

# **Über den Wert des Begriffs Co- Abhängigkeit**

**Thomas-Haico de Vries**

**Eingereicht bei: Dr. Wim Nieuwenboom**

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule  
Nordwestschweiz, Olten

Eingereicht im Juni 2017 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

## **Abstract**

In der vorliegenden Bachelor Thesis wird der Frage nachgegangen, inwiefern das Konzept der Co-Abhängigkeit für die Soziale Arbeit hilfreich oder schädlich ist. Zudem wird eruiert, ob schon der Gebrauch des Begriffs an sich zu einer Stigmatisierung bei den Angehörigen suchtbetroffener Menschen führen kann. Zuerst wird die Entwicklung des Begriffs aufgearbeitet und exemplarisch anhand drei neueren Konzeptionsversuchen vorgestellt.

Danach wird der Blick auf die aktuelle Situation der Angehörigen gerichtet und deren Belastungen, Bewältigungsstrategien sowie gesundheitliche Auswirkungen erläutert.

Des Weiteren wird der aktuelle Forschungsstand über die Angehörigen von suchtbetroffenen Menschen sowie über die Co-Abhängigkeit dargelegt. Die Arbeit schränkt sich dabei weitgehend auf erwachsene Angehörige von suchtbetroffenen Menschen ein, welche in einer Partnerschaft leben.

Der Verfasser vermutet, dass die Co-Abhängigkeit zum momentanen Zeitpunkt für die Soziale Arbeit einen eher hinderlichen Wert hat, solange es keine einheitliche Definition gibt.

## Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
1.1 Erkenntnisinteresse.....	1
1.2 Fragestellung .....	4
1.3 Methodische Überlegungen .....	4
1.4 Aufbau der Arbeit .....	5
1.5 Eingrenzung und Präzisierung der Arbeit .....	5
2 Relevanz für die Soziale Arbeit.....	6
3 Begriffsdefinitionen .....	7
3.1 Stigmatisierung .....	7
3.2 Suchtbetroffene Menschen .....	11
4 Co-Abhängigkeit .....	13
4.1 Entwicklung des Begriffs.....	13
4.2 Stand der Forschung.....	14
4.3 Die Spirale der Co-Abhängigkeit nach Monika Rennert.....	15
4.4 Die heimliche Unterstützung der Sucht nach Reinhold Assfalg.....	18
4.4.1 Ehe und Partnerschaft.....	20
4.5. Die Merkmale der Co-Abhängigkeit nach Jens Flassbeck.....	21
4.5.1 Formen und Systemebenen der Co-Abhängigkeit .....	21
4.5.2 Co-Abhängigkeit als co-abhängiges Risiko und persönliche Verstrickung...	23
4.5.3 Co-Abhängigkeit als Co-Abhängigkeitssyndrom .....	23
4.6 Vergleich der dargelegten Konzepte der Co-Abhängigkeit.....	25
4.7 Stigmatisierende Auffälligkeiten innerhalb der Ansätze .....	27
4.8 Diskussion des Begriffs Co-Abhängigkeit in einer Fachstelle für ambulante Suchthilfe .....	28
4.9 Kennzeichnende Faktoren des Begriffs in Hinblick auf den ersten Teil der Fragestellung .....	28
5. Die Situation der erwachsenen Angehörigen .....	30
5.1 Datenlage in der Schweiz und in Deutschland.....	31
5.2 Gesellschaftliche Sicht auf Angehörige von suchtbetroffenen Menschen .....	32
5.3 Belastungen .....	33
5.4 Gesundheitliche Auswirkungen.....	38
5.5 Bewältigungsstrategien .....	39
5.6 Stigmatisierung der Angehörigen in Bezug auf Co-Abhängigkeit .....	40
5.7 Unterstützungsmöglichkeiten in der Schweiz.....	41

5.7.1 Professionelle Hilfe.....	41
5.7.2 Selbsthilfe .....	42
6 Schlussfolgerungen .....	43
6.1 Beantwortung der Fragestellung.....	43
6.2 Reflexion der Erkenntnisse .....	46
6.3 Ausblick.....	47
7 Quellenverzeichnis .....	49
7.1 Abbildungsverzeichnis .....	49
7.2 Literaturverzeichnis .....	49
7.3 Internetquellen .....	52
Ehrenwörtliche Erklärung.....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>

# 1 Einleitung

## 1.1 Erkenntnisinteresse

Aufgrund von persönlichen Erfahrungen des Verfassers mit Angehörigen von sucht betroffenen Menschen im ambulanten Beratungssetting haben sich ihm einige Fragen betreffend der Rolle und der Situation von erwachsenen Angehörigen gestellt. In den Beratungsgesprächen scheinen die Angehörigen aus seiner Erfahrung heraus oftmals hoch schambelastet zu sein. Verzweiflung um die Situation des sucht betroffenen Menschen und die Erkenntnis, dass die eigenen Kräfte nicht mehr ausreichen, bestimmen anfangs oft die Gespräche. Dennoch ist gemäss Einschätzung des Verfassers mehrheitlich ein grosser Widerstand gegenüber Veränderungen spürbar. Diese Erfahrungen liessen den Verfasser mit der Frage zurück, worin diese Widerstände begründet sind. Die Rücksprachen mit verschiedenen Fachkräften hinterlassen den Eindruck, dass Angehörigen von sucht betroffenen Menschen in der Gesellschaft eher negativ gegenüber getreten wird und sie teilweise mitverantwortlich gemacht werden.

Nach Charlotte Kläusler-Senn und Rudolf Stohler, Psychologin an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und Leitender Arzt des Bereichs Substanzstörungen an der Universitätsklinik Zürich, wurde erwachsenen Angehörigen suchtkranker Menschen lange Zeit zumindest implizit die Schuld an einer Sucht zugeschrieben. Diese Ansicht hat sich verändert, denn neuere Konzepte sehen Angehörige als hilfebedürftig, aber nicht automatisch als krank an. Jedoch kritisieren viele Fachpersonen wie auch Angehörige die pathologisierenden und stigmatisierenden Effekte, welche dem Begriff Co-Abhängigkeit anlasten (vgl. Kläusler-Senn/Stohler 2012: 5).

Somit kann davon ausgegangen werden, dass der Begriff Co-Abhängigkeit noch kontrovers diskutiert wird. Die folgenden Ausführungen sollen einen kurzen Einblick in diese gegensätzliche Diskussion geben.

In den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts wurden von Anne Wilson Schaeff, amerikanische Frauenrechtlerin und Psychotherapeutin und Pia Melody, international anerkannte Spezialistin auf dem Gebiet der Co-Abhängigkeit, welche ein Zentrum für Therapie für Co-Abhängige in den USA leitet, grundlegende Bücher zum Angehörigenthema veröffentlicht, welche die Problematik der Co-Abhängigkeit angehörigenbezogen und umfassend thematisieren. Es mangelte dabei jedoch an

Forschungsbemühungen. Die Ansätze wurden nie systematisch weiterentwickelt (vgl. Flassbeck 2010: 30f.). Michael Klein, klinischer Psychologe und Martin Zobel, Diplom-Psychologe stellen fest, dass es zudem wiederholt Versuche gegeben hat, eine eigene klinische Störung Co-Abhängigkeit zu operationalisieren. Diese scheiterten jedoch bis anhin an Reliabilitäts- und Validitätsproblemen (vgl. 2000: 31).

Jens Flassbeck, Diplom-Psychologe, welcher ambulant wie auch tagesklinisch mit suchtbetroffenen Menschen und Angehörigen arbeitet, bezeichnet das Phänomen der Co-Abhängigkeit als eine vielschichtige, individuelle, soziale wie auch gesellschaftliche Problematik. In einer Beziehung zu einem suchtbetroffenen Menschen kommt es zu typischen Erlebens- und Verhaltensmustern, welche als co-abhängig verstrickt bezeichnet werden. Diese scheinen zuerst normal, gesund und hilfreich, bergen jedoch das Risiko, problematisch zu werden und sich zu einer eigenständigen psychischen Störung zu entwickeln. Dabei spricht Flassbeck von einem Co-Abhängigkeitssyndrom, welches folgende zentrale Symptome aufweist: Eingenommensein vom Wunsch, dem Suchtbetroffenen helfen zu wollen und ein starker Scham- und Schuldkomplex (vgl. Flassbeck 2010: 29).

Anne Wilson Schaef sieht in der Co-Abhängigkeit ein Krankheitsbild des Suchtprozesses. Der Suchtprozess, welcher gesellschaftsbedingt ist, beschreibt sie als weit verbreitete, systemische Primärerkrankung, Alkoholabhängigkeit und Co-Abhängigkeit als Sekundärerkrankung (vgl. Wilson Schaef 1986: 32f.).

Gemäss Waltraud Hörauf, Referentin und Lektorin, welche ihre Dissertation über Co-Abhängigkeit und Resilienz von Frauen mit alkoholabhängigen Angehörigen geschrieben hat, wird Co-Abhängigkeit in den USA weitgehend als eigene Krankheit diagnostiziert, während in Deutschland die unterschiedlichen Ansätze überwiegen. Diese umfassen zum einen das Phasenmodell von Helmut Kolitzus, welcher drei Phasen angibt, die bei Bezugspersonen von suchtbetroffenen Menschen zu beobachten sind, wenn sie sich als Verstärkungs- und Stabilisierungsfaktoren der Sucht verhalten. Zum anderen stellt die Spirale der Co-Abhängigkeit nach Monika Rennert ein weiterer Ansatz dar sowie die Hauptfaktoren der Co-Abhängigkeit nach Matthias Hermann Köhler und die Merkmale der Co-Abhängigkeit nach Jens Flassbeck (vgl. Hörauf 2016: 53-64).

Um sich dem Thema der Arbeit anzunähern, scheint es dem Verfasser grundsätzlich wichtig, die Situation der Angehörigen näher zu beleuchten. Dies mit der Begründung, ein möglichst vollständiges Bild zu bekommen. Weiter gilt es zu bedenken, dass innerhalb der kontroversen Diskussion möglicherweise ungerechtfertigte Zuschreibungen an die Angehörigen gemacht werden.

Angehörige von suchtbetroffenen Menschen werden mit Stigmatisierungen verschiedener Art konfrontiert. Die Stigmatisierung bewirkt die Ausgrenzung bestimmter auffälliger Gruppen und erfolgt dadurch, dass von bestimmten Verhaltensweisen oder Attributen unter anderem auf negativ besetzte Merkmale geschlossen wird, was zu einem Statusverlust führt. Angehörige sind doppelt von Stigmatisierung betroffen, einerseits durch die indirekte Stigmatisierung über den suchtbetroffenen Menschen, andererseits über jene, die sie selber betreffen (vgl. Nieuwenboom 2012: 19f.).

Nebst der schwierigen Lebenssituation von Angehörigen von Suchtbetroffenen leiden diese oftmals zusätzlich, indem sie für das Leiden des suchtkranken Partners beziehungsweise der suchtkranken Partnerin (mit)verantwortlich gemacht werden. Stigmatisierungen sind jedoch nicht die einzigen Belastungen, mit welchen Angehörige von suchtbetroffenen Menschen konfrontiert werden. Angehörige, welche meist nicht unter der Wirkung von Drogen stehen, leiden meist mehr, als Suchtbetroffene selbst (vgl. Klein/Zobel 2000: 30). Ob Partner oder Kinder, Angehörige können im Kontext der Sucht eines anderen Familienmitglieds erhebliche negative Konsequenzen erfahren und sind daher als Risikopersonen zu betrachten, welche ein eigenständiges Recht auf Unterstützung haben (vgl. ebd.: 34).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Begriff Co-Abhängigkeit in Zusammenhang mit der Arbeit mit Angehörigen zwar weit verbreitet ist, er aber bisher nicht wissenschaftlich operationalisiert werden konnte (vgl. Klein/Bischof 2013: 66). Jedoch scheint gemäss Einschätzung des Verfassers der Gebrauch des Begriffs an sich bereits stigmatisierend auf die Angehörigen zu wirken. Diesbezüglich stellt sich die Frage, inwiefern der Begriff Co-Abhängigkeit und die damit einhergehende Stigmatisierung von Angehörigen einen Zusammenhang haben mit dem Widerstand, welcher der Verfasser in seiner Beratungsarbeit immer wieder wahrnimmt.

Gemäss obigen Ausführungen liegt das Erkenntnisinteresse des Verfassers also vor allem im theoretischen Diskurs verschiedener Ansätze der Co-Abhängigkeit und in der Klärung der Relevanz beziehungsweise des Nutzens oder Schadens bei der Verwendung dieses Begriffs in der Sozialen Arbeit.

Die zentrale Fragestellung lautet also wie folgt:

## **1.2 Fragestellung**

*Was kennzeichnet das kontrovers diskutierte Konzept der Co-Abhängigkeit und inwiefern wirkt es sich auf die Stigmatisierung von erwachsenen Angehörigen suchtbetreffender Menschen aus?*

Daraus ergeben sich weitere Unterfragen:

- *Inwiefern ist die Verwendung des Begriffs Co-Abhängigkeit für die Soziale Arbeit hilfreich oder schädlich?*
- *Inwiefern kann co-abhängiges Verhalten durch diese Zuschreibung verstärkt werden?*
- *Welchen Stellenwert hat dieser Begriff in der Sozialen Arbeit?*

## **1.3 Methodische Überlegungen**

Da die vorliegende Bachelor Thesis eine reine Theoriearbeit sein wird, besteht das Vorgehen vor allem aus Literaturrecherche. Die gängigen Kataloge und Datenbanken dienen dabei als Recherchegrundlage. Dazu verwendet der Verfasser unter anderem NEBIS, sozialinfo und WISO. Je nach Kapitel wird auf unterschiedliche Literatur gestützt. Um die Begrifflichkeiten zu klären, wird versucht, sie auf ihre Wissenschaftlichkeit hin genauer zu untersuchen (u.a. Co-Abhängigkeit, Verwendung von unscharf definierten Begriffen, Stigma, Stigmatisierung von Angehörigen etc.). Die Bücher Jens Flassbeck, Monika Rennert und Reinhold Assfalg werden in dieser Bachelor Thesis als Hauptliteratur in Bezug auf Co-Abhängigkeit verwendet. Betreffend Stigmatisierung wird insbesondere Erving Goffman hinzugezogen. Weiter wird der Verfasser eine Diskussion in einer Einrichtung der ambulanten Suchthilfe mit einfließen lassen. Dies soll einen Bezug zur Praxis bezüglich der Verwendung des Begriffs herstellen.



#### **1.4 Aufbau der Arbeit**

Nach der Einleitung in Kapitel eins und der Klärung der Relevanz der Thematik für die Soziale Arbeit in Kapitel zwei dient das Kapitel drei dazu, das Stigma theoretisch zu erläutern sowie zu erklären, was in der Arbeit unter „suchtbetroffene Menschen“ verstanden wird. Im vierten Kapitel wird die Entwicklung des Begriffs Co-Abhängigkeit genauer erläutert. Es soll ein Überblick über die verschiedenen Konzeptionsversuche des Begriffs sowie ein Einblick in drei exemplarisch ausgewählte Ansätze gegeben werden. Diese werden gegen Ende des Kapitels gegenübergestellt und miteinander verglichen. Im fünften Kapitel wird die allgemeine Situation der Angehörigen in Bezug auf die Sucht eines nahestehenden Menschen beleuchtet. Anhand aktueller Literaturrecherche werden die Belastungen und Bewältigungsstrategien herausgearbeitet. Stigmatisierende Elemente des Begriffs Co-Abhängigkeit werden dargelegt. Das letzte Kapitel der vorliegenden Bachelor Thesis setzt sich mit der Beantwortung der Fragestellung auseinander, indem die erarbeiteten Inhalte kritisch hinterfragt und auf die Soziale Arbeit bezogen werden. Die Ergebnisse und Erkenntnisse der Arbeit werden dargelegt, um daraus Schlüsse für den Gebrauch des Konzepts der Co-Abhängigkeit in der Sozialen Arbeit zu ziehen.

#### **1.5 Eingrenzung und Präzisierung der Arbeit**

Die Arbeit äussert sich zur Entwicklung des Begriffs Co-Abhängigkeit, zum theoretischen Diskurs darüber sowie zur aktuellen Situation der Angehörigen von suchtbetroffenen Menschen mit dem Fokus auf Stigmatisierung insbesondere unter Verwendung des Begriffs. Aufgrund der Datenlage wird die Arbeit vor allem weibliche Angehörige von Partnern mit Alkoholismus betreffen. Jedoch werden, wo es möglich ist, die Aussagen auf erwachsene Angehörige in einer Gemeinschaft unabhängig der Substanz oder des Verhaltens auszuweiten versucht.

## 2 Relevanz für die Soziale Arbeit

Caroline Pulver (2013: 97) schlussfolgert in ihrer Masterarbeit zur Verwendung von unscharfen Begriffen in der Sozialen Arbeit, dass "die Position der Unterstützungssuchenden geschwächt wird, wenn ihnen Fachbegriffe und deren Bedeutung nicht richtig erklärt werden können."

Zusätzlich schmälert es das Ansehen der Profession, wenn sich Fachpersonen nicht auf klare Begriffe abstützen können (vgl. ebd.). Professionelle der Sozialen Arbeit geraten bei dem Begriff Co-Abhängigkeit in ein Spannungsfeld. Wie in der Einleitung ersichtlich, ist der Begriff beziehungsweise ein Krankheitsbild bis anhin nicht wissenschaftlich operationalisiert, jedoch existiert viel populärwissenschaftliche Literatur darüber.

Somit ist anzunehmen, dass ein Teil der Angehörigen etwas über Co-Abhängigkeit weiss. Um die Angehörigen demzufolge mit solch unklaren Definitionen nicht zu verunsichern, scheint es relevant, herauszufinden, ob die Verwendung des Begriffs überhaupt hilfreich oder gar schädlich ist.

## 3 Begriffsdefinitionen

Das folgende Kapitel widmet sich vor allem der Definition des in der Arbeit verwendeten Begriffs von "Stigma". Weiter wird erklärt, was unter "suchtbetroffene Menschen" verstanden wird.

### 3.1 Stigmatisierung

Erving Goffman, kanadischer Soziologe, meint, die Gesellschaft schaffe sowohl die Mittel zur Kategorisierung ihrer Mitglieder, als auch Attribute, welche von den Personen als gewöhnlich und natürlich empfunden werden. Die Regelmässigkeit des sozialen Verkehrs innerhalb einer bestehenden Einrichtung erlaubt es den Menschen aufgrund von den darin etablierten Personenkategorien, welche dort vermutlich angetroffen werden, bei erstmaligen fremden Kontakten deren soziale Identität zu antizipieren. Soziale Identität meint in diesem Falle sowohl persönliche Charaktereigenschaften wie auch strukturelle Merkmale beispielsweise von der Art des Berufs. Aufgrund der Antizipation der sozialen Identität wandeln Menschen diese in normative Erwartungen um, was zu rechtmässig gestellten Anforderungen führt. Dies jedoch unbewusst, bis die akute Frage auftaucht, ob diese Anforderungen erfüllt sind oder nicht. Es handelt sich um eine Charakterisierung im Effekt und es wird unterschieden zwischen „virtueller sozialer Identität“ und „aktueller sozialer Identität“. Wobei ersteres die zugeschriebenen Forderungen und Charaktereigenschaften, letzteres die tatsächlich beweisbaren Attribute einer Person meint. In der Interaktion mit einer fremden Person kann deutlich werden, dass diese eine Eigenschaft besitzt, welche sie von anderen in derselben Personenkategorie unterscheidet. Diese Eigenschaft kann positiver oder negativer Art sein. Bei einer negativen Attribuierung wird die fremde Person von einer gewöhnlichen Person zu einer befleckten und/oder beeinträchtigten Person herabgemindert, was das Attribut zu einem Stigma macht. Dies im Besonderen, wenn die diskreditierende oder abwertende Wirkung des Attributs besonders extensiv beziehungsweise stark ist. Somit geht es bei der Stigmatisierung um den konstruierten Unterschied zwischen virtueller und aktueller sozialer Identität eines Menschen (vgl. Goffman 2016: 9f.).

Stigma ist eine besondere Art von Beziehung zwischen Eigenschaft und Stereotyp. Dieser Terminus und seine Synonyme verbergen jedoch eine doppelte Perspektive. Es besteht ein Unterschied darin, ob der stigmatisierte Mensch annimmt, dass über sein Anderssein Kenntnis besteht oder ob es nicht bekannt beziehungsweise auch nicht

unmittelbar wahrnehmbar ist. Wird die Kenntnis des Andersseins angenommen, geht es um die Misere des Diskreditierten. Falls die Eigenschaft unbekannt oder nicht wahrnehmbar ist, geht es um die Misere des Diskreditierbaren (vgl. ebd.: 12).

Eine offensichtlich andersartige Eigenschaft, wie beispielsweise eine körperliche Beeinträchtigung kann also diskreditierend sein. Wenn die Eigenschaft nicht offensichtlich ist, kann sie diskreditierbar sein.

Asmus Finzen, Professor für Sozialpsychiatrie und Wissenschaftspublizist, meint in Anlehnung an Goffman, dass psychisch kranke Menschen zugleich diskreditiert und diskreditierbar sind, da ein mehr oder weniger grosser Kreis von Menschen über die Krankheit Bescheid weiss, während die meisten anderen Menschen es nicht wissen (vgl. Finzen 2001: 35f.).

Goffman unterscheidet drei stark verschiedene Typen von Stigma:

1. Verschiedene physische Deformationen
2. Individuelle Charakterfehler, welche als Willensschwäche wahrgenommen werden sowie beherrschende oder unnatürliche Leidenschaften und tückische beziehungsweise starre Meinungen. Diese Charakterfehler werden hergeleitet von Geistesverwirrung, Gefängnishaft, Sucht, Homosexualität, Arbeitslosigkeit, Selbstmordversuch und radikalem politischen Verhalten.
3. Phylogenetische Stigmata, welche von Geschlecht zu Geschlecht weitergegeben werden wie Rasse, Nation und Religion (vgl. Goffman 2016: 13).

Finzen fügt an, dass diese drei Typen die gleichen soziologischen Merkmale haben. Die Betroffenen haben eine Eigenschaft, welche von der Gesellschaft unter keinen Bedingungen hingenommen werden kann und lässt alle sonst geschätzten Eigenschaften einer Person als nichtig erscheinen. Somit werden sie diskriminiert und ihre Lebenschancen dadurch reduziert (vgl. Finzen 2001: 29).

In dieser Arbeit legt der Verfasser den Fokus auf den zweiten Typ des Stigmas nach Goffman, da die in Kapitel drei beschriebenen Konzepte der Co-Abhängigkeit teilweise versuchen, diese als diagnostizierbares Krankheitsbild darzustellen.

Gemäss Bruce Link von der Columbia University and New York State Psychiatric Institute und Jo Phelan von dem Department of Sociology der Columbia University (2001: 382) wird Stigmatisierung wie folgt definiert: "Stigma exists when elements of

labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination occur together in a power situation that allows them."

Übersetzt bedeutet dies gemäss Verfasser, dass Stigmatisierung dann vorliegt, wenn Elemente von Etikettierung, Stereotypisierung, Ausgrenzung, Statusverlust und Diskriminierung gemeinsam in einem Machtgefälle vorliegen, was einen Stigmatisierungsprozess möglich macht. Etikettierung meint hier gemäss Verfasser die Zuschreibung von Merkmalen, während Stereotypisierung die Kategorisierung von Menschen anhand dieser Merkmale bezeichnet. Mit Ausgrenzung, Statusverlust und Diskriminierung wird insbesondere deren Abwertung oder Ausschluss beschrieben.

Aufgrund fehlender Belege über die Stigmatisierung von Angehörigen von sucht betroffenen Menschen wird der Stigmatisierungsprozess anhand von Betroffenen und Angehörigen psychisch kranker Menschen beschrieben. Der Verfasser geht davon aus, dass die Beschreibungen auf die Angehörigen von sucht betroffenen Menschen übertragbar sind. Der Verfasser lehnt sich dabei an folgende Aussage von Wim Nieuwenboom (2012: 19), wissenschaftlicher Mitarbeiter der Fachhochschule Nordwestschweiz: "Es ist also anzunehmen, dass diejenigen Arten von Stigmatisierungen, die für psychische Krankheiten kennzeichnend sind, auch für die SuchtpatientInnen und ihre Angehörigen zutreffen."

Der Stigmatisierungsprozess lässt sich bei Betroffenen und Angehörigen psychisch kranker Menschen anhand der folgenden Abbildung 1 beschreiben:

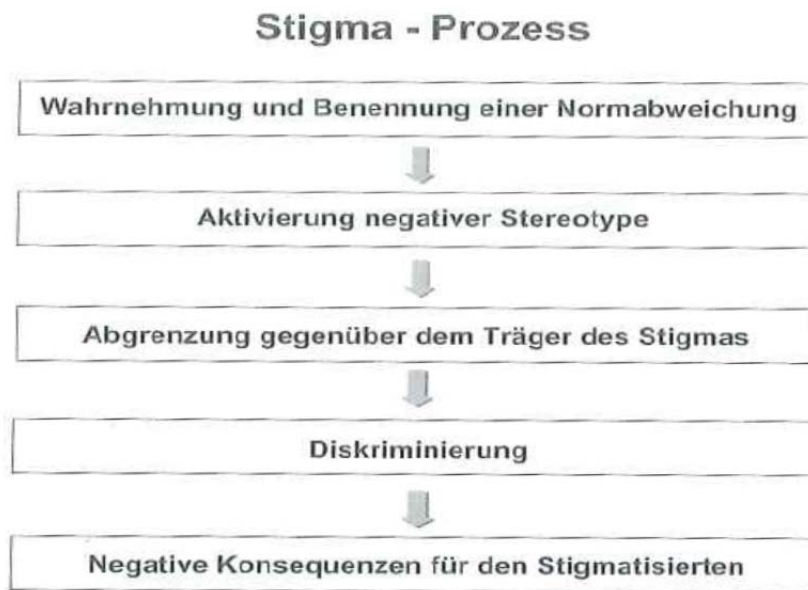


Abb. 1: Schulzes Stigma-Prozess nach Link und Phelan (In Schulze 2005: 123)

Die vorangehende Abbildung zeigt auf, dass Stigmatisierung immer mit der Wahrnehmung und Benennung eines Unterschieds beginnt. Eine psychiatrische Diagnose oder eine Suchterkrankung bezeichnet so einen Unterschied. Folglich wird dieser Unterschied mit schlechten Eigenschaften verbunden, wodurch sich ein Stereotyp herausbildet und sich vom beobachtbaren Verhalten löst (vgl. Schulze 2005: 123). Schulze (ebd.: 125) nennt dazu folgendes Beispiel: "Kulturell geprägte Vorstellungen von 'Verrücktheit' werden aktiviert und dem Träger des Etiketts 'psychisch krank' unabhängig von persönlichen Erfahrungen zugeschrieben."

Dies führt nach Schlussfolgerung des Verfassers zu den in der Abbildung beschriebenen negativen Konsequenzen, da die stigmatisierte Person so durch Menschen stigmatisiert wird, welche keine eigenen Erfahrungen in Bezug auf psychische Krankheiten oder eine Suchterkrankung haben.

Beate Schulze, Soziologin und Psychologin, beschreibt zudem vier Dimensionen von Stigmatisierungen von psychisch erkrankten Menschen:

- Interpersonelle Interaktion
- Strukturelle Diskriminierung
- Öffentliches Bild psychischer Erkrankungen
- Zugang zu sozialen Rollen (vgl. Schulze 2005: 127).

Folgend werden diese vier Dimensionen kurz beschrieben, da sie im fünften Kapitel auf die Angehörigen und den Begriff Co-Abhängigkeit bezogen werden.

#### *Interpersonelle Interaktion*

Darunter werden Stigmatisierungserfahrungen verstanden, welche in sozialen Beziehungen erlebt werden. Die meisten Erfahrungen werden in direkter Interaktion gemacht. Dabei handelt es sich um Reaktionen von anderen Personen beispielsweise bezüglich eines Klinikaufenthaltes oder konkrete Fälle von Diskriminierung wie Schwierigkeiten mit Vermietern nach Bekanntwerden einer Krankheit. Schulze bezieht sich dabei auf eine Fokusgruppenstudie von ihr und Matthias Claus Angermeyer von 2003 (vgl. ebd.: 128f.).

#### *Strukturelle Diskriminierung*

Diese Dimension beschreibt Stigmatisierungserfahrungen, welche nach Schulze (ebd.: 131) "auf Ungerechtigkeiten und Ungleichgewichte in gesellschaftlichen Strukturen, politischen Entscheidungen und gesetzlichen Regelungen" zurückzuführen sind. Beispielsweise ist es stigmatisierend, wenn für eine stigmatisierte Krankheit weniger Mittel in der Forschung aufgewendet werden als für andere Krankheiten (vgl. Ruckstuhl 2014: 27).

#### *Öffentliches Bild psychischer Erkrankungen*

Das vorherrschende negative Bild von psychisch kranken Menschen in der Gesellschaft wird von den Betroffenen als direkt diskriminierend wahrgenommen (vgl. Schulze 2005: 129). Schulze bezeichnet dieses Bild als "Teil des Stigmaerlebens". (ebd.) Dies führt bei den Betroffenen dazu, dass die soziale Isolation zunimmt, da diese vorweg annehmen, stigmatisiert zu werden (vgl. ebd.).

#### *Zugang zu sozialen Rollen*

Durch die Krankheit wird Betroffenen der Zugang zu sozialen Rollen erschwert. Dies vor allem in der Familie, in der Partnerschaft sowie im Beruf (vgl. ebd.: 131).

### **3.2 Suchtbetroffene Menschen**

Der Missbrauch von Rauschdrogen wie auch von Alkohol wird durch pathologische Anwendung, dem Nachlassen der beruflichen Leistung beziehungsweise der sozialen Anpassung charakterisiert. Dies beinhaltet die Unfähigkeit, den Konsum zu reduzieren

oder abzusetzen sowie wiederholte Versuche, den Konsum zu kontrollieren und im beruflichen und/oder sozialen Bereich bereits erfolgte Konsequenzen durch den Konsum, wie zum Beispiel strafrechtliche Folgen bei illegalen Drogen (vgl. Feuerlein 1987: 9).

Gemäss der aktuellen Ausgabe der internationalen Klassifikation für Krankheiten ICD 10 muss ein Abhängigkeitssyndrom einer Substanz mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllen, um diese diagnostizieren zu können:

- Starker Wunsch zur Einnahme der Substanz
- Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren
- Anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen
- Vorrang des Konsums vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen
- Toleranzentwicklung und manchmal körperliche Entzugssymptome (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2017).

Diese oben erläuterten Definitionen zeigen auf, dass die Grenzen zwischen "Missbrauch" und "Abhängigkeitssyndrom" fließend sein können.

Laut Ralf Schneider, leitender Psychologe der Saulus-Kliniken, ist Sucht ein Begriff, welcher nichts erklärt. Es ist eine abgekürzte Beschreibung einer Verhaltensweise. Sucht zeichnet sich durch einen Verlust von persönlicher Freiheit und einem Zwang zum Selbstbetrug aus. Des Weiteren werden Menschen als süchtig bezeichnet, wenn der Konsum Einschränkungen in der Gesundheit, sozialen Eingliederung oder Arbeitsfähigkeit zur Folge hat. Schneider betont weiter, dass die Substanz lediglich das Mittel, jedoch nicht das Wesen der Sucht ist. Sucht meint gemäss Schneider eher einen Verlust von persönlicher Freiheit und einen Zwang zum Selbstbetrug (vgl. 1996: 11f.).

In der vorliegenden Arbeit wird der Fokus auf die Angehörigen gelegt. Somit bezeichnet der Begriff "suchtbetroffene Menschen" Personen, welche so konsumieren, dass daraus Belastungen für die Angehörigen entstehen.



## 4 Co-Abhängigkeit

### 4.1 Entwicklung des Begriffs

Alfred Uhl, Leiter der Alkoholkoordinations- und Informationsstelle des Anton-Proksch-Instituts und Mitarbeiter des Ludwig Boltzmann Instituts für Suchtforschung sowie Alexandra Puhm, Mitarbeiterin der genannten Institutionen, verstehen Co-Abhängigkeit als einen mittlerweile sehr populären und zentralen Begriff im Umgang mit Angehörigen. Der Ursprung des Begriffs liegt in den 50er Jahren mit der Gründung der Al-Anon, einer Selbsthilfegruppe für Angehörige von suchtbetroffenen Menschen. Durch die Bezeichnung Co-Alkoholiker respektive Co-Alkoholikerin wurde eine Identität innerhalb der Gruppe geschaffen, welche sich mit dem Leiden und der Ohnmacht um den suchtbetroffenen Menschen gut vereinbaren liess (vgl. Uhl/Puhm 2007: 13).

Anne Wilson Schaef sieht in der Co-Abhängigkeit ein Krankheitsbild des Suchtprozesses. Der Suchtprozess, welcher gesellschaftsbedingt ist, beschreibt sie als weit verbreitete, systemische Primärerkrankung, Alkoholabhängigkeit und Co-Abhängigkeit als Sekundärerkrankung beziehungsweise als Symptome des Suchtprozesses (vgl. Wilson Schaef 1986: 32). Wilson Schaef (ebd.: 33) begründet diese Aussagen folgendermassen:

Es ist meine feste Überzeugung, dass viele Krankheiten sowie psychische Leiden und Verhaltensstörungen letztlich Erscheinungsformen des Suchtprozesses sind. Diese verschiedenen Krankheiten und Störungen haben gemeinsame Wesenszüge; andere Merkmale sind für die einzelnen Erscheinungsformen typisch.

In den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts wurden von Anne Wilson Schaef und Pia Melody grundlegende Bücher zum Angehörigenthema veröffentlicht, welche die Problematik der Co-Abhängigkeit angehörigenbezogen und umfassend thematisieren. Es mangelte dabei jedoch an Forschungsbemühungen. Die Ansätze wurden nie systematisch weiterentwickelt (vgl. Flassbeck 2010: 30f.).

1985 definiert Wegscheider-Cruise (1985, zit. nach Rennert: 195) die Co-Abhängigkeit erstmals nicht so eng in Zusammenhang mit Alkoholismus:

Co-Abhängigkeit ist ein spezifischer Zustand, der durch die vorrangige Beschäftigung mit einem anderen Menschen oder Objekt sowie die Abhängigkeit (emotional, sozial, manchmal auch körperlich) von diesem charakterisiert ist. Schliesslich wird diese Abhängigkeit von einer anderen Person zu einem pathologischen Zustand, der die co-abhängige Person in allen anderen Beziehungen beeinträchtigt.

Jörg Fengler, psychologischer Psychotherapeut, geht davon aus, dass Co-Abhängigkeit Haltungen, Verhaltensweisen und Status von Personen bezeichnet, welche dazu beitragen, dass suchtbetroffene oder suchtgefährdete Menschen in diesem Zustand bleiben. Er sieht in der Co-Abhängigkeit eine Verbindung zu Persönlichkeitsstörungen (vgl. 2002: 100).

Diese kurze Übersicht zur geschichtlichen Entwicklung und die verschiedenen Definitionen zeigen bereits, wie uneinheitlich der fachliche Diskurs über den Begriff Co-Abhängigkeit ist. Im folgenden Unterkapitel wird daher der Blick auf den derzeitigen Forschungsstand gerichtet.

#### **4.2 Stand der Forschung**

Wie in der Einleitung bereits erwähnt, wird Co-Abhängigkeit in den USA heute weitgehend als eigene Krankheit diagnostiziert (vgl. Hörauf 2016: 53). Es hat wiederholt Versuche gegeben, eine eigene klinische Störung Co-Abhängigkeit zu operationalisieren. Diese scheiterten jedoch bis anhin an Reliabilitäts- und Validitätsproblemen (vgl. Klein/Zobel 2000: 31).

Studien belegen dem gegenüber eine verstärkte psychosoziale Belastung von Angehörigen von Suchtbetroffenen im Vergleich zu Angehörigen von Nicht-Suchtbetroffenen. Allgemein ist die Wissenslage zu Angehörigen von Suchtbetroffenen recht defizitär (vgl. ebd.: 30).

In der Vergangenheit wurde zudem wiederholt versucht, das Konzept der Co-Abhängigkeit so zu definieren, dass es sich auch als psychische Störung in die Diagnosesysteme ICD oder DSM aufnehmen liesse. Diesbezüglich verweist Ruckstuhl in ihrer Dissertation über Angehörige von drogenabhängigen Menschen auf Timmen Cermak, welcher in den 80er Jahren erstmals diagnostische Leitlinien für eine co-abhängige Persönlichkeitsstörung vorschlug (vgl. Ruckstuhl 2014: 21f.).

Es liess sich bislang nicht empirisch nachweisen, dass sich eine co-abhängige Verstrickung zu einer eigenständigen psychischen Störung entwickeln kann.

Angesichts der möglicherweise stigmatisierenden Effekte und der fehlenden empirischen Evidenz, sollte der Nutzen des Konzepts der Co-Abhängigkeit zumindest in Frage gestellt werden. (vgl. Kläusler-Senn/Stohler 2012: 5).

Klein betont zudem, dass die grosse Vielfalt der Angehörigengruppe bislang nicht in empirisch abgesicherte Untergruppen erfasst werden konnte. Dies hat zur Folge, dass keine verlässlichen Verhaltensweisen für diese Gruppen zugewiesen werden konnten. Somit erachtet er das Konzept der Co-Abhängigkeit momentan als wissenschaftlich wenig sinnvoll. Es gilt als nicht diagnostizierbar (vgl. Klein 2000: 144).

Obwohl empirische Belege fehlen, wurde das Konzept noch nicht fallen gelassen. Gerade im amerikanischen Raum wird noch viel dazu geforscht. In Australien beispielsweise gibt es seit 2012 einen Fragebogen, der Co-Abhängigkeit diagnostizieren soll (vgl. Ruckstuhl 2014: 23).

Den fehlenden wissenschaftlichen Befunden stehen wenige stützende Befunde gegenüber (vgl. Klein/Bischof 2013: 66). Klein und Bischof stellen fest, dass in einer empirischen Arbeit zur Phasenhaftigkeit von co-abhängigem Verhalten von Jackson im Jahre 1954 lediglich drei von sieben Phasen (Verleugnung, Kontrolle und Desintegration) Bestätigung erfahren haben. Weitere Studien würden zwar belegen, dass es im Umfeld von Suchtkranken zu auffälligen Interaktions- und Verhaltensmustern kommen kann, diese können aber nicht in ein allgemeines Krankheitsbild interpretiert werden. Dabei wird von Klein und Bischof auf Schuckit, Tipp und Kelner 1994 Bezug genommen (vgl. ebd.).

In nachfolgendem Kapitel werden drei der aktuelleren Konzeptionsversuche von Co-Abhängigkeit aufgearbeitet und miteinander verglichen, um die uneinheitliche Definition des Begriffs darzustellen.

### **4.3 Die Spirale der Co-Abhängigkeit nach Monika Rennert**

Rennert (2012: 230f.) definiert Co-Abhängigkeit folgendermassen:

Co-Abhängigkeit ist ein Problem- und Bewältigungsmuster, das in der Interaktion mit einer suchtkranken Person entwickelt oder verstärkt wird. Die Entwicklung co-abhängigen Verhaltens ist gekennzeichnet durch zunehmende Einschränkungen in der Wahrnehmung von Verhaltensalternativen bis hin zum Gefühl existenzieller Bedrohung durch jegliche Veränderung. Sie geht mit den gleichen Begleiterscheinungen einher wie eine Entwicklung zur Drogenabhängigkeit: Verlust

von Selbstwert, Unterdrückung von Gefühlen, Verstärkung von Abwehrmechanismen, Kampf um Kontrolle, Verlust der Realität, Beeinträchtigung aller Potentiale der Persönlichkeit.

Rennert beginnt bei der Entwicklung von Co-Abhängigkeit innerhalb der Familie zum Zeitpunkt, bevor die Sucht eines nahestehenden Menschen als Krankheit erkannt wird. Angehörige erleben in dieser Situation vieles, was für sie unerklärlich, verletzend und verwirrend ist und ihnen Angst macht. Dies führt innerhalb der Familie zu individuellen Bewältigungsmustern mit dem Ziel, das familiäre Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Dieses Gleichgewicht bedingt jedoch Verkennung und Leugnung der Realität. Das heisst, es wird nicht über Gefühle gesprochen aus Angst, die Kontrolle zu verlieren (vgl. ebd.: 226).

In der Folge unterscheidet Rennert zwischen vier Phasen der Co-Abhängigkeit:

- Sporadisch co-abhängiges Verhalten
- Gewohnheitsmässiges co-abhängiges Verhalten
- Co-Abhängiges Verhalten in der Ausprägung eines Persönlichkeitsmerkmals, welches zwanghaften Charakter hat
- Co-Abhängigkeit als Störung der Persönlichkeit (vgl. ebd.: 231f.).

Sie betont, dass obwohl die Übergänge dieser vier Phasen fliegend sind, es trotzdem wichtig ist, eindeutige Zuordnungen in den genannten Kategorien vorzunehmen. Es findet eine Gesamtentwicklung statt, welche zwei gegenläufige Prozesse beinhaltet. Der eine Prozess findet durch den eskalierenden Kampf um die Kontrolle statt. Angehörige sind überzeugt, die Sucht anhand ihrer Willenskraft unter Kontrolle zu bringen. Im Prozess nimmt die subjektive Bedeutung der Willenskraft immer mehr zu. Beim gegenläufigen Prozess nimmt die subjektiv empfundene Möglichkeit, alternativ zu handeln immer mehr ab. Folglich ist keine Weiterentwicklung mehr möglich. Rennert bezeichnet den Kreislauf, welcher sich aus den zwei Prozessen ergibt, als "Circulus vitiosus" (vgl. ebd.).

Abbildung 7: Entwicklung von Co-Abhängigkeit Circulus vitiosus

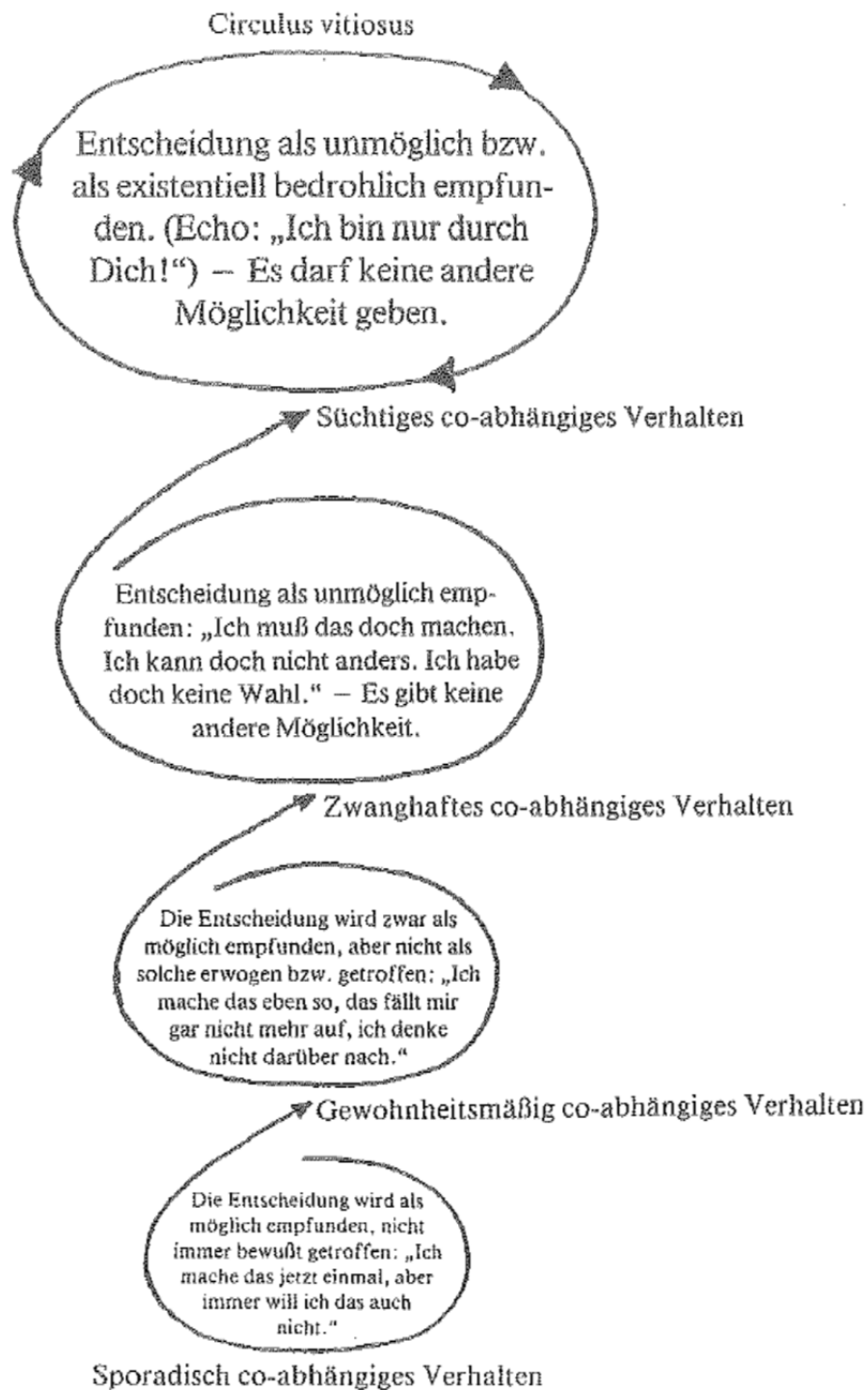


Abb. 2: Rennerts Entwicklung von Co-Abhängigkeit Circulus vitiosus (In: Rennert 2012: 233)

Wie in der Abbildung ersichtlich, entwickelt sich co-abhängiges Verhalten durch Wiederholung. Die Steigerung erfolgt im Laufe der Zeit und die Zuordnung der Ausprägung richtet sich danach, ob noch die Möglichkeit besteht, zu entscheiden. Diesbezüglich ist ein Anfang einer co-abhängigen Entwicklung in kleinen alltäglichen Entscheidungen begründet und muss nicht in jedem Fall bis zum letzten geschlossenen Kreis durchlaufen werden (vgl. Rennert 2012: 232f.). Um darzustellen, welche Angehörigen anfällig für den oben erklärten Prozess sind, zeigt Rennert eine typische Rolle auf (vgl. ebd.: 88).

Als "enabler" bezeichnet Rennert Personen, welche eine Entwicklung zur Abhängigkeit ermöglichen beziehungsweise sich sukzessiv zum Komplizen der Sucht machen. Dies jedoch nicht bewusst und aus verschiedenen Motiven. Diese Rolle wird meist von der Person übernommen, welche dem Suchtbetroffenen emotional am nächsten steht.

Weiter beschreibt Rennert nach Nelson sechs verschiedene, suchtfördernde Stile: Vermeiden und Beschützen, Kontrollversuche des Konsums, Übernehmen von Verantwortlichkeit, Rationalisieren und Akzeptieren, Kooperation und Kollaboration, Retten und sich nützlich machen. Oft ist ein Stil vorherrschend, obwohl mehrere oder alle gleichzeitig ausgeübt werden (vgl. ebd.: 83f.). Zu dieser Rolle gehört, dass das Verhalten der co-abhängigen Person ein zwanghaftes Muster annimmt (vgl. ebd.: 88).

#### **4.4 Die heimliche Unterstützung der Sucht nach Reinhold Assfalg**

Assfalg, diplomierter Psychologe und Psychotherapeut, meint, dass durch den Begriff Co-Abhängigkeit helfendes Verhalten kritisch in Frage gestellt wird. Kaum eine Krankheit ist so belastend und geprägt von einem langwierigen Verlauf mit Wechseln von Hoffnung und Verzweiflung für Betroffene und Angehörige (vgl. Assfalg 2009: 9). Angesichts der langen Krankheitsverläufe ist es gemäss Assfalg (ebd.) überraschend, wie viele Angehörige scheinbar endlos bereit sind, „für den Erkrankten etwas Gutes zu tun, zu helfen, Wünschen entgegenzukommen, zu kontrollieren und insbesondere Verantwortung zu übernehmen.“

Er vergleicht den Begriff mit einem Spiegel, welcher Angehörigen vorgehalten werden kann, um diese mit dem tatsächlichen Wert ihres Verhaltens zu konfrontieren. Gemäss Assfalg ist jedoch Vorsicht geboten, da dieser Spiegel einerseits etwas in Frage stellt, dass wie Liebe aussieht und nur derjenige das Recht hat, diese Fassade abzureissen, dem sie gehört. Andererseits stellt die Co-Abhängigkeit auch eine Gefahr für den

Therapeuten oder die Therapeutin in der Rolle als professioneller Helfer oder professionelle Helferin dar. Assfalg begründet diese Gefahr damit, dass professionelle Helfer oder Helferinnen darauf angewiesen sind, dass andere die angebotene Dienstleistung auch annehmen (vgl. ebd.: 10).

Früh wurde erkannt, dass Angehörige von Suchtbetroffenen nicht nur passiv von der Krankheit mitbetroffen sind und leiden, sondern oft auch Verhaltensweisen entwickeln, welche langfristig gesehen dazu beitragen, den Prozess der Sucht aufrechtzuerhalten oder gar zu fördern. Der Begriff Co-Abhängigkeit löst die Fixierung auf das Suchtmittel und reduziert auf die wesentliche Gemeinsamkeit: Die Abhängigkeit. Dies deutet eine Krankheitsgemeinschaft zwischen mehreren Beteiligten an. Es gilt dabei zwischen zwei Auffassungsvarianten zu unterscheiden. Einerseits eine engere, bei der die Angehörigen durch den Suchtbetroffenen in die Co-Abhängigkeit hineingezogen werden. Andererseits eine weitere, welche den Umstand der Möglichkeit des Hineingezogenwerdens in Frage stellt. Jedoch lässt sich diese Frage der Auffassungen nicht mit einem generellen Entweder-oder beantworten (vgl. ebd.: 11f.).

Assfalg bezieht sich in seinen Ausführungen über die Erklärung des co-abhängigen Verhaltens von Partnerinnen von alkoholkranken Männern auf die wissenschaftliche Erarbeitung von drei Modellen nach Burnautzki, Linke und Schulz:

- *Der psychodynamische Ansatz* beschreibt die Partnerin als primär persönlichkeitsgestört durch in der Kindheit entstandene Defizite. Sie versucht über die suchtbetroffene Person unterbewusste Bedürfnisse wie Kontrolle, Macht, Selbstbestrafung, Liebe und Rivalität zu befriedigen.
- *Die soziologische Stresstheorie* hält die emotionalen Störungen und das abweichende Verhalten einer Partnerin für sekundär. Die Dysfunktionen werden als ein Resultat eines Anpassungsprozesses an den Alkoholismus des Partners verstanden. Die Strategien der Bewältigung dienen dazu, die Stabilität der Familie zu erhalten und es kommt zu einer Rollenverschiebung, in der die Frau die Organisation in der Familie übernimmt und der Mann wie ein unartiges Kind behandelt wird.
- *Der systemtheoretische Ansatz* meint im Grundgedanken, dass ein System wie die Familie um ein Gleichgewicht bemüht ist. Die Co-Abhängigkeit wird als Beitrag zur Systemstabilisierung in einer Krise (Alkoholismus) verstanden. Im

Zentrum stehen alle Familienmitglieder, welche sich gegenseitig beeinflussen und am Alkoholismus beteiligt sind (vgl. ebd.: 13f.).

Demzufolge müsste bei einer Zuschreibung von Co-Abhängigkeit zuerst festgestellt werden, in welches Modell die angehörige Person passt.

Assfalg schlägt für die Praxis vor, das Konzept der Co-Abhängigkeit als Arbeitshypothese zu verwenden. Im Einzelfall soll erfragt werden, inwiefern die Angehörigen mit dem Suchtbetroffenen eine Krankheitsgemeinschaft bilden und ob sie zu Verhaltensweisen neigen, welche den Prozess der Sucht vertiefen. Dies bezieht sich jedoch auch auf die lebensgestaltenden Institutionen wie Betrieb und Schule, Gesellschaft und professionelle Suchtfachstellen (vgl. ebd.: 15). Er beschreibt nachfolgend vier Bereiche, in denen sich Co-Abhängigkeit zeigt: Ehe und Partnerschaft, Beziehung Eltern - Kind, Arbeitsplatz und Betrieb, Suchttherapie (vgl. ebd.: 17).

Aufgrund der Eingrenzung der Arbeit auf erwachsene Angehörige in einer Partnerschaft wird an dieser Stelle näher auf diesen Bereich eingegangen. Auf die anderen von Assfalg beschriebenen Bereiche wird nicht eingegangen.

#### *4.4.1 Ehe und Partnerschaft*

Basierend auf Briefen von einer Lebensberatungsseite hält Assfalg fest, dass eine co-abhängige Person dem suchtbetroffenen Menschen hilft, sich selbst zu täuschen, indem er beiden den Schmerz einer Veränderung ersparen will. Durch Verantwortungsübernahme und Kontrolle, welche die Abhängigkeit des Betroffenen begünstigt, entsteht eine Situation, in der für beide Menschen eine positive Weiterentwicklung zu mehr Selbständigkeit und Unabhängigkeit unmöglich wird. Es entsteht eine Entwicklungsblockade (vgl. ebd.: 20f.).

Assfalg glaubt nicht, dass es die eine Co-Abhängigkeit gibt und zieht Parallelen zu der Individualität der Suchterkrankung. Trotz eines allgemein charakteristischen Teils ist jeder Suchtbetroffene ein Individuum mit verschiedenen Veranlagungen, Erfahrungen und Bedürfnissen, was auch für Co-Abhängige gilt. Eine vorschnelle Diagnose lehnt er ab. In Praxis stellt sich die Frage, inwiefern sich zwischen Angehörigen und Suchtbetroffenen auf der Basis emotionaler Abhängigkeit eine Krankheitsgemeinschaft gebildet hat (vgl. ebd.: 51).



Die Untersuchung der Co-Abhängigkeit beinhaltet ein grundsätzliches Problem menschlicher Beziehungen mit Fragen wie: „Wie kann man einen Menschen halten, ohne ihn festzuhalten? Wie kann man helfen, ohne abhängig zu machen? Wie kann man einen Menschen lieben, ohne im – und sich – die Selbständigkeit zu nehmen?“ (ebd.)

#### **4.5. Die Merkmale der Co-Abhängigkeit nach Jens Flassbeck**

Eine der aktuellsten Monografien zur Thematik der Co-Abhängigkeit stammt vom Facharzt und Psychotherapeuten Jens Flassbeck.

Flassbeck bezeichnet das Phänomen der Co-Abhängigkeit als eine vielschichtige individuelle, soziale wie auch gesellschaftliche Problematik. In einer Beziehung zu einem suchtbetroffenen Menschen kommt es zu typischen Erlebens- und Verhaltensmustern, welche als co-abhängig verstrickt bezeichnet werden. Diese scheinen zuerst normal, gesund und hilfreich, bergen jedoch das Risiko, problematisch zu werden und sich zu einer eigenständigen psychischen Störung zu entwickeln. Dabei spricht Flassbeck von einem Co-Abhängigkeitssyndrom, welches folgende zentrale Symptome aufweist: Eingenommensein vom Wunsch, dem Suchtbetroffenen helfen zu wollen und ein starker Scham- und Schuldkomplex (vgl. Flassbeck 2010: 29).

Co-Abhängigkeit bedeutet ausserdem, im Stillen zu leiden, ohne Hilfe und Beachtung einzufordern und im Alltag durch den Fokus auf den suchtbetroffenen Menschen abgewertet und missachtet zu werden (vgl. ebd.: 22).

##### *4.5.1 Formen und Systemebenen der Co-Abhängigkeit*

###### *1. Form: Risiko und Verstrickung*

Bei Angehörigen kommt es bei näherem Kontakt zu suchtbetroffenen Menschen zu typischen Erlebens- und Verhaltensweisen wie Befremden, Verunsicherung, Wiederwillen oder dem Wunsch, helfen zu wollen. Diese sind als normal, angemessen und hilfreich einzustufen, bergen jedoch das Risiko einer co-abhängigen Verstrickung. Typische Reaktionen auf die Sucht eines anderen werden demzufolge als co-abhängig verstrickt beschrieben (vgl. ebd.: 31).

###### *2. Form: Co-Abhängigkeitssyndrom*

Falls Angehörige aus Erfahrungen mit dem Suchtbetroffenen nicht lernen, sich in der Situation angepasst zu verhalten, sondern sich rigide und stereotyp an ihren Erlebens-

und Verhaltensmustern festhalten, kann sich eine eigenständige psychische Störung entwickeln, welche Flassbeck als verhaltensbezogene Suchtform bzw. Abhängigkeitsstörung beschreibt (vgl. ebd.).

### *3. Form: Wechselwirkung mit anderen Störungen*

Die Co-Abhängigkeit tritt nicht selten in Verbindung mit anderen psychischen Störungen auf wie Depressionen, Angststörungen, Traumafolgestörungen oder psychosomatische Syndrome. Dabei kann sie sowohl Ursache, als auch Folge der anderen psychischen Störung sein (vgl. ebd.).

Nachdem die verschiedenen Formen der Co-Abhängigkeit nach Flassbeck näher beschrieben wurden, folgt nun ein Überblick über die unterschiedlichen Systeme nach Flassbeck.

#### *Personelles System*

Es handelt sich um alle Menschen, welche mit einem Suchbetroffenen in näherem und helfendem Kontakt stehen und bezieht sich nicht nur auf die Familie (vgl. ebd.).

#### *Therapeutisches System*

Die professionelle Distanz der Suchthelfenden hilft, sich nicht zu sehr zu verstricken. Die co-abhängige Verstrickung ist gemäss Flassbeck jedoch trotzdem ein Berufsrisiko. Professionelle Suchthelfer lassen sich bewusst auf eine therapeutische Beziehung mit dem suchtbetroffenen Menschen ein, was die co-abhängige Verstrickung zu einer hilfreichen Strategie in der aufsuchenden, akzeptierenden und motivierenden Suchthilfe macht. Diese Beziehung wie auch das Risiko werden therapeutische Verstrickung oder therapeutische Co-Abhängigkeit genannt (vgl. ebd.: 32).

#### *Institutionelles System*

Mit Institutionen werden hier Gruppen, Familien, Freundeskreise, Vereine, Einrichtungen, Betriebe oder Unternehmen gemeint, welche sich co-abhängig verstricken können. Institutionen der Suchthilfe weisen dabei aufgrund der Klientel einen höheren Gefährdungsgrad auf, jedoch kann beim institutionellen System auch eine Gesellschaft oder Kultur gemeint sein, welche co-abhängige Tendenzen aufweist. Entsprechend werden solche Verstrickungen als institutionelle co-abhängige Verstrickung oder institutionelle Co-Abhängigkeit bezeichnet (vgl. ebd.).

Tabelle 1: Schema der Co-Abhängigkeit

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

Abb. 3: Flassbecks Schema der Co-Abhängigkeit (In: Flassbeck 2010: 35)

Aus den beschriebenen Formen und Systemebenen ergibt sich ein Schema, welches verdeutlicht, wie vielschichtig und facettenreich das Phänomen der Co-Abhängigkeit ist (vgl. ebd.: 33).

#### 4.5.2 Co-Abhängigkeit als co-abhängiges Risiko und persönliche Verstrickung

In diesem Unterkapitel beschreibt Flassbeck zunächst die normalen co-abhängigen Erlebens- und Reaktionsweisen, welche die Konfrontation mit der Sucht eines nahestehenden Menschen betreffen. Dies aufgrund des Umstands, dass die Beschäftigung mit dem Krankhaften oder Gestörten eines Phänomens immer die Auseinandersetzung mit dem Gesunden, Normalen und Sinnvollen bedarf, da sich sonst der Blick zu sehr auf pathologisierende Faktoren richtet und die Ressourcen und Chancen weniger sicht- und nutzbar werden (vgl. ebd.: 34).

#### 4.5.3 Co-Abhängigkeit als Co-Abhängigkeitssyndrom

Nimmt die co-abhängige Hilfe zwanghafte Züge an, dann helfen Angehörige trotz unveränderter Realität beziehungsweise durch die Ausblendung dieser weiter. Aus

dieser Hilfe entwickelt sich eine eigenständige Störung. Flassbeck versucht diese als eine verhaltensbezogene Suchtform zu operationalisieren und nennt sie „Co-Abhängigkeitssyndrom“. Er versucht, seinen Ausführungen zur Diagnose die Gütekriterien der ICD-10 und der DSM 4 zugrunde zu legen, wohl wissend, dass sein Konzept als Entwurf anzusehen ist (vgl. ebd.: 49f.).

Die Symptomatik teilt Flassbeck in drei Gruppen ein:

1. *Abhängigkeitsspezifische Symptome*

In dieser Gruppe werden das Eingenommensein im Erleben und Verhalten des Angehörigen des Suchtbetroffenen und das übermässige Verlangen, ihm helfen und ihn retten zu wollen, als zwanghaftes Symptom beschrieben. Dieses Symptom hat zur Folge, dass sich alles Denken, Fühlen und Handeln in zwanghafter Weise um den Partner und seine Sucht und/oder die Kontrolle derer dreht. Zusätzlich wird dessen Sucht verharmlost, verleugnet, gerechtfertigt und entschuldigt. Eigene Bedürfnisse und Interessen, soziale Kontakte sowie berufliche Angelegenheiten und die Karriere rücken in den Hintergrund. Die daraus resultierenden schädlichen Folgen für das körperliche und seelische Wohlbefinden werden ausgeblendet und verleugnet (vgl. ebd.: 61f.).

2. *Scham- und Schuldkomplex und andere sozioemotionale Störungen*

Als weiteres Symptom ist immer ein ausgeprägter Scham- und Schuldkomplex festzustellen. Dies heisst, dass der oder die Angehörige in der Sucht des anderen ein persönliches Versagen sieht. Weitere sozioemotionale Störungen kommen hinzu: Stimmungsschwankungen zwischen Euphorie und Larmoyanz, inkonsequente Verhaltensweisen, starke Hemmung von Ärger und Aggressivität, ständige Feindseligkeit/ Höflichkeit, hohe Leistungsansprüche/ Perfektionismus, Selbstzweifel/ Selbstwertproblematik sowie übermässige Verantwortungsübernahme (vgl. ebd.).

3. *Zusätzliche wichtige und typische Beschwerden und Auffälligkeiten*

Diese beinhalten typischerweise depressive Erschöpfung und Freudlosigkeit, soziale Ängste, Unsicherheiten, psychosomatische Beschwerden oder traumatische Gleichgültigkeit und Misstrauen (vgl. ebd.).

Die Beschwerden zeigen sich nicht nur zeitweise und bessern sich nicht beziehungsweise verschlimmern sich. Sie üben einen negativen Einfluss auf die gewohnte Lebensgestaltung aus (vgl. ebd.).

Flassbeck schlägt vor, dass alle Kriterien erfüllt sein müssen, damit die Diagnose Co-Abhängigkeitssyndrom vergeben werden kann. Der Leidensdruck und die Beeinträchtigung seien aufgrund von Verleugnung oft nicht offensichtlich festzustellen. Zudem würden Betroffene in Bezug auf die Arbeit, den Haushalt und die Familie noch funktionieren, während soziale Kontakte und eigene Interessen zunehmend vernachlässigt werden (vgl. ebd.: 62).

Es liegen gemäss Flassbeck vier Bedingungskomplexe der Entwicklung einer Co-Abhängigkeit zugrunde:

1. Selbstwertproblematik und -störung als persönliche Disposition
2. Nicht alltäglicher und komplexer Stress durch die Konfrontation mit Sucht und deren negativen Begleiterscheinungen
3. Kindliche Traumatisierungen durch eine Suchtfamilie und durch Misshandlungen und Missbrauch
4. Menschliche Handlungs- und Entscheidungsfreiheit

Die Bedingungskomplexe führen nicht kumulativ zu einer Co-Abhängigkeit, sondern jeder kann für sich eine co-abhängige Entwicklung bedingen (vgl. ebd.: 106f.).

Ein ausgearbeitetes Diagnosekonzept der Co-Abhängigkeit als eigenständige Störung benötigt gemäss Flassbeck Forschung, die Wissenschaft und Praxis gleichberechtigt verzahnt. Es mangelt an systematischen Forschungsbemühungen in Bezug auf das Thema Co-Abhängigkeit (vgl. ebd.: 49).

#### **4.6 Vergleich der dargelegten Konzepte der Co-Abhängigkeit**

Während der Auseinandersetzung mit den drei exemplarisch ausgewählten Konzeptionsversuchen von Co-Abhängigkeit zeigt sich gemäss Einschätzung des Verfassers, dass das Konzept überhaupt nicht einheitlich ist und es viele verschiedene Definitionen gibt. Die drei Autoren beziehungsweise Autorinnen sind sich jedoch einig, dass Angehörige während der Suchterkrankung eines nahestehenden Menschen immer weniger Zugang zu den eigenen Gefühlen haben und ihre Bedürfnisse stark

vernachlässigen oder sie ganz aufgeben. Zudem koppeln sie die Befindlichkeit an die suchtbetreffene Person und deren Verhalten. Weiter stellt der Verfasser fest, dass mit co-abhängigem Verhalten gemäss den obigen Konzepten immer suchtförderndes Verhalten beschrieben wird. Die Autoren und Autorinnen der Konzepte betonen jedoch, dass es nicht die eine Co-Abhängigkeit gibt und es zu dem Thema weiterer Forschung bedarf. Assfalg spricht von einer Arbeitshypothese für die Praxis, Flassbeck und Rennert sprechen von einem Phänomen. Während Rennert sich vorgängig auf viele andere Autoren und Autorinnen innerhalb der Thematik bezieht und die jeweiligen Erarbeitungen aufarbeitet und ihre eigene darauf aufbaut, verzichtet Assfalg weitgehend darauf. Flassbeck thematisiert die Datenlage in einem eigenen Kapitel.

Allgemein wird dem Verfasser nach der Bearbeitung der drei Konzeptionsversuchen klar, was Uhl und Puhm meinen, wenn sie davon sprechen, dass "es eine Fülle unterschiedlicher Auffassungen von Co-Abhängigkeit gibt, die ohne Präzisierung eher zur Verwirrung beitragen, als eine sinnvolle Auseinandersetzung mit den impliziten Konzepten fördern." (2007: 13)

Klein und Bischof (2013: 65) stellen in einer Auseinandersetzung zum Erklärungswert des Begriffs Co-Abhängigkeit folgendes fest:

Trotz der erstaunlichen Verbreitung und Beliebtheit des Co-Abhängigkeitskonzeptes in der populärwissenschaftlichen und Selbsthilfe-Literatur herrscht innerhalb der „Szene“ keine Einigkeit hinsichtlich des Konzeptes und dessen Geltungsbereiches. Die Definitionen von Co-Abhängigkeit sind in den verschiedenen Publikationen hochgradig heterogen und unpräzise.

Auch die Autoren und Autorinnen der behandelten Konzepte von Co-Abhängigkeit geben zu bedenken, dass die Definitionen von Co-Abhängigkeit unterschiedlich sind. Rennert (2012: 28) meint, es sei zu einer "inflationären Entwicklung dieses Begriffes gekommen - allein die Fülle der Einträge bei Google weist schon darauf hin." Weiter gibt sie zu bedenken, es gebe nicht "DAS Konzept von Co-Abhängigkeit" (ebd.: 29). Flassbeck übt wenig Kritik an dem Begriff selbst, mehr an der professionalisierten Suchthilfe und den verschiedenen Programmen, in welchen "die Angehörigen zu Co-Therapeuten ausgebildet werden, um therapeutisch auf die Suchtkranken einzuwirken." (Flassbeck 2010: 18f.) Weiter kritisiert er den Fokus auf den

suchtbetroffenen Menschen, während Angehörige in ihrer Notlage durch Defizite in der Suchthilfe oft alleine gelassen werden (vgl. ebd.: 22).

Er missbilligt ausdrücklich die von Assfalg ausgedrückte Unterstützung der Sucht durch die Angehörigen aufgrund der oft darin enthaltenden Pauschalisierung und Verurteilung (vgl. ebd.: 19). Trotz dieser Missbilligung enthält nach Auffassung des Verfassers die Ausarbeitung Flassbecks viele suchtfördernde Elemente innerhalb des Begriffs. So stellt er das Helferangebot der Angehörigen beispielsweise als Sucht des Gebrauchtwerdens dar, welche teilweise glücken oder sich in eine gegenseitige Abhängigkeit entwickeln kann (vgl. ebd.: 117f.). Des Weiteren leitet er, wie in der Ausarbeitung der Formen in Kapitel 4.5.1 beschrieben, nach der anfänglichen Verstrickung ein Co-Abhängigkeitssyndrom ab.

#### **4.7 Stigmatisierende Auffälligkeiten innerhalb der Ansätze**

Bei näherer Betrachtung der vorliegenden Konzepte fällt dem Verfasser auf, dass nur Rennert auf die positiven Aspekte im Verhalten von co-abhängigen Angehörigen verweist (vgl. Rennert 2012: 235). Ansonsten ist der Begriff vor allem mit negativen Eigenschaften und Belastungen verbunden, welche im nächsten Kapitel näher beleuchtet werden. Allgemein wird auf die Stigmatisierung als Belastungsfaktor im nächsten Kapitel eingegangen.

Der Begriff Co-Abhängigkeit, verbunden mit all seinen Eigenschaften, scheint in Bezug zu Goffmans Definition von Stigma (vgl. Kapitel 2.1) zunächst diskreditierbar, da Co-Abhängigkeit allenfalls nicht sofort wahrgenommen werden kann. Im Setting der Beratung wird sie jedoch je nach Wissenstand und Verknüpfungen der beratenden Person zum Begriff stark diskreditierend.

Aufgrund der verschiedenen Konzeptionsversuchen scheint es gemäss Verfasser schwierig zu sein, hierzu eine klare Aussage zu machen. Ruckstuhl gibt dazu zu bedenken, dass Angehörige von suchtbetroffenen Menschen in der Vergangenheit häufig stärker pathologisiert worden sind, als suchtbetroffene Menschen selbst. Co-abhängiges Verhalten sei vielfach eine normale, von einem liebenden Menschen ausgeführte Verhaltensweise, welche jedoch eine problematische Entwicklung annehmen könne (vgl. Ruckstuhl 2012: 18).

Uhl und Puhm stellen diesbezüglich fest, dass nach dem Weglassen aller Irrationalitäten, Widersprüchlichkeiten und Abstrusitäten Co-Abhängigkeit mit "suchtförderndem Verhalten" gleichgesetzt werden kann (vgl. 2007: 19). Dies bedeutet

also, dass sobald ein Mensch von Co-Abhängigkeit spricht, immer eine Zuschreibung stattfindet.

#### **4.8 Diskussion des Begriffs Co-Abhängigkeit in einer Fachstelle für ambulante Suchthilfe**

Nachfolgend beschreibt der Verfasser die Diskussion des Themas Co-Abhängigkeit in der Suchfachstelle PERSPEKTIVE in Solothurn. Diese Diskussion soll exemplarisch dazu dienen, Hinweise auf den Wert des Begriffs in der Praxis zu geben.

Aus der Diskussion wird ersichtlich, dass der Begriff Co-Abhängigkeit in der alltäglichen Arbeit nicht verwendet wird. Dies geschieht aus verschiedenen Gründen. Eine allfällige Verwendung des Begriffs würde als Etikettierung wahrgenommen, was die Angehörigen stigmatisieren würde. Weiter wird es als heikel empfunden, Angehörige mit einem Begriff zu konfrontieren, welcher sie als abhängig bezeichnet. Diesbezüglich wird auch auf das Laienwissen der Angehörigen aufmerksam gemacht, was zu grossen Missverständnissen führen kann. Mit Laienwissen wird hier alltägliches Wissen sowie nicht hinterfragtes Wissen aus Selbsthilfebüchern gemeint. Da es sich bei Co-Abhängigkeit gemäss Verfasser grösstenteils um ungesichertes Wissen handelt, können so Missverständnisse entstehen.

In diesem Zusammenhang wird zudem erwähnt, dass die unterschiedliche Auffassung und Haltung in der Literatur den Begriff unbrauchbar machen würde.

Grundsätzlich regt sich im Team Widerstand, liebende Sorge um einen nahestehenden Menschen als Abhängigkeit zu bezeichnen. Es besteht die Gefahr einer medizinischen Diagnose, welche Angehörigen mehr schaden würde, als sie nützt.

#### **4.9 Kennzeichnende Faktoren des Begriffs in Hinblick auf den ersten Teil der Fragestellung**

In Hinblick auf den ersten Teil der Fragestellung *Was kennzeichnet das kontrovers diskutierte Konzept der Co-Abhängigkeit?* kommt der Verfasser nach der Bearbeitung in diesem Kapitel zum Schluss, dass sich der Begriff vor allem dadurch auszeichnet, dass er immer ein suchtförderndes Verhalten meint. Assfalg deutet eine Krankheitsgemeinschaft mit dem suchtbetroffenen Menschen an, welche den Prozess der Suchtkrankheit aufrecht zu erhalten oder zu fördern versucht (vgl. 2009: 11). Rennert schreibt von einem Bewältigungsprozess, welcher kontinuierlich an Intensität



gewinnt und über die Zeit zwanghaft wird (vgl. 2012: 233). Weiter kann davon ausgegangen werden, dass sich die Angehörigen, welchen die verschiedenen Autoren und Autorinnen den Begriff zuschreiben, nicht bewusst so verhalten. Auffallend ist, dass trotz der langen Geschichte des Begriffs, bis heute keine Einigkeit in der Fachwelt herrscht und es wissenschaftlich wenig Befürwortung bei der Verwendung gibt. Auch die Befürworter und Befürworterinnen der verschiedenen Konzepte beziehungsweise die Autoren und Autorinnen dieser meinen, dass es weiterer Forschung diesbezüglich bedarf.

## 5. Die Situation der erwachsenen Angehörigen

Um den Wert des Begriffs Co-Abhängigkeit und dessen stigmatisierende Anteile genauer zu erfassen, ist es nötig, die Situation der erwachsenen Angehörigen zu beschreiben.

Als Angehörige von suchtbetroffenen Menschen werden normalerweise die nahestehenden Verwandten verstanden (vgl. Klein 2000: 140). In dieser Arbeit legt der Verfasser jedoch den Fokus auf erwachsene Angehörige, welche in einer Partnerschaft mit dem suchtbetroffenen Menschen leben, da er annimmt, dass diese am meisten von Stigmatisierung betroffen sind. Es ist dem Verfasser dennoch ein Anliegen, an dieser Stelle zu betonen, dass Kinder, Eltern, Grosseltern oder auch enge Freunde als Angehörige je nach Einblick in die Situation des suchtbetroffenen Menschen in ähnlichem Ausmass leiden können.

Allgemein zeigen sich in diesen Bereichen Forschungslücken, insbesondere zu Eltern drogenabhängiger Jugendlicher und zu involvierten Geschwistern gibt es sehr wenig Forschung (vgl. Kläusler-Senn/Stohler 2012: 6).

Weiter wird der Verfasser vielfach Daten zum Thema Alkohol und Angehörige hinzuziehen, obwohl die Arbeit Angehörige beziehungsweise Co-Abhängigkeit unabhängig von Substanz oder Verhaltensweise thematisieren möchte. Dies aufgrund der Datenlage, welche in Bezug auf Alkohol umfassender ist.

Partner oder Partnerinnen von suchtbetroffenen Menschen wurden seit dem Beginn der Selbsthilfebewegung für Angehörige etwa 1950 allmählich als eigenständige Problemgruppe wahrgenommen. Klein kritisiert jedoch, dass insbesondere die Partnerinnen oft als Mittel zum Zweck gebraucht wurden. Dies mit dem Ziel, dass die Therapie des suchtbetroffenen Menschen effektiver, konfrontativer und realistischer gestaltet werden konnte. Dabei wurde ein allfälliges Bedürfnis der Angehörigen nach Hilfe und daraus folgend ein direktes Hilfsangebot nicht gesehen. Den Angehörigen wurde die Abhängigkeit vom Partner als grösstes persönliches Problem zugeschrieben (vgl. Klein 2000: 141f.).

Kläusler-Senn und Stohler (2012: 5f.) beschreiben die Entwicklung der Sicht auf die Angehörigen folgendermassen:

Zusammenfassend gilt, dass in vielen bisherigen Konzepten Angehörige oftmals pathologisiert und mehr oder weniger implizit für die Suchtentwicklung und -Aufrechterhaltung beschuldigt wurden. Ihrer schwierigen Lebenssituation wurde zu wenig Verständnis und Respekt entgegengebracht.

### **5.1 Datenlage in der Schweiz und in Deutschland**

Laut Klein gibt es mehr Menschen, die im Umfeld von suchtbetroffenen Menschen leben als suchtbetroffene Menschen selbst. Es sei in Deutschland davon auszugehen, dass mehr als 1.3 Millionen Menschen mit einem von Alkoholismus betroffenen Menschen in einer Partnerschaft zusammenleben. Er schätzt, dass von diesen Partnern beziehungsweise Partnerinnen zwei Drittel Frauen wären und weiter 1.8 bis 2.0 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 18 Jahren. Bei etwa 0.15 Millionen Abhängigen von illegalen Drogen in Deutschland sind weiterhin bis zu 0.3 Millionen Eltern als Angehörige betroffen (vgl. Klein 2000: 141f.).

Flassbeck meint, dass gemäss der Suchthilfestatistik von 2007 nur 6% der Personen in Deutschland, die eine ambulante Einrichtung aufsuchen, hilfeschende Angehörige sind, welche die Einrichtungen aufgrund der süchtigen Problematik aufsuchen, nicht, weil sie selber ein Problem haben (vgl. 2010: 98).

Suchtmonitoring Schweiz geht davon aus, dass in der Schweiz 2015 etwa ein Drittel der Bevölkerung mindestens eine Person in ihrem Bekanntenkreis mit Alkoholproblemen kennt. Jedoch scheint es sich oft um mehr als eine Person zu handeln, woraus geschlossen wird, dass jede Person in der Schweiz ab 15 Jahren etwa 0.68 Bekannte mit Alkoholproblemen kennt. Bei den Personen handelt es sich vor allem um nahe Verwandte, Freunde, Freundinnen und Freizeitbekannte. Den suchtbetroffenen Menschen unterstützen wollen 49.6%. 91% von diesen Angehörigen suchen das Gespräch mit der betroffenen Person und etwa 17% empfehlen, eine Beratungsstelle und/oder einen Therapeuten oder eine Therapeutin aufzusuchen (vgl. Marmet/Gmel 2015: 19).

Gemäss act-info, ein Monitoring-Netzwerk im Bereich der Suchtberatung und Therapie, haben im Jahr 2014 in der Schweiz 936 Personen als Angehörige die ambulante psychosoziale Suchthilfe in Anspruch genommen (vgl. Astudillo/Notari/Maffli 2016: T1). Diese Zahl ist sicher nicht genau, da lediglich 71 der 194 Einrichtungen der ambulanten psychosozialen Suchthilfe an diesem Monitoring teilnehmen (vgl. ebd.: 7). Trotzdem geben die Zahlen für den Verfasser einen Hinweis darauf, welche Personengruppe als Angehörige wie stark betroffen ist.

Im Bereich der Beziehung zum suchtbetroffenen Menschen wurden in der ambulanten Suchtbehandlung der Schweiz im Jahr 2014 891 Personen erfasst. Es handelte sich bei 35.7% um Elternteile, bei 39.4% um Ehe- oder Lebenspartner beziehungsweise Ehe- oder Lebenspartnerinnen und bei 13.1% um Töchter oder Söhne. Die verbleibenden Angehörigen mit einem Anteil von jeweils unter 4% fielen in die Bereiche Geschwister (3.7%), andere Verwandte oder Angehörige (2.6%), Freunde oder Freundinnen (2.7%), Arbeitgeber oder Lehrpersonen (0.4%) und anderes (2.4%). Weiter zu beachten ist, dass 45 Angaben fehlten. Es fällt zudem auf, dass mehr Frauen (699) als Männer (192) Unterstützung im Bereich der ambulanten psychosozialen Hilfe suchten (vgl. Astudillo et al. 2016: T25).

Des Weiteren gilt es zu bedenken, dass 58.1% der 472 erfassten Angehörigen im Bereich "Hauptproblem der Drittperson" Alkohol als Problemsubstanz oder Verhaltensweise angaben. Der zweithöchste Wert liegt bei Cannabis mit 21%, darauf folgen Heroin mit 6.1%, Kokain-Pulver mit 4.7%, Computer- bzw. Internetsucht sowie Glücksspielsucht mit 1.9% und Amphetamine mit 1.3% (vgl. ebd.: T26). Werte unter einem Prozent führt der Verfasser nicht auf, da sie vernachlässigbar scheinen.

Obwohl sich die Arbeit nicht auf eine konsumierte Substanz bezieht, werden die prozentualen Anteile aufgeführt, da so ersichtlich wird, dass der Bereich Alkohol, worauf der Verfasser sich bei Verweisen oft stützt, am meisten als Problemsubstanz genannt wird.

Obwohl act-info nur rund ein Drittel der Suchthilfeinstitutionen erfasst, lässt sich die Zahl der suchtbetroffenen Menschen und die der Angehörigen doch in ein Verhältnis setzen. Von den total 5'973 erfassten Eintritten im Jahr 2014 waren lediglich 936 Angehörige. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in Bezug auf die suchtbetroffenen Menschen nur sehr wenige Angehörige den Weg in die ambulante Suchthilfe finden.

## **5.2 Gesellschaftliche Sicht auf Angehörige von suchtbetroffenen Menschen**

Gemäss Sylvia Herr, freie Journalistin, sprechen viele Angehörige von Suchtbetroffenen nicht über die Sucht eines geliebten Menschen, weil sie Stigmatisierung fürchten. Die heutige Gesellschaft richtet den Wert eines Menschen an dessen Funktionalität und die Frage nach der persönlichen Befindlichkeit dient meist als rhetorische Floskel, auf welche ein Gesprächspartner oder eine

Gesprächspartnerin keine negative Antwort erwartet. Eine solche würde die Menschen teilweise schon an ihre Grenzen bringen, da eine negative Antwort ein eventuelles Hilfsangebot impliziert. Jedoch brauchen Menschen gerade in Krisensituationen, worin sich Angehörige von suchtbetroffenen Menschen dauernd befinden, empathische Unterstützung. Allerdings scheinen Angehörige nach Realisierung der Suchtabhängigkeit eines Freundes, einer Freundin oder eines Familienmitglieds diesen Umstand meist geheim zu halten, da sie nicht wissen, wie sie damit umgehen sollen. Es besteht die Angst, dass wenn die Angehörigen offen darüber reden, rasch das gesamte Umfeld informiert ist und die Familie oder die Beziehung stigmatisiert wird (vgl. Herr 2017: 4f.).

### **5.3 Belastungen**

Nach Kläusler-Senn und Stohler beschreibt eine Übersichtsarbeit über qualitative Studien aus verschiedenen Ländern der letzten zwanzig Jahre von Orford, Velleman, Copello, Templeton und Ibangaus von 2010 die Belastungen von Angehörigen. Die Studien befassten sich hauptsächlich mit Lebenspartnerinnen und Müttern. Vor allem der Zerfall einer einst intakten Beziehung zum suchtbetroffenen Menschen macht ihnen zu schaffen und kann als Kern des Leids angesehen werden.

Die hauptsächliche Belastung im Zusammenleben mit einem suchtbetroffenen Menschen entsteht durch:

- Eine konfliktbelastete und teils aggressive Beziehung zum suchtbetroffenen Menschen.
- Auseinandersetzungen über Geld und finanzielle Sicherheit.
- Das Spüren von sich wiederholender Unsicherheit und Unberechenbarkeit.
- Die Sorge um die gesundheitliche Entwicklung des suchtbetroffenen Menschen.
- Die Befürchtung, dass die Familieneinheit durch die finanziellen Einbussen, die belastete Atmosphäre und durch die grosse Angst um die Sicherheit und das Wohlergehen der Kinder bedroht ist.
- Einschränkungen in sozialen Kontakten, der Freizeit- und Lebensgestaltung sowie verschiedene Formen von Gewalt, welche jedoch häufig aufgrund von Scham verschwiegen werden (vgl. Kläusler-Senn/Stohler 2012: 6).

Gemäss Ruckstuhl ist die Suchterkrankung mit einer Vielzahl von Belastungsfaktoren für die Angehörigen verbunden. Sie bezieht sich dabei einerseits auf eine Studie von

Orford, Natera, Davies, Nava, Mora und Rigby von 1998 aus England und Mexiko über Belastungen von Familienangehörigen, welche mit suchtbetroffenen Menschen zusammenleben. Andererseits verweist sie auf eine Studie von Kirby, Dugosh, Benishek und Harrington aus 2005 über die Messung der Probleme von Familienmitgliedern von suchtbetroffenen Menschen. Erstere besagt, dass es vier Bereiche gibt, in denen Angehörige Belastungen erleben würden, welche als universell gültig angesehen werden (vgl. Ruckstuhl 2014: 24f.)

#### Kategorie 1: Schwierigkeiten im Zusammenleben

- Beschimpfungen und Drohungen durch den suchtbetroffenen Menschen
- Stimmungsschwankungen und leichte Reizbarkeit
- Kommunikationsschwierigkeiten seitens des suchtkranken Familienmitglieds (Lügen)
- Beziehungsschwierigkeiten wie beispielsweise sexuelle Probleme

#### Kategorie 2: Sorgen in Bezug auf den suchtbetroffenen Menschen

- Psychische und physische Gesundheit
- Arbeitsfähigkeit und/oder die Ausbildung
- Umgang mit anderen suchtbetroffenen Menschen oder soziale Isolation
- Vernachlässigung der Körperpflege

#### Kategorie 3: Finanzielle Schwierigkeiten

- Leihen von Gegenständen und diese nicht zurückgeben
- Diebstahl
- Kein Beitrag zu den Lebenshaltungskosten

#### Kategorie 4: Belastende Auswirkungen des Substanzkonsums

- Familiäre Atmosphäre
- Übernahme von Pflichten des suchtbetroffenen Menschen
- Zeugen von Drogengeschäften (vgl. ebd.)

Neben den aus der Studie geschlossenen universell gültigen Bereichen gibt es noch folgende belastende Themen, welche jedoch keine universelle Gültigkeit haben: Involviertheit von Personen und Behörden wie die Polizei, Sorgen bezüglich der Menge, Häufigkeit und Art des Konsums, der suchtbetroffene Mensch ist

vorübergehend nicht auffindbar, Beeinflussung der sozialen Kontakte der Angehörigen und schwere Krisen in Zusammenhang mit dem suchtbetroffenen Menschen innerhalb der Familie (vgl. ebd.).

Neben diesen Bereichen, dürften allerdings noch weitere Belastungsfaktoren für Angehörige relevant sein. Auf diese wird in den folgenden Ausführungen noch näher eingegangen.

Klein stellt fest, dass Angehörige von suchtbetroffenen Menschen nach der Meinung vieler Fachpersonen vermehrt psychische Störungen aufweisen. Diese Aussage scheint jedoch möglicherweise verzerrt, da die Untersuchungen ausschliesslich über Partner beziehungsweise Partnerinnen von behandelten suchtbetroffenen Menschen handeln. Studien zur Frage von Persönlichkeitsstörungen bei Ehefrauen von Alkoholikern belegen, dass sich nur bei etwa der Hälfte der Teilnehmerinnen auffällige Persönlichkeitszüge zeigen. Er bezieht sich dabei auf Kogan, Fordyce und Jackson aus dem Jahre 1963. Diese hatten 50 Frauen aus Selbsthilfegruppen und 50 Frauen aus einer Normalpopulation miteinander verglichen. Es zeigte sich zwar, dass die Ehefrauen der Alkoholabhängigen häufiger Störungen aufwiesen. Dominierende Persönlichkeitsmuster konnten jedoch nicht gefunden werden (vgl. Klein 2000: 141f.).

Es ist zudem erwiesen, dass die Belastungen, die durch die Abhängigkeit einer nahestehenden Person entstehen, auch Auswirkungen auf die Gesundheit der Angehörigen haben (Lee et al., 2011 Oreo & Ozgul, 2007; Orford et al., 1998c; Ray et al., 2007).

### *5.3.1. Stigmatisierung der Angehörigen*

Aufgrund der Thematik der Arbeit wird die Stigmatisierung als eigener Titel aufgeführt. Da sich die Forschungsgrundlage betreffend der Stigmatisierung von Angehörigen vor allem mit Angehörigen psychisch kranker Menschen befasst, werden diese Erkenntnisse genutzt und auf die Angehörigen suchtbetroffener Menschen übertragen.

Nieuwenboom hält fest, dass Angehörige ebenso wie suchtbetroffene Menschen von Stigmatisierung und Diskriminierung betroffen sind. Angehörige sehen sich mit einem assoziierten Stigma konfrontiert, welches von den suchtbetroffenen Menschen auf sie abfärbt. Dieses Stigma wird als "Courtesy Stigma" bezeichnet. Nieuwenboom bezieht

sich dabei auf Goffman, welcher dies bereits 1967 so beschrieb (vgl. 2012: 19). Goffman (2016: 40) bezeichnet die Angehörigen als die "'Weisen' (...) deren besondere Situation sie intim vertraut und mitfühlend mit dem geheimen Leben der Stigmatisierten gemacht hat". Diese enge Bindung führt jedoch dazu, dass Angehörige gezwungen sind "einen Teil der Diskreditierung der stigmatisierten Person zu teilen, mit der sie verbunden sind." (ebd.: 43).

Weiter kann festgehalten werden, dass Stigmatisierungen von Angehörigen bisher wenig untersucht wurden und wenn, dann vorwiegend in Bezug auf die Angehörigen schizophrener Partner oder Partnerinnen. Nieuwenboom bezieht sich dabei auf Studien von Angermeyer, Schulze und Dietrich sowie Angermeyer und Schulze aus 2013 (vgl. Nieuwenboom 2012: 19).

Angehörige schildern sowohl direkte als auch indirekte Stigma-Erfahrungen, wobei indirektes Stigmaerleben den grösseren Teil darstellt. Jedoch sind sie auch direkt betroffen und somit der Stigmatisierung in doppelter Weise ausgesetzt (vgl. Schulze 2005: 133).

Der Verfasser wird nachfolgend die vier in Kapitel 3.1 beschriebenen Dimensionen erneut aufgreifen und diese explizit auf die Situation von Angehörigen suchtbetroffener Menschen beziehen.

#### *Interpersonelle Interaktion*

Angehörige erleben wie Betroffene Stigmatisierung am häufigsten direkt im Kontakt mit anderen Menschen. Es wird hier unterschieden zwischen dem Kontakt mit Freunden und Bekannten sowie dem von professionellen Fachkräften in der Psychiatrie. Angehörige sprechen davon, dass Fachkräfte sich wenig für sie und ihre Rolle interessieren und sie mit einer technischen Sprache ausschliessen (vgl. ebd.: 134). Im Kontakt mit Freunden und Bekannten gibt es häufig Schuldzuschreibungen, welche zu sozialem Rückzug beziehungsweise zum Ausschluss führen (vgl. ebd.: 135). Nieuwenboom hat in Bezug auf Angehörige von suchtbetroffenen Menschen eine ähnliche Sichtweise wie Schulze (vgl. 2012: 20).

#### *Strukturelle Diskriminierung*

Bezüglich der Angehörigen suchtbetroffener Menschen stellt es beispielsweise eine strukturelle Diskriminierung dar, dass Krankenversicherungen erst dann die Kosten für



die Behandlung von Angehörigen übernehmen, wenn diese aufgrund der Folgen selber krank werden. Des Weiteren kann durch eine eventuelle Arbeitslosigkeit des suchtbetroffenen Menschen ein ökonomischer Abstieg erfolgen, welcher auch soziale Auswirkungen hat, die stigmatisierend sein können. Auch die Kriminalisierung durch illegale Drogen stellt einen weiteren Faktor der Stigmatisierung dar, da neben der psychischen Krankheit noch Benachteiligungen aufgrund von gesetzeswidrigen Folgen hinzukommen (vgl. ebd.). Mit Blick auf das am Anfang des Kapitels beschriebene Courtesy Stigma kann angenommen werden, dass dies auch Auswirkungen auf die Angehörigen hat, da die Stigmatisierungen der suchtbetroffenen Menschen auf die Angehörigen abfärben.

#### *Öffentliches Bild psychischer Erkrankungen*

Dieser Bereich trifft auch auf suchtbetroffene Menschen zu, bei welchen das Vorurteil der Gewalttätigkeit und Unberechenbarkeit besteht (vgl. ebd.). Das öffentliche Bild von Sucht und die Vorurteile gegenüber suchtbetroffenen Menschen werden gemäss Ruckstuhl (2014: 27) "über die Medien transportiert und betreffen letztlich auch die Angehörigen. Schliesslich führen Stigmata aber auch dazu, dass beispielsweise niemand eine Suchthilfeeinrichtung oder Psychiatrie in seiner Nachbarschaft haben möchte."

#### *Zugang zu sozialen Rollen*

Der erhöhte Betreuungsaufwand, den Angehörige übernehmen müssen, erschwert es ihnen weitere soziale Rollen auszuüben. So kann es beispielsweise zu mehr Fehlzeiten bei der Arbeit kommen, wofür den Angehörigen kein Verständnis entgegengebracht wird. Zudem können Reklamationen und Beschwerden der Nachbarn auch die Angehörigen treffen (vgl. Nieuwenboom 2012: 20).

Mit Bezug auf die Studie von Angermeyer, Schulze und Dietrich bezüglich Angehörigen von schizophrenen Patienten und Patientinnen hält Ruckstuhl (2014: 28) fest, dass "Angehörige vor allem über strukturelle Diskriminierungen und Stigmatisierungen im öffentlichen Bild berichteten." Sie hält es für wahrscheinlich, dass die Ergebnisse auch für Angehörige von suchtbetroffenen Menschen gelten (vgl. ebd.).

In Zusammenhang mit den vier Dimensionen scheint die Selbststigmatisierung eine wichtige Rolle zu spielen. Diese beinhaltet, dass die Angehörigen die

Stigmatisierungen von aussen teilen und gegen sich selbst wenden, was zur Folge hat, dass diese sich immer mehr zurückziehen und ihr Selbstbewusstsein kontinuierlich verlieren. Oft sind Selbststigmatisierungen mit Schamgefühlen verbunden (vgl. Nieuwenboom 2012: 20f.). Nieuwenboom (ebd.: 21) sagt: "Selbststigmatisierung kann schliesslich verhindern, dass Betroffene rechtzeitig Hilfe suchen".

Angehörige sind also in vielerlei Hinsicht von Stigmatisierungen betroffen, einerseits von aussen und andererseits von sich selbst ausgehend. Diese Stigmatisierungen haben oft einen sozialen Rückzug und Isolation zur Folge. Im nächsten Kapitel werden nun die gesundheitlichen Auswirkungen behandelt, welche bei Angehörigen von suchtbetroffenen Menschen auftreten.

#### **5.4 Gesundheitliche Auswirkungen**

Aus einer Studie von 2014 über Produktivitätsverluste, berufliche Einbussen und Unterstützungsleistungen von Angehörigen von Patienten und Patientinnen mit Alkoholabhängigkeit vor und nach der Entzugsbehandlung geht hervor, dass finanzielle und psychosoziale Belastungen von Angehörigen von Alkoholabhängigen hoch sind und der volkswirtschaftliche und klinische Nutzeffekt einer Alkohol-Entzugsbehandlung unterbewertet wird, wenn die Auswirkungen auf Familienmitglieder und pflegende Angehörige nicht erfasst werden. In Anbetracht der schweren suchtbedingten Belastung der Familie sind psychosoziale und/oder finanzielle Unterstützungsleistungen als Teil der Versorgung zu diskutieren (vgl. Salize et al. 2014: 221f.). Dies bedeutet, dass durch die Belastung Angehörige unter Umständen zusätzlich in eine wirtschaftliche Notlage geraten und ihrerseits hilfebedürftig werden können.

Nebst der schwierigen Lebenssituation von Angehörigen von Suchtbetroffenen leiden diese oftmals zusätzlich, indem sie für das Leiden des suchtkranken Partners beziehungsweise der suchtkranken Partnerin (mit)verantwortlich gemacht werden. Angehörige, welche nicht unter der Wirkung von Drogen stehen, leiden meist mehr, als Suchtbetroffene selbst (vgl. Klein/Zobel 2000: 30).

Es zeigen sich negative Gefühle wie Ängstlichkeit, Sorge, Hilflosigkeit, Verzweiflung, Depressivität, Schuld, Wertlosigkeit, Wut und Einsamkeit, welche das Zusammenleben mit einem suchtbetroffenen Menschen mit sich bringt. Die Gefühle allein werden

insofern problematisch, als dass sie wiederholt auftreten und es unmöglich ist, sie in dem familiären System zu thematisieren. Angehörige zeigen in diesem Zusammenhang auch gesundheitliche Symptome:

- Schlafprobleme
- Erhöhter Substanzkonsum bei sich selber
- Gewichtsschwankungen und veränderter Appetit
- Verminderte Konzentration
- Angst und Panik
- Depressive Zustände und Suizidgedanken
- Körperliche Symptome wie Übelkeit, verschiedene Schmerzen, Bluthochdruck, und allgemeine Zustände von schlechter Gesundheit.

Kläusler-Senn und Stohler beziehen sich bei diesen Ausführungen wiederum auf die Studie von Orford et al. von 2010 (vgl. 2012: 6f.).

Dies zeigt die Fülle der gesundheitlichen Auswirkungen einer Sucht auf die Angehörigen.

### **5.5 Bewältigungsstrategien**

Kläusler-Senn und Stohler halten fest, dass sich die gesamte Co-Abhängigkeitsbewegung letztlich mit Bewältigungsstrategien befasst. Studien zu Coping-Strategien von erwachsenen Angehörigen von suchtbetroffenen Menschen identifizierten deren Reaktionsmuster. Im Wesentlichen werden drei Hauptpositionen dazu beschrieben, welche je nach Autor oder Autorin unterschiedlich benannt und ausdifferenziert werden. Dabei handelt es sich um folgende drei Reaktionsmuster: Die Situation erdulden, standhaft bleiben und sich davon zurückziehen (vgl. ebd.: 7).

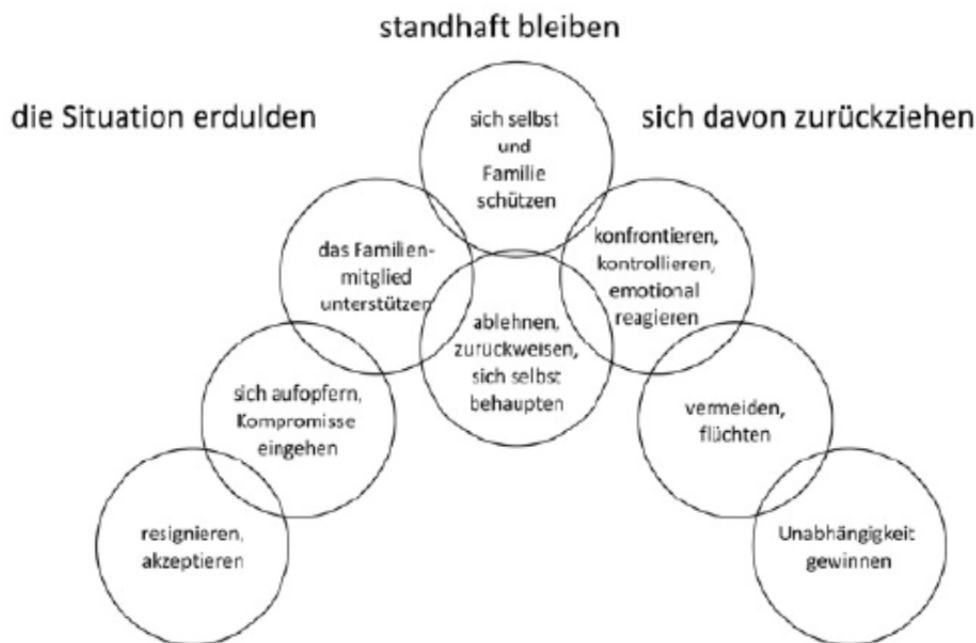


Abb. 4: Drei Hauptpositionen, die Angehörige von suchtmittelabhängigen Personen einnehmen können und die acht Bewältigungsstrategien (In: Kläusler-Senn/Stohler 2012: 7 modifiziert nach Orford et al. 2010)

Die auf der Abbildung drei aufgeführten Bewältigungsstrategien sind nicht klar voneinander abgrenzbar. Angehörige wechseln zwischen den Reaktionsweisen hin und her mit dem Ziel, einen idealen Umgang zu finden. Kläusler-Senn und Stohler beziehen sich wiederum auf die Studie von Orford et al., welche bei diesen Copingmustern das Fazit ziehen, dass es generell keine guten oder schlechten Bewältigungsstrategien gibt. Die Balance der Strategie ist gebunden an die familiäre Situation und sollte sich nach dieser ausrichten. Als kontraproduktiv werden aggressive oder feindselige Konfrontation sowie Kontrollversuche, wie etwa das Suchen und Zerstören von Substanzen, bewertet (vgl. ebd.).

## 5.6 Stigmatisierung der Angehörigen in Bezug auf Co-Abhängigkeit

Nieuwenboom beschreibt die Rollen von Angehörigen psychisch kranker Menschen als Mit-Betroffene, Mit-Leidende und schliesslich auch als Mit-Verursacher. Die dritte Rolle wurde anfänglich als co-abhängig beschrieben. Unter dem Begriff erfolgten pauschalisierende und unangemessene Schuldzuweisungen. Obwohl mittlerweile erwiesen ist, dass der Begriff schwierig definierbar ist, wird das Konzept der Co-Abhängigkeit vor allem in Selbsthilfebüchern für Angehörige weiter genutzt (vgl.

Nieuwenboom 2012: 21). Daraus schliesst der Verfasser, dass Angehörige wie auch Fachpersonen immer noch mit unklaren Definitionen konfrontiert werden, welche durchaus stigmatisierend sein können. Nieuwenboom benennt klar, dass Angehörige mit Hilfe des Co-Abhängigkeitskonzepts teilweise für die Suchterkrankung einer nahestehenden Person verantwortlich gemacht werden (vgl. ebd.: 20).

In Zusammenhang mit den vier in Kapitel 5.3.1 beschriebenen Dimensionen von Stigmatisierung scheint die Selbststigmatisierung eine wichtige Rolle zu spielen. Wenn Angehörige sich Wissen über Co-Abhängigkeit aneignen, können sie gemäss Einschätzung des Verfassers auf pathologisierende Ausführungen stossen, diese glauben und auf sich beziehen beziehungsweise sich selber stigmatisieren.

## **5.7 Unterstützungsmöglichkeiten in der Schweiz**

Ob Partner beziehungsweise Partnerin oder Kinder, Angehörige können im Kontext der Sucht eines anderen Familienmitglieds erhebliche negative Konsequenzen erfahren und sind daher als Risikopersonen zu betrachten, welche ein eigenständiges Recht auf Unterstützung haben (vgl. Klein/Zobel 2000: 34).

Grundsätzlich kann in der Schweiz zwischen der professionellen Suchthilfe und der organisierten Selbsthilfe unterschieden werden. Nachfolgend soll näher auf diese beiden Unterstützungsmöglichkeiten eingegangen werden.

### *5.7.1 Professionelle Hilfe*

Es gibt schweizweit einzig die ada-zh als professionelle Beratungsstelle ausschliesslich für Angehörige, bei welcher eine Zusammenarbeit mit den Zentren der Suchtmedizin der Arud besteht (vgl. Suhner/Beck 2012: 26).

Gemäss einer Befragung von therapeutischen Führungspersonen im Jahre 2008 bieten Fachkliniken vor allem Paar-, Familien- oder auch Netzwerkgespräche an, welche im Verlaufe einer stationären Behandlung geführt werden. Der Kontakt zu Angehörigen wird meist vor und bei einem Eintritt der Betroffenen angeboten. Weiter werden die Gespräche pro Institution mit mindestens einem weiteren Angebot wie Angehörigentag oder Paarseminare ergänzt. Als mangelhaft wurde die Angebotslage von Angehörigengruppen mit psychoedukativen Möglichkeiten, Erfahrungsaustausch

sowie Angebote für Kinder und praxisbezogene Hilfe genannt (vgl. Stutz/Schläfli/Eggli/Ridinger 2012: 36f.).

### *5.7.2 Selbsthilfe*

1986 schlossen sich sämtliche schweizer Selbsthilfegruppen im Dachverband VEVD AJ (Verband der Eltern- und Angehörigenvereinigung Drogenabhängiger) zusammen. Dies ist ein Dachverband aller Eltern- und Angehörigenvereinigungen in der Schweiz (vgl. Suhner/Beck 2012: 26).

Die Suchtselbsthilfe ist prinzipiell auf die individuellen Bedürfnisse, die Entwicklung von Gruppenidentität und auf das Problembewusstsein der Öffentlichkeit und die politische Interessenvertretung gerichtet (vgl. Falcato 2013: 9). Es wird unterschieden zwischen autonomen und begleiteten Selbsthilfegruppen. Autonome Gruppen werden meist aufgrund der Initiative von einer betroffenen Person gegründet. Sie sind zwar meist mit Dach- oder Fachverbänden vernetzt, werden jedoch in der Regel organisatorisch und gruppendynamisch nicht unterstützt. Begleitete Gruppen beinhalten meist die fachliche Begleitung in Koordination, Initiierung, Vernetzung mit der Öffentlichkeit, Rekrutierung der Teilnehmenden und das Zusammenführen von Gruppen. Zusätzlich gibt es Schulungen und Informationen zum Thema Sucht und begleitete Coachings. In Selbsthilfezentren findet die Unterstützung in ähnlichem Ausmass statt (vgl. Feurer Kuenzi/Holz/Sigrist 2013: 26). Die Ausführungen beziehen sich zwar auf die Selbsthilfe für suchtbetroffene Menschen, jedoch sind in den Beispielen des Artikels, welcher vor allem das Netzwerk blaubrugg thematisiert, Angehörige mit eingeschlossen (vgl. ebd.: 27).

## 6 Schlussfolgerungen

Das letzte Kapitel befasst sich mit der Beantwortung der Fragestellung und der in Kapitel eins gestellten Unterfragen. Weiter findet eine Reflexion der aus der Arbeit gewonnenen Erkenntnisse durch den Verfasser statt. Zum Abschluss wird ein Ausblick gegeben, in welchem der weitere Forschungsbedarf benannt und weiterführende Fragen gestellt werden.

### 6.1 Beantwortung der Fragestellung

*Was kennzeichnet das kontrovers diskutierte Konzept der Co-Abhängigkeit und inwiefern wirkt es sich auf die Stigmatisierung von erwachsenen Angehörigen suchtbetroffener Menschen aus?*

Um die Frage zu beantworten, wurde der Begriff Co-Abhängigkeit aus verschiedenen Blickwinkeln untersucht. Des Weiteren ist der Verfasser der Frage nachgegangen, ob und wie sich dieser Begriff auf die Stigmatisierung von erwachsenen Angehörigen auswirkt. In Kapitel 4.9 wurde vor allem aufgezeigt, dass der Begriff letztendlich immer suchtförderndes Verhalten beschreibt und dass es viele unterschiedliche Auffassungen darüber gibt. Weiter kennzeichnend ist der mangelnde Forschungsstand diesbezüglich beziehungsweise, dass ein Krankheitsbild bis jetzt nicht operationalisiert werden konnte. Dies steht in Diskrepanz mit dem Festhalten vieler Autoren und Autorinnen am Konzept der Co-Abhängigkeit.

Feuerlein (1990, zit. nach Uhl/Puhm 2007: 14) beschreibt eine kennzeichnende Wirkung von Co-Abhängigkeit folgendermassen:

Der Begriff macht grundsätzlich den Angehörigen zum Abhängigen und zu einem behandlungsbedürftigen Patienten. Damit sind nicht die (falschen) Verhaltensweisen in der Beziehung zwischen Angehörigem und Krankem Gegenstand der Behandlung, sondern die Person des Angehörigen selbst. Dass auch der Angehörige manchmal einer Behandlung bedarf, ist unbestritten. Ein Automatismus aber könnte Ursache und Wirkung der Alkoholkrankheit verkehren, dem Alkoholkranken die Verantwortung für sich selbst entheben und zu Schuldzuweisungen an die Angehörigen führen – alles Problemfelder, die der Bewältigung der Alkoholkrankung durch den Betroffenen selbst wenig förderlich sind.

Dies bedeutet nun, dass mit der Zuschreibung von Co-Abhängigkeit immer die Person und nicht nur das Verhalten von Angehörigen in den Mittelpunkt gestellt wird. Zudem wird immer wieder auf die inflationäre Verwendung des Begriffs verwiesen. Kevin J. Miller (1994, zit. nach Uhl/Puhm 2007: 14) vom Center of Alcohol Studies in New Jersey betont folgendes:

Während das Co-Abhängigkeitskonzept, als es eingeführt wurde, möglicherweise hilfreich war, kann man dessen Probleme im Lichte des heutigen Forschungsstandes nicht mehr ignorieren. Die Ausweitung des Konzepts führte zur wahllosen Anwendung, wodurch immer mehr Individuen als co-abhängig bezeichnet werden.

In Bezug auf die Stigmatisierung liefert oben erwähntes Zitat von Miller ein Indiz. Je mehr Menschen als co-abhängig bezeichnet werden, desto mehr sind demzufolge auch von Stigmatisierungen betroffen, welche von Co-Abhängigkeit ausgehen. In Kapitel 5.3.1 wurde erläutert, in welchen Bereichen Angehörige im Allgemeinen stigmatisiert werden. In Bezug auf Co-Abhängigkeit wird vom Verfasser vermutet, dass die Selbststigmatisierung bei Angehörigen, welche sich Wissen über Co-Abhängigkeit aus Selbsthilfebüchern aneignen, gefördert werden könnte. Diese Erkenntnis gibt auch eine Antwort auf die Unterfrage, inwiefern co-abhängiges Verhalten durch die Zuschreibung von Co-Abhängigkeit verstärkt werden kann. Aufgrund der wahllosen Anwendung schliesst der Verfasser, dass möglicherweise auch eine wahllose Zuschreibung stattfindet.

*Inwiefern ist die Verwendung des Begriffs Co-Abhängigkeit für die Soziale Arbeit hilfreich oder schädlich?*

Leider konnten keine genauen Angaben darüber gemacht werden, wie stark der Begriff in der Praxis der Sozialen Arbeit verwendet wird. Die Erkenntnisse der Diskussion in der angegebenen Fachstelle aus Kapitel 4.8 stellen lediglich ein Indiz dar.

Ruckstuhl (2014: 205) umschreibt den Nutzen und die Gefahr der Co-Abhängigkeit in der Praxis folgendermassen:

Nichtsdestotrotz soll dem Co-Abhängigkeitskonzept zugute gehalten werden, dass es die gravierenden Auswirkungen auf die Angehörigen betont, die tatsächlich ein



hohes Risiko tragen als Folge der Belastungen krank zu werden. Es fokussiert allerdings zu stark nur auf einen kleinen Aspekt der Bewältigung der Angehörigen. Im professionellen Kontext kann es zudem dazu führen, dass Angehörigen nicht als das wahrgenommen werden, was sie sind, nämlich Menschen in einer äusserst belastenden Situation, die sie bestmöglich zu bewältigen versuchen.

Bei der Verwendung des Konzepts besteht also die Gefahr einer zu starken Fokussierung auf ein Krankheitsbild.

Nieuwenboom (2012: 21) sieht es ähnlich und meint zur Nutzung des Begriffs: "Ein nicht-pathologisierendes Verständnis von 'Co-Abhängigkeit', als vielfältiges Lebensbewältigungsmuster mit einem prozessualen und funktionalen Charakter könnte allenfalls sinnvoll zur Orientierung der Angehörigen genutzt werden."

Daraus leitet der Verfasser ab, dass ein pathologisierendes Verständnis der Co-Abhängigkeit, wie es in vielen Monographien darzustellen versucht wird, für die Suchthilfe eher schädlich ist. Uhl und Puhm (2007: 19) meinen dazu: "Wenn man Missverständnissen und stigmatisierenden Zuschreibungen vorbeugen will, scheint es zweckmässiger, in begründeten Fällen die klare Bezeichnung 'suchtförderndes Verhalten' zu wählen und auf die unklaren und stark belasteten Ausdrücke 'co-abhängiges Verhalten' und 'Co-Abhängigkeit' zu verzichten."

#### *Welchen Wert hat dieser Begriff für die Soziale Arbeit?*

Es kann eine allgemeine Aussage dazu gemacht werden, welchen Wert der Begriff aus Sicht der Forschung momentan hat. Klein und Bischof (2013: 67) ziehen zum Erklärungswert des Co-Abhängigkeitskonzepts folgenden Schluss:

Letzten Endes zeigt sich, dass das Co-Abhängigkeitskonzept in seiner gesamten Geschichte im Hinblick auf adäquate, wirksame Hilfen für Partner und Angehörige von Suchtkranken kontraproduktiv und forschungshemmend ist. Vermutlich kann Angehörigen im Allgemeinen und Partnerinnen im Speziellen in Zukunft unter Aufgabe dieses Konzepts und Verwendung differenzierter psychologischer und sozialmedizinischer Modelle deutlich besser als bisher geholfen werden, wenn die Versorgungspolitik entsprechende verbindliche Akzente setzt und Möglichkeiten eröffnet.

Die Aussage einer unwirksamen Hilfe für Angehörige legt den Schluss nahe, dass Co-Abhängigkeit zum jetzigen Zeitpunkt wenig wertvoll ist.

In Kapitel 3.1 wurde ersichtlich, dass der Begriff uneinheitlich definiert wird. In Anbetracht der im zweiten Kapitel beschriebenen Notwendigkeit der richtigen Erklärung von Fachbegriffen zieht der Verfasser den Schluss, dass Co-Abhängigkeit in der momentanen Unschärfe bei dessen Verwendung eher das Ansehen der Profession schmälert.

Nach den Ausführungen zur Beantwortung der Fragestellungen werden die gewonnenen Erkenntnisse im folgenden Unterkapitel reflektiert.

## **6.2 Reflexion der Erkenntnisse**

Die gewonnenen Erkenntnisse sind aufgrund der dürftig gesicherten Datenlage sicherlich anfällig für Kritik. Die Arbeit hat einen explorativen Charakter und ging den Fragen nach, was Co-Abhängigkeit kennzeichnet, inwiefern sich der Begriff auf die Stigmatisierung von Angehörigen auswirkt, welchen Wert er momentan für die Soziale Arbeit hat und ob dessen Verwendung sinnvoll ist.

Für den Verfasser liegt jedoch nach Bearbeitung der Thematik der Schluss nahe, dass Co-Abhängigkeit erst dann in der Praxis Verwendung finden sollte, wenn er einheitlich definiert ist. Momentan hat nach Einschätzung des Verfassers jeder Praktiker und jede Praktikerin ein anderes Bild von Co-Abhängigkeit, je nachdem mit welchen Autoren oder Autorinnen er sich auseinandersetzt, was sich bewusst oder unterbewusst, auf die Arbeit mit Angehörigen auswirkt. Die Auseinandersetzung mit der Co-Abhängigkeit und die exemplarische Aufarbeitung der drei Konzepte zeigen dies ebenfalls auf. Es bleibt ein diffuses Gesamtbild der Co-Abhängigkeit zurück.

Die Erkenntnisse aus dem fünften Kapitel zeigen dem Verfasser den Umfang der Belastungen, mit welchen Angehörige konfrontiert sind. Zusätzlich dazu kommen die Stigmatisierungen, welche eine weitere Belastung darstellen. Gerade die Aussage von Klein und Zobel in Kapitel 5.4, welche besagt, dass Angehörige meist mehr leiden als die suchtbetroffenen Menschen selbst, impliziert, dass diese einen grösseren Hilfebedarf haben sollten. In Anbetracht der Fallzahlen der ambulanten Suchthilfe lässt sich hier ein grösserer Leidensdruck jedoch nicht feststellen. Der Verfasser vermutet, dass sich Angehörige anderweitig Hilfe suchen, beispielsweise über die Nutzung von psychologischen oder psychiatrischen Angeboten oder der Selbsthilfe.

Weiter bleibt das Gefühl zurück, dass Angehörige im Beratungsprozess zu wenig mit eingebunden werden, obwohl auf der fachlichen Ebene klar sein sollte, welchen Belastungen diese ausgesetzt sind und dass ein erfolgreicher Prozess den Einbezug unabdingbar macht.

Grundsätzlich findet es der Verfasser unverständlich, dass so lange an einem Konzept, welches ein Krankheitsbild definieren möchte, festgehalten wird, obwohl es wissenschaftlich nicht operationalisiert werden konnte. Auch den Vorschlag von Assfalg (2009: 15), "das Konzept der Co-Abhängigkeit als Arbeitshypothese zu verwenden", findet der Verfasser gewagt. Es bleibt das Gefühl bestehen, dass mit dieser Arbeitshypothese immer die Suche nach dem Krankheitsbild in der Beratung mitschwingt, was hinderlich sein kann. Dies sind jedoch nur Vermutungen. In diesem Zusammenhang machen Uhl und Puhm den Vorschlag, je nach Situation eher den Ausdruck suchtförderndes Verhalten zu wählen (vgl. 2007: 19). Nach Reflexion der verschiedenen Ansätze zum Konzept der Co-Abhängigkeit stimmt der Verfasser diesem Vorschlag von Uhl und Puhm zu, weil er weniger Interpretationsspielraum zulässt, was zu weniger Missverständnissen bei den Angehörigen führt.

### **6.3 Ausblick**

Das letzte Unterkapitel dieser Arbeit setzt sich damit auseinander, was noch zu tun bleibt. In Bezug auf einen so breit diskutierten Begriff wie Co-Abhängigkeit Einiges gemäss Verfasser. Seit fast 40 Jahren gibt es den Begriff verbunden mit vielen verschiedenen Ausdifferenzierungen. Trotzdem ist es bis heute nicht gelungen, eine einheitliche Definition zu erarbeiten. Ob der Begriff letztendlich ein Krankheitsbild beinhaltet oder nicht, scheint dem Verfasser nicht von grosser Bedeutung. Als Mitarbeiter einer ambulanten Suchthilfe merkte er vor allem, vor und auch nach dem Schreiben dieser Arbeit, dass die fehlende einheitliche Definition des Begriffs grosse Unsicherheit in der alltäglichen Arbeit mit Angehörigen mit sich bringt.

Somit besteht ein erheblicher Forschungsbedarf, welcher innerhalb der Arbeit mehrfach erwähnt wird.

Um einen Nutzen aus der Co-Abhängigkeit zu ziehen, stimmt der Verfasser mit Klein (2002: 144) überein, welcher meint:

Auch die große Heterogenität der Gruppe der Angehörigen wurde bislang zu wenig erfolgreich in Form empirisch abgesicherter Subtypen erfasst. Solange keine verlässlichen Subgruppen von Angehörigenverhaltensweisen festgestellt werden und das Konzept nicht verlässlich diagnostizierbar ist, wird das Co-Abhängigkeitskonzept nicht als wissenschaftlich sinnvolle Kategorie anzusehen sein.

Dies sollte nach Meinung des Verfassers zuerst geschehen, um einer einheitlichen Definition von Co-Abhängigkeit näher zu kommen.

## 7 Quellenverzeichnis

### 7.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Schulzes Stigma-Prozess nach Link und Phelan (In Schulze 2005: 123)

Abb. 2: Rennerts Entwicklung von Co-Abhängigkeit Circulus vitiosus (In: Rennert 2012: 233)

Abb. 3: Flassbecks Schema der Co-Abhängigkeit (In: Flassbeck 2010: 35)

Abb. 4: Drei Hauptpositionen, die Angehörige von suchtmittelabhängigen Personen einnehmen können und die acht Bewältigungsstrategien (In: Kläusler-Senn/Stohler 2012: 7 modifiziert nach Orford et al. 2010)

### 7.2 Literaturverzeichnis

Assfalg, Reinhold (2009). Die heimliche Unterstützung der Sucht: Co-Abhängigkeit. 6. Aufl. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft.

Astudillo, Marianna/Notari, Luca/Maffli, Etienne (2016). Ambulante Suchthilfe. Ergebnisse der KlientInnenbefragung 2014. Sucht Schweiz. Lausanne

Falcato, Luis M. (2013). Selbsthilfe & Sucht: Eine sozialwissenschaftliche Annäherung. In: SuchtMagazin. 39. Jg. (4). S. 4-10.

Fengler, Jörg (2002). Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung - Therapie - Prävention. Landsberg/Lech: ecomed.

Feuerlein, Wilhelm (1987). Definition und Diagnose der Suchtkrankheiten. In: Kisker, Karl Peter/Lauter, Hans/Meyer, Joachim-Ernst/Müller, Christian/Strömngren, Erik (Hg.). Psychiatrie der Gegenwart 3. Abhängigkeit und Sucht. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. S. 3-18.

Feurer-Küenzi, Anne-Ruth/Holz, Katrin/Sigrist, Michael (2013). Kooperation zwischen Selbsthilfe und professioneller Suchthilfe. In: SuchtMagazin. 39. Jg. (4). S 26-29.

Finzen, Asmus (2001). Psychose und Stigma. Stigmabewältigung – zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Flassbeck, Jens (2016). Co-Abhängigkeit. Diagnose, Ursachen und Therapie für Angehörige von Suchtkranken. 2. Aufl. Stuttgart. Klett-Cotta-Verlag.

Flassbeck, Jens (2014). Ich will mein Leben zurück!. Selbsthilfe für Angehörige von Suchtkranken. Stuttgart. Klett-Cotta-Verlag.

Gaebel, Wolfgang/Möller, Hans-Jürgen/Rössler, Wulf (Hrsg.) (2005). Stigma - Diskriminierung - Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart. W. Kolhammer Verlag.

Gmel, Gerhard/Kuendig Hervé/Notari, Luca/Gmel Christiane (2016). Suchtmonitoring Schweiz. Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2015. Sucht Schweiz. Lausanne, Schweiz

Goffman, Erving (2016). Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. 23. Aufl. Frankfurt am Main. Suhrkamp Taschenbuch Verlag

Herr, Sylvia (2017). Sucht ist eine Krankheit und keine Schande. In: PerSpektiven. Magazin Umfeld Sucht. 26. Jg. (1). S. 4-5.

Hörauf, Waltraud (2016). Alkohol in der Familie. Im Spannungsfeld von Co-Abhängigkeit und Resilienz. 2. Aufl. München. Akademische Verlagsgemeinschaft.

Kläusler-Senn, Charlotte/ Stohler, Rudolf (2012). Angehörige und Sucht: Zeit für einen Perspektivenwechsel. In: SuchtMagazin. 1. Jg. (38). S. 5-10.

Klein, Michael (2000). Alkohol und Familie. Forschung und Forschungslücken. In: Kruse, G., Körkel, J. & Schmalz, U. Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 139 – 158.

Klein, Michael (2002). Partner von Abhängigen. In: Jörg Fengler (Hg.), Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung - Therapie - Prävention. Landsberg: ecomed. S. 377–385.

Klein, Michael/Bischof, Gallus (2013). Angehörige Suchtkranker - Der Erklärungswert des Co-Abhängigkeitsmodells. In: SUCHT. 2. Jg. (59). S.65-68.

Klein, Michael/Zobel, Werner (2000). Sucht sucht Beziehung – Partner und Kinder im Umfeld von Abhängigkeitsstörungen. In: SuchtAktuell. 2. Jg. (17). S.29-34.

Link, Bruce. G./ Phelan, Jo C. (2001). Conceptualizing Stigma. In: Annual Review Sociology, (27), 363–385.

Marmet, Simone/Gmel, Gerhard (2015). Suchtmonitoring Schweiz. Alkoholprobleme im Bekanntenkreis im Jahr 2015. Sucht Schweiz. Lausanne, Schweiz

Nieuwenboom, Wim (2012). Die Stigmatisierung Angehöriger von SuchtpatientInnen. In: SuchtMagazin. 1. Jg. (38). S. 19-22.

Pulver, Caroline (2013). Zur Verwendung scheinbar unscharfer Begriffe in der Praxis der Sozialen Arbeit. Master-Thesis. Hochschule für Soziale Arbeit, berner Fachhochschule für Soziale Arbeit. Masterstudium in Sozialer Arbeit. Bern

Rennert, Monika (2012). Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg im Breisgau. Lambertus-Verlag.

Ruckstuhl, Lea Anna (2012). Angehörigen-Selbsthilfe und Co-Abhängigkeit. In: SuchtMagazin. 1. Jg. (38). S. 16-18.

Ruckstuhl, Lea Anna (2014). Angehörige von drogenabhängigen Menschen - Suchterkrankungen aus einer anderen Perspektive. Dissertation. Philosophische Fakultät der Universität Zürich. Zürich.

Salize, Hans Joachim/Jacke, Christian/ Kief, Sven (2014). Produktivitätsverluste, berufliche Einbußen und Unterstützungsleistungen von Angehörigen von Patienten mit Alkoholabhängigkeit vor und nach der Entzugsbehandlung. Studie. Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. Medizinische Fakultät Mannheim/Universität Heidelberg.

Schneider, Ralf (1996). Die Suchtfibel. Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten. 10. Aufl. Baltmannsweiler: Schneider Verlag.

Stutz, Sonja/Schläfli, Katrin/Eggl, Peter/Ridinger Monika (2012). Angehörigenarbeit in der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen. In: SuchtMagazin1. Jg. (38). S. 36-39.

Suhner, Denise/Beck, Thilo (2012). Professionalisierung der Angehörigen-Selbsthilfe. In: SuchtMagazin1. Jg. (38). S. 26-27.

Wilson Schaef, Anne (2014). Co- Abhängigkeit. Die Sucht hinter der Sucht. 19. Aufl. München. Wilhelm Heyne Verlag.

### **7.3 Internetquellen**

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hg.) (o.J.).

In: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10->

[gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/block-f10-f19.htm](https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/block-f10-f19.htm)

[Zugriffsdatum:

21.März 2017]