann oft auch noch mit, wie ging es mit dem Trinken
354 vom Partner, sage ich jetzt mal. Und dann aber auch das vom letzten Mal vereinbarte.
355 Konnten sie das Einüben? Was ist gelungen? Was ist nicht so gut gelungen? Weshalb nicht?
356 Was sind die nächsten Schritte und so weiter und so fort. Ich hatte gerade letzthin eine sehr
357 gute Rückmeldung von einer Angehörigen, die gesagt hat, das Blaue Kreuz ist jetzt die erste
358 Organisation, in der ich als Angehörige ernst genommen wurde. Also vorher wurde einfach
359 gesagt, also in einer Klinik wurde einfach gesagt, ja wir haben zwei gute Nachrichten, die
360 eine ist, ihr Mann ist kein Alkoholiker, obwohl er es ganz klar ist. Die andere ist, er kann
361 nächste Woche wieder nach Hause, obwohl sie gar nicht wollte, dass er nach Hause

362 kann. Das ist uns wichtig, auch wertschätzend immer wieder zu sein und auch zu gucken,
363 was ist gelungen. Auch mit den Ressourcen. Welche konnten sie einsetzen? Das ist uns
364 ganz wichtig und das durchzuführen und auch immer wieder in den Gruppen, in den
365 Frauengruppe dann.

366

367 **S.M: Wie würden Sie die Rolle des Angehörigen in der Beratung definieren?**

368

369 **H:** Also, es ist klar, sie sind Klienten und sie sind häufig sehr zuverlässige Klienten, also sie
370 halten Termine ein. Was bei Alkoholkranken auch relativ hohe Einhaltungquote hat, bei
371 Drogen ist das anders. Und sie versuchen natürlich diese Aufgaben wirklich zu erfüllen. Der
372 Perfektionismus ist dann eine Gefahr ein bisschen. Muss man auch ihnen sagen, dass sie
373 auch grosszügig sein dürfen mit sich selbst und so. Also das ist so die Rolle. Ich verstand die
374 Frage so.

375

376 **S.M: Finden die Beratungen immer mit dem alkoholabhängigen Partner zusammen
377 statt oder haben sie auch Einzelberatungen?**

378

379 **H:** Nein, eigentlich nur vereinbart zusammen. Also ganz häufig kommen die Angehörigen
380 zuerst. Das ist so, sage ich mal, der normale Ablauf, das ist einfach häufig so. Das zuerst die
381 Angehörigen anrufen und dann eben, ja, wie bringe ich denn meinen Partner zu ihnen. Und
382 dann sage ich, ja kommen sie doch selbst einmal. Und dann arbeiten wir mit den
383 Angehörigen. Und dann beginnt dann eben diese systemische Veränderung, wie schon
384 angedeutet. Und dann kann es sein, dass die Betroffenen dann auch zu uns kommen oder
385 eben, diese in eine andere Stelle, das ist ja auch möglich. Da haben wir überhaupt kein
386 Problem damit. Und wenn die Betroffenen auch zu uns kommen, dann kommen sie immer zu
387 einer anderen Beratungsperson, also wenn es irgendwie möglich ist. Es gibt zwischendurch
388 Ausnahmen, dass jemand explizit sagt, wir wollen beide zur gleichen oder eben wenn es
389 personell wirklich nicht geht. Sonst versuchen wir das möglichst, dass die angehörigen
390 Frauen zu einer Frau gehen und der Betroffene dann zu mir kommt. Und dann vereinbaren
391 wir oder bieten wir an. Also das ist ein Angebot für die Leute, dass wir auch so genannte
392 Vierergespräche durchführen, also beide Beratungspersonen dabei sind, plus beide Klienten.
393 Und dort geht es um Beziehungsfragen, um Erziehungsfrage, so Aufgabenverteilung,
394 Vertrauen wieder gewinnen und so weiter und so fort. Und dann wird wieder ein Termin
395 vereinbart, zum Beispiel in 2 Monaten. In dieser Zeit gibt es auch wieder Vereinbarung, was
396 die beiden üben miteinander, das kann Kommunikation sein. Wir haben noch nicht lange ein
397 Ehepaar, das wirklich Kommunikation üben musste. Also wie können wir überhaupt wieder
398 miteinander in Kommunikation treten? Wir haben zum Beispiel vorgeschlagen, ein

399 so genanntes Ampelkartensystem. Also das einer, wenn er nicht reden will, eine rote Ampel
400 irgendwo hingängt oder zeigt oder grün oder gelb oder so. Das klappte dann da nicht. Sie
401 sind aber sonst offenbar wieder in Kommunikation gekommen. Solche Dinge vereinbaren wir
402 dann bis zum nächsten Vierergespräch. Und dann laufen die Einzelgespräche wieder
403 parallel.

404 Und dann kann es natürlich auch sein, bei einem anderen Paar ging es um Wertschätzung.
405 Wie können sie einander wieder Wertschätzung geben? Und da habe ich den Mann dann
406 auch gefragt, konnten sie denn ihrer Frau jetzt wieder Wertschätzung geben? In welchen
407 Situationen ist ihnen das gelungen? Und im nächsten Vierergespräch werden wir dann das
408 auch wieder anzusprechen. Also es geht darum, so auch die Ausspielerei zu verhindern
409 oder. Also er sagt, sie ist schlecht und sie sagt, er ist schlecht. Umgekehrt aber auch.
410 Trotzdem, in den Einzelgesprächen, dieses Vertrauen, dieses Persönliche auch zu
411 besprechen, auch die eigenen Veränderungen zu besprechen und diese Ziele zu setzen
412 (...).

413

414 **S.M: Gibt es auch Klienten, denen Sie sagen oder denen Sie eine Selbsthilfegruppe**
415 **weiter vermitteln?**

416

417 **H:** Wir haben hier selbstgeführte Gruppen für Frauen, Angehörige. Sonst ist das natürlich
418 häufig auch, dass wir ihnen die Selbsthilfegruppen, also die Anonymen Alkoholiker oder Al-
419 Anon heisst sie ja dann. Oder wir haben auch 2 also 3 so Gruppen, hier in St.Gallen. Eine
420 wo Angehörige und Betroffene teilnehmen können. Das ist dann so eine Möglichkeit. Also
421 so, jetzt habe ich diese Gruppe 1 Jahr lang, ein halbes etwa, geleitet, mitgeleitet. Und da
422 waren einige Angehörige dabei, aber da merkte man einfach, sie wollten einfach einmal
423 Informationen. Wie funktionieren denn andere Betroffene? Sind die auch so wie mein
424 Familienmitglied, dass ein Suchtproblem oder Alkoholproblem hat? Und dann ging sie oft
425 dann auch wieder raus. Umgekehrt merken wir aber auch, dass Betroffene auch sehen, aha,
426 nicht nur meine Frau ist so böse oder kontrolliert mich so stark, sondern das machen andere
427 Angehörige auch so. Und das auch einfach einmal zu sehen, kann gut sein. Es gibt auch
428 einzelne Paare, die in solche Gruppen gingen. Bei den einen ging das gut, bei den anderen
429 nicht. Weil einer zu viel geredet hat, der andere zu wenig aus deren Sicht. Und darum haben
430 sie sich dazu entschieden, dass nur der Betroffene meistens geht. Aber das bieten wir
431 einfach.

432

433 **S.M: Bei allen Klienten?**

434

435 **H:** Also das die Leute auch in diese gemischten Gruppen können. Die Frauen gehen
436 meistens in die Frauengruppe. Die finden meistens am Nachmittag statt. Und wenn jetzt eine
437 Frau aus beruflichen Gründen das nicht kann oder jetzt haben wir 2, 3 junge Erwachsene in
438 diesen gemischten Gruppen gehabt, wo dann ein Elternteil getrunken hat. Da war dann
439 wirklich das Informationsbedürfnis sehr gross. Also das sie vom Betroffenen hören, warum
440 haben sie getrunken? Was waren denn die Gründe? Habt ihr das auch?

441 Es gibt dann ja auch Tabuthemen, die dann doch in der Gruppe zum Vorschein kommen
442 oder erzählt werden, zum Beispiel der Todeswunsch der Angehörigen. Die meisten
443 Angehörigen wünschen sich, dass der Betroffene mit dem Auto in einem Baum fährt.
444 Meistens ist es das gedankliche Szenario. In einen Baum oder in eine Mauer. Einfach keinen
445 Schaden sonst anrichten. Das ist meist ein geheimer Wunsch, von den meisten
446 Angehörigen. Die sie zum Teil relativ schnell aussprechen oder eben fragen, ist das normal?
447 Unter Scham erzählen, das hab ich schon gedacht. Das wäre die einfachste Lösung, wenn
448 das so passieren würde. Und auch da, sagen, das ist so ein Gedanke, den praktisch alle
449 haben.

450

451 **S.M: Das schlechte Gewissen.**

452

453 **H:** Genau, das schlechte Gewissen. Ich darf doch nicht denken, dass mein Mann oder mein
454 Vater oder meine Mutter sterben soll.

455

456 **S.M: Gibt es so charakteristische Merkmale, wie sich diese Angehörigen verhalten,
457 wenn sie in die Beratung miteinbezogen werden?**

458

459 **H:** Ja eben, wie erwähnt, sie berichten anfangs nur von den Betroffenen, praktisch nur. Also
460 da muss man zum Teil wirklich hartnäckig immer wieder nachfragen. Was machen sie? Und
461 wie geht es ihnen? Und wie können sie sich verändern? Und was wären so erste Schritte bei
462 ihnen und nicht immer auf den Betroffenen zurück oder. Also das ist so ganz typisch für die
463 Angehörigen eben. Das ist auch ein Massstab, wie weit die Co-Abhängigkeit schon
464 fortgeschritten ist, aus meiner Sicht. Das sieht man dann auch. Die Betroffenen natürlich viel
465 eher über sich, in dem Sinn, ja es geht ja alles gut. Und ist ja nicht so schlimm. Und die
466 anderen sind, wenn sie von den anderen sprechen. Sie beschuldigen mich nur. Ich bin der
467 Arme (...). Also das sind schon Unterschiede, ja.

468

469 **S.M: Gibt es auch Angehörigen denen Sie raten, es wäre besser wenn sie sich
470 trennen?**

471

472 **H:** Ganz grundsätzlich unterstützen wir eigentlich bestehende Beziehungen oder Ehen. Also
473 häufig sind es ja Ehen. Das ist auch, vielleicht wandelt sich das auch mit der Zeit, aber sehr
474 häufig sind es Ehen. Und wir unterstützen grundsätzlich, dass diese Ehen erhalten bleiben
475 oder wieder aufgebaut werden, wenn sie zerstört sind. Aber es gibt natürlich Grenzen, wenn
476 zum Beispiel Gewalt da ist. Dann empfehlen wir natürlich den Leuten, den Frauen, also fast
477 immer Frau-Mann, also Frau ist Opfer, Mann ist Gewalttäter. Empfehlen wir dann sich zu
478 schützen, auch die Kinder zu schützen. Und das ist auch ein wichtiger Teil. Ich weiss nicht,
479 habe ich das jetzt hier aufgeschrieben? Wir unterstützen das nicht generell, aber
480 zwischendurch einfach, wenn es nötig ist, wenn es tragbar ist. Wir sagen häufig ist, sie
481 müssen das selbst tragen können. Es bringt nichts wenn jemand hier ist und kurz vor dem
482 Nervenzusammenbruch ist. Dann sagen wir natürlich auch, schauen sie, wenn sie jetzt
483 einfach da weiter machen, dann ist das eine Frage der Zeit bis, sie wirklich einen
484 Zusammenbruch haben und dann ist weder ihnen noch ihrem Betroffenen geholfen. Deshalb
485 kann es durchaus sein, dass wir sagen, sie müssen jetzt einfach mal raus aus der
486 Beziehung. Kann ja auch vorübergehend sein oder in eine Klinik gehen oder was auch
487 immer. Einfach sich erholen können, damit sich, nicht beide, die Situation nicht für beide
488 noch schlimmer wird. Das nützt ja dann niemandem was. Und eben die Kinder sind auch ein
489 wichtiger Teil. Dann auch an diese zu denken. In Suchtberatungsstellen wird das immer
490 wieder vergessen.

491
492 **S.M: Was sind so Themen, wo Sie sagen, die müssen unbedingt angesprochen**
493 **werden?**

494
495 **H:** Ja eben, immer wieder Gefahr von Gewalt, Übergriffen. Dann eben diese eigenen
496 Bedürfnisse, Abgrenzungen, sich erholen, also für sich selbst sorgen, Gutes tun. Dann habe
497 ich auch aufgeschrieben, die Kinder, die sind auch wichtig. Das da auch nachfragen, weil die
498 Angehörigen bagatellisieren da praktisch immer. Die sagen immer, nein die Kinder haben
499 noch nichts bemerkt von der Suchtproblematik, auch wenn die 10 oder 12 sind. Ich sage
500 dann jeweils so ein bisschen flapsig, ja wenn ihre Kinder blind, taub und blöd sind, dann
501 haben diese noch nichts gemerkt und sonst sind sie (...). Ich hatte noch nicht lange sehr ein
502 eindrückliches Beispiel eines Vaters, der erzählte, dass seine Tochter, die jetzt gerade in den
503 Kindergarten geht, also begonnen hat und so. Die war irgendwo in einer Situation und hat
504 Gläser gesehen auf dem Tisch. Und die hat sie dem Vater zugeschoben und hat gesagt,
505 dass sind Weingläser, die sind für dich. Und da ist er völlig erschrocken. Aber wir haben das
506 bei diesem Ehepaar schon mehrmals angesprochen wegen den Kindern. Und die hatten das
507 (...). Dadurch haben sie gemerkt, oha da ist etwas los. Und wir haben ihnen dann da ein
508 Buch mitgegeben für Kinder, so ein Kinderbuch von Sucht Schweiz. Und also, das

509 war jetzt gerade vor 2 Wochen. Und das weiss ich jetzt noch nicht, ob sie das angeguckt
510 haben mit der Tochter. Und ob sie das ansprechen konnten.

511

512 **S.M: Sind Sie der Meinung, dass es für Angehörige genügend Angebote gibt?**

513

514 **H:** Also ich finde für Partnerinnen gibt es grundsätzlich genügend Angebote. Jede
515 Suchtberatungsstelle bietet Angehörigenberatung an, grundsätzlich. Ich weiss von einigen,
516 die das ein bisschen knapp halten, die nach 2, 3 Gesprächen auch aufhören. Bei uns können
517 die Angehörigen wirklich auch über Monate und meinetwegen auch über Jahre, wenn das
518 nötig ist. Und eben die Gruppenangebote, die wir hier haben, sind gut, gute
519 Selbsthilfegruppen. Was es wenig gibt oder fast nicht gibt, für Kinder oder erwachsene
520 Kinder von Alkoholabhängigen, also aus alkoholbelasteten Familien. Da gibt es praktisch
521 nichts. Wobei das die, dass auch sehr schwierig ist das aufzubauen. Es ist nicht so einfach,
522 aber man kann es. Aber da gibt es jetzt relativ wenige Angebote.

523

524 **S.M: Aber haben Sie das Gefühl, dass diese Angehörigen auch genügend informiert
525 werden, dass es diese Angebote gibt?**

526

527 **H:** Also wir haben jetzt gerade eine Werbekampagne gestartet im Herbst. Und da gab es
528 dann, ich zeig es ihnen auch gerne. Wir haben da Inserate gestaltet und haben unter
529 anderem diese Kärtchen, mit diesem Inhalt gearbeitet (zeigt uns mehrere Visitenkarten).
530 Und das hat jetzt auch einiges ausgelöst. Und da haben wir hier auch Partner, Partnerinnen.
531 Und das einfach so in Kleininseraten dann geschaltet oder auch in grösseren. Da zeige ich
532 euch auch ein Beispiel (zeigt uns ein Inserat). Und das hat jetzt einige auch wieder, also,
533 Meldungen, Neumeldungen ausgelöst. Einerseits haben wir bemerkt, das sehen sie auch im
534 Jahresbericht, den ich ihnen auch mitgeben werde, dass wir nur noch 3 oder 4 Klientinnen
535 hatten letztes Jahr, Ende Jahr, Angehörige. Eine Zeit lang waren es, glaube ich, gegen 30.
536 Und das hat jetzt auch ausgelöst, dass wir wieder so eine Kampagne gestartet haben. Und
537 jetzt konnte ich nicht mehr ganz nachgucken, aber ich meine, dass wir jetzt Ende September
538 dieses Jahr doch wieder 10 Neumeldungen hatten von Angehörigen. Also das passt wieder.
539 Und das war noch vor Ende September. Und die Kampagne ist eigentlich so Mitte bis Ende
540 Oktober gelaufen. Ich denke, 17 Neue werden es diese Jahr sein.

541

542 **S.R: Das haben Sie jetzt eher im Kanton St.Gallen (...)?**

543

544 **H:** Ja, da sind wir ja regional gebunden auch. Bern und so weiss ich nicht wie es da läuft
545 (lacht). Das Blaue Kreuz hat auch schweizweit über die Angehörigenarbeit

546 gesprochen, auch über Craft gesprochen. Und wir haben jetzt vielleicht ein bisschen die
547 Vorreiterrolle übernommen. Wir haben gesagt, ja wir lancieren das. Wir machen diese
548 Inserate und schalten die und setzten dann allenfalls Teile von Craft um.

549
550 **S.R: Ich habe doch das Gefühl, dass es doch zu wenig Werbung gibt bezüglich der**
551 **Angehörigenarbeit in der Schweiz. Dass einfach die Angehörigen zu wenig irgendwie**
552 **informiert werden. Also sie wissen schon das es etwas gibt, aber ja, zum Teil wissen**
553 **sie es nicht alle, denke ich.**

554
555 **H:** Ja man muss ja sehen, dass natürlich sehr lange Alkoholprobleme an sich tabuisiert
556 waren. Als ich vor 18 Jahren begonnen habe, da war noch überhaupt nichts an Werbung,
557 auch zum Thema Alkoholmissbrauch, Alkoholismus. Da waren immer noch Drogen ganz
558 stark im Vordergrund in der Wahrnehmung. Mit der Zeit, ich sage jetzt einmal, dem
559 Jugendalkoholismus sei Dank, wurde das dann auch thematisiert und mehr thematisiert. Und
560 seither laufen auch eben solche Informationskampagnen. Und zum Teil auch, also eine gab
561 es von Sucht Schweiz, vor etwa 4, 5 Jahren für Angehörigen und die erste so. Und da wurde
562 schon, es wird schon immer, die Frage ist immer, Kampagnen kosten sehr viel Geld. Das
563 muss man einfach sehen. Da ist schweizweit einfach eine Million weg.

564
565 **S.M: Ich denke vielfach ist auch das Problem, dass die Angehörigen denken, ja ich**
566 **habe ja nicht das Problem.**

567
568 **H:** Das ist natürlich sehr häufig. Das hören wir auch häufig. Wenn wir Betroffene zuerst hier
569 haben und ihnen auch das Angebot machen, sagen sie es doch ihrer Partnerin oder Partner
570 und dann sagen, nein ich will das nicht. Du hast doch das Problem und so. Das ist natürlich
571 häufig. Aber damit leben wir. Und dann arbeiten wir halt mit dem Betroffenen, wenn der
572 Angehörigen nicht will.

573
574 **S.M: Was raten Sie den Angehörigen, wie sie mit der Alkoholabhängigkeit ihres**
575 **Partners umgehen sollten.**

576
577 **H:** Ja, eben jetzt, das sind wirklich die Wiederholungen. Also die eigenen Bedürfnisse
578 wahrnehmen, sich abgrenzen. Es ist seine Verantwortung, ob er trinken will oder nicht. Ob
579 er, wieviel er noch trinkt, was er in der Freizeit macht oder nicht. Und bauen sie sich ihre
580 eigene Welt auf, in dieser Ehe oder in dieser Beziehung. Und dann gucken sie einmal, was
581 da sich verändert. Und da kommt es dann wirklich auf den Verlauf an, halt, ob der Betroffene
582 etwas ändert oder nicht. Und je nachdem ob es eine positive Veränderung gibt, also

583 ob er aufhört, dann ist natürlich sofort das Thema eben Gemeinsamkeit, Verantwortung,
584 Vertrauen ist ganz wichtig. Dann das sie, also Vertrauen ist dann häufig zuerst. Der
585 Betroffene erwartet dann, also vor allem wenn sie stationäre Therapie gemacht haben, dann
586 erwarten sie dann wenn ich nach Hause komme, nachts von der stationären Therapie, dann
587 muss mir meine Partnerin 100 prozentig vertrauen, dass ich nichts mehr trinke. Dann merkt
588 er, wenn er schon den Schlüssel dreht oder die Türe öffnet, dass sie einen Blick drauf hat,
589 der eben von Misstrauen geprägt ist. Und das ist dann die erste Enttäuschung. Ich nehme
590 dann jeweils, dafür habe ich diese Wasserwaage hier (nimmt eine Wasserwaage hervor). Ich
591 sage immer solange er trinkt, ist oben Vertrauen und unten Misstrauen. Und wenn er aufhört,
592 dann dreht sich das Ganze. Dann läuft das Misstrauen ins Vertrauen. Aber es läuft ja auch
593 nicht nur auf selber. Also man muss dann auch mal schütteln und so. Aber das braucht eben
594 Zeit. Und das ist dann eben das Symbolische. Ich sage es braucht Zeit. Es braucht ein paar
595 Situationen, um dies zu üben, auch wieder. Und wenn er dann wirklich mal unverschuldet
596 später nach Hause kommt, dann ist dieses Misstrauen auch nach 2, 3 Jahren immer noch
597 da, sofort wieder da. Das braucht eben Zeit. Und das sage ich auch den Betroffenen oft,
598 eben in diesem Vierergesprächen, erklären wir ihnen das. Schauen sie, das ist eben normal,
599 dass Sie diese Erwartungen haben. Aber es ist genau so normal, das die Angehörige ihnen
600 nicht traut, weil sie halt 150 Mal versprochen haben, dass sie aufhören und dass sie sich
601 bessern und das nicht einhalten konnten. Und deshalb vertraut ihnen die Angehörige auch
602 nicht einfach so wieder. Und das ist ein ganz wichtiger Teil, dies zu erklären und mit denen
603 das zu bearbeiten. Vertrauen kann man nicht einfach hinzaubern. Das ist auch in der
604 Beratung noch schwierig, weil es gibt immer wieder wirklich halt Situationen, die nicht
605 vorhersehbar sind. Und dann kommen sie und sagen, jetzt hat er wieder misstraut. Gerade
606 letztthin hatten wir ein Ehepaar, das eher sagte, sie hat mich so böse angeblickt, nicht
607 vertraut und so weiter und so fort. Und nächstes Mal gehe ich trinken, wenn das so ist und
608 so. Und da haben wir ihm auch gesagt, schauen sie, dass ihre Frau nie mehr diesen Blick
609 hat, das können sie einfach vergessen zu erwarten. Das ist nicht möglich, schlicht und
610 einfach nicht möglich. Es ist so. Das kommt wieder und damit müssen sie aber umgehen.
611 Die Botschaft beginnt ja beim Empfänger und nicht beim Sender oder. Da müssen sie
612 umgehen und nicht die Partner. Natürlich kann sie sich bemühen, aber das das passieren
613 kann, das ist einfach so. Und das ist einfach so mit den Angehörigen. Und in dem
614 Zusammenhang erkläre ich das immer wieder. Nach so einer Therapie ist die Schonzeit 3
615 Monate. Einerseits in der Beziehung, Familie, aber auch am Arbeitsplatz, in der Freizeit. Und
616 zwar denken dann alle zu Beginn, jetzt müssen wir vorsichtig sein, dass keine Partys mehr
617 mit zu viel Alkohol und so weiter und so fort. Oder ich spreche in der Regel die Konflikte nicht
618 an, weil sonst wird er rückfällig. Oder beim Arbeitsplatz, ja die Leistung stimmt noch nicht
619 ganz, aber wir warten noch und so weiter und sofort. Und nach 3 Monaten ist

620 einerseits diese Schonzeit vorbei, weil dann die, die Leute einfach sehen, wir können nicht
621 immer so. Wir müssen wieder zur Normalität zurückgehen und da gehören Konflikte dazu.
622 Und der Betroffene gewinnt aber dann in dieser Zeit eine gewisse Sicherheit und eben
623 bewusste gewisse Sicherheit. Und ist so von der ganz vorsichtigen Haltung überall
624 hinzuschauen, hat es da Alkohol drin oder nicht. Ist das eine Risikosituation oder nicht? Von
625 dieser ist so eine Übergang von der Sicherheit, von dieser Kontrolle in die Routine. Und das
626 läuft zeitlich etwa parallel. Und dann ist er nicht mehr routiniert oder noch nicht routiniert,
627 aber auch nicht mehr in dieser Sicherheit. Und dann kommt eben dann ein Konflikt, der sich
628 eben aufgestaut hat in diesen 3 Monaten. Und das ist immer, das zeigen auch Statistiken,
629 dass die Rückfallhäufigkeit so nach 3, 6 Monaten ziemlich am häufigsten ist. Und das zeigt
630 genau das auf. Und das muss man mit den Angehörigen, mit dem Betroffenen gut
631 besprechen. Immer wieder sagen, das ist völlig normal, dass der Konflikt aufkommt. Der hat
632 sich jetzt aufgestaut. Sie hat sie geschont, sie war vorsichtig, aber jetzt will sie das mitteilen,
633 dass ihr da etwas nicht passt.

634

635 **S.R: Wenn jetzt der Angehörige eben in die Beratung zu Ihnen kommen, empfehlen Sie**
636 **ihm dann auch eine Paartherapie oder eine Paarberatung besser gesagt?**

637

638 **H:** Ja, also wir machen das teilweise selbst auch. Also wir sind ja jetzt nicht ausgebildete
639 Paartherapeuten. Vielfach geht es wirklich so um Alltagsdinge. Also gar nicht, also da muss
640 man aus meiner Sicht therapeutisch gar nicht so tief schürfen. Aber wenn der Bedarf da ist,
641 dann durchaus, dann empfehlen wir das. Wir fragen auch. Oder wenn sie sagen es ist ja
642 zwar gut bei ihnen, aber wir kommen als Paar nicht wirklich weiter. Die Beziehung klemmt
643 weiterhin, obwohl das sie alkoholfrei ist und so weiter und so fort. Ja, dann sagen wir, ok da
644 sind wir an unseren Grenzen. Da müssen sie jetzt eine Paartherapie beanspruchen und
645 versuchen ob sie da weiter kommen.

646

647 **S.R: Und wird dann in dieser Beratung auch über die Kommunikation gesprochen,**
648 **weil die ja meistens eigentlich sehr leidet und der Alkoholabhängigkeit?**

649

650 **H:** Ja sehr. Also eben Wertschätzung, also Abwertung, Wertschätzung. Während der (...) ist
651 Abwertung das Übliche. Und Beschuldigungen und eben dann auch die Wertschätzung
652 wieder reinbringen. Die eigenen Anteile des Fehlverhaltens oder der Kommunikation oder
653 was auch immer sehen, entgegen gehen. Letzthin hatten wir ein Paar, das beklagte sich, ich
654 weiss nicht mehr welcher Teil, einer sagte über den anderen, der murmelt dann irgendwas in
655 der Küche und ich verstehe das nicht. Ja ok, da müssen sie halt vielleicht in die Küche
656 gehen und fragen, was hast du genau gesagt? Ich habe es nicht verstanden. Ich war

657 gerade im Schlafzimmer, über die 3 Ecken habe ich nichts gehört. Oder sonst ihm vielleicht
658 auch sagen, wenn sie daran denken oder merken ihre Frau ist im Schlafzimmer, dann gehen
659 sie doch hin, wenn sie etwas sagen wollen. Wenn sie etwas mitteilen wollen, wenn es wichtig
660 für sie ist, dass die das hört und nicht einfach denken ja vielleicht. Weil die Aussage war,
661 glaube ich, ja sie hört ja mir sowieso nicht zu oder respektive, ich kann ja sagen was ich will,
662 sie interessiert sich ja gar nicht was ich sage. Eben so kleine Alltagsdinge muss man mit den
663 Leuten immer wieder anschauen und besprechen (lacht).

664

665 **S.R: Und Sie haben es vorhin kurz angesprochen, die Rolle der Systemtheorie in der**
666 **ganzen Angehörigenarbeit.**

667

668 **H:** Also eben, es ist ja dieses Gleichgewicht das verändert wird. Wenn eine Person sich
669 verändert, im systemischen Denken, ja und dann zwingt das den anderen irgendwie sich
670 anzupassen. Das kann dann eben auch sein, dass mehr getrunken wird oder aggressivere
671 Töne kommen oder was auch immer. Aber das kann natürlich auch auf die andere Seite
672 gehen. Jetzt muss man etwas machen. Ziel ist ja immer wieder, den Druck auf den
673 Betroffenen erhöhen. Das eben Druck weg von den Angehörigen auf die Betroffenen. Also
674 Klassiker ist ja, er schläft noch morgens und kann nicht zur Arbeit. Und sie ruft an, er ist
675 krank. Und da sagen wir, machen sie das nicht mehr. Er muss selbst anrufen. Und dann
676 kann der Vorgesetzte am Telefon vielleicht hören, dass er eine schwere Zunge hat oder das
677 es lange gedauert hat, von der Stimme her oder kann direkt anfragen, weil sonst ist es
678 immer die Entschuldigung von der Frau. Oder und das, diesen Druck erhöhen und dann
679 passiert schon etwas. Und das versuchen wir eben mit dem systemischen zu arbeiten.

680

681 **S.R: Und war für Bedürfnisse und Erwartungen haben die Angehörigen an die**
682 **Beratung wenn sie zu Ihnen kommen?**

683

684 **H:** Also die Angehörigen haben natürlich häufig an uns die Erwartung, bringen sie doch
685 meinen Partner endlich zur Vernunft oder in die Klinik oder was auch immer (lacht). Einfach
686 weg vom Alkohol oder. Das ist die Erwartung oder. Die müssen wir in dem Sinn dann
687 enttäuschen. Da wir sagen, wir können das nicht einfach, dass wissen sie auch. Rechtlich
688 kann man das heute praktisch nicht mehr, ausser wenn Gefahr im Verzug ist, also Gewalt
689 angedroht wurde. Aber sonst kann nicht fürsorgerisch entziehen. Aber das erwarten
690 Angehörige eben oft. Aber dann sagen wir, kommen sie doch einmal vorbei. Wir besprechen
691 das einmal mit ihnen. Ein offenes Ohr zu haben, ist der wichtige Teil. Und dann eben auch
692 immer wieder nachzufragen und zu sagen, jetzt sprechen wir über ihre eigenen Probleme.

693 Und das wird dann auch angenommen. Und sie merken das schon, dass das gut geht mit
694 der Zeit.

695

696 **S.M: Ist es nicht auch so, dass Angehörige oftmals die Erwartung an einen Berater**
697 **haben, dass er ihnen sagt, so und so, fast wie ein Rezept?**

698

699 **H:** Ja, das geht in diese Richtung. Ja, natürlich. Das haben nicht nur Angehörige, sondern
700 viele Klienten der Sozialen Arbeit (lacht). Also bei uns jetzt auch die Betroffenen. Häufig,
701 geben sie mir die Klinik bekannt, in der ich ganz sicher gesund werde. Und da muss man
702 halt dann sagen, es gibt halt verschiedene. Und das hören sie dann auch hin und wieder in
703 den Gruppen, dass der eine schon 4 Kliniken durchlaufen hat und sagt, diese war's. Seither
704 lebe ich alkoholfrei. Du musst unbedingt in diese Klinik gehen. Es gibt keine andere die das
705 kann. Da sagen wir halt dann, da gibt es einerseits, ist das Ganze ein Verlauf, ein Weg und
706 da kann es sein, da mehr als eine Klinik auf den Weg ist. Aber ob es Klinik A zuerst ist oder
707 Klinik C spielt, dann häufig keine Rolle. Und andererseits ist es dann wirklich so, man kann
708 nicht ergründen, warum das jetzt bei dem einen der Tag X war, der alles veränderte und bei
709 dem anderen halt nicht. Und das ist auch bei den Angehörigen so.

710

711 **S.R Und was ist jetzt Ihre Rolle, Ihre Funktion als Berater?**

712

713 **H:** Also ich sehe mich eben als Berater, natürlich, als Begleiter auch, Coach kann man auch
714 sagen. Da haben wir uns gefragt, wenn wir noch mehr männliche Angehörige ansprechen
715 wollen, ob wir uns als Coachs bezeichnen sollen. Das hat offenbar, ich weiss nicht mehr wo,
716 hat das offenbar irgendetwas bewirkt. Ich weiss nicht mehr ob Angehörige, aber glaube auf
717 Betroffenenseite (...). Mir ist natürlich wichtig, die Menschen sind immer Spezialisten von
718 sich selbst. Wir sagen, wir geben keine Rezepte. Wir können natürlich schon sagen, sei es
719 bei Angehörigen oder Betroffenen (...) gucken sie, sie können den Weg schon gehen, es gibt
720 einfach diese und diese Hürde. Oder also sagen wir, wenn jetzt jemand kommt und sagt, ich
721 gehe jetzt zu einem Naturheiler, so und der macht mich dann schon gesund, da sage ich
722 dann, dass ist in ihrer Verantwortung. Und ich glaube das braucht ein bisschen mehr. Und
723 sie müssen sich verändern, und nicht der Zauberer so und so.

724

725 **S.R: Haben Sie auch Grenzen in der Beratung?**

726

727 **H:** Ja natürlich, eben auch wieder die Verantwortung des Klienten über sich selbst. Wenn sie
728 sagen, ja sie erzählen ja nur Mist und ihre Ideen oder Vorschläge, die sind unbrauchbar.
729 Oder diese sich auch nicht ändern wollen. Das hört man auch hin und wieder.

730 Jawohl, das ist gut, das versuche ich. Und dann halt auch konsequent. Es ging halt nicht, die
731 Umstände waren nicht so günstig, sonst irgendwelche Gründe, die dann, müssen wir dann
732 sagen, das ist ihre Entscheidung. Sie müssen das selbst wissen. Aber wir sagen dann auch
733 einmal, sind sicher geduldig, aber sagen dann auch oder fragen nach, ja was bringt es denn,
734 wenn sie noch länger hierher kommen. Wenn sie jetzt zurückblicken, ich sage jetzt einmal
735 auf die 8, 10 Monate wo sie hier sind, was hat sich den verändert? Und der Klient sagt
736 überhaupt nichts. Und wir haben doch das erarbeitet und diese Veränderung. Und das sie
737 das einmal versuchen und so weiter. Und sie konnten das nicht, woran hat es gelegen? Ja
738 ich weiss es nicht und so. Was bringt es dann noch? Sie dürfen, aber was wäre denn ihr
739 Vorschlag? Also das ist so, immer wieder diese Grenze, wenn Leute sagen. Oder aber es
740 kann auch sein, eben, er hat kein Rezept, also ist das nichts für mich (lacht). Das gibt es
741 natürlich auch.

742

743 **S.R: Und was für ein Beitrag kann die Soziale Arbeit in der Angehörigenarbeit leisten?**

744

745 **H:** Also grundsätzlich hat die Suchtarbeit einen sehr hohen therapeutischen Ansatz da drin.
746 Also sie, die sogenannte klassische Sozialarbeit in anderen Felder. Also ich merke das,
747 wenn ich dann eben mit anderen Sozialarbeiter in Kontakt bin, wie die organisieren müssen,
748 wie die eben wirklich viel mehr administrativ, organisatorisches machen müssen als wir.
749 Dann sieht man da schon Unterschiede und das ist dann halt das Therapeutische das halt
750 wir mehr reinbringen und dann eben weniger dieses Klassisches. Und auch, dass hat dann
751 ja auch therapeutisch zu tun in dem Sinne, dass wir halt sagen, schauen Sie müssen ja
752 wieder sich selbst organisierend beginnen (...). Also ich hatte noch nicht lange einen
753 Klienten hier der, dem ich halt, er war Sozialhilfeempfänger, der hatte den ganzen Tag Zeit,
754 und der musste einige Anrufe tätigen um stationäre Therapien vorzubereiten um wieder mit
755 dem Sozialamt zu reden, weil er da kein Geld mehr bekam, musste noch aus der Wohnung
756 raus, Möbel einstellen und so weiter und so fort. Und das hab ich dann, einerseits merkte ich
757 dass er, zuerst habe ich ihm einfach eins zwei Telefone in Auftrag gegeben, bis zum
758 nächsten Gespräch. Der kam dann meist so ganz zu Beginn etwa zwei Wochen zweimal,
759 dann merkte ich einfach, ja gut. Wenn ich nachgefragt habe, sagte er immer ja die sind nicht
760 erreichbar. Also das Sozialamt hier ist nicht erreichbar, der Arzt ist nicht erreichbar. Und
761 dann habe ich meist zwei dreimal von hier aus ausgerufen, und die waren natürlich immer
762 erreichbar und kam auch weiter. Und dann hab ich ihm das bewusst auch klar
763 zurückgemeldet, schauen Sie mir kommt es an also wollen Sie das mir delegieren und das
764 bin ich nicht bereit, Sie müssen das mit sich selbst organisieren, lernen und das hat er dann
765 gemacht, musste altes Zeug organisieren und zum Beispiel Möbel einstellen, musste ich
766 dann auch sagen ich bin nicht Vertragspartner, das sind Sie, Sie müssen eine

767 Vereinbarung und den Preis vereinbaren, nicht ich, das kann ich gar nicht für Sie. Und er
768 hat dann offenbar in einer stationären Therapie sich darüber beschwert, dass ich ja nichts
769 mache für die Leute, sondern nur die Leute selber arbeiten lasse, also das bringe ihm nichts
770 zu uns zu kommen (lacht). Und das sind dann halt Dinge die man eben auch immer selbst
771 abgrenzen muss, das ist meine Aufgabe, was kann der Klient, Klientin selber machen. Das
772 ist immer eine spannende Sache, auch dass, Nein sagen zu dürfen oder zu müssen, eben je
773 nach dem. Das ist auch bei Angehörigen zum Teil so, dass man da sagen muss ich kann
774 das nicht sondern (...). Eine Frage ist zum Beispiel, wann erzählen die Angehörige, dass sie
775 hier waren. Oder, es gibt häufig solche, die sagen, ja ich sage nichts. Dann sage ich ja gut,
776 irgendwann müssen Sie es ihnen sagen. Und wann ist dann eine Möglichkeit. Sie könne ja
777 dem Partner eine mal etwas auf dem Tischen legen von uns, und mal schauen wie er
778 reagiert und so und das ist zum Beispiel auch eine Frage, die wir zum Teil zwei, drei
779 Gespräche lang besprechen oder wieder ansprechen, also nicht eine ganze Stunde
780 besprechen, aber ansprechen, was wäre denn passiert wenn Sie's gemacht hätten, wirklich
781 so schlimm wie Sie's befürchten.

782

783 **S.R: Noch eine Frage zu Coping. Die meisten Angehörigen zeigen eben diese**
784 **Stresssymptome in der Beziehung mit ihrem Partner. Sprechen Sie diese auch in der**
785 **Beratung an oder sprechen die Angehörigen sie selbst an?**

786

787 **H:** Also teils natürlich. Also oder es gibt natürlich schon Angehörige die weinend da rein
788 kommen und die man kaum zur Ruhe bringen kann und eben das sind ja dann Anzeichen.
789 Und wir fragen natürlich immer, Freizeit ist immer eine frühe Frage sag ich mal, wie sieht
790 denn Ihre Freizeit aus? Wie entspannen Sie denn? Was tun Sie denn für Sie Gutes, und so
791 weiter. Und da behandeln direkt können wir das nicht. Aber wir machen jetzt hier nicht
792 Entspannungsübungen, eher in der Gruppe dann vielleicht mal zu Beginn kurz, aber einfach
793 empfehlen, aus meiner Sicht wäre es eben gut, wenn Sie mal einen Tag weg gehen oder am
794 Wochenende sich erholen wollen und so, das empfehlen wir einfach, darauf zu gucken.

II) Angehörige

Einleitung

Stefanie Millius / Stephanie Rion - Wie gestalten Sozialarbeiter die Beratung von co-abhängigen Personen, die einen alkoholabhängigen Partner haben und wie wird die Zusammenarbeit von den Angehörigen erlebt? – Frau X –20.12.2012 – 85'

Das Interview mit Frau X fand am 20. Dezember 2012 aus gesundheitlichen Gründen bei ihr Zuhause in einem Dorf in Bern statt. Die Dauer des Gesprächs lag bei 85 Minuten. Die Antworten von Frau X haben wir wortwörtlich wiedergegeben. Aus Datenschutzgründen haben wir den Namen unserer Interviewpartnerin vollständig anonymisiert.

Unsere Aussagen bzw. Fragen sind fett gedruckt und jeweils mit S.M (Stefanie Millius) oder S.R (Stephanie Rion) gekennzeichnet.) Die Antworten von Frau X sind mit dem Buchstaben X markiert. Dadurch wollen wir eine klare Differenzierung der Aussagen erreichen.

Das Interview fand auf Schweizerdialekt statt, da wir der Meinung sind, dass dadurch die Angehörige freier erzählen konnte.

1 **S.M: Dann würden wir anfangen. Sie müssen uns einfach mitteilen, wenn Sie eine**
2 **Pause brauchen.**

3

4 **X:** Ja ja, das ist gut.

5

6 **S.M: Gut. Unsere Frage ist, wann und wie haben Sie das erste Mal bemerkt, dass Ihr**
7 **Partner ein Alkoholproblem hat?**

8

9 **X:** Das ist noch „verrückt“, weil ich auch diejenigen sein könnte, die das Alkoholproblem hat
10 oder beide zusammen. Wir haben ziemlich viel zusammen getrunken. Und das ist eine
11 Zeitlang so gegangen und dann haben wir gemerkt oder mehr unsere Tochter hat das
12 gemerkt, dass wir eigentlich miteinander nicht mehr gut reden oder. Das wir einander
13 dauernd angiften. Und dann wäre mir noch nichts aufgefallen. Sie hat aber auch nichts
14 gesagt, bis es dann zu einem Unfall, mein Partner einen Unfall gehabt hat, unter
15 Alkoholeinfluss. Wir wollten in ein Konzert gehen, die Tochter und ich und es war gerade
16 Feldschiessen. Und mein Mann ist dann, wir wollten dann aber doch nicht gehen und haben
17 gesagt, dass wir keine Lust haben uns etwas anzuziehen. Wir bleiben zu Hause. Und dann
18 sind wir nicht gegangen und mein Mann ist nach Hause gekommen, eben ziemlich stark
19 betrunken. Solche Sachen habe ich häufig erlebt nach dem Feldschiessen oder mit
20 Kameraden zusammen. Das gibt es häufiger, das er so kleine Auswütungen hatte. Und dann
21 hat er in der Küche das Abendessen gegessen und plötzlich hat es „tätscht“. Dann gingen
22 wir schauen und er war am Boden in einer Blutlache, mit Ambulanz und allem. Jetzt hat er,
23 er hatte vor knapp 30 Jahren eine Hirnhautentzündung, ganz eine schwere und dadurch ist
24 sein Schluckreflex nicht mehr ganz gut gekommen. Es ist eher ein herunterwürgen und
25 durch das hat er das ganze Brot und den Käse, welches er gegessen hat, in die Lunge
26 bekommen. Dann mussten sie ihm das alles aus der Lunge rausnehmen. Dann hat das 2
27 Tage lang gedauert und dann hat man mich im Spital gefragt, ob mein Mann ein

28 Alkoholproblem habe. Dann wurde ich wütend und habe gesagt, geht es eigentlich noch?!
29 Was ihr eigentlich in den Sinn komme. Und ich denke, das ist die typische Reaktion darauf,
30 auf Wirklichkeiten oder. Und von da an ist es dann losgegangen. Ich habe meinen Mann nur
31 noch kontrolliert. Nach 3 Wochen musste er dann noch Montana kuren und als er wieder
32 zurückkam, bin ich arbeiten gegangen und er war ja frühzeitig pensioniert, weil sie die Stelle
33 abgeschafft haben. Es wäre uns eigentlich gut gegangen, in dem Sinne und dann habe ich
34 so gewisse Sachen gemerkt. Ich ging dauernd kontrollieren und suchen. Wenn ich am
35 Nachmittag nach Hause kam, hat mein Mann schon am Tisch gesessen, völlig weg. Und das
36 hat einfach furchtbare Szenen nach sich gezogen und hat dann nochmals 2 Spitäleintritte
37 gegeben. Ich habe dann schon gewusst, es ist so. In meiner ganzen Panik drin innen,
38 wusste ich nicht mehr was machen. Ich habe Drohungen ausgesprochen, habe Flaschen
39 gesucht und gedroht, ich gehe, wenn du nicht aufhörst saufen. Das hat alles nichts genützt.
40 Und dann habe ich mich bei meinem Hausarzt beklagt. Allerdings hat er mir eine Adresse
41 angegeben von so einer Psychologin und bei ihr war ich vielleicht ein halbes Jahr. Ich habe
42 gemerkt, dass bringt mir eigentlich nichts. Ich hätte gerne gehabt, es sagt mir jemand, sie
43 müssen das nur so und so machen, dann ist ihr Mann trocken. Die Idee hatten wir alle, aber
44 das hat halt nicht funktioniert. Und dann ist es ziemlich, ganz schlimm geworden. Ich ging
45 nochmals zum Arzt und sagte, ich kann nicht mehr. Und dann hat er mir die Al-Anon
46 empfohlen. Er hatte einfach eine Adresse und eine Telefonnummer von der Tina (Name
47 wurde geändert). Ich habe Tina angerufen und sie sagte, ich solle doch kommen. Sie sei
48 eine Selbsthilfegruppe in Bern unten im Nydegg, im Berchtoldshaus. Ich solle doch einmal
49 vorbei kommen. Dann habe ich hoch und heilig versprochen, dass ich vorbeikomme, bin
50 dann aber nicht gegangen. Und liess das verstreichen. Es ist uns eigentlich beiden
51 schlechter gegangen. Und dann habe ich der Tina nochmals angerufen und sie hat gesagt,
52 dass sie mich auf dem Bahnhof abholen komme, wenn du Schwellenangst hast. Machen wir
53 ein Datum ab auf dem Bahnhof in Bern. Das musste sie dann nicht. Ich habe den Weg
54 alleine gefunden (hat Tränen in den Augen). Aber noch, sie merken, es geht mir immer noch
55 nahe, auf der Türschwelle habe ich noch gedacht, ich möchte eigentlich nicht da rein. Es ist
56 ja nicht mein Problem. Soll mein Partner etwas machen, der säuft ja. Ich ging dann trotzdem
57 hinein und ich werde denen mein lebenslang dankbar sein, dass ich den Weg dorthin
58 gefunden habe. Es war nicht unbedingt ein schöner Raum und beim ersten Mal habe ich
59 gefunden, nein, da komme nicht nochmals. Und ich denke sie haben mir, vor allem haben
60 sie mir etwas gesagt. Ich sei nicht schuld, dass mein Mann alkoholabhängig sei. Ich habe
61 mich immer sehr schuldig gefühlt, weil ich ja noch mitgeholfen habe. Ich sei auf alle Fälle
62 nicht schuld, dass mein Mann trinkt. Ich solle doch weiterhin kommen. Sie gäben mir aber
63 keine Ratschläge. Ich könne nicht hier her kommen und meinen, sie können mir etwas sagen
64 und ich müsse immer das und das machen. Das gehe nicht. Das einzige, was ich

65 tun könne, sei an mir selber arbeiten. Und sich mit dem auseinandersetzen und eben dem
66 Partner oder dem Alkoholiker gegenüber trotzdem Respekt zeigen. Das ist gar nicht so
67 einfach. Aber ich gehe jetzt etwa so 7 oder 8 Jahre, manchmal ist es auch mit Unterbrüchen.
68 Und mein Mann hat aber auch gewusst, dass ich gehe. Ich habe ihm das immer ehrlich
69 gesagt und habe ihm auch Broschüren von der AA nach Hause gebracht und habe es ihm
70 dargelegt, habe ihm aber nie befohlen, dass er gehe müsse. Das müsse er selber
71 entscheiden. Es war wirklich kein einfacher Weg. Ich habe eigentlich, nein ohne eigentlich,
72 ich musste auch an mir selber arbeiten oder. Und vor allem eines haben sie mir gesagt,
73 wenn du sagst du gehst, dann musst du auch gehen. Wenn du nur jedes Mal androhnst und
74 du bleibst trotzdem, gibt das keine Veränderung.

75

76 **S.M: Es hat keine Wirkung.**

77

78 **X:** Es hat keine Wirkung. Im Gegenteil, er denkt sich, die hat das schon 100 Mal gesagt.
79 Doch, ich blieb wirklich dabei und es hat doch einige schlimme Sachen für mich gehabt, wo
80 ich halt auch dazu stehen musste und sagen musste, das ist auch mein Fehler. Da habe
81 auch ich Fehler gemacht. Ich weiss, dass ich nicht schulde bin, dass mein Mann trinkt und
82 ich muss das wieder in Ordnung bringen und mein Leben wieder auf die Reihe kriegen. Ich
83 muss für mich schauen. Mein Partner muss für sich selber schauen und ich. Das hat nichts
84 mit Egoismus zu tun. Ich schaue für mich. Ich schaue das es mir gut geht. Mein Partner ist
85 jemand, der nicht so Initiative ergreift um weg zu gehen, dass muss alles immer ich machen.
86 Ich muss immer fragen, kommst du mit? Und früher habe ich gesagt, komm doch mit, jetzt
87 kommst du mit und er hat alle Ausreden gehabt. Aber es ist schon klar, es hat ihm manchmal
88 dann schon auch gefallen. Aber heute mache ich das nicht mehr. Ich frage 2 Mal und wenn
89 er beim Zweiten Mal immer noch nicht weiss oder er nicht will, dann gehe ich halt alleine.
90 Und er hat jetzt auch gemerkt, dass es halt einfach Sachen gibt, ich mache es so. Ich habe
91 ein Teil Sachen, wo ich für mich mache und er für sich alleine und dann gibt es Sachen, wo
92 wir zusammen machen. Und mit dem kommen wir eigentlich sehr gut zurecht. Und vor allem
93 indem, dass ich mich geändert habe, hat er sich eben auch geändert. Er hat gemerkt, ich
94 schimpfe ja gar nicht mehr mit ihm. Bei uns in der Gruppe hat immer eine Frau oder mehrere
95 gesagt, in Liebe loslassen. Ich habe mich immer gefragt, was heisst in Liebe loslassen? Was
96 heisst das? Was bedeutet das? Und das habe ich selber einmal gemerkt, als mein Mann
97 draussen im Gang am Boden gelegen hat und er nicht mehr aufstehen konnte. Und ich liess
98 ihn dort sein. Aber ich habe ihm eine Decke und ein Kissen gebracht. So, dass es ihm ein
99 wenig bequemer ist. Aber ich habe ihn dort sein lassen. Und ich weiss nicht wieviel Zeit
100 später er dann aufgestanden ist und ins Bett ging. Und ich denke all die Sachen hat er
101 mitbekommen, dass ich mich ändere und ihm nichts Böses mehr sage, ihm nicht

102 dauernd vorhalte, dass er trinkt (...). Und seither trinkt er eigentlich auch nicht mehr. Also
103 das hat schon einen Anlauf beim Doktor gebraucht, mit Antabus. Er hat immer gesagt, ich
104 schaffe das alleine oder. Als ich dann einmal bei der Al-Anon war, konnte ich ihm sagen,
105 nein, du schaffst das nicht alleine. Du brauchst Hilfe. Ich habe es auch nicht geschafft und
106 ich schäme mich absolut nicht dafür, dass ich die Hilfe angenommen habe. Und er ging dann
107 eine zeitlang sogar zur AA. Und sie sagen, ich kenne ein paar von der AA-Gruppe, in welche
108 er gegangen ist und sie fragen jetzt noch nach wie es ihm geht. Ich denke, das ist so ein
109 immenser Zusammenhalt von denen. Kommt er nicht wieder? Wie geht es ihm? Das muss er
110 selber wissen. Ich richte ihm die Grüsse aus und richte das aus, was sie gesagt haben, der
111 Rest muss er selber wissen. Das muss er für sich selber entscheiden. Und ja, es geht uns
112 seither eigentlich gut.

113 Eine Sache ist noch und zwar ist das eine Sache mit der Tochter. Wir haben es sehr gut
114 zusammen, aber dort muss ich noch ein Gespräch suchen. Und bis jetzt habe ich mich
115 dagegen gesperrt. Weil ich weiss, es wird für mich unangenehm. Ich denke, ich weiss
116 ungefähr wie ihre Reaktion ist. Sie ist eine sehr liebenswerte Frau und ich weiss fast wie ihre
117 Reaktion ist. Sie wird gut, aber ich scheue das Gespräch mit ihr. Und ich weiss, ich muss
118 das bereinigen, wenn das bereinigt ist, geht es mir auch wieder gut.

119 Zum Beispiel wir haben ein Programm, 12 Schritte und die Schritte werden bei uns in der
120 Gruppe, wo übrigens jede Woche stattfindet. Also wir mussten noch umziehen, weil ich
121 denke das Kirchengemeindehaus wurde verkauft. Man hat nicht gewusst was läuft und dann
122 hat man gesucht. Und dann haben wir im (...) in Bern, das ist auch ein reformiertes
123 Kirchengemeindehaus dort beim Helvetiaplatz, sehr zentral gelegen, haben wir dann einen
124 Raum bekommen. Und wir treffen uns wöchentlich. Es ist jetzt einfach über Weihnachten, ist
125 immer am Dienstag der 25. Und der 1. Januar haben wir, sie können vielleicht auch auf
126 unsere Homepage, dort haben wir drin, dass kein Meeting stattfindet. Jetzt wäre noch eines
127 heute Abend am Donnerstag, ist dann in der Johanniskirche. Das ist dann die zweite
128 Gruppe. Es hat jetzt immer 2 Gruppen da. Und wir sind eine der grössten Gruppen. Wenn
129 alle kommen, sind wir bis zu 18 Leute, vorwiegend Frauen. Männer, also wir haben einen
130 Mann, sehr ein treuer, der kommt schon seit 30 Jahren, der Klaus (Name wurde geändert).
131 An dem können wir uns auch ganz gut. Traurigerweise ist seine Frau letztes Jahr gestorben,
132 wo sie dann 30 Jahre lang trocken war und trotzdem ist er gekommen. Sie war 30 Jahre lang
133 trocken und trotzdem ist er jedes Mal gekommen und hat einfach gesagt, ihr seid meine
134 Gruppe, meine Geschwister im guten Sinn und ich brauche euch. Ich komme wegen euch.
135 Und das ist schon so, es hat sehr, sehr viele treue. Und eben, ist jeden Dienstag und wir sind
136 wirklich eine gute Gruppe. Jedes darf das Wort ergreifen, jedes darf ausreden. Wir reden
137 einander nicht rein. Wir melden uns wie im Kindergarten oder in der Schule (hebt ihre Hand)
138 und die Sheerfrau schreibt dann die Namen auf und dann kann man so die Runde

139 machen. Die wo es leitet, das heisst, wir haben ja keine Hierarchie oder (...), es gibt ein Büro
140 in Olten und dann gibt es eben die verschiedenen Gremien. Es gibt die wo den
141 Geschäftsausschluss, wo immer wieder andere gewählt werden. Dann haben wir zwei Mal
142 im Jahr gesamtschweizerisch Versammlung. Regional haben wir auch zwei Mal im Jahr, das
143 wechselt immer ab, einmal in Bern, einmal in Friburg, einmal Biel. (...) sind noch 2 Leute wo
144 einfach oder 3, wo einfach krampfhaft versuchen die Gruppe aufrecht zu erhalten. Thun ist
145 eingegangen.

146 Dann haben wir jedes Jahr ein Freundschaftstreffen, das ist immer wieder. Vor 2 Jahren war
147 es in Gwatt in Thun. Es ist einfach mit den AA zusammen ein Freundschaftstreffen. Es sind
148 einfach immer die besten 3 Tage, wo ich sagen kann, der AI-Anon. Man trifft sich mit der AA.
149 Es hat so viele, alle die AA sind so herzliche, sensible Leute, dass das einem manchmal
150 traurig macht, warum sind die so weit gekommen. Aber andererseits denke ich, zum Glück
151 haben die die AA gefunden. Das ist eigentlich eine Familie für sie. Und das auch vehement
152 vertreten, wo sagen, ich gehe. Ich habe mich jetzt im Dezember abgemeldet, weil ich sonst
153 noch viel mache. Ich bin Katechetin und jetzt haben wir im Dezember so viel gehabt. Von
154 Dezember bis Mitte Januar entschuldige ich mich, ich kann nicht dort auch noch. Ich werde
155 weiterhin gehen oder. Es ist so, die Gruppe, wenn neue dazukommen, ist es dann manchmal
156 schon ein wenig erdrückend oder. Aber andererseits sieht man überall nur Köpfe liegen, weil
157 wir das alle erlebt haben, wo das Neue jetzt erzählt. Einmal haben wir sogar gelacht. Das ist
158 dann ganz nicht gut angekommen. Er meinte, er finde das jetzt gar nicht lustig. Es war ein
159 Herr. Er finde das gar nicht lustig, dass wir darüber lachen. Dann haben wir uns entschuldigt
160 und haben gesagt es ist einfach so, sie haben unsere Geschichte erzählt, wo wir alle erlebt
161 haben. Und das kam jetzt einfach so spontan. Das ist nicht böseartig, das ist nicht böswillig,
162 absolut gar nicht. Das ist uns jetzt einfach gerade so, wir sind so weit wieder von dem
163 entfernt, dass wir jetzt darüber anders empfinden können. Der Herr ist dann allerdings nie
164 mehr gekommen. Es hat ihn vermutlich schon sehr getroffen. Und wir breiten eigentlich
165 schon unser Seelenleben aus. Was halt das wichtige ist. Ich kann nicht herkommen und
166 denken, die geben mir einen Ratschlag. Die sagen mir was ich machen muss. Ich muss nur
167 das und das und dieses und jenes und dann ist gut. Nein, ich muss mindestens 5 Mal
168 kommen und einmal zuhören. Ich muss nicht einmal reden. Ich kann nur zuhören. Man wird
169 nicht gedrängt. Ich habe auch schon, bin vorne dran gesessen und habe geleitet, das
170 Meeting geleitet und wenn jemand Neues kommt, begrüsst man die einfach und sagt, wir
171 sind froh, dass du der Weg hierhin gefunden hast und sagen ein paar Sachen wo wichtig
172 sind und fragen, möchtest du auch etwas sagen oder möchtest du zuerst einmal ein wenig
173 zuhören. Die meisten reden eigentlich gerade sofort. Aber es gibt auch diejenigen, die
174 wirklich am Anfang nur zuhören, bis sie den Knopf lösen können und sich öffnen und darüber
175 reden können. Oder wir haben ja 12 Schritte. Es gibt pro Monat immer einen Schritt

176 und dann gibt es eben auch so Literatur wo man nachlesen kann. Auch Berichte, wo Leute
177 geschrieben haben. Oder dann haben wir das (nimmt ein Buch hervor) Mut zur Veränderung,
178 wo jeder Tag drin ist. Wo jeder Tag einfach ein guter, heute haben wir den 20. Dezember, ist
179 das recht wenn ich ihnen vorlese (liest aus dem Buch vor)? Das sind immer so Tages, wo
180 einem wirklich auch immer aufstellen. Dann diskutiert man zum Beispiel auch den
181 Tagesbericht, wo drin ist oder eben ein Thema. Es hat sehr viele Themen über verletzt sein
182 oder über gern haben können. Das ist gar nicht immer so einfach. Und das macht meistens
183 die, die leitet oder fragt im Meeting vorher, habt ihr etwas auf dem Herzen, wo ich bis zum
184 nächsten etwas in der Literatur suchen soll und euch vorlese und dann diskutieren wir
185 darüber. Es ist halt schon so, wenn ich zum Doktor gehe oder zur Psychologin, dann gibt er
186 mir Psychopharmaka. Ich habe diese auch bekommen. Es hat nichts genützt und all das hat
187 mir nichts gebracht. Das bringt es mir einfach viel mehr.

188
189 Es war einmal die Frage, wenn wir uns begegnen, wollen wir anonym sein? Wenn wir uns
190 irgendwo in einem Laden begegnen, grüssen wir uns? Dann habe ich gesagt, warum soll ich
191 jemanden nicht grüssen? Ich muss ja niemandem sagen, dass ist die Frau von einem
192 Alkoholiker. Ich kann einfach den Namen sagen. Und wenn mein Partner nachher fragt, wer
193 war das, dann sage ich, dass ist jemand von der Al-Anon und fertig. Ich muss es nicht
194 begründen. Ich muss nur sagen, es ist jemand von der Al-Anon und fertig. Und ich habe
195 einen sehr guten Kollegen von der AA. Wir gehen meistens zusammen informieren. Also wir
196 gehen in Schulklassen, so Module haben wir eben auch schon gemacht im SBB Gebäude,
197 bei den SBB Lehrlingen waren wir letztes Jahr mehrmals, in Gymnasien. Leider hat das ein
198 wenig abgenommen. Ich denke das ist alles wegen dem Sparwillen. Es ist dem sparen
199 weggefallen. Das braucht man nicht oder das ist etwas, wo man sich sparen kann. Wichtig
200 ist ja, wir nehmen für das kein Geld. Absolut nichts. Wenn jemand aber sagt, ich möchte
201 aber etwas geben (...). Eigentlich ist es uns ein Anliegen, das weiterzugeben was da dran
202 gut ist, was wir erlebt haben. Was manchmal ein bisschen heikel ist, es ist noch ziemlich viel
203 von Gott da drin oder von einer höheren Macht, egal wie man dem jetzt sagt oder. Es kann ja
204 auch Allah sein. Wir sind keine Sekte. Wir gehen nicht dorthin beten. Wir gehen dorthin, um
205 unsere Probleme auszubreiten, unsere Traurigkeit, uns trösten lassen. Es ist nur einfach so
206 und das spüre ich selber auch, ich habe eine höhere Macht. Und die höhere Macht hilft mir
207 immer, egal auch wie. Auch wenn es nicht so rauskommt, wie ich es gerne habe. Dann ist es
208 halt einfach so. Und ich denke da habe ich am meisten gelernt. In meinem ganzen Leben
209 habe ich dort am meisten gelernt. Ich muss mich auch nicht in Sachen einmischen oder
210 meinen, dass ich mir über jemanden ein Urteil bilden darf. Und das haben natürlich auch
211 meine Bekannten und Freunde eigentlich gemerkt. Und sie sagen mir noch ab und zu, ich
212 kann nicht verstehen, wie du so ruhig bleiben kannst. Dann sage ich, was soll's?

213 Was bringt es mir? Was bringt es mir, wenn ich mich über meine Kollegin aufrege, wo von
214 der Sozialhilfe lebt und jeden Abend in den Ausgang geht. Es bringt mir nichts. Es ist ihr
215 Leben und sie soll es sich so einteilen, wie sie es will. Aber ich diskutiere mit ihr darüber
216 auch nicht.

217 Ich sage es ehrlich, die Al-Anon hat ganz sicher mein Leben gerettet. Auch wenn ich nicht so
218 ganz regelmässig hingehere, werde ich einfach dort bleiben. Und so tolle Freundschaften
219 haben sich da entwickelt.

220 Und dann haben wir auch noch, neben dem Freundschaftstreffen jedes Jahr, alle anderthalb
221 Jahre Dienstgrundsätze. Es gibt ja Dienstgrundsätze oder. Manchmal gibt es einfach auch
222 „Knatsch“. Das lässt sich nicht vermeiden. Es geht vielleicht um Geld oder wenn jemand mit
223 dem anderen nicht auskommt und dann versucht man das eigentlich zu regeln. Und wie soll
224 ich das sagen, bei uns steht der Mensch über den Dingen. Es ist immer ein wunderschönes
225 Wochenende ein Dienstgrundsatzseminar durch zu machen. Ich bin jetzt, gut das habe ich
226 vorher nicht so gewusst, aber seit ich im Öffentlichteidsdienst bin, bin ich da auch dabei. Es
227 liegt zwar nicht immer drin, um zu gehen, aber wenn es irgendwie möglich ist, mache ich das
228 schon.

229

230 **S.R: Ich habe gerade eine Frage. Warum haben Sie das Gefühl, dass die Zahl der**
231 **Neumitglieder abnimmt?**

232

233 **X:** Das ist noch schwierig zum sagen. Wir hatten eben schon Leute, die gekommen sind und
234 nicht zufrieden gewesen sind. Die sind vielleicht 4, 5 Mal gekommen und das ist für mich zu
235 wenig, hat jemand gesagt, es geht für mich zu wenig weit. Und dann musste man einfach
236 sagen, ja dann sind wir einfach nicht das richtige. Dann müssen sie halt weitersuchen bis sie
237 das finden, wo für sie stimmt. Und warum das abnimmt, ich weiss es nicht. Ich glaube nicht,
238 dass die Leute leidenschaftlicher geworden sind. Im Gegenteil, sie trennen sich wahrscheinlich
239 viel schneller. Und dann ist für sie das Problem gelöst. Aber für mich, wenn ich mich jetzt von
240 meinem Mann getrennt hätte, mein Problem wäre nicht gelöst, absolut nicht. Ich würde
241 meinen Rucksack weitertragen. Ich habe schon ein wenig das Gefühl und was mir manchmal
242 riesen Angst macht, ist mit den Jugendlichen, wieviel Alkohol (...). Aber ich muss einfach
243 sagen, dass muss man so laulassen, das ist in ihrem Ermessen. Wenn man halt auch nicht
244 helfen kann oder nichts tut. Ich habe auch gelernt nichts zu sagen. Ich setze mich nicht
245 mehr, so wie früher, Sachen aus. Man sagt ja auch, wer die Antwort nicht scheut, darf dann
246 sagen. Aber ich denke schon ein wenig, ich hoffe einfach, dass sich die Jungen, die sich jetzt
247 da im Komasaufen üben, dass die den richtigen Weg auch noch finden.

248 Aber eben, ich weiss nicht, warum die jungen Leute, ich kann es wirklich nicht sagen, warum
249 junge Leute nicht kommen. Weil für mich stimmt einfach das Angebot. Für mich war

250 es das einzig richtige. Das habe ich dann auch meinem Arzt gesagt, es sollten eigentlich viel
251 mehr Arztpraxen die Unterlagen haben. Wir haben einmal einen Anlauf genommen, wir
252 haben Blätter gedruckt, also so A4-Blätter wo drauf stand, „*Mami was heisst besoffen?*“
253 Oder: „*Egal wer trinkt, betroffen sind alle.*“ Das waren so bestimmte A4-Blätter mit einem
254 Flachmann drauf und die hat man versucht den Arztpraxen zu übergeben. Und dann wir
255 haben auch, so wie Visitenkärtchen gemacht (verlässt den Raum und kommt mit den
256 Visitenkarten zurück). Und die lasse ich dann manchmal, wenn ich Zug fahre und lege sie
257 auf dieses Tischchen. Vielleicht liest es jemand, vielleicht auch nicht. Also das könnte ich
258 nicht jemandem einfach so in die Hand drücken. Da wäre ich den Sinne zu, aber einfach
259 liegen lassen. Aber es sind eigentlich wenige Arztpraxen, wo die Al-Anon überhaupt kennen.
260 Wir gingen einmal ins Spital Burgdorf informieren und da man uns gefragt was die Al-Anon
261 sei. Das ist zwar schon einige Jahre her, aber das ist eine Information gewesen für
262 Psychiater, für Ärzte, also von verschiedenen Psychiatrien, so wie Klinik Wyss. Und in die
263 Klinik Wyss gehen wir auch regelmässig 5 Mal im Jahr. Es wäre eigentlich unser Anliegen,
264 dass wir in alle Kliniken vorbei gehen können. Die haben aber eigentlich ihr eigenes
265 Programm. Die AA geht, glaube ich, nach Münsingen. Die gehen, glaube ich, auch
266 regelmässig. Wir finden immer, wir von der Al-Anon haben wirklich das Recht darauf es gibt
267 etwas für uns.

268
269 **S.M: Als Sie gemerkt haben, dass Ihr Partner wahrscheinlich ein Alkoholproblem hat,**
270 **gab es Menschen in Ihrem Umfeld, wo Sie darüber geredet haben und sich**
271 **anvertrauen konnten?**

272
273 **X:** Nein, am Anfang überhaupt nicht. Ich habe mich so geschämt. Ich konnte das niemandem
274 sagen, bis meine Freundin einmal gesagt, du stimmt das, hat dein Mann ein Alkoholproblem,
275 die und die hat mir das gesagt? Da ist das erste Mal gewesen, als ich gesagt habe, ja das ist
276 so. Und sag du dieser Freundin, sie soll mich das bitte selber fragen. Nicht über andere oder.
277 Und wenn heute so derartige Sachen kommen, also das kommt ja nicht mehr, weil es geht
278 uns gut, mein Mann muss nicht Alkohol trinken. Momentan sage ich jetzt einmal, ist er
279 trocken in dem Sinn und ich hoffe er bleibt es auch. Das haltet mich aber nicht davon ab,
280 wenn ich irgendwo hingeh, in der Gesellschaft oder wenn ich eingeladen bin, ein Glas Wein
281 zu trinken. Ich habe sehr gerne ein Glas Wein, ich kann es bei einem sein lassen. Und da ich
282 gelernt, am Anfang habe ich mir gesagt, wenn mein Mann dabei ist, trinke ich keinen Wein.
283 Aus Solidarität zu ihm. Heute sage ich einfach, wenn ich Lust habe, trinke ich etwas und
284 wenn ich keine Lust habe, trinke ich keinen Wein. Das ist ganz einfach. Dort habe ich allen
285 gesagt, wenn euch jemand fragt (...), sagt denen bitte, sie sollen mich selber fragen. Es ist

286 dann aber nie mehr vorgekommen. Ich konnte dann mit dieser Freundin gut reden und dann
287 ist es allmählich offener geworden.

288 Als ich dann 2, 3 Jahre bei der Al-Anon war, konnte ich darüber reden, weil ich wusste, ich
289 muss mich nicht schämen. Ich habe mich so geschämt, dass das jetzt uns passiert ist. Es
290 war einfach schlimm. Wir waren so totunglücklich. Und ich bin so dankbar, geht es uns jetzt
291 gut.

292

293 **S.M: Schön.**

294

295 **X: Ja.**

296

297 **S.R: Wir haben in unserer Arbeit auch über die Al-Anon geschrieben, aber auch über**
298 **andere Möglichkeiten sich Hilfe zu holen wie Familientherapie, Psychotherapie. Sie**
299 **haben sich jetzt für eine Selbsthilfegruppe entschieden. Warum? Hat Ihr Mann je einen**
300 **Entzug gemacht?**

301

302 **X:** Ich war nur bei dieser Psychologin, vielleicht ein halbes Jahr. Natürlich konnte ich dort
303 reden und mich öffnen, weil ich ja wusste, dass es nirgendwo weitergeht. Aber ich habe
304 einfach plötzlich gemerkt, dass ist nicht das, was ich brauche. Ich brauche viel etwas
305 anderes, habe aber nicht gewusst was. Ich habe dann einfach aufgehört. Ich habe gesagt,
306 ich möchte gerne aufhören, mir würde das einfach nichts bringen. Ich bin also wirklich
307 meinem Arzt dankbar, dass er mich auf diese Selbsthilfegruppe aufmerksam gemacht hat. Er
308 ist so ein (... und lacht). Und er weiss, ich war gerade am Montag bei ihm gewesen, ein
309 völliger Chaot (...), aber er ist ein liebenswerter Mensch und drängt mir nichts auf. Und hat
310 mir eben den Tipp gegeben, ich solle doch dort hingehen. Aber sonst eine Therapie, ich
311 weiss auch nicht, ich könnte mir auch nicht vorstellen, was es da für eine Therapie noch
312 geben könnte.

313

314 **S.R: Also viele Partner finden ja den Weg zu so einer Gruppe auch, dadurch, dass der**
315 **Partner einen Entzug macht in einer Klinik.**

316

317 **X: Genau.**

318

319 **S.R: Und die bieten ja auch selber Angehörigengruppen oder so ähnliche**
320 **Selbsthilfegruppen an.**

321

322 **X:** Eigentlich wenig, wenn ich da an eine Klinik Wyss denke. Ich habe da einmal, in meinem
323 Amt der Öffentlichkeitsarbeit, haben wir den Spital Bern und die Klinik angeschrieben und
324 auch alle Schulen angeschrieben, wir möchten eigentlich einmal informieren kommen. Und
325 jede Klinik, wir möchten einfach gerne informieren, weil einfach, ich habe eine Kollegin
326 gehabt, von der Mann war der Klinik Wyss und die hatte persönliche Gespräche mit dem
327 Arzt und mehr nicht und das nur über ihren Mann. Um sie ist es nie gegangen. Es ist immer
328 nur um ihren Mann gegangen. Und da hat sie gesagt, im Grunde genommen bringt mir das
329 nichts, wenn ich immer nur die Geschichten über meinen Mann hören muss und für dieses
330 und jenes schauen muss. Das bringt mir nichts. Ich brauche Hilfe oder. Und ich möchte Hilfe,
331 wo mir gut tut und wo ich auch etwas damit anfangen kann. (...) und die haben vielleicht, da
332 müsste ich mich einmal erkundigen (...).

333

334 **S.R: Berner Gesundheit zum Beispiel.**

335

336 **X:** Berner Gesundheit (...)

337

338 **S.R: Die haben auch eine Angehörigengruppe.**

339

340 **X:** Das ist schon möglich, ja ja. Aber ja, die Berner Gesundheit und das Blaue Kreuz sind
341 einfach nicht das gleiche wie Al-Anon. Ich glaube nicht, dass die wöchentliche Meetings
342 haben.

343

344 **S.R: Es kommt drauf an.**

345

346 **X:** Ja, ok. Ich habe mit denen nicht so, eben wenn ein Vortrag oder wenn man eingeladen ist
347 vom einem Spital, lernt man auch einmal das Blaue Kreuz kennen. Und ich denke, die
348 machen auch ihr Gutes. Das ist so. Zum Beispiel das kontrollierte Trinken, wo das Blaue
349 Kreuz anbietet, das kann ich, wie soll ich sagen, ich glaube es wäre einfach nichts gewesen
350 für mich, für uns. Das hätte nicht funktioniert. Für jemanden anders ist das vielleicht möglich
351 so kontrolliertes Trinken. Aber das wäre für uns nicht gegangen. Gerade letztes bin ich in
352 Bern, antidrog heisst das glaube ich, die wollen in der Schweiz etwas aufziehen (verlässt den
353 Raum und kommt mit einem Dossier zurück), nicht antidrog, sondern infodrog.

354

355 **S.R: Genau infodrog.**

356

357 **X:** Also, die möchten ein nationales Suchtportal aufgleisen. Und das ist dann die Information
358 gewesen, einen Realisierungsplan. Ich denke, das ist zur Zeit der Computer, wird

359 das vermutlich schon nicht etwas schlechtes sein. Aber weil, ich denke vor allem auch
360 Jugendliche, wo eher per Internet oder per Computer kommunizieren. Die werden da
361 vielleicht Zugang finden. Und das wäre dann natürlich mit Beibehaltung von Suchtexperten,
362 mit eben Mailberatung, Chatberatung wäre dann das vorgesehen- ja.

363

364 **S.R: Aber die Beratung wäre für die Angehörigen?**

365

366 **X:** Genau. Also wir haben auch, bei den Al-Anon gibt es auch ein Forum, wo man auch
367 Beratung haben kann. Es läuft, aber es läuft in dem Sinne nicht. Und das wären dann
368 eigentlich, ich denke schon Suchtexperten und vor allem Erfahrungsleute, wo sich. Es ist
369 einer von Deutschland, die da haben das Programm schon lange, in Bayern haben die das
370 Programm schon lange aufgezogen und da ist einer dabei gewesen, der hat mit, der hat von
371 sich erzählt. Er hat mit der Chatberatung schon jemand, der schulische Schwierigkeiten hat,
372 ist er mit einem jungen Mädchen schon lange dran, auch eine persönliche Beziehung zu
373 geben, aber einfach über den Computer und ja, findet das eine gute Sache. Ich bin jetzt
374 einmal zuhören gegangen und ja, das sie da eben nationale Beratung geben, Verbesserung
375 der Vorsorgelag. Es ist natürlich so, dann kommen natürlich Profis an die Reihe. Da muss
376 man also eine Ausbildung haben. Ich denke das ist keine. Ich kann das gar nicht lesen (liest
377 die Hauptziele der Broschüre vor). Ich denke die sind da mächtig dran. Was das für uns
378 bedeutet, weiss ich nicht. Ich finde sicher für die Jungen, es gibt ja auch die Alateen-
379 Gruppen bei uns. Also wir sind die Al-Anon und Alateen, das sind Kinder und Jugendliche
380 von alkoholabhängigen Menschen. Wo ich angefangen habe, hatte es in Bern noch eine
381 Gruppe mit vielleicht 3, 4 Kindern. Aber das ist alles. Ich weiss auch nicht, schweizweit hat
382 es vielleicht noch 2, 3 Gruppen, mehr nicht. Aber eben, wie erfasst man die? Das ist ja das
383 schwierige. Es hat garantiert viele Kinder, wo Hilfe nötig hätten, aber wie kommt man zu
384 denen? Und ich denke bei den Kindern muss man dann auch, die Hemmschwelle abbauen
385 können. Das ist nicht so einfach. Aber vor allem die Kinder fühlen sich dann schuldig. Und
386 das ist schon noch tragisch. Ich denke auch, wenn so eine Beziehung auseinandergeht, ist
387 es dann nicht einfach gemacht. Die Kinder leiden nachher genau gleich.

388

389 **S.R: Ich habe noch eine Frage. Sie haben sich ja für eine Selbsthilfegruppe**
390 **entschieden. Denken Sie, es ist auch die Gemeinschaft und unter Gleichgesinnten zu**
391 **sein, wo dasselbe erlebt haben?**

392

393 **B.S.** Genau. Vor allem das ist, wenn ich dort hingeh, wenn ich etwas erzähle, wissen die
394 genau von was ich rede. Rede ich mit einer Freundin darüber oder mit Kollegen, die sagen
395 plötzlich einmal, jetzt hör doch endlich einmal auf, erzähl doch nicht immer dasselbe,

396 das wissen wir jetzt oder ich mag das nicht hören. Dann darf ich das sagen. Oder ich werde
397 nicht, vor allem das Gleichgesinnte und alle zusammen wissen, von was man redet. Alle
398 haben meistens dasselbe erlebt. Und die Zusammengehörigkeit oder. Man unterstützt
399 einander.

400 Es gibt ja auch Sponsoren vor allem für die, die am Anfang kommen. Die können sich einen
401 Sponsor aussuchen. Es gibt Leute in der Gruppe, die mir sehr sympathisch sind und dann
402 gibt es Leute, wo ich einfach respektiere und wo ich nicht sympathisch finden muss. Aber ich
403 respektiere sie und ich suche mir nicht so jemanden aus. Aber eben, man kann sich dann
404 jemanden aussuchen und fragen, darf ich privat mit dir reden? Und das wären dann
405 Sponsoren, wo man schaut. Das hat ein bisschen abgenommen. Früher hat praktisch jedes,
406 so einen Sponsor gehabt, gerade wenn zu Hause etwas passiert ist. Man hat nicht mehr
407 weiter gewusst und dann konnte man diesem Sponsor anrufen und der hat einem zuerst
408 einmal auf den Boden gebracht. Und das ist noch eine sehr gute Sache. Wir haben auch
409 eine Liste von allen die in das Meeting kommen. Aber die Liste gibt es erst mit Telefon- und
410 Natelnummer, wenn man wirklich vielleicht ein halbes Jahr dabei gewesen ist. Die wird nicht
411 einfach so herausgerückt. Und eigentlich ist das überhaupt kein Thema über Anonymität zu
412 reden. Wir wissen auch, dass was dort drinnen, wir haben auch den Spruch, alles was wir
413 erzählen und gesagt wird, das bleibt hier drinnen, das geht nicht nach draussen. Und auf das
414 können wir uns alle 100% verlassen. Ich habe Ihnen jetzt vielleicht darüber etwas erzählt,
415 weil ich Öffentlichkeitsarbeit mache, aber Sie wissen nicht von wem ich geredet habe. Das
416 sind einfach so Sachen die ich erlebt habe und die darf ich erzählen. Es erkennen sich alle in
417 dem wieder, was ich jetzt gesagt habe (lacht).

418 Ich denke, es gibt mit der Zeit wirklich eine ganz starke Beziehung. Ich glaube etwas
419 Schöneres gibt es einfach nicht. Was man einfach auch sehr, sehr lernt, dass man Respekt
420 vor dem anderen hat. Und das wir einander nicht reinreden und alle ausreden lassen.
421 Manchmal geht es ein wenig lange, aber dann darf dann jemand so machen (macht das
422 Time out-Zeichen und lacht). Das kommt aber eher selten vor. Aber wir unterbrechen schon
423 jemanden, der einfach den ganzen Raum für sich in Anspruch nimmt. Da wehren wir uns
424 schon, dass wir nicht alles.

425

426 **S.M: Schlucken.**

427

428 **X:** Schlucken genau. Und ich darf auch oder ich sage einfach meine Meinung und ich sage,
429 wie ich es gemacht habe, das habe ich alles von denen, die schon länger dabei sind, gelernt.
430 Sie haben es so gemacht. Und ich habe gedacht, dass hindert mich doch nicht daran das
431 auch zu probieren. Wenn das gut für mich ist, dann ist das so. Ich habe wahnsinnig viel
432 gelernt.

433

434 **S.R: Und welche Themen werden so besprochen innerhalb der Gruppe?**

435

436 **X:** Wir haben ja diese Schritte und dann gibt es ja noch die 12 Traditionen. Und dann gibt es
437 noch die Dienstgrundsätze, die tut man eher weniger. Das geht dann nachher um das
438 Geschäftliche, um solche Sachen. Um Gremien. In dem Sinne gibt es ja keine Hierarchie,
439 aber es muss ja trotzdem etwas bestehen. Und die Leiterin fragt, möchtet ihr gerne nächstes
440 Mal etwas diskutiert haben. Dann macht jemand ein Vorschlag und Themen sind eben
441 Vertrauen wieder aufbauen, ganz verschiedene Sachen, Traurigkeit, verletzt sein. Wir hatten
442 einmal ein ganz schönes Beispiel. Da hat eine Frau eine Schachtel Eierkartons geholt mit
443 ausgeblasenen Eiern über Verletzlichkeit. Und hat zum Beispiel ein Eier beschriftet mit
444 zerbrochenem Vertrauen oder Krafftfrau oder ganz verschieden. Alle Eier sind mit einem
445 Namen beschriftet gewesen. Jeder von uns musste so ein Eier auswählen und hat es
446 angeschaut und ausgewählt und musste etwas darüber erzählen. Und das hat ein ganz
447 gutes Gespräch gegeben. Dann gibt es halt vielfach auch, wie soll ich sagen, lustige
448 Themen, wo wir halt zwischendurch auch einmal abstreifen und lachen können. Ja, letzten
449 Dienstag haben sie Weihnachten gefeiert mit einer Geschichte. Und hatten auch nur ein
450 kurzes Meeting gehabt, wo man auch einmal von sich persönlich reden kann. Also der
451 Themen gibt es genug.

452

453 **S.R: Was wir noch für eine Frage haben, als Sie sich selber Hilfe gesucht haben,**
454 **hatten Sie auch die Hoffnung, dass sich Ihr Partner ebenfalls Hilfe sucht?**

455

456 **X:** Ja natürlich habe ich das gehabt. Ich habe nie daran gedacht. Ich habe gesagt, er hat
457 immer gesagt, ich kann das selber, ich schaffe das mit dir. Mit dir, du hilfst mir. Ich bin
458 halbwahnsinnig geworden. Warum wird das auf mich abgeladen? Das ist nicht mein
459 Problem, soweit habe ich nicht gedacht. Warum muss ich helfen? Es geht nicht. Wir haben
460 es 100 Mal angefangen und versucht und es hat nicht funktioniert. Und dann ich habe ich ihn
461 einfach schon ein wenig gezwungen zum Arzt als erstes zu gehen. Und der Arzt, den er
462 gehabt hat, wär ein älterer und der hat gesagt, das schaffen wir zusammen. Er hat dann ein
463 Jahr lang Antabus genommen und hat dann wieder angefangen. Er hat es selber abgesetzt
464 und das verrückte ist, für ihn ist es ganz schlimm gewesen zum Arzt gegangen. Weil es soll
465 ja nicht ein Angehöriger die Tablette geben- niemals. Und dann musste er natürlich 3 Mal pro
466 Woche zum Arzt. Er ist eigentlich nur hin und her und hat die Tablette genommen. Und
467 plötzlich sagt er, du was denken bloss die Leute, warum ich so viel zum Arzt muss. Was
468 denken wohl die Leute darüber? Er war immer wichtiger, was denken denn die Leute
469 darüber. Und ich habe gesagt, du musst doch nicht auf die Leute hören, was geht

470 das die an. Das ist mein Problem und nicht deren ihres. Das kannst du auch sagen. Sollen
471 doch die reden. Das ist mir egal. Aber das konnte er nicht. Und dann hat dieser Arzt
472 gewechselt und dann ist ein anderer gekommen, sein Hausarzt und hat ihn ein wenig stärker
473 angebunden. Er hat dann auch mich beigezogen und hat mit mir geredet und gesagt, wenn
474 immer irgendetwas sei, ich dürfte ihn anrufen und er fände das gut, dass ich Hilfe gefunden
475 hätte. Er denke mein Mann sei auch auf einem guten Weg. Und das ist jetzt vielleicht ein
476 wenig vermessen, aber ich habe einfach das Gefühl, seit ich dort hingehge, seit es mir gut
477 geht, geht es ihm eigentlich auch gut. Er muss eigentlich nicht mehr trinken. Das ist eine
478 grosse Erleichterung. Wir stehen deswegen nicht ohne Problem dar. Wenn ich je nachdem
479 von irgendwo nach Hause komme, weil ich fort gewesen bin, haut es mich manchmal schon
480 noch um, wenn ich vor der Türe stehe und denke, was treffe ich jetzt wohl an?

481

482 **S.M: Was erwartet mich?**

483

484 **X:** Was erwartet mich? Hat er es durchgehalten oder nicht? Wenn ich gehe, verschenke ich
485 dem keinen Gedanken. Wenn ich weg bin, bin ich weg. Aber manchmal macht mich mein
486 Körper eher darauf aufmerksam, als es mir in den Sinn kommt, was erwartet mich nur. Ist es
487 gut oder ist es nicht gut? Ich sage mir, egal wie es ist, es ist so und es ist gut. Mit dem kann
488 ich jetzt einfach sehr gut leben oder bestens leben.

489

490 **S.R: Das ist schön.**

491

492 **X:** Ja.

493

494 **S.R: Was mir gerade noch so durch den Kopf geht, als Partnerin von einem**
495 **alkoholabhängigen Mann, stellt man oft die eigenen Bedürfnisse zurück oder nimmt**
496 **sie nicht mehr wahr.**

497

498 **X:** Ja klar.

499

500 **S.R: Konnten Sie das wieder?**

501

502 **X:** Ja das konnte ich wieder. Ich habe keine Gäste mehr eingeladen. Ich hatte aber sehr
503 gerne Gäste und ich habe gerne gekocht und Sachen ausprobiert. Aber ich habe dann
504 niemanden mehr eingeladen und bin nirgendwo mehr gegangen. Ich habe mich wirklich
505 zurückgezogen. Das habe ich dort auch gelernt. Eben wieder zu gehen, wenn es sein muss
506 halt alleine und es auch zu geniessen. Nicht mit verdrossenem Gesicht gehen und

507 sagen, jetzt kommt er wieder nicht. Geniessen und auch gehen. Ich habe wieder ein wenig
508 angefangen Leute einzuladen. Dann fragte er, müssen wir schon wieder und ich sagte ja, wir
509 müssen schon wieder jemanden einladen. Es ist ein bisschen weniger. Aber ich kann alle,
510 die ich früher einmal eingeladen habe, kann ich wieder einladen. Und dann ist es einfach so,
511 bei uns ist es einfach alkoholfrei. Oftmals sind am Anfang, wenn ich Gäste gehabt habe, hat
512 mein Mann gesagt, du musst doch denen ein Glas Wein geben. Dann habe ich gesagt, nein,
513 das muss ich nicht. Aber habe es manchmal gemacht. Und dann ist es einmal passiert, dass
514 meine Freundin, wir haben, wir sind 5 Freundinnen, wo uns immer einmal im Jahr
515 gegenseitig einladen. Dann sind sie hier gewesen und ich habe für sie, ich weiss, sie haben
516 gerne ein Glas Wein, dann habe ich ihnen Wein gegeben und dann sagt meine beste
517 Freundin zu einer anderen Freundin, als ich aufgestanden bin, du komm, trink den Wein aus,
518 macht ihn fertig, teilt ihn auf, nicht das er zurückbleibt. Und das hat mich sehr verletzt. Das
519 hat mich sehr getroffen. Ich konnte es ihr aber nachher sagen, das hättest du jetzt nicht
520 machen müssen. Ich weiss schon wie ich mich verhalten muss. Das hat mich jetzt einfach
521 getroffen. Und von dem Moment an gab es bei uns einfach keinen Alkohol mehr. Es gibt
522 Wasser, Tee. Auch für unsere Kinder ist das selbstverständlich. Und auch für die, die Essen
523 kommen. Und ich muss mich dafür nicht rechtfertigen, warum es keinen Alkohol gibt. Und ich
524 habe eben diesen guten Kollegen von der AA, wo immer sagt, dass Wort Nein ist ein ganzer
525 Satz für mich. Und das dünkt mich so schön. Ich muss mich nicht erklären, sag einfach nein
526 und fertig. Ich muss mich absolut nicht erklären warum und wieso. Nein ist ein ganzer Satz.
527 Das ist ein wenig eine Devise von mir. Wenn man dann nachfragt, kann ich dann immer
528 noch etwas sagen.

529

530 **S.R: Haben Sie sich da auch so Ziele vorgenommen für sich selbst?**

531

532 **X:** Ja. Ich bin jetzt seit einem Jahr pensioniert. Das hat mir gar nicht gut getan. Ich bin in ein
533 tiefes Loch gefallen. Und habe dann auch wieder Medikamente genommen. Bin momentan
534 auch wieder auf Entzug, weil ich mir gesagt habe, es bringt mir nichts, also muss ich es auch
535 nicht haben. Und ich habe mir jetzt vorgenommen, ich habe noch mehrere die pensioniert
536 worden sind und die sagen zu mir, du hast, du gehst gerne laufen, ich würde gerne
537 mitkommen. Und das habe ich mir ganz stark vorgenommen, im neuen Jahr möchte ich das
538 machen. Das wir uns einfach regelmässig treffen, um zu laufen. Das der Tag und die Zeit
539 festgehalten wird. Also sagen kann man immer noch, aber ich glaube man macht es dann
540 eher weniger. Und so ist es mir auch ergangen mit den Meetings. Wenn ich ein paar Mal
541 nicht gegangen bin, hatte ich fast wie ein schlechtes Gewissen. Und dann bin ich wieder
542 gegangen und habe gesagt, ich brauche es einfach. Ich muss das haben. Das ist eigentlich
543 schon ein bisschen meine Lebensphilosophie. Aber ich hoffe, dass ich mich wieder

544 ein wenig auffangen kann und dass es mir nächstes Jahr ein wenig besser geht. Also in dem
545 Sinn was, es ist natürlich schon wenig ein Gefühl vom nicht mehr gebraucht werden. Die
546 Kinder sind gross und selbstständig. Ich hätte gerne sie würden sich mehr bei mir melden,
547 aber ich sage nichts, weil ich denke, doch, durch die Blume sage ich schon-oder (lacht).
548 Aber dann denke ich wieder, nein sie haben ihr eigenes Leben. Wenn sie mich brauchen,
549 kommen sie schon. Ich bin auch gegangen. Wenn ich zurück denke an meine Jugend, ich
550 bin ins „Weltsche“ gegangen und dann ist ein Telefon vom meiner Mutter gekommen, du,
551 gibst es dich überhaupt noch? Wie geht es dir? Dann habe ich mir fest vorgenommen, ich
552 denke an das zurück. Ich bin selber nicht besser gewesen, also verlange ich doch nicht von
553 meinen Kindern, dass sie das machen. Obwohl, wir haben ein gutes Verhältnis, aber eben
554 mir steht noch das. Ich habe da noch einen Berg vor mir und das ist meine Tochter. Und das
555 möchte ich gerne nächstes Jahr erledigt haben.

556

557 **S.R: Ein paar gute Vorsätze für nächstes Jahr (lacht).**

558

559 **X:** Ja ganz genau. Abzunehmen, dass nehme ich mir nicht mehr vor. Wenn ich jetzt all die
560 Kilos, die ich schon abgenommen habe, abnehmen würde, wäre ich schon lange nicht mehr
561 da. Das ist für mich kein Thema mehr. Jetzt bin ich halt einfach, ich hatte ganz lange eine
562 Karte aufgestellt und darauf stand, ich bin ich und ich hoffe es immer mehr zu werden.

563

564 **S.M: Das ist doch schön.**

565

566 **X:** Ich versuche auch nicht noch mehr zuzunehmen. Das ist ein wenig ein Familienproblem
567 bei uns. Wir sind halt eher sehr gute Futterverwerter. Ich mache das nicht mehr. Ich muss
568 mich nicht mehr verstellen. Ich bin wie ich bin und fertig.

569

570 **S.R: Genau. Ich habe noch eine Frage, die ich vergessen habe zu stellen. Ist Ihrer**
571 **Meinung nach die Angehörigenarbeit, eben, auch dass sich Partner Hilfe suchen,**
572 **wichtig?**

573

574 **X:** Ja, dünkt mich eigentlich schon, ja. Also ich meine ich kann niemanden aufdrängen zu
575 gehen, auch wenn ich das noch so gerne möchte. Aber ich habe meinem Mann immer
576 wieder Sachen von der AA nach Hause gebracht. Ich habe es ihm hingelegt, habe aber nie
577 gesagt, du musst es lesen. Ich habe es einfach hingelegt. Er konnte es lesen. Ich habe das
578 Gefühl, dass er das für sich in Anspruch nehmen sollte. Aber wenn er nicht will. Ich denke
579 das muss er selber wissen. Und im Nachhinein habe ich einfach das Gefühl, er hat ein wenig
580 von mir profitiert. Er könnte immer wieder gehen und er kennt die Leute auch noch.

581 Aber ich glaube nicht, dass er sich noch einmal entschliesst zu gehen, auch wenn es bergab
582 gehen würde. Ich weiss es nicht. Vielleicht greife ich da auch etwas vor. Aber wie gesagt, es
583 beschäftigt mich auch nicht. Er muss es selber wissen.

584

585 **S.R: Und was heisst für Sie gute Angehörigenarbeit? Was ist das für Sie?**

586

587 **X:** Gute Angehörigenarbeit ist schon einmal zuhören, vor allem zuhören. Und keine
588 Ratschläge erteilen. Mir hat einmal jemand gesagt, Ratschläge sind auch Schläge (lacht).
589 Einfach einmal zuhören und sagen, rede. Wenn ich dir helfen kann, versuche ich es, kann
590 ich weiterempfehlen oder was auch immer. Aber nimm Hilfe in Anspruch. Du hast ein Recht
591 darauf. Und ich denke für viele Angehörige wäre das schon toll, wenn ihnen jemand sagen
592 könnte, nimm das in Anspruch. Du musst dich dafür nicht schämen, absolut nicht.

593

594 **S.M: OK. Ich habe auch noch eine Frage und zwar wegen dem Umfeld. Hat Ihnen
595 jemand Hilfe angeboten?**

596

597 **X:** Im persönlichen Umfeld?

598

599 **S.M: Ja.**

600

601 **X:** Nein, weil sie es gar nicht konnten.

602

603 **S.M: Weil Sie abgeblockt haben?**

604

605 **X:** Ja, weil ich auch abgeblockt habe. Wenn ich zurückdenke, inwiefern Hilfe, die hätten mir
606 nicht helfen können. Ich musste mir selber helfen. Natürlich können sie mir Hilfe anbieten,
607 indem sie mich mitnehmen, indem wir etwas anderes unternehmen, indem so. Aber ich sage
608 nochmals, alle die, die es selber nicht mitgemacht haben, wo es selber nicht betrifft, die
609 wissen nicht, sie wüssten nicht wie helfen. Wenn jemand sagt, ich verstehe dich, dann lasse
610 ich das stehen. Aber ich glaube nicht, dass das jemand verstehen kann, weil die haben das
611 nicht mitgemacht, wo wir zu Hause erlebt haben. Also kann ich das auch nicht verstehen.
612 Genau gleich als mein Schwager gestorben ist, gerade vor 4 Wochen beerdigt habe. Ich
613 kann meiner Schwägerin nicht sagen, ich verstehe deine Trauer. Ich weiss es nicht, wie es
614 ist, jemanden zu verlieren. Ich kann sagen, ich bin für dich da. Wenn du Hilfe brauchst, wenn
615 du reden willst, darfst du jederzeit zu mir kommen. Und ich denke da braucht es schon eher
616 „professionellere Hilfe“. Sei es der Hausarzt wo einem weiterweist, Psychologin oder
617 Psychiater, was auch immer. Und im Glücksfall von mir, einfach die AI-Anon. Aber

618 ich denke wer nicht selber da drin steht, weiss eigentlich nicht unbedingt wie helfen. Gut, es
619 gibt vielleicht Naturtalente, wo wirklich auch zuhören können und das einfach auch einmal
620 stehen lassen können. Ich denke das tut nur schon einmal gut, einfach alles rauszulassen,
621 alles loszulassen. Dann ist das schon einmal ein erstes herunterfahren. Manchmal habe ich
622 im Nachhinein gedacht, wie konntest du nur?! Du bist einfach blöd gewesen. Ja, in gewissen
623 Situationen. Das würde mir heute nicht mehr passieren. Also ganz sicher würden mir noch
624 Sachen passieren, aber gewisse Sachen würden mir heute nicht mehr passieren. Weil ich
625 mich da jetzt einfach darauf eingelassen habe oder dann einfach sage, es gibt ja auch der
626 Spruch, das ist auch immer am Schluss bei uns, „*Gott gebe mir die Gelassenheit Dinge*
627 *hinzunehmen, die ich nicht ändern kann. Den Mut Dinge zu ändern, die ich ändern kann und*
628 *die Weisheit das eine vom anderen zu unterscheiden.*“ Und diesen Mut, den habe ich jetzt
629 einfach bekommen. Das heisst aber nicht, dass ich fehlerlos bin in dem Sinne. Es passiert
630 mir immer noch. Aber wir sind, glaube ich, alle nur Menschen (...).

631
632 **S.M: Ja sicher. Wenn Sie sich jetzt vorstellen, Sie wären zum Beispiel in einer**
633 **Beratungsstelle und sind da in einer Beratung mit einem Sozialarbeiter. Was denken**
634 **Sie, was ist die Rolle des Sozialarbeiters?**

635
636 **X:** Das wäre erstens, dass der Sozialarbeiter zuerst zuhört. Und dann, zusammen mit der
637 Person schaut, was machbar ist. Eben, ich denke es gibt viele Sachen wo ich (...) nein das
638 möchte ich nicht. Also erwarte ich vielleicht von einem Sozialarbeiter es gibt noch dieses, es
639 gibt noch das, es gibt noch jenes. Probieren Sie doch einmal das. Das erwarte ich eigentlich.
640 Und vor allem halt auch Verschwiegenheit. All die Sachen erwarte ich von einem
641 Sozialarbeiter oder. Und das er eben Respekt hat und sich auch ein bisschen, wie sagt man,
642 Empathie hat. Das ist sehr wichtig.

643
644 **S.M: Hat man Ihnen in der Beratung jemals geraten, dass Sie sich trennen von Ihrem**
645 **Partner sollten oder war das nie ein Thema?**

646
647 **X:** Nein, das hat man mir nicht geraten. Das ist kein Thema gewesen. Es war nur für mich
648 ein Thema, also ein Drohthema eigentlich. Ich weiss es nicht. Wenn ich die Gruppe nicht
649 gefunden hätte, weiss ich nicht wie es herausgekommen wäre. Und das ist müssig darüber
650 nachzudenken oder. Hätte ich mich von meinem Mann getrennt, ich weiss nicht, ob ich damit
651 leben könnte. Mitgenommen hätte es mich sicherlich. Wenn mein Mann total abgesackt wäre
652 und ich ihn in einem Strassengraben zusammen, hätte mich das schon getroffen. Und
653 eigentlich, wie gesagt, ist es nie ein Thema gewesen in dem, ein ernsthaftes Thema. Es ist
654 einfach immer ein Drohthema gewesen. Wenn du nicht aufhörst, dann... Das würde

655 das heissen. Ich habe mich damals ja selber nicht ernst genommen und er erst recht nicht.

656

657 **S.M: Was sind so Punkte wo Sie sagen, diese muss man noch verbessern in der**
658 **Angehörigenarbeit?**

659

660 **X:** Vielleicht einmal mehr Öffentlichkeitsarbeit. Was es eigentlich alles gibt oder. Wo kann ich
661 Hilfe suchen? Es gibt ja in Bern zwar ein Büro Selbsthilfe, dort im Bollwerk meine ich
662 irgendwo. Da sind eigentlich auch ziemlich, das ist vom Kanton glaube ich, dort kann man,
663 wir haben dort auch Weiterbildungen. Meistens jedes halbe Jahr kann man dort in so einen
664 Kurs vorbeigehen und dann lernt man natürlich andere Selbsthilfegruppen kennen. Sie
665 versuchen die ein wenig zusammenzunehmen. Es hat dann einfach Menschen wo ihren
666 Partner durch Krebs verloren haben. Es hat manisch-depressive. All die Selbsthilfegruppen
667 kommen dort so zusammen, oder. Und die versuchen einander, ja, man versucht
668 miteinander, auch ein Thema gibt es dann da, und versucht miteinander (-). Jetzt habe ich
669 gerade den Faden verloren. Man versucht miteinander immer in Kontakt zu bleiben oder.
670 Und jedes halbe Jahr kommt auch immer wieder die Einladung. Sie wird einfach zu wenig
671 genutzt. Ich weiss nicht wo, die AA hat einmal ganz grosse Plakate gemacht, ich glaube
672 letztes Jahr, „Immer nur saufen, passt mir das?!“ oder so. Ich weiss nicht wieviel Erfolg sie
673 gehabt haben. Ob es über die Medien vielleicht besser, also einfach viel zu wenig breit, also
674 in dem Sinne das viele Leute nicht wissen wo gehen oder. Ich habe keinen Vorschlag, wie
675 bringt man das an die Leute heran. Dass sie sich dann auch das richtige heraussuchen. Und
676 sie sollten die Möglichkeiten haben, das richtige für sich herauszusuchen oder auch mehrere
677 Sachen auszuprobieren. So wie das jetzt auch mir passiert ist. Es gibt halt schon auch
678 Leute, wo wirklich nicht wollen und sagen, ich habe nicht das Problem. Ich muss nicht an mir
679 arbeiten (-- Telefonanruf). Darf ich schnell?

680

681 **S.R: Auf jeden Fall.**

682

683 **X:** (-)

684

685 **S.M: Wir haben auch noch gelesen, dass den Angehörigen wichtig ist, dass sie**
686 **Informationen erhalten, was gehört alles zu einer Abhängigkeit, wie sieht der Verlauf**
687 **aus. Stimmen Sie dem zu?**

688

689 **X:** Ja. Ich denke wir reden schon darüber. Und ich denke ein paar Leute haben da ganz,
690 ganz schlimme Erfahrungen gemacht oder. Weil sich der Partner nicht mehr auffangen
691 konnte. Das ist einfach so. Und sie müssen dem einfach zuschauen oder. Wenn

692 man an einem gewissen Punkt ist, sie können einfach zuschauen und nichts machen. Da
693 kann weder ein Psychiater noch irgendein Arzt, irgendetwas machen. Wenn derjenige nicht
694 will, geht es einfach nicht.

695 Ja, da wäre schon noch gut, also, ich habe nie darauf aufmerksam gemacht, also auch mich
696 selber nicht, oder. Wir haben jeden Abend eine Flasche Wein getrunken. Mir wäre doch nie
697 in den Sinn gekommen, wir haben dann wieder einmal Pause gemacht. 3 Wochen, bis zu
698 den Osterferien trinken wir keinen Alkohol mehr. Das ist gut gegangen. Oder jetzt trinken wir
699 einfach einmal eine ganze Woche lang nichts. Oder wir machen einfach ab, nur Samstag
700 oder Sonntag. Das wäre mir nie in den Sinn gekommen da dran etwas zu überlegen. Erst,
701 als es mich selber dann betroffen hat, als ich die Auswirkungen gesehen habe, wie schnell
702 es bergab geht, ist mir dann das in den Sinn gekommen, das ich das eigentlich. Ich habe mit
703 meinem Mann geredet, ich weiss nicht was du, ich konnte eigentlich recht gut mit ihm reden.
704 Aber das ist natürlich klar, ich konnte ihm nichts sagen. Der hat immer zugehört und hat
705 gesagt, ja, ja ist schon gut. Ich mache es so wie ich es will. Und ich habe meinem Mann
706 auch vorenthalten was alles passieren kann. Den Unfall, den er gehabt hat, wo er alles in der
707 Lunge drinnen gehabt hat, hat mir der Arzt am Morgen gesagt, ob er im Wachkoma bleibt,
708 das kann ich ihnen jetzt nicht sagen oder. Er hat dann noch den Kopf angeschlagen, ist
709 umgefallen und hat den Kopf am Türrahmen angeschlagen und sich verletzt. Und dann
710 haben sie ihm eben die Lunge sauber herausgeputzt. Er hat dann am nächsten Morgen ein
711 wenig gekrampft. Ich kann ihnen nicht sagen wie es rauskommt. Entweder es kommt gut
712 oder nicht gut. Und ja, was wollen sie? Sie müssen mit dem einfach nach Hause gehen und
713 leben und denken, es kommt gut. Eben, das macht man sich selber einfach kaputt. Und das
714 dient dann dem Partner gar nicht, wenn es man selber auch noch so zerstört oder sich
715 abkapselt. Aber es ist die normale Reaktion oder. Zuerst einfach abkapseln. Es braucht
716 niemand zu wissen. Ich schäme mich dafür. Ich lade niemanden mehr ein (...). Plötzlich fällt
717 das auf. Dann muss ich trotzdem. Das haben von uns alle mitgemacht, bis sie den Weg
718 gefunden haben, ich muss nach aussen mit dem.

719
720 **S.R: Dann haben Sie aber Informationen bekommen, wie der Verlauf einer**
721 **Alkoholabhängigkeit ist?**

722
723 **X:** Ja.

724
725 **S.R: In der Selbsthilfegruppe selber?**

726
727 **X:** Ja, wir reden darüber. Wir haben natürlich auch gelesen, was kann das alles nach sich
728 ziehen, vor allem bei den AA hat es diese Informationen oder. Was kann da alles

729 passieren. Wenn das immer nur abwärts geht, die haben auch die 12 Traditionen und alles,
730 ziemlich viel dasselbe. Aber sie haben einfach ein anderes Problem oder. Bei ihnen ist der
731 Alkohol selber das Problem und bei uns der Partner, wo alkoholabhängig ist. Vor allem dort,
732 die wissen schon was mit ihnen passiert. Die wissen ganz genau, was ihnen passieren kann
733 oder. Darüber reden wir auch oder. Wir hatten einmal jemanden, wo einfach wirklich ihrem
734 Mann zusehen musste, was es alles zerstört. Und der ist zuletzt im Delirium gewesen. Das
735 nimmt man dann schon mit. Das nimmt man dann lange mit nachher. Auch noch Jahre lang
736 beschäftigen oder.

737

738 **S.M: Was ist so das, was Sie sagen, ist das wichtigste was sie gelernt haben in der**
739 **Selbsthilfegruppe?**

740

741 **X:** Ich bin nicht schuld und ich nehme mein Leben jetzt selber in meine Hand. Ich schaue für
742 mich. Ohne egoistisch zu sein, kann man das. Einfach das wichtigste zuerst und das kann
743 manchmal auch ich sein.

744

745 **S.R: Das ist vielleicht ein heikler Begriff- Co-Abhängigkeit. Haben Sie schon einmal**
746 **von dem gehört?**

747

748 **X:** Ja, ja, wir sind alle Co-Abhängige (lacht). Co-Abhängigkeit heisst bei uns Karussell. Ich
749 steige auf das Karussell auf und drehe mit und drehe mit oder bis mir schwindlig wird. Und
750 irgendwann, vielleicht, finden wir den Abstieg von dem Karussell. Aber es passiert einem
751 immer wieder, dass man sich draufziehen lässt. Darum ist es vor allem wichtig, dass man mit
752 Gleichgesinnten darüber reden kann. Damit ich mich nicht immer wieder auf dieses Karussell
753 aufnehmen lasse und mitzudrehen.

754 **S.R: Würden Sie sagen, dass Sie selber co-abhängig waren?**

755 **X:** Ja natürlich. Ich habe sehr darunter gelitten oder. Das sind vermutlich dieselben Dinge,
756 die machtlos machen. Wie Alkoholiker selber, der ist machtlos. Man steht auch als Co-
757 Abhängiger häufig dem machtlos gegenüber. Und eben, aus dem herauszukommen, heisst
758 einfach nach aussen zu gehen und darüber sprechen, dass ich aus der Co-Abhängigkeit
759 herauskomme. Und ich glaube das kann ich nur, wenn ich mich öffne, wenn ich das loslasse
760 und nach aussen lasse (...).

761

762 **S.R: Es gibt Autoren, die sagen, dass Co-Abhängigkeit zum Teil nicht eine Störung**
763 **oder eine Krankheit ist. Es gibt aber auch Autoren die sagen, dass Co-Abhängigkeit**

764 **eine Krankheit ist oder vielleicht auch eine Beziehungsstörung ist. Zu was tendieren**
765 **Sie eher?**

766 **X:** Also ich denke, co-abhängig kann auch zu einer Krankheit werden. Wenn ich nämlich
767 dann einen Zusammenbruch habe, wenn mein Kreislauf nicht mehr mitmacht, dann bin ich
768 ein Wrack. Aber ich würde jetzt nicht in dem Sinne eine Krankheit nennen. Aber es kann
769 mich krank machen und zwar schwer krank. Wenn ich den Ausweg nicht finde aus der Co-
770 Abhängigkeit, dann kann ich die schwersten und die schlimmsten Krankheiten bekommen.
771 Aber ich würde nicht als Krankheit definieren co-abhängig. Wenn ich aus der Co-
772 Abhängigkeit herauskomme, dann muss ich nicht krank werden, ich kann aber trotzdem.
773 Also eben wenn ich, wenn ich da nichts mache und dem einfach tatenlos zusehe. Und ich
774 weiss nicht, ob es Leute gibt, wo einfach kaltschnäuzig sagen, blas du mir, ich möchte mir
775 dir nichts mehr zu tun haben. Das weiss ich nicht. Ich würde niemanden kennen, der so ist
776 oder. Vielleicht gibt es das, ich weiss es nicht. Also in der heutigen Zeit, habe ich noch nie so
777 etwas erlebt. Manchmal nach hartem Ringen sind da so. Es gibt ja solche, die sich nach
778 hartem Ringen trennen und sich scheiden lassen, haben aber den Zusammenhalt immer
779 noch. Machen gewisse Sachen trotzdem noch zusammen und die können sich dann ein
780 bisschen besser abgrenzen oder. Wenn es nicht gut ist, wenn der Alkoholiker ein bisschen
781 gewillt ist, für sich selber etwas zu machen, die haben ein wenig andere, die können sich in
782 ihrer Wohnung zurückziehen. Also eben, wie bei uns, wenn man lernt damit umzugehen und
783 es gibt solche, wo den besseren Zusammenhalt mit getrennten Wohnungen haben als
784 vorher. Das gibt es auch. Das sind alles Sachen wo ich mitbekommen habe. Dass es ihnen
785 nie so gut geht wie jetzt. Und dann gibt es natürlich auch solche wo sagen, immer wieder
786 komm Groll auf, immer wieder. Ich muss nur etwas sehen, je nachdem in einer Situation drin
787 sein, immer wieder kommt das hoch oder. Das ist eins von unseren Zielen, dass das nicht so
788 sein muss. Aber auch wir sind manchmal einfach unter Zwang oder und müssen etwas lieb
789 gewordenes loslassen. Aber ich denke es ist sehr schwer, wenn man einmal etwas so richtig
790 intus hat, ist es schwierig es loszuwerden.

791 **S.M: Könnten Sie uns noch sagen, was Sie unter Co-Abhängigkeit verstehen?**

792 **X:** Unter co-abhängig? Ich bin, ich mache eben mit in dem Karussell. Ich vertusche oder ich
793 will, dass es niemand weiss. Ich weiss es nicht, mein Partner, je nachdem wie er alkoholisiert
794 gewesen ist, war es ihm egal. Dann hat es ihm gar nichts ausgemacht. Dann ist die
795 Hemmschwelle schon (...) gewesen. Also ich muss sagen, mein Mann war nie, nie, nicht
796 einmal gewalttätig geworden oder hätte mich beschimpft. Im Gegenteil, er ist immer eher der
797 ruhigere geworden und ist für sich gewesen. Im Gegenteil, ich bin die gewesen, co-
798 abhängig. Ich habe einmal geschlagen. Weil ich einfach nicht mehr weiter wusste. Ich war so

799 wütend. Ich habe mich selber nicht mehr gekannt. Ich konnte mich für das entschuldigen,
800 aber es bleibt mir oder. Das ist einfach so oder. Das ist ein wenig co-abhängig, ich hänge
801 mich an dem nicht auf. Ich lege auf das auf die Seite. Das ist für mich eben co-abhängig.
802 Wenn ich da, immer wieder auch Sachen nach oben hole oder immer wieder denke wie ist
803 es oder wie wäre es. Es ist einfach so. Ich springe dort nicht mehr auf. Ich springe da nicht
804 ein. Ich schaue zuerst wie die Situation ist und dann kann ich handeln.

805 **S.M: Es gibt zum Beispiel auch Angehörige, die wollen nicht, dass man den Begriff**
806 **Co-Abhängigkeit braucht, weil sie sagen, es hat für sie einen stigmatisierenden Effekt.**
807 **Ist das bei Ihnen auch so?**

808 **X:** Bei mir war das nie so, weil ich gewusst habe, ich bin das. Dann konnte ich dazustehen
809 oder. Aber ich denke wenn das jemand vehement von sich weist, dann muss man das auch
810 stehen lassen. Also ich meine die Personen, wenn sie das nicht wollen, ja, sage ich jetzt
811 einmal, sind sie voll in der Co-Abhängigkeit drin. Wenn sie das explizit nicht wollen und es
812 als stigmatisierend empfinden, sind sie für mich persönlich voll in der Co-Abhängigkeit drin.
813 Und das darf man natürlich nicht ansprechen, das ist klar oder. Und ich denke dann muss
814 man es auch einfach nicht. Ich meine das müssen sie selber wissen wie sie zurecht
815 kommen. Die Hilfe wäre da, man bietet es an und es steht wirklich jedem frei, ob er sie
816 annehmen will oder nicht.

817
818 Ich denke, dass es durchaus Menschen gibt, die sich nicht co-abhängig verhalten und
819 deshalb sich dagegen wehren, so tituliert zu werden. Ich möchte nicht den Eindruck
820 erwecken, dass ich jeden Angehörigen eines Alkoholikers einfach zu einem Co-Abhängigen
821 abstemple und meine eigene Erfahrung auf jene projiziere.

Angehörige: Frau Y

Einleitung

Stefanie Millius / Stephanie Rion - Wie gestalten Sozialarbeiter die Beratung von co-abhängigen Personen, die einen alkoholabhängigen Partner haben und wie wird die Zusammenarbeit von den Angehörigen erlebt? – Frau Y – 4.1.2013 – 40‘

Das Interview mit Frau Y fand am 4.Januar 2013 in der Beratungsstelle ada-zh statt. Die Dauer des Gesprächs lag bei 40 Minuten. Die Antworten von Frau Y haben wir wortwörtlich wiedergegeben. Aus Datenschutzgründen haben wir den Namen unserer Interviewpartnerin vollständig anonymisiert.

Unsere Aussagen bzw. Fragen sind fett gedruckt und jeweils mit S.M (Stefanie Millius) oder S.R (Stephanie Rion) gekennzeichnet.) Die Antworten von Frau Y sind mit dem Buchstaben Y markiert. Dadurch wollen wir eine klare Differenzierung der Aussagen erreichen.

Das Interview fand auf Schweizerdialekt statt, da wir der Meinung sind, dass dadurch die Angehörige freier erzählen konnte.

1 **S.M: Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen, um mit uns das Interview zu machen.**
2 **Wir sind sehr erfreut darüber. Wir nehmen das Interview auf und transkribieren es**
3 **anschliessend wortwörtlich.**

4 **Dann würden wir anfangen. Was auch noch wichtig ist, wenn Sie eine Pause machen**
5 **wollen, können Sie uns dies mitteilen.**

6 **Uns würde interessieren, wann und wie haben Sie das erste Mal bemerkt, dass Ihr**
7 **Partner abhängig ist?**

8

9 **Y:** Das hat er mir eigentlich schon sehr schnell gesagt, also als ich ihn kennengelernt habe.
10 Er ist damit sehr schnell herausgerückt.

11

12 **S.M: Haben Sie Dinge dagegen unternommen?**

13

14 **Y:** (-), (lacht) Also ich denke, er ist zwei Jahre in Therapie gewesen, also früher waren die
15 Therapien, es ist in den 80er Jahren gewesen, haben diese zwei Jahre lang gedauert, mit
16 Kontaktsperre und drum und dran. Als er nachher rausgekommen ist, habe ich ihn nach 2, 3
17 Monaten kennengelernt und er ist eigentlich dann auch immer wieder zum Gespräch
18 gegangen. Und danach gegen seine Sucht, habe ich das oft zum Thema gemacht, weil er
19 zwischendurch Abstürze gehabt hat. Als ich dann nachher schwanger gewesen bin, von
20 wegen das er auf Methadon umstellt. Also ich denke in dem Sinne so Vorschläge gemacht
21 oder ihn gebeten (...).

22

23 **S.M: Hat es auch Menschen in Ihrem Umfeld gegeben, wo Sie sich anvertrauen**
24 **konnten?**

25

26 **Y:** Das ist ein grosses Familiengeheimnis. Wir haben zwei Kinder und das weiss einfach der
27 älteste Sohn, wo 20 ist. Dem haben wir es gesagt, aber ansonsten ist es sicher bei meinen
28 Eltern nicht bekannt, bei seinem Arbeitgeber nicht bekannt, es sind vielleicht Leute von
29 früher, aber da sucht er natürlich den Kontakt auch nicht mehr oder die sind jetzt mittlerweile
30 gestorben. Es wissen nicht sehr viele Leute.

31 **S.R: Noch etwas zu Ihrem aktuellen Zustand. Wie geht es Ihnen heute mit der**
32 **Suchtproblematik von Ihrem Mann? Wie können Sie heute damit umgehen?**

33

34 **Y:** Ich finde es immer noch sehr schwierig. Also ich denke ich lerne ich bin ich und ich muss
35 schauen, dass es mir gut geht. Was mir mittlerweile, nach vielen Jahren, gelingt (lacht).

36

37 **S.R: Es gibt ja verschiedene Formen von Hilfe, wo Sie sich suchen können, wie**
38 **Familientherapie oder Selbsthilfegruppen. Für welche Form von Hilfe haben Sie sich**
39 **entschieden?**

40

41 **Y:** Es hat immer wieder so Phasen gegeben, wo ich irgendwie Hilfe geholt habe, also für
42 mich Hilfe gesucht habe. Also ich war einmal in einer Drogenberatungsstelle, wo ich wohne
43 (räuspert sich). Dort ist mein Mann auch ein paar Mal mitgekommen. Bis er irgendwann fand,
44 dass wir nur auf ihm herumreiten würden, ich hätte auch ein Problem.

45 Irgendeinmal als mein Sohn angefangen hat zu kiffen, bin ich wieder 3, 4 Mal zum Gespräch
46 gegangen, einfach um das ein wenig zu sammeln. Und irgendwann bin ich dann hier aufs
47 ada, ich glaube über einen Bericht im Beobachter, wo ein kurzer Bericht drin gewesen ist.
48 Also das ist jetzt sicher vor 2 Jahren, haben sie eine Gesprächsgruppe für Angehörige
49 angeboten. Bis die dann gestartet hat, war ich hier 2, 3 zum Gespräch und die Gruppe ist bis
50 am Schluss nicht zustande gekommen. Und ich habe dann aber einfach gemerkt, dass mir
51 das eigentlich gut tut, dass ich hier her kommen kann. Das ich sagen kann was ist, ja.

52

53 **S.R: Und aufgrund von was, haben Sie sich entschieden hier her ins ada zu kommen?**
54 **Warum genau das ada?**

55

56 **Y:** Also ich denke der Auslöser war, dass sie Partnerinnen, Partnergruppen für Angehörige
57 von Suchtabhängigen angeboten haben. Das war einfach der Auslöser, wo ich gedacht
58 habe, ja doch, da kann ich mich mit Gleichgesinnten, Frauen am ehesten halt, austauschen.
59 Das hat dann einmal stattgefunden. Ein Herr ist dann gekommen, der hat irgendwo im
60 Welschen gewohnt und hat gesagt, ja er komme nicht mehr. So ist das einfach gar nicht
61 zustande gekommen.

62

63 **S.R: Und von wo ist der grösste Druck gekommen, dass Sie sich wirklich Hilfe**
64 **gesucht haben?**

65

66 **Y:** Also ich denke das ist schon, weil es mir manchmal sehr nicht gut gegangen ist. All das
67 komische Zeug was man macht (...) mit dem kontrollieren, mit dem auch das Gefühl

68 zu haben, ich bin nicht gut genug, es liegt ja auch an mir. Ja ich denke so ein bisschen.

69

70 **S.R: Hat sich Ihr Partner auch professionelle Hilfe gesucht? Sie haben ja vorher**
71 **gesagt, dass er in den 80er Jahren eine Therapie gemacht hat, hat er nachher**
72 **nochmals eine Therapie gemacht?**

73

74 **Y:** So viel ich weiss nicht. Also er ist auch gesundheitlich sehr angeschlagen und er geht
75 sehr selten zum Arzt, auch wegen dem und er findet er sei übertherapiert und ja.

76

77 **S.R: Und sind Sie noch mit Ihrem Partner zusammen?**

78

79 **Y:** Ja. Also wir sind verheiratet (...), immer noch verheiratet (lacht).

80

81 **S.M: Wie lange ist Ihr Mann schon abhängig?**

82

83 **Y:** Ja (seufzt), (-), er wurde 51. Ich weiss gar nicht so genau, 83 kam er aus der Therapie,
84 vielleicht seit 1980 so.

85

86 **S.M: Haben Sie Freundinnen, denen Sie sich anvertrauen können oder ist es das da**
87 **auch ein grosses Geheimnis?**

88

89 **Y:** Ich habe einzelne, gute Freundinnen, wo, also Geschichte wo mein Mann noch (...) mit
90 seinem Thema, habe ich ja, zwei Freundinnen, wo zum Teil auch selber mit einem
91 Alkoholiker verheiratet sind, ja treffen wir uns (...). Ich denke, also, ich bin sicher eher
92 jemand, wo viel besser zuhören kann, als selber reden. Also ich denke auch bei Kolleginnen
93 wo wissen, dass man mein Mann süchtig ist oder so, oute ich mich eigentlich nicht so.

94

95 **S.M: Und diese Kolleginnen, haben die irgendwie speziell reagiert, als Sie das gesagt**
96 **haben? War es für sie nicht überraschend, haben sie schon etwas geahnt?**

97

98 **Y:** (-) Also eben, es wissen nicht sehr viele, da muss ich ein wenig zurückgraben. Also ich
99 denke, ja, es erstaunt die Leute wahrscheinlich schon auch, weil wir nach aussen, sicher
100 früher auch, als wir noch zusammen unterwegs waren, dass man ihn oder uns nicht
101 angemerkt hat. Nach aussen eine gewöhnliche Familie mit Kinder.

102

103 **S.M: Haben diese Kolleginnen Ihnen auch Hilfe angeboten?**

104

105 Y: Meine Kolleginnen?

106

107 **S.M: Ja.**

108

109 Y: (-) Kann ich ihnen nicht einmal sagen. Ich weiss es nicht (lacht). Ja, ich denke mir, ja,
110 wenn sie so fragen, irgendwie ist das bei uns gar nicht so ein Thema.

111

112 **S.M: Also man redet nicht immer darüber?**

113

114 Y: Ja.

115

116 **S.M: Einfach wenn sich eine Gelegenheit ergibt?**

117

118 Y: Ja, weil irgendwie, das sind natürlich auch Freundschaften, wo seit über 20 Jahren sind
119 und irgendwann, also ja, es wiederholt sich alles und ja.

120

121 **S.R: Und Sie haben sich ja für eine Beratung entschieden. Welche Gründe sprachen
122 dafür, dass Sie eine Beratung wahrgenommen haben und welche dagegen?**

123

124 Y: Also ich denke Gründe dagegen sind sicher der Weg oder wären den Weg. Also ich
125 komme aus einem anderen Kanton und es ist für mich eigentlich relativ aufwendig, hier mit
126 dem Bus und da mit dem Tram und ich arbeite 80 Prozent. Das ist letztendlich ein halber
127 Tag und auf der anderen Seiten denke ich mir, ok kann ich einfach im Zug sitzen, das ist Zeit
128 für mich. Also ich denke das wäre höchstens ein, also der Weg wäre ein Grund nicht hier her
129 zu kommen.

130 Ansonsten ist das eigentlich schon, fühle ich mich sehr wohl hier. Und vielleicht ist auch
131 einfach die erste Begegnung, wo ich in dem Kanton wo ich lebe, gemacht habe, in der
132 Beratungsstelle, die war nicht sehr geglückt. Wenn ich manchmal zurückdenke, denke ich,
133 ah ok, also das ist jetzt schon länger her, hätte ich wahrscheinlich etwas dazu gesagt.

134

135 **S.R: Und wie sieht jetzt hier so ein Ablauf einer Beratung aus?**

136

137 Y: Also ich denke es geht viel, mittlerweile geht es viel mehr einfach um mich und nicht der
138 dauernde Fokus auf mein Mann, sondern was kann ich für mich machen? Ja vielleicht auch
139 der Zugang zu meinen Gefühlen wieder zu finden. Weil man merkt natürlich schon nach 25
140 Jahren mit dem Thema, macht man eine dicke Mauer um sich zu, ja und zwar so, dass man
141 es vielleicht gar nicht so merkt.

142 **S.R: Und hier können Sie gut wieder über Ihre Gefühle reden und Ihre Bedürfnisse**
143 **wieder wahrnehmen?**

144

145 **Y:** Ja und ich werde ein wenig gefordert, probieren zu spüren (...). Man ist mittlerweile
146 natürlich extrem geübt, eben, den anderen zuzuhören. Oder ich arbeite auch in einem Beruf,
147 ich arbeite in der Pflege, wo ich viel mit Angehörigen zu tun habe, wo Sorgen haben und
148 Bewohner wo es nicht gut geht. Also ja, ich merke, dass ich mittlerweile sehr viel Übung
149 habe, den anderen zu helfen oder zuzuhören, empathisch zu sein. Ja, ich denke, ja, jetzt ist
150 Zeit, dass ich mich um mich kümmer.

151

152 **S.M: Jetzt darf man sich fast nicht mehr herausschleichen.**

153

154 **Y:** Ja, also ich denke mir, ist ja wahrscheinlich auch willentlich gewählt. Ja, ich merke ja,
155 dass ich auch etwas verändern will.

156

157 **S.R: Hatten Sie manchmal das Gefühl, wenn Sie jetzt eine Beratung aufsuchen, wo für**
158 **Sie ist, dass Ihr Partner auch noch einmal versucht sich therapieren zu lassen oder**
159 **sich Hilfe holt?**

160

161 **Y:** Also ich habe mich natürlich mittlerweile von meinem Partner, obwohl wir
162 zusammenleben, schon sehr distanziert. Und ich weiss, dass er mittlerweile das Thema nicht
163 mehr mit mir besprechen will und irgendwie gibt es manchmal auch gar nichts mehr zu
164 besprechen. Dauernd zu hören wieviel Geld er braucht oder das er langsam, ja, dass das
165 Hirn wirklich darunter leidet, das seine Intelligenz darunter leidet, das wir keine sozialen
166 Kontakte mehr pflegen als Familie. Irgendwie wurde das alles schon gesagt. Ich lebe einfach
167 mein Leben für mich und er seins.

168

169 **S.R: Was ist Ihrer Meinung nach das wichtigste in einer Beratung? Wie sieht für Sie**
170 **gute Beratung aus?**

171

172 **Y:** (-) Also vielleicht kann ich erzählen, wie ich, als in der Beratungsstelle in meinem Kanton,
173 wie das dort gewesen ist. Und zwar habe ich eines Tages gemerkt, dass sie den Termin von
174 mir vergessen hat. Ich war irgendwie um halb da und sie ist um 5 vor halb eingetrudelt und
175 dann habe ich sie mit der Sekretärin gehört wie sie reden und habe dann gemerkt, ow
176 scheisse, die hat das voll verschwitzt. Die hatte ein riesen Chaos auf ihrem Tisch. Und ich
177 habe zu dieser Zeit nicht mehr geraucht, keine Zigaretten mehr geraucht, in diesem Zimmer
178 hat es gestunken. Also ich muss sagen, es war ein sehr schlechter Start. Und ich

179 denke es ist wirklich so, der erste Eindruck ist sehr schwer, also ein negativer erster
180 Eindruck ist sehr schwer wieder zu revidieren. Als wir dann in dieser kleinen Kammer waren,
181 fragte sie mich, ob ich eine Zigarette rauchen möchte. Dann habe ich irgendwie gefunden,
182 hallo, jetzt bin ich irgendwie im falschen Film. Also ich denke das war ein denkbar schlechter
183 Start. Das ist sicher 12 Jahre her und ich glaube heute, würde ich vielleicht dieser Frau, wo
184 sicher auch damals jünger war als ich, würde ich dieses Feedback geben, weil ich selber
185 auch Lehrlinge ausbilde. Ja, es kann nicht immer alles von Anfang an ok sein, aber, einfach
186 das man sich vielleicht bewusst ist, dass der erste Eindruck ganz enorm wichtig ist.

187

188 **S.R: Das waren hier in dem Fall so?**

189

190 Y: Ja, genau. Das ist hier der Fall gewesen (lacht).

191

192 **S.R: Welche Erwartungen haben Sie jetzt als Klientin an Ihre Beraterin? Haben Sie**
193 **überhaupt Erwartungen?**

194

195 Y: Also ich denke was natürlich schon sehr gut tut, ja, immer wieder zu hören, Sie machen
196 das gut, es ist eine schwierige Situation oder wegen den Schuldgefühlen, also, dass man
197 das auch irgendwann thematisiert, mit dem (...) weiss man das ja irgendwann einmal, dass
198 das nicht meine Schuld ist, dass er immer noch drauf ist. Ja, vielleicht auch plötzlich zu
199 merken, das Helfersyndrom, wo man wahrscheinlich auch hat, wenn man sich auf so einen
200 Partner einlässt, ja, dass das sicherlich auch sehr viel mit einem selber zu tun hat. Und das
201 es eigentlich auch sehr wichtig ist, dass jeder Mensch sich am nahesten und am wichtigsten
202 ist, das man auch ernst nehmen soll, ja.

203

204 **S.R: Das heisst auf Ihre Wünsche wird in der Beratung eingegangen?**

205

206 Y: Ja klar. Also ich denke wenn ich komme und sie und ich habe irgendein Thema, das mich
207 sehr beschäftigt, dann kann ich sagen, dass ich darüber erzählen möchte, auch wenn es um
208 meinen Sohn geht, ja.

209

210 **S.R: Fühlen Sie sich ernst genommen in der Beratung?**

211

212 Y: Ja schon.

213

214 **S.R: Und haben Sie sich auch Ziele vorgenommen für die Beratung?**

215

216 Y: Ja, also ich denke ich würde gerne an mir arbeiten und ja vielleicht auch einmal mit mir
217 konfrontiert werden, dass man meine Vorstellungen, wo ich finde, so ist es, das mir das
218 Gegenüber sagt, ist es wirklich so oder könnte das auch noch eine Option sein. Oder das
219 kann man ja auch weniger streng sehen.

220

221 **S.M: Uns interessiert auch die Rolle vom Berater. Dazu haben wir Sozialarbeiter**
222 **befragt und auch Angehörige. Was haben Sie das Gefühl, was die Rolle vom Berater**
223 **ist? Was sind so seine Aufgaben?**

224

225 Y: Also ich denke für mich ist es sicher gut, dass ich erzählen muss und der Sozialarbeiter
226 zuhört. Und vielleicht ab und zu etwas genauer wissen will. Er muss mir ein Gefühl geben
227 von, es ist nicht absurd was ich erzähle oder ich muss mich wohl fühlen, dass ich, ja, auch
228 Sachen erzählen kann, wo wahrscheinlich, wo man sich selber wie nicht richtig zugesteht,
229 dass man diese Gedanken hat. Ja, ich denke es braucht schon ein Vertrauensverhältnis,
230 also das ich mich wohl fühle, dass ich auch so etwas sagen kann (-). Ich denke sicher auch
231 es müssen offene Menschen sein, wo das Leben schon von ganz vielen verschiedenen
232 Seiten auch kennengelernt oder gehört haben, empathisch sind.

233

234 **S.M: Hat man Ihnen jemals, in einer Beratung wo Sie gewesen sind, dazu geraten,**
235 **dass Sie sich von Ihrem Partner trennen sollten?**

236

237 Y: Nein.

238

239 **S.M: Sind Sie der Meinung, dass heutzutage die Angehörigen in der Schweiz**
240 **genügend unterstützt werden? Gibt es genügend Angebote für Angehörige von**
241 **Suchtkranken?**

242

243 Y: Ich denke mir, dass ich eigentlich schon sehr lange mit dem Thema konfrontiert bin, aber
244 erst vor 3 Jahren mitbekommen habe, dass es das ada gibt oder der vevdaj. Ja ich denke
245 mir, ich komme ja auch aus der Pflege, wo ich nicht extrem weit davon entfernt bin. Ich habe
246 auch in der Psychiatrie gearbeitet, ja denke ich mir, ist das sicher schon nicht so bekannt. Ich
247 denke einfach, dass sich viele Leute wo (...), sich einfach sonst wo melden in einer
248 Beratungsstelle, Familie, Partner (...).

249

250 **S.M: Haben Sie denn das Gefühl, dass es mehr Öffentlichkeitsarbeit geben sollte?**
251 **Oder was könnte man verbessern?**

252

253 Y: Also ich denke mir, für dass, dass es wahrscheinlich extrem viele Alkoholiker gibt, gibt es
254 ja schon die AA und die Al-Anon, ja stimmt, ich habe eigentlich schon sehr lange nichts mehr
255 gelesen. Das stimmt, ja. Und ich denke mir eigentlich, dass das ein enorm weit verbreitetes
256 Problem ist. Alkoholkrankheit, wo sich vielleicht auch über Jahren auf einem Level „tümpelt“
257 (...). Der erste Schritt muss er selber machen oder wenn der Leidensdruck einfach gross
258 wird.

259

260 **S.M: Wir haben auch gelesen, dass es für Angehörige wichtig ist, dass sie**
261 **Informationen über eine Suchtmittelabhängigkeit bekommen. Also wie der Verlauf ist,**
262 **wie die Rückfallquote ist oder so. Stimmen Sie dem zu? War das bei Ihnen auch so?**

263

264 Y: Also ich denke ich habe immer wieder Zeiten gehabt, wo ich dann wirklich, wie heisst jetzt
265 das, arud, wo auch Ärzte (...), also auch in seinem Kontrollhelfersyndrom denkt, jetzt könnte
266 ich doch einmal fragen. Also das ich mich informieren gehe oder einfach so viel von seinem
267 Familienlohn braucht für seine Sucht. Ich denke so alle paar Jahre, startete ich ein Telefon,
268 habe ich nachgefragt, wo ich das Gefühl hatte, jetzt ist er langsam dement und fragt ständig
269 dasselbe nach und einfach von dem Arzt oder Psychiater, ja, dann schon sehr kompetent
270 Auskunft bekommen habe.

271

272 **S.M: Aber die Initiative kam eigentlich von Ihnen aus?**

273

274 Y: Die ist von mir aus gekommen, ja.

275

276 **S.M: Oder wird das hier im ada zum Beispiel angesprochen, dass man Sie fragt,**
277 **wollen Sie hierzu Informationen?**

278

279 Y: (-) Also ich denke, als ich ganz am Anfang hier gewesen bin (räuspert sich), von den
280 ersteren Mal, wie ging jetzt das (-), also ich denke wenn man das will, kann man da schon,
281 also entweder das sie einem Anhaltspunkte geben, wo man sich Informationen holen könnte.
282 Das schon.

283

284 **S.M: Weiss Ihr Partner, dass Sie hier in der Beratung sind?**

285

286 Y: Als ich vor 3 Jahren das erste Mal hier war, habe ich ihm das gesagt. Seitdem ist das
287 eigentlich kein Thema mehr. Eben, ich mache mein Zeug und er macht seines.

288

289 **S.M: Haben Sie das Gefühl, dass sich in Ihrer Beziehung etwas verändert hat, seitdem**
290 **Sie hier sind?**

291
292 **Y:** Ich denke, es geht mir sicher besser (-). Er probiert oder baut jetzt ab. Aber ich denke das
293 hat nicht mit dem zu tun, dass ich jetzt hier bin. Einfach gesundheitlich auch (-). Ich denke es
294 verändert sich schon.

295
296 **S.M: Sei es in der Beziehung oder im Suchtverhalten?**

297
298 **Y:** Also ich denke, ich hatte sehr extreme Aggressionen gegen meinen Mann und das ist
299 mittlerweile viel besser. Das finde ich sehr entlastend.

300
301 **S.M: Das spürt es sicher auch.**

302
303 **Y:** Ja ja. Genau.

304
305 **S.M: Was ist das wichtigste, was Sie hier in der Beratung gelernt haben? Für Sie**
306 **persönlich.**

307
308 **Y:** (-) Das ich auch wichtig bin.

309 **S.R: Wir haben in unserer Arbeit auch ein Teil über das umstrittene Wort Co-**
310 **Abhängigkeit geschrieben. Kennen Sie diesen Begriff?**

311 **Y:** Ja.

312
313 **S.R: Was sagen Sie zu diesem Begriff? Was ist Ihre Meinung dazu?**

314 **S.M: Vielleicht auch was Sie sich darunter vorstellen?**

315 **Y:** Als mich Frau Suhner vor ein paar Wochen eben gefragt hat, ob ich bereit wäre, ist nach
316 langer, langer Zeit eben das Wort Co-Abhängigkeit gefallen. Dann ist mir in den Sinn
317 gekommen, dass ich vor Jahren einmal ein Buch gekauft habe „*Ich befreie mich aus deiner*
318 *Sucht*“. Dann habe ich das hervorgegraben und habe gesehen der Zettel (lacht), der Preis
319 war noch drin, das habe ich 2003 gekauft, also das ist jetzt etwa 10 Jahre her. Ich weiss
320 noch, dass ich irgendwie die ersten 20 Seiten gelesen habe und nachher hat es mir
321 „*abgelöscht*“. Und ich habe es jetzt wieder hervorgenommen, ja ich weiss schon, warum es
322 mir „*abgelöscht*“ hat, weil es, wenn ich dort lese, dann denke ich, ah ok, ja stimmt, kennen

323 wir doch, ja tip top.

324 Und wegen dem Begriff (-), ich denke mir schon, dass man zu einem süchtigen Partner
325 passen muss, weil es gibt ganz sicher viele Leute, wo nie auf so etwas eingestiegen wären,
326 über Jahrzehnte so durchziehen würden. Also von dem her, man könnte dem ja auch anders
327 sagen. Man könnte ihm auch sonst einen Namen geben. Ich denke schon, es beschreibt
328 eine Persönlichkeit von einem Mensch, wo das Problem so probiert zu lösen.

329 **S.M: Also, habe ich das richtig verstanden, Sie können sich mit dem Begriff**
330 **identifizieren, finden aber die Formulierung nicht so glücklich?**

331 Y: Nein, also, ja klar, ich kann mich, also klar könnte ich ja verleugnen, also das gehört
332 überhaupt nicht zu mir. Aber wenn es ja so ist. Und ich will einfach sagen, man könnte dem
333 ja auch anders sagen, aber es spielt ja keine Rolle. Also ich habe keine Probleme mit dem
334 Begriff. Also so wie, vielleicht kennen sie wegen den ADS Kinder oder ADHS Kinder, wo
335 eben auch so in den 90er Jahren, wo man sehr viel lesen konnte, wo man zum Teil auch
336 lesen konnte, wie negativ das das ist. Und manchmal denke ich mir, dass kann Eltern auch
337 einen extremen Druck nehmen von dem, dass wenn man spürt, mein Kind ist anders und
338 diese anderssein hat einen Namen, dann hat man dem einen Namen gegeben und ich bin
339 überhaupt nicht alleine, weil es gibt Tausende von Kindern, wo ein ADHS haben.

340

341 **S.M: Also einfach das man dem einen Namen gibt.**

342

343 Y: Genau.

344

345 **S.M: Das kann ja einem persönlich auch Sicherheit geben.**

346

347 Y: Ja, irgendwie schon.

348

349 **S.M: Weil wir haben gelesen, dass viele Angehörige den Begriff stigmatisierend**
350 **finden.**

351

352 Y: Ok.

353

354 **S.M: Weil man wie als mit-krank bezeichnet wird.**

355

356 Y: Gut, da kommt vielleicht auch eine Lebenshaltung hervor. Also ich denke jeder Mensch
357 hat ja irgendwo einen Bereich in seinem Leben, wo man vielleicht nicht gerne anschaut oder

358 wo er extrem geprägt ist, Sachen wo er erlebt hat. Also ja, ich denke ich habe nicht so Mühe
359 mit dem. Aber ja, das ist wahrscheinlich sehr individuell.

360

361 **S.R: Noch so als letzte Frage, ist es Ihnen schwer gefallen Hilfe anzunehmen oder**
362 **Hilfe zu suchen?**

363

364 **Y:** (-) Jein (-). Weil ich ja in einem Beruf arbeite, war es mir eigentlich sehr vertraut, dass es
365 überhaupt keine Schande ist, wenn man ein Problem hat. Für das gibt es zum Glück
366 heutzutage Menschen, die hierzu eine Ausbildung gemacht haben und wo vielleicht auch
367 besser Bescheid wissen. Ich finde das gar nicht negativ oder so, überhaupt nicht. Das
368 andere ist, was vielleicht zum Co gehört, dass immer ein bisschen seine Probleme
369 abschwächt. Ach, das ist jetzt doch nicht so tragisch, wenn er jetzt halt wieder auf Halbmast
370 herumläuft. Wenn man so (-).

371

372 **S.M: Bagatellisiert.**

373

374 **Y:** Ja genau. Und ich denke das sind halt alles so Mechanismen, wo sich über Jahre so
375 extrem einschleifen, wo man wirklich Meister drin ist. Das man es halt manchmal auch nicht
376 merkt, dass es einem wirklich nicht gut geht oder erst hellhörig wird, ja ich weiss auch nicht.
377 Ich habe zum Beispiel, wenn ich nicht essen kann, denke ich mir, ah ok, es ist irgendetwas.
378 Oder ich habe mich früher, wenn es mir zu viel wurde, mit Selbstverletzungen und ich denke
379 mir das ist, das hat sich sicher so entwickelt, dass ich heute weiss, wenn diese Gedanken
380 kommen, dass ich dann wahrscheinlich zu viel unter den Teppich gekehrt habe und ich
381 vielleicht meine Gefühle nicht so ernst genommen habe.

382

383 **S.M: Wir wären ansonsten durch mit unseren Fragen. Haben Sie noch etwas, was Sie**
384 **unbedingt loswerden möchten? Sachen, die wir vielleicht nicht gefragt haben, wo**
385 **Ihnen wichtig ist, wo wir noch in der Arbeit erwähnen sollten.**

386

387 **Y:** (-) Also ich denke mir, es gibt viele Menschen mit einem offenen Geist und ich wünschte
388 mir, dass die Leute, die immer so in einer Schiene sind, eben der Begriff, der stigmatisiert
389 oder das ist, denke ich mir, gut, vielleicht sind ja diese Menschen genau die, die das
390 stigmatisieren. Wo nicht darüber reden wollen und das es ja eigentlich auch sehr hilfreich
391 sein kann, wenn etwas einen Begriff hat. Wo man weiss, das gehört dazu, das sind die
392 Symptome. Einfach das sich Menschen mit sich selber auch mehr konfrontiert, auch mit den
393 unangenehmen Seiten.

F) Ergebnistabellen der Interviews

Anhand der Anfangsbuchstaben bei der Kodierung kann man nachvollziehen, von wem die Aussage stammt. Hierzu die Legenden:

A= Oliver Grehl (Experte)

B= Marcus Reichard (Experte)

C= Bea Schild (Sozialarbeiterin)

D= Vitus Hug (Sozialarbeiter)

E= Frau X (Angehörige)

F= Frau Y (Angehörige)

Hypothese 1: Sozialarbeiter wenden in der Beratung von co-abhängigen Angehörigen keine spezifische Methode an, sondern verwenden eine Kombination von verschiedenen Ansätzen.

Indikatoren	Kodierung/Seitenzahl / Zeile von bis	Textausschnitt
<ul style="list-style-type: none"> Weltanschauung des Sozialarbeiters <p>Die Sichtweise und Weltanschauung des Sozialarbeiters spielt eine wichtige Rolle und nimmt Einfluss auf dessen Beratungsmethodik.</p>	C/7/Z 239-242	„Zu guter Angehörigenarbeit gehört für mich vor allem, dass die Angehörigen ernst genommen werden und in ihrem Bemühen mit der Krankheit zurecht zu kommen, auch respektiert werden und angehört werden. Und das man ihnen nicht sagt, was sie jetzt besser anders tun müssten.“
	C/7/Z 246-25	„Wenn etwas gemacht wird, ist es ja meistens, dass die Angehörigen einbezogen werden zur Unterstützung des Genesungsprozess der Erkrankten. Und deshalb fordere ich ja auch in meinem Buch und auch deutsche Suchtverbände, Angehörigensuchtverbände schon lange, dass es Angebote gibt für Angehörige, die einfach für die Angehörigen sind. Die die Angehörigen im Fokus haben, was sie als Unterstützung brauchen und nicht die Erkrankten.“

	D/6/Z 244-245	„Wir versuchen auch immer wieder so Ziele zu vereinbaren. Eben zum Teil für uns völlig kleine unbedeutende Ziele, für diese Menschen kann es sehr wichtig sein.“
	D/7/ Z 269-271	„Was wir auch in der Information klar sagen, es ist auch ein Risiko, wenn sie hier sind und sich verändern, nämlich das Risiko besteht, dass Ihr Partner oder Partnerin noch mehr trinkt.“
	D/7/Z 280-283	„Also, es gibt auch Leute, wo ich ganz offen sage, schauen sie mal, wenn sie nichts verändern, dann sind sie in einem halben Jahr bei der Beerdigung Ihres Partners oder Ihrer Partnerin. Wenn Sie jetzt anpacken, dann besteht die Chance, dass sich etwas verändert und er überlegt.“
	D/8/ Z 328-329	„Das ist uns wichtig, auch wertschätzend immer wieder zu sein und auch zu gucken, was ist gelungen.“
	D/9/ Z 351-352	„Sonst versuchen wir das möglichst, dass die angehörigen Frauen zu einer Frau gehen und der Betroffene dann zu mir kommt.“
<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung <p>Je nach Ausbildung des Beraters werden andere Methoden angewendet.</p>	C/2/ Z 62-65	„(...) ich bin ja Transaktionsanalytikerin. Ich unterrichte das auch. Ich habe eine systemische Ausbildung. Ich habe zusätzlich noch eine Paartherapieausbildung. Ich habe eine körperorientierte Ausbildung. Ich habe jetzt noch eine Ausbildung gemacht für Stress- und Traumabehandlungen und für Achtsamkeit.“
	D/1/Z 20-22	„Dann habe ich ab 1994, dann der Start als Berater und hab dann noch ab, von 1995 bis 1999 berufsbegleitend die Ausbildung gemacht zum Sozialarbeiter HFS im Aargau.“
	D/1/Z 24.26	„Und dann bin ich dann noch 2004/2005 als Social Group Worker habe ich noch die Ausbildung in Deutschland gemacht und habe jetzt gerade noch eine Ausbildung begonnen also Supervisor (...), ja.“

	D/8/Z 310-313	„Es ist ein Unterschied, ob ich verhaltenstherapeutisch ausgebildet bin, jetzt neben dem sozialarbeiterischem oder systemisch oder lösungsorientiert oder problemorientiert. Das sind dann, das sind dann natürlich ganz andere Beratungssettings, das ist klar.“
<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige <p>Angehörige stellen eine eigenständige und heterogene Gruppe dar.</p>	<p>C/7/Z 255-261</p> <p>C/10/ Z 350-351</p> <p>D/4/ Z 141-145</p>	<p>„Das es Angebote gibt nur für Angehörige, genau. Und Sie wissen ja, ich arbeite ja auch in der Klinik. Ich bin ja in der Klinik angestellt, nebst meiner Praxis. Das gibt halt immer das Problem, dass man Angehörige tatsächlich einfach einbeziehen kann für den Unterstützungs, eben genau, um den Genesungsprozess der Suchtkranken zu unterstützen. Weil die Erkrankten ja möglichst schnell aus dem Spital raus sollten (lacht) und nur mit dem Einverständnis der Erkrankten natürlich. Das ist auch ein mit ein Punkt, weshalb es wenig Angebote für Angehörige nur für Angehörige gibt.“</p> <p>„Ich denke zwei Sachen. Einerseits ist es ein bisschen, manchen ein bisschen peinlich und anderen, weil etwas schambeladen.“</p> <p>„Es gibt durchaus eben, es gibt durchaus Frauen, denke ich, die das sehr gut „<i>händeln</i>“ in dem Sinne, und auch ihre Eigenständigkeit bewahren, sag ich. Dort ist sicherlich dann die Frage der Trennung, auch irgendwann da. Also, will eine Frau wirklich mit einem Alkoholabhängigen zusammenleben, zum Beispiel wenn sie ihre eigenen Interessen hat oder will er das mit ihr, das ist die andere Frage auch noch.“</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcen des Klienten <p>Jeder Klient hat eigene Ressourcen. Der Beratungsansatz muss individuell gestaltet werden.</p>	C/11/ Z 391-396	„Also wirklich eines der wichtigsten Themen finde ich anzusprechen, wo haben die angehörigen Partner/Partnerinnen in ihrem Umfeld positive Unterstützungsmöglichkeiten Wo haben sie Beziehungen, die sie vielleicht schon lange nicht mehr gepflegt haben, weil sie sich geschämt haben oder Angst hatten nicht verstanden zu werden. Oder wo erleben Sie jetzt gerade Unterstützung vom Arbeitgeber, vom Sportverein oder wo auch immer oder vom Jassclub einfach sein dürften.“

	C/19/ Z 695-698	„Wenn ich mit Angehörigen über so was spreche, dann eben eher in dem Sinn, Ressourcen zu finden, wo sie Entlastung bekommen, allenfalls eine Haushaltshilfe, allenfalls eine zusätzliche Beratung für die ganzen Kinder zu Hause, allenfalls auch einfach eine Ermutigung, die eigenen Kontakte und Freizeitaktivitäten zu pflegen.“
	D/8/Z 329-331	„Auch mit den Ressourcen. Welche konnten sie einsetzen? Das ist uns ganz wichtig und das durchzuführen und auch immer wieder in den Gruppen, in den Frauengruppe dann.“
<ul style="list-style-type: none"> • Systemtheorie <p>Heutzutage wird oft mit der Systemtheorie gearbeitet.</p>	C/10/ Z 335-336	„Viele arbeiten ja systemisch.“
	C/10/ Z 338-340	„(...) wo er eben erforscht hat, das nicht direktive systemische Arbeit mit den Partnern zusammen das erfolgversprechendste ist.“
	C/16/ Z 563- 565	„Ich denke einfach im System gibt es verschiedene Ansatzpunkte zu verschiedenen Zeitpunkten, je nach Krankheitsstadium.“
	D/7/ Z 287-290	„Wenn etwas verändert wird, dann ist eben auch wenn er aufhört zu trinken, ist das System verändert. Die Flasche ist auch Teil des Systems. Ich sage oft auch die Nebenbuhlerin oder Freundin. Und wenn das verändert wird oder wegfällt, dann muss das System auch wieder ausgeglichen werden.“
	D/14/ Z 600-603	„Es ist ja dieses Gleichgewicht das verändert wird. Wenn eine Person sich verändert, im systemischen Denken, ja und dann zwingt das den anderen irgendwie sich anzupassen. Das kann dann eben auch sein, dass mehr getrunken wird oder aggressivere Töne kommen oder was auch immer.“

<ul style="list-style-type: none">• Perspektivenwechsel Durch die Kombination von verschiedenen Methoden kann und muss der Berater zu einem Perspektivenwechsel bereit sein.	D/10/ Z 334-335	„Sie haben irgendwo noch eine Frage, welche Ansätze genutzt werden. Das kommt natürlich immer darauf an, mit welchen Methoden das diese Institutionen arbeiten.“
	C/10/Z 354-357	„Der Fokus mit Angehörigen ist ja eigentlich, das man schauen möchte, wie kriegt man eine Balance hin, so dass die Angehörigen für sich sorgen, damit nämlich die Abhängigkeitserkrankten die Verantwortung für sie selber wieder übernehmen müssten.“
	D/7/Z 296-298	„Also wir haben verschiedene Konzepte, Modelle eben, da Co-Abhängigkeit und so. Dann sicherlich Lösungsressourcen, systemisch arbeiten wir. Dann gibt es ja jetzt dieses Modell oder das Craft Modell von Amerika oder Rice gibt es auch noch.“

	D/6/ Z245-255	<p>einem Erwachsenengespräch zusammen sind. Und andererseits denke ich, das bei einer jetzt Alkoholabhängigkeit, es wirklich auch Profis braucht in den meisten Fällen, um den Menschen zu helfen aus dieser Erkrankung wieder rauszufinden. Und da angehörige Partner/Partnerin meistens auch nicht können, ganz einfach. Weil es ja auch Medikamente braucht und es braucht verschiedene Arten von bestimmter Gesprächsführung. Aber die Partner/Partnerinnen im Gespräch ernst zu nehmen, mit ihren Möglichkeiten umzugehen, mit den Erkrankten, das finde ich wichtig. Und wenn sie nicht allzu gestresst sind, kann man ja mal einen Vorschlag, einen Vorschlag möchte ich betonen, darüber machen, was es möglicherweise für eine Alternative auch noch geben könnte. Aber nicht im Sinne von das die Alternative sicher die bessere Lösung ist, sondern einfach im Aufzeigen von das es andere Verhaltensweisen auch gibt und man nicht notwendigerweise auf eine einzige festgelegt sein muss. Das ist ein anderer Fokus.“</p> <p>„Dass sie auch konsequent, also wir sagen jeweils, drohen sie nichts an, was sie nicht umsetzen können. Also drohen sie nicht mit dem Auszug, wenn sie genau wissen und der Betroffene genau weiss, ich ziehe nie aus. Aber beginnen sie zum Beispiel, wenn sie sagen, wenn du nach 19Uhr nach Hause kommst, dann koche ich dir kein Nachtessen mehr. Dann beginnen sie zum Beispiel mit so einem Ding. Das er sieht, was sie androht, dass zieht sie auch durch. Und wenn dann irgendwann der Auszug kommt, dann weiss er genau, jetzt zieht sie es durch, jetzt ist es so weit. Das ist so eine Grundhaltung, was wir mit ihnen erarbeiten. Dann diese Einüben auch. Und wir sagen das auch immer wieder, es ist ein Einüben. Und Einüben heisst auch Fehler machen. Auch das ist auch häufig ein Perfektionismus-Anspruch der Angehörigen, den wir dann versuchen (...)“</p> <p>„Zum Beispiel, der erste Punkt ist meistens, der Betroffene ist selbst für die Beschaffung, Lagerung und Entsorgung des</p>
	D/6 / Z 258-261	

	D/9/ Z 381-384	Leergutes verantwortlich. Und das machen ja auch oft die Angehörigen. Und da sagen wir dann nämlich, dafür ist der Betroffene verantwortlich.“
	D/13/Z 527-531	„Und da waren einige Angehörige dabei, aber da merkte man einfach, sie wollten einfach einmal Informationen. Wie funktionieren denn andere Betroffene? Sind die auch so wie mein Familienmitglied, dass ein Suchtproblem oder Alkoholproblem hat?“
	D/15/ Z 614-615	„Ich nehme dann jeweils, dafür habe ich diese Wasserwaage hier (nimmt eine Wasserwaage hervor). Ich sage immer solange er trinkt, ist oben Vertrauen und unten Misstrauen. Und wenn er aufhört, dann dreht sich das Ganze. Dann läuft das Misstrauen ins Vertrauen. Aber es läuft ja auch nicht nur auf selber. Also man muss dann auch mal schütteln und so. Aber das braucht eben Zeit.“
	E/2/ Z 58-60	„Also die Angehörigen haben natürlich häufig an uns die Erwartung, bringen sie doch meinen Partner endlich zur Vernunft oder in die Klinik oder was auch immer.“
<ul style="list-style-type: none"> • Überforderung <p>Die Angehörigen sind mit der Alkoholabhängigkeit des Partners überfordert.</p>	C/12/ Z 408-410	„Es gibt ganz viele Angehörige, die wirklich leiden und nie eine dieser Angehörigengruppen aufsuchen würden. Nicht einmal die AI-Anon.“
	C/16/ Z 577-579	„Die Angehörigen kommen tatsächlich mit dem Bedürfnis, endlich mal jemandem erzählen zu können, wie es ihnen eigentlich geht und was sie schon alles erlebt haben und wie schlimm das für sie war.“

	D/2/ Z 77-78	„Es ist die Überforderung, es ist aber auch, mindestens bei einem Teil der Angehörigen, eine Machtausübung.“
	D/12/ Z 508-510	„Wenn wir Betroffene zuerst hier haben und ihnen auch das Angebot machen, sagen sie es doch ihrer Partnerin oder Partner und dann sagen, nein ich will das nicht. Du hast doch das Problem und so.“
	E/2/ Z 45-46	„Und ich denke, das ist die typische Reaktion darauf, auf Wirklichkeiten oder.“
	E/20/ Z 727	„Aber es ist die normale Reaktion oder. Zuerst einfach abkapseln.“
	F/2/ Z 41-45	„Das ist ein grosses Familiengeheimnis. Wir haben zwei Kinder und das weiss einfach der älteste Sohn, wo 20 ist. Dem haben wir es gesagt, aber ansonsten ist es sicher bei meinen Eltern nicht bekannt, bei seinem Arbeitgeber nicht bekannt, es sind vielleicht Leute von früher, aber da sucht er natürlich den Kontakt auch nicht mehr oder die sind jetzt mittlerweile gestorben. Es wissen nicht sehr viele Leute.“
<ul style="list-style-type: none"> Informationsfluss <p>Die Angehörigen werden zu wenig über die verschiedenen Angehörigenangebote informiert.</p>	C/12/ Z 408-410	„Ich bin nicht sicher, ob wir die richtigen Angebote haben für Angehörige. Das ist mehr der Punkt. Vielleicht gibt es genug, aber vielleicht nicht die, welche Angehörige wirklich brauchen würden.“
	E/12/ Z 435-436	„Ja, man müsste quasi das in den Hausarztpraxen auflegen. Man müsste es über die Kirchen verbreiten. An die Orte, wo die Menschen auch hingehen.“
	C/12/ Z 440-441	„Das wird eindeutig zu wenig gemacht. Ich bin da absolut mit Ihnen einverstanden. Weil es gibt auch Ärzte, die sich schon fürchten würden, die Werbung schon mal aufzulegen.“
		„Ja, es ist schwierig, ja. Also man müsste, ich meine es werden

	C/13/ Z 469-472	immer mehr auch Anlässe ja gemacht, aber ebenfalls in Basel viele. Es gibt auch immer wieder Tag der Alkoholabhängigkeitserkrankten oder was auch immer. Und die müssten halt auch einmal ins Oberwallis kommen, denke ich.“
	E/19/ Z 672-673	„Vielleicht einmal mehr Öffentlichkeitsarbeit. Was es eigentlich alles gibt oder. Wo kann ich Hilfe suchen?“
	E/19/ Z 685-686	„Ob es über die Medien vielleicht besser, also einfach viel zu wenig breit, also in dem Sinne das viele Leute nicht wissen wo gehen oder.“
	F/8/ Z 259-262	„Ich denke mir, dass ich eigentlich schon sehr lange mit dem Thema konfrontiert bin, aber erst vor 3 Jahren mitbekommen habe, dass es das ada gibt oder der vevdaj. Ja ich denke mir, ich komme ja auch aus der Pflege, wo ich nicht extrem weit davon entfernt bin. Ich habe auch in der Psychiatrie gearbeitet, ja denke ich mir, ist das sicher schon nicht so bekannt.“
<ul style="list-style-type: none"> Wahrnehmung der Bedürfnisse <p>Angehörige wünschen sich, dass ihre schwierige Lebenssituation und ihre dementsprechenden Bedürfnisse wahrgenommen werden.</p>	C/8/ Z 272-274	„Und das sie sagen dürfen was sie tun und was sie brauchen als Unterstützung. Das sie überhaupt mal, falls sie das wollen und falls sie das brauchen und mögen, formulieren können, was ihnen hilfreich an Unterstützung wäre.“
	C/10-11/ Z 366-370	„Also wissen Sie, Beratungen mit Angehörigen wie ich sie kenne, so als Institution, geht eben oft mehr, geht oft schon darum, also das Angehörige ihre Bedürfnisse wieder wahrnehmen und sich eben zurückziehen. Und das eben die Abhängigkeitserkrankten wieder mehr selbstständig anfangen zu leben. Also das ist so eine übliche Vorgehensweise durchaus.“
	C/17/ Z 600-603	„Und ich denke wirklich, dass Angehörigenarbeit wirklich ausserhalb eben passieren sollte, völlig unabhängig, damit Angehörige einen Ort haben, wo sie wirklich ernst genommen werden und wo es nur um sie geht.“

	D/4/ Z 153-155	„Das wiederhole ich jetzt immer wieder. Eigene Bedürfnisse, Interessen wahrnehmen, sich selber spüren, wie geht es mir, unabhängig vom Partner. Das sind so, zu seinem Trinkverhalten oder Suchtverhalten.“
	D/19/ Z 685-687	„Sie erzählen auch eigentlich gerne was sie alles probieren, um zu helfen. Und das geht von versuchen, eben die kranke Person zu kontrollieren was sie tut und lässt, Geld kontrollieren.“
	D/6/ Z 235-239	„Dann ist sicher ein weiterer Punkt, die Bedürfnisse der Angehörigen zu erfragen. Was wollen sie verändern? Was sind ihre Wünsche? Diese wahrzunehmen, eben die Gefühle auch wahrzunehmen. Wie geht es mir? Was erlebe ich? Wo bin ich gestresst, wo nicht, weshalb usw. Und diese auch umzusetzen, im Sinne von, eben zum Beispiel, wieder beginnen eigene Freizeitaktivitäten.“
	D/8/ Z 317-318	„Zuerst ist immer die Frage, wie geht es ihnen und eben ihnen und nicht dem Betroffenen, also dem angehörigen Betroffenen.“
	D/10/Z 396-397	„Da war dann wirklich das Informationsbedürfnis sehr gross.“
	D/12-13/ Z 515-519	„Also die eigenen Bedürfnisse wahrnehmen, sich abgrenzen. Es ist seine Verantwortung, ob er trinken will oder nicht. Ob er, wieviel er noch trinkt, was er in der Freizeit macht oder nicht. Und bauen sie sich ihre eigene Welt auf, in dieser Ehe oder in dieser Beziehung. Und dann gucken sie einmal, was da sich verändert.“
	D/15/ Z 621-624	„Ein offenes Ohr zu haben, ist der wichtige Teil. Und dann eben auch immer wieder nachzufragen und zu sagen, jetzt sprechen wir über ihre eigenen Probleme. Und das wird dann auch angenommen. Und sie merken das schon, dass das gut geht mit der Zeit.“

	E/18/ Z649-655	„Das wäre erstens, dass der Sozialarbeiter zuerst zuhört. Und dann, zusammen mit der Person schaut, was machbar ist. Eben, ich denke es gibt viele Sachen wo ich (...) nein das möchte ich nicht. Also erwarte ich vielleicht von einem Sozialarbeiter es gibt noch dieses, es gibt noch das, es gibt noch jenes. Probieren Sie doch einmal das. Das erwarte ich eigentlich. Und vor allem halt auch Verschwiegenheit. All die Sachen erwarte ich von einem Sozialarbeiter oder. Und das er eben Respekt hat und sich auch ein bisschen, wie sagt man, Empathie hat. Das ist sehr wichtig.“
	F/7/ Z 242-245	„Er muss mir ein Gefühl geben von, es ist nicht absurd was ich erzähle oder ich muss mich wohl fühlen, dass ich, ja, auch Sachen erzählen kann, wo wahrscheinlich, wo man sich selber wie nicht richtig zugesteht, dass man diese Gedanken hat.“
<ul style="list-style-type: none"> • Selbsthilfegruppen <p>Für die Angehörigen ist es hilfreich, mit Gleichgesinnten ihre Erfahrungen auszutauschen.</p>	C/7/ Z 259-260	„(...) wobei ja dann die AA einfach eine äusserst, also die Al-Anon, wirklich eine sehr erfolgreiche Gruppe ist.“
	C/13/ Z 443-446	„Das ist ja ein Vorteil von Al-Anon, ist ja die Anonymität. Deshalb trauen sich manche Menschen da überhaupt hin, weil die anderen wissen nur den Vornamen und man kennt sich sonst nicht. Man geht nur zum Teilen dieser schwierigen Lebensumständen Situationen und Erlebnisweisen dahin.“
	D9/ Z 377-379	„Wir haben hier selbstgeführte Gruppen für Frauen, Angehörige. Sonst ist das natürlich häufig auch, dass wir ihnen die Selbsthilfegruppen, also die Anonymen Alkoholiker oder Al-Anon heisst sie ja dann.“
	D/9-10/ Z 387-390	„Es gibt auch einzelne Paare, die in solche Gruppen gingen. Bei den einen ging das gut, bei den anderen nicht. Weil einer zu viel geredet hat, der andere zu wenig aus deren Sicht. Und darum haben sie sich dazu entschieden, dass nur der Betroffene meistens geht.“
	E/11/ Z 407-408	„Vor allem das ist, wenn ich dort hingehere, wenn ich etwas

		erzähle, wissen die genau von was ich rede.“
	E/12 Z 410-413	„Oder ich werde nicht, vor allem das Gleichgesinnte und alle zusammen wissen, von was man redet. Alle haben meistens dasselbe erlebt. Und die Zusammengehörigkeit oder. Man unterstützt einander.“
	E/12 Z 426-428	„Wir wissen auch, dass was dort drinnen, wir haben auch den Spruch, alles was wir erzählen und gesagt wird, das bleibt hier drinnen, das geht nicht nach draussen. Und auf das können wir uns alle 100% verlassen.“
	E/12/ Z 432-433	„Ich denke, es gibt mit der Zeit wirklich eine ganz starke Beziehung. Ich glaube etwas Schöneres gibt es einfach nicht.“
	E/15/ Z 553-556	„Und so ist es mir auch ergangen mit den Meetings. Wenn ich ein paar Mal nicht gegangen bin, hatte ich fast wie ein schlechtes Gewissen. Und dann bin ich wieder gegangen und habe gesagt, ich brauche es einfach. Ich muss das haben. Das ist eigentlich schon ein bisschen meine Lebensphilosophie.“
	E/18/ Z 661-662	„Wenn ich die Gruppe nicht gefunden hätte, weiss ich nicht wie es herausgekommen wäre.“
	E/21/ Z 760-765	„Ja, ja, wir sind alle Co-Abhängige (lacht). Co-Abhängigkeit heisst bei uns Karussell. Ich steige auf das Karussell auf und drehe mit und drehe mit oder bis mir schwindlig wird. Und irgendwann, vielleicht, finden wir den Abstieg von dem Karussell. Aber es passiert einem immer wieder, dass man sich draufziehen lässt. Darum ist es vor allem wichtig, dass man mit Gleichgesinnten darüber reden kann. Damit ich mich nicht immer wieder auf dieses Karussell aufnehmen lasse und mitzudrehen.“
	F/2/ Z 73-74	„Das war einfach der Auslöser, wo ich gedacht habe, ja doch, da kann ich mich mit Gleichgesinnten, Frauen am ehesten halt,

<ul style="list-style-type: none"> • Angebote der Fachkliniken Fachkliniken bieten ein zu unspezifisches Angebote für die Angehörigen an. 	<p>C/7/ Z 248-251</p> <p>C/7/ Z 259-260</p> <p>C/9/ Z 332</p> <p>C/12/ Z 405-408</p> <p>D/11/ Z462-466</p> <p>E/19/ Z 687-689</p>	<p>austauschen.“</p> <p>„Und deshalb fordere ich ja auch in meinem Buch und auch deutsche Suchtverbände, Angehörigensuchtverbände schon lange, dass es Angebote gibt für Angehörige, die einfach für die Angehörigen sind. Die die Angehörigen im Fokus haben, was sie als Unterstützung brauchen und nicht die Erkrankten.“</p> <p>„Weil die Erkrankten ja möglichst schnell aus dem Spital raus sollten (lacht) und nur mit dem Einverständnis der Erkrankten natürlich. Das ist auch ein mit ein Punkt, weshalb es wenig Angebote für Angehörige nur für Angehörige gibt. Und die die es gibt, sind eben oft Gruppen.“</p> <p>„Es gibt nämlich wirklich wenig Angebote für die Angehörigen selber.“</p> <p>„Also ich denke nicht. Also das heisst, die Frage ist nach der Anzahl. Ich bin nicht sicher, ob wir die richtigen Angebote haben für Angehörige. Das ist mehr der Punkt. Vielleicht gibt es genug, aber vielleicht nicht die, welche Angehörige wirklich brauchen würden. Es gibt ganz viele Angehörige, das weiss ich von der Klinik.“</p> <p>„Also ich finde für Partnerinnen gibt es grundsätzlich genügend Angebote. Jede Suchtberatungsstelle bietet Angehörigenberatung an, grundsätzlich. Ich weiss von einigen, die das ein bisschen knapp halten, die nach 2, 3 Gesprächen auch aufhören. Bei uns können die Angehörigen wirklich auch über Monate und meinerwegen auch über Jahre, wenn das nötig ist.“</p> <p>„Und sie sollten die Möglichkeiten haben, das richtige für sich herauszusuchen oder auch mehrere Sachen auszuprobieren.“</p>
---	---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung des Alkoholabhängigen Angehörige werden oftmals nur dann in die Beratung miteinbezogen, wenn es darum geht, den Heilungsprozess des Suchtabhängigen voranzutreiben. 	<p>C/7/Z 257-258</p> <p>C/9/ Z 329-331</p> <p>C/10/ Z 351-354</p> <p>E/10/ Z 339-345</p>	<p>„...dass man Angehörige tatsächlich einfach einbeziehen kann für den Unterstützungs, eben genau, um den Genesungsprozess der Suchtkranken zu unterstützen.“</p> <p>„Dann werden Angehörige eingeladen, Partner/Partnerin als Fremdanamnese hauptsächlich. Oder und so als Unterstützung bei der Motivation für eine weiterführende Behandlung in einer Suchtfachklinik zum Beispiel. Und dort werden wieder Angehörige wieder hauptsächlich, wenn sie einbezogen werden, einbezogen zur Unterstützung des Genesungsprozesses.“</p> <p>„Andere denke ich, sind auch sehr froh um die Möglichkeit mal etwas sagen zu dürfen und hoffen dann, dass sie jetzt das sagen dürfen, wie es ihnen geht und dann ist das nicht so. Dann ist es eigentlich so, dass sie eben eher als Unterstützung eingeladen werden.“</p> <p>„Ich habe eine Kollegin gehabt, von der Mann war der Klinik Wyss und die hatte persönliche Gespräche mit dem Arzt und mehr nicht und das nur über ihren Mann. Um sie ist es nie gegangen. Es ist immer nur um ihren Mann gegangen. Und da hat sie gesagt, im Grunde genommen bringt mir das nichts, wenn ich immer nur die Geschichten über meinen Mann hören muss und für dieses und jenes schauen muss. Das bringt mir nichts. Ich brauche Hilfe oder. Und ich möchte Hilfe, wo mir gut tut und wo ich auch etwas damit anfangen kann.“</p>
--	--	--

A= Oliver Grehl (Experte)
 B= Marcus Reichard (Experte)
 C= Bea Schild (Sozialarbeiterin)
 D= Vitus Hug (Sozialarbeiter)
 E= Frau X (Angehörige)
 F= Frau Y (Angehörige)

Hypothese 3: Weil viele co-abhängige Angehörige im Stillen leiden und den Schein wahren, gehen viele nicht in eine Beratungsstelle, weswegen Sozialarbeiter viel Öffentlichkeitsarbeit betreiben müssen, damit sich die Angehörigen für eine Beratung entscheiden.

Indikatoren	Kodierung/Seitenzahl / Zeile von bis	Textausschnitt
<ul style="list-style-type: none"> Co-Abhängigkeit <p>Durch die Co-Abhängigkeitssymptome schaffen es die Angehörigen nicht sich Hilfe zu holen.</p>	<p>C/4/Z 147-150</p> <p>C/5/163-166</p> <p>C/7/ Z 228-230</p> <p>C/10/ Z 357-361</p>	<p>„Ja. Also wenn ich mir jetzt vorstelle, mein Partner würde ein schweres Abhängigkeitsproblem plötzlich haben, dann wäre ich wohl auch überfordert. Ja, finde ich auch. Ich denke es ist enorm schwierig damit umzugehen, wenn man plötzlich nicht mehr weiter kommt (...).“</p> <p>„Dass Angehörige das nicht wahrhaben wollen, das hört man auch immer wieder, das liest man auch immer wieder. Ich denke es ist ja ein Prozess des Bewusstwerdens des Abhängigen und den Angehörigen. Die Angehörigen merken ja das meist noch eher, dass etwas nicht stimmt.“</p> <p>„Also wenn, vorhin haben wir das ja kurz angedeutet mit, das es ja für Angehörige auch schwer sein mag die Realität anzuerkennen, dass der Partner oder die Partnerin suchtmittelabhängig ist.“</p> <p>„Der Fokus mit Angehörigen ist ja eigentlich, das man schauen möchte, wie kriegt man eine Balance hin, so dass die Angehörigen für sich sorgen, damit nämlich die</p>

		Abhängigkeitserkrankten die Verantwortung für sie selber wieder übernehmen müssten. Einmal, wenn man davon ausgeht die Angehörigen übernehmen zu viel Verantwortung in diesem Modell der Co-Abhängigkeit.“
	C/19/ Z 683-685	„Also Angehörige sprechen schon darüber. Angehörige stehen unter ziemlich viel Druck darüber, dass sie gerne eigentlich darüber sprechen möchten, mit neutralen Personen, die Verständnis haben.“
	D/2/ Z 54- 56	„Beeinflussung ist, also die eigenen Bedürfnisse zurückstellen, die Kontrolle stark ausüben, bis hin zu einer extremen Kontrolle. Keine, sich nicht noch selbst fühlen oder spüren“
	D/3/ Z 87-88	„Die, die sich völlig zurückgezogen haben, nur um dem Alkoholkranken zu schauen.“
	D/3/ Z 120-123	„Und die Angehörigen übernehmen dann eben mit der Zeit, auch mit diesem Entwicklungsmodell und so, übernehmen sie dann zu viel Verantwortung, zu viel Kontrolle und zu viel nehmen sie dem Betroffenen ab. Und dann wird es eine krankhafte Entwicklung.“
	E/2/ Z 71-72	„Es ist ja nicht mein Problem. Soll mein Partner etwas machen, der säuft ja.“
	E/8/ Z 287-288	„Ich habe mich so geschämt. Ich konnte das niemandem sagen.“
	E/9/ Z 303-304	„Ich habe mich so geschämt, dass das jetzt uns passiert ist. Es war einfach schlimm.“
	E/14/ Z 517-518	„Ich habe mich wirklich zurückgezogen.“
	E/20/ Z 729-730	„Das haben von uns alle mitgemacht, bis sie den Weg gefunden haben, ich muss nach aussen mit dem.“

	F/2/ Z 50-51	„Ich finde es immer noch sehr schwierig. Also ich denke ich lerne ich bin ich und ich muss schauen, dass es mir gut geht.“
	F/11/ Z 383-386	„Das andere ist, was vielleicht zum Co gehört, dass immer ein bisschen seine Probleme abschwächt. Ach, das ist jetzt doch nicht so tragisch, wenn er jetzt halt wieder auf Halbmast herumläuft.“
<ul style="list-style-type: none"> • Stress <p>Die Angehörigen sind einem erhöhten Stress ausgesetzt und nehmen die Stresssymptome erst dann wahr, wenn das ganze System zusammenbricht.</p>	C/4/Z 137-140	„Ja, ich denke das ist doch eine gute Erklärung. Man möchte es vielleicht auch lieber nicht sehen, weil es einem immer an die traurige Situation erinnert und weil man oft, wenn er nicht da ist und er es nicht sieht zum Beispiel jetzt, dann trinkt er vielleicht nicht mehr. Man möchte es aus der Welt schaffen, oder?“
	C/5/ Z 155	„Ja. Das ist sehr verunsichernd und deshalb ist es auch so viel Stress.“
	C/6/ Z 215-218	„Wissen Sie, ich habe das auch in meinem Buch geschrieben, das auch schon untersucht wurde, das die Stressmerkmale, die Krankheitsmerkmale, die Angehörige zeigen während den Abhängigkeiten des Partners, das die auch wieder verschwinden, wenn die Partner nicht mehr abhängig sind.“
	C/8/ Z 270-271	„Aber auch dass sie ihre eigenen Umgangsweisen schildern können. Was verursacht ihnen ganz viel Stress?“
	C/8 Z 274	„Das Angehörige überhaupt mal gehört werden mit ihrem Stress. Was sind ihre Belastungen?“
	D/6/ Z 214-215	„Ich konzentriere mich auf den anderen. Ich helfe dem anderen. Ich stelle mein Lebenskonzept oder Ablauf, Tagesablauf auf den anderen ein und so weiter und so fort.“
	E/14/ Z 498-499	„Aber manchmal macht mich mein Körper eher darauf aufmerksam, als es mir in den Sinn kommt, was erwartet mich

	F/11/ Z 390-397	nur.“ „Und ich denke das sind halt alles so Mechanismen, wo sich über Jahre so extrem einschleifen, wo man wirklich Meister drin ist. Das man es halt manchmal auch nicht merkt, dass es einem wirklich nicht gut geht oder erst hellhörig wird, ja ich weiss auch nicht. Ich habe zum Beispiel, wenn ich nicht essen kann, denke ich mir, ah ok, es ist irgendetwas. Oder ich habe mich früher, wenn es mir zu viel wurde, mit Selbstverletzungen und ich denke mir das ist, das hat sich sicher so entwickelt, dass ich heute weiss, wenn diese Gedanken kommen, dass ich dann wahrscheinlich zu viel unter den Teppich gekehrt habe und ich vielleicht meine Gefühle nicht so ernst genommen habe.“
<ul style="list-style-type: none"> • Stigmatisierung <p>Angehörige haben Angst vor Stigmatisierungen von ihrem Umfeld wenn die Alkoholabhängigkeit des Partners öffentlich wird.</p>	C/6/ Z198	„Ich denke schon, klar. Ich denke es hat einen stigmatisierenden Effekt.“
	C/19/ Z 687-689	„(...) oder gegenüber Freunden sich nicht mehr getrauen etwas zu sagen, weil man Angst hat, man wird nicht verstanden. Ganz vieles tun Angehörige.“
	D/5/Z 170-173	„(...) Nachbarschaft guckt, dass dann gesagt wird, warum hilfst du jetzt dem Idioten denn immer noch? Der schlägt dich oder er säuft so viel. Er nimmt dir alles Geld. Wieso gehst du nicht weg? Das sind dann eher die Vorwürfe, die Abwertungen, die Stigmatisierungen.“
	E/8/ Z 287-288	„Ich habe mich so geschämt. Ich konnte das niemandem sagen.“
	E/9/ Z 303-304	„Ich habe mich so geschämt, dass das jetzt uns passiert ist. Es war einfach schlimm.“
	F/2/ Z 41-45	„Das ist ein grosses Familiengeheimnis. Wir haben zwei Kinder und das weiss einfach der älteste Sohn, wo 20 ist. Dem haben wir es gesagt, aber ansonsten ist es sicher bei meinen Eltern nicht bekannt, bei seinem Arbeitgeber nicht bekannt, es sind vielleicht

		Leute von früher, aber da sucht er natürlich den Kontakt auch nicht mehr oder die sind jetzt mittlerweile gestorben. Es wissen nicht sehr viele Leute.“
<ul style="list-style-type: none"> • Öffentlichkeitsarbeit / Prävention <p>In der Schweiz wird bezüglich der Angebote für Angehörige zu wenig informiert.</p>	C/12/ Z 410-412	„Die Menschen zu erreichen wäre halt möglicherweise auch noch toll, wenn man das so könnte wie der Copello vorschlägt, mit so unverbindlichen einmaligen Gesprächen, die nicht irgendwie verbindlich sind. Wo sie einfach mal reinschauen dürften zum Beispiel.“
	B/12/ Z 432-433	„Ja, man müsste quasi das in den Hausarztpraxen auflegen. Man müsste es über die Kirchen verbreiten. An die Orte, wo die Menschen auch hingehen.“
	C/12/ Z 437-438	„Das wird eindeutig zu wenig gemacht. Ich bin da absolut mit Ihnen einverstanden. Weil es gibt auch Ärzte, die sich schon fürchten würden, die Werbung schon mal aufzulegen.“
	C/13/ Z 455-456	„(...) eben wie den Hausarzt oder die Kirche, die Apotheke, Drogerie. Wo sie halt hingehen.“
	C/13/ Z 456-459	„Und wenn sie Angebote meinen, ja, ich meine immer mehr Menschen haben Internet. Aber da müssten sie natürlich auch auf die entsprechenden Seiten gehen. Und online-Beratungen, also ja, ist nicht mein Ding. Aber werden auch angeboten.“
	D/11-12/ Z 473-475	„Also wir haben jetzt gerade eine Werbekampagne gestartet im Herbst. Und da gab es dann, ich zeig es ihnen auch gerne. Wir haben da Inserate gestaltet und haben unter anderem diese Kärtchen, mit diesem Inhalt gearbeitet“
	D/12/ Z 497-499	„Ja man muss ja sehen, dass natürlich sehr lange Alkoholprobleme an sich tabuisiert waren. Als ich vor 18 Jahren begonnen habe, da war noch überhaupt nichts an Werbung, auch zum Thema Alkoholmissbrauch, Alkoholismus.“

	D/12/ Z 502-505	„Und zum Teil auch, also eine gab es von Sucht Schweiz, vor etwa 4, 5 Jahren für Angehörigen und die erste so. Und da wurde schon, es wird schon immer, die Frage ist immer, Kampagnen kosten sehr viel Geld. Das muss man einfach sehen. Da ist schweizweit einfach eine Million weg.“
	F/8/ Z 269-272	„Also ich denke mir, für dass, dass es wahrscheinlich extrem viele Alkoholiker gibt, gibt es ja schon die AA und die Al-Anon, ja stimmt, ich habe eigentlich schon sehr lange nichts mehr gelesen. Das stimmt, ja. Und ich denke mir eigentlich, dass das ein enorm weit verbreitetes Problem ist.“

A= Oliver Grehl (Experte)
 B= Marcus Reichard (Experte)
 C= Bea Schild (Sozialarbeiterin)
 D= Vitus Hug (Sozialarbeiter)
 E= Frau X (Angehörige)
 F= Frau Y (Angehörige)

Hypothese 4: Angehörige beanspruchen nicht früher professionelle Hilfe, weil ihnen die Fachpersonen oft raten, dass sie sich von ihrem Partner trennen sollen.

Indikatoren	Kodierung/Seitenzahl / Zeile von bis	Textausschnitt
<ul style="list-style-type: none"> Rolle des Beraters Der Berater kann ein Paar stark verunsichern, wenn er diesem rät sich zu trennen.	E/7/Z 239-242	„Zu guter Angehörigenarbeit gehört für mich vor allem, dass die Angehörigen ernst genommen werden und in ihrem Bemühen mit der Krankheit zurecht zu kommen, auch respektiert werden und angehört werden. Und das man ihnen nicht sagt, was sie jetzt besser anders tun müssten.“
	C/11/ Z 378- 383	„Also wenn ich jetzt nicht von mir rede, sondern was Allgemein passiert, denke ich, dass das eben oft passiert das das Partnern empfohlen wird und ich denke das ist überhaupt nicht unsere Aufgabe. Also als Paartherapeutin kann ich das überhaupt nicht unterstützen. Es schafft dann auch Schwierigkeiten, dass die Ablösung nämlich gar nicht stattfindet oder ganz schwer immer wieder eingefordert werden muss von den (...), die die Trennung angeordnet haben. Weil die gar nicht organisch gewachsen ist.“
	C/13/ Z 471-473	„Ich finde das eben gar keine gute Idee ihnen Tipps zu geben. Ich finde es eine viel bessere Idee sie zu fragen, wie sie das machen und das auch zu würdigen. Weil es gibt einfach nie die richtige Umgangsweise.“
	E/14/ Z 484- 489	„Und wenn sie nicht allzu gestresst sind, kann man ja mal einen

		Vorschlag, einen Vorschlag möchte ich betonen, darüber machen, was es möglicherweise für eine Alternative auch noch geben könnte. Aber nicht im Sinne von das die Alternative sicher die bessere Lösung ist, sondern einfach im Aufzeigen von das es andere Verhaltensweisen auch gibt und man nicht notwendigerweise auf eine einzige festgelegt sein muss. Das ist ein anderer Fokus.“
	E/16/ Z 579-581	„Und wenn wir das Modell von Copello nehmen, dass man die Angehörigen unterstützen möchte, dann hat man eigentlich überhaupt keine Erwartungen an die Angehörigen. Was einem die Arbeit sehr erleichtert.“
	E/17/ Z 592-595	„Wenn es jetzt gerade eben um finanzielle Konsequenzen geht, dann ist meine Rolle dich ich einnehmen will, die einer Person, die einfach offen über Fakten informiert und Entscheidungsmöglichkeiten eröffnet.“
	C/17/ Z 622-625	„Ich würde nie jemandem in die Ecke zu drängen, sich trennen. Ich würde höchstens, ich würde es nicht so machen. Ich würde dann das einfach als eine Lösungsmöglichkeit thematisieren, wenn sie's nicht selber tut. Aber ich würde nicht sagen, sie müsste jetzt das tun. Das sei die einzige Möglichkeit.“
	C/18/ Z 636-637	„Aber eine Paartherapie ist immer anwaltschaftlich für die Beibehaltung der Beziehung. Und das ist so von Natur aus gegeben.“
	C/11/ Z 383-386	„Ich denke, wo man das empfehlen könnte, wenn man, wenn jetzt Gewalt im Spiel ist und man sieht, das wirklich zum Beispiel eine Partei immer wieder gewalttätig angegriffen wird und wirklich bedroht ist und sich wirklich nicht mehr wehren kann. Dann denke ich, dann macht das durchaus Sinn.“

	D/10/ Z 426-430 ????	„Und wir unterstützen grundsätzlich, dass diese Ehen erhalten bleiben oder wieder aufgebaut werden, wenn sie zerstört sind. Aber es gibt natürlich Grenzen, wenn zum Beispiel Gewalt da ist. Dann empfehlen wir natürlich den Leuten, den Frauen, also fast immer Frau-Mann, also Frau ist Opfer, Mann ist Gewalttäter. Empfehlen wir dann sich zu schützen.“
	D/11/Z 432-440 ????	„Wir sagen häufig ist, sie müssen das selbst tragen können. Es bringt nichts wenn jemand hier ist und kurz vor dem Nervenzusammenbruch ist. Dann sagen wir natürlich auch, schauen sie, wenn sie jetzt einfach da weiter machen, dann ist das eine Frage der Zeit bis, sie wirklich einen Zusammenbruch haben und dann ist weder ihnen noch ihrem Betroffenen geholfen. Deshalb kann es durchaus sein, dass wir sagen, sie müssen jetzt einfach mal raus aus der Beziehung. Kann ja auch vorübergehend sein oder in eine Klinik gehen oder was auch immer. Einfach sich erholen können, damit sich, nicht beide, die Situation nicht für beide noch schlimmer wird“
	B/14/Z 567-571	„Und das zeigt genau das auf. Und das muss man mit den Angehörigen, mit dem Betroffenen gut besprechen. Immer wieder sagen, das ist völlig normal, dass der Konflikt aufkommt. Der hat sich jetzt aufgestaut. Sie hat sie geschont, sie war vorsichtig, aber jetzt will sie das mitteilen, dass ihr da etwas nicht passt.“
	D/15/ Z 639-640 ????	„Also ich sehe mich eben als Berater, natürlich, als Begleiter auch, Coach kann man auch sagen.“
	D/15/Z 643-645 ????	„Mir ist natürlich wichtig, die Menschen sind immer Spezialisten von sich selbst. Wir sagen, wir geben keine Rezepte.“
	F/18/ Z 660-661	Nein, das hat man mir nicht geraten. Das ist kein Thema gewesen. Es war nur für mich ein Thema, also ein Drohthema eigentlich.

<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcenorientiert <p>Der Berater versucht die vorhandenen Ressourcen der Angehörigen zu aktivieren.</p>	<p>E/8/ Z 274-276</p> <p>E/14/ Z 482-484</p>	<p>„Das man ihnen auch helfen kann, das allenfalls zu bekommen. Aber mit dem Respekt für das sie als erwachsene Menschen sind, die auch selber sagen können, was sie brauchen.“</p> <p>„Aber die Partner/Partnerinnen im Gespräch ernst zu nehmen, mit ihren Möglichkeiten umzugehen, mit den Erkrankten, das finde ich wichtig.“</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Komplementäre Interaktion <p>Die komplementäre Interaktion ist ein Hindernis für die Partnerschaft.</p>	<p>E/15-16/ Z 552-556</p> <p>D/9/ Z 357-360</p> <p>D/14/Z 585-587</p>	<p>„Es macht einen Unterschied, ob dieser Mann da sitzt und 3 Monate abstinent war und vielleicht ein ganz klein wenig schon mal Einsicht hat, das möglicherweise etwas an der Kommunikation zu Hause ändern müsste, damit das Zusammenleben allen wieder mehr Freude macht. Damit man wieder offener zusammenleben kann zum Beispiel.“</p> <p>„In dieser Zeit gibt es auch wieder Vereinbarung, was die beiden üben miteinander, das kann Kommunikation sein. Wir haben noch nicht lange ein Ehepaar, das wirklich Kommunikation üben musste. Also wie können wir überhaupt wieder miteinander in Kommunikation treten?“</p> <p>„Und Beschuldigungen und eben dann auch die Wertschätzung wieder reinbringen. Die eigenen Anteile des Fehlverhaltens oder der Kommunikation oder was auch immer sehen, entgegen gehen.“</p>