

Die Relevanz der Co-Abhängigkeit im Kontext der Suchtkrankenhilfe

-

Wenn das Umfeld zum Komplizen wird

Bachelorarbeit

zur Erlangung des Grades Bachelor of Arts Soziale Arbeit

an der

Hochschule Darmstadt

Fachbereich Soziale Arbeit

vorgelegt von: Leonie Decher

Matrikelnummer: 740819

Erstreferentin: Prof. Dr. rer. soc. Angelika Groterath

Zweitreferent: Herr Volker Weyel

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Alkoholabhängigkeit – Einführung & Begriffsklärungen	4
2.1 Sucht und Abhängigkeit.....	5
2.2 Die Wirkungsweise von Alkohol auf den Körper.....	7
2.3 Die Folgen einer Alkoholabhängigkeit.....	8
2.4 Konsumtypen bei Alkohol.....	8
3. Das deutsche Suchthilfesystem	9
3.1 Das 4-Säulen-Modell.....	10
3.2 Die Rolle des Sozialarbeiters im Kontext Alkoholismus.....	13
4. Der Begriff Co-Abhängigkeit	14
4.1 Wie sich Co-Abhängigkeit zeigt.....	17
4.2 Co-Abhängigkeit in Partnerschaft und Ehe.....	18
4.2.1 Geschlechtsspezifische Aspekte der Co-Abhängigkeit.....	21
4.3 Co-Abhängigkeit in der Eltern-Kind-Beziehung.....	22
4.3.1 Co-abhängige Kinder suchtkranker Eltern.....	23
4.3.2 Co-abhängige Eltern suchtkranker Kinder.....	27
4.4 Das suchtfördernde Verhalten und die Rolle der "Enabler".....	28
4.5 Co-Abhängigkeit am Arbeitsplatz - betriebliche Sozialarbeit.....	30
4.6 Folgen der Co-Abhängigkeit.....	33
5. Konzepte für die Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken	34
5.1 Beratungs- und Hilfsangebote.....	35
5.2 Selbsthilfegruppen.....	36
5.2.1 Das 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker.....	37
5.2.2 Elternkreis suchtgefährdeter & suchtkranker Kinder Darmstadt.....	38
5.2.2.1 Von Co-Abhängigkeit zu CRAFT.....	40
5.3 Eigene Möglichkeiten, eine Co-Abhängigkeit zu beenden.....	42
6. Resumee, Ausblick und Diskussion	45
7. Literatur und Quellen	52
8. Anhänge	56
9. Erklärung zur selbstständigen Arbeit	68

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1, S. 6: Werner Gross: Psychologisches Forum Offenbach – Was Sie schon immer über Sucht wissen wollten, 2016. Springer Verlag Berlin, Heidelberg.

Abbildung 2, S. 7: Gerhard A. Wiesbeck (Hrsg.): Alkoholismus-Forschung. Aktuelle Befunde, künftige Perspektiven, 2007. Pabst Science Publishers, Lengerich.

Abbildung 3, S. 22: Jens Flassbeck: Co-Abhängigkeit. Diagnose, Ursachen und Therapie für Angehörige von Suchtkranken, 2010. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.

Abbildung 4, S. 23: Jens Flassbeck: Co-Abhängigkeit. Diagnose, Ursachen und Therapie für Angehörige von Suchtkranken, 2010. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.

Abkürzungserklärungen

ARGE – Arbeitsgemeinschaft der Hessischen Handwerkskammern

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

dhs – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

KPRd – Kommunaler Präventionsrat Darmstadt

1. Einleitung

Suchtkranke Menschen sind umgeben von nahestehenden Menschen, die ihnen helfen wollen, um sie aus der Sucht zu befreien. Den Alkoholkonsum eines Familienmitgliedes oder einer nahestehenden Person eigenständig in den Griff zu bekommen, bestimmt meist das gesamte Handeln und Denken der betroffenen Personen. Diese Bachelorarbeit will sich deshalb mit dem Thema Alkoholabhängigkeit und dem Schwerpunkt „Co-Abhängigkeit“ auseinandersetzen, wobei insbesondere die sozialarbeiterische Perspektive im Fokus steht. Aufgrund der Begrenzung auf bestimmte Themenkomplexe wird sich diese Arbeit ausschließlich mit der Alkoholabhängigkeit befassen – dennoch können bestimmte Aspekte auch interessant sein für die Arbeit mit Abhängigen illegaler Drogen. Während meines Studiums der Sozialen Arbeit setzte ich meinen Schwerpunkt auf den Themenkomplex Sucht – insbesondere während meiner Arbeit in einer stationären Rehabilitationsklinik, für vorwiegend alkoholabhängige Männer verschiedener Altersklassen, beschäftigte ich mich mit der Thematik Co-Abhängigkeit in suchtbelasteten Partnerschaften und Familien. Es existieren nur wenige Krankheiten, bei denen die Angehörigen und das soziale Umfeld des Betroffenen so sehr in Mitleidenschaft gezogen werden, wie bei einer Suchterkrankung. Ausschlaggebend war für mich das Erlebnis mit einem Patienten, dessen Aufnahme ich betreut habe – ein Familienvater mittleren Alters, dessen 20-jährige Tochter sowie der 17-jährige Sohn ihren Vater in die Klinik begleiteten. Der Abschied gestaltete sich dramatisch und sowohl die Tochter als auch der Sohn schienen seit geraumer Zeit Verantwortung für die Abhängigkeit des Vaters übernommen zu haben, da sich die Ehefrau nicht mehr in der Lage sah, ihren Mann zu unterstützen. Wegschütten und Verstecken des Alkohols sowie die anschließende Neubeschaffung dessen, versprechen, fordern, verzeihen, drohen und beschuldigen bestimmten den Alltag der Familie. Obwohl der Alkoholkonsum des Vaters über zwei Jahre Mittelpunkt der Familie gewesen ist und sich alle Familienmitglieder an diesen anpassten, fand während der gesamten Therapie des Patienten, den ich von Beginn bis Ende begleiten konnte, kein Gespräch mit der Familie des Betroffenen statt, obwohl ersichtlich war, dass die Familie in diesem Fall eine erhebliche Rolle in der Aufrechterhaltung der Suchterkrankung des Vaters spielte. Ebenso erfolgte insbesondere in den Gesprächen mit der Therapeutin keine Schwerpunktsetzung

auf die Familienzusammenführung. Der Fokus lag ausschließlich auf der Abstinenz des Patienten und der Stärkung seiner Resilienz. Am letzten Tag der Therapie holten der Sohn und die Tochter den Vater aus der Klinik ab und ich fragte mich, wie es Zuhause weitergehen würde. Dieses Erlebnis stellte mich vor mehrere Fragen, die mir weder die Sozialarbeiterin noch die Leitung der betroffenen Einrichtung beantworten konnten. Insbesondere beschäftigte mich, wie nachhaltig eine stationäre Therapie sein kann, wenn das Umfeld aus dem Prozess ausgeschlossen wird und der Betroffene nach Abschluss seiner Therapie zurück in die Strukturen kehrt, die lange Zeit seine Suchterkrankung beeinflusst und vielleicht sogar bestärkt und aufrechterhalten haben. Aus diesem Grund beschloss ich eine wissenschaftliche Arbeit über diese Thematik zu verfassen, da in der modernen Suchthilfe seit geraumer Zeit bekannt ist, dass das soziale Umfeld des suchtkranken Menschen bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Überwindung der Krankheit eine erhebliche Rolle spielt. In diesem Kontext ist das Suchtdreieck zu nennen, welches deutlich macht, dass eine Suchterkrankung immer im Zusammenhang mit der Persönlichkeit des Betroffenen, der Droge sowie dem Umfeld zu sehen ist. Wie bedeutsam diese Faktoren bei einer Suchterkrankung sind, stellt sich für jeden Süchtigen anders dar – diese stehen in Beziehung miteinander und man kann deshalb hier von einer Suchttrias (s. Abb. 1) sprechen.

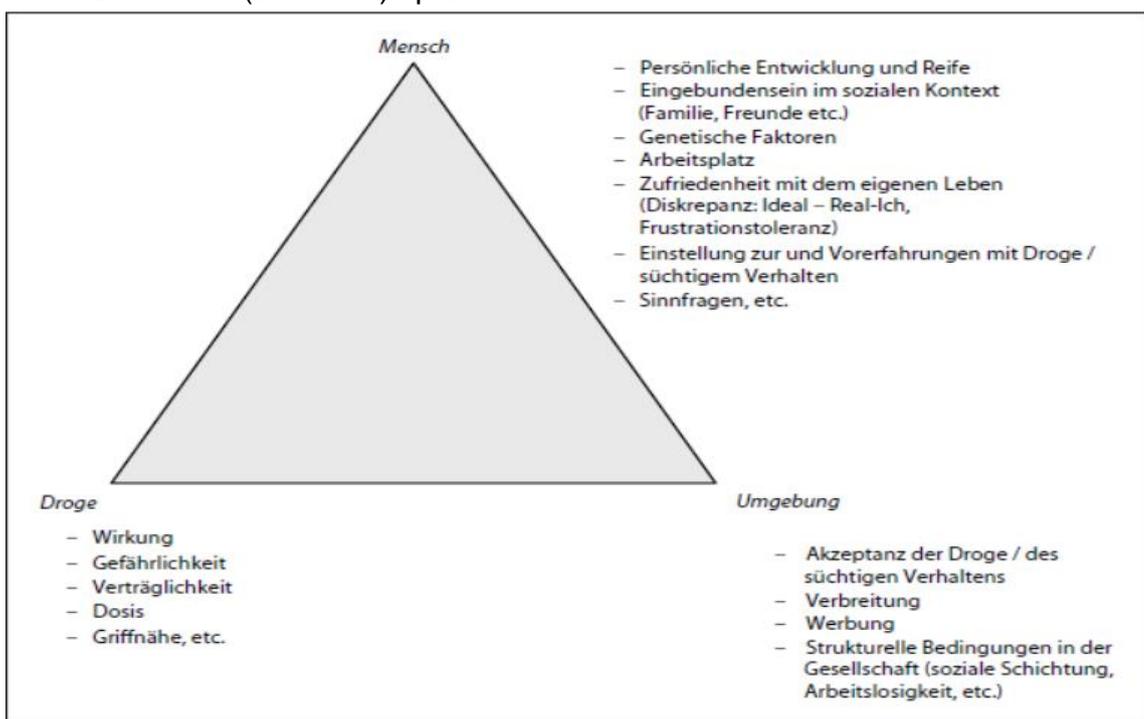


Abb. 1: Suchttrias

Eine komplexere bildliche Darstellung der Entstehungsbedingungen von Sucht beinhaltet den Aspekt, dass bio-psychosoziale Faktoren zum Entstehen der Abhängigkeit beitragen und die Abhängigkeit ein selbstaufrechterhaltender Prozess ist. Dies bedeutet, dass die alleinige Veränderung der Umgebungsfaktoren meist nicht zur Beendigung der Substanzeinnahme führt (s. Abb. 2).

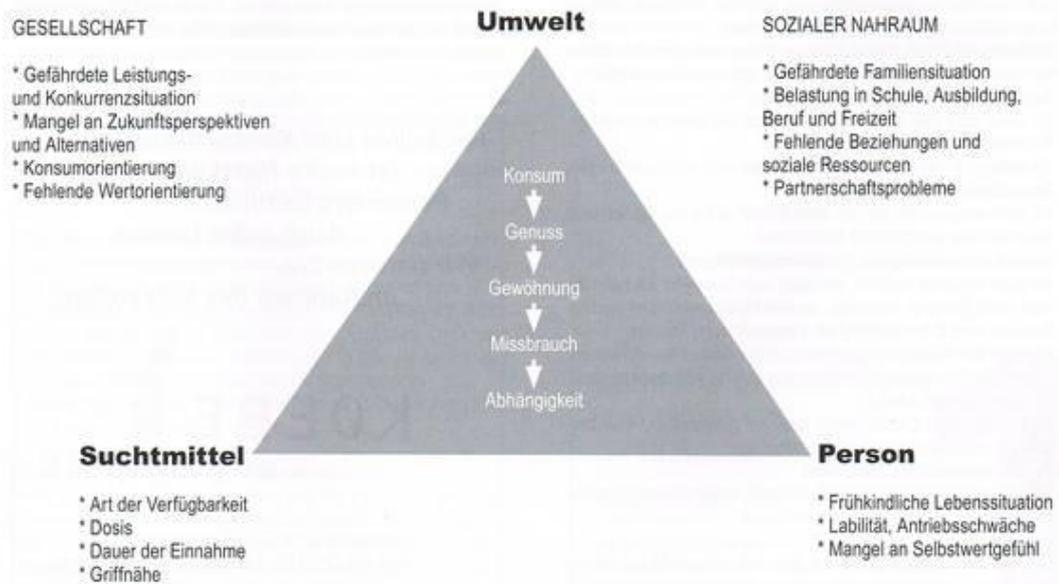


Abb. 2: Suchtdreieck – bio-psychoziale Faktoren

Weiterhin ist das Trinken von Alkohol alleine nicht dafür verantwortlich, dass Alkoholismus entsteht – belegt wird dies unter anderem durch die Tatsache, dass viele Menschen Alkohol trinken, aber nicht alle alkoholkrank werden. Es müssen dafür mehrere Faktoren zusammenkommen, damit eine Suchterkrankung entstehen kann, wie im Falle der Thematik dieser Arbeit – das co-abhängige Umfeld. Ein weiterer Aspekt, der mich zum Erfassen dieser Arbeit bewegt hat ist, dass insbesondere die Beratungsarbeit mit Angehörigen von Suchtkranken zu einem Aufgabenfeld der Sozialarbeit zählt. Ich erhoffe mir einige interessante und hilfreiche Aspekte und Handlungsmöglichkeiten für die Berufspraxis aller Sozialarbeiter, die in der Suchthilfe tätig sind. In den nachfolgenden Kapiteln dieser Arbeit möchte ich zu Beginn auf die Alkoholabhängigkeit eingehen und einige Definitionen erläutern, dabei ist es mir ein besonderes Anliegen dies sehr detailliert und ausführlich darzustellen, da es zum vollständigen Verständnis der Thematik notwendig ist. Anschließend werde ich einen Einblick in das Suchthilfesystem geben und mich im mittleren Teil der Co-Abhängigkeit aus verschiedenen Blickwinkeln nähern und auch auf unterschiedliche Hilfsangebote

für Betroffene eingehen. Insbesondere die enge Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe für Eltern suchtgefährdeter und suchtkranker Kinder in Darmstadt ermöglichte es mir, einen Schwerpunkt auf die Selbsthilfe für Angehörige Suchtkranker zu legen. Der Abschluss dieser Arbeit besteht aus einem Resümee sowie einer kritischen Diskussion, die ich aufwerfen werde, da zum Thema Co-Abhängigkeit leider immer noch wenig fundierte, wissenschaftliche Forschungen existieren. Weiterhin möchte ich darauf hinweisen, dass ich mich in meiner Ausarbeitung vermehrt den Begrifflichkeiten „Sucht“ sowie „Abhängigkeit“ bedienen werde, wobei beide Begrifflichkeiten von der gleichen Bedeutung sind. In der verwendeten Literatur werden für den krankhaften Alkoholkonsum ebenfalls verschiedene Typologien verwendet, sodass ich dies auch in meiner Arbeit fortgesetzt habe. In Kapitel 2.1 wird auf die verschiedenen Definitionen detailliert eingegangen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlechter. Insbesondere im Themenkomplex „Co-Abhängigkeit“ wird vermehrt von „Angehörigen“ gesprochen. Damit sind gemeint: Partner, Ehepartner, Eltern, Kindern, Arbeitskollegen und sonstige Personen, die sich dem suchtkranken Menschen nahe fühlen.

2. Alkoholabhängigkeit – Einführung & Begriffsklärungen

In Deutschland herrscht ein permissiver Umgang mit Alkohol, da der Konsum eines solchen zum Kulturgut gehört. Alkohol wird in der Gesellschaft seit jeher hauptsächlich als Genussmittel und weniger als Droge gesehen. So beschrieb der Ministerpräsident Horst Seehofer auf dem diesjährigen Oktoberfest in einem Interview mit ZDFzoom: "Bier in Maßen ist gesund, ist ein Nahrungsmittel in Bayern". Und die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, CSU, sagt als man sie auf den riskanten Umgang mit dem Alkoholkonsum auf dem Oktoberfest anspricht: "Ich bin ja nicht als Verbotstante ernannt worden" (vgl. ZDFzoom vom 22.02.2017). Insbesondere die Alkohol-Lobby trägt einen Großteil dazu bei, dass der Alkoholkonsum weiter ansteigt und der Pro-Kopf-Verbrauch in Deutschland in den letzten Jahren auf 9,7 Liter Reinalkohol angestiegen ist. Doch statt Regeln zu verschärfen und mehr in die Präventionsarbeit zu investieren als in die Vermarktung der Produkte, soll etwa in Baden-

Württemberg das Verkaufsverbot von Alkohol von 22:00 Uhr bis 06:00 Uhr durch die grün-schwarze Regierung wieder aufgehoben werden, obwohl das Verbot die Zahl der rauschtrinkenden¹ Jugendlichen reduziert hatte.

Aus dem Drogenbericht 2016, den die bereits zitierte Drogenbeauftragte Marlene Mortler vorgestellt hat, geht hervor, dass der Konsum illegaler Drogen in Deutschland steigt, dennoch geraten mehr Menschen wegen Alkohol in eine lebensbedrohliche Lage. Laut Darstellung des Statistischen Bundesamts vom Februar 2017, auf die sich auch der Drogenbericht bezieht, waren der zweithäufigste Anlass für einen Klinikaufenthalt 2016 psychische Störungen durch Alkohol (338.204 Fälle) inklusive akutem Alkoholmissbrauch. Seit dem Jahr 2000 hat die Zahl der Personen, die aufgrund von alkoholbedingten Erkrankungen stationär behandelt wurden, um 21,5 Prozent zugenommen. Im Drogen- und Suchtbericht des Jahres 2016 wird weiterhin darauf verwiesen, dass Schätzungen zufolge in Deutschland pro Jahr zwischen 42.000 und 74.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholkonsums sterben. Dabei ist etwa ein Viertel dieser Todesfälle allein auf den Alkoholkonsum, die übrigen drei Viertel auf den kombinierten Konsum von Alkohol und Tabak zurückzuführen (vgl. Drogen- und Suchtbericht 2016). In Deutschland gelten etwa 1,3 Mio. Menschen als alkoholabhängig, wobei sich nur etwa 10 Prozent einer Therapie unterziehen. Meist geschieht dies viel zu spät, nach durchschnittlich 10 bis 15 Jahren einer Abhängigkeit. Die volkswirtschaftlichen Kosten belaufen sich in Deutschland auf 26,7 Milliarden Euro, davon sind allein 7,4 Milliarden direkte Kosten für das Gesundheitssystem (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2016).

2. Alkoholabhängigkeit – Einführung & Begriffsklärungen

2.1 Sucht und Abhängigkeit

Die Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen (WHO) definiert die Alkoholabhängigkeit seit 1952 offiziell als Krankheit. In der Bundesrepublik Deutschland ist Alkoholismus seit 1968 auch als Krankheit vom Bundessozialgericht anerkannt (vgl. John, 1996). In der Fachliteratur werden die Begriffe „Sucht“ und „Abhängigkeit“ unterschiedlich definiert, wobei sich die

¹ engl. „binge drinking“ bezeichnet das rauschartige Trinken von fünf oder mehr Gläsern alkoholischer Getränke bei einer Trinkgelegenheit (vgl. Pabst et al. 2013).

Definitionen zum Teil erheblich voneinander unterscheiden. Aus diesem Grund wurde der Begriff „Sucht“ aufgrund seiner bereits mehrfach definitorischen Besetzung von der WHO 1968 durch „Abhängigkeit“ ersetzt (vgl. ICD-10 der WHO). Im Kontext nicht-stoffgebundener Süchten wird „Sucht“ weiterhin verwendet.² Der Alkoholismus, die Alkoholsucht oder die Alkoholabhängigkeit, ist als eine chronische Verhaltensstörung zu bezeichnen. Die betroffene Person hat die Kontrolle über den Alkoholkonsum weitestgehend verloren. Die Vorstufe zur Alkoholsucht ist der Alkoholmissbrauch, der Übergang zur Abhängigkeit ist meist schleichend und wird von der betroffenen Person nicht als solchen wahrgenommen. Der Konsum hat dann Vorrang gegenüber anderen Verhaltensweisen und es entwickeln sich bei alkoholabhängigen Menschen langsam Anzeichen körperlicher Abhängigkeit in Form von charakteristischen Entzugssymptomen (Zittern, Schwitzen, Puls- und Blutdruckerhöhung, Übelkeit, Erbrechen, Angst, innere Unruhe) und die Toleranzentwicklung gegenüber dem Alkohol (Gewöhnung an höhere Mengen des Alkohols). Neben den genannten körperlichen Symptomen stellen sich auch die Anzeichen einer psychischen Abhängigkeit ein. Hierzu zählen der Kontrollverlust über den Konsum (Substanzgebrauch in größerer Menge und erfolglose Versuche der Reduktion), die Vernachlässigung wichtiger sozialer Kontakte und beruflicher Interessen und die Fortsetzung des Konsums trotz negativer Konsequenzen (vgl. Lindenmayer, 2005).

Gemäß der Klassifikation nach ICD-10 handelt es sich um einen krankhaften Alkoholgebrauch, wenn drei oder mehr der aufgeführten körperlichen, psychischen sowie kognitiven Symptome binnen eines Jahres eingetreten sind. Unter anderem sind diese der starke Wunsch oder Zwang nach der Substanz, Kontrollverlust über das Trinkverhalten, Toleranzbildung sowie der Rückzug aus dem Sozialleben.³ Die Gruppe F10 beschreibt psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol – F10.2 beinhaltet das Abhängigkeitssyndrom von Alkohol (International Classification of Diseases, 10. Ausgabe).

² Spielsucht, Ess-Sucht, Sportsucht, Internetsucht, usw.

³ Aufgrund des begrenzten Umfangs wird an dieser Stelle nicht weiter auf die zu erfüllenden Kriterien eingegangen; diese können zur weiteren Vertiefung im ICD-10 nachgelesen werden.

2. Alkoholabhängigkeit – Einführung & Begriffsklärungen

2.2 Die Wirkungsweise von Alkohol auf den Körper

Übermäßiger Alkoholkonsum wirkt sich in unterschiedlichster Weise auf den menschlichen Körper aus. Dabei müssen verschiedene klinische Unterscheidungen getroffen werden. Der Konsum von Alkohol kann sich auf die Struktur und Funktion des Gehirns auswirken, etwa führt chronischer Alkoholmissbrauch zu Verminderungen des Großhirns und kann sich nachhaltig auch auf tieferliegende Hirnstrukturen schädigend auswirken, insbesondere auf die Erinnerungsfähigkeit – man spricht dann vom so genannten Korsakow-Syndrom.

Alkohol wird auch deshalb missbraucht, weil er die Stimmung der Konsumenten gegenüber dem nüchternen Zustand erheblich steigert. Insbesondere Euphorie und Optimismus stellen sich ein; vorhandene Ängste lassen nach. Die Wirkung von erhöhtem Alkoholkonsum auf das Organsystem, wie Herz, Lunge, Magen, Leber und Niere sind besonders gravierend und auch die Ursache vieler Todesfälle durch chronischen Alkoholkonsum. Dabei schädigt der Alkohol die Funktion des Herzmuskels und sorgt für eine Steigerung des Blutdrucks. Weiterhin ist das Entgiftungssystem der Leber überlastet und es kommt zu einer direkten Schädigung der Leberzellen – eine so genannte Leberzirrhose kann die Folge sein. Wenn große Mengen Alkohol in kurzer Zeit oder auch über einen längeren Zeitraum konsumiert werden, kann dies durch den Anstieg des Blutalkoholspiegels zu starken körperlichen sowie psychischen Störungen bis hin zu Vergiftungserscheinungen kommen, weshalb die körperliche Entgiftung in jedem Falle erfolgen muss, bevor die eigentliche Entwöhnung beginnen kann. Die Alkoholwirkung ist dennoch individuell unterschiedlich und ist auch abhängig von Stimmungslage und Erwartungshaltung des Konsumenten (vgl. Feuerlein, 2005). Weitere Folgen eines dauerhaften Alkoholmissbrauchs können Schlafstörungen, Depressionen und eine vermehrte Neigung zu Infektionskrankheiten sein. Die häufig getroffene Aussage, dass Alkohol auch eine gesundheitsfördernde Wirkung hätte, ist aufgrund der aufgezeigten Wirkungsweisen auf den Körper sowie auf die Psyche des Menschen, unter äußerster Vorsicht zu betrachten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, 2017).

2. Alkoholabhängigkeit – Einführung & Begriffsklärungen

2.3 Die Folgen einer Alkoholabhängigkeit

Wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt, kann der chronische Konsum von Alkohol zahlreiche Auswirkungen auf den Körper des Konsumenten haben. Um dies zu komplettieren wird nun auch auf die psychosozialen Folgen Bezug genommen.

Alkohol hat wie andere Drogen ein Abhängigkeitspotential, dass durch die Einnahme der betreffenden Substanz – in diesem Falle Alkohol – entstehen kann. Das Abhängigkeitspotential von Alkohol ist zwar nicht so ausgeprägt wie das mancher Rauschdrogen, wie zum Beispiel Opiate, aber dennoch besitzt der Alkohol ein ausschlaggebendes Charakteristikum: die psychische Abhängigkeit, die sich durch das unstillbare Verlangen äußert, den Alkoholkonsum fortzusetzen, auch wenn sich der Betroffene der Konsequenzen seines Konsums bewusst ist (vgl. Feuerlein, 2005). Die sozialen Auswirkungen betreffen insbesondere die Bereiche Familie, Arbeit und Öffentlichkeit (Straßenverkehr, Straftaten). Familien Alkoholkranker sind häufig zerrüttet; Rollenverhältnisse verändert. Chronischer Alkoholkonsum führt im Berufsleben zu häufigen Krankheitstagen - Entlassungen und Arbeitslosigkeit sind oft die Folge (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2001).

2. Alkoholabhängigkeit – Einführung & Begriffsklärungen

2.4 Konsumtypen bei Alkohol

Die Alkoholiker-Typologie nach Jellinek ist die in der Medizin gebräuchlichste Klassifikation des Alkoholismus. Sie wurde 1960 erstmals von Elvin M. Jellinek in dem Buch "The Disease Concept of Alcoholism" vorgestellt und hat sich in der Suchthilfe etabliert. Die Typologie ist inzwischen veraltet, da sich zahlreiche Mischformen ergeben haben, dennoch ermöglicht sie einen grundlegenden Einblick in das Trinkverhalten verschiedener Konsumenten. Sie sind daher nur als eine grobe Unterscheidung zu sehen. Jellinek unterscheidet dabei fünf Typen, welche jeweils mit den griechischen Buchstaben des Alphabets abgekürzt werden. Der erste Typ ist der Alpha- oder auch Konflikttrinker. Dieser konsumiert Alkohol vorwiegend in Konflikt- und Stresssituationen. Eine körperliche- sowie psychische Abhängigkeit ist meist noch nicht gegeben, auch ist hier noch eine Kontrolle über das Trinkverhalten gegeben. Der Betatrinker, oder auch

Gelegenheitstrinker konsumiert den Alkohol begünstigt durch seinen sozialen Umgang. Es liegen hier laut Jellinek ebenfalls weder Abhängigkeit noch Kontrollverlust vor. Im Falle des Gammatrinkers, des süchtigen Trinkers, stellt sich das Trinkverhalten anders dar. Hier liegen eine psychische Abhängigkeit sowie ein Kontrollverlust vor. Obwohl dieser Typ den missbräuchlichen Umgang mit Alkohol zeigt und sich bereits negative Folgen seines Konsums zeigen, kann er noch längere Zeit abstinent bleiben. Der Delta- oder Spiegeltrinker äußert sein Trinkverhalten, indem er so lange Alkohol konsumiert, bis er einen bestimmten Alkoholpegel erreicht hat, den er dann zu halten versucht. Ebenfalls eine körperliche sowie psychische Abhängigkeit sind zu erkennen. Dieser Konsumtyp konsumiert jedoch nicht exzessiv Alkohol, sondern trinkt nur geringe Mengen, um den Pegel aufrechtzuerhalten. Als letzten Konsumtyp bezeichnet Jellinek den Epsilon-trinker (Episodentrinker), welcher sich dadurch auszeichnet, dass er über einen längeren Zeitraum abstinent bleiben kann, dann aber wieder kurz und exzessiv Alkohol konsumiert.

Auffällig ist, dass Jellinek lediglich den Gamma- und Deltatrinktyp als erkrankt bezeichnet. Da alkoholranke Menschen nicht als homogene Masse anzusehen sind, muss bedacht werden, dass keinesfalls jeder alkoholabhängige Mensch einem der Trinktypen zugeordnet werden kann und man von Misch- und Übergangsformen ausgehen muss. Man hat aus diesem Grund in den vergangenen Jahren weiter nach Differenzierungen der Typologien alkoholabhängigen Trinkverhaltens gesucht (vgl. Feuerlein, 2005).

3. Das deutsche Suchthilfesystem

Die ersten Ansätze für die Behandlung von alkoholkranken Menschen entwickelten sich bereits Mitte des 19. Jahrhunderts in den USA. Die erste Einrichtung wurde 1841 in Boston gegründet. Das erste so genannte „Trinkerasyll“ wurde 1851 errichtet, woraus sich ca. 20 Jahre später die erste „Trinkerheilanstalt“ entwickelte. Insbesondere die Anerkennung des Alkoholismus als Krankheit im Jahre 1968 und der damit verbundenen finanziellen Absicherung durch die Rentenversicherungsträger, stieg die Anzahl stationärer Entwöhnungseinrichtungen bis zum Jahr 2004 auf über 350 mit ca. 30.000 Behandlungen pro Jahr an. Es entwickelte sich ebenfalls ein System von

Fachkliniken unter ärztlicher Leitung, dem weitere Professionen wie Therapeuten, Psychologen und Sozialarbeiter angegliedert sind – dabei fand auch eine Spezialisierung und Professionalisierung der Behandlungs- und Therapieformen statt. Weitere stationäre Einrichtungen sind Entzugs- und Entgiftungsabteilungen in psychiatrischen oder allgemeinen Krankenhäusern und Übergangwohnheime oder therapeutische Wohngemeinschaften. Neben den stationären Behandlungsmöglichkeiten hat sich inzwischen auch ein Netz verschiedener ambulanter Behandlungs- und Hilfseinrichtungen etabliert und beinhaltet Beratungsstellen, Tageskliniken sowie Fachambulanzen. Komplettiert wird das System durch niedrigschwellige Angebote, die die Möglichkeit zum Erstkontakt bieten. Diese sind u. a. Streetwork, Konsumräume und Kontaktläden.

Selbsthilfegruppen spielen insbesondere in der Nachsorge alkoholabhängiger Menschen eine wichtige Rolle und sind ebenfalls fest in das flächendeckende System eingegliedert. „Einen wichtigen Einfluss auf die organisatorische Entwicklung der Versorgung alkoholkranker Menschen ist auch der Psychiatrie-Enquête mit ihrer Forderung nach gemeindenaher Versorgung und den Empfehlungen zur Entwicklung von Kooperationsmodellen in der Suchtkrankenversorgung zuzuschreiben“ (vgl. Groenemeyer, 2012). Von einem Modell der Therapiekette ausgehend sollen in diesem Kontext alkoholabhängige Menschen im Verlauf ihrer Entwicklung und dem Aufenthalt in verschiedenen Einrichtungen der Suchthilfe eine Abstinenz entwickeln - das Modell der Therapiekette, bei dem die Patienten idealerweise alle Institutionen nacheinander und nahtlos durchlaufen, hat sich allerdings in der Praxis als nicht realistisch erwiesen. Deshalb wird heute eher von einem breiten Behandlungsspektrum gesprochen, mit dem den unterschiedlichen Voraussetzungen und individuellen Entwicklungsverläufen jedes Einzelnen eher Rechnung getragen werden soll (vgl. Groenemeyer, 2012).

3. Das deutsche Suchthilfesystem

3.1 Das 4-Säulen-Modell

Das Suchthilfesystem lässt sich anhand des 4-Säulen-Modells zusammenfassend erläutern. Sie bilden zusammen die Grundlage der Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland. Die Erste Säule bildet die Präventionsarbeit, die

das Ziel hat Suchterkrankungen erst gar nicht entstehen zu lassen und frühzeitig zu intervenieren. Suchtprävention ist dabei zielgerichtet und auf wissenschaftlichen Ergebnissen gestützt und leistet somit einen wichtigen Beitrag, die Gesundheit der Bevölkerung zu steigern, die Lebensqualität zu erhöhen und letztlich auch die gesellschaftlichen Kosten gering zu halten. Insbesondere in Bezug auf Alkoholismus setzt Prävention an, um die Schäden, die mit dem Substanzmissbrauch einhergehen, zu verringern und muss ein zentraler Bestandteil einer ganzheitlichen Sucht- und Drogenpolitik sein. Man kann die Präventionsarbeit als eine der „jüngsten Säulen“ des Suchthilfesystems betrachten, da erstmalig im Jahre 1990 die Suchtprävention in Deutschland im Rauschmittelbekämpfungsplan festgelegt wurde, gefolgt von ihrer Implementierung im Aktionsplan Sucht und Drogen 2003 und letztlich ihrer Manifestierung im Jahre 2012 in der nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik als wichtiges Element einer umfassenden Suchthilfearbeit. In der modernen Suchtprävention existieren mehrere zentrale Zielsetzungen, bei denen die Minderung von vorzeitigen Todesfällen, Krankheiten und sonstigen Problemlagen im Vordergrund steht (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2017). Dabei fungiert die Suchtprävention auf verschiedenen Ebenen. Neben Präventionsarbeit in Werbekampagnen findet sie insbesondere gerichtet auf relevante Zielgruppen statt: Kinder und Jugendliche in Familie, Schule und Freizeit; Erwachsene Menschen im häuslichen Umfeld, dem Arbeitsplatz und im Freizeitbereich, oder Multiplikatoren und Kooperationspartner, um sie für eine tragfähige Zusammenarbeit zu gewinnen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Prävention, die sich mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche beschäftigt, da der Einstieg in den Drogen- und Suchtmittelkonsum oft bereits in der Pubertät erfolgt. Bekannte Präventionsprojekte im Kontext Alkoholismus sind „HaLT“⁴ oder „Alkohol? Kenn dein Limit“⁵. Die zweite Säule bilden Beratungs- und Behandlungsangebote sowie die Rehabilitation, um eine Suchterkrankung frühzeitig zu behandeln und die Integration in die Gesellschaft durch Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Entgiftungen, Therapien, Nachsorgeprogramme, ambulante & stationäre Therapien und teilstationäre

⁴ HaLT „Hart am Limit“ ist ein Projekt zur Prävention und Frühintervention bei Jugendlichen Rauschtrinkern (vgl. KPRd, 2017).

⁵ Aufklärungskampagne über Alkoholmissbrauch der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für Jugendliche (vgl. BZgA, 2017).

Angebote zu gewährleisten. Es kommen insbesondere Maßnahmen der Beratung, Behandlung und Rehabilitation zum Einsatz, wenn eine Suchterkrankung oder ein hochriskantes, gesundheitsschädigendes Konsummuster bereits manifestiert ist. Auffällig ist, dass nur etwa 5-10 % aller alkoholabhängigen Menschen in Behandlung sind. Gerade deshalb ist es ein wichtiges Anliegen der Drogen- und Suchtpolitik, den Zugang zu den Angeboten der Suchthilfe zu erleichtern. Vor allem Kontaktläden, Beratungstelefone oder sonstige Angebote mit einfachen Zugängen machen die Hilfsangebote leichter zugänglich und verfolgen das Ziel, die betroffenen Menschen zur Aufnahme einer Behandlung zu motivieren. Die so genannten Überlebenshilfen bilden die dritte Säule der Suchthilfe. Die Überlebenshilfe dient – wie der Name es verrät - der Überlebenshilfe von schwerstabhängigen Menschen, um ihr Überleben zu sichern. Dazu zählen Notschlafeinrichtungen, Drogenkonsumräume oder Kontaktläden. Unter anderem können abhängige Menschen illegaler Drogen in den niedrighwelligen Einrichtungen sterile Spritzen und sonstiges Besteck für den Konsum kostenlos erhalten, um HIV- und Hepatitis-Infektionen vorzubeugen. Weiterhin können die Besucher der Einrichtungen dort meist duschen, ihre Wäsche waschen und eine warme Mahlzeit zu sich nehmen und dies zumeist zu einem symbolischen, geringen Beitrag. Die Mitarbeiter der Einrichtungen, meist Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, vermitteln bei Bedarf weitere Hilfen. Konsumräume dienen also in erster Linie dazu, dass zum Beispiel heroinabhängige Menschen unter Aufsicht und in einem geschützten Rahmen konsumieren können. Das Ziel ist dabei, die Menschen an weitere Hilfen heranzuführen, aber auch die öffentliche Sicherheit soll durch die niedrighwelligen Angebote gefördert werden, indem der „offene Konsum“ vermieden und deutlich eingeschränkt wird (vgl. BZgA, 2017). Die letzte und vierte Säule bilden Repression und die Angebotsreduzierung, wobei das Angebot und die Verfügbarkeit von insbesondere illegalen Drogen und sonstigen Rauschmitteln eingeschränkt werden soll. Wer mit illegalen Drogen, die natürlich oder synthetisch hergestellt wurden und im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) aufgelistet sind, handelt, sie erwirbt oder besitzt, macht sich strafbar. Aufgrund dem sich ständig wandelnden Angebot an Drogen ist es notwendig, dass gleichzeitig auch die Gesetzte daran angepasst werden. So wurde zum Beispiel Ecstasy im Jahre 1986 dem BtMG unterstellt. Bei der Bekämpfung der

Drogenkriminalität arbeiten die Polizei der Länder, das Bundeskriminalamt und der Zoll zusammen. Die Strafen, die dem BtMG zugrunde liegen sollen vorrangig der Bekämpfung des Drogenhandels, aber auch der Abschreckung vor dem Konsum dienen (vgl. Sting, 2003).

3. Das deutsche Suchthilfesystem

3.2 Die Rolle des Sozialarbeiters in der Suchtkrankenhilfe

Nachdem bereits die verschiedenen Einrichtungen des Suchthilfesystems aufgezeigt wurden, soll auch auf die Akteure der Suchtkrankenhilfe eingegangen werden.

Die Auswirkungen einer Suchterkrankung sind so vielfältig und in den verschiedensten sozialrechtlichen Leistungsbereichen wiederzufinden, sodass die Suchtkrankenhilfe keiner spezifischen Profession zugeordnet werden kann – sie ist somit ein „professions- und leistungsbereichübergreifendes Schnittstellenmanagement“. Die Sozialarbeit ist jedoch nach wie vor eine der dominierenden Berufsgruppen im Bereich der Hilfen für suchtkranke und suchtgefährdete Menschen. Begründen lässt sich dies mit der Vernetzungsarbeit der Sozialarbeiter, da sie meist für die Erfassung und Analyse der psychosozialen Lebenslagen der Klienten zuständig sind und Kenntnisse in sozialleistungsrechtlichen Ansprüchen besitzen. Sozialarbeiter tragen somit einen Teil dazu bei, Hilfen zur Lösung multifaktorieller Probleme zu leisten und die Klientel angepasst an ihre Individuellen Bedürfnisse im System der Suchtkrankenhilfe zu vernetzen. Weiterhin ist der Sozialarbeiter insbesondere im Bereich der niedrigschwelligen Angebote mit seiner Profession gefragt, da hier andere Zugänge notwendig sind als beispielsweise im hochschwelligen Bereich der medizinischen Rehabilitation. Bereits lange bevor sich die modernen Institutionen der Suchthilfe, wie sie uns heute bekannt sind, entwickelt haben, war es die Aufgabe der so genannten „staatlich beauftragten Gesundheitsfürsorger“ sich um Menschen in sozialen Problemlagen zu kümmern - sie sind die Vorreiter der Profession des Sozialarbeiters. Weiterhin ist das ambulante Beratungsangebot in der Suchthilfe ein ebenfalls dominiertes Arbeitsfeld für Sozialarbeiter, da diese in der Regel die erste Anlaufstelle für die Betroffenen ist. Der Sozialarbeiter hat hier die Aufgabe indikationsentsprechende Hilfen zu identifizieren und zu erschließen. Meistens sind die Beratungsstellen

aus öffentlichen Zuwendungen, wie Kommunal- oder Landesmitteln, aber auch aus Eigenmitteln der überwiegend wohlfahrtsverbandlichen sowie gemeinnützigen Träger finanziert. Dies birgt den Vorteil, dass Beratungsstellen nicht an leistungsrechtliche Zuständigkeiten gebunden sind. In den weiteren Feldern der Sozialarbeit in der Suchthilfe liegen die Zuständigkeiten neben der Beratung und Vermittlung in Therapieangebote weiterhin in der Sicherung der finanziell-materiellen Existenz ihrer Klienten, Sozial- und Versicherungsleistungen für sie zu beantragen und durchzusetzen und sie durch das Suchthilfesystem zu lotsen. Ebenfalls gehört die Durchsetzung von Rechtsansprüchen der betroffenen Personen zu den Aufgaben des Sozialarbeiters (vgl. Abstein, 2012).

4. Der Begriff Co-Abhängigkeit

Die Vorsilbe "co" bringt " [...] die Mitbeteiligung eines anderen in Form einer gemeinsamen Tätigkeit zum Ausdruck", der Begriff "Co-Abhängigkeit" deutet auf eine so genannte "Krankheitsgemeinschaft" hin, an der mehrere beteiligt sind. So sind sowohl der Abhängige als auch der Co-Abhängige zwanghaft an ihr Verhalten gebunden und somit abhängig voneinander (vgl. Aßfalg, 2006). Obwohl keine repräsentativen Studien und Zahlen bezüglich der Betroffenen existieren, stecken schätzungsweise acht Millionen Menschen in Deutschland im Strudel der Co-Abhängigkeit (vgl. dhs, 2016). Weitere Zahlen zur Prävalenz des Phänomens lassen sich zwar finden – woher sie stammen oder auf welcher wissenschaftlichen Studie sie beruhen, ließ sich in den meisten Fällen nicht herausfinden. Dennoch sollen einige Zahlen genannt werden: Kolitzus⁶ (2000, 2004) geht von ca. 8 Mio. co-abhängigen Angehörigen Alkoholabhängiger Menschen aus. Woher diese Zahl stammt wird nicht genannt. Nach dem REITOX-Bericht⁷ aus dem Jahr 2007 leben etwa 2,65 Mio. Kinder in alkoholbelasteten Familien, weiterhin existieren 5-7 Mio. Angehörige, die direkt von der Alkoholabhängigkeit eines Angehörigen betroffen sind (vgl. Flassbeck, 2010). Jede dem alkoholabhängigen Menschen nahestehende Person, leidet in gewisser Weise mit und ist direkt oder indirekt von der Erkrankung der Person

⁶ Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie – Ich befreie mich von meiner Sucht. Hilfen für Angehörige von Suchtkranken, 2007

⁷ Jährlicher Bericht zur Situation vorrangig illegaler Drogen in Deutschland, Bundesministerium für Gesundheit.

betroffen. Co-Abhängigkeit als sozialmedizinisches Konzept ist als solches nicht im Sinne des ICD-10 als eigene Störung oder Krankheit definiert. Dennoch leidet nicht nur der Suchtkranke allein unter der Erkrankung – sie wirkt sich auch auf sein soziales Umfeld aus. Schätzungsweise 11 Millionen Angehörige sind in Deutschland von einer Suchterkrankung mitbetroffen und man kann in diesem Kontext davon sprechen, dass eine Co-Abhängigkeit sich bis zu einer eigenständigen Störung entwickeln kann – auch wenn diese in Deutschland nicht als solche anerkannt wird. Beschäftigt man sich mit der Definition des Begriffes „Co-Abhängigkeit“ wird man feststellen, dass es keine allgemein gültige Definition für den Begriff gibt. Dies könnte auch mit der fehlenden Anerkennung zur eigenständigen Störung bzw. Krankheit zusammenhängen. Bereits im Jahr 1999 gründete sich beim Bundesverband der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe der Arbeitskreis „Angehörige in Sucht-Selbsthilfegruppen“, in dem ein fester Personenkreis aus 13 Frauen mitwirkte, welche in unterschiedlicher Weise in Verbindung mit einer suchtkranken Person standen (vgl. Krasnitzky-Rohrbach, 2004). Einige Definitionsversuche sollen dennoch aufgezeigt werden: Aus ärztlicher-therapeutischer Sicht versteht man unter Co-Abhängigkeit das Verhalten einer Person, die einem Alkoholabhängigen nahesteht und die unter anderem Verantwortung für den Abhängigen übernimmt, sein Trinken entschuldigt oder rechtfertigt und „dem Abhängigen Belastungen abnehmen oder ersparen will“ (vgl. Blaues Kreuz, 2010). Zu Co-Abhängigen können Ehefrauen und -männer, Freunde und Geschwister, Ärzte und Therapeuten, Eltern und Kinder sowie Arbeitskollegen werden. Dabei ist zu betonen, dass eine Person die sich co-abhängig verhält, nicht gemeinsam mit der betroffenen Person trinkt, sondern Verhaltensweisen aufzeigt, die maßgeblich zur Aufrechterhaltung der Suchterkrankung beitragen. Oftmals merken Co-Abhängige nicht, dass sie bereits seit geraumer Zeit in die Abhängigkeitserkrankung der nahestehenden Person miteinbezogen sind (vgl. Aßfalg, 2006). Eine weitere Begriffsdefinition muss in Einbezug der Entstehung des Bewusstseins für die Co-Abhängigkeit in den USA beschrieben werden. Bereits 1939 wurde in einer Veröffentlichung der „Alcoholics Anonymous⁸“ auch auf die Wirkung hingewiesen, die der Alkoholismus

⁸ In den USA entstandene, weltweit agierende Selbsthilfeorganisation zur Bekämpfung von Alkoholismus. Organisiert sind die „AA“ in lokalen Gruppen, die sich regelmäßig mit dem Ziel treffen, gegenseitige Unterstützung in der Abstinenz vom Alkoholkonsum zu erfahren. Alle Mitglieder sind oder waren selbst Alkoholiker (vgl. Anonyme Alkoholiker im deutschsprachigen Raum, 2017).

eines Familienmitglieds auf die anderen hat. Eingebettet ist der Begriff der Co-Abhängigkeit in die Anschauungen und Arbeitsweisen der amerikanischen Suchtkrankenhilfe, die ihren Ursprung hauptsächlich in der Selbsthilfebewegung hat (vgl. Rennert, 2012). Während in den USA inzwischen die Begriffe „co-dependence“ oder „codependency“ verbreitet sind, welche jene Personen beschreiben, die mit einer suchtkranken Person zusammenleben oder eine enge Beziehung mit dieser haben und deren Leben dadurch beeinträchtigt wird. In der amerikanischen Suchtkrankenhilfe bezieht man sich einerseits auf jegliche co-abhängige Verhaltensweisen, die die Suchterkrankung der betroffenen Person unterstützen, andererseits wird die Co-Abhängigkeit aber auch als eigenständige Krankheit anerkannt. Anders stellt sich dies jedoch in Deutschland dar – der Begriff Co-Abhängigkeit ist zwar bekannt und wird im Zusammenhang mit Alkoholismus genannt, er ist dennoch kaum verbreitet und wird überwiegend einseitig betrachtet. Eine der wenigen Definitionen die sich im deutschen Sprachgebrauch finden lassen, ist inzwischen stark veraltet und geht in das Jahr 1986 zurück, als die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen die Zeitschrift „Betroffen“ herausbrachte und Co-Alkoholismus als „die Verhaltensweisen von Bezugspersonen des Alkoholkranken, die geeignet sind, seine süchtige Fehlhaltung zu unterstützen und eine rechtzeitige Behandlung zu verhindern“, beschrieb (dhs, 1968, Nr. 7). Weitere Definitionsversuche beschreiben Co-Abhängigkeit als einen Prozess, der sich genauso lange und allmählich entwickelt wie eine Suchterkrankung, gekennzeichnet durch ein ständiges „Reagierenmüssen“ auf das Verhalten des süchtigen Partners. Dabei wird das gesamte Leben der co-abhängigen Person nach der abhängigen Person und ihrer Sucht ausgerichtet – genauso wie die abhängige Person ihr Leben von der Sucht bestimmen lässt. Damit werden in der Co-Abhängigkeit einige Merkmale erfüllt, die denen einer Suchterkrankung ähneln. Dass co-abhängige Menschen ebenfalls krank sein sollen und eventuell sogar ein Muster existiert, stößt in der Suchtkrankenhilfe jedoch häufig auf Widerstand.

In den folgenden Kapiteln soll Co-Abhängigkeit aus verschiedenen Blickrichtungen beschrieben werden.

4. Der Begriff Co-Abhängigkeit

4.1 Wie sich Co-Abhängigkeit zeigt

Co-abhängige Verhaltensweisen unterscheiden sich im Allgemeinen abhängig davon aus welcher Sichtweise man sie betrachtet. Dieses Kapitel soll als eine Einführung und grober Überblick zu sehen sein, wie sich co-abhängiges Verhalten im Allgemeinen zeigen kann. In den nachfolgenden Kapiteln wird gesondert auf die verschiedenen Personengruppen eingegangen.

Ein Merkmal bei Angehörigen von Alkoholabhängigen ist, dass sie die Situation in ihrer Familie nach außen hin zu verdecken versuchen und sie als eine Art „Familiengeheimnis“ hüten. Gekennzeichnet ist dies oftmals auch davon, dass Betroffene die Suchtkrankheit in ihrer Familie nicht wahr haben wollen, was sich wiederum durch Verdrängungsprozesse zeigt. Weiterhin können insbesondere in der Beziehung zwischen Kind und Elternteil veränderte Rollenverhältnisse eintreten – etwa, wenn Kinder die Rolle eines oder beider Elternteile übernehmen und neben der Versorgung ihrer Eltern noch mit der der Geschwister beschäftigt sind. Nicht selten geraten Familiensysteme aus dem Gleichgewicht. Somit werden co-abhängige Kinder oftmals zur Lösung von Problemen herangezogen, die ihrer eigentlichen Rolle im Familiensystem widersprechen. Je nachdem wie lange sich veränderte Rollenverhältnisse hinziehen, können daraus krankhafte Verhaltensmuster und Beziehungsstörungen resultieren. Weiterhin unterstützen Co-Abhängige ihre suchtkranke, nahestehende Person bis hin zur eigenen Selbstaufgabe, dabei rücken die eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund bis hin zur völligen Unfähigkeit die eigenen Bedürfnisse zu spüren und wahrzunehmen. Ein weiteres, ausschlaggebendes Merkmal co-abhängigen Verhaltens ist die Verantwortung für den Suchtkranken vollkommen zu übernehmen. Das kann bedeuten, dass der Alkohol besorgt wird oder Zuhause vor anderen Personen versteckt wird, dass Angehörige den Arbeitgeber im Namen des Suchtkranken mit Entschuldigungen und Lügen über den wahren Grund des Fehlens zu täuschen versuchen, das Bedürfnis entwickeln, den Konsum des Suchtkranken zu überwachen und zu kontrollieren und machen sich letztlich sogar selbst dafür verantwortlich, wenn die betroffene Person wieder getrunken hat – oder sehen es als eigenen Verdienst wenn sich abstinente Zustände einstellen. Neben Verhaltensweisen, die charakteristisch für Co-Abhängige sind, stellen sich nach

längerer Zeit oftmals auch psychosomatische⁹ Beschwerden ein. Diese können sich in chronischen Kopf- und Rückenschmerzen, einer erhöhten Infektanfälligkeit, Magen-Darm-Beschwerden und Atemproblemen äußern, bis hin zu Depressionen und anderen psychischen Beschwerden und Erschöpfungszuständen (vgl. Krasnitzky-Rohrbach, 2004).

4. Der Begriff Co-Abhängigkeit

4.2 Co-Abhängigkeit in Partnerschaft und Ehe

Lebenspartner sowie Ehepartner von suchtkranken Menschen sind meist die Personen, die ihnen am nächsten stehen. Fengler spricht sogar davon, dass Co-Abhängigkeit Beziehungsstörung und -abhängigkeit zugleich sei: „Co-Abhängige unterstützen ihre Partner bis zur eigenen Selbstaufgabe. Sie sind nicht in der Lage, die Aussichtslosigkeit ihres Verhaltens zu bewerten und sich entsprechend zu verhalten. Co-Abhängigkeit kann soweit führen, dass Co-Abhängige sich selbst nicht mehr fühlen und wahrnehmen – zumindest in der Beziehung zum Süchtigen, oft aber auch darüber hinaus. Co-Abhängigkeit ist also Irrtum, Versäumnis und Verstrickung“ (vgl. Fengler in: Prof. Dr. Franz Stimmer, 2000). Das suchtfördernde Verhalten kann dabei sehr unterschiedlich aussehen. Dennoch sind deutlich drei verschiedene Verhaltensweisen zu erkennen, die sich in Phasen darstellen lassen. In der ersten Phase, der Beschützer- und Erklärer-Phase, wird die Sucht erstmals offensichtlich, deswegen neigen Partner und Ehepartner oftmals dazu, den Suchtkranken immer wieder zu entschuldigen. Die Situation wird verharmlost und die Realität teilweise geleugnet, um das Verhalten des Süchtigen zu erklären und plausibel zu machen. Vor allen Dingen möchten die Angehörigen in dieser Phase meist nur eines: dem – offensichtlich problembelasteten - Familienmitglied helfen. Sie decken ihn beispielsweise vor Verwandten, Freunden oder dem Arbeitgeber, erledigen Aufgaben, die der Süchtige selbst vernachlässigt oder nicht mehr schafft und sorgen auf diese Weise dafür, dass seine Suchterkrankung vor der Öffentlichkeit verborgen bleibt. Der Suchtkranke wird vor den negativen Konsequenzen seiner Sucht bewahrt. In der zweiten Phase, der Kontrollphase, wird den Angehörigen erstmals bewusst, dass trotz ihres Engagements und ihrer Bemühungen der Suchtkranke in seiner

⁹ Unter der Psychosomatik versteht man körperliche Erkrankungen und Beschwerden, die durch psychische Belastungen hervorgerufen werden (vgl. Teischel, 2014).

Abhängigkeit gefangen bleibt – deswegen beginnen sie meist ihn zu kontrollieren. Dies kann direkt geschehen, indem sie mehrfach am Tag überprüfen, wo sich der Suchtkranke aufhält, oder indem sie sein Suchtmittel entfernen, z. B. den Alkohol einfach wegschütten, verstecken etc. bis hin zum Mittrinken, um den suchtkranken Partner vor dem übermäßigen Konsum zu bewahren (vgl. Singerhoff, 2002). Doch die Kontrolle kann auch indirekt ausgeübt werden, indem der Angehörige beginnt, den Suchtkranken mit Liebesentzug zu bestrafen, oder durch Drohungen oder Bitten versucht, den Abhängigen vom Suchtmittelkonsum oder dem süchtigen Verhalten abzuhalten. In der letzten und dritten Phase, die sich Anklage-Phase nennt, haben weder Entschuldigungen, Unterstützen, noch Kontrolle den Abhängigen in seinem Suchtverhalten verändert. Darauf folgt die Anklagephase. Liebe schlägt hier nicht selten in Hass um, der Süchtige wird von der co-abhängigen Person emotional fallengelassen. Doch selbst in dieser Phase gelingt es dem Co-Abhängigen und dem Süchtigen nicht, sich voneinander zu lösen, da beide in einem eingespielten System miteinander verbunden sind. „Jede Veränderung scheint für beide unmöglich zu sein und ist mit massiven emotionalen und mitunter auch materiellen Verlusten auf beiden Seiten verbunden“ (vgl. Flassbeck, 2010).

	Co-Abhängiger	Alkoholabhängiger
Beschützer-Phase	<ul style="list-style-type: none"> • Verteidigt • Schirmt ab • Verharmlost • Entschuldigt • Übersieht • Übernimmt Verantwortung 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtfertigt sich • Verheimlicht • Streitet ab • Überspielt • Sieht keinen Grund sich zu ändern
Kontroll-Phase	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidet Gefährdungssituationen • Schränkt ein • Kontrolliert • Sucht und vernichtet Alkohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerät unter Druck • Fühlt sich schuldig • Zieht sich zurück • Versteckt Alkohol raffinierter • Konsumiert mehr
Anklage-Phase	<ul style="list-style-type: none"> • Kritisiert • Droht • Wird aggressiv • Lehnt weitere Hilfe ab 	<ul style="list-style-type: none"> • Fühlt sich angeklagt • Verteidigt sich • Verspricht Besserung und Behandlung

Abb. 3: Co-Abhängigkeit in Phasen

Bei Ehepartnern entsteht nicht selten aus der Not heraus, das Familienleben finanziell und/oder sozial aufrecht zu erhalten, insbesondere wenn Kinder involviert sind. Was zunächst noch als Hilfsbereitschaft und Loyalität einem Angehörigen gegenüber zu verstehen ist und sich auch in vielerlei Hinsicht mit dem Eheversprechen und dem partnerschaftlichen Unterstützen erklären lässt, entgleitet bei vielen Co-Abhängigen jedoch rasch zu einem realitätsverkennenden, zwanghaften Muster. Den „Schein zu wahren“, wie z. B. vor den Nachbarn, vor Freunden, aber auch vor Arbeitgebern und „offiziellen Personen“ (wie Gerichtsvollziehern oder der Polizei) steht oftmals an erster Stelle – einen möglichst „normalen“ Eindruck zu hinterlassen (vgl. Gross, 2016). Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass sich die Partner eines Suchtkranken als Co-Abhängige in einem ambivalenten Verhältnis zu der Person befinden, in dem sie verschiedene Stadien und Gefühlslagen durchleben und von einem Extrem in das nächste gelangen. Co-Abhängige sind demnach gleichzeitig Unterstützer und Leidtragende der Sucht. Ohne sich dessen bewusst zu sein, geraten sie in einen Teufelskreis, aus dem sie ohne fremde Hilfe nur schwer wieder herauskommen. Jens Flassbeck erarbeitete eine Gegenüberstellung co-abhängiger und süchtiger Symptome des (Co-)Abhängigkeitssyndroms (Abb. 4), aus der deutlich wird, dass beide Parteien in einer Wechselwirkung zueinanderstehen und sich die Verhaltensweisen gegenseitig beeinflussen.

Co-Abhängigkeit	Alkoholsucht
Abhängigkeitsspezifische Symptome	
Eingenommen sein 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 völligen Selbstaufgabe	Vernachlässigung anderer Vergnügen 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

Abb. 4: Abhängigkeitsspezifische Symptome

4.2 Co-Abhängigkeit in Partnerschaft und Ehe

4.2.1 Geschlechtsspezifische Aspekte der Co-Abhängigkeit

Nachdem aufgezeigt wurde, wie sich Co-Abhängigkeit in Partnerschaft und Ehe zeigt, stellte sich die Frage, ob sich hinsichtlich der co-abhängigen Handlungen sowie der Prävalenz Unterschiede bei Frauen bzw. Männern zeigen. Es existieren jedoch keine repräsentativen Forschungen dazu, wie hoch beispielsweise der Anteil der co-abhängigen Frauen ist. Man nimmt dennoch an, dass ca. 90% derjenigen, die fachlichen Rat suchen, Frauen sind (vgl. dhs, 2005). Von allen Frauen, die mit einem suchtkranken Partner zusammenleben, bleiben ca. 90% bei ihrem Partner – in der Suchtforschung wird deshalb vermehrt die Frage gestellt, ob Co-Abhängigkeit eine spezifisch weibliche Form der Abhängigkeit ist oder ob co-abhängige Verhaltensmuster mit dem weiblichen Rollenverhalten in Zusammenhang stehen könnten. Je nachdem, ob Co-Abhängigkeit bei Frauen im gesellschaftlichen Kontext oder in der individuellen Betrachtung der Person gesehen wird, sind dennoch Verhaltensmerkmale zu verzeichnen, die insbesondere co-abhängige Frauen zeigen. Sie sind oft nicht in der Lage „Nein“ zu sagen und haben Schwierigkeiten sich von anderen abzugrenzen. Sie neigen dazu, sich in Beziehungen durch Selbstlosigkeit abhängig zu verhalten, was aus einer Verlustangst resultiert. Der Grund für solche Verlustängste kann ein mangelndes Selbstwertgefühl sein, was sie wiederum durch verstärkte Hilfeleistungen und „Sich-unentbehrlich-machen“ versuchen zu kompensieren. Oftmals haben co-abhängige Frauen Schwierigkeiten mit Grenzen, Nähe und Vertrauen und ersetzen dies durch übermäßige Kontrolle ihres suchtkranken Partners (vgl. Singerhoff, 2002). Es lassen sich zusammenfassend also auch hier Verhaltensweisen erkennen, die im Einzelnen kein co-abhängiges Verhalten darstellen – dennoch könnte dies darauf schließen, dass die Emotionalität der Frau ein auslösender Faktor sein kann, um co-abhängig zu werden. „Aufgrund ihrer geschlechtsspezifischen Sozialisation bzw. sozialer Erwartungen sind Frauen durchaus Prädisponentinnen für Co-Abhängigkeit“ (vgl. Waldhelm-Auer, 2016). Co-Abhängigkeit bei Männern hingegen kommt weitaus seltener vor. Das lässt sich auch damit begründen, dass der abhängige Mann keinem gesellschaftlichen Ideal entspricht, sondern ihm widerspricht. Bindung, Beziehung und Abhängigkeit werden eher dem weiblichen Geschlecht zugeordnet – Autonomie und Distanz

hingegen dem männlichen Geschlecht. Auch ohne gesellschaftstypische Betrachtung ist es seltener, dass Männer gegenüber ihrer Partnerin eine Helferrolle einnehmen. Beziehungen, in denen die Frau suchtkrank ist, scheitern in der Regel schneller als andersherum. Auch hier spielen gesellschaftstypische Stereotype eine nicht geringe Rolle. Frauen, deren Suchtverhalten dem weiblichen Rollenmuster ganz und gar widerspricht, so wie es etwa bei der Alkoholabhängigkeit der Fall ist, werden schneller verlassen und leben häufiger alleine als zum Beispiel ess-Süchtige oder medikamentenabhängige Frauen. Dennoch werden Männer, die sich in einer co-abhängigen Rolle befinden gleichermaßen beeinträchtigt und durchlaufen die gleichen oder ähnlichen charakteristischen Verhaltensmuster wie Frauen (vgl. Singerhoff, 2002).

4. Der Begriff Co-Abhängigkeit

4.3 Co-Abhängigkeit in der Eltern-Kind-Beziehung

In systemisch¹⁰ orientierten familientherapeutischen Sichtweisen wird die Familie als ein Organismus betrachtet, der aus mehreren miteinander verbundenen Teilen besteht und sich dabei selbst reguliert und immer wieder ins Gleichgewicht bringt. Ein klassisches Beispiel zur Veranschaulichung dieser systemischen Sichtweise, ist der Vergleich mit einem Mobile – gerät ein einziges Teil des Systems unter Druck oder aus dem Gleichgewicht, so setzt sich das Ganze in Bewegung, bis das Konstrukt zu einem neuen Gleichgewicht gefunden hat, beziehungsweise Stabilität zurückerlangt hat. Übertragbar ist dies auch auf die Familien von Suchtkranken – das System strebt immer wieder nach Balance. Die Suchterkrankung eines Familienmitglieds und die damit verbundenen Folgen lösen eine Kette von Aktionen und Reaktionen aus von bisher unbekanntem Ausmaß, in deren Ablauf eine erneute Balance gefunden werden muss. Es handelt sich hier um ein an die Suchterkrankung angepasstes Gleichgewicht. Diese neue, bisher unbekannte Balance ist jedoch mit einer hohen Belastung für alle Familienmitglieder verbunden, die dann wiederum Krankheitsprozesse, wie die Co-Abhängigkeit, auslösen kann. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass dies

¹⁰ Die systemische Betrachtungsweise ist ein auf Systemtheorien beruhender Ansatz, der seit den 1980er Jahren als Gegenstück zum linearen Ansatz gesehen werden kann, der an die Persönlichkeitstheorie nach Freud angelehnt war. In systemischen Ansätzen wird das soziale Umfeld miteinbezogen. Grundlegend ist die ganzheitliche Betrachtung der Lebenswelt einzelner Personen (vgl. Lindemann, 2006).

nicht zu verallgemeinern ist, es existieren durchaus Familiensysteme, in denen eine solche Entwicklung süchtigen Verhaltens eines Familienmitglieds frühzeitig verhindert werden kann, bevor die Familie aus dem Gleichgewicht gerät – etwa durch die frühzeitige Aufsuche von professioneller Hilfe. Dennoch ist inzwischen bekannt, dass Familienmitglieder eines suchtkranken Menschen einen Veränderungsprozess durchlaufen, dessen Phasen mit denen der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung zu vergleichen sind (vgl. Rennert, 2012). Die Familienmitglieder, wie Eltern, Kinder oder Geschwister sind in zweifacher Hinsicht von der Suchterkrankung betroffen: Zum einen werden sie mit den Folgen und Auswirkungen der Suchterkrankung konfrontiert, zum anderen tragen sie entscheidend zur Aufrechterhaltung der Sucht bei. Bedingt durch die Erkrankung, verliert der Alkoholabhängige im Laufe der Zeit seinen Arbeitsplatz und bringt somit die ganze Familie in Schwierigkeiten. Meist versucht dann der nicht an der Erkrankung Leidende die gesamte familiäre Situation zu retten, indem er sich um den Erhalt der Familie kümmert. Diese Situation führt zu einem Rollenwechsel unter den Familienmitgliedern und es stellen sich allmählich co-abhängige Verhaltensweisen ein (vgl. dhs, 2016).

4.3 Co-Abhängigkeit in der Eltern-Kind-Beziehung

4.3.1 Co-abhängige Kinder suchtkranker Eltern

Kinder mit mindestens einem suchtkranken Elternteil sind bisweilen die Personengruppe, der in der Thematik die meiste Relevanz zugeschrieben wurde. Dies spiegelte sich auch bei der Sichtung des vorhandenen Materials wieder. „Die Kinder merken schon nichts, die sind noch viel zu klein!“¹¹ Diese Auslegung vieler Eltern ist ein Irrglaube, denn selbst Kleinkinder sind in der Lage zu bemerken, dass etwas nicht stimmt. Auch wenn sie es noch nicht einordnen oder zum Ausdruck bringen können - bemerken werden sie, dass in der Familie Probleme vorherrschen. Man geht davon aus, dass in Deutschland etwa 2,6 Millionen Kinder und Jugendliche dauerhaft oder zeitweise von der Alkoholabhängigkeit mindestens eines Elternteils betroffen sind (vgl. dhs, 2017). Die Forschung umfasst auf diesem Themengebiet beinahe ausschließlich die psychosozialen Auswirkungen für die Entwicklung von Kindern aus suchtkranken

¹¹ Dieses Zitat entstammt keiner wissenschaftlichen Quelle, sondern resultiert auf meiner Erfahrung in der Suchtkrankenhilfe und der Arbeit mit alkoholabhängigen Eltern.

Familien. Inwieweit sie jedoch auch co-abhängig werden können wurde bislang kaum untersucht. In Familien von Suchtkranken existieren dennoch weitere charakteristische Rollen, die insbesondere die Kinder der Familie betreffen. Obwohl auch hier nur wenige empirische Untersuchungen existieren, wie atypisch diese Rollen sind, wurden diese bereits von Wegscheider-Cruse¹² 1984 beschrieben und sind bis heute in der klinischen Praxis zu finden. Es werden dabei drei unterschiedliche Muster benannt. Diese sind die Rolle des Familienhelds und des Sündenbocks, des verlorenen Kindes und die Rolle des Maskottchens. Nach Monika Rennert entsteht jede dieser Rollen aus einer spezifisch belastenden und schmerzlichen Situation für das Kind und weist eigene Symptome auf, bringt einen spezifischen Gewinn für das Kind als auch für das alkoholabhängige Familienmitglied und die gesamte Familie mit sich – fordert schließlich aber auch Konsequenzen für die gesamte Familie. Die Übernahme des Kindes einer dieser Rollen stellt kein kalkuliertes Verhalten dar, sondern es verläuft auch hier ein schleicher und für das Kind unmerklicher Prozess, wie dieser bereits in den vorausgehenden Kapiteln beschrieben wurde. Ausgelöst wird das Einnehmen eine dieser Rollen meist durch einen Abwehrmechanismus, um mit der belastenden Familiensituation umgehen zu können. Bei Kindern bilden sich die Merkmale der jeweiligen Rolle meist erst im Laufe der vergangenen Jahre aus und werden zu persönlichen Charakteristika der Heranwachsenden oder auch inzwischen erwachsenen Person, die ihnen meist auch dann noch eigen sind, wenn das alkoholabhängige Elternteil nicht mehr trinkt. Die Beschreibung der einzelnen Rollen ist unter dem Aspekt zu sehen, dass sie keinesfalls eine kausale Analyse darstellen sollen. Das in den einzelnen Rollen beschriebene Verhalten entwickelt sich in einer Interaktion und kann Aspekte mehrere Rollen vereinen, in denen verschiedene Verhaltensmuster mehr oder weniger ausgeprägt sein können. Weiterhin spielt auch das Verhalten der anderen Familienmitglieder in die Entwicklung des Rollenverhaltens der Kinder hinein, weswegen die beschriebenen Rollen im Zusammenhang des gesamten Familiensystems zu sehen sind.

¹² Sharon Wegscheider-Cruse beschrieb als amerikanische Autorin und Familientherapeutin bereits in den 1980er Jahren die co-abhängigen Rollen von Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Ihre bekanntesten Publikationen sind "Another Chance - hope and health for the alcoholic family", sowie "Understanding Co-Dependency". Auf Ihre Veröffentlichungen beziehen sich die meisten Publikationen in der modernen Suchtliteratur (vgl. Rennert, 2012).

Die Rolle des Helden oder der Heldin entwickelt sich meist bei Kindern, die in der Familie noch weitere Geschwister haben und das erstgeborene Kind waren – allein die Position des Erstgeborenen verleiht dem Kind das Gefühl in der Familie eine besondere Stellung zu haben, etwas Besonderes zu sein. Der Held ist somit prädestiniert im Verlaufe einer Abhängigkeitserkrankung eines Elternteils co-abhängig zu werden. Der Held sorgt dafür, dass die Familie einen Anlass zur Freude, Hoffnung und Stolz hat und wird zur „Quelle des Selbstwertgefühls“ der anderen. Nach außen hin wirkt die Rolle des Helden bewundernswert, denn er wird für sein ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein und die Fürsorglichkeit geschätzt. Nach Wegscheider-Cruse wird das Ausmaß der Heldenrolle erst auf den zweiten Blick sichtbar. Das Kind hat sein Leben einer schier unmöglichen Aufgabe gewidmet – es träumt davon, seine Familie retten zu können und glaubt mit übertriebener Anstrengung könne ihm dies gelingen. Durch seine übermäßige Hingabe, insbesondere in Bezug darauf das suchtkranke Elternteil zu unterstützen, ist der Held meist sehr eng mit ihm verbunden, dabei scheint er für seine Bemühungen belohnt zu werden. Doch schließlich werden die Bemühungen des Kindes nicht ausreichen, die Probleme der Familie zu lösen, da es unter dem ständigen Druck leidet, alles „perfekt“ machen zu müssen und entwickelt Versagensängste und Schuldgefühle, sollte er seiner Rolle nicht gerecht werden. Obwohl er nach außen hin stark und für seine eigentliche Rolle als Kind sehr erwachsen wirkt, ist er im inneren einsam und hat Probleme damit den Fokus auf andere Dinge zu richten. Dies kann sich im Erwachsenenalter in verstärktem Perfektionismus sowie Kontrollzwang zeigen und in dem Drang immer alles alleine schaffen zu müssen – verbunden mit ständig vorhandenen Verlustängsten.

Die Rolle des Sündenbocks ist häufig bei zweitgeborenen Kindern zu sehen. Die Rolle des Helden ist bereits besetzt, sodass das zweitgeborene Kind eine zu dem Helden komplementäre Rolle einnimmt, indem es negative Aufmerksamkeit auf sich zieht. Während der Held sich stets um die Probleme des abhängigen Elternteils bemüht, scheint der Sündenbock sich darum nicht zu kümmern. Auch hier existiert eine Kehrseite, die von außen meist nicht wahrgenommen wird, denn das Kind leidet sehr unter der Situation in der es sich befindet: Es erhält zu wenig Aufmerksamkeit und Zuwendung. Seine Co-Abhängigkeit zeigt sich darin, dass das Kind versucht das Gleichgewicht in der Familie wiederherzustellen,

indem es von der Abhängigkeit des Elternteils abzulenken versucht, während es sich selbst als den Übeltäter anbietet. Zeigen wird sich dies in ausagierendem Verhalten des Sündenbocks, wie zum Beispiel aggressive, feindselige oder risikobereite Taten, der Anschluss zu radikalen Gruppierungen oder der übermäßige Konsum von Alkohol oder Drogen. Der aufrechterhaltende Faktor für die Abhängigkeit des Elternteils besteht hier darin, dass der Fokus nicht mehr auf der Erkrankung liegt, sondern auf dem Verhalten des Sündenbocks und die Sucht somit unweigerlich ihren Lauf nehmen kann. Eine weitere Rolle wird als die des „verlorenen Kindes“ beschrieben, die davon charakterisiert ist, überhaupt nicht aufzufallen – es handelt sich weder Lob noch Ärger ein, es nimmt keinerlei Zeit in Anspruch. Sein Verhalten wird von Wegscheider-Cruse als geradezu apathisch beschrieben, da es weder eine Meinung besitzt noch Konfrontationen wagt und sich stets schüchtern und ruhig verhält. Es kümmert sich selbstständig um seine Belange und beschäftigt sich meist alleine. Das verlorene Kind scheut Konflikte und übt sich in sozialem Rückzug. Es stellt sich an dieser Stelle die Frage, wo sich hier das co-abhängige Verhalten zeigen mag. Die Familie belohnt das Kind meist mit Vertrauen und Zustimmung, sodass es ungewollt alle in der Familie durch die Suchterkrankung entstandenen Rollen bestärkt und unterstützt. Die Folgen im Erwachsenenalter sind hier meist besonders stark ausgeprägt. Verlorene Kinder leiden unter einem sehr geringen Selbstwertgefühl, neigen dazu krankhafte Essgewohnheiten zu entwickeln, da sie darin oft die einzige Möglichkeit sehen, Aufmerksamkeit zu erlangen.

Die Rolle des Maskottchens ist dadurch bestimmt, dass alle anderen Familienmitglieder so sehr mit ihren Rollen beschäftigt sind, dass sich das Maskottchen - als meist jüngstes Mitglied der Familie - alleine und hilflos fühlt. Es wurde zudem schon in die Situation hineingeboren und spielt die Rolle des Familienclowns. Seine Aufgabe besteht darin, Spaß und Stimmung in den suchtbelasteten Alltag der Familie zu bringen. Es versucht insbesondere in angespannten Situationen durch übertriebenen Humor die Stimmung aufzuhellen und von der Spannung abzulenken. Dem Maskottchen wird meist nicht alles erzählt, da die restlichen Familienmitglieder das jüngste Kind wahren wollen und es versuchen zu beschützen. Was meist vergessen wird ist, dass auch kleine Kinder in der Lage sind, Spannungen zu erkennen und Ärger, Zorn oder auch Ängste und Sorgen wahrzunehmen. Das Maskottchen muss im Inneren mit der

Ungewissheit leben, dass es nicht genau weiß, was genau in der Familie vorgeht. Es muss mit einem hohen Maß an Angst fertig werden und entwickelt sich im Verlauf zu einer Person, die andere manipuliert. Es verharrt absichtlich in der Rolle des „Babys“, um einen Profit daraus zu ziehen. Diese Rolle ist jedoch mit erheblichen seelischen Schäden verbunden, da das Kind nie gelernt hat erwachsen zu werden und Gefühle zu zeigen. Die einzigen Taktiken, die es gelernt hat, sind Ablenkung und Vermeidung. Auch dieses Verhalten kann das alkoholranke Elternteil in der Entwicklung seiner Suchterkrankung beeinflussen. Es ist zusammenfassend zu erwähnen, dass die Verhaltensweisen von betroffenen Kindern nicht exakt einer Rolle zuzuordnen sind, sie können sich auch nach einiger Zeit verändern oder es werden verschiedene Aspekte aus mehreren Rollen in einer vereint. Auch ausschlaggebende Ereignisse innerhalb der Familie, wie Tod, Veränderung des Suchtverlaufs, Krankheiten etc. können das Rollenverhalten beeinflussen (vgl. Rennert, 2012). Gross spricht in diesem Kontext davon, dass Kinder im Laufe ihrer psychischen Entwicklung in co-abhängige Verhaltensmuster hineinwachsen und eine co-abhängige Charakterstruktur entwickeln. Kinder unterliegen anders als Erwachsene „unausgesprochenen Familienregeln“, denen sie meist seit ihrer Geburt ausgesetzt sind: „sprich nicht über die Sucht“; vertraue auf nichts und niemanden“; „empfinde nichts und zeige keine Gefühle“. Mit diesen Regeln unterstützt das gesamte Familiensystem die Suchterkrankung weiter, weil niemand es wagt das Problem anzusprechen. Auch Gross bezieht sich hier auf die Rollenmuster nach Wegscheider-Cruse, die Kinder unbemerkt einnehmen (vgl. Gross, 2016).

4.3 Co-Abhängigkeit in der Eltern-Kind-Beziehung

4.3.2 Co-abhängige Eltern suchtkranker Kinder

Im Gegensatz zu den Rollenmustern, die bei Kindern zu erkennen sind, besteht die Kooperation auf Seiten der Eltern oftmals darin, dass sie ihrem suchtkranken Kind Geld überlassen, mit dem die Sucht finanziert werden kann. Rationalisieren und Akzeptieren findet sich hier ebenfalls wieder in der Überzeugung, das jeweilige Rauschmittel sei „sicherer“ oder „ungefährlicher“ als andere sowie, dass die Droge aufgrund der psychischen Verfassung des Kindes notwendig sei. Ebenso lassen sich hier ähnliche Muster erkennen, wie bei Partnern

suchtkranker Menschen – die Mutter ruft in der Schule an, um den Sohn zu entschuldigen, zahlt seine Geldbußen für Schwarzfahren etc. Insbesondere in Familien von alkoholabhängigen Jugendlichen ist das Selbstwertgefühl der Eltern betroffen, da ihnen ein Versagen in der Erziehung vorgeworfen wird und sie den Grund für die Abhängigkeit des Kindes bei sich selbst suchen. Dies betrifft zwar beide Elternteile – in der Regel sind jedoch auch hier eher die Mütter betroffen. Wie bereits in Kapitel 4.2.1 erwähnt, ist die Mutter in ihrer Rolle für das Kind sorgen zu müssen gefangen und setzt sich deshalb auch meist mehr unter Druck. Ebenso haben Eltern – im Gegensatz zu Partnern – nie eine Wahl gehabt, mit dem alkoholabhängigen Kind zu leben und leben somit in dem ständigen Bewusstsein, als Eltern kein Recht auf Trennung vom Kind zu haben. Eltern flüchten sich dabei häufig in den Gedanken, sich nur richtig verhalten zu müssen, dann lässt das Kind den Alkoholkonsum schon sein. Sie glauben es stünde in ihrer Macht, das Kind dazu zu bewegen, den Alkoholkonsum zu unterlassen. Eltern unterliegen in der Rolle als Co-Abhängige also unterschiedlichen Dimensionen: einerseits unterliegen sie einem gesellschaftlichen Druck, verantwortungsbewusst und pflichtbewusst für das Kind zu handeln, andererseits befürchten sie ihr Kind verlieren zu können und halten deshalb an dieser bedrohten Beziehung fest (vgl. Rennert, 2012).¹³

4. Der Begriff Co-Abhängigkeit

4.4 Das suchtfördernde Verhalten und die Rolle der „Enabler“

In suchtblasteten Familien existiert meist ein Mitglied, welches besonders unter der Situation leidet und mit besonderen Verhaltensweisen reagiert, die die sich vor allem darauf konzentrieren, den Konsum und die Abhängigkeitsentwicklung erst recht zu fördern und zu stabilisieren. Diese Person wird in der amerikanischen Suchtkrankenhilfe und Literatur seit den frühen 1980er Jahren als „primary enabler“¹⁴ bezeichnet, oder auch als „chief enabler“¹⁵. In Deutschland existiert jedoch weder eine gesonderte Bezeichnung zur Rolle des Co-Abhängigen „Enablers“ noch eine Übersetzung des Wortes.

¹³ Eine umfassende Darstellung der Thematik „Co-abhängige Eltern suchtkranker Kinder“ kann dem Kapitel 5.2.2 entnommen werden, in dem die Selbsthilfegruppe für Eltern suchtgefährdeter und suchtmittelabhängiger Kinder vorgestellt wird.

¹⁴ Johnson Institute 1979

¹⁵ Wegscheider-Cruse 1984

Aus der Bezeichnung „Enabler“ lässt sich das Wort „ermöglichen“ erschließen, was die Funktion der Person auch gut beschreibt. Enabler sind Personen, die eine Entwicklung zur Abhängigkeit ermöglichen und begünstigen, dies geschieht jedoch nicht bewusst oder aus einem bestimmten Motiv – die Enabler machen sich „sukzessiv“ zum Komplizen der Sucht. Häufig ist der Enabler eine Person, die dem Suchtkranken emotional sehr nahesteht – in Lebensgemeinschaften ist es oftmals die oder der Partner bzw. die Ehefrau, der Ehemann. Dennoch kann der Enabler auch ein Freund sein oder das Kind des Abhängigen. Ist beispielsweise ein Kind suchtkrank, wird die Enabler-Rolle von einem Elternteil übernommen, das dem Kind am nächsten steht – es können aber auch beide Elternteile gleichsam sein. In der Literatur werden sechs verschiedene Varianten der Enabler-Rolle beschrieben, die voneinander abgegrenzt werden können. Obwohl mehrere Verhaltensweisen von dem Enabler gleichzeitig praktiziert werden können, ist oftmals ein Aspekt besonders vorherrschend: *Vermeiden und Beschützen*. Damit ist jegliches Verhalten des Enablers gemeint, mit dem er den Suchtkranken oder auch sich selbst davor bewahrt, das volle Ausmaß und die negativen Konsequenzen des Alkoholkonsums wahrnehmen zu müssen. Dazu gehört den Suchtkranken während besonders gravierenden Konsumphasen vor sozialen Kontakten zu schützen, ihn vor erneuten Krisen zu wahren, damit er sich keiner Therapie unterziehen muss, ihn vor Freunden, Arbeitgeber, Familie oder Nachbarn leugnen und decken. Weiterhin charakteristisch sind Versuche, den Substanzkonsum des Abhängigen zu kontrollieren, indem der Enabler Alkohol kauft oder auch versteckt, beim Konsum anwesend ist und diesen überwacht, mit Androhung von Gewalt oder auch sich selbst etwas anzutun, um den Abhängigen zum Aufhören zu bewegen, bis hin zur Aufgabe eigener Verpflichtungen, um sich vollkommen der Kontrolle des Konsums zu widmen. Im weiteren Verlauf übernimmt der Enabler immer mehr *Verantwortlichkeit* für den Suchtkranken, indem er ihn immer wieder an Verpflichtungen erinnert oder diese für ihn erledigt, Rechnungen des Anderen mit dem eigenen Geld bezahlt oder Probleme für ihn beseitigt. Schließlich beginnen Enabler mit dem *Rationalisieren und Akzeptieren*. In diesem Stadium vermittelt sich der Enabler selbst die Überzeugung, dass der Konsum von Alkohol gar nicht schlimm sei im Gegensatz zu beispielsweise anderen Drogen. Der Enabler rationalisiert die Überzeugung, dass der Alkoholkonsum dem Anderen bei bestimmten Dingen hilft, zum Beispiel über Probleme

hinwegzukommen oder dabei sich besser zu fühlen. Der Enabler beginnt außerdem die körperlichen Beschwerden, wie zum Beispiel Entzugssymptome, mit Medikamenten zu stillen. Schließlich beginnt der Enabler auch mit der *Kooperation* sowie *Kollaboration*. Dabei unterstützt er den Suchtkranken beim Konsum, wählt mit ihm den Alkohol aus – passend zur aktuellen Verfassung, unterstützt ihn mit Geld, um den Konsum zu finanzieren, bis hin zu kriminellen Handlungen, die die Beschaffung des Suchtmittels betreffen. Hier wird der Enabler ganz besonders unfreiwillig zum direkten Komplizen des Alkoholabhängigen – obwohl er ihm eigentlich nur helfen wollte. Eine letzte typische Verhaltensweise lässt sich mit „*Retten und sich nützlich machen*“ beschreiben. Hierzu zählt auch das Überprüfen der Vorräte, das Abholen aus der „Kneipe“, das Warten bis der Partner Zuhause ist, das aufputzen von Erbrochenem sowie Erste Hilfe bei Entzugerscheinungen, wie Krampfanfällen (vgl. Rennert, 2012). Obwohl alle beschriebenen Handlungen suchtfördernd sind, sind sich die Enabler dessen nicht bewusst. Rennert beschreibt die vielen täglichen Hilfestellungen, die dazu beitragen, dass die Suchterkrankung immer weiter vorangetrieben wird, unter normalen Umständen als eine Hilfestellung für eine in Not geratene Person. Die Enabler handeln oft aus Liebe und Loyalität heraus, die im weiteren Verlauf auch in eine Angst vor den negativen Konsequenzen umschlagen kann, sobald die abhängige Person nicht mehr unterstützt wird. Charakteristisch für die Enabler sind verzerrte Wahrnehmungen der Realität sowie ein zwanghaftes Muster, das sich im Verlauf der Erkrankung einstellt. Wegscheider-Cruse betont, dass Co-Abhängige sich meist erst in diesem veränderten Stadium – als Enabler – professionelle Hilfe suchen.

4. Der Begriff Co-Abhängigkeit

4.5 Co-Abhängigkeit am Arbeitsplatz – betriebliche Sozialarbeit

Neben der Co-Abhängigkeit im familiären Kontext besteht ebenso auf dem Arbeitsplatz die Möglichkeit, dass Arbeitskollegen oder Vorgesetzte von der Suchterkrankung eines Arbeitnehmers betroffen sind. Man geht davon aus, dass ca. 5% aller Angestellten in Unternehmen alkoholabhängig sind, in Führungspositionen sind es sogar 25%. Amerikanische Studien haben dabei ergeben, dass Arbeitnehmer unter Alkoholeinfluss ca. 25% weniger Leistung

erbringen können. Fehlzeiten, Erkrankungen, Arbeitsunfälle und eine geringere Arbeitsleistung sind für den Arbeitgeber sowie für die Gesellschaft mit hohen Kosten verbunden. Dabei können auch Arbeitskollegen und Vorgesetzte zu Co-Abhängigen oder Enablern werden. Besonders jene gelten als gefährdet, die in ihrem familiären oder weiteren Umfeld schon einmal mit einer suchtkranken Person in Berührung gekommen sind und somit eine erhöhte Sensibilität gegenüber suchtkranken Menschen haben. Dies zeigt sich etwa dann, wenn Arbeitskollegen beginnen die Arbeit des Alkoholabhängigen zu erledigen, damit es vor Vorgesetzten nicht auffällt, oder sprechen den Alkoholkonsum auf dem Arbeitsplatz aus Loyalität nicht an und sehen über unvollständig erledigte Arbeit, Zuspätkommen und Fehlzeiten hinweg (vgl. Gross, 2016). Es lassen sich auch hier Muster erkennen, nach denen co-abhängige Arbeitskollegen handeln. Die Arbeitsgemeinschaft der hessischen Handwerkskammern hat 2008 ein umfassendes Dokument zu der Frage herausgegeben, wie mit Alkohol am Arbeitsplatz umgegangen werden kann und geht dabei auch auf die Co-Abhängigkeit als suchstabilisierenden Faktor ein. Auch hier lassen sich drei Phasen erkennen, nach denen Co-Abhängigkeit am Arbeitsplatz verlaufen kann, welche zusammenfassend aufgezeigt werden sollen. In der ersten Beschützer- und Erklärungsphase neigen Vorgesetzte sowie Kollegen dazu, das auffällige Verhalten des Alkoholkranken zu entschuldigen und Erklärungen dafür zu suchen. In dieser Phase sind die Co-Abhängigen bereit, den Betroffenen vor unangenehmen Folgen seiner Abhängigkeit zu schützen und ihn zu decken. Der Vorgesetzte nimmt hier oftmals nicht mehr die Arbeitsleistung des Betroffenen objektiv wahr und stellt unmerklich geringere Arbeitsanforderungen an ihn. Häufig fühlt sich der Vorgesetzte oder Arbeitskollege jetzt für die Alkoholabhängigkeit verantwortlich und beide Parteien haben das Gefühl versagt zu haben, was zu der nächsten Phase, der Kontrollphase führt: Hier versucht der Vorgesetzte oder der Arbeitskollege mittels neuer Auflagen und Kontrollen das Verhalten des Betroffenen zu beeinflussen und zu reglementieren. Es wird vermehrt auf einen pünktlichen Arbeitsbeginn und natürlich darauf geachtet, dass kein Alkohol mehr von dem Betroffenen konsumiert wird. Der erhöhte Druck auf den Betroffenen führt oftmals dazu, dass es unweigerlich zu der Anklagephase kommt, in der es nicht selten zur Androhung oder dem Vollzug einer Kündigung kommt. Da der Alkoholkranke meist Besserung verspricht beginnt der Kreislauf von

vorne. Es wird außerdem darauf hingewiesen, dass in der Unfallverhütungsvorschrift nicht auf ein absolutes Alkoholverbot eingegangen wird und es auch keine Vorschriften dazu gibt, wie der Alkoholkonsum in Betrieben arbeitsrechtlich und organisatorisch geregelt ist. Die Organisation muss also den einzelnen Betrieben selbst überlassen werden (vgl. arge, 2008).

Die betriebliche Sozialarbeit stellt insbesondere bei Alkohol am Arbeitsplatz einen wichtigen Baustein in den Hilfestellungen für Betroffene dar. Nach Stoll schließt die Zielgruppe der betrieblichen Sozialarbeit sämtliche Hierarchieebenen, sowohl die Beschäftigten eines Betriebes mit ihren Angehörigen, als auch die Führungskräfte eines Unternehmens ein. Die betriebliche Sozialarbeit hat es sich zum Ziel gesetzt, auf die Lebenssituation, den Arbeitsplatz und die Mitarbeiterführung einzuwirken. In den Bereichen Sucht und Alkohol am Arbeitsplatz kann die betriebliche Sozialarbeit mit den Instrumenten Beratung, Schulung, Workshops und mit Informationsangeboten arbeiten. Ein weiterer Schritt in der betrieblichen Suchtkrankenhilfe kann die Einrichtung einer Suchtberatungsstelle sein sowie die Thematik „Alkohol am Arbeitsplatz“ offen anzusprechen, um damit sowohl die direkt Betroffenen als auch die involvierten Personen, wie bzw. Co-Abhängige zu erreichen. Gelingt es im Betrieb, insbesondere die „Kontaktpersonen“ zu erreichen, kann dem Alkoholkranken aktiv und wirksam geholfen werden. Er erhält den Anstoß, sich um seine Erkrankung zu kümmern und sich behandeln zu lassen und es werden die co-abhängigen Phasen durchbrochen. Damit kann der Betroffene ermutigt werden, seine Erkrankung anzuerkennen und sich in Therapie zu begeben oder die Abstinenz oder einen adäquaten Umgang mit Alkohol zu erlangen (vgl. Stoll, 2001). Hierbei soll die betriebliche Sozialarbeit jedoch nicht als Instrument genutzt werden, um Betroffene möglichst schnell aus dem Betrieb zu entfernen, sondern Hilfen anzubieten, mit denen sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer arbeiten können. Zum Beispiel können Angebote zu einer beruflichen Wiedereingliederung¹⁶ nach erfolgreich abgeschlossener Therapie wirksam sein,

¹⁶ Stufenweise Wiedereingliederung ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation zur Rückführung von erkrankten Personen nach längerer Arbeitsunfähigkeit. Ziel ist die schrittweise Gewöhnung an die volle Arbeitsbelastung sowie die Erleichterung des Wiedereinstiegs in den alten Beruf (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2016).

um den Betroffenen nicht zu entmutigen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziales, 2016).

4. Der Begriff Co-Abhängigkeit

4.6 Die Folgen der Co-Abhängigkeit

Welche Störungen entwickeln Menschen im Laufe des Zusammenlebens mit einem Suchtkranken? Nachfolgend sollen einige typische Kriterien aufgezeigt werden, die Co-Abhängigkeit als ernstzunehmende Krankheit ausweisen und dafürsprechen, dass Co-Abhängigkeit als anerkannte Krankheit deklariert werden könnte.

Allem voran steht die völlige Selbstaufgabe, gekoppelt mit einem sehr geringen Selbstbewusstsein und der Angst vor dem Alleinsein. Der Co-Abhängige ordnet seine eigenen Bedürfnisse vollkommen denen des Suchtkranken unter und es fällt ihm schwer Grenzen zwischen der eigenen Person und dem Abhängigen zu ziehen. Die eigene Identitätsentwicklung ist bei Co-Abhängigen im Laufe der Zeit „rudimentär“, da sie nicht mehr in der Lage sind sich selbst außerhalb der „Symbiose“ mit dem Alkoholabhängigen zu sehen. Ein weiteres Kriterium ist die völlige Unterdrückung von Emotionen. Wut, Angst, Traurigkeit, Verwirrung, Bitterkeit und Einsamkeit – das sind Gefühle, die in einer suchtkranken Familie meist nicht ausgesprochen werden dürfen. Insbesondere Kinder, die in einer suchtkranken Familie aufgewachsen sind, finden als Erwachsene nur schwer Zugang zu ihren Gefühlen. Die völlige Aufgabe des Selbst sowie die permanente Unterdrückung von Gefühlen zieht nicht selten eine Depression nach sich – diese jedoch zu erkennen würde bedeuten, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, was in Anbetracht der völligen Selbstaufgabe kaum möglich ist. Eine weitere Folge ist die ständige erhöhte Wachsamkeit, in der sich der Co-Abhängige befindet, da er immer befürchtet es könne etwas passieren. Diese stets vorhandene „Alarmbereitschaft“ ist ein Stress-Symptom, welches nicht selten körperliche Beschwerden, wie Magenschmerzen, Kopfschmerzen oder Herz-Kreislauf-Beschwerden nach sich zieht. Massive psychosomatische Beschwerden treten meist dann auf, wenn der Co-Abhängige im weiteren Verlauf der Suchterkrankung nicht mehr in der Lage ist, sich zu entspannen. Die Zwanghaftigkeit das eigene Verhalten stets dem des Suchtkranken anpassen zu

müssen sowie die ständige Angespanntheit, führen nicht selten zu weiteren zwanghaften Verhaltensweisen, wie bzw. zwanghaftem Essen (vgl. Gross, 2016). Bei Frauen, die längere Zeit die Rolle des „Enablers“ eingenommen haben, entwickeln sich aber durchaus auch Stärken und Fähigkeiten, wie das Übernehmen von Verantwortlichkeiten bisweilen unbekanntes Ausmaßes – dennoch verbrauchen sie gleichzeitig ihre Kräfte bis hin zur Erschöpfung und sind mit einer Vielfalt von Sorgen und Lasten beschäftigt (vgl. Rennert, 2012). Laut dem Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe, die in Kooperation mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen ein Projekt zum Thema Co-Abhängigkeit durchgeführt haben, ist nicht jedes Auftreten von Co-Abhängigkeit, die sich aus dem Zusammenleben mit einem abhängigen Menschen entwickelt hat, behandlungsbedürftig. Wird die seelische Belastung allerdings so groß, dass psychosomatische Beschwerden, körperliche Erkrankungen und/oder psychische Störungen auftreten und somit eine eindeutig subjektive Beeinträchtigung vorliegt, so ist die Co-Abhängigkeit als behandlungsbedürftig zu diagnostizieren. In der Regel bedarf es hier eines Facharztes oder eines niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten (vgl. Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe, 2004). Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen beschreibt die Folgen einer Co-Abhängigkeit weitaus kritischer. Bezogen wird sich hier auf den Aspekt, dass zwar Angehörige Suchtkranker „selbstverständlich außergewöhnlich beansprucht werden und mit Belastungserkrankungen reagieren“, jedoch würden nach dem Konzept der „Co-Abhängigkeit“ Angehörige gleichermaßen zu potenziell Kranken erklärt, deren Heilungsweg ausschließlich in Form von Abgrenzung zum Suchtkranken möglich ist, unabhängig vom Wunsch des belasteten Paares bzw. des Angehörigen. Weiterhin haben nach der dhs Co-Abhängige ein Recht auf individuelle Betrachtung ihrer Bedarfe und Bedürfnisse sowie auf individuell abgestimmte Hilfsangebote. Die Zuschreibung der „Co-Abhängigkeit“ würde Angehörige zusätzlich verunsichern und schwächen (vgl. dhs, 2013).

5. Konzepte für die Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken

Wie bereits aufgezeigt wurde, kann die Co-Abhängigkeit als eine eigenständige Problematik und Störung angesehen werden, doch auch aus dem Aspekt heraus, dass Angehörige nicht immer zwanghafte Verhaltensmuster entwickeln, ist

eindeutig festzustellen, dass co-abhängige Angehörige einen eigenen Beratungs- und Behandlungsbedarf haben. Es stellt sich die Frage, wo und in welchem Umfang Betroffene konkrete Informationen, Beratung und Behandlung erfahren können. Dabei sind insbesondere Kinder eine Zielgruppe, bei der sich Prävention besonders anbietet, um Folgeschäden im Erwachsenenalter zu vermeiden und frühzeitig zu intervenieren. Aus angehörigenzentrierter Sicht sollen nachfolgend Möglichkeiten der qualifizierten Hilfen aufgezeigt werden, Mängel im Suchthilfesystem sollen kritisch hinterfragt werden.

5. Konzepte für die Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken

5.1 Beratungs- und Hilfsangebote

Suchtkranken Menschen wird heute ein differenziertes Behandlungsangebot geboten, das von Suchtberatungsstellen, Suchtambulanzen, qualifizierten Entgiftungen, ambulanten und teilstationären Entwöhnungskliniken bis hin zur Nachsorge oder betreuten Wohnformen sowie Selbsthilfegruppen reicht. Die Angebote für Angehörige von suchtkranken Menschen sehen zumindest eine Mitbehandlung vor – der Fortschritt in der modernen Suchthilfe zeigt sich zumindest darin, dass Angehörige als Störfaktoren nicht mehr durch Kontaktsperren aus der Therapie des Suchtkranken ausgeschlossen werden. Die Suchtberatungsstellen sind für alle Angehörigen geeignet, um einen ersten Kontakt zum Hilfesystem herzustellen. Dennoch existieren zu wenig Suchtberatungsstellen, die sich ausschließlich auf die Beratung von Angehörigen spezialisiert haben, da die personellen Ressourcen häufig für die Suchtkranken ausgelegt sind. Ambulante Therapien sind für co-abhängige Angehörige nicht vorgesehen, da eine eigständige Behandlung von den Kostenträgern nicht übernommen wird. Zwar existieren Beratungsstellen für Suchtkranke und deren Angehörige, dennoch liegt der Fokus hier weiterhin eher auf dem Suchtkranken selbst als auf den Angehörigen (vgl. Flassbeck, 2010). Es gibt dennoch Beratungsstellen, in denen die Beratungsquote der Angehörigen etwa bei 6% liegt, was der durchschnittlichen bundesweiten Beratungsquote der Angehörigen entspricht, die eine ambulante Beratungsstelle aufsuchen (vgl. Sonntag, 2007). Ziel der Beratungsstellen für Angehörige sollte es sein, mit ihnen aktiv in das Gespräch zu gehen, um gemeinsam die Problematik zu eruieren und zu

besprechen welche angemessenen Hilfeleistungen benötigt werden, oder sie an eine andere geeignete Stelle weiterzuvermitteln. Die Installierung längerfristiger Beratungsprozesse wäre wünschenswert, da nicht jeder co-abhängige Angehörige einer Therapie bedarf.

5. Konzepte für die Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken

5.2 Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind insbesondere in der Suchthilfe so ausdifferenziert und wirksam wie in sonst keinem Bereich anderer psychosozialer Problematiken. Die Suchtselbsthilfe kann – wie bereits bei der Begriffserklärung der Co-Abhängigkeit beschrieben – als Ursprung der Suchthilfe gesehen werden (vgl. Flassbeck, 2010). Die Statistik der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe aus dem Jahr 2003 hat gezeigt, dass 23 Prozent der ca. 13.000 Gruppenteilnehmer Angehörige sind. Der Großteil davon sind Frauen. Von den ca. 900 Freundeskreisgruppen sind 70 Gruppen ausschließlich für Angehörige ausgerichtet, wovon sich 63 Gruppen ausschließlich an Frauen richten. Aktuellere Zahlen ließen sich – wie so häufig die Thematik betreffend – leider keine finden. Die Zahlen zeigen jedoch, dass es notwendig wäre, die Gruppenanzahl für Angehörige auszuweiten. Für Angehörige sind Selbsthilfegruppen sehr hilfreich und notwendig, um sich auch mit anderen Betroffenen austauschen zu können, ihren Selbstwert zu stärken und sich zu befähigen, für die eigenen Bedürfnisse einzutreten (vgl. Krasnitzky-Rohrbach, 2004). Das dhs-Memorandum "Angehörige in der Sucht-Selbsthilfe", das vom Fachausschuss "Selbsthilfe" erarbeitet wurde, beinhaltet zahlreiche interessante Aspekte, die für die Selbsthilfe für Angehörige von Suchtkranken relevant sind. Es wird unter anderem gefordert, dass das Konzept der „Co-Abhängigkeit“ durch Gespräche und einer Auseinandersetzung in den Suchtselbsthilfeverbänden ausgeweitet und thematisiert wird. Sucht-Selbsthilfe wird laut der dhs wirksam durch geteilte Erfahrungen auf Basis gemeinsamer Betroffenheit, der Hilfe auf Gegenseitigkeit und Augenhöhe sowie durch wertvolle soziale Kontakte, die bei der Überwindung von Einsamkeit, Isolation und Schamgefühlen hilfreich sind. „Angehörige verstehen Angehörige in ihrem Denken, Fühlen und Handeln. Dieses einführende Verstehen wird in der Selbsthilfegruppe genutzt, um Probleme zu benennen und zu bearbeiten“. Selbsthilfegruppen können Betroffenen Sicherheit geben, durch die Vermittlung von

vertiefendem Wissen über die Suchterkrankung. Weiterhin sind Selbsthilfegruppen kostenlos – der Zugang ist deshalb „schwellenlos“. Die Gruppen sind entweder in Suchtselbsthilfeverbänden, in Wohlfahrtsverbänden oder bei den Anonymen Alkoholikern organisiert (vgl. dhs, 2013). Da Angehörige oftmals zuerst Kontakt zum Suchthilfesystem aufnehmen, geht es in der Selbsthilfe für Angehörige von Suchtkranken nicht nur primär darum, wie dem Abhängigen geholfen werden kann, sondern auch um die Bedürfnisse der Angehörigen und deren Situation.

5.2 Selbsthilfegruppen

5.2.1 Das 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker

Nachfolgend wird ein spezielles Programm für die Arbeit mit Angehörigen von Alkoholkranken in der Selbsthilfe aufgezeigt, das von den Anonymen Alkoholikern angeboten wird. Bereits seit den vierziger Jahren arbeiten die Angehörigen von Suchtkranken mit dem 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker (AA). Die Angehörigenarbeit der Al-Anon-Gruppen gibt es inzwischen auch in Deutschland, welche die Co-Abhängigkeit wie eine Abhängigkeitserkrankung betrachten. Das 12-Schritte-Programm hat das Ziel, Gesundheit durch einen Systemwechsel zu erreichen (vgl. Hörauf, 2016). Laut Monika Rennert benötigt ein Schritt des Programms ein ganzes Jahr, weshalb die Heilung nicht im Schnelldurchlauf erfolgen kann und auch hier – ähnlich wie bei der Alkoholabhängigkeit - ein langwieriger Prozess durchlaufen werden muss, um eine neue Sinn-, Wert- und Zielorientierung zu finden (vgl. Rennert, 2012). Aufgrund der Begrenzung dieser Arbeit wird hier nicht detailliert auf alle Schritte des Programms eingegangen, sondern nur auf besonders aussagekräftige Schritte.¹⁷

Die ersten zwei Schritte des Programms beginnen mit Eingeständnissen, die sich darauf beziehen, die Machtlosigkeit gegenüber der Sucht von Alkohol zu akzeptieren. Dies soll zur Aufgabe von Kontrolle und falschen Illusionen beitragen und somit Entlastung schaffen.

¹⁷ Zur weiteren Vertiefung kann das 12-Schritte-Programm nachgelesen werden. Siehe Waltraud Hörauf: Alkohol in der Familie. Im Spannungsfeld von Co-Abhängigkeit und Resilienz. (2016) S. 70-72

„Wir gaben zu, dass wir dem Alkohol gegenüber machtlos sind und unser Leben nicht mehr meistern konnten.“ (vgl. Anonyme Alkoholiker Deutschland, 2017)

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Anonymen Alkoholikern seit jeher um eine Gruppe handelt, die sehr stark religiös ausgerichtet ist. Inzwischen wird dieser geistliche Hintergrund in den deutschen Al-Anon Gruppen nicht mehr ausgeprägt praktiziert. Es sei unbeantwortet zu lassen, ob eine starke religiöse Ausrichtung tatsächlich zur Genesung der Betroffenen beitragen kann. In weiteren Schritten des Programms sollen Angehörige lernen, den Suchtkranken loszulassen und die Fähigkeit zurückerlangen, für sich selbst zu sorgen. Weiterhin soll insbesondere an Stärken gearbeitet werden: „Wir machten eine gründliche und furchtlose Inventur in unserem Inneren.“ (vgl. Anonyme Alkoholiker Deutschland, 2017) Die realistische Selbstwahrnehmung soll hier aufgebaut werden sowie die Auseinandersetzung mit den eigenen Stärken, Schwächen und Ressourcen gefördert werden (vgl. Hörauf, 2016). Auffallend ist bei dem Programm der AA-Gruppen, dass es primär darum geht, sich von der suchtkranken Person abzugrenzen und den Kontakt stark einzuschränken. Eine Alternative für jene Personen, die sich nicht von der Person abgrenzen wollen, scheint es bei den Anonymen Alkoholikern nicht zu geben.

5.2 Selbsthilfegruppen

5.2.2 Elternkreis suchtgefährdeter und suchtkranker Kinder Darmstadt

Wenn Angehörige von Suchtkranken Hilfe suchen, dann haben sie meist einen langen Leidensweg mit der suchtkranken Person durchlaufen, worunter nicht selten die gesamte Familie leiden musste. Meist haben sich alle Familienmitglieder, die in die Suchterkrankung involviert waren, im Verlauf der Suchterkrankung gegenseitig bestärkt und wurden unweigerlich zu Komplizen des Suchtkranken. Insbesondere Eltern befinden sich in einem ambivalenten Verhältnis zu ihrem suchtkranken Kind, da es der Elternrolle widersprechen würde, sein Kind „fallenzulassen“. Die Arbeit des gemeinnützigen Vereins unter ehrenamtlicher Führung soll als Beispiel für eine gelungene Suchtselbsthilfe für Angehörige von suchtkranken Kindern und Jugendlichen aufgezeigt werden.

Der Verein besteht bereits seit 1990 im Suchthilfezentrum der Caritas in Darmstadt und hat es sich zur Aufgabe gemacht, Selbsthilfe für jene anzubieten, die suchtmittel- oder glücksspielabhängige Kinder oder Angehörige haben. Dabei ist die Gruppe insbesondere auf die Eltern suchtkranker Kinder ausgerichtet – Eltern helfen Eltern. Das Motto nach dem gehandelt wird zielt darauf ab, Eltern aus der Isolation zu helfen und zu akzeptieren, dass Eltern suchtkranker Kinder ihnen nicht jegliche Verantwortung für all ihr Handeln abnehmen können. Der Zugang zu der Gruppe ist niedrighschwellig, das bedeutet, dass keinerlei Kosten entstehen und keine vorherige Anmeldung für Betroffene notwendig ist. Die Anonymität aller Teilnehmenden soll zu jeder Zeit gewahrt werden (vgl. Elternkreis suchtgefährdeter und suchtkranker Kinder Darmstadt, 2017). Der Elternkreis ist seit seiner Gründung ein wichtiger Baustein im Netzwerk der Sucht- und Drogenhilfe in Darmstadt. Laut der Sozialdezernentin der Wissenschaftsstadt Darmstadt – Barbara Akdeniz – stellt sich der Elternkreis in erster Linie dem wichtigen Thema „Co-Abhängigkeit“ und verfolgt dabei verschiedene, anspruchsvolle Zielsetzungen, wie die richtige Hilfestellung zu geben, um als Eltern nicht co-abhängig zu werden, andererseits geht es aber auch darum, die Eltern und nicht die Suchtkranken in den Mittelpunkt zu rücken, um sie wieder an ein eigenständiges Leben zurückzuführen (vgl. Elternkreis Darmstadt – 25 Jahre Selbsthilfe, 2016). Auch der paritätische Wohlfahrtsverband spricht davon, dass aus der einst kleinen Elterninitiative eine leistungsfähige Organisation geworden ist, die eine Lücke in der psychosozialen Versorgung von Angehörigen suchtkranker Menschen schließt. Weiterhin wird ein Eingeständnis in der unzureichenden Versorgung Angehöriger von Suchtkranken seitens des paritätischen Wohlfahrtsverbandes gemacht, als davon gesprochen wird, dass die Selbsthilfe in diesem Bereich größtenteils auf ehrenamtlicher Basis getragen und initiiert wird und dass mit dem Stichwort „Selbstverantwortung der Patienten“ der Selbsthilfe seit einigen Jahren eine gestiegene Bedeutung zukommt, da die Fähigkeit des Einzelnen, seine Anliegen über die Selbsthilfe zu lösen, gefragter denn je sei, weshalb eine größere Verantwortung für die Arbeit der Selbsthilfe im Gesundheitswesen dringend von Nöten sei.

Neben den Selbsthilfeabenden bietet der Elternkreis auch Seminare und Tagungen für die Hilfesuchenden an, die kostenlose Teilnahme wird durch

Förderprogramme mehrerer Krankenkassen sowie regionaler Firmen in Darmstadt ermöglicht. Die Selbsthilfegruppe selbst, sieht sich nicht als Konkurrenz zu professionellen Beratungsstellen, sondern als zusätzliches Hilfeangebot. Co-Abhängigkeit wird vom Elternkreis suchtgefährdeter und suchtkranker Jugendlicher und Erwachsener als ein Mobile¹⁸ beschrieben, das im Gleichgewicht gehalten werden will. Die Bezugspersonen des Suchtkranken versuchen ihm so lange es geht die Konsequenzen seines Suchtverhaltens zu ersparen, indem insbesondere Eltern zum Beispiel Schulden ihres Kindes bezahlen, Gewalt dulden und Familie, Freunde oder den Arbeitgeber belügen. Kritisch wird jedoch der Begriff Co-Abhängigkeit gesehen, da er suggeriere, dass Angehörige Täter oder Schuldige sind, aber tatsächlich lediglich ein suchtförderndes Verhalten zeigen. Indem sie dem Suchtkranken die Konsequenzen seiner Sucht ersparen, lassen sie ihn weiter im Zustand seiner Sucht verharren, anstatt ihm nachhaltige Hilfe anzubieten. Genau an diesem Punkt will die Selbsthilfe ansetzen, um Angehörige dazu zu befähigen, das Ungleichgewicht in ihrer Familie zu ertragen und die Probleme des Süchtigen nicht mehr als die Eigenen anzusehen. Diese Verhaltensweisen zu ändern, die nicht selten über Jahre erlernt wurden, bedarf einem langwierigen Lernprozess (vgl. Elternkreis Darmstadt – 25 Jahre Selbsthilfe).

5.2.2 Elternkreis suchtgefährdeter und suchtkranker Kinder Darmstadt

5.2.2.1 Von Co-Abhängigkeit zu CRAFT

Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) ist eine in Deutschland noch wenig verbreitete und unbekanntere Strategie, die nicht-konfrontativ und auf Angehörige von Suchtkranken ausgerichtet ist. Vorgestellt wurde sie dem Elternkreis Darmstadt vom Zentrum für Integrative Psychiatrie der Universität Lübeck auf der BVEK¹⁹ Herbsttagung im Jahre 2014, unter der Leitung von Dr. Dipl. – Psych. Gallus Bischof.²⁰ Die Selbsthilfegruppe für Eltern in Darmstadt hat bereits

¹⁸ „Hängend befestigtes, mehrfach beweglich gestaltetes Gebilde aus Fäden oder Stäben und Figuren o. Ä., das durch Anstoßen oder Luftzug in Bewegung gerät.“ (siehe Duden) Hier im übertragenen Sinne zu sehen, bezogen auf die Familienkonstellationen.

¹⁹ Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e. V.

²⁰ Diplom-Psychologe und Suchtberater an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Lübeck. Darüber hinaus arbeitet er in der Forschung - insbesondere zu den Auswirkungen von Suchterkrankungen auf die betroffenen Angehörigen und Partner - und bildet SuchtberaterInnen und Selbsthilfegruppen-LeiterInnen aus. Er arbeitete auch selbst als Berater für Angehörige von Suchtkranken (vgl. Stern online, 2016).

einigen Betroffenen den Zugang zu den Seminaren des CRAFT-Trainings ermöglicht. Das Konzept hat die Zielsetzung Angehörige systematisch zu trainieren, um suchtkranke Personen, die sich bisweilen einer Behandlung verweigert haben, zur Behandlungsbereitschaft zu motivieren. Angelehnt an die Selbsthilfe, erfolgt das CRAFT-Training auf der Basis der Annahme, dass Menschen, die dem Suchtkranken nahestehen, ihn auch am ehesten erreichen können. Schwerpunkt ist die Befähigung der Angehörigen dem Suchtkranken die Verantwortung für sein Handeln zurückzugeben und ihm nicht-konsumierendes Verhalten attraktiver zu machen. CRAFT fungiert auf wesentlichen Bausteinen, die neben der Gewaltprävention mit konkreten Notfallplänen auch die funktionale Analyse des Konsumverhaltens beinhalten. Es soll weiterhin ein Kommunikationstraining erfolgen, um die Angehörigen zu positiver, nicht anklagender Kommunikation anzuleiten. Weitere Bausteine, wie die positive Verstärkung von abstinenten Phasen als auch die Nutzung negativer Konsequenzen, also kein Entschuldigen und „Decken“ des Suchtkranken, gehören ebenfalls zum CRAFT-Training (vgl. Elternkreis Darmstadt, 2016). Die Wirksamkeit von CRAFT wurde erstmals in der Studie: „Psychosoziale Intervention bei Angehörigen von Personen mit chronischer Alkoholabhängigkeit“ an der Universität zu Lübeck in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie nachgewiesen. Dabei wurden Angehörige von Alkoholabhängigen randomisiert einer sofortigen 12-wöchigen Interventionsphase nach dem Community Reinforcement and Family Training oder einer Wartegruppe zugewiesen. Nach drei Monaten erfolgte eine erste Katamnese²¹. Im Anschluss erhielten die Wartegruppenprobanden ebenfalls eine 12-wöchige Intervention. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass sich das Empowerment der Angehörigen in einem deutlichen Rückgang an Depressivität und einer für Therapiestudien guten „Behandlungcompliance“²² mit wenigen Behandlungsabbrüchen zeigt. Die Ergebnisse belegen weiterhin, dass „eine Einflussnahme auf den Verlauf der Abhängigkeitserkrankung nahestehender Personen möglich ist und dass entsprechende Angebote zu einer Reduktion psychischer Belastung bei den

²¹ Abschließender Bericht nach Krankenbehandlung; Zusammenstellung relevanter klinisch, psychologischer bzw. psychologisch- diagnostischer Information nach Ende einer psychotherapeutischen Behandlung (vgl. hogrefe – Lexikon der Psychologie).

²² Man spricht in der Medizin von der „Compliance“ als Oberbegriff für das kooperative Verhalten des Patienten (vgl. hogrefe – Lexikon der Psychologie).

teilnehmenden Angehörigen führen“.²³ Mit der Studie sollte ebenso aufgezeigt werden, dass ein Ausbau der Behandlungsangebote für Angehörige Suchtkranker durch geeignete Konzepte, wie CRAFT, erstrebenswert ist (vgl. Bischof, 2008).

5. Konzepte für die Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken

5.3 Eigene Möglichkeiten, eine Co-Abhängigkeit zu beenden

Bei der Recherche nach Literatur bezüglich des Themas „Co-Abhängigkeit und Handlungsmöglichkeiten“ stößt man vermehrt auf verschiedenste Ratgeber, die Betroffene dazu befähigen sollen, sich ohne Inanspruchnahme von therapeutischer Hilfe oder dem Aufsuchen einer Selbsthilfegruppe, aus dem co-abhängigen Verhältnis zu der suchtkranken Person zu befreien. Nach kritischer Sichtung des Materials, erscheint es – ebenso wie die Selbsthilfe oder das Aufsuchen einer Beratungsstelle – für gewisse Zielgruppen sinnvoll und hilfreich sein zu können, um einen ersten Einstieg in die Thematik zu erlangen, oder auch in einzelnen Fällen zur vollständigen Beendigung der Co-Abhängigkeit zu verhelfen. Weiterhin finden sich zahlreiche „Selbsttests“, die aufzeigen sollen, ob die betroffene Person bereits co-abhängig ist. Aufgrund der wissenschaftlichen Grundlage dieser Arbeit wird im nachfolgenden nur auf jene Quellen verwiesen, die in der Suchthilfe etabliert sind. Unter anderem stellt das Blaue Kreuz einen Selbsttest zur Verfügung, der 21 Fragen beinhaltet, die man entweder mit Ja oder Nein beantworten muss: *Fühlen sie sich zum Lügen und zum Decken von Unregelmäßigkeiten genötigt, weil Sie Ihren Angehörigen / Kollegen nicht fallen lassen wollen? Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Angehöriger / Kollege völlig abrutschen könnte, wenn Sie sich nicht mehr um ihn kümmern würden?* Beantwortet man mehr als 5 der 21 Fragen mit Ja, empfiehlt das Blaue Kreuz Hilfe von außen aufzusuchen, das Schweigen zu brechen und sich an sachkundige Personen zu wenden²⁴ (vgl. Blaues Kreuz, 2017). Die Präventionskampagne „Kenn dein Limit“, hat eine übersichtliche Seite auf ihrem Internetauftritt zusammengestellt, in dem Betroffenen verschiedene Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Unter anderem wird auf das Info-Telefon der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verwiesen, mit dem Ziel

²³ Siehe Anhang 2 – CRAFT 2011

²⁴ Siehe Anhang 3 – Test: Bin ich Co-Abhängig?

Betroffene an lokale Hilfs- und Beratungsangebote zu vermitteln sowie diese dazu zu befähigen, sich selbstständig an Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen zu wenden, auch wenn diese nicht auf Angehörige von Suchtkranken ausgelegt sind (vgl. Alkohol? Kenn dein Limit, 2017). Eine übersichtliche Auflistung von Hilfsangeboten für Betroffene lässt sich leider nicht finden, was eine niedrigere Hemmschwelle darstellen würde als das Infotelefon.

Einige Ratgeber bezüglich der Thematik Co-Abhängigkeit unterliegen keiner wissenschaftlichen, auf Forschungsergebnissen fundierten Grundlage und sind nicht als Fachliteratur anzusehen. Für Menschen, die sich bisher nicht mit der Thematik auseinandergesetzt haben, kann es jedoch sehr hilfreich sein, einen solchen Ratgeber zu lesen – diese beginnende Auseinandersetzung mit dem Thema kann zum Aufsuchen professioneller Hilfe führen. Weiterhin sind betroffene Angehörige von Alkoholkranken - wie schon in den vorherigen Kapiteln erwähnt – nicht als homogene Gruppe zu sehen, die einen gleichsamen Bedarf an professioneller Hilfe hat. Da die Alkoholabhängigkeit und die damit verbundene Co-Abhängigkeit nicht nach einem gleichen Muster verlaufen, kann für die einen ein Ratgeber hilfreich sein, während für die anderen der Besuch einer Selbsthilfegruppe von Nöten ist. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hat eine Broschüre online gestellt, die auf zwei Seiten sehr übersichtlich gestaltet ist. Sie enthält einige wichtige Informationen und Appelle an Betroffene sowie ebenfalls einen, wie bereits erwähnten Selbsttest. Unter anderem spricht man die Angehörigen von Alkoholkranken direkt an und erinnert sie daran, dass sie keinerlei Schuld trifft, sie nicht alleine sind und die Alkoholabhängigkeit und das Trinkverhalten ihres Angehörigen nicht kontrollieren, korrigieren oder kurieren können.²⁵

Nachdem sich die Vermutung dennoch weiterhin bestätigt, dass der Co-Abhängigkeit in der Suchtkrankenhilfe noch immer mangelnde Relevanz zugeschrieben wird, sollen nun die konkreten Möglichkeiten nach Flassbeck aufgezeigt werden, die in Verbindung mit der Arbeitsweise des Elternkreises Darmstadt gebracht werden sollen: *1. Reden hilft: Co-Abhängige leiden im Stillen* – über ihre eigenen Empfindungen und Gefühle herrscht Sprachlosigkeit. Der erste Schritt aus der Co-Abhängigkeit ist es also, das Schweigen zu brechen und

²⁵ Siehe Anhang 4 – Wenn Alkohol zum Problem wird

sich mitzuteilen. Auch in der psychotherapeutischen Behandlung Betroffener stellt der Dialog einen wesentlichen Baustein jeglicher therapeutischen Bemühung dar (vgl. Flassbeck, 2010). In den Selbsthilfesitzungen des Elternkreises ist es für viele betroffene Eltern ein langer Schritt sich zu öffnen und über die eigenen Gefühle zu sprechen. Die Überwindung seit langer Zeit zum ersten Mal nicht nur von dem suchtkranken Kind zu erzählen, sondern den Fokus auf das Ich zu rücken, kostet Zeit, ist dann aber umso hilfreicher. Miteinander sprechen und sich austauschen ist das wesentliche Medium der Selbsthilfe.

2. *Anstoß der Selbstaktualisierung*: Schon Rogers²⁶ sprach von der Aktualisierungstendenz, die dem Individuum dazu dient, sich so zu entfalten und zu differenzieren, dass sie es erhalten und fördern (vgl. Eckert, 2006). Gemeint ist damit, dass Co-Abhängige ihre Selbstentwicklung zurückgewinnen sollen und lernen müssen das Ich, statt den Suchtkranken in den Fokus zu rücken. Fragt man Co-Abhängige nach dem eigenen Befinden, antworten diese nicht selten mit: „Er trinkt momentan nicht, oder sie hatte mehrere Wochen keinen Rückfall“, was so viel bedeutet wie: „mir geht es also gut, weil er oder sie nicht trinkt“. Wichtig ist es nun, die eigene Empfindung von der aktuellen Situation des Suchtkranken zu entkoppeln und zu lernen, dass die eigene Empfindung nicht an das Trinkverhalten der Person gebunden ist (vgl. Flassbeck, 2010). Auch in der Selbsthilfegruppe der Eltern suchtgefährdeter und suchtkranker Kinder steht in den Sitzungen immer wieder im Vordergrund die Betroffenen danach zu fragen wie es ihnen geht, unabhängig vom Konsumverhalten ihres Kindes. Viele Betroffene berichteten davon, dass sie sich zu Beginn geschämt haben, dass es ihnen zurzeit gut geht, auch wenn der Sohn oder die Tochter bereits die dritte Entgiftung abgebrochen hat. Auch dieser Schritt bedarf einem Lernprozess.

3. *Trennen oder Trennung*: Unterschieden wird hier zwischen dem Trennen von Dingen innerhalb der co-abhängigen Beziehung sowie der vollkommenden Trennung von der suchtkranken Person. Trennen würde zum Beispiel bedeuten, vorerst eine räumliche Trennung zu der suchtkranken Person vorzunehmen, oder für die Zeit in Entgiftung oder Therapie den Kontakt auf ein Mindestmaß zu reduzieren. All das ist notwendig, um wieder zwischen dem „Mein“ und dem

²⁶ Carl Ransom Rogers war ein US-amerikanischer Psychologe und Psychotherapeut, dessen Leistung in der Entwicklung der klientenzentrierten Gesprächstherapie und dem Ausbau der Humanistischen Psychologie besteht (vgl. Eckert, 2006).

„Dein“ unterscheiden zu können. Zum Ausdruck kommt dies durch Taten oder aber auch durch eine klarere Haltung gegenüber der suchtkranken Person. Deutlich soll dies anhand eines Beispiels aus der Selbsthilfegruppe in Darmstadt werden: die Eltern eines alkohol- sowie drogenabhängigen jugendlichen Sohnes, der in der Vergangenheit gegenüber seinen Eltern vermehrt handgreiflich wurde und mehrere Entgiftungen abgebrochen hatte, entschuldigten sein Verhalten immer wieder und duldeten die Gewalt in ihrem eigenen Zuhause. Mit der Zeit lernten und erkannten sie, dass all dies nicht zur Verbesserung der Situation ihres Sohnes beitragen wird. Sie begannen damit ihm sein Taschengeld nicht mehr in Geldleistungen, sondern in Gutscheinen oder Sachgütern auszuzahlen. Auch stellten sie Regeln für das Zusammenleben auf und reduzierten den Kontakt während der nächsten Entgiftung auf wenige Nachrichten. Alle Handlungen führten dazu, dass die Eltern sich emotional von der belastenden Situation distanzieren und auch der Sohn beendete dieses Mal die Entgiftung. Eine räumliche Trennung kann insbesondere bei belasteten Partnerschaften zu einer Verbesserung für beide Parteien beitragen. Dennoch kann die endgültige Trennung vom suchtkranken Partner in bestimmten Fällen auch die bestmögliche Lösung sein, ebenso wie das weitere Zusammenleben für bestimmte Personen unabdingbar ist. Jede betroffene Person muss einen passenden Lösungsweg finden, dies kann unter Anleitung professioneller Hilfe oder auch in Selbsthilfegruppen geschehen.

6. Resümee, Ausblick und Diskussion

„Hast du schon von der Frau gehört, die einen Frosch küsste? Sie hatte gehofft, er würde sich in einen Prinzen verwandeln – tat er aber nicht: Sie wurde auch ein Frosch.“ In dieser Anekdote lassen sich Parallelen zur Co-Abhängigkeit erkennen. Die Illusion, wenn ich meinem suchtkranken Partner Zuwendung und Unterstützung schenke, dann wird er wieder gesund, steht oftmals im Gegenteil zur Realität: die co-abhängige Person wird dem Abhängigen immer ähnlicher und wird im übertragenen Sinne selbst zum „Frosch“. In der Symbolsprache bedeutet dies, dass es um Menschen geht, die den Frosch immer wieder sehnsüchtig „küssen“, in der Hoffnung, dass er nur ein verwunschener Prinz sei und somit tagtäglich in ihrer falschen Hoffnung betrogen und enttäuscht werden. Für Akteure der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe bedeutet dies neue Denkanstöße

und Handlungsmethoden einzubringen, alte Behandlungsmuster zu durchbrechen und die Thematik Co-Abhängigkeit offen anzusprechen, um das Bewusstsein dafür zu wecken. Dennoch verlangt es von Fachkräften der Sozialen Arbeit, wie auch von Therapeuten und sonstigen Personen, die in der Suchthilfe tätig sind, ein Feingefühl dafür zu entwickeln, ob beratungs- oder behandlungsbedürftige Angehörige hinter einem Suchtkranken stehen und diese nicht als homogene Gruppe anzusehen.

Es ist an der Zeit, dass in den verschiedenen Einrichtungen der Suchthilfe angemessene Beratungs- und Hilfsangebote für betroffene Angehörige etabliert werden und auch präventiv gehandelt wird – insbesondere die Zielgruppe Kinder betreffend. Die Suchthilfe durchläuft jedoch weiterhin einen Prozess der nicht selten von gesellschaftlicher Routine geprägt ist. So erweckt sich mir der Eindruck, dass die Suchthematik - und dabei insbesondere der Alkohol - zur gesellschaftlichen Gewohnheit geworden ist und als Normalität angesehen wird. Den jährlichen Drogenbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung nimmt man in der Suchthilfe zwar fachkundig zur Kenntnis, wirklich darüber gesprochen wird darüber jedoch kaum noch. Was die Definition einer Alkoholabhängigkeit angeht, ist man sich einig. Spricht man jedoch über die Co-Abhängigkeit gerät man sehr schnell in einen Konflikt, da man das Gefühl hat man müsse sich positionieren. Wie bereits in den vorherigen Kapiteln erwähnt, sehen viele den Begriff Co-Abhängigkeit als missverständlich und unpassend gewählt an, da er die Annahme suggeriere, dass alle Angehörigen des Suchtkranken Mittäter und Aufrechterhalter seiner Sucht seien. Auch der Untertitel meiner Bachelorarbeit: „Wenn das Umfeld zum Komplizen wird“, beinhaltet diesen Aspekt. Er ist jedoch keinesfalls negativ oder gar in der Annahme gewählt worden, dass alle Angehörigen eines Suchtkranken bei vollem Bewusstsein ihrer Handlungen die Suchterkrankung der ihnen nahestehenden Person fördern und unterstützen. Letztendlich handeln all diese Personen nur aus der Motivation heraus, dass ihnen die suchtkranke Person wichtig ist und sie eigentlich nur das Beste für die Person wollen. Wir stoßen bei der Untersuchung der Co-Abhängigkeit auf ein grundsätzliches Phänomen menschlicher Beziehungen, denn wie kann man einem Menschen helfen, ohne sich voneinander abhängig zu machen? Daher sehe ich den Begriff nicht als

stigmatisierend an, es mangelt nur am Bewusstsein der Existenz des Phänomens der Co-Abhängigkeit und dessen Verständnis.

Bei meiner Recherche fand ich einen Artikel des Sterns, aus dem Oktober, 2016 mit dem Titel: „Die Sucht und ihre Verbündeten“. In dem Artikel wird von einem alkoholkranken Mann und seiner darunter leidenden Partnerin berichtet. Der Artikel bedient sich auch vermehrt der Begrifflichkeit „Co-Abhängigkeit“ und kommt am Ende zu einem Fazit, das mich dazu gebracht hat, dies hier aufzugreifen. So heißt es: *„Die so genannte Co-Abhängigkeit ist inzwischen ein eigenes, anerkanntes Krankheitsbild, für das es Hilfs- und Beratungsangebote gibt (s. Kasten). Denn: In vielen Fällen machen sich die Partner, Familienmitglieder oder Freunde das Alkoholproblem des anderen selbst zu Eigen und richten ihr eigenes Leben darauf aus, dem Alkoholiker seine Sucht zu ermöglichen“* (vgl. Stern online, 2016). Bezogen wird sich hier auf den ICD-10 (F60.7) und auf die so genannte „Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung, welche Personen meint, die sich bei kleineren oder größeren Lebensentscheidungen passiv auf andere Menschen verlassen und unter Trennungsängsten sowie Gefühlen von Hilfslosigkeit und Inkompetenz leiden. Es handelt sich hierbei nicht um eine Co-Abhängigkeit im Kontext Alkoholismus, sondern um eine Persönlichkeitsstörung, die mit der Co-Abhängigkeit lediglich das Wort „abhängig“ gemein hat. Daran zeigt sich, dass es unbedingt notwendig ist, die Co-Abhängigkeit wissenschaftlich genauer zu beleuchten und Studien zu erheben um sie in das Suchthilfesystem einbinden zu können.

In der Arbeit mit einem suchtkranken Menschen sind alle involvierten Parteien weniger als Einzelne für sich kämpfende Gruppen zu sehen, sondern eher als ein zusammenhängendes soziales System, welches eine „Krankheitsgemeinschaft“ entwickelt hat. Eine Frau eines alkoholabhängigen Mannes sagte einmal zu mir: „Mein Mann hatte den Alkohol im Blut, ich hatte den Alkohol im Kopf – aber den, den er getrunken hat oder noch trinken wird. Meine Gedanken kreisten permanent um den Alkohol.“ Die Alkoholabhängigkeit ihres Mannes bestimmte lange Zeit ihr gesamtes Denken, Handeln und Fühlen, sie fühlte sich in der Verantwortung ihrem Mann ganz alleine helfen zu müssen. Aus der Sicht von betroffenen Familien und Angehörigen von suchtkranken

Menschen, die in Beratungsstellen Hilfe suchen, kann es für Sozialarbeiter und andere Fachkräfte der Suchthilfe hilfreich sein, Co-Abhängigkeit nicht vorschnell als Krankheit zu „diagnostizieren“, sondern ein Feingefühl dafür zu entwickeln, welche Hilfsbedarfe die einzelnen Personen haben. Als professioneller Helfer in der Suchthilfe sieht man sich meist mit dem selbigen Dilemma konfrontiert wie Angehörige eines Suchtkranken. Helfen ist human, es unterstützt aber im Einzelfall die Sucht – Nicht-Helfen ist genauer betrachtet unmenschlich und ethisch nicht vertretbar, doch unterlassene Hilfestellungen können erfolgreich sein, indem sie bewusst platziert und angewandt werden. An dieser Stelle möchte ich Bezug nehmen auf ein konkretes Beispiel, welches dieses Dilemma veranschaulichen soll. In meiner Arbeit in einer stationären Rehabilitationsklinik arbeitet man nach dem Prinzip, dass Rückfälle grundsätzlich zu einer Therapie dazugehören und dass mit diesen aktiv gearbeitet werden soll. Es gab einen Patienten, dessen Therapie immer wieder durch zahlreiche Rückfälle gekennzeichnet war – die Therapeuten arbeiteten immer wieder mit ihm an diesen Rückschlägen und duldeten zahlreiche Eskalationen innerhalb der Klinik. In vielen anderen Fällen half das aktive Arbeiten an den Rückfällen den Patienten, im Falle des hier aufgezeigten Patienten führte dies jedoch dazu, dass sich zwischen ihm und seiner Therapeutin allmählich ein co-abhängiges Verhältnis entwickelte. Diese Thematik wurde in Supervisionen und Teambesprechungen leider nicht besprochen, sodass sich die Situation immer weiter zuspitzte. Höhepunkt erreichte die Suchterkrankung des Patienten in einer nächtlichen Eskapade mit Gewalt und lebensgefährlichem Alkoholkonsum. Die einzige Konsequenz, die es auf sein Verhalten folgte, war die sofortige Beendigung seiner Therapie, die jedoch von seiner Therapeutin nicht initiiert wurde, sondern von der Leitung beschlossen wurde. Ein Nachgespräch mit seiner Therapeutin gab es nicht, ebenso wenig eine Reflexion im Team. Mir persönlich erschien diese Situation jedoch höchst bedenklich und ich hätte mir eine intensive Bearbeitung dieses Falles gewünscht, um mit solchen Patienten künftig nachhaltiger umgehen zu können – sowohl seitens der Patienten als auch des Fachpersonals. Auch hier hat sich erneut gezeigt, dass für die Co-Abhängigkeit auch in den Institutionen der Suchthilfe noch wenig Bewusstsein existiert.

Co-Abhängigkeit hat meiner Meinung nach - und insbesondere nach der Erstellung dieser Arbeit - noch viel weitergehende Aspekte als die unzureichende Versorgung der Angehörigen des Suchtkranken. Gerade in den professionellen Suchthilfeeinrichtungen herrscht eine Tabuisierung der Thematik, die durch einen Mangel an einem kritischen und offenen Dialog entstanden ist.

Neben der Co-Abhängigkeit im familiären Umfeld und in professionellen Suchthilfeeinrichtungen wird auch der Konsum von Alkohol und anderen Suchtmitteln im betrieblichen Rahmen in den nächsten Jahren auch aufgrund des immer stärker werdenden Arbeitspensums weiter zunehmen. Die Konsequenz dieser Problematik zeigte sich kürzlich bei der Fraport, dem Betreiber des Frankfurter Flughafens. Die Frankfurter allgemeine Zeitung berichtete im März dieses Jahres darüber, dass künftig stichprobenartige, unangemeldete Drogentests an ihren Mitarbeitern im Sicherheitsbereich durchgeführt werden sollen. Über Präventionsmaßnahmen und eine Analyse der Gefahren und Belastungen für die Mitarbeiter der Fraport ließ sich leider nichts finden. Insbesondere in der betrieblichen Suchtprävention sehe ich aber gute Chancen darin, die Mitarbeiter vor dem „Ausbrennen“ zu schützen sowie co-abhängige Verstrickungen vorzubeugen. Dies kann zum Beispiel durch die Beauftragung von Supervisoren erfolgen, die ohne Beisein der Führungsebene teaminterne Themen bearbeiten, oder Fortbildungs- sowie Klausurtagungen zu veranstalten, um die Mitarbeiter für die Thematik Sucht und Co-Abhängigkeit zu sensibilisieren.

Ich möchte nun noch einmal auf CRAFT eingehen, da ich es für ein Konzept halte, welches sich an diejenigen Angehörigen richtet, die sich nicht von der suchtkranken Person distanzieren oder gar trennen möchten und durch das Co-Abhängigkeitsmodell und eventuelle Stigmata verunsichert sind. Nach meiner Einschätzung handelt sich genau bei diesen Personen um eine unterversorgte Personengruppe mit der wir es in der Suchthilfe vermehrt zu tun haben. Dies zeigte sich auch in der Selbsthilfegruppe für Eltern suchtgefährdeter und suchtkranker Kinder in Darmstadt. Im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Hilfen, insbesondere alkoholabhängige Menschen betreffend, werden mit Hilfe des CRAFT-Ansatzes Angehörige zu aktiven Helfern im Suchthilfesystem. Bereits in den 70er Jahren entwickelte sich ein ähnliches Konzept, welches zu diesem Zeitpunkt bereits annahm, dass die Umgebungsfaktoren bei

Suchterkrankungen eine erhebliche Rolle spielen und aufrechterhaltende Faktoren vor allem in der Lebenswelt der betroffenen Personen zu finden sind. Das ganzheitliche Konzept beinhaltet drei ausschlaggebende Aspekte:

- Reduktion des Substanzkonsums der suchtkranken Person,
- idealerweise die Motivation zur Aufnahme einer Behandlung,
- sowie die Verbesserung der Lebenssituation der Angehörigen, unabhängig vom Erfolg der betroffenen Person.

Obwohl dieses Konzept, insbesondere in Hessen²⁷, noch nicht weit verbreitet ist, sehe ich darin gute Chancen der Relevanz der Co-Abhängigkeit in der Suchtkrankenhilfe mehr Beachtung zu schenken und dem Phänomen angemessen gegenüberzutreten. CRAFT spricht also jene Personen an, die in engem Kontakt zu einer suchtmittelabhängigen Person stehen und sich noch nicht von der Person trennen wollen. Die Grenzen des CRAFT-Konzeptes zeigen sich mir dann, wenn Angehörige nur wenig Kontakt zu der betroffenen Person haben oder den Wunsch nach Abgrenzung, bzw. Ablösung zu der suchtkranken Person äußern. Dann kann das 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker hilfreicher sein.

Zusammenfassend, und um noch einmal auf die Terminologie des Begriffes „Co-Abhängigkeit“ einzugehen, wird die Co-Abhängigkeit in der Literatur oft und auch in differenzierter Weise als Krankheit im pathologischen Sinne beschrieben. Es ist zwar möglich sie im medizinischen Sinne als Krankheit zu betrachten, da sich zahlreiche Parallelen zu Verläufen von Suchterkrankungen erkennen lassen, es existiert jedoch auch die vorherrschende Meinung, dass Co-Abhängigkeit weniger als eigenständige Krankheit gesehen werden sollte, sondern das Verhalten der betroffenen Personen eher als eine „natürliche Reaktion auf das Verhalten des suchtkranken Familienmitglieds“ zu betrachten ist. Im Zuge dieser Annahme geht man weiterhin davon aus, dass die aufgezeigten Symptome der Co-Abhängigkeit weniger pathologisch als eher ein normaler Anpassungsprozess auf chronischen Stress seien. Diese differenzierten Sichtweisen ermöglichen es, Co-Abhängigkeit gleichzeitig als ein generelles Phänomen zu betrachten, dessen Entwicklung durch die familiäre Belastung der Betroffenen erklärt werden kann, gleichermaßen handelt es sich aber auch um

²⁷ Siehe Anhang 1

ein Phänomen, welches Angehörige von Suchtkranken in spezieller Weise betrifft, da sich die Sucht immer in spezifischer Weise auswirkt.

In welcher Art man die Co-Abhängigkeit auch betrachten mag, die Arbeit mit dem Umfeld des suchtkranken Menschen ist unbedingt notwendig und ich sehe die Relevanz neuer und zeitgemäßer Konzepte, deren Etablierung in den Einrichtungen der professionellen Suchthilfe dringend von Nöten ist. Ebenso der Ausbau der Selbsthilfe und die notwendige Finanzierung dieser sind unabdingbar. Die Erhebung einer repräsentativen Forschung zur Ermittlung des Bedarfs wäre ein Anfang, um die unzureichende Versorgung aller Angehörigen von Suchtkranken zu verbessern. Trotz allem sind co-abhängige Verhaltensweisen, die sich im Zuge der Alkoholabhängigkeit entwickeln können, nicht nur negativ zu bewerten. So können sich Charaktereigenschaften entwickeln, die im späteren Leben der Betroffenen als hilfreich und positiv anzusehen sind.

Zuletzt möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass die Suchthilfe – vielleicht wie kein anderes Fachgebiet – einem ständigen Wechsel und Weiterentwicklungsprozess unterliegt, der von angehenden Fachkräften sowie etablierten Mitarbeitern der Suchthilfe stets neue Impulse und Ideen fordert, um neue, nachhaltige und zeitgemäße Konzepte zu entwickeln, damit die Suchthilfe auch in den kommenden Jahren vorangetrieben wird und den Hilfesuchenden bestmögliche Hilfestellungen angeboten werden können. Sozialarbeiter sind in diesem Zuge eben auch verpflichtet, ihre Profession selbstbewusst zu vertreten und sich stets fortzubilden und neue Impulse zu setzen.

7. Literatur und Quellen

Albrecht G., Groenemeyer A. (Hrsg.) (2012): Handbuch soziale Probleme. Wiesbaden: Springer Verlag. S. 219 ff.

Alkohol? Kenn dein Limit. (2017): Angehörige und Co-Abhängigkeit. <https://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/angehoerige-und-co-abhaengigkeit/>
Zuletzt abgerufen am 04.04.2017

Anonyme Alkoholiker im deutschsprachigen Raum (2017): <https://www.anonyme-alkoholiker.de/fragen-und-antworten/#1>
Zuletzt abgerufen am 12.03.2017

Arbeitsgemeinschaft der hessischen Handwerkskammern (2008): Umgang mit Alkohol am Arbeitsplatz. Wiesbaden. www.arbeitssicherheitessen.de/viewDocument?onr=5006&id=591
Zuletzt abgerufen am 19.03.2017

Aßfalg, R. (2006): Die heimliche Unterstützung der Sucht: Co – Abhängigkeit. Geesthacht: Neuland Verlag. S. 11-37

Bischof, G., Iwen, J., Müller, C., Bischof, A., Rumpf, H. (2008): Abschlussbericht - Förderschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung. Chronische Krankheiten und Patientenorientierung. Projekt „Psychosoziale Intervention bei Angehörigen von Personen mit chronischer Alkoholabhängigkeit“. Forschungsgruppe S:TEP (Substanzbezogene und verwandte Störungen: Therapie, Epidemiologie und Prävention) Universität zu Lübeck. S. 18-28
http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschluss01gx0702_craft_bischof.pdf
Zuletzt abgerufen am 02.04.2017

Blaues Kreuz online (2017): Selbsttest Co-Abhängigkeit <http://www.blaues-kreuz.de/bundeszentrale/uebersucht/info-angehoerige/co-selbsttest.html>
Zuletzt abgerufen am 03.04.2017

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017): Drogen und Sucht – ein Plan in Aktion, S. 8-18
https://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/nr14/bmg600.pdf
Zuletzt abgerufen am 22.03.2017

Bundesministerium für Gesundheit (2016): Alkohol – Situation in Deutschland vom 01. November 2016.
<http://www.drogenbeauftragte.de/themen/suchtstoffe-und-abhaengigkeiten/alkohol/situation-in-deutschland.html>
Zuletzt abgerufen am 01.03.2017

Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (2016): Schritt für Schritt zurück in den Job. Betriebliche Eingliederung nach längerer Krankheit – was Sie wissen müssen. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a748-betriebliche-eingliederung.pdf?__blob=publicationFile
Zuletzt abgerufen am 19.03.2017

Deutsches Ärzteblatt (2001): Jg. 98, Heft 42 vom 19. Oktober 2001. Berlin: Deutscher Ärzteverlag. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/inhalt?heftid=2280>
Zuletzt abgerufen am 23.03.2017

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (Hrsg.) (2005): Frau Sucht Liebe. „Co-Abhängigkeit und Beziehungssucht“. Hamm.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. - Memorandum: Angehörige in der Sucht-Selbsthilfe (2013):

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2013-09-19_Memorandum_Angehoerige_in_der_Sucht-Selbsthil.pdf
Zuletzt abgerufen am 22.03.2017

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Bundesministerium für Gesundheit (2016): Drogen- und Suchtbericht. Berlin
http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2016/2016_2/160928_Drogenbericht-2016_NEU_Sept.2016.pdf
Zuletzt abgerufen am 22.03.2017

Eckert, J. (Hrsg.), Biermann-Ratjen, E.-M., Höger, D. (2006): Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Heidelberg: Springer Verlag. S.93 ff.

Elternkreis suchtgefährdeter und suchtkranker jugendlicher und erwachsener Darmstadt (2016): 25 Jahre Selbsthilfe. S. 4ff.

Fengler, J. in: Stimmer, Prof. Dr. F. (Hrsg.), Andreas-Siller, P. (2000): Suchtlexikon. München: Wissenschaftsverlag GmbH. S. 91

Feuerlein, W. (2005): Alkoholismus – Warnsignale, Vorbeugung, Therapie. München: C. H. Beck Verlag. S. 19-62

Flassbeck, J. (2010): Co-Abhängigkeit. Diagnose, Ursache und Therapie für Angehörige von Suchtkranken. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 91 ff.

Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe Bundesverband e. V. – Selbsthilfeorganisation (Hrsg.) (2002-2004): Mitglied im Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V., Kassel und in der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V., Hamm. http://www.freundeskreise-sucht.de/uploads/media/CoAbhaengigkeit_erkennen.pdf
Zuletzt abgerufen am 19.03.2017

Gastiger, S., Abstein, H. (Hrsg.) (2012): Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag. S. 7-10

Gross, W. (2016): Was Sie schon immer über Sucht wissen wollten. Berlin: Springer Verlag. S. 129-134

Hofstetter, H. (Jahr unbekannt): Alkohol in der Familie – ein Leben unter Druck. Blaues Kreuz.

Hörauf, W. (2016): Alkohol in der Familie. Im Spannungsfeld von Co-Abhängigkeit und Resilienz. München: Akademische Verlagsgemeinschaft. S. 69-73

Internetauftritt des Elternkreises suchtgefährdeter und suchtkranker Jugendlicher und Erwachsener in Darmstadt (2017): <http://www.elternkreis-darmstadt.de/>

Zuletzt abgerufen am 22.03.2017

John, U. (1996): Diagnostik und Klassifikation stoffgebundener Abhängigkeit. In: Mann K, Buchkremer G, eds.: Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Stuttgart: Fischer Verlag

KPRd (2017): Projekte „Halt“.

<http://www.kprd.de/netzwerk/projekte-halt/>

Zuletzt abgerufen am 03.05.2017

Körtel, K., Krasnitzky-Rohrbach, U. (Hrsg.) (2004): Co-Abhängigkeit erkennen. Angehörige von Suchtkranken im Blickpunkt ärztlich-therapeutischen Handelns. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 11 ff.

Lindemann, H. (Hrsg.); Balgo, R. (2006): Theorie und Praxis systemischer Pädagogik. Band 1. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für systemische Pädagogik. S. 14 ff.

Lindenmayer, J. (2005): Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 2-17

Pabst, A. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Sucht, 59 (6). Bern: Hogrefe Verlag. S. 321-331
<http://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/0939-5911.a000275>
Zuletzt abgerufen am 22.03.2017

Rennert, M. (2012): Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag. S. 119 ff.

Saleh-Ebrahimi, S.; Korfmann, F.; Wagner, S. (2017): Volksdroge Alkohol – der legale Rausch <https://www.zdf.de/dokumentation/zdfzoom/zdfzoom-volksdroge-alkohol---der-legale-rausch-100.html>
Zuletzt abgerufen am 22.02.2017

Singerhoff, L. (2002): Frauen und Sucht. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. S. 212 ff.

Sonntag, D.; Hellwich, A. K.; Bauer, C. (2007): Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren e. V. (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2007. Hamm: Neuland Verlag. S. 160-178

Stern online (2016): Vom 26.10.2016 <http://www.stern.de/tv/stern-tv-chat-mit-dr--gallus-bischof-zum-thema-alkohol-sucht-und-co-abhaengigkeit-von-angehoerigen-und-partnern-7119482.html>
Zuletzt abgerufen am 02.04.2017

Sting, S.; Blum, C. (2003): Soziale Arbeit in der Suchtprävention. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag. S. 21-26

Stoll, B. (2001): Betriebliche Sozialarbeit. Aufgaben und Bedeutung Praktische Umsetzung. Regensburg/Berlin: Walhalla Verlag. S. 20 ff.

Teischel, O. (2014): Krankheit und Sehnsucht - Zur Psychosomatik der Sucht Hintergründe - Symptome – Heilungswege. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. S. 35-41

Waldhelm-Auer, B. (2016): Geschlecht und Co-Abhängigkeit. Das Schicksal von Partnerinnen in Suchtbeziehungen. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie, Dezember 2016, Ausgabe 15. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 205-219

WHO - Weltgesundheitsorganisation (2013): International Classification of Diseases. 10. Ausgabe

Wirtz, M. A. (Hrsg.) (2016): Dorsch - Lexikon der Psychologie. 18. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag. S. 38-42

8. Anhänge

Anhang 1: Beratungs- und Anlaufstellen für Angehörige von Suchtkranken nach CRAFT

Einrichtungen, in denen Angehörigenarbeit nach dem CRAFT-Ansatz angeboten wird.

Stand: Oktober 2016

Evangelische Stadtmission Halle e.V.

Weidenplan 3-5

06108 Halle/Saale

AWO Suchtberatungsstelle in Halle (Saale) | Hauptstelle

Trakehnerstraße 20

06124 Halle (Saale)

Telefon: 0345 8057066

Fax: 0345 8062791

www.awo-halle-merseburg.de/suchtberatung

suchtberatung@awo-halle-merseburg.de

Evangelische Suchtberatungsstelle Rostock

Dalwitzhofer Weg 1

18055 Rostock

Tel. 0381-455128

HELIOS Kliniken Schwerin

Carl-Friedrich-Flemming-Klinik

Tel.: +49 385 520 3282

Fax.: +49 385 529 7091

Wismarsche Straße 393-397, D - 19049 Schwerin

Praxis für systemische Therapie & Beratung

Hanssensweg 14

22303 Hamburg-Winterhude

Telefon 040/27807043

Email kontakt@therapie-systemisch.info

www.therapie-systemisch.info

Ambulante und Teilstationäre Suchthilfe

ATS Bad Segeberg

Gartenstr. 17

23795 Bad Segeberg

Tel. 04 551 / 8 43 58

Fax 04 551 / 8 45 41

Mail sucht.se@ats-sh.de

Web www.ats-sh.de

Frauen Sucht Gesundheit e.V.

Die Frauensuchtberatung Schleswig-Holstein

Zentrum für Angehörige

Holtenauer Str. 127

24118 Kiel

Tel. (0431) 6 15 49

Fax (0431) 66 59 75

Suchtberatung/Diakonisches Werk Kassel

Zentrum für Sucht- und Sozialtherapie

Frankfurter Str. 78 A

34121 Kassel

Tel. 0561-93895 40

Fax 0561-93895 88

Verbund für integrative und soziale therapeutische Arbeit vista

Drogen- und Suchtberatung Marzahn-Hellersdorf

Im Gesundheitszentrum Springpfuhl

Allee der Kosmonauten 47, 12681 Berlin

Tel. 030/ 290278-181

Fax 030/ 290278-199

Alkohol und Drogenberatung Pankow

Erich-Weinert-Straße 145

10409 Berlin (Berlin)

Telefon: 030 / 4471110

E-Mail: pankow@vistaberlin.de

Confamilia

Lahnstr. 84

12055 Berlin-Neukölln (auch auf Russisch)

Diakonisches Werk Kassel

Zentrum für Sucht- und Sozialtherapie

Frankfurter Straße 78 A

34121 Kassel

Tel.: 0561 93895 -0

Fax: 0561 93895 -88

Diakonieverbund Sucht Osnabrück/Emsland:

49565 Bramsche, Münsterstr.7 (05461/88298-0)

49356 Diepholz, Hinterstr. 15 (05441/987920)

49124 Georgsmarienhütte, Am Kasinopark 13 (05401/36587-10)

49809 Lingen, Bögenstr. 7 (0591/800410)

49324 Melle, Riemsloher Str. 5 (05422/9400-900)

49716 Meppen, Schützenstraße 16 (05931/98150)

49078 Osnabrück, Lotter Str. 125 (0541/940100)

26871 Papenburg, Landsbergstraße 9 (04961/9888-0)

Ambulante Suchthilfe Bonn

Uhlgasse 8

53127 Bonn

Tel.: 0228 688 588 0

Fax: 0228 688 588 10

Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e.V.

Bereich Soziale Arbeit

Suchthilfe und Suchtselbsthilfe

Strombergstr. 11

70188 Stuttgart

Tel. 0711 2633-1179

Fax 0711 2633-1189

www.caritas-rottenburg-stuttgart.de

Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle

Caritasverband für Stuttgart e.V.

Katharinenstr. 2/b

70182 Stuttgart

T: 0711 – 248929-10

F: 0711 – 248929 -11

www.caritas-stuttgart.de

Suchtberatung Nürtingen

Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle

Kirchstr. 17

72622 Nürtingen

Tel. 07022-932440

Fax 07022-9324410

www.suchtberatung-nuertingen.de

RegioPSB Blaues Kreuz Lörrach

79539 Lörrach, Spitalstrasse 60

Tel/Fax 07621 44612/ 420674

Centrum für Integrative Psychosomatische Medizin

MVZ CIPM GmbH

Landshuter Allee 45

80637 München

Tel. 089 18 95 169 13

Fax 089 18 95 169 9

Caritas Fachambulanz für Suchtprobleme

Gestütstraße 4a

84028 Landshut

Tel.: 0871/805-160

Fax.: 0871/805-159

Drogenhilfe Schwaben gemeinnützige GmbH

Jesuitengasse 9

86152 Augsburg

Tel.08 21. 34 39 0 - 10

Fax 08 21. 34 39 0 - 31

Suchtfachambulanz Augsburg-Land

Caritasverband für die Diözese Augsburg e. V.

Weidenhartstr. 31

86830 Schwabmünchen

Telefon: 08232 9664-0

Fax: 08232 9664-21

Caritas-Drogenberatung

Georgstrasse 27, 88212 Ravensburg

0751/352 600 3

georgstrasse@caritas-bodensee-oberschwaben.de

Diakonisches Werk Altdorf-Hersbruck-Neumarkt e.V.

Suchtberatung Nürnberger Land

Außenstelle Lauf

Marktplatz 50

91207 Lauf

Tel.: 09123 84218

Fax: 09123 981069

Anhang 2: Community Reinforcement and Family Training - CRAFT



**Forschung
PATIENTEN-
ORIENTIERUNG**
CHRONISCHE
KRANKHEITEN

Psychosoziale Intervention bei Angehörigen von Personen mit chronischer Alkoholabhängigkeit

Gallus Bischof, Julia Iwen, Christian W. Müller, Anja Kreuzer, Hans-Jürgen Rumpf

Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Hintergrund

- In Deutschland gelten 5-7 Mio. Angehörige von Alkoholabhängigen als von der Abhängigkeit unmittelbar mitbetroffen.
- Angehörige weisen einen erhöhten Leidensdruck sowie eine erhöhte Rate psychosozialer Beeinträchtigungen und stressbedingter Erkrankungen auf.
- Es besteht eine Unterversorgung dieser Personen-gruppe trotz Behandlungsbedarfs.

Intervention

Community Reinforcement Approach and Family Training (CRAFT)

- In den USA entwickelter, lerntheoretisch fundierter Ansatz für Angehörige von nicht behandlungsbereiten suchtkranken/Indexpatienten („IP“)
- Bisher Wirksamkeitsnachweise aus US-amerikanischen Studien für Alkohol, Drogen, pathologisches Glücksspielen

Ziele von CRAFT:

- Reduktion des Substanzkonsums des IP
- Behandlungsaufnahme des IP
- Verbesserung der Lebensqualität des Angehörigen

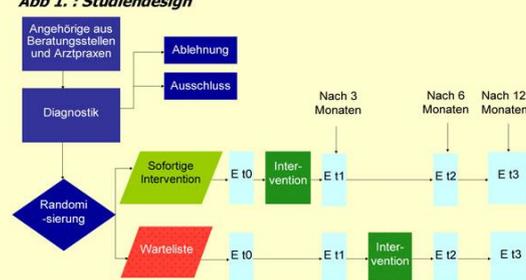
Ablauf: 12 wöchentliche, individualisierte Einzelsitzungen

- Motivieren der teilnehmenden Angehörigen
- Gewaltpräventive Strategien
- Funktionale Verhaltensanalyse des Konsumverhaltens
- Kommunikationstraining
- Nutzung positiver Verstärkung
- Nutzung negativer Konsequenzen
- Verbesserung der Lebensqualität des Angehörigen
- Vorbereitung einer Behandlung für den IP
- Umgang mit Rückfällen

Methode

Randomisierte Wartelisten-Kontrollgruppenstudie

Abb 1. : Studiendesign



Einschlusskriterien für Studienteilnahme

- Angehörige von Personen mit alkoholbezogener Störung
- Mit IP zusammenlebend oder mind. 20 Std./Woche Kontakt

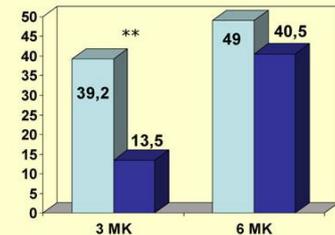
Derzeitiger Stand

- Insg. 88 eligible Studienteilnehmer aufgenommen, von denen auch 3- und 6-Monatskatamnesen vorliegen
- Davon 82 weibliche und 6 männliche Probanden
- IPs sind Ehe-/Lebenspartner (76,3%), Elternteil o. Geschwister (9,1%), Kinder (10,2%), Freunde (2,3%)

Ergebnisse

- Die Angehörigen der sofortigen Interventionsgruppe (IG) konnten nach 3 Monaten Teilnahme an CRAFT signifikant mehr IPs (39,2%) zu einer Behandlung motivieren als zeitgleich die Angehörigen der Wartegruppe (WG; 13,5%) (p=0.007). Nachdem auch die WG Behandlung erhalten hatte, unterschieden sich die beiden Gruppen nach 6 Monaten nicht mehr voneinander.
- Die IG-Teilnehmer schätzten nach 3 Monaten den Alkoholkonsum ihrer IPs signifikant niedriger ein als die WG-Teilnehmer. Dieser Unterschied verschwand, nachdem die WG die Intervention erhalten hatte.

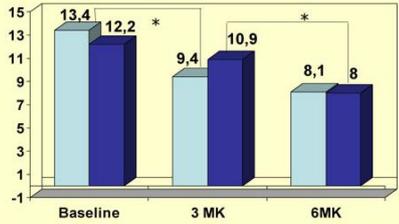
Abb2: Inanspruchnahmerate nach 3 und 6 Monaten (in Prozent)



Zeitpunkt	IG (%)	WG (%)
3 MK	39,2	13,5
6 MK	49	40,5

- Die psychische Belastung der teilnehmenden Angehörigen ging in beiden Gruppen jeweils nach der Intervention signifikant zurück (Abb.3)

Abb3: BDI-Scores Baseline und nach 3 und 6 Monaten



Zeitpunkt	IG	WG
Baseline	13,4	12,2
3 MK	9,4	10,9
6 MK	8,1	8

Schlussfolgerungen

- Die Studie überprüft erstmals im europäischen Raum einen erfolgversprechenden Interventionsansatz für eine unterversorgte Personengruppe.
- Die Ergebnisse aus den 3- und 6-Monats-Katamnesen belegen die Wirksamkeit von CRAFT bezüglich der Inanspruchnahme von suchtspezifischen Hilfen und der Trinkmengenreduktion auf Seiten des IP, sowie der Verbesserung der psychischen Gesundheit der teilnehmenden Angehörigen.

Gefördert durch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen 01 GX 0702)
 Kontakt: G. Bischof, Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Tel.: +451 5004860, Fax: +451 5003480, E-mail: Gallus.Bischof@psychiatrie.uk-sh.de

(Quelle: <http://www.forschung-patientenorientierung.de/index.php/projekte/erste-foerderphase/modul-eins-phase-1/craft-bischof.html>) Zuletzt abgerufen am 01.05.2017

Anhang 3: Test – Bin ich co-abhängig?

Die folgenden Fragen können Ihnen helfen herauszufinden, inwieweit Sie als Angehöriger oder Kollege eines Alkoholkranken co-abhängig sind.

ja / nein

Sie ahnen, dass Ihr Angehöriger /Ihre Angehörige oder Ihr Kollege /Ihre Kollegin „anders“ trinkt. Haben Sie ihn / sie schon des Öfteren darauf ohne Erfolg angesprochen?

ja / nein

Sie möchten, dass Ihr Angehöriger /Kollege weniger trinkt und deshalb z. B. zu Hause bleibt und nicht in die Gastwirtschaft geht. Haben Sie schon mit ihm getrunken, damit er nicht zu viel trinkt?

ja / nein

Übernehmen Sie zunehmend Aufgaben und Verantwortung in Bereichen, für die eigentlich Ihr Angehöriger /Kollege zuständig ist?

ja / nein

Werden Sie von Verwandten / Nachbarn / Kollegen oder anderen für Ihren Einsatz und Ihr „Opfer“ gelobt?

ja / nein

Fühlen sie sich zum Lügen und zum Decken von Unregelmäßigkeiten genötigt, weil Sie Ihren Angehörigen / Kollegen nicht fallen lassen wollen?

ja / nein

Fühlen Sie sich gut und stark, wenn sich der Abhängige schwach fühlt und Sie braucht?

ja / nein

Zweifeln Sie manchmal an Ihrer eigenen Beobachtungsgabe und Wahrnehmung, wenn es um die Beurteilung Ihres Angehörigen / Kollegen geht?

ja / nein

Sind Sie mit Ihren Gefühlen stark von der Situation des Angehörigen / Kollegen abhängig?

ja / nein

Manchmal haben Sie die Hoffnung, dass alles wieder wird wie früher. Dann verstärken Sie Ihre Hilfe – und sind bei einem Rückfall völlig niedergeschlagen und verzweifelt.

ja / nein

Die ständige Belastung greift Ihre Gesundheit an. Leiden Sie unter körperlichen und psychischen Beschwerden?

ja / nein

Greifen sie selbst zu Alkohol bzw. Medikamenten (Schlaf- und Beruhigungsmittel usw.), um den Stress aushalten zu können?

ja / nein

a) Haben Sie Ihrem Angehörigen schon einmal mit Trennung bzw. Scheidung gedroht, weil er so viel trinkt?

b) Haben Sie Ihrem Kollegen schon einmal mit einem Gespräch beim Chef bzw. mit einer Abmahnung gedroht, weil er so viel trinkt?

ja / nein

Kreisen manchmal Todeswünsche in Ihrem Kopf (z B. „Wenn er doch nur einmal gegen einen Baum fahren würde!“)?

ja / nein

Fühlen Sie sich angesichts des Abhängigen und Ihrer Lage ohnmächtig und möchten am liebsten aufgeben?

ja / nein

Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Angehöriger / Kollege völlig abrutschen könnte, wenn Sie sich nicht mehr um ihn kümmern würden?

ja / nein

Ziehen Sie sich zunehmend zurück aus Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis und vom gesellschaftlichen Leben?

ja / nein

Teilen Sie Ihrem Angehörigen / Kollegen die Alkoholrationen ein bzw. kontrollieren Sie sein Trinken?

ja / nein

Haben Sie dem Abhängigen schon des Öfteren gedroht, aber diese Drohung dann doch nicht wahrgemacht oder vergessen?

ja / nein

Haben Sie manchmal Angst vor Aggressionen, Gewaltanwendung Ihres Angehörigen / Kollegen?

ja / nein

Fühlen Sie sich für das Trinken Ihres Angehörigen / Kollegen irgendwie verantwortlich, ja vielleicht „schuldig“?

ja / nein

Wissen Sie zeitweise nicht, wie Sie bedingt durch das Verhalten des Alkoholabhängigen,

a) finanziell über die Runden kommen sollen?

b) mit der Mehrarbeit und Mehrbelastung zurechtkommen sollen?

ja / nein

a) sind Ihnen im Zusammenleben mit dem Abhängigen wesentliche Bereiche einer gesunden Beziehung, z. B. Vertrauensbasis, Austausch von Zärtlichkeiten usw., verloren gegangen?

ja / nein

b) Sind Ihnen in der Zusammenarbeit mit dem Abhängigen wesentliche Bereiche eines guten Betriebsklimas verloren gegangen?

ja / nein

Auswertung

0 Frage(n) wurden mit 'ja' beantwortet, 0 Frage(n) wurden mit 'nein' beantwortet.

Wie viele Fragen haben Sie mit Ja beantwortet?

Aus dem Ergebnis können Sie Ihre Situation erkennen:

3 x JA

Wenn Sie drei Fragen mit JA angekreuzt haben, besteht die Möglichkeit, dass Sie co-abhängig sind.

5 x oder mehrmals JA

Wenn Sie fünf und mehr Fragen mit JA angekreuzt haben, sind Sie stark betroffen und co-abhängig. Auch wenn es Ihnen nicht sofort einsichtig ist – Sie brauchen Hilfe von außen, damit Sie aus Ihrer Co-Abhängigkeit herauskommen. Darum: Brechen Sie Ihr Schweigen und wenden Sie sich an sachkundige Menschen, denen Sie vertrauen können.

(Quelle: <http://www.blaues-kreuz.de/bundeszentrale/uebersucht/info-abhaenige/alk-selbsttest.html>) Zuletzt abgerufen am 11.04.2017

Anhang 4: Wenn Alkohol zum Problem wird

Wenn Alkohol zum Problem wird ...

- Das Thema wird häufig in der Familie zum Tabu; sprechen Sie mit jemandem über das, was wirklich los ist.
- Familienmitglieder sind häufig von ihren eigenen Erfahrungen verwirrt; sprechen Sie mit jemandem darüber, der etwas von Alkoholproblemen versteht.
- Viele Familienmitglieder sind häufig unfähig, ihre Gefühle zu zeigen; trauen Sie Ihrem eigenen Gefühl.

Nicht vergessen!

- Sie sind nicht allein.
- Sie trifft keine Schuld.
- Sie sind nicht dafür verantwortlich, wenn Ihr Partner/Ihre Partnerin trinkt.
- Wenden Sie sich an Ihre Beratungsstelle oder eine Selbsthilfegruppe. Dort erhalten Sie Rat und Hilfe – diskret und kompetent.

Hilfe finden Sie hier:

»Mein Partner trinkt ... das schafft mich ... ich glaube, ich hab' damit ein Problem.«



Herausgeber
DHS
 Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
 Postfach 19 09
 59009 Hamm
 Fax 0 23 84/90 19-30
 eMail info@dhs.de
 Internet: www.dhs.de

Informationsstellen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Köln.
 Tel. 02 21 / 89 20 31
 Mo - Di. 10.00 - 22.00 Uhr
 Fr - So. 10.00 - 18.00 Uhr

BARMER
 Deutschlands größte Krankenkasse

Alkohol
 Verantwortung setzt die Grenze

Wird Alkohol zum Problem?

»Mir fehlt jemand, mit dem ich vertraulich über die Alkoholprobleme sprechen kann...«

»Manchmal habe ich das Gefühl: Diesen Menschen kennst Du nicht mehr ...«

Du trinkst ständig!

Kein Wunder, dass ich trinke.

Du nörgelst immer an mir rum.

Fragen an Partner/-in, Verwandte oder Freunde von Menschen, die Alkoholprobleme haben

- Geben Ihnen die Trinkgewohnheiten Ihres Partners/Ihrer Partnerin zu denken?
- Führen die Trinkgewohnheiten Ihres Partners/Ihrer Partnerin und Ihre Reaktion darauf zu einer gespannten und ängstlichen häuslichen Atmosphäre?
- Befürchten Sie, von Ihrem Partner/Ihrer Partnerin geschlagen oder beleidigt zu werden?
- Versuchen Sie, die Trinkgewohnheiten Ihres Partners/Ihrer Partnerin zu beeinflussen?
- Stehen Sie für die Folgen gerade, die sich aus dem Alkoholproblem Ihres Partners/Ihrer Partnerin ergeben (z. B. Rechnungen bezahlen, Überstunden machen)?
- Verschieben Sie es immer wieder, Hilfe für Ihre Familienprobleme in Anspruch zu nehmen?

Können Sie diese Fragen mit »Ja« beantworten? Dann nehmen Sie sich die drei »k« zu Herzen, und beachten Sie unsere Ratschläge auf der Rückseite.

Denken Sie an die drei »k«:

Sie können die Alkoholprobleme Ihres Partners/Ihrer Partnerin **nicht kontrollieren.**

Sie können die Trinkgewohnheiten Ihres Partners/Ihrer Partnerin **nicht korrigieren.**

Sie können die Alkoholkrankheit ihres Partners/Ihrer Partnerin **nicht kurieren.**

(Quelle: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/FB_Mein_Partner_trinkt.pdf) Zuletzt abgerufen am 01.05.2017

9. Erklärung zur selbstständigen Arbeit

„Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die im Quellenverzeichnis angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Quellen entnommen sind, sind als solche kenntlich gemacht. Die Zeichnungen oder Abbildungen in dieser Arbeit sind von mir selbst erstellt worden oder mit einem entsprechenden Quellennachweis versehen. Diese Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner anderen Prüfungsbehörde eingereicht worden.

Mir ist bekannt, dass ein Täuschungsversuch, der zur Exmatrikulation führen kann, vorliegt, wenn sich die vorstehende Erklärung als unrichtig erweist.“

Leonie Decher

Darmstadt, den 09.05.2017

StudentIn

HauptreferentIn

Ich stimme der Aufnahme dieser Bachelorarbeit in die Bibliothek des Fachbereichs Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit zu.

zu
 nicht zu
(bitte ankreuzen)

zu
 nicht zu
(bitte ankreuzen)

Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist
(3 Jahre) soll diese Bachelorarbeit
ausleihbar in die Bibliothek eingestellt
werden.

Ja
 Nein
(bitte ankreuzen)

Unterschrift StudentIn

Unterschrift HauptreferentIn