

Angehörige alkoholkranker PatientInnen

Eine andere Sicht auf die Angehörigenarbeit

Veronika Rappersberger

Masterthese
eingereicht zur Erlangung des Grades
Master of Science in Suchtberatung und Prävention
an der Fachhochschule St. Pölten
im Jänner 2018

Erstbegutachter:
FH-Prof. DSA Kurt Fellöcker, MA, MSc

Zweitbegutachterin:
FH-Prof. Mag. Dr. Maria Maiss

Abstract

Veronika Rappersberger

Angehörige alkoholkranker PatientInnen – Eine andere Sicht auf die Angehörigenarbeit

Masterthese, eingereicht an der Fachhochschule St. Pölten im Jänner 2018

Die Zielgruppe der Suchthilfe sind in erster Linie die Suchtkranken selbst. Dagegen werden jene Personen, die das unmittelbare soziale Umfeld der Suchtkranken bilden, oft ungenügend in den Krankheitsverlauf einbezogen. Sie erfahren daher wenig Unterstützung und Betreuung. Um eine Basis an Hintergrundwissen zu schaffen, werden in dieser Masterthese zunächst verschiedene Aspekte der Alkoholerkrankung und mögliche Probleme der Angehörigen theoretisch dargestellt. Anschließend wird mittels qualitativer Interviews mit ExpertInnen aus dem Suchtbereich erhoben, welche Probleme einer sinnvollen Auseinandersetzung mit Alkoholkranken im Wege stehen und schließlich in einer Gruppendiskussion mit alkoholkranken PatientInnen deren Bedürfnisse im Hinblick auf das Verhalten ihrer Angehörigen untersucht. Die Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass sich Patienten vor allem mehr Interesse, Verständnis und Empathie ihres sozialen Umfeldes wünschen. Daher sollten Angehörige mehr Information und Aufklärung über die Problematik der Alkoholkrankheit erhalten. Nur dann können sie ihre Verhaltensweisen auf die Bedürfnisse der Alkoholkranken abstimmen und wirkungsvoll zu deren Genesung beitragen. Zusammenfassend wird aufgezeigt, dass die begleitenden Personen von Alkoholkranken mehr soziale und fachliche Unterstützungs- und Beratungsmöglichkeiten benötigen, um selbst den Nöten und Bedürfnissen der Kranken entsprechen zu können. Eine Stabilisierung des menschlichen Umfelds der Alkoholkranken könnte eine effektivere Hilfe für die Betroffenen gewährleisten.

Stichworte: *Alkohol, Alkoholranke, Angehörige, Angehörigenarbeit, Angehörigenbetreuung*

Abstract

Veronika Rappersberger

Relatives of alcoholics in treatment – a different perspective on relatives work

Master thesis, submitted at St. Pölten University of Applied Sciences, January 2018

Addiction care primarily targets affected patients directly, whereas persons of the intimate social environment are frequently not too closely included into this professional, socio-medical assistance. Therefore, they receive little support and guidance. In the first part of this master thesis various theoretical perspectives of alcohol addiction and of the social surrounding of patients are addressed. Secondly, in high-quality research-interviews with experts in the field of alcohol addiction this paper examines potential problems that might interfere with a meaningful collaboration between patients and their relatives. Finally, in a group discussion with alcoholics their very needs regarding the behavior of their social environment are investigated. The set of data has been collected and evaluated with Mayring's qualitative content analysis. The results of this study clearly show that patients mainly wish for interest, understanding and empathy from their social environment. Therefore, the social surrounding should receive more expert-information about the nature of alcoholism as well as professional counselling and guidance. This would allow for a better understanding of the needs of alcoholics and might contribute to and support their successful rehabilitation. To summarize, this thesis clearly indicates that people of the social environment of alcohol addicts need more expert-structures and professional guidance to individually meet the requirements of the patients. Only a well informed and educated social environment could facilitate an effective support and help for the patients.

Keywords: Alcohol, alcoholics, relatives, relatives work, relatives care

Danksagung

Ich möchte mich bei allen Personen bedanken, die mich während meiner Masterarbeit fachlich und menschlich so gut unterstützt und motiviert haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Betreuer, Herrn Prof. DSA Kurt Fellöcker, Ma, MSc, für seine vielen Anregungen und Ideen, seine wohlwollende Unterstützung und für seine konstruktive Kritik. Ich danke auch Frau Prof. Mag. Dr. Maria Maiss für die Begutachtung meiner Arbeit.

Ebenso bedanke ich mich bei Herrn Univ. Prof. Dr. Michael Musalek für die Ermöglichung der praktischen Umsetzung dieser Masterarbeit am Anton Proksch Institut. Danken möchte ich auch Herrn Dr. Oliver Scheibenbogen für sein Engagement und seine Unterstützung bei meiner Gruppendiskussion mit PatientInnen.

Ich danke allen ExpertInnen und PatientInnen für ihre Hilfe bei der Erhebung zahlreicher Daten, die dieser Arbeit zugrunde liegen.

Herzlich bedanke ich mich auch bei meinen Eltern, meinem Freund und meinen Geschwistern, sowie bei meinen Freunden und Freundinnen für ihre Geduld mit mir und viele fachliche Anregungen, vor allem aber für ihre Motivation.

Veronika Rappersberger

Wien, Jänner 2018

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	8
1.1 Theoretische Hinführung zur Thematik	8
1.2 Forschungsfrage	8
1.3 Zielsetzung	9
1.4 Aufbau und Gliederung der Arbeit	9
I. Theoretischer Teil	11
2. Der Alkohol	11
2.1 Alkohol in Österreich	12
2.2 Der Begriff des Alkoholismus	13
2.3 Die Alkoholkrankheit	14
2.3.1 <i>Zusätzliche Diagnosen</i>	16
2.4 Die Entstehung der Alkoholkrankheit	16
2.5 Die Therapie der Alkoholkrankheit	18
2.5.1 <i>Therapieziele</i>	19
2.5.2 <i>Therapeutische Angebote</i>	20
2.5.3 <i>Ambulante und stationäre Therapien der Alkoholkrankheit unter Einbeziehung der Angehörigen</i>	22
3. Angehörigenarbeit	23
3.1 Der Begriff „Angehörige“	23
3.2 Der Begriff „Angehörigenarbeit“	23
3.3 Leidensdruck und Probleme der Angehörigen	24
3.4 Der Begriff der „Co-Abhängigkeit“	25
3.5 Hilfe zur Selbsthilfe	29
3.5.1 <i>Eine Leitlinie für Co-Abhängige nach Kolitzus</i>	29
3.5.2 <i>Selbsthilfegruppen für Angehörige</i>	31
II. Empirischer Teil	33

4. Der Forschungsprozess	33
4.1 Ausgangslage und Motivation	33
4.2 Die Forschungsfrage	34
4.3 Methodik der Datenerhebung	35
4.3.1 <i>Das ExpertInneninterview</i>	35
4.3.2 <i>Die Gruppendiskussion</i>	37
4.4 Kontaktaufnahme	38
4.5 Durchführung der Befragungen	39
4.6 Methodik der Datenauswertung	40
5. Darstellung der Forschungsergebnisse	41
5.1 Selbstreflexion und Selbsthilfe der Betroffenen	42
5.2 Verhaltensweisen der Angehörigen aus Sicht der Betroffenen	43
5.2.1 <i>Positive Verhaltensweisen</i>	43
5.2.2 <i>Positive Verhaltensweisen von beiden Seiten</i>	47
5.2.3 <i>Ambivalente Verhaltensweisen der Angehörigen</i>	50
5.2.4 <i>Negative Verhaltensweisen der Angehörigen</i>	53
5.2.5 <i>Nicht-hilfreiche Verhaltensweisen der Angehörigen</i>	56
5.3 Verhaltensratschläge der ExpertInnen	57
5.4 Hilfen der ExpertInnen für die Angehörigen	63
5.4.1 <i>„Know-How“ der ExpertInnen</i>	63
5.4.2 <i>Aufgaben der ExpertInnen</i>	64
5.4.3 <i>Angebote für Angehörige</i>	67
6. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	69
7. Resümee	73
8. Literaturverzeichnis	77
9. Anhang	80

1. Einleitung

1.1 Theoretische Hinführung zur Thematik

Wenn man bedenkt, dass in Österreich ungefähr 370.000 Menschen alkoholkrank sind und an die 760.000 Personen Alkohol in einem gesundheitsschädlichem Maß konsumieren und von diesen hunderttausenden betroffenen Menschen jeder im Durchschnitt mindestens zwei, meistens auch mehr Angehörige hat, dann gibt es weitaus mehr Angehörige als Betroffene selbst. Jeder von uns kann in die Situation kommen, Angehöriger oder Angehörige eines oder einer Suchtkranken zu werden (vgl. Österreichische Arge Suchtvorbeugung 2017:2).

Angehörige bemerken meist viel früher, dass ihr Familienmitglied in eine Sucht abgeglitten ist und leiden daher oftmals schon sehr viel länger als die Betroffenen selbst. Deshalb ist es besonders wichtig, sie in die Betreuung und Therapie der Suchtkranken mit einzubeziehen, beziehungsweise ihnen auf ihre eigene Problematik ausgerichtete Beratungs- und Therapiemöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Sie spielen außerdem eine bedeutende Rolle für die Behandlungswilligkeit der PatientInnen – oftmals sind die Angehörigen diejenigen, die den Erstkontakt zu einer Beratungsstelle herstellen.

Nicht nur in Fachkreisen, in der gesamten Gesellschaft sollte ein Umdenken erfolgen. Fast immer sind alkoholranke Personen von mehreren Angehörigen umgeben, welche ihnen helfen und sie aus der Sucht befreien wollen. Täglich haben diese nahestehenden Personen mit Angst, Scham, Ärger, zerstörten Hoffnungen und Enttäuschungen, Verzweiflung und Ohnmacht zu tun. Bisher wird diesem Leiden der Angehörigen wenig Beachtung geschenkt. Die folgende Arbeit soll den Fokus auf die Notwendigkeit der Angehörigenarbeit lenken. Darauf, wie man Angehörige unterstützen kann, aber insbesondere auch, wie Angehörige den Betroffenen sinnvoll helfen können. Sobald das Umfeld der Alkoholkranken stabilisiert ist, wird auch eine effektivere Hilfe für die Betroffenen gewährleistet.

1.2 Forschungsfrage

Die Thematik der Angehörigenarbeit wird zumeist aus dem Blickwinkel von ExpertInnen oder von den Angehörigen selbst erläutert. Es gilt jedoch auch

aufzuzeigen, welche Bedürfnisse sich aus den Beobachtungen und Erfahrungen der eigentlich Betroffenen ableiten lassen. Hieraus ergibt sich die Fragestellung der folgenden Arbeit:

- ***Was wünschen sich alkoholranke PatientInnen von ihren Angehörigen?***
 - Welche Handlungsweisen von Angehörigen werden von Betroffenen als unterstützend in Bezug auf ihren Heilungsprozess erlebt?
 - Wie können SuchtberaterInnen Angehörige sinnvoll unterstützen?

1.3 Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit versucht Angehörigen von Suchtkranken und Personen, welche im Suchtbereich arbeiten, neue Sichtweisen in Bezug auf die Situation der suchterkrankten Betroffenen zu eröffnen. Es wird angestrebt, Tipps und Hilfestellungen zu erarbeiten, welche in der Folge mögliche Verhaltensänderungen der Angehörigen bewirken. Die völlig vernachlässigte Aufmerksamkeit gegenüber dem sozialen Umfeld der Betroffenen soll mehr in den Fokus von Einrichtungen geraten und ExpertInnen motivieren, sich umfassend mit diesem Thema zu beschäftigen.

1.4 Aufbau und Gliederung der Arbeit

Im theoretischen Teil wird die Thematik des Alkohols und dessen Auswirkungen auf die konsumierenden Personen und deren Umkreis beleuchtet. Zu Beginn wird näher auf die Alkoholkrankheit eingegangen, indem vorerst die Begriffe des Alkohols, des Alkoholismus und die in diesem Zusammenhang spezifische Situation in Österreich erklärt werden. Anschließend werden die Therapiemöglichkeiten der Alkoholerkrankung aufgezeigt, wobei auch die Rolle der Angehörigen miteinbezogen wird. Dies dient als Überleitung zum zweiten Abschnitt des theoretischen Teils, in welchem sich die Forscherin eingehend der Problematik der Angehörigen widmet. Hier werden die Begriffe der Angehörigen und der Angehörigenarbeit erläutert. Anschließend werden im theoretischen Teil verschiedene Hilfestellungen zur Selbsthilfe für Angehörige aus der Fachliteratur aufgezeigt.

Im empirischen Teil werden anfangs die Ausgangslage und die Motivation der Forschung beschrieben. Anschließend wird die Forschungsfrage erklärt und die Methodik der Datenerhebung, welche zur Beantwortung der Fragestellung führt, aufgezeigt. Darauf folgen die Datenauswertung und die Darstellung der Forschungsergebnisse. Der empirische Teil endet mit einer Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse.

Abschließend wird im Resümee der Arbeitsprozess reflektiert. Offene Fragen sollen als Impuls für die Neugestaltung und Ausweitung der bislang vernachlässigten Angehörigenarbeit dienen.

I. Theoretischer Teil

Nach den einleitenden Worten und dem Überblick zur Gliederung dieser Arbeit wird im ersten Abschnitt des theoretischen Teils dieser Masterthese, beginnend mit dem Kapitel „Der Alkohol“, direkt in die umfangreiche Thematik übergeleitet. Theoretisches Hintergrundwissen soll in diesem Zusammenhang dazu dienen, einen besseren Einblick in die „Welt“ der Betroffenen zu bekommen und Angehörigen ermöglichen, eine sinnvolle und brauchbare Unterstützung leisten zu können.

2. Der Alkohol

„Leise schleich‘ ich durch die Kehlen in die Seelen, ins Gemüt, lasse lachen, grübeln, prügeln, dirigiere Mut und Wut. Heimlich herrsch‘ ich über Liebe, über Kriege, Glück und Haß, (...) Außer als Nahrungsmittel ... und Durstlöscher diene ich als Schlaf- und Betäubungsmittel, als Angstlöser und Mutmacher, ja als Medium für menschliches Miteinander schlechthin. Unter ihnen, den Menschen, habe ich daher sehr viele Freunde und ungezählte Liebhaber. Deren Liebe kann so selbstlos sein, daß manche von Abhängigkeit reden, Ein paar Feinde habe ich auch – die meisten, waren meine besten Freunde, bevor sie von mir ließen. Und viele Abtrünnige kehren reumütig zurück in meine Arme. Das ist auch nicht sonderlich schwierig, gelte ich doch unter meinesgleichen als leicht erschwänglich und jederzeit verfügbar. (...)“ (Neffe 1992 zit. in Kolitzus 2014:79).

Diese personifizierende Definition eines der beliebtesten Suchtmittel aller Zeiten und aller Welten hebt sich über die fatalen Begleiterscheinungen, welche mit unkontrolliertem Konsum einhergehen, unterhaltsam hinweg.

Alkohol (chemisch Ethanol) ist das am weitesten verbreitete Suchtmittel. Der Gebrauch von alkoholischen Getränken lässt sich bis in die vorgeschichtliche Zeit zurückverfolgen. Der Mensch lernte durch Vergärung von Kohlenhydraten Alkohol zu erzeugen und dessen entspannende und berauschende Wirkung für unterschiedliche Zwecke einzusetzen. Der Konsum alkoholhaltiger Getränke war

jedoch immer schon umstritten. So wurde Alkohol sowohl verteufelt als auch idealisiert, religiös und politisch verboten, und zu jeder Zeit, ob öffentlich oder heimlich, wirtschaftlich ausgenützt. Alkohol dient zudem nicht nur als Durstlöscher und Rauschmittel, sondern auch als Medizin, Gift, Brennstoff, Reinigungsmittel und vieles mehr. In jedem Fall handelt es sich bei Alkohol um eine toxische Substanz, infolgedessen muss auch auf die negativen Folgen des Alkoholkonsums hingewiesen werden, wie beispielsweise auf den Alkoholismus¹ (vgl. Haller 1993:61; Schmidt 1993:17).

Die Verbreitung und Auswirkung dieser Suchtkrankheit soll nun anhand der spezifisch österreichischen Situation erläutert werden.

2.1 Alkohol in Österreich

Österreich zählt nach entsprechenden Statistiken seit etwa 100 Jahren zu den Ländern mit dem höchsten Alkoholkonsum weltweit (vgl. Eisenbach-Stangl 1993:55). Laut der Österreichischen Arge Suchtvorbeugung (2017:2) gelten ungefähr 370.000 ÖsterreicherInnen als alkoholkrank. Nahezu 760.000 sind einem gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum verfallen.

Die Zahl der an Alkohol erkrankten Personen ist in den letzten Jahren beinahe gleich geblieben, jedoch nimmt der Anteil der konsumierenden Frauen deutlich zu, während jener der Männer sinkt. Ungefähr zehn Prozent der ÖsterreicherInnen werden im Laufe ihres Lebens alkoholkrank (vgl. API).

Österreich ist eine Alkohol-permissive Gesellschaft. Das bedeutet, dass alkoholische Getränke jederzeit akzeptiert und positiv bewertet werden. Bestimmte Berufe und Aktivitäten, wie zum Beispiel Feuerwehr, Militär und Fußball, sind mit dem regelmäßigen, gelegentlich auch maßlosen Konsum von Alkohol eng verbunden (vgl. Berke 2017:12).

Alkohol gilt als Vehikel zur Förderung zwischenmenschlicher Beziehungen und wird als Kommunikationsmittel eingesetzt. Wer Alkoholkonsum ablehnt, wird oft überrascht nach Motiven gefragt, für die Abstinenz werden stichhaltige Begründungen erwartet. Es kann durchaus passieren, dass die Abstinenten die Rolle von Außenseitern geraten. Dies verdeutlicht, dass nicht nur der oder die

¹ Vgl. Kapitel 2.2.

Alkoholranke, sondern auch der oder die Alkoholabstinente in unserer Gesellschaft von der Norm abweicht (vgl. Schmidt 1993:36).

Diese Erkenntnisse wurden zwar vor mehr als zwanzig Jahren niedergeschrieben, entsprechen jedoch nach wie vor der Realität. In Kolitzus (2014:28) ist beispielsweise auch immer wieder die Rede von der „alkoholischen Gesellschaft“.

Nach Haller (1993:64) wird unter einer Permissivkultur verstanden, dass Alkoholgenuss erlaubt ist, Trunkenheit und andere pathologischen Erscheinungen des Konsums aber nicht toleriert und sogar geahndet werden. Die Bevölkerung ist an limitierten Alkoholkonsum gewöhnt, dieser beschränkt sich zumeist auf bestimmte Situationen, wie beispielsweise Mahlzeiten oder besondere Anlässe.

Heutzutage wird in Österreich Alkoholkonsum meistens nach wie vor verharmlost, die Alkoholkrankheit wird tabuisiert. Der Informationsstand zu der Thematik „Alkohol“ ist laut diversen Erhebungen gering (vgl. Österreichische Arge Suchtvorbeugung 2017:2).

Es ist wichtig, dass die Menschen aufgeklärt und informiert werden, da die vielfachen gesundheitlichen und sozialen Probleme, welche durch den Alkoholkonsum entstehen können, nicht nur die abhängigen Personen selbst betreffen, sondern vor allem auch ihr soziales Umfeld. Die Abhängigkeit besteht nicht nur zwischen den Konsumierenden und dem Alkohol, sondern insbesondere auch zwischen den Abhängigen und ihren Angehörigen (vgl. Flassbeck 2016:17).

In den nächsten Kapiteln werden die wichtigsten Begriffe umrissen.

2.2 Der Begriff des Alkoholismus

Der Begriff „Alkoholismus“ wurde im Zeitraum von mehr als 100 Jahren immer wieder ganz unterschiedlich definiert, unter anderem als schlechte Gewohnheit, als eine Reaktionsmöglichkeit auf soziale und psychische Belastungen, als ein Symptom einer zugrundeliegenden psychischen Störung, aber auch als eine chronische Erkrankung (vgl. Schmidt 1993:22).

Schmidt (1993:22) schreibt, dass der Begriff des Alkoholismus häufig sowohl für chronischen Alkoholmissbrauch als auch für Alkoholabhängigkeit verwendet wird.

Der Begriff des „Missbrauchs“ wird von den jeweiligen soziokulturellen Normen bestimmt.

Nach Schmidt (1993:22) sollte unter dem Begriff „Alkoholismus“ ausschließlich Alkoholabhängigkeit verstanden werden, welche chronischen Alkoholmissbrauch mit einschließt. Einem Missbrauch hingegen liegt nicht zwingend eine Abhängigkeit zugrunde, es kann sich lediglich um gewohnheitsmäßiges und nicht diszipliniertes Trinken handeln.

Heutzutage ist der Begriff des Alkoholismus zwar immer noch weit verbreitet, aber doch veraltet und nach Möglichkeit auch zu vermeiden, da er negativ behaftet ist, indem er den Betroffenen eine „Schuld“, eine „Willensschwäche“ und damit die alleinige Verantwortung zuschiebt. Begriffe wie „Dipsomanie“, „Trunk- oder Alkoholsucht“, aber auch der Begriff des Missbrauchs sollen nicht mehr verwendet werden. Stattdessen ist es üblich, von Alkoholkrankheit oder Alkoholabhängigkeit und von einem problematischen Alkoholkonsum zu sprechen (vgl. Hoffstetter, 2).

Die Autorin hält es für angebracht, den veralteten Begriff des Alkoholismus, der nach wie vor häufig in der Fachliteratur auftaucht und als Synonym für die Alkoholkrankheit verwendet wird, zu dem aktuellen Begriff der Alkoholkrankheit in Beziehung zu setzen.

2.3 Die Alkoholkrankheit

Unter Alkoholkrankheit versteht man eine hochkomplexe psychische Erkrankung, welche chronisch verläuft. Sie bezeichnet die Abhängigkeit von der psychoaktiven Substanz Ethanol (vgl. Alkohol ohne Schatten 2012).

Es wird zwischen physischer und psychischer Abhängigkeit unterschieden, wobei bei der Alkoholkrankheit beide Abhängigkeitsformen in enger Beziehung stehen (vgl. Schmidt 1993:23).

Nach Mann (2006:597) ist es wichtig zu betonen, dass die Diagnose einer Alkoholerkrankung nicht in erster Linie von der Menge des Alkoholkonsums abhängt. Die Fähigkeiten und Dispositionen der einzelnen Betroffenen tragen erheblich zur Ausprägung der Abhängigkeit bei.

Gemäß ICD-10² sind für die Diagnose einer Alkoholerkrankung physische, psychische und soziale Faktoren ausschlaggebend. Es müssen drei der folgenden Kriterien während der letzten zwölf Monate gleichzeitig aufgetreten sein, um der Diagnose „alkoholkrank“ zu entsprechen (vgl. Pönsch 2012:81):

1. Ein starker Wunsch oder ein erlebter Zwang, Alkohol zu konsumieren (Craving³)
2. Verminderte Kontrolle bezüglich des Beginns, der Menge und der Beendigung des Alkoholkonsums (Kontrollverlust)
3. Alkoholkonsum, um Entzugssymptome zu vermeiden oder zu mildern
4. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Einschränkung oder Beendigung des Alkoholkonsums
5. Auftreten einer Toleranzentwicklung, insofern, dass größere Mengen eingenommen werden müssen, um die bisherigen Wirkungen zu erreichen
6. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen, insbesondere, da ein erhöhter Zeitaufwand besteht, um sich Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren und sich von den Konsumfolgen zu erholen
7. Anhaltender Alkoholkonsum, trotz der Kenntnis eindeutiger schädlicher Folgen (beispielsweise Müdigkeit, Depressionen, Leberschädigungen, Arbeitsplatzverlust) (vgl. Kuntz 2009:186).

Der ICD-10 benennt den problematischen Alkoholkonsum als „schädlichen Gebrauch“ und versteht darunter ein Konsummuster von Alkohol, welches zu einer Gesundheitsschädigung führt. Das kann sich sowohl in Form einer physischen als auch einer psychischen Störung äußern, wie beispielsweise in Form einer Lebererkrankung oder einer depressiven Episode nach massivem Alkoholkonsum (vgl. Alkoholkonsum ohne Schatten 2012).

² International Classification of Diseases, Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision.

³ Craving bedeutet in diesem Fall das intensive, unwiderstehliche Verlangen nach Alkohol, „Suchtdruck“.

2.3.1 Zusätzliche Diagnosen (Komorbidität⁴)

Ungefähr dreißig bis sechzig Prozent der alkoholkranken Frauen und circa zwanzig bis vierzig Prozent der Männer leiden an zusätzlichen psychischen Beeinträchtigungen. Als häufigste Begleiterkrankungen finden sich Angststörungen, Depressionen und auch Persönlichkeitsstörungen. Vor allem nach längerem erhöhten Alkoholkonsum und kurz nach dem Entzug sind Angst- und depressive Symptome häufig. Diese können sich jedoch unter Abstinenz weitgehend zurückbilden. Wenn zusätzlich zur Abhängigkeitserkrankung andere psychiatrische Erkrankungen hinzukommen, muss die Behandlung meist intensiviert werden. Häufig weisen diese PatientInnen schlechtere Therapieergebnisse auf (vgl. Mann 2006:597).

Abhängigkeit wird erst seit kürzerer Zeit als Krankheit definiert. Über Jahrhunderte galten abhängige Menschen als dissoziale Persönlichkeiten, als Versager, welche ihr Leid selbst verschuldet haben. Das Verständnis von Sucht als Krankheit ist daher ein großer Fortschritt, so haben abhängige Personen die Möglichkeit, eine entsprechende Behandlung in Anspruch nehmen zu können. Dabei darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass Sucht keine Krankheit im üblichen Sinn darstellt, da sie weder schulmedizinisch, alternativmedizinisch oder psychotherapeutisch geheilt werden kann. Ohne die Bereitschaft, den Willen und die Ausdauer und Konsequenz der PatientInnen wird jede Behandlung erfolglos verlaufen, es braucht das bereitwillige Innere der PatientInnen (vgl. Kuntz 2009:119f).

„Sucht oder Abhängigkeit ist eine überaus komplexe Problematik, für deren Lösung es keine schnellen und bequemen Patentrezepte gibt“ (Flassbeck 2016:38).

Auch der Anlass für das Abgleiten in die Krankheit ist kaum greifbar.

2.4 Die Entstehung der Alkoholkrankheit

Gerade Angehörige von alkoholkranken Personen stellen sich oft die Frage nach der Ursache der Erkrankung. Dies ist aufgrund der unerwartet eintretenden

⁴ Unter Komorbidität versteht man das Auftreten von mehreren diagnostizierbaren Störungen bei einer Person in einem gewissen Zeitraum (vgl. Wittchen 1996 zit. in Moggi / Donati 2004:3).

Veränderungen innerhalb einer Familienstruktur verständlich und berechtigt, führt jedoch zu nichts, denn allgemein gültige Antworten gibt es nicht (vgl. Flassbeck 2016:181).

Jeder Mensch verfügt über seine eigenen Anlagen und Entwicklungen, seine persönliche Geschichte, seine individuellen äußeren und inneren Bedingungen. Sucht ist ein multifaktorielles, äußerst komplexes Geschehen, das aus einem Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren besteht (vgl. Berke 2017:18f).

Laut Berke (2017:11-13) können diese Faktoren genetisch bedingt sein. Durch die Vererbung gewisser Eigenschaften, durch persönliche Merkmale oder spezielle Stressbewältigungsfähigkeiten kann eine „Verführbarkeit“ gegeben sein. Meistens herrschen auch in den Generationen ähnliche Verhaltensmuster vor, welche von Familie zu Familie weitergegeben werden.

Kinder, die von klein auf beobachten können, dass ihre Eltern Alkohol systematisch einsetzen, um eine angenehme Wirkung zu erzielen, erleben Alkoholkonsum als durchaus brauchbares Mittel, Probleme wenigstens vorübergehend aus der Welt zu schaffen und Entspannung und Beruhigung herbeizuführen.

Oft genug ist zudem nicht nur ein Faktor alleine ursächlich, es spielen eine Reihe unterschiedlicher Einflüsse zusammen. Daher ist die Suche nach einem „Grund“ und damit nach einem Sündenbock meistens nicht hilfreich, man sollte die Krankheit akzeptieren und versuchen, Wege aus ihr hinaus zu finden (vgl. Berke 2017:18f).

Abhängigkeit ist eine schwere, chronische Erkrankung. Die Gesundung dauert viele Jahre, selbst dann, wenn sich die alkoholranke Person auf eine Therapie einlässt. Die Therapie verläuft nicht immer geradlinig, Schritte zurück, Rückfälle, auch nach jahrelanger Abstinenz, und Therapieabbrüche sind sehr wahrscheinlich. Übersteigerte Erwartungen und Hoffnungen der Angehörigen an die PatientInnen werden durch derartige Vorfälle meist zerstört. Es braucht viel Zeit und ein Bewusstsein, da der Ausgang stets ungewiss ist (vgl. Flassbeck 2016:227)

2.5 Die Therapie der Alkoholkrankheit

Die Alkoholtherapie, welche sich über Jahre erstrecken kann, wird in fünf Phasen unterteilt: In die Kontakt-, Motivations-, Entgiftungs-, Entwöhnungs- und Nachsorgephase. Die Behandlung kann beispielsweise ambulant über niedergelassene Ärzte, Fachambulanzen, Psychotherapeuten, Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen geschehen. Bei schwerwiegender Abhängigkeit sollte der stationäre Rahmen bevorzugt werden (vgl. Haller 1993:76f).

Die fünf Phasen nach Soyka (1997:102f):

- **Kontaktphase**

Meistens beansprucht die Kontaktphase einen längeren Zeitraum, kann jedoch auch nur wenige Tage dauern. Zunächst wird die Diagnose gestellt, somatische Folgeerkrankungen werden hinterfragt. Außerdem sind die Behandlungsbereitschaft und die Motivation für weitere Therapien zu überprüfen.

- **Motivationsphase**

Am Anfang der stationären Therapie ist häufig der Drang, Alkohol zu konsumieren, noch sehr stark, und die Vorstellung eines alkoholfreien Lebens ist noch nicht greifbar. Solange zudem die Therapiebereitschaft eher von außen, beispielsweise durch die Familie, gesteuert wird, ist der Therapieerfolg sehr unsicher. Die PatientInnen müssen selbst eine Bereitschaft entwickeln, der Wunsch, mit dem Alkoholkonsum aufzuhören, muss von ihnen kommen. Hier muss die Therapie mit individuell zugeschnittenen Anreizen, dem Alkohol zu entsagen, einsetzen.

- **Entgiftungsphase**

Bei einer Alkoholerkrankung erfolgt die Entgiftung wegen des Risikos möglicher Folgeerkrankungen, gesundheitlicher Risiken oder schweren Entzugerscheinungen in der Regel stationär. Normalerweise nimmt diese Phase einige Tage bis Wochen in Anspruch. Ist sie abgeschlossen, kann mit der Rückführung der Erkrankten in ein normales Leben begonnen werden.

- Entwöhnungsphase

In der Entwöhnungsphase geht es darum, dass die PatientInnen wieder in ihr soziales Umfeld integriert werden, in die Familie, in den Beruf. Der Patient oder die Patientin soll wieder lernen, ein autonomes Leben zu führen und zwar ohne Alkohol. Außerdem wird die Entwicklung einer Rückfalls-Prophylaxe angestrebt, wobei die PatientInnen verschiedene Bewältigungsstrategien für den Fall einer „Versuchung“ einüben.

Die PatientInnen haben die Möglichkeit, sich weiterhin entweder einer stationären- oder ambulanten Kurzzeit- oder Langzeittherapie zu unterziehen.

- Nachsorgephase

Ist die Abstinenz erreicht, soll nun die Stabilisierung der PatientInnen unterstützt werden. Hier helfen unter anderem Selbsthilfegruppen.

2.5.1 Therapieziele

Erste Voraussetzung und zentrales Ziel für entsprechende Therapiemaßnahmen ist die Motivation der alkoholkranken Personen, eine Veränderung herbeiführen zu wollen. Die individuellen Faktoren einer auf die jeweils betroffene Person zugeschnittenen Motivation sollen erkennbar gemacht werden. Neben der Verbesserung der sozialen und beruflichen Integration und Situation, der familiären und persönlichen Bindungen, sowie der Verbesserung der Selbstständigkeit und Frustrationstoleranz der Betroffenen, stellt die Alkoholabstinenz eines der wichtigsten Therapieziele dar. Der Vorteil einer abstinenzorientierten Therapie besteht darin, dass das Rückfallsrisiko geringer ist. Alkoholkranken Personen, welche das Ziel eines kontrollierten Konsums haben, fallen oft nach einer gewissen Zeit wieder in alte Trinkgewohnheiten zurück. Jedoch ist für manche chronisch und schwer erkrankten Personen das Ziel der dauerhaften und völligen Abstinenz unrealistisch, weil sie dieses nur schwer akzeptieren können und sich demnach gar nicht, oder nur begrenzt auf diese Art der Behandlung einlassen (vgl. Soyka / Preuss 2006:609).

Zusammenfassend sind als die wichtigsten angestrebten Ziele, abgestuft nach ihrer Relevanz, die Lebenserhaltung und Schadensminimierung, die Verlängerung

der abstinenter Zeiten und schließlich die dauerhafte Abstinenz zu nennen. Hier gilt der sogenannte „Harm-reduction-Ansatz“⁵, welcher schon in der Reduktion der Trinkmenge einen Behandlungserfolg sieht (vgl. Soyka 1997:102).

Ein weiteres Ziel könnte die Entwicklung einer Kompetenz zur Rückfallsbewältigung sein, wobei es darum geht, den Rückfall als Teil der Erkrankung und gleichzeitig als Chance zu sehen, den Umgang mit der Krankheit zu verbessern. Dadurch könnte sichergestellt werden, dass im Falle eines Rückfalls rechtzeitig professionelle Hilfe aufgesucht wird (vgl. Soyka / Preuss 2006:609f).

Die Grundlage jeder erfolgreichen Therapie müssen die Achtung und Annahme der PatientInnen als eigenständige und vollwertige Persönlichkeiten bilden. Bestimmte Verhaltensweisen können ausschlaggebend dafür sein, die PatientInnen für die Mitarbeit am Genesungsprozess zu gewinnen. Diese sind gekennzeichnet durch den behutsamen Aufbau einer therapeutischen Beziehung und eines stabilen Vertrauensverhältnisses. Durch eine einfühlsame, wertschätzende und verstehende Haltung kann der Therapieerfolg viel größer sein, als durch Kritik, Ermahnungen und Vorwürfe (Schmidt 1993:179f).

2.5.2 Therapeutische Angebote

Alkoholranke Personen benötigen ein weites Spektrum an verschiedenen Therapieangeboten, da das Krankheitsbild und die unterschiedlich ausgeprägten Folgeschäden so vielschichtig sind. Diese Therapien können von ambulanten bis zu kurz- und langfristigen stationären Therapien reichen (vgl. Schmidt 1993:184).

- **Ambulante Therapie**

Laut Soyka (1997:109) bilden die Hauptzielgruppe der ambulanten Therapie alkoholranke PatientInnen, welche sozial gut integriert sind und ohne aus dem sozialen Umfeld, aus der Familie, aus dem Beruf gerissen zu werden, eine solche Therapie in Anspruch nehmen möchten. Die PatientInnen bleiben während der gesamten ambulanten Therapie in ihrer gewohnten Umgebung. So kann eine ausreichende Auseinandersetzung der PatientInnen mit den „toxischen“ Einflüssen aus dem jeweiligen Milieu in die Therapie miteinbezogen werden. Die

⁵ Harm-reduction=Schadensminimierung.

Realität der eigenen Lebenswelt kann besser berücksichtigt, und angehörige Bezugspersonen können intensiver in den Behandlungsprozess integriert werden. Dadurch ist gewährleistet, dass sich die PatientInnen nicht von ihren Angehörigen distanzieren und entfremden, und auch, dass sie ihren Arbeitsplatz und so auch ihre Eigenverantwortlichkeit weiterhin behalten.

Die ambulante Therapie umfasst drei Aufgabenbereiche: die ambulante Primärbehandlung ohne stationäre Therapie, die Vorbereitung auf eine stationäre Therapie, die Betreuung nach der Entlassung aus einer stationären Therapie. Sie kann beispielsweise durch niedergelassene Ärzte (Hausärzte), Fachambulanzen, Beratungsstellen und auch durch Selbsthilfegruppen erfolgen (vgl. Schmidt 1993:185-189).

Wenngleich Selbsthilfegruppen nicht als eigentliche „Therapie“ zu verstehen sind, wird ihnen doch vor allem in der Phase der Nachsorge eine wesentliche Rolle zugeschrieben. PatientInnen, die eine Selbsthilfegruppe nach der Therapie besucht haben, verfügen über eine bessere Abstinenzprognose (vgl. Soyka / Preuss 2006:611).

Zu den bekanntesten Selbsthilfegruppen zählen die „Anonymen Alkoholiker“. Bei den dort angebotenen Zusammenkünften geht es darum, Erfahrungen zu teilen, das gemeinsame Problem dauerhaft zu lösen und zusätzlich anderen auf dem Weg in die Genesung zu helfen (vgl. Schmidt 1993:189).

- Stationäre Therapie

Stationäre- oder Langzeittherapien werden zumeist in speziellen Suchtkliniken oder in psychiatrischen Kliniken vollzogen. Hier sind eine besonders intensive Behandlung, eine Entgiftung und Entwöhnung, sowie die Abgrenzung vom bisherigen sozialen Umfeld möglich und vorteilhaft. Die meisten Suchtkliniken bestehen auf einem strikten Therapieplan mit einem klar strukturierten Programm und einer bestimmten Dauer. Indikationsstellungen für eine stationäre Therapie wären beispielsweise eine langjährige Alkoholkrankheit, schwere Begleiterkrankungen und soziale Folgeschäden, sowie Mehrfachabhängigkeit und wiederholte Suizidhandlungen (vgl. Soyka / Preuss 2006:612).

2.5.3 Ambulante und stationäre Therapien der Alkoholkrankheit unter Einbeziehung der Angehörigen

Laut Rennert (2012:13f) besteht eine der wichtigsten Veränderungen in der ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlung der letzten Zeit in der Einbeziehung von Angehörigen. Bei den ersten stationären Behandlungen von alkoholkranken PatientInnen wurden Angehörige noch nicht oder selten berücksichtigt. Die Behandlungen fanden meist weit weg vom sozialen Umfeld und der Familie statt, da man sich so bessere Heilungschancen erhoffte. Eine neue Sichtweise entwickelte sich in den 1980er Jahren. Angesichts der Erfahrungen von SuchtberaterInnen wurde deutlich, dass durch intensiveres Einbeziehen der Angehörigen die Behandlung von Alkoholkranken erfolgreicher ausfiel. Als Standard galt nun, dass die Therapie auch ein familienorientiertes Angebot beinhalten muss.

Im Gegensatz zu den Betroffenen zeigen die Angehörigen eine hohe Motivation, Hilfe in Anspruch zu nehmen und somit eine positive Veränderung zu unterstützen. Sie waren es, welche häufig den ersten Kontakt zu einer Behandlungseinrichtung herstellten (vgl. Smith / Meyers 2013:18f).

Da jede abhängige Person üblicherweise mehrere Angehörige besitzt, welche unter der Alkoholkrankheit (mit)leiden und in diese verstrickt sind, bilden diese Angehörigen, die eigentlich größte von der Alkoholerkrankung betroffene Gruppe (vgl. Flassbeck 2016:20).

Daher ist es von Nöten, sich um die Befindlichkeit der Angehörigen zu kümmern. Die Lebensqualität der Angehörigen ist durch zahlreiche Stressfaktoren, welche mit der Sucht des Abhängigen verbunden sind, wesentlich beeinträchtigt (vgl. Smith / Meyer 2013:19).

Angehörige bedürfen also in ihrer zweifachen Rolle als BegleiterInnen der betroffenen Personen und als selbst Betroffene einer neuen Aufmerksamkeit und einer spezifischen Unterstützung. Die Forscherin wird sich dieser Thematik im folgenden Kapitel widmen.

3. Angehörigenarbeit

In diesem Abschnitt der Masterthese werden die Begriffe der Angehörigen und der Angehörigenarbeit definiert, die vielfältigen Probleme der Angehörigen werden behandelt. Nach der Erklärung der Thematik der „Co-Abhängigkeit“ und der mit dieser verbundenen, nicht-hilfreichen Verhaltensweisen, befasst sich der abschließende Abschnitt mit den verschiedenen Hilfestellungen zur Selbsthilfe.

3.1 Der Begriff „Angehörige“

Angehörige können alle Menschen sein, die in irgendeiner Form eine Vertrauensbeziehung zu einem oder einer Suchtkranken haben. Bei AlkoholikerInnen sind die häufigsten Angehörigen die Ehe- oder LebenspartnerInnen, welche professionelle Hilfe aufsuchen (vgl. Fellöcker 2005:8).

Ansonsten sind jedoch nicht nur Blutsverwandte wie Eltern, Kinder, Geschwister und andere Familienmitglieder zu verstehen, sondern auch Personen aus dem sozialen Umfeld wie FreundInnen, LehrerInnen, Arbeitskolleginnen und sogar professionelle HelferInnen (vgl. Zika 2007:1).

Bei der geführten Gruppendiskussion hat sich herausgestellt, dass die Betroffenen als Angehörige nur ihre nahe Verwandtschaft sehen. Freunde und Arbeitskollegen wurden als Hilfe und Unterstützung erwähnt, jedoch von den Betroffenen nicht als Angehörige erachtet.

Ergänzend soll der Begriff der „Betroffenen“ definiert werden, unter welchem in dieser Arbeit ausschließlich die alkoholkranken PatientInnen gemeint sind. Zudem wird der Begriff „betroffen“ synonym für alkoholkrank, suchtkrank, süchtig und abhängig verwendet.

3.2 Der Begriff „Angehörigenarbeit“

Daneke (2000:101) schreibt über Angehörigenarbeit in stationären Alteinrichtungen und meint, dass Angehörigenarbeit nicht die zufällige Begegnung mit Angehörigen ist, sondern Arbeit für, an und mit den Angehörigen.

Aus dieser Meinung könnte sich schließen lassen, dass der Umgang und die Arbeit mit Angehörigen besonders wichtig sind, egal in welchem Bereich. Auch in den ExpertInneninterviews, welche im empirischen Teil beschrieben werden, wird deutlich, dass die lebensbestimmenden Gegebenheiten jener Angehörigen von Personen, die unter verschiedenen psychischen Krankheiten leiden, große Ähnlichkeiten und Überschneidungen mit den jeweiligen Bedingungen von Angehörigen alkoholkranker Personen aufweisen.

Im Wesentlichen geht es in der Angehörigenarbeit um eine „Begegnung auf Augenhöhe“. Die BeraterInnen sollen den Angehörigen mit Einfühlungsvermögen und Verständnis entgegenkommen (vgl. Rennert 2012:27). Dies ist besonders wichtig, da der Leidensdruck und die Hilflosigkeit der Angehörigen oft immens, und schon viel länger vorhanden sind, als die Beeinträchtigungen der Betroffenen (vgl. Flassbeck 2016:19).

3.3 Leidensdruck und Probleme der Angehörigen

Für gewöhnlich finden sich um jede abhängige Person mehrere Angehörige. Dies bedingt, dass die Angehörigen die größte von Sucht betroffene Gruppe sind. Sie sind ständig belastenden Herausforderungen ausgesetzt und leiden oft in einem kaum erträglichen Maß. Diese Gruppe quält sich mit unterschiedlichsten Problemen (vgl. Flassbeck 2016:20).

Laut Berke (2017:46-49) zählen zu den am häufigsten beklagten Erfahrungen unter anderem das Misstrauen in die eigene Wahrnehmung und in das eigene Urteil. Die Angehörigen erleben eine andauernde Unsicherheit, ob das, was sie sehen, hören und riechen, ein Problem darstellt oder nicht. Sie sind ständig mit diesen Gedanken beschäftigt, fast ebenso wie die Suchtkranken mit dem Alkohol, dessen Beschaffung und der damit einhergehenden Verheimlichung. Die Angehörigen merken, dass etwas in ihrer Situation, in ihrer Beziehung entgleist, eine Art Kontrollverlust wird erlebt, welchem sie entgegenwirken wollen. So versuchen sie, den Betroffenen oder die Betroffene, welche immer hemmungsloser trinken, zu kontrollieren. Diese Kontrolle kann sich beispielsweise äußern, indem kein Alkohol mehr gekauft wird, oder im genauen Gegenteil, dass Alkohol gekauft wird, damit zuhause unter „wachsamen Augen“ getrunken wird und Autofahrten vermieden werden. Unter diese Kontrollmechanismen fallen auch

das Durchsuchen von Taschen und Schränken, sowie anhaltendes Beobachten und Belauern, auch außerhalb der häuslichen Grenzen. Die endlosen und meist vergeblichen Versuche, etwas bewirken und verändern zu wollen, hinterlassen bei den Angehörigen Gefühle von Wut, Verbitterung, Schuld und Scham. Sie schämen sich für ihre Hilflosigkeit und leiden unter ihren Gefühlen des Versagens. Es entsteht oftmals eine große Sprachlosigkeit innerhalb einer Partnerschaft, in der Familie und auch in der Arbeit. Neben der Scham ist das Gefühl der Schuld ein besonders großes Thema. Die Angehörigen fühlen sich schuldig, dass das Trinken mit ihrem eigenen Verhalten zusammenhängen könnte und häufig wird ihnen auch von außen die Schuld zugeschrieben. All diese Gefühle können dazu beitragen, dass die Angehörigen einen massiven Verlust des Selbstwertgefühles, der Selbstachtung und der inneren Sicherheit erleben.

Zudem übernehmen die Angehörigen oft viele Verantwortungsbereiche, Entscheidungen und Pflichten der Betroffenen und vergessen so auf die eigene Person, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse. Die Angehörigen sind regelmäßig extrem belastenden Situationen ausgesetzt, ohne grundsätzlich über angemessene Strategien der Bewältigung zu verfügen. Dadurch können sie in der Folge eigene Symptome und Störungen entwickeln (vgl. Smith / Meyers 2009:11).

Zusätzlich zu den unangenehmen Gefühlen treten auch immer wieder sogar schwere psychische und physische Erkrankungen auf, wie unter anderem Depressionen, Ängste, Kopfschmerzen und Schlafstörungen (vgl. Berke 2017:66f).

Unter dem Punkt der „Co-Abhängigkeit“ sollen nun die beschriebenen Probleme erweitert und ergänzt werden. Da der Begriff der Co-Abhängigkeit sehr umstritten ist und oft eine gewisse Stigmatisierung beinhaltet, wird er in dieser Arbeit möglichst ausgespart. Aufgrund der vorhandenen Literatur ist es jedoch schwer, diesem Begriff gänzlich auszuweichen, da er allgegenwärtig verwendet wird.

3.4 Der Begriff der „Co-Abhängigkeit“

Der Begriff der „Co-Abhängigkeit“ beinhaltet die Frage, welche Rolle die Angehörigen einer abhängigen Person in Bezug auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der Suchterkrankung spielen. Es handelt sich um einen

Überbegriff für alle sucht-begünstigenden Verhaltensweisen. Dadurch können sich Probleme ergeben, da nicht immer klar ist, welche Verhaltensweisen gemeint sind. So wird der Begriff der „Co-Abhängigkeit“ oft synonym für störendes und auch für die Erkrankung förderndes Verhalten verwendet. Aus diesem Blickwinkel wird den Angehörigen die Rolle der Schuldigen zugeschrieben, die Betroffenen werden aus ihrer Verantwortung genommen, die Angehörigen hingegen verantwortlich gemacht (vgl. BMFG 2009:119).

- Das Märchen vom Froschkönig

Da das Märchen des Froschkönigs in einer Vielzahl an Literatur gerne als Veranschaulichung für Sucht dient, wird es auch hier angeführt, um einen weiteren Einblick in die Co-Abhängigkeit zu bieten (vgl. beispielsweise Flassbeck 2016, Kuntz 2009, Rennert 2012). Laut Flassbeck 2016:13 symbolisiert der Frosch dabei den Süchtigen, welcher für eine Kleinigkeit, nämlich die goldene Kugel aus dem Brunnen zu holen, von der Prinzessin verlangt, am Tischlein zu sitzen, vom Tellerlein zu essen und aus dem Becherlein zu trinken und auch in ihrem Bettchen zu schlafen. Er ist ausschließlich mit seinen (Sucht)-Bedürfnissen beschäftigt. Der Königsvater verlangt von der Prinzessin, dass sie halten muss, was sie versprochen hat, wie absurd dieses Versprechen auch ist. Folgsam fügt sich die Prinzessin und erst, als er dann auch noch in ihr Bett will, überwindet sie ihren Ekel und wirft den Frosch gegen die Wand. Dadurch befreit sie sich von den süchtigen Ansprüchen des Frosches und von der Bevormundung ihres Vaters. Sie entkommt der Enge des königlichen Hofes und beginnt ein neues Leben.

- Die co-abhängige Version des Märchens

„Eine Prinzessin trifft auf einen Frosch, und da sie das Märchen vom Froschkönig kennt, denkt sie sich, dass der Frosch ein verwunschener Prinz sein muss. Sie nimmt den Frosch und küsst ihn voller Hoffnung und Sehnsucht und wird selber zur Fröschin“ (Flassbeck 2016:14).

Solch eine Geschichte ereignet sich jeden Tag. Sie beschreibt das Leiden unzähliger Angehöriger, deren Einsatz ausgenützt, anstatt belohnt wird.

„Was der Alkohol ... für den Alkoholiker ist, das ist für die Partnerin der Suchtkranke: Irgendwann dreht sich ihr ganzes Denken, Fühlen und Handeln um den Suchtkranken...“ (Mellody 1998 zit. in. Kolitzus 2014:16).

Laut Flassbeck (2016:22f) ist Co-Abhängigkeit die andere Seite der Sucht. Es handelt sich um ein individuelles, soziales und vielseitiges Phänomen. Das gefühlsmäßige, gedankliche und verhaltensmäßige Eingenommensein von der Sucht einer nahestehenden Person ist für Co-Abhängigkeit kennzeichnend. Die angehörige Person hat den Wunsch, den Betroffenen oder die Betroffene zu retten, aber diese auch zu kontrollieren. Ein weiteres Kennzeichen von Co-Abhängigkeit sind starke Schuld- und Schamgefühle, in dem Glauben, für die Abhängigkeit der Betroffenen oder des Betroffenen verantwortlich zu sein. Die Sucht wird verleugnet, der Schein einer heilen Welt soll aufrecht gehalten werden, dafür müht sich die angehörige Person tagtäglich ab. Co-abhängige leiden allein, im Stillen, ohne Hilfe und ohne Unterstützung und Beachtung einzufordern. Sie müssen sich mit Abwertungen und Missachtung seitens der Süchtigen und anderer Personen auseinandersetzen.

Jeder kann von Co-Abhängigkeit betroffen sein, von einer einzelnen Person bis hin zu Gruppen, Einrichtungen, Organisationen und Institutionen.

Flassbeck (2016:18f) möchte mit seiner Beschreibung der Co-Abhängigkeit den Fokus auf die Angehörigen⁶ richten, um so von den weitverbreiteten suchtzentrierten Sichtweisen wegzukommen. In anderen Definitionen werden die Angehörigen pauschalisiert und verurteilt. Beispielsweise, wenn es heißt, dass co-abhängige Verhaltensweisen von Angehörigen die Sucht unterstützen und eine rechtzeitige Therapie verhindern.

Durch solche Definitionen werden die Angehörigen beschuldigt, die Sucht geradezu hervorgerufen zu haben, beziehungsweise sie zumindest zu begünstigen oder aufrechtzuerhalten. Flassbeck (2016:44f) kennt jedoch keine Familie, welche beabsichtigt oder bewusst versucht hat, die Sucht fördern. Diese Vorurteile gegenüber Angehörigen nehmen die Betroffenen zudem aus der eigenen Verantwortung und Entscheidungsfähigkeit.

⁶ Flassbeck (2016:19) nennt dies die „angehörigenzentrierte“ Sichtweise.

Sucht bedeutet eine völlig unerwartete, komplexe Notsituation, in welcher bisherige Regeln und Verhaltensmuster keine Gültigkeit mehr haben. So können auch positive Einstellungen und Umgangsformen einer angehörigen Person bei der alkoholkranken Person eine mehr oder weniger negative Wirkung entfalten. Flassbeck (2016:5, 34f) bezeichnet diese Handlungsweisen im Kontakt zu einer suchtkranken Person, wie auch das Leiden, welches damit verbunden ist, als co-abhängige Verstrickung. Dieser wenig hilfreiche Umgang mit Erkrankten ist nicht als gestört oder krankhaft anzusehen, sondern als gesunde Reaktion auf eine überfordernde, irrationale und besonders berührende Problematik und Belastung. Damit verbunden ist jedoch die unbeabsichtigte Unterstützung der Suchterkrankung.

Dieses suchtfördernde Verhalten tritt in ganz unterschiedlichen Ausprägungen auf und kann in verschiedene Verhaltensstile unterteilt werden:

1. Vermeiden und Beschützen (Verhaltensweisen, die davor bewahren, die volle Tragweite des Konsums zu fühlen)
2. Kontrolle
3. Übernehmen von Verantwortung
4. Rationalisieren und Akzeptieren
5. Kooperation und Kollaboration (Unterstützung oder Beteiligung bei der Beschaffung oder beim Konsum von Alkohol)
6. Retten und sich dem Abhängigen nützlich machen (vgl. Rennert 2012:83f).

Die suchtfördernde Komponente ihrer Handlungen ist den angehörigen Personen nicht bewusst, da ihr Verhalten unter anderen Umständen, nämlich im Umgang mit gesunden oder hilfsbedürftigen Menschen, durchaus üblich, angebracht und hilfreich sein kann und aus Gefühlen der Liebe und Loyalität heraus entsteht (vgl. Rennert 2012:87).

Gibt es für die Angehörigen kein Entrinnen aus dem Teufelskreis, sollten diese selbst auch den Anspruch auf Therapie haben (vgl. Smith / Meyers 2009:19).

Da jedoch Co-Abhängigkeit nicht als Krankheit anerkannt ist, wird infolgedessen keine eigenständige Behandlung von den Kostenträgern vorgesehen (vgl. Flassbeck 2016:161). Daher zeigen ExpertInnen unterschiedliche Möglichkeiten der Selbstinitiative auf.

3.5 Hilfe zur Selbsthilfe

Nach Berke (2017:75-83) erfordert eine Suchterkrankung eine ganz andersartige Betreuung als andere Erkrankungen. Körperliche Beschwerden und Schmerzen sind durch liebevolle Pflege, gesundheitsfördernde Ernährung oder auch durch die Übernahme von Pflichten, welche die Kranken zur gegebenen Zeit nicht erfüllen können, wirksam zu lindern. Suchterkrankte werden durch solche Zuwendungen nur bestärkt in ihrem Konsumverhalten. Nicht die betroffene Person wird unterstützt, sondern die Sucht.

Angehörige von Suchtkranken müssen erst lernen, sich von ihren Schützlingen auch immer wieder distanzieren zu können, da sonst der Kreislauf des süchtigen Verhaltens nicht durchbrochen werden kann. Das eigene Wohlbefinden und das Selbstbewusstsein müssen wieder gestärkt und gesteigert werden, beispielsweise indem man alte, völlig vernachlässigte Kontakte reaktiviert und sich wieder auf freudvolle Beschäftigungen, für die in der Aufopferung für die Betroffenen keine Zeit übrig geblieben ist, besinnt. Die Grenzen zwischen den eigenen Bedürfnissen und denen der anderen müssen neu abgesteckt werden.

Weitere Selbsthilfe-Möglichkeiten werden im nächsten Abschnitt aufgezeigt.

3.5.1 Eine Leitlinie für Co-Abhängige nach Kolitzus (2014:164-170)

- Loslassen

Man sollte nicht versuchen, andere zu etwas zu zwingen oder sie krampfhaft überzeugen zu wollen, dies stößt in den meisten Fällen auf Abwehr. Die Grenzen der anderen Person sollten nicht überschritten, sondern respektiert werden.

- Keine leeren Drohungen

Regelmäßig wird in Streitereien mit Trennung oder Scheidung gedroht, was jedoch in den meisten Fällen gar nicht ernsthaft so gemeint ist. So geht Glaubwürdigkeit verloren, die aktuelle Situation bleibt bestehen. Zielführend wäre es hingegen, nur Konsequenzen anzukündigen, die auch eingehalten werden können.

- Die Verantwortung zurückgeben

Oft ist es für Angehörige schwierig, ihren alkoholkranken Angehörigen Pflichtbewusstsein und Sorgfalt bei der Erledigung alltäglicher Handlungen zuzutrauen. Es ist jedoch unerlässlich, dass auch die kranke Person Verantwortung übernimmt, um wieder in das normale Leben integriert zu sein. Wichtig ist es hier, miteinander zu sprechen und Abkommen zu treffen, was man übernehmen kann und was nicht.

- Für sich etwas tun

Es ist wichtig, dass co-abhängige Personen nicht völlig auf sich selbst vergessen und sich auch wieder persönlichen Bedürfnissen widmen. Hilfe und Unterstützung von Freunden, Selbsthilfegruppen oder Psychotherapeuten können hierzu wesentliche Beiträge leisten.

- Das Gewissen

Viele Angehörige verspüren ein schlechtes Gewissen, wenn sie nicht ständig für die betroffene Person da sind und auf deren Bedürfnisse eingehen. Sie ertragen es nicht, dass sie selbst wohlauf sind, während es dem Erkrankten oder der Erkrankten nicht gut geht. Auch wenn dieser oder diese völlig der Hoffnungslosigkeit verfällt, wäre es für alle Beteiligten besser, dieser negativen Entwicklung entgegenzuwirken und greifbare positive Ziele zu suchen.

- Eigene „Rückfälle“ nicht zu ernst nehmen

Angehörige müssen ihre Frustrationsbereitschaft trainieren, um sich nicht hilfreiche Verhaltensweisen verzeihen zu können.

- Aussteigen aus der Suchtfamilie

Angehörige, welche selbst aus Suchtfamilien kommen, kennen schon die Rolle des hilflosen Helfers. Ihre Rettungsbemühungen setzen sich oft in späteren Beziehungen fort. Es ist wichtig, sich hier einzugestehen, dass manchen Personen nicht zu helfen ist, dass man nicht der übermächtige Samariter und Retter ist, und

der Alkohol doch stärker sein kann als man selbst. Sich einzugestehen, dass die Kapitulation der richtige Weg ist, wäre ein wesentlicher Schritt.

- Der Trauerprozess

Zu akzeptieren, dass man die Vergangenheit nicht mehr ändern kann, bringt Angehörige oft dazu, wieder Hoffnung schöpfen zu können. Sie müssen lernen, das eigene Schicksal anzunehmen, und möglichst mit dem Partner oder der Partnerin gemeinsam neue Wege zu gehen.

3.5.2 Selbsthilfegruppen für Angehörige

Da es für Angehörige kaum Unterstützung von außen gibt, kommt Selbsthilfegruppen eine bedeutende Rolle zu. Eine der bekanntesten Selbsthilfegruppen sind die „Al-Anon“, welche in den vierziger Jahren in den USA von Angehörigen der Anonymen Alkoholiker gegründet wurden (vgl. Rennert 2012:123). Außerdem gibt es die „Alateen-Gruppen“ für Kinder von alkoholkranken Personen und die EKA-Gruppen für erwachsene Kinder von AlkoholikerInnen. Sämtliche Gruppen richten sich nach dem Zwölf-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker. Ziel der Gruppen ist es unter anderem, von ihren Problemen mehr Abstand zu gewinnen, Schuldgefühle abzubauen, Erfahrungen auszutauschen und zu lernen, neue Kraft und Hoffnung zu schöpfen (vgl. Kolitzus 2014:172f).

Eine weitere Möglichkeit zur Selbsthilfe wird seitens des sogenannten „Community Reinforcement Ansatz basierte Familien-Training“ (CRAFT) angeboten. Hierbei geht es um ein Training der Angehörigen von behandlungsunwilligen suchtkranken Personen, welches die Suchtkranken dazu bringen soll, doch eine Behandlung in Anspruch zu nehmen. Den Angehörigen sollen Fertigkeiten vermittelt werden, mit welchen sie die abhängige Person motivieren können, sich einer Therapie zu unterziehen. Darunter sind unter anderem positive Kommunikationstechniken und angemessene Problemlösungsstrategien zu verstehen. Außerdem soll den Angehörigen dabei geholfen werden, ihr Leiden zu reduzieren, ihr Wohlbefinden zu verbessern und sich wieder auf eigene Wünsche und Bedürfnisse zu konzentrieren (vgl. Smith / Meyers 2013:15f).

Die im theoretischen Teil enthaltenen Kapitel sollen einen umfassenden Einblick in die Thematik bieten. Mit dem dargestellten Hintergrundwissen wird nunmehr zum empirischen Teil übergegangen.

II. Empirischer Teil

Im Empirischen Teil der vorliegenden Masterthese wird der Forschungsprozess erklärt, die spezifischen Forschungsergebnisse werden aufgezeigt und anschließend diskutiert.

Anfangs schildert die Autorin ihren Zugang zu der Thematik und beschreibt die Forschungsfragen. In der Folge wird genauer auf die Methode der Datenerhebung eingegangen und erklärt, weshalb diese für die Besprechung meiner Fragestellung geeignet ist. Im Anschluss wird die Auswertung der Daten darlegt, sowie abschließend die Forschungsergebnisse erläutert und interpretiert.

4. Der Forschungsprozess

4.1 Ausgangslage und Motivation

Im Zuge meines letzten Praktikums im Jahr 2016 im Anton Proksch Institut in Wien entwickelte ich ein besonderes Interesse an der Arbeit mit Angehörigen alkoholkranker PatientInnen. Ich durfte bei Angehörigengruppen und bei Einzelberatungen teilnehmen. Außerdem hatte ich regelmäßigen Kontakt mit alkoholkranken PatientInnen, sowohl aus der stationären, wie auch aus der ambulanten Therapie. Es wurde immer wieder deutlich, wie wichtig das Thema der Angehörigen für die Betroffenen selbst ist, da das soziale Umfeld für gewöhnlich mit der Alkoholerkrankung verstrickt ist, beziehungsweise für diese ausschlaggebend sein kann.

Auf Grund dessen begann ich mich näher mit dem Bereich der Angehörigenarbeit auseinanderzusetzen und stellte fest, dass es in Wien nur sehr wenige Angebote für Angehörige gibt. Im Fokus der Suchtberatungsstellen stehen heutzutage noch immer fast ausschließlich die Suchtkranken selbst. Auch im Zuge meiner Suche nach Literatur zum Thema Angehörigenarbeit stieß ich lediglich auf Werke zum Thema „Angehörigenarbeit in der Altenpflege“. Die Literatur im Bereich der Angehörigenarbeit in Bezug auf suchtkranke Personen findet man hauptsächlich unter dem Titel der „Co-Abhängigkeit“.

Beim Studieren der vorhandenen Literatur ist mir aufgefallen, dass die Thematik der Angehörigenarbeit aus dem Blickwinkel von ExpertInnen oder den Angehörigen selbst beschrieben wird. Die Sichtweise der alkoholkranken Personen wird nicht beleuchtet. Meiner Ansicht nach ist es jedoch wichtig, die Meinung der Betroffenen in die Arbeit mit den Angehörigen mit einzubeziehen, um einen „besseren“ Umgang aller Beteiligten miteinander zu gewährleisten.

4.2 Die Forschungsfrage

Aufgrund der Tatsachen, dass es wenig explizite Literatur über Angehörigenarbeit hinsichtlich suchtkranker Personen gibt und die Sichtweisen der Betroffenen nur sporadisch oder gar nicht beleuchtet werden, stellt sich folgende Forschungsfrage:

- ***Was wünschen sich alkoholranke PatientInnen von ihren Angehörigen?***
 - Welche Handlungsweisen von Angehörigen werden von Betroffenen als unterstützend in Bezug auf ihren Heilungsprozess erlebt?
 - Wie können SuchtberaterInnen Angehörige sinnvoll unterstützen?

In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass die Forschungsfrage auf alkoholranke PatientInnen bezogen ist, nicht auf alkoholranke Personen im Allgemeinen. Im Falle dieser Arbeit werden unter alkoholranken PatientInnen Personen verstanden, welche eine stationäre Therapie abgeschlossen haben und sich zum Zeitpunkt der Befragung in ambulanter, abstinenzorientierter Behandlung befinden. Es ist wichtig, dies hier zu differenzieren, da die PatientInnen den Wunsch nach Abstinenz haben und teilweise schon seit langer Zeit in Abstinenz leben. Die Wünsche von abstinenten Alkoholikern können sich meiner Meinung nach von den Wünschen derer, welche beispielsweise nicht vorhaben, mit dem Alkoholkonsum aufzuhören, unterscheiden. Abstinente lebende Personen wollen grundsätzlich abstinent bleiben und brauchen daher Hilfe und Unterstützung von ihren Angehörigen. Jene alkoholkonsumierenden Personen, welche den Alkoholkonsum fortsetzen möchten, wollen oftmals keine Unterstützung in Anspruch nehmen.

4.3 Methodik der Datenerhebung

Der methodischen Vorgangsweise zur Beantwortung der Forschungsfrage liegt eine Kombination aus Literaturarbeit, einer Gruppendiskussion und drei ExpertInneninterviews zugrunde. Die Literatur, welche für die vorliegende Arbeit von Bedeutung ist, umfasst Bücher und Fachartikel. Auch aktuelle Internetseiten werden herangezogen. Damit die Thematik vielseitig beleuchtet werden kann, wird die qualitative Methode der Gruppendiskussion gewählt, da hier nicht nur die Meinungen der Befragten, sondern auch die Interaktionen von Bedeutung sind. ExpertInneninterviews dienen dazu, einen zusätzlichen Blickwinkel auf dieses Thema zu bekommen.

Laut Hienert / Huber / Süssenbacher (2009:106) sind die Methoden der Datenerhebung und der Datenauswertung (siehe nächstes Kapitel) wesentliche Bestandteile für die wissenschaftliche Arbeit, da sie die Grundlage für die Ableitung eigener Forschungserkenntnisse bilden.

Für die vorliegende Arbeit wurde, wie schon erwähnt, eine qualitative Datenerhebung gewählt, da diese auf Interpretationen von verbalem Material, wie zum Beispiel von Interviews beruht, wohingegen quantitative Forschung auf einer Quantifizierung der Beobachtungsrealität beruht (zählen, messen) (vgl. Bortz / Döring 2009 zit. in Aepli / Gasser / Gutzwiller / Tettenborn 2014:114).

Die Daten im empirischen Teil dieser Masterthese stammen aus qualitativen ExpertInneninterviews und einer Gruppendiskussion. Da qualitative Befragungen hauptsächlich in Form von Interviews stattfinden, erwies sich diese Methodik als passend.

Besonders bemüht war die Forscherin, die Befragung möglichst offen zu gestalten, um die Befragten nicht einzuschränken. Dies ermöglicht, dass neue Phänomene aufgedeckt werden können (vgl. Hienert et. al. 2009:116f).

4.3.1 Das ExpertInneninterview

ExpertInnen sind Personen, welche in einem bestimmten Bereich über explizite Kenntnisse verfügen. Hier ist das Wissen in Bezug auf soziale Kontexte gemeint, in denen der Experte oder die Expertin tätig ist. Durch die individuellen Positionen,

Erfahrungen und Beobachtungen hat jeder oder jede eine eigene besondere Perspektive auf den jeweiligen sozialen Sachverhalt. Unter ExpertInneninterviews versteht man daher eine spezielle Methode, mit welcher dieses Wissen fassbar wird. Es sind Interviews mit Menschen, die auf Grund ihrer beruflichen Position über ein spezifisches Fachwissen verfügen (vgl. Gläser / Laudel 2004:9-11).

Laut Gläser / Laudel (2004:10f.) haben ExpertInneninterviews zwei wesentliche Merkmale:

1. Die ExpertInnen dienen als Medium, das heißt, sie sind nicht das „Objekt“ der Untersuchung, sondern die „Zeugen“ der im Fokus stehenden Prozesse. Hierbei geht es nicht um die Einstellungen und Gefühle der ExpertInnen, es sein denn, dass persönliche Gedanken die Darstellung der Expertise beeinflussen.
2. In dem sozialen Sachverhalt, welcher erforscht werden soll, haben die ExpertInnen eine besondere, exklusive Stellung.

Anhand dieser Merkmale zeigt sich, dass ExpertInneninterviews dem Forscher oder der Forscherin besonderes Wissen über die in die Prozesse verwickelten Menschen vermitteln sollen.

Aus vielen verschiedenen Formen von Interviews, die in dieser Arbeit nicht näher erläutert werden sollen, entschied ich mich bei der Durchführung der ExpertInneninterviews für die Form des halbstrukturierten Interviews. Als ExpertInnen wurden Personen, die mit suchtkranken Personen und deren Angehörigen arbeiten, befragt. Laut Aeppli et.al. (2014:181) sind beim halbstrukturierten Interview das Thema und die Fragen vorbereitet, werden jedoch an den Gesprächsverlauf und die befragte Person angepasst. Die Gesprächsführung ist flexibel und erlaubt es nachzufragen, um das Verständnis zu sichern.

Gewöhnlich sind die ExpertInneninterviews nicht die einzige Erhebungsmethode, sondern werden durch weitere Methoden ergänzt. Diese Kombination mehrerer Methoden nennt man Triangulation. Durch das Ergänzen mit anderen Methoden sollen die jeweils spezifischen Schwächen einer Methode durch die Stärken einer anderen ausgeglichen werden. So soll die empirische Absicherung der Ergebnisse

vergrößert werden. Im Falle der vorliegenden Arbeit wird der Gruppendiskussion besondere Bedeutung beigemessen (vgl. Gläser / Laudel 2004:102f).

4.3.2 Die Gruppendiskussion

Bevor ich die Gruppendiskussion näher beschreibe, möchte ich grundsätzliche Merkmale einer Gruppe nach König / Schattenhofer (2011:15) aufzeigen:

Ab drei Personen kann man von einer Gruppe sprechen. Diese haben eine gemeinsame Aufgabe oder ein gemeinsames Ziel. Es besteht die Möglichkeit, von Angesicht zu Angesicht zu kommunizieren, und zwar in einer gewissen zeitlichen Dauer.

Jede Gruppe hat ihre eigene Soziodynamik mit verschiedenen Normen und Rollen. Unter Normen versteht man unterschiedliche Verhaltenserwartungen, während sich durch die Ausbildung einzelner Rollen die Unterschiedlichkeit der Gruppenmitglieder zeigt. Diese einzelnen Rollen haben eine wesentliche Bedeutung im Gruppenprozess, denn sie entstehen aus den Erwartungen der anderen Mitglieder. Hier gibt es Rollen der Führenden und der Geführten, der Sprechenden und der Zuhörenden (vgl. König / Schattenhofer 2011:43-49).

Ich halte es hier für angebracht, diese Merkmale einer Gruppe zu erläutern, da es wichtig ist, beim Interpretieren der Gruppendiskussion die Rollen zu berücksichtigen. Es gibt beispielsweise Personen, die sich eher zurücknehmen, andere wiederum sprechen sehr viel und laut. Dadurch können zurückhaltende TeilnehmerInnen eventuell gehemmt werden, ihre ehrliche Meinung zu äußern. Diese Unterschiede sind bei den Ergebnissen der Forschung einzukalkulieren und nicht außer Acht zu lassen.

Die Gruppendiskussion selbst ist eine Kombination aus Befragung und Beobachtung. Hier wird ein Thema, welches vom Forscher oder von der Forscherin vorgegeben ist, diskutiert. So erhält man Informationen und kann zudem die Interaktion der unterschiedlichen GruppenteilnehmerInnen beobachten (vgl. Gläser / Laudel 2004:37).

Bei einer Gruppendiskussion rücken der Moderator oder die Moderatorin in den Hintergrund und lassen die TeilnehmerInnen der Diskussion über ein vorgegebenes Thema diskutieren. Er oder sie beobachtet die Diskussion, welche

sich durch Anregungen der TeilnehmerInnen selbst entwickeln soll. Anschließend werden Aussagen und Meinungen analysiert (vgl. Flick 2004 zit. in Hiennerth et.al. 2009:117).

Die Gruppendiskussion wurde ähnlich wie ein narratives Interview gestaltet. Beim narrativen Interview wird als Einleitung eine spezifische Frage gestellt, auf welche der oder die Befragte mit einer längeren Erzählung reagieren sollte (vgl. Gläser / Laudel 2004:40). Hiennerth et. al. (2009:117) ergänzen, dass beim narrativen Interview der Forscher, beziehungsweise die Forscherin nicht in den Erzählfluss eingreifen und unterbrechen darf. Falls bestimmte Punkte offen bleiben, kann der Interviewer oder die Interviewerin am Schluss nachfragen.

Bei der geführten Gruppendiskussion lautete die einleitende Frage:

- Können Angehörige im Bezug auf die Alkoholerkrankung helfen, und wenn ja, wie kann dies geschehen?

Ziel dabei war es, dass durch die Interaktionen und Meinungen der GruppenteilnehmerInnen eine Diskussion in Gang kommt und so verschiedene Standpunkte, Erfahrungen und Meinungen aufgezeigt werden.

4.4 Kontaktaufnahme mit InterviewpartnerInnen und TeilnehmerInnen der Gruppendiskussion

Die Kontaktaufnahme zu den ExpertInnen erwies sich als relativ einfach, da ich von verschiedenen Seiten Unterstützung und Empfehlungen bekommen hatte. Zudem waren die ExpertInnen sehr entgegenkommend und engagiert. Das Kriterium bei der Auswahl der InterviewpartnerInnen war, dass alle im Suchtbereich tätig sind oder waren und nicht nur mit KlientInnen und PatientInnen arbeiten, beziehungsweise arbeiteten, sondern auch mit Angehörigen.

- Erste/r InterviewpartnerIn: klinischer Psychologe und Psychotherapeut beziehungsweise klinische Psychologin und Psychotherapeutin, im Anton Proksch Institut tätig, mehr als zehn Jahre in der Angehörigenbetreuung.
- Zweite/r InterviewpartnerIn: diplomierter Sozialarbeiter beziehungsweise diplomierte Sozialarbeiterin, seit achtzehn Jahren im Verein Dialog beschäftigt, davon zehn Jahre in der Angehörigenarbeit. Zusätzliche

Tätigkeit in der Prävention , vor allem in der Öffentlichkeit, wo das Thema „Angehörige von Alkoholkranken“ schnell auftaucht.

- Dritte/r InterviewpartnerIn: diplomierter Sozialpädagoge, beziehungsweise diplomierte Sozialpädagogin, klinischer und Gesundheitspsychologe, beziehungsweise klinische und Gesundheitspsychologin, mehr als zwanzig Jahre Arbeit im Verein Dialog, viele Jahre davon in der Angehörigenbetreuung, unter anderem auch als FreiberuflerIn.

Alle InterviewpartnerInnen verfügen über jahrelange Erfahrung mit alkoholkranken Personen und deren Angehörigen.

Schwieriger war es, den Zugang zu den Betroffenen zu finden, da meine Praktikumszeit zum Zeitpunkt der Befragung schon vorbei war. Auch hier hatte ich jedoch das große Glück, Unterstützung zu bekommen und im Zuge einer ambulanten Gruppentherapie eine Gruppendiskussion mit acht Personen durchführen zu dürfen. Die befragten Personen haben alle eine stationäre Therapie hinter sich, leben teilweise schon mehrere Jahre ohne Alkohol und sind allesamt absolut abstinenz-orientiert. Hier kommt hinzu, dass ich der Geheimhaltungspflicht unterliege, und die PatientInnen sicher sein können, dass ihre Anonymität gewahrt bleibt und nichts von ihren sehr persönlichen, oft mit Scham besetzten Aussagen nach außen dringt.

4.5 Durchführung der Befragungen

Der Schwerpunkt der Forschung basiert auf der Gruppendiskussion mit acht ambulanten PatientInnen des Anton Proksch Instituts und auf Interviews mit drei ExpertInnen aus der Angehörigenarbeit im Suchtbereich. Thema der Gruppendiskussion war, ob Angehörige im Bezug auf die Alkoholerkrankung helfen können, und welche Wünsche die Betroffenen haben. Die ExpertInneninterviews basierten auf deren subjektiver Erfahrung, sowohl mit Angehörigen als auch mit Betroffenen.

Durch die flexible Gestaltung der Interviews und der Gruppendiskussion hatten die befragten Personen ausreichend Spielraum, um von ihren Erfahrungen zu erzählen.

Die ExpertInneninterviews fanden am jeweiligen Arbeitsplatz der befragten Person statt und dauerten im Durchschnitt zwanzig bis dreißig Minuten. Die Gruppendiskussion wurde in der Suchtklinik abgehalten und dauerte ungefähr

eine Stunde. Sowohl die ExpertInnen als auch die TeilnehmerInnen an der Gruppendiskussion stellten sich freiwillig zur Verfügung. Die Befragungen fanden jeweils in einer für die befragten Personen bekannten Umgebung beziehungsweise Situation statt. So wurde für eine angenehme Atmosphäre gesorgt. Die Interviews und die Diskussion wurden mithilfe eines Diktiergerätes aufgenommen, anschließend transkribiert und wie folgt ausgewertet.

4.6 Methodik der Datenauswertung

Als Datenauswertungsmethode wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) herangezogen. Die qualitative Inhaltsanalyse eignet sich insbesondere für die Auswertung von – wie in meinem Fall – transkribierten Interviews, da sie der systematischen schriftlichen Analyse des aus einer Art von Kommunikation stammenden Materials dient (vgl. Aepli et.al. 2014:256). Mayring (2007:58) unterscheidet drei Grundformen: die zusammenfassende Inhaltsanalyse, die explizierende Inhaltsanalyse und die strukturierende Inhaltsanalyse.

Für die vorliegende Masterthese wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse gewählt. Diese zielt darauf ab, das Datenmaterial soweit zu reduzieren, dass die zu bearbeitende Menge der Daten überschaubar wird, und nur noch die wichtigsten Inhalte übrig bleiben (vgl. Aepli 2014:259). Dies erfolgt in mehreren Schritten. Anfangs werden anhand der Fragestellung Auswahlkriterien festgelegt und das Textmaterial gelesen. Anschließend wird Zeile für Zeile bearbeitet, die inhaltstragenden Textstellen werden paraphrasiert, das heißt ausschmückende Redewendungen werden weggestrichen. Die Paraphrasen werden in Kategorien zusammengefasst. Textstellen mit einer ähnlichen Bedeutung werden einer bestimmten Kategorie zugeordnet und anschließend interpretiert, um die Forschungsfrage zu beantworten (Hienert et. al. 2009:131).

Über die zusammenfassende Inhaltsanalyse erfolgt die Gewinnung von Kategorien aus dem Datenmaterial. Dies nennt man die induktive Kategorienbildung (Aepli et. al. 2014:260). Nach Mayring (2007:74) stellt die Definition der Kategorien einen zentralen Schritt der Inhaltsanalyse dar.

Mittels der zusammenfassenden Inhaltsanalyse habe ich die Transkriptionen der ExpertInneninterviews und der Gruppendiskussion kodiert, nachdem ich immer

wieder Zeile für Zeile durchgelesen hatte. Aus den Codes, die sich aus der Analyse ergeben hatten, konnten anschließend Kategorien gebildet werden. Nach Gläser / Laudel (2004:240) ist es das Ziel der Datenauswertung, die Forschungsfrage zu beantworten. Zu diesem Zweck werden die gebildeten Kategorien im folgenden Abschnitt in den Forschungsergebnissen dargestellt.

5. Darstellung der Forschungsergebnisse

Dieser Abschnitt der Masterthese widmet sich den Auswertungen des Datenmaterials, welche die Beantwortung der Forschungsfrage ermöglichen. Zuerst werden die wichtigsten Themen der Gruppendiskussion beschrieben, anschließend jene der ExpertInneninterviews. Um die Schlussfolgerungen der Forscherin besser nachvollziehen zu können, wurden diese immer wieder mit Zitaten aus den Befragungen untermauert.

Die Ergebnisse zeigen ausschließlich die Meinungen und Sichtweisen der befragten GruppenteilnehmerInnen und ExpertInnen. Es ist zu berücksichtigen, dass alle Interpretationen nur aus dieser Perspektive beleuchtet werden und gänzlich auf den Aussagen der befragten Betroffenen und auf dem Wissen der ExpertInnen beruhen.

Die Ergebnisse lassen sich in 4 Hauptkategorien aufzeigen:

1. Selbstreflexion und Selbsthilfe der Betroffenen
2. Verhaltensweisen der Angehörigen in Bezug auf die Betroffenen
3. Verhaltensratschläge der ExpertInnen für die Angehörigen
4. Hilfestellungen der ExpertInnen für die Angehörigen

Die Forscherin möchte zunächst die Situation der alkoholkranken PatientInnen beschreiben, um deren Wünsche erfahren, verstehen und nachvollziehen zu können. Sie geht von jenem Zeitpunkt aus, an dem ein Betroffener oder eine Betroffene erkennt, dass er oder sie betroffen ist.

5.1 Selbstreflexion und Selbsthilfe der Betroffenen

Nach dem Erkennen und Eingestehen, dass eine Alkoholabhängigkeit vorliegt, wäre einer der ersten und wichtigsten Schritte für die Betroffenen, sich komplexe Informationen zu beschaffen. Über Ursachen, Verlaufsformen, Konsequenzen und Prognosen Bescheid wissen zu wollen, bedeutet schließlich, dass die Kranken ihre Krankheit wahrnehmen, sich mit ihr auseinandersetzen und sich schließlich der Bekämpfung stellen wollen.

Ein erster Versuch, von sich aus der Abhängigkeit zu entkommen, liegt in der Selbstkontrolle. Es geht darum, alte Gewohnheiten und Rituale, welche mit dem Alkoholkonsum zusammenhängen, durch neue, nicht alkoholassoziierte zu ersetzen. Dazu ist es notwendig, das „nasse“ Leben als beeinträchtigend und letztlich zerstörend zu erleben und die Alternative ausschließlich in einem Leben ohne Alkohol zu erkennen. Die Betroffenen sind in ihrer Gesundheit und ihrem Wohlbefinden stark beschädigt, sie sind den Schwierigkeiten im Zusammenleben mit ihren Angehörigen ausgesetzt, sie haben ihr Leben nicht mehr im Griff. Unter diesem Leidensdruck kann das „trockene“ Leben attraktiv erscheinen.

Meine GruppenteilnehmerInnen sprachen davon, dass sie wieder lernen wollten, zu sich selbst zu stehen, sich zu achten und zu akzeptieren, um dadurch erneut zu angenehmen und brauchbaren Mitgliedern ihres sozialen Umfeldes zu werden.

„Einsehen, dass wir in erster Linie an uns selbst denken, weil wenn es uns schlecht geht, geht es den anderen auch nicht gut. Und ich glaube, das ist sehr wesentlich, dass man sich das bewusst ist“ (Gruppendiskussion 2017:64-66).

Ganz wichtig in diesem Zusammenhang ist es den Betroffenen auch, ihren persönlichen „Wert“ wieder akzeptieren zu können, und davon überzeugt zu sein, ein besseres Leben zu verdienen.

Dieses Nachdenken über sich selbst und die nächsten Personen beinhaltet auch die Beschäftigung mit der Krankheit, welche die aktuelle Situation herbeigeführt hat. Diese muss als eine chronische erkannt werden, die Möglichkeit von Rückfällen muss bewusst sein. Eine Person aus der Gruppendiskussion erzählte von ihrem Rückfall und meinte:

„Für mich selber, ich habe versagt, ich bin total rückfällig geworden, und das ist für mich im Innersten ein Schritt zurück, es ist wieder passiert [...] Ich bin enttäuscht von mir, ich bin wieder da rein in diesen Teufelskreis (...) ich denk mir halt, ich muss den Schritt zurück machen, damit ich wieder nach vorne komme, weil sonst geht es bergab“ (Gruppendiskussion 2017:898-902).

Anhand dieser Äußerung ist deutlich zu sehen, dass dieser Teilnehmer oder diese Teilnehmerin auch durchaus in die Zukunft denkt, was die Bereitschaft zu einer Veränderung, und in der Folge zu einer Therapie bereits signalisiert. Auf dieser Erkenntnisstufe zeigt sich, dass sich der Horizont der Betroffenen wieder geweitet hat, und sie in der Lage sind, ihr Umfeld wahrzunehmen und mit diesem konstruktiv zu kommunizieren.

5.2 Verhaltensweisen der Angehörigen aus Sicht der Betroffenen

Die GruppenteilnehmerInnen berichten von unterschiedlichen Unterstützungsansätzen ihrer Angehörigen, die von ihnen jeweils individuell aufgenommen werden.

5.2.1 Positive Verhaltensweisen

Auf die Frage, welche Eigenschaften der „ideale“ Angehörige besitzen sollte, antwortet ein Teilnehmer beziehungsweise eine Teilnehmerin an der Gruppendiskussion:

„Naja, einer, der sich wirklich interessiert für die Krankheit, weil das ist die beste Voraussetzung, wenn einer Interesse hat, weil dann hört er auch zu und er hört sich das an und schaut, wie man das am besten auf die Wege bekommt“ (Gruppendiskussion 2017:610-613).

- Interesse

Die GruppenteilnehmerInnen interpretieren jede Anteilnahme an ihrem „Thema“ als Zuneigung und Aufmerksamkeit. Sie erzählen, wie gut es ihnen tut, dass ihre Angehörigen sich Informationen beschaffen – aus Literatur, Vorträgen, Seminaren, Angehörigengruppen – und ihnen damit signalisieren, dass sie die vorliegende Problematik ernst nehmen und zudem auch bereit sind, in eine aktive Begleitung einzusteigen. Über die Krankheit sachlich sprechen zu können, Wissen

auszutauschen und so die eigene, immer wieder als bedrohlich erlebte Situation in einem allgemeinen, „wissenschaftlichen“ Kontext aufgehoben zu wissen, erleben die Betroffenen als beruhigend.

„Meine Kinder waren sogar bei der Angehörigengruppe, denen hat das auch gefallen. Sie haben nur gesagt: ‚Mutti, wenn du was getrunken hast, dann kommen wir nicht‘. Und das war’s eigentlich (...) Das war eigentlich bei uns ein Thema, über das auch offen geredet wird und das tut auch viel“ (Gruppendiskussion 2017:601-604).

Aus der Einsicht in ihre gemeinsame Situation kann sich sowohl für die PatientInnen, als auch für deren Wegbegleiter ein Anstoß zur Veränderung ergeben.

Es wird in der Folge auf Anreize zum Umdenken näher eingegangen.

- Motivation

Abgesehen von der eigenen Absicht, für sich selbst, für seine Gesundheit, für sein Wohlbefinden und für den Respekt der Mitmenschen etwas Gutes zu tun, indem man keinen Alkohol mehr trinkt, spielt die Motivation von außen eine besondere Rolle. Jegliche Art der Unterstützung kann eine solche Motivation sein. Sei es in Form von Interesse, Lob, Anerkennung, Beistand und dergleichen⁷.

Bei den meisten der TeilnehmerInnen stellt die Familie die größte Motivation dar, abstinent zu bleiben. Man möchte wieder ein schönes, harmonisches Familienleben führen, eine glückliche Beziehung genießen und vor allem wieder in der Lage sein, die damit verbundenen Aufgaben zu erfüllen. Kinder liegen den Betroffenen dabei am meisten am Herzen, da die Mutter- oder Vaterrolle lange Zeit vernachlässigt wurde, und man das wieder gut machen möchte. Auch die Gefahr, dass der Kontakt zu Enkelkindern verboten oder zumindest eingeschränkt werden könnte, bestärkt die PatientInnen in ihrem Bemühen, dem Alkohol zu widerstehen, wie folgende Aussage verdeutlicht:

„Deine Enkelkinder wollen ja auch noch länger eine Oma haben“ (Gruppendiskussion 2017:682f.).

⁷ Siehe folgend unter 5.2.1.

Allgemein könnte man aus den Erzählungen der Betroffenen schließen, dass alkoholranke Personen, denen eine Familie oder nahe Angehörige zur Seite stehen, eine wesentlich größere Motivation haben als Personen ohne Angehörige. Die Familie stellt in den meisten Fällen den größten Ansporn dar.

„Na sie⁸ war dann eigentlich die Hauptursache, wo ich wirklich über mich und mein Leben zum Nachdenken angefangen habe“ (Gruppendiskussion 2017:646f.).

Angehörige, die sich Gedanken machen, können bewirken, dass auch die Betroffenen in sich gehen und in der Aussicht auf eine prognostizierbare Verbesserung ihrer Lebensumstände den Sprung über den eigenen Schatten wagen.

„Das ist ein Anstoß, ... wie willst du weitermachen, was bringt dir das, wenn du trinkst. Stellt dich das wirklich so ruhig, dass du sagst, du brauchst das“ (Gruppendiskussion 23017:662-665)?

Hier wird die erkrankte Person explizit gefragt, welchen Vorteil sie vom Alkoholkonsum hat und dadurch dazu angeregt, sich mit ihren Bedürfnissen und den eventuellen Gründen der Erkrankung auseinanderzusetzen.

Auf dem Weg in die Gesundung sind verlässliche Begleiter von großem Wert. Folgende Aussage untermauert, dass der Austausch mit anderen Menschen, die Einblicke in die Situation haben, zuhören und Ratschläge erteilen können, einen hohen Stellenwert hat.

„Ja und es sind immer Leute da, die man kennt und die das verstehen. Und jedes Mal haben wir gute Gespräche“ (Gruppendiskussion 2017:544f.).

- Beistand, Rückhalt und Ermutigung

„ ...gute Freunde, die ich nicht nur anrufe, oder das Herz ausschütte, sondern die mir wirklich beistehen (...). ... die mich unterstützen, die mich wieder aufrichten ... ich kann jederzeit auf die zählen“ (Gruppendiskussion 2017:40-47).

Die TeilnehmerInnen schildern wiederholt, wie sehr sie für jede Unterstützung dankbar sind. In ihrer „wackeligen“ Situation brauchen Alkoholranke starken Halt

⁸ Anmerkung: die Tochter.

in Form von Anwesenheit, Verständnis, Gelassenheit und Zuversicht. Das Gefühl, nicht von aller Welt verlassen zu sein, schafft Mut und Sicherheit.

Besonders wichtig ist Ermutigung auch dann, wenn es zu einem Rückfall kommt.

„Ich habe versagt, es ist wieder passiert, ich bin total enttäuscht von mir selber, dass ich mich nicht weiter entwickelt habe“ (Gruppendiskussion 2017:898f.).

Die TeilnehmerInnen sind sich einig, dass sie in dieser verzweifelten Lage kaum ohne Unterstützung von außen wieder auf die Beine hätten kommen können.

- Lob und Anerkennung

Ob nach einem Rückfall oder am Anfang einer Therapie, wünschen sich die PatientInnen nicht nur, dass sie in ihrem sozialen Netz aufgefangen bleiben, sie brauchen zusätzlich dringend Lob und Anerkennung. Oft liegen zwar schlimme Erlebnisse hinter ihnen, aber vielleicht können sie doch den einen oder anderen Erfolg im Kampf gegen ihre Abhängigkeit verbuchen. Alle TeilnehmerInnen haben schon diesen großen Schritt, sich einer stationären Therapie zu unterwerfen, hinter sich. Für all das, was sie bereits gemeistert haben, wünschen sie sich zumindest, dass ihr Bemühen und ihre Anstrengung gesehen und anerkannt werden. Nicht nur, dass es in der Rolle des Störenfrieds gut tut, wenn man hört:

„Ich bin stolz auf dich, ich glaube an dich“ (Gruppendiskussion 2017:51).

Ein Lob kann auch ein großer Ansporn für die Betroffenen sein, etwas zu verändern, beziehungsweise kann es sie in ihrem erwünschten nüchternen Verhalten bestärken.

Sämtliche der genannten positiven Verhaltensweisen von Angehörigen alkoholkranker PatientInnen wurden aus den Wünschen der Befragten abgeleitet. Sie erfordern allesamt einen enormen persönlichen Einsatz.

Zudem müssen sich die HelferInnen bewusst sein, dass es keine allgemein und ewig gültigen Rezepte gibt, beziehungsweise, dass jedes Rezept zu einem Zeitpunkt brauchbar ist, zu einem anderen vielleicht ganz und gar nicht.

- Flexibilität

„...weil es ist nicht jeder Tag und jede Woche gleich. Weil eine Zeitlang wollte ich überhaupt keinen Alkohol in der Wohnung haben, und nach einer Zeit war es dann ok“ (Gruppendiskussion 2017:619-621).

Alle diskutierenden Personen erzählten, wie oft sie ihre Angehörigen als überfordert erleben. Ähnlich wie sie selbst konnten sich diese oft nur mühsam oder gar nicht auf schnell und unerwartet wechselnde Umstände einstellen. Sehnsüchtig herbeigewünschte, mit viel Einsatz geschaffene „Ruhe“ war oft im Nu dahin, wenn sich die Kranken gehen ließen, die Therapie abbrachen, oder gar rückfällig wurden. Die Unsicherheiten, die mit einer chronischen Erkrankung einhergehen, stellen immer wieder eine zusätzliche Prüfung dar.

In diesem Zusammenhang ist es wünschenswert, dass die Angehörigen den Betroffenen gegenüber möglichst viel Flexibilität aufbringen und versuchen, sich an die jeweilige Situation anzupassen. Gleichzeitig sei hier kritisch angemerkt, dass die von den Betroffenen erwünschten positiven Verhaltensweisen der Angehörigen nicht ohne weiteres von diesen erwartet werden können. Es sollte berücksichtigt werden, dass die meisten Angehörigen im Umgang beziehungsweise im Zusammenleben mit den Betroffenen immer wieder Enttäuschungen, Vertrauensbrüche und Kränkungen erfahren müssen und ihre Beziehung zu den Betroffenen daher auch durchaus ambivalenter Natur sein kann.

5.2.2 Positive Verhaltensweisen von beiden Seiten

Unter positiven Verhaltensweisen von beiden Seiten ist zu verstehen, dass es ganz bestimmte Regeln gibt, die sowohl von den Betroffenen, als auch von den Angehörigen eingehalten werden müssen, um einen partnerschaftlichen Umgang zu ermöglichen.

- Verständnis

„... es wäre natürlich hilfreich und wünschenswert, wenn sich die Angehörigen irgendwo einmal Information holen würden (...) und dann halt mit jedem individuell umgehen, was er braucht. (...) Ich meine natürlich, dass diese Krankheit auf viel

Unverständnis stößt, weil es ist ja noch immer nicht akzeptiert“ (Gruppendiskussion 2017:80-85).

„Wenn sie einmal zu einem Angehörigenabend gehen würden und sich das mal von Experten sagen lassen würden, nicht nur von mir, weil die denken sich vielleicht nur: ‚ja, du kannst viel erzählen‘.“ (Gruppendiskussion 2017:224-226).

In diesen Aussagen steckt die Enttäuschung der Betroffenen, aus Unwissenheit und Unverständnis nicht gerecht behandelt zu werden. Sie wünschen sich, dass ihre Angehörigen erfahren und akzeptieren, dass es sich um eine Krankheit handelt, die nicht mutwillig selbst „verschuldet“ wurde, sondern die durchaus mit dem Umfeld der Kranken, also mit den Personen, die ihnen nahestehen, auf das Engste verknüpft ist. Angehörige sollten sich also ihrer eigenen Rolle im Beziehungsgeflecht, und damit ihrer Verantwortung bewusst werden.

„Also mir hat dieses Krankheitsbild nicht gefallen, man steht in einer Gruppe in der Familie und man ist der Kranke. [...] Das trifft ja alle, die da involviert sind und nicht nur denjenigen, der krank ist“ (Gruppendiskussion 2017:88-95).

Diese ambulanten PatientInnen haben schon einige Erfahrungen gesammelt, sie denken über ihr eigenes Verhalten hinaus und beziehen ihr Umfeld mit ein, wobei sie diesem auch zugestehen, dass es nicht immer leicht ist, Verständnis aufzubringen:

„... es können Jahre vergehen und es gibt immer wieder Leue, die trauen einem nichts zu, die haben immer noch einen Rest Misstrauen, weil sie mich eben so und so erlebt haben“ (Gruppendiskussion 2017:128-131).

Im Laufe der Therapie lernten meine TeilnehmerInnen, sich auch auf die Bedürfnisse und Wünsche ihrer Angehörigen einzustellen und dadurch ein gegenseitiges Verständnis zu etablieren.

In der Diskussion wurde darüber hinaus auf die mit dem erwünschten Einfühlungsvermögen verknüpften Bedingungen wie Ehrlichkeit und Vertrauen eingegangen.

- Ehrlichkeit und Vertrauen

„Meine Kinder hab ich auch angelogen, mein Bub hat dann gesagt: ‚Ich bin dir nicht böse, wenn dir wirklich was passiert und du machst dann gleich wieder was, aber böse bin ich, wenn du mich wieder anlügst. Wenn, dann sei ehrlich und gib es zu‘.“ (Gruppendiskussion 2017:530-532).

Es gibt viele Gründe für die Betroffenen, nicht ehrlich zu sein. Oft wird ein oberflächlich harmonisches Familienleben beibehalten, nur um sich nicht mit den praktizierten Verhaltensmustern auseinander setzen zu müssen. Auch das Aufdecken des Ausmaßes der Abhängigkeit oder befürchtete Schuldzuweisungen verleiten zu Verheimlichung und Lüge.

Angehörige wiederum befürchten, dass eigene Defizite oder Erziehungsfehler an den Tag kommen, die an der Erkrankung mitbeteiligt sein könnten. Sie ziehen es vor, den Status quo beizubehalten und bagatellisieren ihre Belastung, um der Anstrengung etwas verändern zu müssen, zu entkommen.

Beide, Betroffene und Angehörige, scheuen davor zurück, einander auf Augenhöhe zu begegnen. Die heikle Situation der Suchterkrankung zieht Heimlichkeiten, Lügen und Vertrauensbrüche nach sich. Wo aber keine Ehrlichkeit ist, da ist auch kein Vertrauen, unter dem Motto: „Wer einmal lügt, dem glaubt man nicht, und wenn er auch die Wahrheit spricht!“

Bei der Gruppendiskussion wurde deutlich, dass TeilnehmerInnen, welche vor der stationären Therapie viel gelogen hatten, auch danach weniger Vertrauen von ihren Angehörigen bekommen haben.

Einige der Betroffenen äußerten, dass sie immer wieder darüber nachdenken, wie es ihren Angehörigen geht, und sie sich gleichzeitig wünschen, dass die Angehörigen versuchen, über Vergangenes hinweg zu kommen, und lernen, wieder Vertrauen zu den PatientInnen aufzubauen. Hier spielt der Faktor Zeit eine ganz besondere Rolle.

„Ich glaube, es dauert einfach ein bisschen, bis das Vertrauen wieder da ist, man das Vertrauen wieder von Angehörigen gewinnt“ (Gruppendiskussion 2017:593f).

Nur im offenen Austausch von Gedanken, Meinungen, Gefühlen und Absichten scheint die Bewältigung des problematischen Familienlebens möglich zu sein.

- Kommunikation

Im Zusammenleben von Alkoholerkrankten mit ihren Angehörigen, das oft von Scham, Schuldgefühlen und Verheimlichungen geprägt ist, kommt einer bewusst geführten Kommunikation eine besonders wichtige Rolle zu. Die Beteiligten müssen lernen, offen miteinander zu sprechen, und Empfindungen, die einen freuen, oder aber auch belasten, auszudrücken. Das ist ein wesentlicher Schritt, um Vertrauen wieder aufzubauen und Verständnis für weitere Sichtweisen zu bekommen.

Von Verhaltensweisen, die beide „Parteien“ im Miteinander üben sollten, kommen wir zu jenen Umgangsformen der Angehörigen, welche von den PatientInnen teils gewünscht, teils abgelehnt werden.

5.2.3 Ambivalente Verhaltensweisen der Angehörigen

Unter ambivalenten Verhaltensweisen versteht die Forscherin Verhaltensweisen, welche von den Betroffenen entweder als positiv oder als negativ empfunden werden. Hierbei sind nicht Schwankungen im Benehmen einzelner Personen gemeint, sondern die unterschiedlichen Meinungen der GruppenteilnehmerInnen in Bezug auf ein und dasselbe Verhalten der Angehörigen.

Gewisse durchaus übereinstimmende Aktionen oder Reaktionen seitens der Angehörigen wurden von den diskutierenden Personen völlig unterschiedlich bewertet. Die Betroffenen mit ihren individuellen Bedürfnissen und Wünschen empfanden manche „erzieherischen“ Maßnahmen je nach persönlicher Erwartungshaltung und Situation als brauchbar und wohltuend, oder aber als unangemessen und übergriffig.

Daraus resultiert für die angehörigen Personen die Notwendigkeit, das eigene Verhalten immer wieder zu reflektieren und feinfühlig auf die jeweilige Befindlichkeit der Betroffenen einzugehen. Kritisch sei hier jedoch angemerkt, dass die Angehörigen normalerweise nicht über eine entsprechende Expertise verfügen. Daher sollte nicht ohne weiteres von ihnen erwartet werden, dass sie

ihre eigenen Verhaltensweisen ständig hinterfragen und sich an jegliche Gegebenheiten anpassen können.

Wir sprechen nun in der Folge von absichtlichen Verhaltensweisen, die dazu angelegt sind, aktiv auf das Gegenüber einzuwirken.

- Grenzen setzen

„Ja, solange die das tolerieren und quasi noch co-abhängig sind und für dich alles Mögliche erledigen, weil du es nicht mehr kannst, trinkst du ja weiter, weil es bequem ist. Aber wenn die dir jetzt eine Grenze setzen und nichts mehr für dich machen, wird es unbequem für einen Alkoholiker“ (Gruppendiskussion 2017:668-671).

Die meisten TeilnehmerInnen waren der Meinung, dass es ihnen geholfen hätte, von ihren Angehörigen klare Grenzen gesetzt zu bekommen.

„Ja, aber ich glaub, ich habe das gebraucht, dass es bei mir „klick“ gemacht hat (...), sie⁹ wollte mir damit wirklich einen Anstoß geben“ (Gruppendiskussion 2017:638-641).

Mit Bedingungen konfrontiert zu werden, wird zwar zunächst als Schmerz und Zurückweisung erlebt, erleichtert aber schließlich die Entscheidung, dem Alkohol zu entsagen.

„Es muss irgendwas sein, dass dir weh tut, was der totale Verzicht ist, ... bei manchen muss man halt härter durchgreifen“ (Gruppendiskussion 2017:720f).

Andere TeilnehmerInnen wiederum wehrten sich dagegen, Grenzen aufgezwungen zu bekommen. Sie interpretierten dieses Verhalten ihrer Angehörigen als autoritär und fühlten sich in ihrer persönlichen Entscheidungsfähigkeit missachtet und eingeschränkt und als eigenverantwortliche Person nicht mehr anerkannt.

Als noch weit massiveren Eingriff in ihre persönlichen Entscheidungen schilderten die TeilnehmerInnen jegliche Art der Überwachung seitens ihrer

⁹ Anmerkung: die Tochter.

Familienmitglieder, wobei jedoch ebenfalls nicht alle ausschließlich Ablehnung zeigten.

- Kontrolle

„... Kontrolle, für mich persönlich war das mieseste, was es gibt“ (Gruppendiskussion 2017:42f).

Zu entdecken, dass sie als nicht mehr vertrauenswürdig eingestuft werden, dass ihnen die nächsten Mitmenschen jeden Respekt verweigern und sie als unberechenbar gelten, können die Betroffenen kaum verkraften.

„Die Kontrolle, die hat mich schon gestört. Nicht, wenn er mich gefragt hätte: ‚Hast du was getrunken‘ oder Dings, sondern der hat einfach gesucht“ (Gruppendiskussion 2017:562f).

Nicht nur, dass spionierende Angehörige die Intimsphäre ihrer alkoholkranken Familienmitglieder verletzen, sie weisen durch ihr eigenes heimliches Verhalten auch deutlich auf deren Heimlichkeiten hin – ein Klima der Unehrlichkeit wird offenbar. Unaufrichtigkeit, Scheu und Scham zerstören das offene Gespräch und den wertschätzenden Umgang miteinander. Erst wenn das Vertrauen wiederhergestellt ist, bedarf es keiner Lüge mehr.

„Vor allem, mich braucht man nicht kontrollieren, weil ich bin dann selber soweit, dass ich sag: ‚Ja, ich habe heute wieder zwei Spritzer getrunken‘.“ (Gruppendiskussion 2017:522f).

Die Betroffenen wollen sich ihre Autonomie nicht nehmen lassen und nicht das Gefühl haben, wie Kinder behandelt zu werden.

Nur manche GruppenteilnehmerInnen empfinden Kontrolle auch als positiv. Sie verstehen darunter ein Aufpassen, eine Art Fürsorge und auch die Übernahme von Verantwortung.

„Es ist mir eigentlich recht, dass er ein bissl schaut auf mich sozusagen“ (Gruppendiskussion 2017:480).

Zwei der TeilnehmerInnen geben aber auch zu, dass ihre Einschätzung von Kontrollen aller Art von ihrer jeweiligen aktuellen Befindlichkeit abhängt. Was in

einer Situation als sinnvoll und begrüßenswert erachtet wird, ist zu einem anderen Zeitpunkt absolut unerwünscht und damit auch nicht zielführend.

„Ja, manches Mal schmerzt es mich natürlich, kontrolliert zu werden, es gibt aber auch Zeiten, muss ich ehrlich sagen, da ist mir das sogar oft ganz recht“ (Gruppendiskussion 2017:446f).

Unter dem folgenden Kapitel werden nun jene Umgangsformen zwischen den Betroffenen und ihren engsten Mitmenschen erläutert, die von den TeilnehmerInnen an der Gruppendiskussion einstimmig abgelehnt wurden.

5.2.4 Negative Verhaltensweisen der Angehörigen

Hier sind Verhaltensweisen gemeint, welche von Angehörigen generell vermieden werden sollten, da sie für das zwischenmenschliche Verhältnis nicht gut und förderlich sind, sondern dieses sogar zerstören können. Sie sind eng miteinander verknüpft, allen gemeinsam ist die fehlende Bereitschaft, sich mit der Situation der Kranken ernsthaft auseinander zu setzen.

- Ignoranz und Intoleranz

Die Betroffenen beklagen sich, dass viele ihrer Angehörigen nichts über Alkoholerkrankung wissen, aber auch nicht daran interessiert sind, sich einen Einblick zu verschaffen. Viele wollen ihre Erkrankten in eine Suchtklinik abschieben und gehen davon aus, dass diese aus der stationären Therapie als für immer geheilt entlassen werden, und die Thematik „Alkohol“ damit aus ihrem Leben gestrichen ist. Kommt es zu einem Rückfall, herrscht großes Unverständnis, da die Angehörigen über diese Möglichkeit nicht aufgeklärt sind. Dies führt zu Überforderung und Ablehnung, da sie nicht wissen, wie sie mit solch einer Situation umgehen sollen. Außerdem können sie auch keine passende Hilfe leisten, weil sie nicht verstehen, was passiert.

„Na, Probleme gibt's überall, deswegen sauft ma ned¹⁰“ (Gruppendiskussion 2017:233).

In dieser Unfähigkeit, mit der neuerlichen Enttäuschung umzugehen, ergreifen diese Angehörigen unlautere Maßnahmen.

¹⁰ Aussage eines Partners oder einer Partnerin von einer teilnehmenden Person.

- Zwang und Drohungen

Die Betroffenen schildern ihren Unwillen, sich willkürlichen und autoritären Ratschlägen und Anweisungen von unwissenden und uninteressierten Personen unterwerfen zu müssen. Diese versuchen jede eingehende Auseinandersetzung zu umgehen und die Betroffenen mit Härte in die Knie zu zwingen. Die TeilnehmerInnen jedoch geben an, dass Zwang und Drohung keine zielführenden Mittel darstellen.

„Wenn man mir alleine gesagt hätte: ‘herst jetzt hör amal auf’, na dann grad nicht“ (Gruppendiskussion 2017:779f).

Auch aus dieser Aussage geht hervor, dass sich die Betroffenen nicht bevormunden lassen, sondern selbst entscheiden wollen. Es kommt bisweilen sogar zu „Trotzreaktionen“, was bis zu einem gewissen Grad verständlich sein kann.

Ebenso hinderlich für eine harmonische Beziehung sind gegenseitige Bezeichnungen und Vorhaltungen.

- Schuldzuweisungen

Im Bereich der Suchterkrankungen spielt das Thema Schuld eine besondere Rolle. Dies wurde auch in der Gruppendiskussion deutlich. Die TeilnehmerInnen schilderten, dass sie beispielsweise in der Familie als „der oder die Kranke“ gelten, auch noch nach jahrelanger Abstinenz. Das ist für die PatientInnen schwer zu akzeptieren, da dies immer wieder mit Schuldzuschreibungen zusammen hängt. Wenn zum Beispiel in der Familie irgendetwas nicht stimmt, oder wenn es ein Problem gibt, dann wird unweigerlich der oder die Suchtkranke verantwortlich gemacht. Es wird mit dem Finger auf die betroffenen Personen gezeigt, und die Schuld wird ihnen in die Schuhe geschoben.

„... bei uns bin halt ich der Kranke, das kommt schon oft vor, wenn irgendwas nicht funktioniert oder hinhaut, das kommt schon oft auf mich zurück, weil ich bin ja der Kranke, ich hab ja Depressionen und ein Alkoholproblem. Das tut schon weh“ (Gruppendiskussion 2017:208-611).

Diese Person bedauert, dass sie ihre Rolle nicht los wird. Sie wird als alkoholabhängig abgestempelt und auf ihre Erkrankung reduziert.

- Stigmatisierung

Einmal als abhängig abgestempelt, gelingt es den Betroffenen oft nicht, die Erinnerungen an ihr unerwünschtes und auffälliges Verhalten auszulöschen. Aus den Erzählungen der TeilnehmerInnen wird deutlich, dass es sehr schwer ist, den „Ruf“ des Alkoholikers oder der Alkoholikerin wieder loszuwerden. Personen, die sich beispielsweise in der Arbeit geoutet haben, werden immer wieder mit ihrer Erkrankung konfrontiert.

„... wenn ich das jetzt auf den Beruf ummünze, hängt mir die stationäre Entwöhnung ... heute noch nach, wenn irgendeine Diskussion ist und ich bin halt anderer Meinung als fünf andere, dann ist auch schon die Meldung gekommen: ‚bist bsoffn‘?“ (Gruppendiskussion 2017:381-384).

Nicht nur im Beruf, auch in der Familie und im gesamten sozialen Umfeld bleibt die Erkrankung ein ständiger Begleiter, sogar dann, wenn man schon Jahre lang in Abstinenz lebt. Die Betroffenen schildern das Gefühl, nicht mehr als Menschen, sondern nur noch als Alkoholiker betrachtet zu werden. Sobald Probleme jeglicher Art auftreten, werden diese prompt mit der Alkoholerkrankung assoziiert.

Es besteht kaum eine Möglichkeit, sich aus dieser Schublade zu befreien, zusätzlich sind die PatientInnen ständig mit dem Argwohn ihrer Umgebung konfrontiert.

- Misstrauen

„Obwohl sie wissen, dass ich schon einige Zeit nicht mehr trinke, aber sie haben trotzdem immer noch das Misstrauen“ (Gruppendiskussion 2017:131f).

Die Betroffenen erzählen von verschiedenen Situationen, in denen deutlich wird, dass die Angehörigen noch immer kein Vertrauen zurückgewonnen haben. Jedes noch so kleine Anzeichen von Schwäche und Unwohlsein führt unwillkürlich zu Verdächtigungen.

„Und immer wieder, mir ist das unlängst passiert, ich bin schwindlig gewesen und hab mich schnell auf einen Sessel gesetzt: ‚Na, host was trunkn? Bist angsoffn‘?“

(...) Am Anfang hat mir das sehr weh getan, aber jetzt nicht mehr, ich brauche niemandem etwas zu beweisen“ (Gruppendiskussion 2017:138-141).

Sämtliche der beschriebenen Reaktionsmuster von Angehörigen bringen deren Ohnmacht zur Darstellung. Angehörige sind von Anfang an in die langsame Veränderung ihres Familienmitglieds involviert, sie erkennen vermutlich früher, was passiert, und sehen sich meist verpflichtet, aus ihrem Verantwortungsgefühl heraus, gegenzusteuern. Von vielen Emotionen begleitet und der ungemütlichen Situation unerwartet ausgesetzt, greifen sie nicht immer zu brauchbaren Strategien. Vor dem Hintergrund ungenügender Bewältigungsstrategien und Hilfe von außen sind diese Verhaltensweisen, die in Folge beschrieben werden, auch gewissermaßen nachvollziehbar.

5.2.5 Nicht-hilfreiche Verhaltensweisen der Angehörigen

Die Forscherin nimmt hier eine Unterscheidung zwischen negativen Verhaltensweisen und nicht-hilfreichen Verhaltensweisen vor. Ihrer Meinung nach ist es wichtig, hier zu differenzieren, da man Verhaltensweisen dann als negativ bewerten muss, sobald sie nicht darauf angelegt sind, den Betroffenen zu nützen, sondern ausschließlich darauf, sich selbst „Luft zu machen“. Nicht-hilfreiche Verhaltensweisen hingegen können zwar lieb und nett gemeint sein, dienen aber nicht der Unterstützung der Erkrankten. Es handelt sich dabei um sogenannte „co-abhängige“ Verhaltensweisen – einen Begriff, den die Forscherin aber auf Grund der stigmatisierenden Zuschreibung durch jenen der „nicht-hilfreichen“ Verhaltensweisen ersetzt.

Sobald Angehörige Verantwortungen der Betroffenen übernehmen, für diese Aufgaben erledigen, deren Zustand verheimlichen oder bagatellisieren und sogar Alkohol besorgen, wird die Abhängigkeit unterstützt, die aktuelle Situation wird prolongiert.

„Wenn du selber nicht mehr mit dem Auto fahren kannst, bringt er dir was, oder er macht Telefonate, welche du eigentlich machen solltest, oder er räumt zusammen oder so“ (Gruppendiskussion 2017:24).

„Ja, solange die das tolerieren und quasi noch co-abhängig sind und für dich alles mögliche erledigen, weil du es nicht mehr kannst, trinkst ja du weiter, weil es bequem ist“ (Gruppendiskussion 2017:799-801).

Derartige Handlungen bagatellisieren und unterstützen den Alkoholkonsum, da die Betroffenen sich auf ihre Angehörigen verlassen (können). Wenn dem entgegen gewirkt wird, indem die Erkrankten Grenzen gesetzt bekommen, könnte ihnen das helfen, den Konsum zu reduzieren, da sie dadurch in bestimmten Situationen „funktionieren“ müssen.

Diese verschiedenen Verhaltensweisen – positive, ambivalente, negative, nicht-hilfreiche – wurden beschrieben, um Angehörigen brauchbare und sinnvolle Anregungen in Bezug auf ihren Umgang mit der jeweils betroffenen Person anbieten zu können, beziehungsweise um aufzuzeigen, worauf eine professionelle Unterstützung von Angehörigen suchtkranker Personen das Augenmerk lenken sollte. Die positiven Verhaltensweisen sollen zeigen, was sinnvoll und hilfreich wäre, die negativen und nicht-hilfreichen, was besser unterlassen werden sollte. In jedem Fall ist es wichtig, stets auf die individuelle Persönlichkeit und die aktuelle Situation der jeweils Betroffenen einzugehen.

Um die Wünsche der Betroffenen zu untermauern, werden anschließend die Ergebnisse der Auswertung der ExpertInneninterviews dargestellt.

5.3 Verhaltensratschläge der ExpertInnen zum Aussteigen aus nicht-hilfreichen Verhaltensweisen

- Selbstreflexion, Eingeständnisse

ExpertInnen zufolge besteht der erste Schritt, um aus nicht-hilfreichen Verhaltensweisen aussteigen zu können, darin, sich bewusst zu werden, „wo ist jetzt eigentlich das Problem, und was ist das, das mich stört, wo sind meine Grenzen“ (Interview2 2017:125-127) und sich einzugestehen, dass auch gut gemeinte Unterstützung nicht zwangsläufig geeignet ist, Betroffenen aus ihrer Krankheit heraus zu helfen. Angehörige befinden sich in der schwierigen Lage, sich mit der unvorhergesehenen Entwicklung eines Familienmitglieds beschäftigen zu müssen. Diese in unserem Fall alkoholranke Person stellt für das familiäre Gefüge eine Zerreißprobe dar, sie ist Sand im Getriebe, sie kann selbst kaum

noch Beiträge leisten zum Funktionieren der alltäglichen Abläufe, die übrigen Familienmitglieder handeln nach persönlichen „Rezepten“, welche nicht immer greifen. Auf sich selbst gestellt, laufen diese Familien Gefahr, den Weg aus dem Suchtkreislauf, in welchen alle Mitglieder verstrickt sind, nicht zu finden.

Die befragten ExpertInnen sind daher der Meinung, dass nicht nur der oder die Erkrankte eine Therapie benötigt, sondern dass auch die umgebenden Personen einer Betreuung bedürfen. Am Anfang einer wirksamen Angehörigenarbeit sollte diesen zunächst die aufrichtige Anerkennung für ihre Bereitschaft, sich dieser unerwarteten Aufgabe zu stellen, vermittelt werden. In der Folge gilt es, ihnen zur Seite zu stehen und ihnen zu helfen, sich das eigene Verhalten bewusst zu machen, für sich selbst Klarheit zu schaffen und sich zu überlegen, was sie betroffen macht, was sie stört, was verändert werden sollte und was sie selbst dazu beitragen könnten.

In einem zweiten Schritt wäre es sinnvoll zu reflektieren, wozu eigene Verhaltensweisen dienen – ob sich selbst, oder der betroffenen Person. Es gilt, alternative Strategien vorzustellen, welche für alle Beteiligten gleichermaßen günstig wären. Wichtig ist es auch, damit zurechtzukommen, ob man sich selbst verzeihen kann, nicht-hilfreich zu sein. Die Angehörigen müssen darin bestärkt werden, dass sie einen wesentlichen Beitrag zur notwendigen Veränderung leisten. Es sollte ihnen klar gemacht werden, dass auch ein zeitweiliges Versagen niemals dazu führen sollte, sich selbst zu bestrafen und sich zu schämen, sondern dazu, sich auch eingestehen zu können, dass etwas, das für einen selbst hilfreich ist, für jemanden anderen vielleicht nicht hilfreich sein muss. Um sich einigermaßen sicher zu fühlen und immer wieder nach vorne schauen zu können, sollten die betreuenden Personen mit den vielfältigen Umständen einer Suchterkrankung vertraut sein.

- Aufklärung und Information

Zumeist entschließen sich angehörige Personen erst dann dazu, Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn ihr Latein am Ende ist und ihr Leidensdruck zu groß wird. Spätestens zu diesem Zeitpunkt wäre es wichtig, umfassende Auskünfte einzuholen.

„Ich mache ... eine psychodynamische Gruppe, soll heißen, die Angehörigen dürfen ein Thema sozusagen zum Thema machen“ (Interview1 2017:29f).

In einer solchen psychodynamischen Gruppe haben die Angehörigen die Möglichkeit, selbst auszuwählen, über welche Umstände sie sprechen und sich austauschen wollen. So können sie mitbestimmen, in welchen Bereichen sie Information erhalten.

Sobald sie wissen, was sie erwarten können, was es bedeutet, chronisch krank zu sein, und was (stationäre) Therapie bewirken kann, wird ihre Hilflosigkeit geringer. Wenn die Angehörigen genau über die Krankheit aufgeklärt sind, können sie in der Folge besser damit umgehen und sich selbst und die Betroffenen eher verstehen.

In diesem Zusammenhang muss das Thema der „Co-Abhängigkeit“ besprochen werden. Diese Verhaltensweisen des vermeintlichen Beschützens und Kümmerns, welche den Krankheitsverlauf nur prolongieren, müssen als ungünstig erkannt werden.

Dies ist nur möglich, wenn die betreuende Person sich nicht länger für alle Bedürfnisse des erkrankten Familienmitglieds verantwortlich fühlt, sondern sich auch wieder auf eigene Bedürfnisse besinnt. Die Schwierigkeit liegt hierbei darin, einen Mittelweg zu finden, der den Interessen aller involvierten „Parteien“ gerecht wird.

„Zu uns kommen auch Angehörige ..., die selbst auch noch gar nicht sehen, dass sie ein Problem haben. Also ich glaube, es ist ganz wichtig, Angehörige auch als eigene Klientengruppe zu sehen“ (Interview2 2017:65-68).

Personen, die mit einem oder einer Suchterkranken zusammen leben, muss man klar machen, dass nicht nur der oder die Erkrankte betreut werden muss, sondern, dass auch sie selbst einer Unterstützung bedürfen.

- Klarheit

Angehörige von Abhängigen tun sich regelmäßig sehr schwer, die eigene Rolle zu interpretieren. Oft haben sie verlernt, Wertschätzung für sich selbst zu empfinden. Sie neigen dazu, sich für alles die Schuld zu geben, fühlen sich unfähig und sind zudem davon überzeugt, dass sie ihr „Leiden“ verdienen.

Wieder zu entdecken, was die eigene Persönlichkeit ausmacht, was man möchte, wo die eigenen Grenzen sind, und wie dies auch klar und deutlich ausgedrückt werden kann, verlangt ein genaues „Hinschauen“ auf die vorliegende Problematik.

- Konfrontation

Einer der interviewten ExpertInnen erzählte, dass es unumgänglich sei, dass Angehörige ihre „Schützlinge“ mit der Wahrheit und mit Konsequenzen konfrontieren.

„Wenn man das Gefühl hat, es läuft etwas schief, es ist etwas nicht in Ordnung, dann ist es wichtig, dass auch auszusprechen. Man soll den Betroffenen oder die Betroffene mit der Problematik konfrontieren. Aufzeigen, was das Problem ist, sagen, dass man überzeugt ist, dass es sich hier um ein Alkoholproblem handelt. Klar formulieren, dass man eine Therapie verlangt, weil die Person einem wichtig ist, weil man sonst gewisse Dinge nicht mehr weiterhin tun kann“ (Interview1 2017:157-161).

Erforderlich ist es somit nach Ansicht der ExpertInnen, offen auf die Erkrankten zuzugehen, die Thematik anzusprechen, eigene Wünsche zu äußern und Vorschläge zu unterbreiten.

Die ExpertInnen erläutern zudem die Notwendigkeit, Angehörigen den Rücken zu stärken, damit sie ihre persönlichen Grenzen wahrnehmen und akzeptieren können und in die Lage gelangen, dem erkrankten Familienmitglied einen entsprechenden, eigenständigen Beitrag zur Gestaltung des Zusammenlebens abzuverlangen.

- Eigene Grenzen kennen lernen und Grenzen setzen

Sich mit sich selbst zu beschäftigen, haben viele Angehörige im Laufe ihrer Tätigkeit als Unterstützer von Suchterkrankten verlernt, beziehungsweise haben es auch vor der offensichtlichen Erkrankung nicht verstanden, sich auf das eigene Leben zu konzentrieren. Vielleicht waren sie von Anfang an auf das Leben ihres Familienmitglieds eingestellt, auf dessen Entwicklung und dessen Bedürfnisse, vielleicht haben beide Beteiligten, Kranke und Betreuer nie oder kaum jemals verstanden, sich von einander abzugrenzen. So ist ein Geflecht entstanden, das durch gegenseitige Abhängigkeit zusammengehalten wird. Hier zu reflektieren und

an sich zu arbeiten, ist jedoch ganz essentiell, denn wer seine eigenen Grenzen kennt, kann auch lernen, Grenzen zu setzen.

Die ExpertInnen meinen, dass zwischen den Betroffenen und ihren Angehörigen eine klare Grenze geschaffen werden muss. Trotz aller Verbundenheit müssen beide ihre Eigenständigkeit bewahren. Das ungesunde Verhaltensmuster, das der oder die Erkrankte entwickelt, um das Leben zu meistern, darf das Leben seiner oder ihrer Familie nicht vereinnahmen. Dazu muss aber diese stark genug sein, die Grenzen ihrer Zuständigkeit zu erkennen und auch zu verteidigen. Im Falle, dass Grenzen überschritten werden, müssen klare Entscheidungen getroffen werden.

„[...] ich mach da nicht mehr mit, ich deck dich nicht mehr, ich schütz dich nicht mehr, ich hör auf dich zu verstehen, es geht einfach nicht, dass du, auch wenn es dir nicht gut geht, trinkst in dem Ausmaß“ (Interview1 2017:177-179).

- Konsequenzen

Die ExpertInnen schildern, dass Angehörige oftmals Konsequenzen ankündigen, diese aber regelmäßig nicht durchführen, weil es ihnen nicht gelingt, aus ihrer Retter- und Erlöserrolle auszusteigen. Oft drohen sie beispielsweise mit Scheidung, sind aber viel zu fest an die Partner gebunden. Solange sie sich verantwortlich fühlen, empfinden sie eine Trennung als Verrat. Sie bedenken nicht, dass sie damit eine Veränderung verhindern.

„[...] wenn ich eine Konsequenz ankündige, die ich nicht durchziehen kann, dann wird das beim Betroffenen nichts auslösen“ (Interview1:185f).

Indem Angehörige Konsequenzen androhen, jedoch nicht „vollziehen“, verlieren ihre Aussagen an Glaubwürdigkeit und sie können keinerlei Druck mehr auf die Betroffenen ausüben.

Den ungeschickten Reaktionen der BegleiterInnen liegen darüber hinaus des Öfteren unrealistische und unerfüllbare Wunschvorstellungen zugrunde.

- Wünsche prüfen

Um von der eigenen Verstrickung in das familiäre System und die eigenen Gefühle abzulenken, projizieren Angehörige ihre persönlichen Wünsche nach

Beendigung des unseligen Zustands immer wieder auf den „Auslöser“, auf den Erkrankten.

„[...] oft ist der Wunsch, die andere Person sollte anders sein“ (Interview2 2017:128f).

Im herkömmlichen Familiensystem wird erwartet, dass es genügen muss, die Erkrankung zu akzeptieren und den Betroffenen oder die Betroffene nicht fallen zu lassen. Die Bekämpfung der Sucht sollte in den Augen vieler Angehörigen der oder die Erkrankte alleine bewerkstelligen.

Vielfach haben Angehörige auch den Wunsch nach „Tipps“, nach einer Handvoll Regeln, nach einem „Patentrezept“, mit der Garantie, dass der belastende Zustand dann durch einen harmonischen ersetzt wird. Ihnen muss vermittelt werden, dass jede Veränderung nur individuell geschehen kann, sie müssen ihr Problem erkennen und realistische Lösungsansätze finden.

- Bewältigungsstrategien

„Also ich glaub, was immer hilft, ist zu schauen, was kann ich tun, damit es mir gut geht, weil sobald ich irgendwo auf mich schaue und sobald ich auch Dinge finde, die für mich gut sind, womit ich mit der Situation besser umgehen kann, bewirkt das...vielleicht schon Veränderung, auch bei der Person, die konsumiert“ (Interview2 2017:150-154).

Die Angehörigen sollten den Fokus wieder auf die eigene Person lenken. Regelmäßig dreht sich das gesamte soziale Umfeld nur um die Thematik der alkoholkranken Person, die übrigen Familienangehörigen vergessen auf sich selbst.

Um wieder zu lernen, das eigene Leben zu leben, die eigenen Gefühle zu fühlen und die eigenen Probleme zu lösen, muss den betreuenden Personen verdeutlicht werden, dass es ihnen zusteht, eigenen Bedürfnissen nachzugehen und sich auch jederzeit aus ihrer vermeintlichen Pflicht auszuklinken.

„[...] ich hab immer akzeptiert und respektiert... wenn Eltern, Angehörige, Partner, Geschwister sagen, ich halt mich raus aus dem und ich möchte auch jetzt einmal

keinen Kontakt ..., das muss jemand, egal welche Krankheit, auch aushalten können“ (Interview3 2017:198-201).

Um die genannten Ratschläge umsetzen zu können, benötigen die betreuenden Personen eine eingehende Unterweisung in zielführende Vorgangsweisen.

5.4 Hilfen der ExpertInnen für die Angehörigen

5.4.1 „Know-How“ der ExpertInnen

In diesem Kapitel werden jene Voraussetzungen der befragten Fachleute besprochen, welche unabdingbar sind für eine effektive Unterstützung von Familien mit einem suchterkrankten Mitglied.

- Empathie

ExpertInnen sollten davon ausgehen, dass Suchterkrankte und deren Mitmenschen in ein Beziehungsgeflecht verstrickt sind, das häufig von Gefühlen wie Schuld und Scham, und von gegenseitigen Vorwürfen und unausgesprochenen Empfindungen belastet ist.

Das Ziel, den einzelnen Beteiligten die persönliche Innenwelt durchschaubarer zu machen und sie dadurch zu einem ehrlichen und befruchtenden Zusammenleben zu befähigen, verlangt ein gutes Einfühlungsvermögen. Nach dem Aufdecken von Missverständnissen und Verletzungen kann ein Klima entstehen, in dem sich alle wohlfühlen und keiner die Flucht in die Sucht oder in die Selbstverleugnung ergreifen muss.

Moralische Apelle, Vorhaltungen aller Art, Erpressungen und Drohungen hingegen sind kontraproduktiv und helfen nicht weiter.

Die ExpertInnen weisen darauf hin, dass ein offenes Gespräch in entspannter Atmosphäre einen ersten wesentlichen Beitrag zum Gelingen einer Therapie leisten kann.

- Motivierende Gespräche

Jedem Gespräch sollte ein aufrichtiges Interesse an den KlientInnen zugrunde liegen. Diese müssen sich ernst genommen fühlen. Nur so kann eine

Veränderungsbereitschaft aufgebaut werden, die Betroffenen müssen selbst Einsichten gewinnen und selbst Argumente finden, sie zu drängen und zu überreden stößt mit Sicherheit auf Widerstand. Ein aktives Zuhören kann für die Betroffenen Klarheit schaffen, indem etwaige Diskrepanzen zwischen momentanem Verhalten und Zielen in der Zukunft aufgezeigt werden. Besonders wichtig ist es auch, die KlientInnen in ihrer Zuversicht, dass eine Veränderung möglich ist, zu bestärken.

Die Grundlage jeder Betreuung bildet ein wohlwollendes und entgegenkommendes Interesse an den betroffenen Personen. Von großem Nutzen ist hier auch die eigene Lebenserfahrung, die ermöglicht,

„... ein Beziehungsangebot zu machen und zu schauen, kann ich ihnen was geben, um sie in ihrer Lebensqualität zu stärken“ (Interview3 2017:461f).

Spezielles Fachwissen spielt hingegen eine untergeordnete Rolle.

- Wissen über Sucht

Alle drei ExpertInnen meinten, dass gewisse Kenntnisse über Sucht zwar von Vorteil sein können, dass diese jedoch nicht zwingend erforderlich sind. Ausschlaggebend für eine effektive Angehörigenbetreuung sind vielmehr die genannten menschlichen Verhaltensweisen und die spezifischen therapeutischen Strategien.

5.4.2 Aufgaben der ExpertInnen

Im Allgemeinen geht es um eine klinisch-psychologische, psychotherapeutische und auch sozialarbeiterische Betreuung und Behandlung der Angehörigen.

- Wahrnehmen der Zielgruppe

Die ExpertInnen meinen, dass es wichtig ist, Angehörige als eigene Zielgruppe, KlientInnengruppe zu sehen. Man soll sie stützen und stärken und sie mit verschiedenen Bewältigungsstrategien vertraut machen. Das soziale Umfeld begegnet ihnen oft mit Mitgefühl oder mit Unverständnis, sie werden gleichermaßen wie die Betroffenen ein für alle Mal abgestempelt und in eine Schublade mit den „Co-Abhängigen“ gesteckt. Institutionen und die Menschen, die in diesen arbeiten, müssen angehalten werden, mehr nachzudenken und sich

etwaige Abwertungen, beispielsweise die Angehörigen als „Verursacher“ zu sehen, bewusst zu machen.

„[...] na diese co-abhängigen Frauen, des kemma scho“ (Interview3 2017:411f).

Es ist zu bedenken, dass Alkohol gesellschaftlich wesentlich mehr akzeptiert ist als beispielsweise illegale Substanzen, dass Personen mit einem Alkoholproblem viel länger sozial integriert sind und bleiben. Dies lässt, wie oben schon erwähnt, darauf schließen, dass es in diesem Fall auch ein größeres soziales Umfeld gibt.

Wie eingangs erwähnt, konsumieren in Österreich über 760.000 Menschen Alkohol missbräuchlich, über 370.000 Menschen sind alkoholkrank. Wenn man davon ausgeht, dass jeder nur zwei Angehörige hat – in den meisten Fällen sind es mehr – dann gibt es wesentlich mehr betroffene Angehörige als Betroffene selbst. Daher ist so wichtig, die Angehörigen als eigenständige KlientInnengruppe anzusehen und vor allem auch, deren Thematik viel mehr in das Bewusstsein der unterschiedlichen Hilfs- und Unterstützungseinrichtungen zu rücken. Oft kommen Angehörige gar nicht in eine Suchtberatungsstelle, sondern tauchen in einer anderen Einrichtung, beispielsweise in einer Familienberatungsstelle, auf. Es wäre wichtig, dass hier ein Umdenken passiert, die Beratungsstellen sollten bestärkt werden, sich dieser Thematik zu stellen und nicht davor zurückzuschrecken.

Das gesamte Gesundheitssystem vergisst auf diese Gruppe von „Mit-Betroffenen“, daher gibt es auch wesentlich weniger Angebote für Angehörige, was allgemein erkannt werden muss und geändert werden soll.

„Wenn Angehörige betreut sind, steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass Betroffene sich auch untersuchen lassen“ (Interview2 2017: 261f).

Das jeweilige Gefüge, in welchem Betroffene leben, Familie, Arbeitsplatz, Freundeskreis und dergleichen, sollte unbedingt in jede Art der Unterstützung miteinbezogen werden, nur dann können sinnvolle Ansätze gefunden werden.

- Aufklärung

Eine möglichst umfassende Information bezüglich der Thematik „Sucht“ und „Alkoholerkrankung“ wäre für KlientInnen und TherapeutInnen von größtem Wert. Sucht ist eine systemische Erkrankung. Das bedeutet, dass ein System,

beispielsweise die Familie, die Partnerschaft, der Freundeskreis nicht einwandfrei funktioniert. Der oder die Suchtkranke personifiziert die Problematik, die beteiligten Mitmenschen treten dabei oft in den Hintergrund, obwohl sie wesentlich in das Geschehen involviert sind. Auch, dass Alkohol eine chronische Erkrankung ist, die nicht nach einer stationären Therapie aus der Welt geschafft ist, stellt eine wesentliche Information dar. Weiter muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass hinter einer Suchterkrankung auch immer wieder komorbide Störungen liegen. Aus Erfahrung der ExpertInnen bringen die meisten PatientInnen Begleiterkrankungen wie Depressionen, Traumafolgestörungen, Essstörungen, Angststörungen und viele weitere in die Therapie mit, welche ebenfalls behandelt werden müssen.

Angehörige müssen wissen, wie sich eine Suchterkrankung entwickelt, dass beispielsweise die PatientInnen nicht nur Alkohol konsumieren, weil er ihnen so gut schmeckt, sondern weil sie Alkohol als Medikament gegen unangenehme Zustände einsetzen, etwa als Antidepressivum bei Depressionen. Dies geschieht in den meisten Fällen unbewusst, die Betroffenen wissen nicht, dass sie an einer Depression leiden, aber spüren nach dem Alkoholkonsum eine Besserung, etwa mehr Antrieb oder mehr Gelassenheit.

„(...) oder bei Angststörungen wird Alkohol genauso als Medikament eingesetzt, wenn derjenige, der von Ängsten überflutet ist, merkt, wenn ich was trinke, traue ich mich mehr, da traue ich mich auf die Straße zu gehen ...“ (Interview1 2017:130-133).

Angehörige sollen lernen zu verstehen, dass es sich nicht um Willensschwäche handelt, sondern dass tatsächlich eine komplizierte Erkrankung vorliegt, die auch mehrgleisig behandelt werden muss.

Weiter geht es auch um Aufklärung bezüglich „Co-Abhängigkeit“. Angehörige müssen lernen, dass es Verhaltensweisen gibt, welche nicht-hilfreich sind und den Krankheitsverlauf sogar noch prolongieren. Den ExpertInnen obliegt die Aufgabe zu erklären, dass es nicht allein um ein Verstehen, Beschützen und Helfen geht, sondern um die Konfrontation mit dem zugrunde liegenden, eigentlichen Problem. Wichtig ist hier, den Angehörigen ihre Schuldgefühle zu nehmen und ihnen zu

bestätigen, dass die alkoholranke Person selbst die Verantwortung für ihren Alkoholkonsum tragen muss.

All diese Erkenntnisse können für die Betroffenen neue Wege eröffnen.

- Lösungsstrategien

Nachdem die Angehörigen aufgeklärt wurden, alle Informationen bekommen haben, die sie brauchen, über ihr Leid, ihre Sorgen, ihre Situation und ihre Probleme gesprochen haben, geht es darum, gemeinsam Lösungsstrategien für verschiedene Situationen zu erarbeiten. In Angehörigengruppen kann es sehr hilfreich sein, Einblicke in andere, ähnliche Schicksale zu werfen. Es entsteht das beruhigende Gefühl, nicht völlig allein dazustehen, und zudem ergeben sich Anregungen, wie man sich anders und vielleicht besser verhalten könnte.

Von Seiten der ExpertInnen ist es wichtig zu vermitteln, dass sämtliche Beteiligte auch immer Verständnis für die jeweilige andere Situation aufbringen sollten. Die Fachleute können Angehörigen, welche Betroffene unterstützen wollen, brauchbare Vorschläge unterbreiten und sie bei der Umsetzung beraten und begleiten.

In einfühlsamen Gesprächen werden die KlientInnen behutsam angeleitet, sich offenherzig über ihr Befinden zu äußern und das quälende Thema nicht wie eine „heiße Kartoffel“ fallen zu lassen.

Im folgenden Abschnitt werden entsprechende Anlaufstellen aufgelistet und beschrieben.

5.4.3 Angebote für Angehörige

Die ExpertInnen nannten mehrere Einrichtungen, welche Hilfestellungen für Angehörige anbieten.

Das Anton Proksch Institut bietet verschiedene Angebote für Angehörige an. Zum einen gibt es unterschiedliche Angehörigengruppen, an denen man teilnehmen kann. Diese Gruppen ermöglichen einen Austausch unter Gleichgesinnten und können im Idealfall als Entlastung dienen. Wichtig ist, dass die Betroffenen an diesen nicht teilnehmen, sodass die Angehörigen auch die Möglichkeit bekommen, über sich, ihre Gefühle, ihre Ängste und ihre Situation ungehemmt

sprechen können. Diese Gruppen sollen Raum schaffen, um verschiedene Themen der Angehörigen klinisch-psychologisch und psychotherapeutisch zu bearbeiten und Lösungsstrategien zu finden.

Zum anderen gibt es auch sogenannte Informationsabende, an denen Angehörige die Möglichkeit haben, sich einen Vortrag anzuhören, Fragen zu stellen und sich über die Alkoholkrankheit zu informieren. Hierbei geht es aber nicht darum, über sich und die eigene Situation zu sprechen, sondern um reine Informationsbeschaffung.

Außerdem besteht die Möglichkeit der Einzelberatung, welche viele der Angehörigen bevorzugen, da sie so nicht vor einer ganzen Gruppe ihre „Geschichte“ erzählen müssen. Die Entscheidung für eines der Angebote erfolgt individuell. Vielen Angehörigen helfen die Gruppen, da sie dort Personen mit ähnlichen Problemen antreffen und sich so besser verstanden fühlen, andere wiederum wollen nur mit einem Experten oder einer Expertin unter vier Augen sprechen.

Erwähnenswert erscheint, dass die Angehörigengruppen sich jeweils auf ein bestimmtes Suchtmittel festlegen. Illegale und legale Suchtformen werden nicht vermischt.

Auch im Verein Dialog gibt es verschiedene Beratungs- und Betreuungsangebote für Angehörige. Neben einer Einzelberatung besteht darüber hinaus die Möglichkeit, sich telefonisch und online beraten zu lassen. Eine Angehörigengruppe findet einmal im Monat statt.

All diese Angebote sind kostenfrei und können auch anonym in Anspruch genommen werden. Alle MitarbeiterInnen unterliegen zudem einer strengen Verschwiegenheitspflicht.

Andere Möglichkeiten, welche die ExpertInnen anführten, werden von verschiedenen Selbsthilfegruppen, die von Angehörigen für Angehörige ins Leben gerufen wurden, angeboten, beispielsweise beim Verein „Blaues Kreuz“.

Im Anhang findet sich eine Auflistung weiterer Angebote.

6. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Forschungsergebnisse zusammengefasst und im Hinblick auf das theoretische Hintergrundwissen diskutiert.

Im Vordergrund steht hierbei die Beantwortung der am Anfang formulierten Forschungsfragen:

- **Was wünschen sich alkoholranke PatientInnen von ihren Angehörigen?**
 - Welche Handlungsweisen von Angehörigen werden von Betroffenen als unterstützend in Bezug auf ihren Heilungsprozess erlebt?
 - Wie können SuchtberaterInnen Angehörige sinnvoll unterstützen?

Am Beginn der vorliegenden Masterthese hat die Forscherin versucht einen Überblick über die zu behandelnde Thematik zu geben. Es sollte Hintergrundwissen über die Themen des Alkohols, der Alkoholerkrankung und der entsprechenden Therapiemöglichkeiten vermittelt werden, da alle befragten GruppenteilnehmerInnen alkoholkrank sind, eine stationäre Therapie hinter sich haben und zum Zeitpunkt der Gruppendiskussion immer noch an einer ambulanten Therapie teilnehmen. Anschließend wurde die Problematik der Angehörigen beschrieben, um auch deren Gefühlswelt und Problematiken besser verstehen zu können. Dieses Hintergrundwissen soll dazu dienen, die Ergebnisse der empirischen Forschung nachvollziehen zu können und wird nun wie folgt mit diesen verknüpft.

Im Kapitel „Darstellung der Forschungsergebnisse“ wurde anfangs die Selbstreflexion und Selbsthilfe der Betroffenen dargestellt, um einen Einblick in die „Lebenswelt“ der Betroffenen zu bekommen. In diesem Kapitel wurde deutlich, dass die PatientInnen die fünf Phasen der Alkoholtherapie, welche im theoretischen Teil genauer beschrieben werden, schon durchlebt haben. Die PatientInnen sind nun bereit etwas zu verändern, sie wollen sich einer Therapie unterziehen. Sie alle sind längst in der „Nachsorgephase“¹¹ angekommen, in welcher es darum geht, die PatientInnen zu stabilisieren und unterstützen. Hierbei

¹¹ Siehe Kapitel 2.5.

hilft ihnen beispielsweise die ambulante Gruppe, in welcher auch die Gruppendiskussion durchgeführt worden ist.

Im Kontext der ersten Forschungsfrage, was sich alkoholranke PatientInnen von ihren Angehörigen wünschen, ergab sich aus der Diskussion mit den PatientInnen, dass diese sich primär nach Liebe, Freundschaft, Akzeptanz, Wertschätzung und in der Folge nach Autonomie und Selbstverwirklichung sehnen. Diese Bedürfnisse konnten aus den positiven Verhaltensweisen der Angehörigen abgeleitet werden. Zusammengefasst kann man diese in vier Bereiche einteilen:

1. Wunsch nach Information
2. Wunsch nach Akzeptanz
3. Wunsch nach Empathie
4. Wunsch nach Einsatz

Die Forscherin interpretiert diese vier grundlegenden Wünsche als Voraussetzung für eine effektive und gewollte Unterstützung, da Angehörige, welche den Erkrankten auf sinnvolle Weise helfen wollen, sich zuallererst Information über die Erkrankung beschaffen sollten. Dies kann gleichzeitig das Verständnis und die Akzeptanz, die sie den Betroffenen entgegen bringen, erhöhen. Denn dadurch wird ihnen ermöglicht, ihre betroffenen Familienmitglieder als Kranke und nicht als willensschwache Versager zu sehen. Wenn die Angehörigen die Alkoholkrankheit als Krankheit akzeptieren und sie wissen, wie diese Erkrankung verläuft, können sie darüber hinaus leichter damit umgehen und sind beispielsweise im Falle eines Rückfalls besser vorbereitet. Eine wesentliche Rolle spielt in diesem Zusammenhang die Fähigkeit der Angehörigen zur Empathie. So können sie in der Lage sein, den PatientInnen einfühlsamer zu begegnen und deren Bedürfnisse besser zu verstehen. Auf einer solchen Ebene der Akzeptanz und des Verständnisses kann die Bereitschaft, sich für die Erkrankten einzusetzen, gedeihen. Je mehr Einfühlungsvermögen die Angehörigen haben, desto größer ist oftmals auch deren Wille, sich für die Betroffenen einzusetzen.

Kritisch sei hier angemerkt, dass diese Wünsche alleine auf Interpretationen der Aussagen basieren, die in der geführten Gruppendiskussion getätigt wurden. Selbstverständlich ist es wichtig, in der Arbeit mit Betroffenen und Angehörigen stets individuell auf das Gegenüber einzugehen. Universell gültige Wünsche, aber

auch generell von Betroffenen abgelehntes Verhalten, können nicht definiert werden.

Die zweite Forschungsfrage überschneidet sich mit der ersten, da die Wünsche der Betroffenen und die positiven Verhaltensweisen der Angehörigen miteinander verknüpft sind. Die positiven Verhaltensweisen entsprechen vollkommen den Wünschen der Betroffenen und lassen sich gleichzeitig aus diesen ableiten.

Wie bereits erwähnt, wurden die formulierten Wünsche alleine aus den von den Betroffenen gewünschten Verhaltensweisen der Angehörigen abgeleitet. Der Wunsch der Betroffenen nach aus ihrer Sicht positiven Verhaltensweisen ist groß, jedoch gehen auch hier die Meinungen auseinander. Dies wird deutlich unter dem im Abschnitt der „ambivalenten Verhaltensweisen“. Ein und dieselbe Handlung wird von einem oder einer Betroffenen ganz anders empfunden also von einer anderen betroffenen Person. Diese Handlung wird jedoch nicht nur von Person zu Person unterschiedlich bewertet, sondern auch von ein und derselben Person, je nach aktueller Befindlichkeit beziehungsweise Situation. Diese Ambivalenz könnte sich in Bezug auf alle Verhaltensweisen ergeben – positive, ambivalente, negative und nicht-hilfreiche – da jeder Mensch unterschiedlich ist und anders empfindet. In der vorliegenden Masterthese wurden jedoch nur jene Verhaltensweisen als ambivalente angeführt, welche ausdrücklich aus den Meinungen der Befragten hervorgingen. In der Literatur wird diese Thematik ebenfalls beschrieben, beispielsweise, dass angehörige Personen oft den Wunsch haben, die Betroffenen zu retten, aber diese gleichzeitig kontrollieren wollen.

Die Autorin erachtet hier einen Zusammenhang zwischen der Beziehung der Betroffenen zu ihren Angehörigen für naheliegend. Denn durch diverse persönliche familiäre Muster werden bestimmte Verhaltensweisen akzeptiert, andere abgelehnt. Dies wird auch unter dem Kapitel 2.4 der „Entstehung der Alkoholkrankheit“ angeführt. Es wäre wichtig, sich als Experte oder als Expertin stets die Gesamtsituation anzuschauen und nicht isoliert die alkoholranke Person. Durch die Kenntnis bestimmter sozialer Strukturen der Betroffenen könnte eine effizientere Hilfe und Unterstützung gegeben werden. Ein wesentlicher Aspekt wäre es außerdem, co-abhängige Handlungsweisen zu entdecken und zu minimieren, beziehungsweise zu eliminieren. Dies ist jedoch ebenfalls nur dann möglich, wenn das soziale Umfeld der erkrankten Personen miteinbezogen wird.

Durch diese ganzheitliche Betrachtung wird auch für die Angehörigen eine Behandlung ermöglicht und so die Gesamtsituation aller Beteiligten verbessert.

Da der Begriff der „Co-Abhängigkeit“ die Frage nach der Rolle der Angehörigen einer alkoholkranken Person in Bezug auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung beinhaltet, sollte es eigentlich unumstritten sein, die Angehörigen mit einzubeziehen. Diese auch als nicht-hilfreich bezeichneten Verhaltensweisen, welche sich in den Forschungsergebnissen herauskristallisierten, entsprechen auch jenen, welche bereits zuvor im theoretischen Teil erwähnt wurden. Auffallend ist hier, dass die Ratschläge der interviewten ExpertInnen zum Aussteigen aus diesen Handlungen mit jenen Ratschlägen, die aus der Literatur entnommen wurden, übereinstimmen. Erwähnenswert an dieser Stelle ist außerdem, dass es sehr hilfreich für die Angehörigen ist, das eigene Verhalten zu reflektieren. Die Analyse der Forschungsergebnisse dieser Arbeit ergab, dass eine solche Reflexion einen höheren Stellenwert hat, als aus der angeführten Literatur hervorgeht. Nach Meinung der Autorin ist Selbstreflexion ein essentieller Ausgangspunkt und sollte von Seiten der ExpertInnen unbedingt an die Angehörigen vermittelt werden. Selbstreflexion der eigenen Person, der eigenen Handlungsweisen und auch das (Wieder)Erkennen der persönlichen Bedürfnisse könnten ganz entscheidend zu einer erfolgreichen Genesung beitragen.

Da die Angehörigen normalerweise nicht über eine entsprechende Expertise verfügen, sei hier kritisch angemerkt, dass nicht ohne weiteres von ihnen erwarten werden sollte, ihre eigenen Verhaltensweisen ständig zu hinterfragen und sich an jegliche Gegebenheiten anpassen zu können. Es besteht ein schmaler Grad zwischen sinnvoller Unterstützung und nicht-hilfreichen Maßnahmen, daher ist eine ausreichende Unterstützung seitens der ExpertInnen unumgänglich.

Diese Erkenntnis führt in weiterer Folge zur letzten der drei Forschungsfragen. SuchtberaterInnen können Angehörige sinnvoll unterstützen, indem sie sich ein gewisses „Know-How“ aneignen und dieses vermitteln. Sie müssen sich um einen einfühlsamen Umgang mit den leidgeprüften Angehörigen bemühen, ihnen aufmerksam zuhören und ihnen ein professionelles Beziehungsangebot anbieten. Wie im theoretischen Teil bereits erwähnt, ist Angehörigenarbeit die Arbeit für, an und mit den Angehörigen. ExpertInnen sollten daher zu motivierenden Gesprächen fähig sein und über ausreichend Fachwissen verfügen.

SuchtberaterInnen müssen erkennen, wer ihre Hilfe braucht, sie dürfen die Angehörigen nicht stigmatisieren und als „co-abhängig“ abstempeln. Es ist ihre Aufgabe, die Angehörigen aufzuklären und zu informieren und ihnen verschiedene Bewältigungs- und Lösungsstrategien aufzuzeigen. Besonders wertvoll ist es, sämtliche Wünsche, Verhaltensweisen und Unterstützungsangebote immer individuell zu betrachten und zu behandeln. Da alle Menschen unterschiedlich sind und verschiedene Bedürfnisse, Ansichten, Erfahrungen und Einstellungen haben, sollte auch jeder oder jede Betroffene Anspruch auf eine persönliche Betreuung haben. Dies wurde auch im theoretischen Teil unter dem Punkt „Therapieziele“ deutlich, da unter diesem bestätigt wird, dass die Grundlage einer erfolgreichen Therapie die Achtung und Annahme der PatientInnen als eigenständige und gleichwertige Personen sein muss. Zentral ist der Aufbau einer therapeutischen Beziehung und in weiterer Folge eines stabilen Vertrauensverhältnisses.

Es geht stets um das Zusammenspiel mehrerer „Parteien“, die mit einer grundlegenden Veränderung ihrer bisherigen Situation konfrontiert sind und erst auf mühsame Weise aktuell passende Umgangsformen einüben müssen.

Die Erkenntnis, dass eine betroffene Person niemals ein Einzelschicksal verkörpert, sondern untrennbar mit dem jeweiligen sozialen Umfeld auf das Engste verbunden ist, führt zu neuen Therapieansätzen, welche die Angehörigen mit einbinden und so eine ganzheitliche Lösung mit weit größeren Erfolgschancen ermöglichen.

7. Resümee

In der vorliegenden Masterthese soll die Thematik der Angehörigen im Hinblick auf dringend notwendige Veränderungen in sämtlichen Bereichen der Suchthilfe ausreichend Raum finden. Aufgrund der engen Bindung zwischen Betroffenen und Angehörigen sollte sich jede Unterstützung auf beide Gruppen beziehen, da nur auf diesem Weg ein stabiler Therapieerfolg gewährleistet werden kann. Angehörige sind in den Suchtkreislauf verstrickt, sie beeinflussen und gestalten diesen und sind daher mitverantwortlich für Erfolg oder Misserfolg im Kampf gegen die Krankheit. Ein Hauptanliegen ist es, die Probleme im sozialen Umfeld

aus einem bis jetzt eher unbeleuchteten Blickwinkel zu betrachten, nämlich aus dem der Betroffenen selbst.

Im Zuge der Literaturrecherche fiel auf, dass die Thematik der Angehörigenarbeit in der Suchthilfe völlig vernachlässigt wird. Fast die gesamte Literatur der letzten zwanzig Jahre basiert auf dem Konzept der „Co-Abhängigkeit“, wobei nach wie vor eine klare Definition dieses Begriffs nicht festgelegt ist. Zu erwähnen ist auch, dass die meisten AutorInnen aus dem Suchtbereich kommen und daher die Angehörigen hauptsächlich aus der Sicht von ExpertInnen und nicht aus jener der Betroffenen beleuchtet werden.

Die Forschungsfragen behandeln die Wünsche der Betroffenen an ihre Angehörigen anhand üblicher Verhaltensweisen. Durch deren Bewertung ergeben sich für die betreuenden Personen neue Anhaltspunkte, um ihre Einstellungen und Ansätze überdenken zu können und zu einer zielführenden Unterstützung zu gelangen. Es sollte nahegebracht werden, dass eine individuelle Betrachtung unabdingbar ist und stets alle Parteien „angehört“ werden müssen. Die Bedeutung einer ehrlichen und empathischen Kommunikation als Grundlage für eine harmonische Beziehung zwischen Angehörigen und Betroffenen wurde hervorgehoben. Zusätzlich war es ein Anliegen, ExpertInnen Gehör zu verschaffen, um auf Basis ihrer langjährigen Erfahrung Hilfsmöglichkeiten für die Angehörigen aufzeigen.

In dieser Arbeit geht es somit auch darum, die Notwendigkeit aufzuzeigen, die Angehörigen in den Behandlungsprozess einzubinden, ihnen unter die Arme zu greifen und mit ihnen die unterschiedlichen Verhaltensweisen zu besprechen: erwünschte, nicht-hilfreiche, als positiv oder negativ empfundene. Außerdem sollen ihnen verschiedene Hilfsangebote vorgestellt werden, um sich mehr mit sich selbst und der eigenen Problematik beschäftigen zu dürfen.

Aus diesem Anliegen ergeben sich einige offene Fragen:

Wie etwa können Angehörige besser erreicht werden, wie können sie auf ihre bedeutende Rolle aufmerksam gemacht werden, wie kann man ihnen Informationen bezüglich etwaiger Anlaufstellen und Betreuungsmöglichkeiten zukommen lassen? Hier wäre es eventuell sinnvoll, die Problematik einer breiten Öffentlichkeit vorzustellen, um diese der Zielgruppe selbst und gleichzeitig deren

Umfeld nahe zu bringen. Dies wäre zum Beispiel mit Hilfe von Plakaten und Rollboards, wie sie für andere Themen (wie etwa Patenschaften, Altersversorgung, Krebshilfe) bereits breitenwirksam eingesetzt werden, zu bewerkstelligen. Es könnte so einerseits ein Beitrag geleistet werden, um die Situation der Angehörigen, denen aus Unkenntnis immer wieder mit Schuldzuweisungen und Abwertungen begegnet wird, endlich respektvoll zu bewerten und als unterstützungswürdig anzuerkennen, andererseits ließen sich sowohl suchtspezifische als auch suchtspezifische Beratungsstellen auf diesem Weg bekanntmachen. Zudem sollten Suchterkrankte, die sich einer Therapie unterziehen, von der Notwendigkeit einer abgestimmten Betreuung ihrer jeweiligen Angehörigen überzeugt werden. Überlegenswert ist es auch, „verpflichtende“ Angehörigengruppen einzurichten, wobei in einer ersten Informationsveranstaltung behutsam individuelle Möglichkeiten angeboten werden, wie etwa Einzelbetreuung oder geschlechtergetrennte Betreuung (Männer- und Frauengruppen, männliche und weibliche BetreuerInnen). In meiner Gruppendiskussion und in den ExpertInneninterviews wurde deutlich, dass männliche Angehörige im Gegensatz zu weiblichen Angehörigen wesentlich seltener Hilfe holen und kaum jemals Angehörigengruppen besuchen wollen. Hieraus hat sich für mich auch die Frage ergeben, auf welche Weise eine erhöhte Bereitschaft bei Männern zu erreichen wäre. Ein entsprechendes Konzept müsste meines Erachtens in erster Linie von psychotherapeutischer Seite her erstellt werden.

Wie im theoretischen Teil bereits beschrieben, stellt Alkohol in Österreich ein besonders beliebtes und verbreitetes Suchtmittel dar. Familienfeiern, Jubiläen, Festlichkeiten aller Art, sogar gewöhnliche Mahlzeiten sind an Alkoholkonsum gekoppelt. Diese Affinität nimmt solche Ausmaße an, dass es etwa „Bieradventskalender“ und „Weinadventskalender“ gibt, die für jeden Tag eine andere Flasche bereit stellen. Über ein Gläschen zwischendurch oder Alkohol als Geschenk wird gar nicht nachgedacht, die Gelegenheiten, auf etwas „anzustoßen“ sind zahlreich.

Auch in den ExpertInneninterviews wurde es zum Thema, dass Alkohol zur österreichischen Kultur „dazugehört“, und dass es daher so besonders schwierig ist, auf Alkohol zu verzichten, beziehungsweise nach einem Entzug nicht rückfällig zu werden. Alkoholkonsum gilt als „normal“, erst bei Auffälligkeiten reagiert die

Gesellschaft – dann jedoch oft mit Unverständnis. Diese Haltung beruht häufig auf mangelndem Wissen.

Daher wäre es eine wichtige Aufgabe im Rahmen des Gesundheitswesens, die gesamte Bevölkerung über den Konsum von Alkohol und dessen Folgen, sowie über die Alkoholerkrankung intensiver aufzuklären.

Gleichermaßen müsste die Ausbildung der ExpertInnen neu überdacht und ergänzt werden. Die Begleitung Angehöriger muss neben der Vermittlung spezifischen Wissens auch die Vorbereitung auf schwierige, immer wieder widersprüchliche Situationen, sowie konkrete Verhaltensanweisungen beinhalten.

Angehörige haben häufig den Wunsch nach Tipps oder einem „Patentrezept“, welches gewährleisten soll, dass der beklemmende durch einen angenehmen Zustand ersetzt wird. Man muss ihnen vermitteln, dass Veränderungen stets nur individuell eintreten können, Probleme erkannt und realistische Lösungswege gefunden werden müssen. Diese Lösungswege und Hilfestellungen sind so unterschiedlich wie die Bedürfnisse der Erkrankten und der Angehörigen.

8. Literaturverzeichnis

Aeppli, Jürg / Gasser, Luciano / Gutzwiller, Eveline / Tettenborn, Annette (2014): Empirisches wissenschaftliches Arbeiten. Ein Studienbuch für die Bildungswissenschaften, 1. Auflage, Bad Heilbrunn.

Alkohol ohne Schatten (2012): Alkohol in Österreich, <http://www.alkoholohneschatten.at/publikationen/basis-informationen/begriffsdefinitionen/> am 24.10.2017.

Anton Proksch Institut (API): Alkoholsucht in Österreich, <http://api.or.at/Klinikum/Abhangigkeit/Alkoholsucht.aspx#.WgAqWliDPIU> am 6.12.2017.

Berke, Silvia (2017): Familienproblem Alkohol. Wie Angehörige helfen können, 7. Auflage, Baltmannsweiler.

Bortz, Jürgen / Döring, Nicola (2009): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 4. Auflage, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) (2009): Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen. Daten. Fakten. Trends, https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Drogen_Sucht/Alkohol/Handbuch_Alkohol_-_nbsp_Oesterreich am 24.10.2017.

Daneke, Sigrid (2000): Angehörigenarbeit. 1. Auflage, München.

Donati, Ruth / Moggi, Franz (2004): Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen, 1. Auflage, Göttingen.

Eisenbach-Stangl, Irmgard (1993): Legale und illegale Drogen in Österreich: Konsum und Probleme, in Brosch, Renate / Juhnke, Günter (Hrsg.), Sucht in Österreich. Ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige, Betreuer, 1. Auflage, Wien.

Fellöcker, Kurt (2005): Zur Rolle der Angehörigen Drogenabhängiger im Suchthilfesystem in Deutschland und Österreich. Zwischen Selbsthilfe, professioneller Hilfe und Nicht-Hilfe. Eine Vergleichsstudie, St. Pölten.

Flassbeck, Jens (2016): Co- Abhängigkeit. Diagnose, Ursachen und Therapie für Angehörige von Suchtkranken, 2. Auflage, Stuttgart.

Flick, Uwe (2004): Triangulation. Eine Einführung, 1. Auflage, Wiesbaden.

Gläser, Jochen / Laudel, Grit (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrument rekonstruierender Untersuchungen, 1. Auflage, Wiesbaden.

Haller, Reinhard (1993): Alkohol, in Brosch, Renate/ Juhnke, Günter (Hrsg.), Sucht in Österreich. Ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige, Betreuer, 1. Auflage, Wien.

Hienerth, Claudia / Huber, Beate / Süssenbacher, Daniela (2009): Wissenschaftliches Arbeiten kompakt. Bachelor – und Masterarbeiten erfolgreich erstellen, 1. Auflage, Wien.

Hoffstetter Hermann, Blaues Kreuz,
<http://www.alkoholhilfe.at/pdf/INFO%20Alkoholkrankheit.pdf> am 8.12.2017.

König, Oliver / Schattenhofer, Karl (2011): Einführung in die Gruppendynamik, 5. Auflage, Heidelberg.

Kolitzus, Helmut (2014): Ich befreie mich von deiner Sucht. Hilfen für Angehörige von Suchtkranken, 10. Auflage, München.

Kuntz, Helmut (2009): Der rote Faden in der Sucht. Abhängigkeit überwinden und verstehen, 4. Auflage, Weinheim und Basel.

Mann, Karl (2006): Diagnostik der Störungen durch psychotrope Substanzen, in Möller, Hans-Jürgen (Hrsg.), Therapie psychischer Erkrankungen, 3. Auflage, Stuttgart.

Mayring, Philipp (2007): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 9. Auflage, Weinheim und Basel.

Mellody, Pia (1998): Verstrickt in die Probleme anderer. Über Entstehung und Auswirkung von Co-Abhängigkeit, 4. Auflage, München.

Meyers, Robert J. / Smith, Jane Ellen (2013): Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit, 1. Auflage, Köln.

Neffe, Jürgen (1992): Gestatten, mein Name ist Alkohol. Ein Molekül erzählt von seiner Geschichte – und von seiner Wirkung auf den Menschen. Süddeutsche Zeitung Magazin, 10.07., 11-17.

Österreichische Arge Suchtvorbeugung: Österreichische Dialogwoche Alkohol 2017,

https://www.praevention.at/fileadmin/user_upload/01_Institut/FAQ_PartnerInnen.pdf am 23.11. 2017.

Pönsch, Christian (2012): Suchtkranke Eltern und Bindungsentwicklung der Kinder. Vom Durchbrechen transgenerationaler Verflechtungen, 1. Auflage, Hamburg.

Rennert, Monika (2012): Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet, 3. Auflage, Freiburg im Breisgau.

Schmidt, Lothar (1993): Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch. Definition-Ursachen-Folgen-Behandlung-Prävention, 3. Auflage, Stuttgart.

Soyka, Michael (1997): Alkoholismus. Eine Krankheit und ihre Therapie, 1. Auflage, Stuttgart.

Soyka, Michael / Ulrich W. Preuss (2006): Therapie der Abhängigkeit: Grundkonzepte, in Möller, Hans-Jürgen (Hrsg.), Therapie psychischer Erkrankungen, 3. Auflage, Stuttgart.

Wittchen, Hans-Ulrich (1996): Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. British Journal of Psychiatry, 9-16.

Zika, Erik (2007): Die Rolle der BeraterInnen in der Angehörigenarbeit, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Nr. 2/3. Jg. 30 2007, (Wien), 63.

9. Anhang

Angebote für Angehörige alkoholkranker Personen:

A-Connect- Online-Selbsthilfegruppe: <http://www.a-connect.de/hilfea.php>

Al-anon, Alateen- Selbsthilfegruppen: <http://www.al-anon.at/>

Anonyme Alkoholiker: <http://www.anonyme-alkoholiker.at/angehoerige>

Anton Proksch Institut: <http://api.or.at/Klinikum/Angebot-fur-Angehorige.aspx#.WjqcYjciHIU>

Blaues Kreuz: <http://www.alkoholhilfe.at/>

Elternkreis Wien – Selbsthilfegruppe: <http://www.elternkreis.at/>

Grüner Kreis: <https://www.gruenerkreis.at/beratung-fuer-angehoerige>

Verein Dialog: <http://www.dialog-on.at/angehoerige>

Verein Pass: <http://www.pass.at/angebote/angehoerigenarbeit/>

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Veronika Rappersberger, geboren am 31. Dezember 1992 in Wien, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Wien, am 25. Jänner 2018

Unterschrift

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rappersberger', with a stylized, flowing script.