

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Olten

Suchterkrankung im Familiensystem

Die Bearbeitung psycho-sozialer Dynamiken
in suchtblasteten Familien
als eine Aufgabe der professionellen Sozialen Arbeit

Bachelor Thesis vorgelegt von
Esther Zürcher
Matrikelnummer: 15-634-363

Eingereicht bei
Prof. Dr. Peter Sommerfeld
Olten, im Dezember 2019

Abstract

Diese Arbeit geht der Frage nach, wie sich soziale Faktoren auf das Wohlbefinden von Menschen auswirken. Vor dem Hintergrund der allgemeinen Theorie der Sozialen Arbeit nach Sommerfeld et al. (2016) werden wechselwirkende Prozesse in sozialen Systemen genauer betrachtet und der Fokus auf die psycho-sozialen Dynamiken von suchtbelasteten Familiensystemen gelegt. Mit den dabei gewonnenen Erkenntnissen, lässt sich der Handlungsbedarf für die Sozialen Arbeit mit betroffenen Familien beschreiben und, in einem letzten Teil der Arbeit, die Methode der systemischen Familienberatung und -therapie auf ihre Eignung für die Soziale Arbeit mit suchtbelasteten Familien reflektieren.

Abkürzungsverzeichnis

ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
KEV	Kognitions-Emotions-Verhaltens-Muster
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
1.1	Angehörige als Teil der Behandlung von Suchterkrankung	6
1.2	Relevanz für die Soziale Arbeit	7
1.3	Fragestellung	7
1.4	Methodisches Vorgehen	8
2	Theoretische Fundierung der Arbeit	10
2.1	Die allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit	10
2.1.1	Soziale Systeme	11
2.1.2	Zirkuläre Kausalität	11
2.1.3	Integration und Lebensführung	12
2.1.4	Lebensführungssystem	13
3	Familie heute	14
3.1	Familie als Subsystem der Gesellschaft	15
3.1.1	Familie als primäre Sozialisationsinstanz	15
3.1.2	Sorgetätigkeit als Aufgabe der Familie	16
3.2	Rückblickende Zusammenfassung zur Familie	17
4	Substanzgebundene Suchterkrankung	18
4.1	Begriffsdefinition und Diagnostik	18
4.2	Kritik am ICD 10	19
4.3	Das bio-psycho-soziale Modell	19
4.3.1	Die Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells im Lebensführungssystem	19
4.3.2	Bedürfnisbefriedigung und psychische Erkrankung	21
4.4	Einfluss Sozialer Faktoren auf die Gesundheit	23
4.4.1	Substanzgebundene Suchterkrankung- ein soziales Problem	24
5	Wechselwirkungen in suchtblasteten Familiensystemen	26
5.1	Perspektive des Co-Abhängigkeitskonzepts auf Wechselwirkungen in suchtblasteten Familiensystemen	27
5.2	Kritische Diskussion des Co-Abhängigkeitskonzept	29
5.3	Belastungen von Angehörigen durch Suchterkrankung	31
5.4	Kinder suchterkrankter Eltern	32
5.5	Bemerkung zu den Auswirkungen auf Angehörige	33

6	Bedeutung der bisherigen Erkenntnisse für die Praxis der Sozialen Arbeit	34
6.1	Eskalation in Systemen	35
6.2	Positive Eskalation und die dynamischen Faktoren	36
6.3	Überleitung zur Interventionsmethode	38
7	Systemische Familienberatung und -therapie	40
7.1	Kurzer Exkurs zur Entstehung der Familienberatung	40
7.2	Das fallrelevante Familiensystem	40
7.3	Problemverständnis in der systemischen Familientherapie	42
7.4	Rolle der beratenden Person	42
7.5	Wirkfaktoren der systemischen Familientherapie	43
7.5.1	Perspektivenwechsel	43
7.5.2	Beziehung	44
7.5.3	Kontextualisierung	45
7.5.4	Reframing	46
7.5.5	Ressourcenorientierung	47
7.5.6	Lösungsorientierung	47
7.5.7	Neurobiologie des Lernens	48
7.6	Reflexion der vorgestellten Methode für die Arbeit mit suchtbelasteten Familien	49
8	Schlussfolgerung und Erkenntnisse	51
8.1	Diskussion der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung	51
8.2	Weiterführende Überlegungen und kritische Würdigung	53
9	Literaturverzeichnis	54
9.1	Internetquellen	55
9.2	Abbildungsverzeichnis	56
9.3	Tabellenverzeichnis	56
	Anhang	57

1 Einleitung

1.1 Angehörige als Teil der Behandlung von Suchterkrankung

Im Rahmen ihres zweiten Ausbildungspraktikums konnte die Autorin einen spannenden Einblick in ein brasilianisches Suchttherapiezentrum gewinnen. Dort lernte sie die Arbeit mit Angehörigen kennen. Während suchterkrankte Menschen den neunmonatigen Aufenthalt in der stationären Einrichtung absolvieren, werden auch ihre nächsten Angehörigen wöchentlich zum Gespräch eingeladen. Die Organisation hat die Erfahrung gemacht, dass ein erfolgreicher Wiedereinstieg in den Alltag nach der Therapie viel wahrscheinlicher und die Rückfallquote tiefer ist, wenn sich die ganze Familie gut auf die Rückkehr des, durch den Aufenthalt im Therapiezentrum veränderten, Familienmitglieds vorbereitet. Ausserdem erleben es viele Familienmitglieder als hilfreich, ihre teilweise sehr schmerzlichen Erfahrungen jemandem anvertrauen zu können und für spezifische Themen von Fachpersonen Rat zu bekommen. Zurück in der Schweiz begann die Autorin im Alltag, aber auch in Vorträgen an der Fachhochschule zu erkennen, dass das Thema der Angehörigenarbeit in der Schweiz ebenfalls hochaktuell ist. Laut Sucht Schweiz schätzt man alleine die Zahl der Angehörigen von Menschen mit einem Alkoholproblem auf eine halbe Million (Sucht Schweiz 2015). In einer im Jahr 2015 veröffentlichten Umfrage von Suchtmonitoring Schweiz, gaben 14.4% aller Befragten an, ein Familienmitglied mit einem Drogen- oder Alkoholproblem zu haben (vgl. Suchtmonitoring Schweiz 2015: 39). Laut Solèr und Süssstrunk ist der bedeutendste Aspekt bei der Entstehung von Suchterkrankungen die Einbindung der Personen in relevante soziale Systeme, in denen sich die Suchterkrankung und die begleitend dazu auftretenden, negativen Dynamiken entwickelt haben (vgl. Solèr/Süssstrunk 2019: 21f). Neben der Arbeit gilt die Familie/Partnerschaft als wichtigstes soziales System eines Menschen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 243). Da sie sowohl eine wichtige Ressource, als auch eine Beeinträchtigung der Lebensqualität von Suchterkrankten sein können, ist für Sommerfeld klar, dass Angehörige Teil der Behandlung einer suchterkrankten Person sind (vgl. Sommerfeld 2016 :28). Denn auch die Suchterkrankung hat umgekehrt Auswirkungen auf die Familienangehörigen, so heben beispielsweise Bischof et al. hervor, dass das soziale Umfeld von Suchterkrankten in erheblichem Ausmass von der Erkrankung mitbetroffen ist (vgl. Bischof et al. 2018: 63).

Während für Kinder von suchterkrankten Menschen in den letzten Jahren vermehrt Angebote geschaffen wurden, besteht laut Bischof noch immer ein erheblicher Bedarf für erwachsene Angehörige, die unter den negativen Begleiterscheinungen der Sucht teilweise selbst krank werden (vgl. Bischof 2018: 61)

Vorliegende Arbeit legt den Fokus auf Wechselwirkungen in suchtblasteten Familiensystemen. Es ist bereits an dieser Stelle, zu erwähnen, dass im Rahmen der Arbeit Aussagen zu suchtblasteten Familiensystemen gemacht werden, die nicht auf alle von Suchterkrankung betroffenen Familien übertragen werden können. Keine Familie ist genau gleich, auch wenn ähnliche Muster beobachtet werden können, gilt es allgemeine Aussagen niemals unreflektiert in die Praxis zu übernehmen.

1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit

Die Suchthilfe gehört zum Gesundheitsbereich, spezifischer zur Arbeit der Psychiatrie. Obwohl die Soziale Arbeit bereits vielfältig aktiv ist in der Psychiatrie, bleibt aufgrund fehlender sozialer Diagnostik oftmals eine konkrete soziale Problemstellung aus. Der Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit bleibt in diesem spezifischen Gesundheitsbereich unklar und die Soziale Arbeit agiert in der Praxis unter der Kategorie «Versorgung» als Hilfsprofession von Medizin und Psychologie (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 91). Mit dem bio-psycho-sozialen Verständnis von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO)¹ eröffnet sich für die Soziale Arbeit ein argumentatorischer Zugang zum Gesundheitsbereich im Allgemeinen und damit auch zur Psychiatrie. Vor dem Hintergrund des theoretischen Verständnisses der «allgemeinen Theorie der Sozialen Arbeit» (Sommerfeld et al. 2016), tragen Sommerfeld et al. relevante wissenschaftliche Erkenntnisse zusammen, um das Zusammenspiel der drei Ebenen im bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnis zu erläutern und um weiter die Ebene des Sozialen mit theoretischen Wissensbezügen zu füllen. Unter anderem anhand dieses Verständnisses soll in vorliegender Arbeit der Bezug und die Relevanz der Sozialen Arbeit im Bereich der Suchthilfe aufgezeigt werden.

1.3 Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist es, in einem ersten Teil die komplexen psychosozialen Dynamiken in suchtblasteten Familien vor dem Hintergrund eines systemischen Verständnisses zu beleuchten und den Bedarf sowie Ziele aufzuzeigen, die für die Soziale Arbeit aus diesem Verständnis abgeleitet werden können. In einem zweiten Teil werden die Grundlagen der Systemischen Familienberatung vorgestellt. Die Eignung dieser Methode, als Arbeitsweise

¹ Das bio-psycho-soziale Gesundheitsverständnis geht auf die Definition von Gesundheit zurück, wie sie in der Verfassung der WHO festgehalten wurde: «Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.» (Weltgesundheitsorganisation 2014: 1)

und Interventionsmethode der Sozialen Arbeit in suchtblasteten Familiensystemen, soll dann anhand der gewonnenen Erkenntnisse aus dem ersten Teil reflektiert werden. Die Hauptfragestellung, deren Beantwortung die vorliegende Arbeit sucht, lautet folgendermaßen:

Wie können Wechselwirkungen in suchtblasteten Familien und deren Auswirkungen auf die Familienmitglieder unter Einbezug der allgemeinen Theorie der Sozialen Arbeit nach Sommerfeld et al. (2016) erklärt werden, und ist die Methode der systemischen Familienberatung, vor dem Hintergrund dieses Verständnisses, ein geeignetes methodisches Beispiel dafür, wie die Soziale Arbeit mit suchtblasteten Familiensystemen arbeiten kann?

Daraus lassen sich folgende zwei Unterfragen ableiten:

- 1) *Wie können Wechselwirkungen in suchtblasteten Familien und deren Auswirkungen auf die Familienmitglieder unter Einbezug der allgemeinen Theorie der Sozialen Arbeit nach Sommerfeld et al. (2016) erklärt werden?*
- 2) *Ist die Methode der systemischen Familienberatung, vor dem Hintergrund dieses Verständnisses, ein geeignetes methodisches Beispiel dafür, wie die Soziale Arbeit mit suchtblasteten Familiensystemen arbeiten kann?*

1.4 Methodisches Vorgehen

Mithilfe verschiedener theoretischer Bezüge wird die Fragestellung in acht Kapitel beantwortet. Das **erste Kapitel** leitet in die Thematik ein. Im **zweiten Kapitel** wird mit Bezug zur «allgemeinen Theorie der Sozialen Arbeit (Sommerfeld et al. 2016)» in das systemische Verständnis und die theoretische Grundlage der Arbeit eingeführt, um dann im **dritten Kapitel** das familiäre Sozialsystem vorzustellen. Im **vierten Kapitel** wird die Suchterkrankung begrifflich definiert und mit Bezug zum bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnis der Fokus auf die soziale Dimension bei psychischer Erkrankung gerichtet. Die beiden Thematiken «Familie» und «Suchterkrankung» werden im **fünften Kapitel** miteinander verbunden, und dabei wird aufgezeigt, welche wechselwirkende Prozesse in suchtblasteten Familien ablaufen können. Dafür werden das Co-Abhängigkeitskonzept nach Rennert (Rennert 2012) sowie weitere Forschungsergebnisse zu Belastungserfahrungen von Angehörigen von Menschen mit einer Suchterkrankung vorgestellt. Im **sechsten Kapitel** findet eine Verknüpfung der bisherigen Erkenntnisse statt, wodurch die erste Unterfrage beantwortet werden kann

und es werden in Anlehnung an Sommerfeld et al. (2016) Konsequenzen für die Intervention Sozialer Arbeit bei suchtbelasteten Familien abgeleitet. Im **siebten Kapitel** werden mit Bezug auf verschiedene Autoren (Schwing/Fryszler 2016, Barthelmess 2001, Burnham 1995), Grundprinzipien der systemischen Familienberatung und damit letztere als mögliche, Interventionsmethode für die Soziale Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen vorgestellt und anhand der Erkenntnissen aus den vorangehenden Kapiteln reflektiert. Damit wird die zweite Unterfrage beantwortet. Schlussendlich werden im **achten Kapitel** die Erkenntnisse noch einmal gebündelt und damit die Hauptfragestellung beantwortet, um dann mit einigen weiterführenden Überlegungen und kritischer Würdigung die Arbeit abzuschliessen.

2 Theoretische Fundierung der Arbeit

Dass es trotz der enormen Vielfalt von Menschen, ihren Lebensumständen und Kulturzugehörigkeiten möglich ist, allgemeine Aussagen zu machen, zur Art und Weise wie Menschen ihr Leben führen, wie sie sich gemeinsam organisieren, voneinander abhängig sind und Beziehungen knüpfen, ist insbesondere für die Soziale Arbeit, deren Gegenstand die Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft ist (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 47), von grosser Bedeutung. Laut Sommerfeld et al. ist es der Sozialen Arbeit nur unter Einbezug der gesellschaftlichen Strukturen und der sozialen Umgebung eines Individuums möglich, alle für den Einzelfall relevanten Details zu erkennen (vgl. ebd.: 49). Die «allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit» (Sommerfeld et al. 2016) ermöglicht es, die Komplexität der Gesellschaft soweit zu reduzieren, dass der Fokus auf einem einzelnen Individuum oder auf einer Gruppe ruhen kann, ohne den Bezug zu relevanten gesellschaftlichen Wissensbezügen zu verlieren. Dies macht die individuellen Lebensrealitäten von Menschen vor dem Hintergrund einer Gesellschaft oder einer einzelnen Gruppe, in die sie als Individuen eingebettet sind, versteh- und bearbeitbar.

2.1 Die allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit

Die allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit bezieht sich zuallererst nicht auf einen spezifischen Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit, sondern sie verarbeitet und bezieht theoretisches Wissen vor dem Hintergrund der «Synergetik²», auf allgemeine Aussagen zur Schnittstelle von Individuum und Gesellschaft (vgl. ebd.: 47). Das Kernanliegen der Theorie ist es einerseits, ein Brückeninstrument zwischen den theoretischen Bezügen und der Praxis der Sozialen Arbeit bereitzustellen, andererseits gestaltet sie, mit Bezugnahme auf das bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnis, einen (wenn nicht *den*) Zugang der Sozialen Arbeit zur interprofessionellen Kooperation.

² Hermann Haken untersuchte die Selbstorganisation komplexer Systeme und entwickelte die Synergetik ursprünglich im Bereich der Physik. Haken nennt die Synergetik die «Wissenschaft der Selbstorganisation (Haken/Schiepek 2010: 63)» wobei er Selbstorganisation als eine spontan durch zirkuläre Prozesse entstehende (System-)Ordnung beschreibt (vgl. ebd.: 61). Aussagen der Synergetik zur Selbstorganisation komplexer Systemen finden auch Anwendung in anderen Disziplinen wie beispielsweise der Psychologie (vgl. Haken/Schiepek 2010).

2.1.1 Soziale Systeme

Soziale Systeme bilden sich durch Interaktion sozialer Wesen. Sie sind «reale Dinge» mit spezifischen Eigenschaften (ebd.: 62). Letztere entstehen erst durch die Interaktion zwischen den Systemakteuren, weshalb in diesem Zusammenhang von «emergenten Eigenschaften» gesprochen wird (ebd.: 32). Als Beispiel für eine beobachtbare emergente Eigenschaft stelle man sich beispielsweise die Gruppendynamik einer Schulklasse vor. Sie ist Ausdruck der Gesetzmässigkeiten dieses spezifischen Sozialsystems.

2.1.2 Zirkuläre Kausalität

Das Prinzip der zirkulären Kausalität beschreibt, dass in dem Moment, wo Teile gegenseitig in Beziehung treten, sich spontan und selbstorganisierend eine Ordnung auf der «relativen Makroebene» bildet. Durch diese Ordnung sind auf der «relativen Mikroebene» die Elemente in ihrer Freiheit begrenzt und die Bindungen der in Beziehung getretenen Teile werden durch die Gesetzmässigkeiten der relativen Makroebene stabilisiert (vgl. ebd.: 53f). Die zirkuläre Kausalität ist ein Prinzip der Synergetik und direkt auf soziale Systeme anwendbar. Die relative Makroebene entspricht dem *sozialen* System, die relative Mikroebenen wird gebildet durch ein, dem systemzugehörigen, *bio-psychischen* Individuum. Sommerfeld et al. (2011) beschreiben den Vorgang zirkulärer Kausalität in sozialen Systemen wie folgt:

«Die sich herausbildende kohärente Ordnungsstruktur des sozialen Systems schränkt den Verhaltensspielraum der Akteure ein und ermöglicht damit zugleich synchronisiertes Verhalten. Das kollektive Verhalten der Akteure, also die Interaktionsmuster [...], die sie realisieren, führt zur Herausbildung der sozialen Ordnungsstruktur in dem System und wird von ihm in dieser spezifischen Form hervorgebracht.» (Sommerfeld/Hollenstein/Calzaferri 2011: 127)»

Die Gesellschaft als übergeordnetes Sozialsystem, organisiert sich in Subsystemen. Diese durch Interaktion entstandenen sozialen Systeme bilden jeweils systeminterne Gesetzmässigkeiten, die auf der Ebene der Individuen unterschiedliche, aber durch Interaktion verbundene Positionen (Rollen) hervorbringen. Jede dieser Positionen ist für die Erhaltung der Systemordnung funktional, was nicht unbedingt heisst, dass sie auch funktional sind in Bezug auf das Wohlbefinden der einzelnen Individuen, die die jeweilige Position besetzten (vgl. ebd.). Es wird festgehalten, dass das Prinzip der zirkulären Kausalität für die Soziale Arbeit von Bedeutung ist, um zu verstehen, wie sich soziale Systeme selbst organisieren und wie sich Positionen in sozialen Systemen durch Gesetzmässigkeiten gebildet haben. In einem weiteren Schritt ist es auch relevant zu verstehen, wie eine Systemordnung, beispielsweise mithilfe sozialarbeiterischer Interventionen, angeregt werden kann, um die Möglichkeit einer Neuorganisation zu schaffen.

2.1.3 Integration und Lebensführung

Das Begriffspaar «Integration und Lebensführung» entstammt dem gleichnamigen Werk von Sommerfeld et. al. (2011) und ist ein Konzept über die Art und Weise, wie Menschen Teil werden von gesellschaftlichen Subsystemen, sogenannten «konkreten Handlungssystemen» und dadurch ihr Überleben organisieren (Sommerfeld et al. 2011: 62). Die mit der zirkulären Kausalität gezeichnete Bewegung ist in Bezug auf soziale Systeme eine Erklärung des Verhältnisses zwischen Individuum und Gesellschaft. Integration ist in sich selbst die interaktive Wechselwirkung, in der das dabei sich bildende Individuum Systemordnungen zu reproduzieren beginnt und damit die (sich möglicherweise durch die Neuintegration des Individuums ebenfalls veränderte) Systemordnung aufrechterhält und stabilisiert. Aus der Perspektive des Individuums ist die Art und Weise seiner Interaktionen *mit* und der dabei ablaufenden Integration *in* Subsysteme die Form seiner Lebensführung. Die allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit beschreibt das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft als einen dynamischen Prozess (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 51). Wobei Menschen erst «(...) durch *Integration* [Hervorhebung durch die Autorin] in soziale Figurationen zu menschlichen Individuen» werden (ebd.). Es bewegen sich also zwei Realitätsebenen neben- und miteinander; die als soziale Figurationen beschriebene Sozialität zum einen und das sich darin bildende Individuum zum anderen. Beide Ebenen sind untrennbar miteinander verknüpft aber nicht identisch. Wir erinnern uns, dass durch zirkuläre Kausalität die Gesetzmässigkeiten der relativen Makroebene sich auf der relativen Mikroebene im entsprechenden Verhalten des Individuums reproduzieren und dadurch die Systemordnung aufrechterhalten. Eine für das Wohlbefinden des Individuums ungünstige Position, kann sich dementsprechend nachhaltig schädlich auf das Individuum auswirken und trotzdem reproduziert werden, solange die bestehende Ordnung nicht irritiert und eine neue Systemordnung angestrebt wird.

Nur die erfolgreiche Integration der Individuen in soziale Systeme ermöglicht eine Form der Lebensführung, um ihre menschlichen Grundbedürfnisse zu befriedigen und dadurch das Überleben der jeweiligen Systembeteiligten zu sichern (vgl. ebd.: 64). Weil also die Art und Weise der Integration in soziale Systeme durch die Hervorbringung sozialer Positionen die Möglichkeiten des Individuums zur Befriedigung seiner Bedürfnisse bestimmt, ist es für die Soziale Arbeit grundlegend relevant zu erkennen, dass eine untrennbare Verknüpfung der Ebene des Individuums und dessen Integration in der Gesellschaft besteht. Nicht nur ins sozialarbeiterische Fallverstehen und die Diagnose hat diese Erkenntnis einen direkten Einfluss, sondern insbesondere in die Interventionsgestaltung und entsprechender Wirksamkeit. In Kapitel 4 wird deshalb noch vertiefter auf den Einfluss sozialer Faktoren auf die Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung eingegangen.

2.1.4 Lebensführungssystem

Ein Individuum ist offensichtlich nicht mit jedem Subsystem der Gesellschaft in direkter Wechselwirkung, sondern nur mit einer beschränkten, individuellen Auswahl. Die Gesamtheit der Handlungssysteme, in denen ein Mensch sein Leben führt, nennen Sommerfeld et al. «Lebensführungssystem» (Sommerfeld et al. 2011: 15). Es kann festgestellt werden, dass das Lebensführungssystem die beiden Ebenen der zirkulären Kausalität abbildet. Eine Ebene bilden die konkreten Handlungssysteme, in die das Individuum integriert ist und die andere Ebene bildet das im Zentrum des Lebensführungssystems dargestellte, sich durch Integration in die Handlungssysteme formende, bio-psychische Individuum.

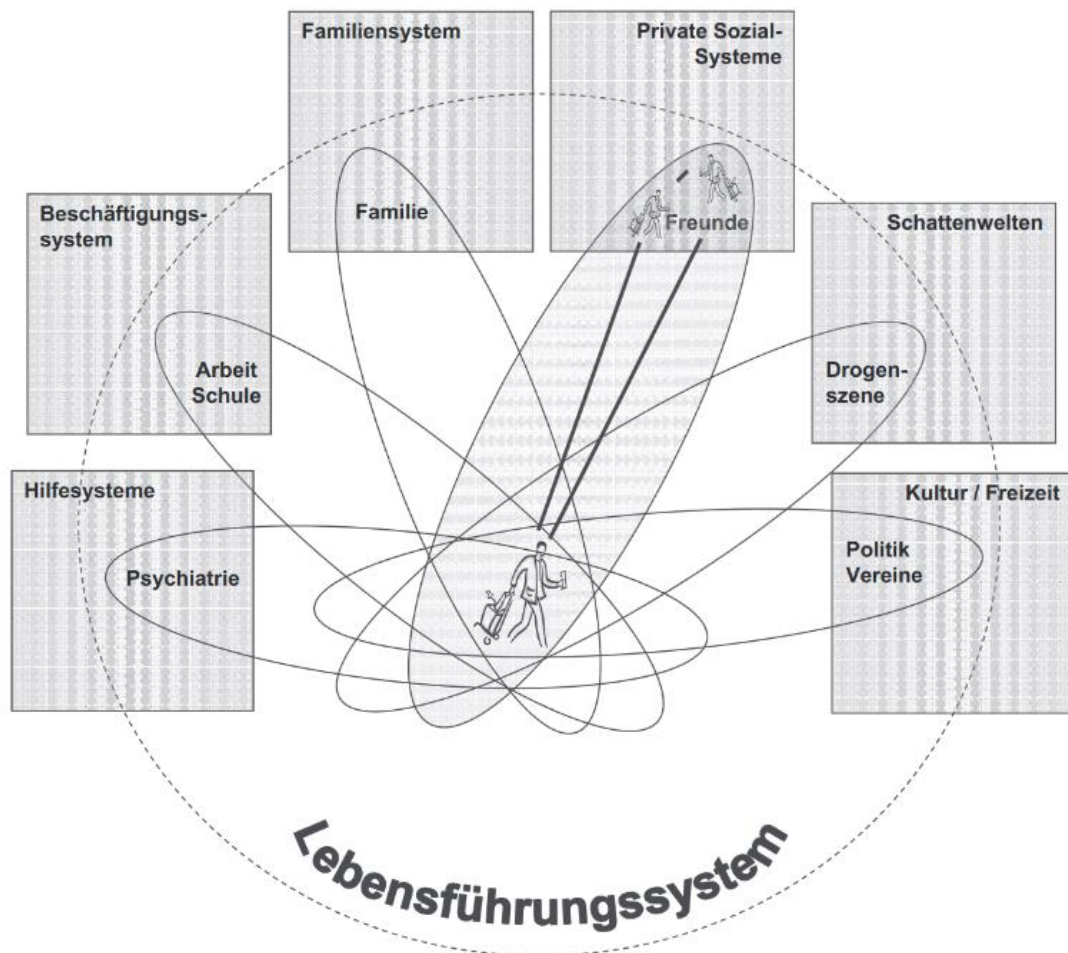


Abbildung 1: Das Lebensführungssystem (in: Sommerfeld et al. 2016: 59)

Um, in einem weiteren Teil der Arbeit, die Ausführungen zur suchtblasteten Familie und dort ablaufende zirkuläre Kausalitäten besser verstehen zu können, folgt zunächst eine Einführung zum Handlungssystem Familie.

3 Familie heute

Familie stand und steht immer wieder im Wandel. Funcke und Hildenbrand (2018) zeigen dies vertieft in «Ursprünge und Kontinuität der Kernfamilie» auf und gehen bei ihren Beschreibungen bis ins 8. Jahrhundert zurück. Heute werden im westlichen Kulturkreis verschiedene soziale Konstellationen unter den Begriff Familie gefasst, welche sich grundsätzlich in ihrer thematischen Offenheit ähneln und auch darin, dass jeweils mindestens eine erwachsene Person mit einem oder mehreren Kindern zusammenwohnt. Die «Kernfamilie», bestehend aus den durch die Ehe verbundenen Eltern mit einem oder mehreren ehelichen Kindern, die im *Golden Age of Marriage*, nach dem 2. Weltkrieg und bis Mitte der 1960er Jahre in der Gesellschaft normative Verbindlichkeit erreichte, prägt bis heute das gesellschaftliche Bild von Familie (vgl. Wickert 2015: 6). Eine Mehrheit der Kinder wächst weiterhin in Kernfamilien auf, jedoch haben sich mit dem demografischen Wandel, der in den Sechzigerjahren unter anderem durch die Einführung der Anti-Baby-Pille einsetzte, auch die Familienformen zu wandeln begonnen (vgl. ebd.: 6f). Das, in diesem letzten Satz verwendete Plural, Familienformen weist bereits auf die Vielfalt von Familienkonstellationen hin, die heute in der Gesellschaft zu finden sind. Den Kernfamilien ähnliche «nichteheliche Lebensgemeinschaft mit Kindern» werden oftmals früher oder später, durch Eheschließung der Eltern, zu klassischen Kernfamilien (vgl. ebd.: 9). Familien in denen Väter oder Mütter mit mindestens einem Kind, aber ohne Ehe- oder festen Lebenspartner wohnen, sind «Ein-Eltern-Familien». In der Schweiz wachsen laut Bundesamt für Statistik 15% der Kinder in Einelternfamilien auf (vgl. Bundesamt für Statistik (BFS) 2017: 98). Neben den Ein-Eltern-Familien gibt es auch Familienformen, in denen mindestens ein Elternteil nicht biologischer Vater oder Mutter der Kinder ist und die biologische Elternschaft durch eine soziale Elternschaft abgelöst wird (vgl. Wickert 2015: 9). Dazu gehören «Adoptionsfamilien», «Pflegefamilien», «Patchworkfamilien», «Stieffamilien», «Regenbogenfamilien» und «Inseminationsfamilien» (Regenbogenfamilien sind gleichgeschlechtliche Paare mit Kindern, Kinder von Inseminationsfamilien wurden durch Ei- oder Samenspende künstlich erzeugt), wobei die Pflege- und Patchworkfamilien den grössten Anteil dieser Familienformen ausmacht (vgl. ebd.: 10). Auch wenn «unkonventionellen Familien», im Vergleich mit Kernfamilien und nichtehelichen Lebensgemeinschaften, besondere Herausforderungen zu kommen (auf deren detaillierte Beschreibung an dieser Stelle verzichtet wird), ist es für Funcke und Hildenbrand unbestritten, dass Kinder in allen Familienformen glücklich aufwachsen können (vgl. Funcke/Hildenbrand 2009 zit. nach Funcke/Hildenbrand 2018: 195).

3.1 Familie als Subsystem der Gesellschaft

Die Familie ist ein besonderes Subsystem der Gesellschaft. So nennen beispielsweise Sommerfeld et al. die Familie «zentrale Sozialisationsinstanz» (Sommerfeld et al. 2016: 112). Der Einfluss der Familie in der Lebensführung vom einzelnen Individuum wird auch gesellschaftlich unterstrichen, zum Beispiel mit der rechtlichen Festlegung wichtiger Aufgaben, Rechten und Pflichten von Familien. Dadurch können einerseits Ressourcen und die Entscheidungsfreiheit von Familien bewahrt und gleichzeitig auch die einzelnen Individuen vor schädlichem Einfluss durch die Familie geschützt werden, zum Beispiel bei Nichterfüllung der familialen Pflichten. Familien sind im komplexen gesellschaftlichen Gefüge herausgefordert sich als Subsysteme «zu verorten, zu bewahren und zu behaupten» (Hill/Kopp 2015: 417). Obwohl sie stets eingebettet in eine soziokulturelle Umwelt und mit den damit zusammenhängenden gesellschaftliche Handlungserwartungen konfrontiert sind (vgl. ebd.: 414), entwickeln Familien ihre individuelle familiäre Lebensweise, die insbesondere in der Ausgestaltung des Familienalltags Ausdruck findet. Diese alltägliche Praxis des Familienlebens ergibt sich wie bei allen sozialen Systemen durch rekursive Bezugnahme der Individuen (vgl. ebd.: 427) und den sich daraus bildenden, systemstabilisierenden Gesetzmässigkeiten und beeinflusst so die Lebensführung aller Familienmitglieder.

3.1.1 Familie als primäre Sozialisationsinstanz

Rechtliche und familienpolitische Aspekte sowie weitere gesellschaftliche Normen, die den Familienmitgliedern auch in den verschiedenen anderen Handlungssystemen ihrer individuellen Lebensführung begegnen, haben Einfluss auf das Familiensystem. Die Familie ist also, wie bereits erwähnt, eingebettet in komplexe gesellschaftliche Zusammenhänge. Zur Reduktion dieser Komplexität bietet die Familie «ihren Mitgliedern einen Satz von Erklärungen der Welt an, der dazu dient, primär externe und interne Erfahrung zu organisieren» (Reiss 1981 zit. nach Funcke/Hildenbrand 2018: 216). Dieser «Satz von Erklärungen», in der systemischen Beratung auch als «Glaubenssätze» beschrieben (vgl. Burnham 1995: 43), gibt den Individuen Orientierung und hat gleichzeitig Einfluss auf die Aktivitäten und die Art der Interaktion der Familienmitglieder, sowohl innerhalb als auch ausserhalb des Familiensystems. Gemäss Funcke und Hildenbrand (2018: 237) ist die Familie entsprechend «der Ort der Sozialisation, besser gesagt der Identitätsbildung». Interessanterweise findet sich das Zitat von Funcke und Hildenbrand im Zusammenhang mit ihren Ausführungen zu gemeinsamen Familienmahlzeiten, was bereits darauf deutet, dass Sozialisationsprozesse in die alltägliche Lebenspraxis eingebettet sind. Hill und Kopp beschreiben das Familienleben als «Resultat sozialisatorischer Interaktionen» (vgl. Hill/Kopp 2015: 414).

Interaktion in der Familie hat dementsprechend sozialisatorische und damit identitätsbildende Wirkung. Die allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit nennt diesen Prozess der Herausbildung des Individuums «Integration» (vgl. Kapitel 2.1.3). Dabei sind nicht nur sozialisatorische Prozesse in der Familie zu berücksichtigen, sondern auch sekundäre (ausserfamiliale) Sozialisationsprozesse (vgl. Hill/Kopp 2015: 413f). Die Familie hat aber deshalb *primäre* sozialisatorische Bedeutung für die Individuen, weil die Familienbeziehungen und Interaktionen in besonderem Masse «auf einer intimen Bezugnahme basieren» (vgl. ebd.: 414). Erst das konkrete Handeln in dieser gegenseitigen Bezugnahme macht das Familienleben als sozialer Handlungszusammenhang sicht- und für die Familienmitglieder erlebbar (vgl. ebd.: 427). In der Familie entstehen im gemeinsamen, alltäglichen Zusammenspiel «Wir-Gefühle», die für die Sozialisation und damit für die soziale Integration der Individuen grundlegend sind (vgl. ebd.: 423). So gründet beispielsweise das Bindungsverhalten von Kindern, dessen Langzeitauswirkungen bis ins Erwachsenenalter reichen, auf Bindungserfahrungen, die als Kleinkind mit wichtigsten Bezugspersonen, meist Eltern oder andere Familienmitglieder, gemacht wurden (vgl. Berk 2005: 255). Solche Erfahrungen dienen als «inneres Arbeitsmodell» für die Gestaltung aller weiteren sozialen Beziehungen des Individuums (vgl. Grossmann/Grossmann 2004 zit. nach Hill/Kopp 2015: 423).

Während Sozialisation als stetiger Prozess die alltägliche familiäre Lebensführung begleitet, gibt es auch spezifische Aufgaben, die der Familie zukommen. Uhlendorf, Euteneuer und Sabla fassen diese unter dem Begriff «Sorgetätigkeiten» zusammen (Uhlendorff/Euteneuer/Sabla 2013: 43).

3.1.2 Sorgetätigkeit als Aufgabe der Familie

Im Unterschied zur formellen, meist institutionellen Sorgetätigkeit, ist die Familie durch eine Form von *informeller Sorgetätigkeit* gekennzeichnet, die zeitlich nicht limitiert ist und oftmals mit einer starken emotionalen Qualität einhergeht. Dies kann dazu führen, dass Emotionen positiver und negativer Art besonders ausgeprägt vorkommen, da die Familienmitglieder als ganze Person, heisst ohne thematische Beschränkung (vgl. Funcke/Hildenbrand 2018: 191), involviert sind und eine Distanz zu den eigenen Emotionen schwieriger ist, als dies beispielsweise bei beruflicher Sorgetätigkeit der Fall ist (obwohl auch für Professionelle «Sorgende» die Thematik notwendiger Abgrenzung immer wieder eine Herausforderung sein kann) (vgl. Uhlendorff et al. 2013: 44f). Uhlendorf et al. nennen drei verschiedene Dimensionen von informeller Sorgeleistungen, die Familien zukommen. Es sind dies die «körperliche Sorge», die «Sorge um das seelische und geistige Wohl», sowie die «Sorge um

den materiellen Lebensunterhalt» (ebd.: 43). Auch Funcke und Hildenbrand (2018) beschreiben wichtige Aufgaben der Familie, die bei genauerer Betrachtung in den Kategorien der Sorgetätigkeiten nach Uhlendorf et al. (2013) aufgehen. Sie nennen die Konsumtion und die Freizeitgestaltung ihrer Mitglieder und erwähnen auch die herausfordernde Aufgabe der Familie mit öffentlichen Organen zu kooperieren, was vom Familiensystem eine gewisse Öffnung nach aussen verlangt und gleichzeitig auch immer wieder eine neue Aushandlung darüber, was privat bleibt und was der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird. Weiter nennen sie auch die familiäre Aufgabe als primäre Sozialisationsinstanz, worauf bereits eingegangen wurde. (vgl. Funcke/Hildenbrand 2018: 134)

3.2 Rückblickende Zusammenfassung zur Familie

Familien treten in verschiedenen Formen auf und haben doch alle sehr ähnliche Aufgaben und Pflichten, einerseits als Handlungssystem im Lebensführungssystem eines Individuums und als andererseits als Subsystem der Gesellschaft. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Familie in jeder vorkommenden Form als identitätsbildende, primäre Sozialisationsinstanz einen bedeutsamen Einfluss auf alle Lebensbereiche ihrer Mitglieder hat. Sommerfeld et al. erwähnen beispielsweise den lebenslangen Einfluss der Familie auf die Gesundheit des Individuums (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 112). Familie ist also nicht nur primäre Sozialinstanz für aufwachsende Kinder, sondern die familialen Interaktionen und Beziehungen haben auch Auswirkungen für die erwachsenen Familienmitglieder (vgl. Hill/Kopp 2015: 430), denn sowohl Kinder, als auch Erwachsene bedürfen laut Funcke und Hildenbrand der familiären Solidarität und Geborgenheit (vgl. Funcke/Hildenbrand 2018: 163). In der gegenseitigen intimen Bezugnahme, der Interaktion im Familiensystem, vollziehen sich die Familienbeziehungen und es entstehen dabei Bindungen, die für die Identitätsbildungsprozesse der Individuen grundlegend sind. Wenn solche zentralen Bindungen eine negative Beziehungsqualität aufweisen, birgt dies einen Risikofaktor für den Integrationsprozess der einzelnen Individuen.

Mit dem Hintergrundwissen dieses Einblicks zum familialen Handlungssystem können die in Kapitel 5 vorgestellten Belastungserfahrungen und die Mitbetroffenheit, welche Angehörige von Menschen mit einer Suchterkrankung erfahren, besser nachvollzogen werden. Bevor jedoch näher darauf eingegangen wird, soll in einem nächsten Schritt der Begriff «Suchterkrankung» definiert und, im Zusammenhang mit der Entstehung von Suchterkrankung, soziale Einflüsse auf die Gesundheit und Krankheit im Kontext des bio-psycho-sozialen Modells betrachtet werden.

4 Substanzgebundene Suchterkrankung

4.1 Begriffsdefinition und Diagnostik

Der Begriff Sucht kommt aus dem Griechischen und hängt zusammen mit dem Ausdruck *siechen*- das Leiden an einer Krankheit. Weil der Begriff Stigmatisierung und Diskriminierung der Betroffenen fördere und einen offenen Umgang mit der Thematik eher verhindere, hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Begriff «addiction» (Sucht) durch «dependence» (Abhängigkeit) ersetzt. Jedoch wurde auch diese neue Benennung kritisiert, da nur eine unklare Abtrennung zur Abhängigkeit z.B. eines Kindes zu seinen Eltern bestehe und auch weil mit dem Begriff die oft sehr leidensvolle Erkrankung nicht angemessen beschrieben würde (vgl. Laging 2018: 14) So werden die Begriffe «Abhängigkeit» und «Sucht» heute meist synonym verwendet – entsprechend auch in dieser Arbeit.

Suchterkrankungen werden unterschieden zwischen stoff-/substanzungebundenen und stoff-/substanzgebundenen Süchten. (vgl. ebd.: 15). Die «Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10-GM)³» zählt substanzgebundene Suchterkrankungen als «Abhängigkeitssyndrom» zu den «psychischen und Verhaltensstörungen» mit folgender Definition:

V.2 Abhängigkeitssyndrom

Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.

Chronischer Alkoholismus

Dipsomanie

Nicht näher bezeichnete Drogensucht

(DIMDI 2019: 161)

Der besseren Lesbarkeit halber, werden in vorliegender Arbeit die Begriffe *Suchterkrankung* oder *Abhängigkeitserkrankung* verwendet, es sind dabei explizit Suchterkrankungen mit Konsum von abhängig machenden Substanzen gemeint, entsprechend dem Abhängigkeitssyndrom.

³ Die von der WHO erstellte "Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" (ICD-10) wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in der deutschen Version («German Modification» GM) herausgegeben und auch in der Schweiz zur einheitlichen Kodierung von Diagnosen verwendet. (vgl. Bundesamt für Statistik o.J.)

4.2 Kritik am ICD 10

Laging stellt in Bezug zum ICD 10 fest, dass damit die gesellschaftliche Einteilung von Gesundheit als Normalität und im Gegensatz dazu die Krankheit als Abnormalität unterstrichen wird (vgl. Laging 2018: 21), was den Raum zur Teilhabe an der Gesellschaft für Menschen mit einer psychischen Erkrankung eher weiter beengt als öffnet. Sommerfeld et al. (2016) bemerken ausserdem, dass unter anderem bei dieser Klassifikation die soziale Dimension und damit die, mit der psychischen Erkrankung verwobene soziale Dynamik, kaum beachtet wird, wodurch auch auf der Behandlungsebene eine konkrete Bearbeitung der sozialen Dimension zu kurz kommt (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 6f). Es folgt an dieser Stelle ein Exkurs zum bio-psycho-sozialen Modell, der für das Verständnis des Zusammenhangs zwischen Gesundheit (oder Krankheit) und den sozialen Dynamiken des Lebensführungssystems unerlässlich ist. Die Erkenntnisse daraus lassen sich einerseits spezifisch auf Suchterkrankungen beziehen, andererseits wird damit aber auch eine wichtige Verständnisgrundlage für die in Kapitel 5 aufgezeigten Auswirkungen der Suchterkrankung auf die soziale Dynamik des Familiensystems gelegt.

4.3 Das bio-psycho-soziale Modell

Der Psychiater Engel bezog 1977 in seinem bio-psycho-sozialen Modell von Krankheiten neben somatischen auch psychische und soziale Faktoren mit ein (vgl. Engel 2012 zit. nach Laging 2018: 20). Das Modell handelt von der Wechselbeziehung zwischen biologisch-organischer, psychischer und sozialer Ebene eines Individuums und davon, wie gesundheitliche Aspekte des Individuums unter Einbezug dieser Zusammenhänge besser verstanden und erklärt werden können (vgl. Pauls 2013 zit. nach ebd.) Die Gesundheitsdefinition der WHO verfolgt denselben Gedanken und beschreibt Gesundheit als den «Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen (Weltgesundheitsorganisation 2014: 1)

4.3.1 Die Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells im Lebensführungssystem

Sommerfeld et al. (2016) greifen dieses Verständnis von Gesundheit und Krankheit in ihrer allgemeinen Theorie der Sozialen Arbeit auf. So beschreibt die Theorie das Individuum im Zentrum des Lebensführungssystems als *bio-psychischer* Organismus, welcher in Interaktion mit *sozialen* Systemen steht und so in diese konkreten Handlungssysteme integriert wird, wie bereits eingeführt wurde. Die beschriebene zirkuläre Kausalität im Lebensführungssystem findet dementsprechend zwischen sozialen Prozessen der relativen Makroebene und (bio-) psychischen Prozessen der relativen Mikroebene statt (vgl. Sommerfeld

et al. 2016: 98). Wir erinnern uns daran, dass die zirkulären Kausalitäten auf der relativen Makroebene Gesetzgebungen hervorbringen, welche die Freiheitsgrade des Individuums auf der relativen Mikroebene beschränken. Konkret kann auf der Ebene des Individuums eine psychische Potenziallandschaft beschrieben werden, welche aus verschiedenen «Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster» (KEV) besteht, die bezogen auf die Ordnungsparameter der relativen Makroebene sinnvoll (funktional) sind und damit die Systemordnung aufrecht erhalten (vgl. ebd.: 97). Die KEV werden beobachtet als für die Person charakteristische Verhaltensweisen, deren Auftreten erfolgt, wenn sie getriggert werden, von den, in den Ordnungsparametern erfolgenden, Abläufen auf der sozialen Makroebene (vgl. ebd.: 131). In zirkulärer Kausalität stabilisieren die KEV wiederum die Ordnungsmuster der relativen Makroebene. Diese «strukturelle Koppelung» erfolgt solange sich das System reproduziert, unabhängig davon, ob dies für das Wohlergehen der Beteiligten funktional oder dysfunktional ist (vgl. ebd.: 97).

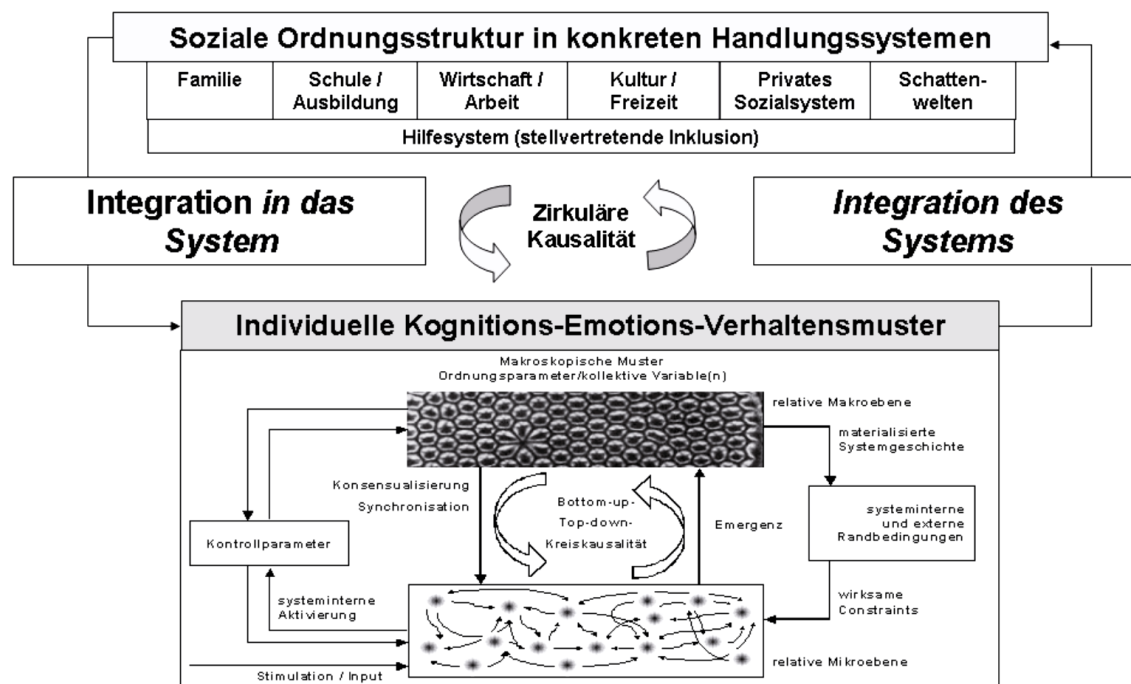


Abbildung 2: Das 3 Ebenen Modell (in: Sommerfeld et al. 2011: 277)

Mit dem «3 Ebenen- Modell» beschreiben Sommerfeld et. al. (2011) die Übersetzung von sozialen in psychische Vorgänge noch vertiefter und benennen dabei als dritte Ebene die biologische Ebene, entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell. Sie führen als biologische Komponente das «Gehirn als soziales Organ» ein (Sommerfeld et al. 2011: 277). Das auf der Abbildung 2 dargestellte 3 Ebenen Modell zeigt zwei kreiskausale Prozesse – ein innerer und ein äusserer. Der äussere entspricht etwas detaillierter dem, auf Abbildung 1 dargestellten, Lebensführungssystem. Er wird gebildet durch psycho-soziale Rückkopplungsprozesse zwischen dem Organismus und den verschiedenen Handlungssystemen

seines Lebensführungssystems mit den dort geltenden Gesetzmässigkeiten (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 133). Der innere Prozess entspricht der Ebene des Individuums (auf Abbildung 1 im Zentrum des Lebensführungssystems). Durch neuronale Prozesse im bio-psychischen Organismus bilden sich die KEV heraus. Das menschliche Gehirn wirkt dementsprechend als verbindendes Organ beider kreiskausaler Prozesse des 3-Ebenen Model. Durch dessen Selbstorganisation befindet sich der Organismus in «tätiger Auseinandersetzung» mit seiner materiellen, natürlichen sowie sozio-kulturellen Umwelt (vgl. ebd.: 133f), was ihm die Integration in konkrete Handlungssysteme ermöglicht. Wie in Kapitel 2.3.1 bereits kurz beschrieben, sind Individuen erst durch Integration in soziale Systeme (über-)lebensfähig, weil sie zur Befriedigung ihrer menschlichen Grundbedürfnisse auf Austausch mit der Umwelt und besonders auch auf Integration in soziale Systeme angewiesen sind, worauf nun etwas näher eingegangen wird.

4.3.2 Bedürfnisbefriedigung und psychische Erkrankung

Was ein Mensch zum Leben braucht, äussert sich in seinen Bedürfnissen. Laut Sommerfeld et al. 2016 führt die Befriedigung von Bedürfnissen zu subjektiv wahrgenommener Lebensqualität und dadurch zu menschlichem Wohlbefinden und damit – wenn wir uns an die Definition von Gesundheit der WHO erinnern – zu Gesundheit (vgl. ebd.: 135). Der menschliche Organismus sichert sein Überleben, indem er ungestillte Bedürfnisse als Spannungszustand wahrnimmt. Auf diesen Spannungszustand reagiert ein Individuum entweder mit Bedürfnisaufschub oder -unterdrückung, oder aber das als Spannungszustand empfundene Defizit eines organismischen Soll- Wertes motiviert das Individuum zu einer motorischen Reaktion, die dem Individuum aufgrund vorangegangener Lernprozesse als geeignet erscheinen, um das Bedürfnis zu befriedigen (vgl. ebd.: 134) Als einfaches Beispiel kann das biologische Bedürfnis nach Wasser genannt werden, welches der menschliche Körper als Spannungszustand «Durst» wahrnimmt, was ihn dazu motiviert seinen Durst durch Aufnahme von Wasser (trinken) zu löschen (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 208). Menschliche Bedürfnisse werden entsprechend dem bio-psycho-sozialen Verständnis in biologische, (bio-)psychische und (bio-psycho-)soziale Bedürfnisse unterteilt. Sommerfeld et al. (2016) beschreiben in Anlehnung an Obrecht (2009) neunzehn menschliche Bedürfnisse:

«die biologischen Bedürfnisse nach (1) physischer Integrität, nach (2) physiologisch notwendigen Austauschstoffen (Nahrung, Wasser, Sauerstoff), nach (3) Regenerierung, nach (4) sexueller Aktivität und Fortpflanzung; die (bio-)psychischen Bedürfnisse nach (5) sensorischer Stimulation, nach (6) schönen Formen, nach (7) Abwechslung, nach (8) assimilierbarer orientierungs- und handlungsrelevanter Information, nach (9) subjektiv relevanten (affektiv besetzten) Zielen und Hoffnung auf Erfüllung (subjektiver Sinn), nach (10)

effektiven Fertigkeiten (skills), Regeln und (sozialen) Normen zur Bewältigung von Situationen in Abhängigkeit der subjektiv relevanten Ziele (Kontroll- und Kompetenzbedürfnis); die (bio-psycho-)sozialen Bedürfnisse nach (11) emotionaler Zuwendung (aktiv und passiv), nach (12) spontaner Hilfe, nach (13) sozial(kultureller) Zugehörigkeit durch Teilnahme, nach (14) Unverwechselbarkeit (Bedürfnis nach Identität), nach (15) Autonomie, nach (16) Fairness, nach (17) Kooperation, nach (18) sozialer Anerkennung und schliesslich nach (19) (Austausch-) Gerechtigkeit» (Obrecht 2009 zit. nach Sommerfeld et al. 2016: 135)

Sommerfeld et al. (2016) nennen die wahrgenommenen Spannungen, ausgelöst durch ein ungestilltes Bedürfnis, die «energetische Grundlage» menschlicher Lebensführung (vgl. ebd.). Sie sind Teil der Kontrollparameter im 3 Ebenen Modell (vgl. ebd.: 136) und lösen durch Motivation zur Bedürfnisbefriedigung grundlegende Lernprozesse und Verhalten eines Individuums aus, woraus sich die KEV bilden.

Können Bedürfnisse über längere Zeit nicht gestillt werden, wird der erlebte Spannungszustand chronisch und es entsteht sowohl in der psychischen Potenziallandschaft als auch im Sozialverhalten eines Individuums ein «pathogenes Potenzial» (vgl. ebd.: 137) Sommerfeld et al. (2016) beziehen sich an dieser Stelle auch darauf, was passiert, wenn die Umweltbedingungen des Individuums nicht die nötigen Mittel zur Verfügung stellen um ein Bedürfnis *adäquat* zu befriedigen. Das Individuum wird in diesem Fall eine passende, aber schlussendlich selbst zum Problem werdende Problemlösungsstrategie erlernen. Wird ein ungestilltes Bedürfnis beispielsweise durch die subjektiv positiv erlebte Wirkung von Substanzkonsum zu befriedigen versucht, kann dies den Beginn einer Suchterkrankung markieren⁴. Bei solcher Art der *inadäquaten* Bedürfnisbefriedigung bleibt das Bedürfnis unterschwellig bestehen und wird, wie weiter oben beschrieben, chronisch (vgl. ebd.). Auf diese Weise übersetzen sich durch die Form der Lebensführung ungestillte oder mangelhaft gestillte Bedürfnisse in (psychische) Krankheiten, wie beispielsweise substanzgebundene Suchterkrankungen.

⁴Rennert (2012) beschreibt verschiedene Phasen in der Entstehung einer Suchtkrankheit, wobei die subjektiv als positiv erlebte Wirkung des Suchtmittels entscheidend ist. Zuerst wird das Suchtmittel als ein zuverlässiger Helfer erlebt, um sich gut zu fühlen. In diesem Zusammenhang spricht Rennert auch vom Beginn einer «symbiotischen Beziehung», zwischen Suchterkranken und dem Suchtmittel (vgl. Rennert 2012: 62). Es entwickelt sich nach und nach eine Phase, in der es durch den Konsum immer wieder zu Kontrollverlusten kommt und die Person beginnt, die schädlichen Auswirkungen des Konsums zu spüren. Schlussendlich scheint das Suchtmittel die einzige Möglichkeit, um sich «normal» zu fühlen und mit den negativen Gefühlen, Problemen und Schmerzen (auch Entzugerscheinungen) umzugehen, die teilweise erst durch den Drogenkonsum entstanden sind. (vgl. ebd.: 59–69)

4.4 Einfluss Sozialer Faktoren auf die Gesundheit

Die Sozialepidemiologische Forschung untersucht den Zusammenhang sozialer Determinanten auf die Gesundheit von Menschen. Auch sie bestätigt, was aus den bisher beschriebenen Inhalten zu Menschen als Individuen mit bio-psycho-sozialen Bedürfnissen hervorgeht: Die Gesundheit eines Individuums ist stark abhängig von der Art und Weise, wie es in soziale Netzwerke eingebunden ist (vgl. Solèr/Süsstrunk 2019: 22), oder in anderen Worten, von der Art und Weise seiner Integration im Lebensführungssystem. Sommerfeld et al. 2016 beziehen sich auf einen weiteren interessanten Forschungszweig, der in diesem Zusammenhang relevant ist. Eindrücklich zeigen Forschungen zur Genexpression, dass biologische Abläufe eines Menschen eng mit sozialen Dynamiken gekoppelt sind, da zwischenmenschliche Interaktion direkt mitbeteiligt ist an der Steuerung und Kontrolle menschlicher Gene, wodurch sie Einfluss nehmen auf organische und psychische Prozesse (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 138).

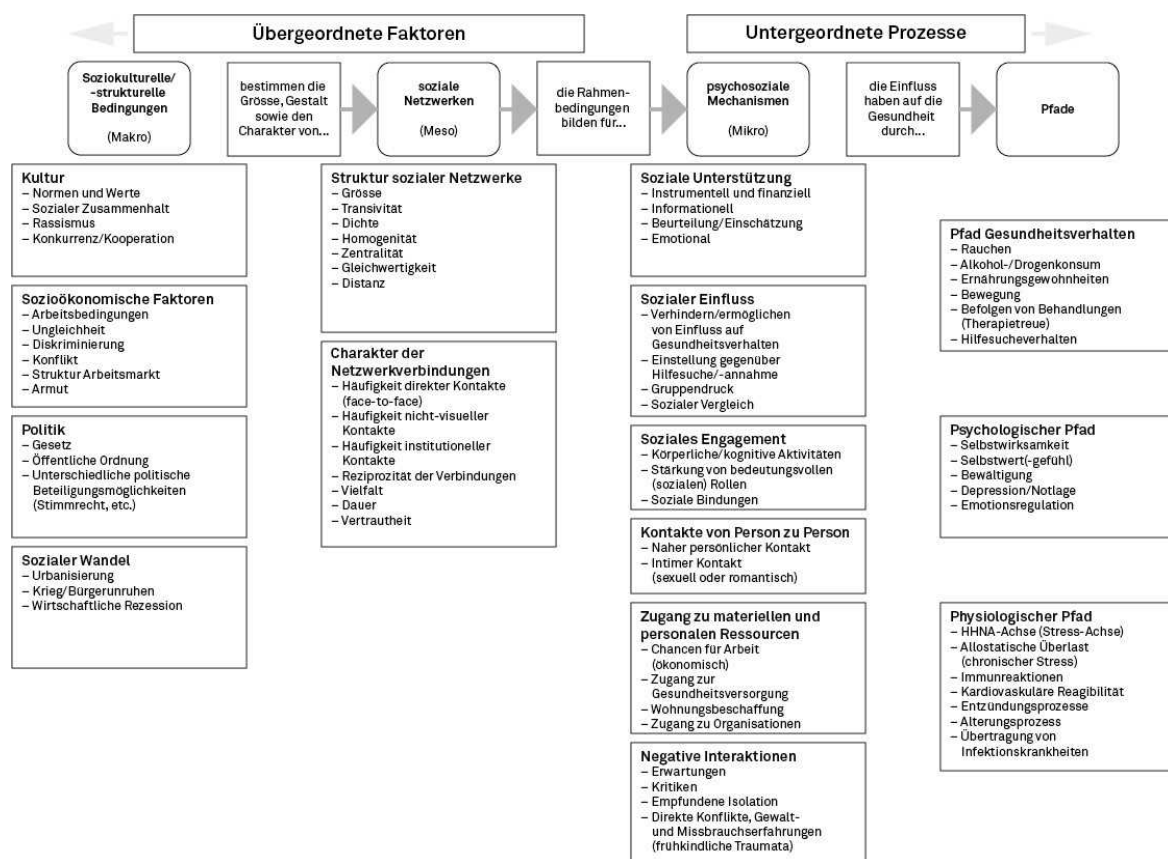


Abbildung 3 : Das Modell nach Berkman und Krishna (2014) zeigt, wie soziale Netzwerke die Gesundheit beeinflussen (in: Solèr/Süsstrunk 2019: 22 [Übersetzung durch ebd.])

Berkman und Krishna (2014) haben ein, auf eine Vielzahl empirischer Studien gestütztes Modell erstellt, das den Einfluss sozialstruktureller Faktoren auf soziale Netzwerke und über

dort laufende psychosoziale Mechanismen den Einfluss sozialer Dynamiken auf die Gesundheit von Menschen abbildet (vgl. Berkman/Krishna 2014 zit. nach Solèr/Süsstrunk 2019: 23). Es geht daraus hervor, dass die Ausbildung spezifischer «Pfade» (vgl. Abb. 3) wie beispielsweise chronischer Substanzkonsum, stets an eine ganze Reihe sozialer Einflüsse und Faktoren gekoppelt sind. Die Struktur eines sozialen Netzwerkes, sowie seine charakteristischen Merkmale der Netzwerkverbindungen, wie beispielsweise die Häufigkeit, in der die Individuen sich von Angesicht zu Angesicht sehen, bilden Rahmenbedingungen für psychosoziale Mechanismen, die einen direkten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten von Menschen haben (vgl. ebd.: 22). Menschen werden durch Ordnungsparameter in sozialen Systemen geschädigt, wenn diese nur funktional auf die Erhaltung der Systemordnung sind, jedoch nicht in Bezug auf das Wohlbefinden des Individuums. So werden insbesondere auch im Sozialisationsprozess im Familiensystem gesundheitsrelevante Verhaltensweisen erlernt, die für das Individuum gesundheitsschädigend- oder fördernd sein können.

4.4.1 Substanzgebundene Suchterkrankung- ein soziales Problem

Solèr und Süsstrunk verweisen in Bezug auf den Einfluss sozialer Faktoren für die Entwicklung von Suchterkrankung auf Interviews mit direkt von Suchterkrankung betroffenen Personen. Sämtliche Studienteilnehmende berichteten von «negativen Interaktionen und fehlender Zuwendung» im Kindesalter (vgl. ebd.: 21). Der Substanzkonsum begann bei einer Mehrheit der Befragten während Phasen stressauslösender Situationen und entwickelte sich in Zusammenhang mit weiteren Determinanten, wie beispielsweise Fremdplatzierung oder Überlastung und Überforderung in Beruf und Alltag, zu einer Abhängigkeitserkrankung (vgl. ebd.: 22). Es wird an dieser Stelle auf die oben beschriebenen inadäquaten Bedürfnisbefriedigungen verwiesen. Wie beispielsweise den Umständen entnommen werden kann, unter denen ein Substanzkonsum begann, spielte bei den Befragten Stressbewältigung durch Substanzkonsum in der Entstehung der Suchterkrankung eine wichtige Rolle. Auch Berkman und Krishna gehen auf den Stressfaktor ein, dieser beeinträchtigt die Gesundheit ungehindert, wenn keine geeigneten Möglichkeiten zur Stressbewältigung vorhanden sind (vgl. Berkman/Krishna 2014 zit. nach ebd.: 23).

Es wird festgehalten, dass ein soziales Problem entsteht, wenn ein Individuum aufgrund der Art und Weise wie es in soziale Systeme integriert (oder exkludiert) ist, auf Dauer seine biologischen, psychologischen oder sozialen Bedürfnisse nicht, nur ungenügend oder nur inadäquat befriedigen kann und daraus ein chronischer Spannungszustand resultiert, der nicht adäquat gestillt werden kann (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 306). Soziale Probleme

entstehen also nicht nur durch ungestillte soziale, sondern auch durch mangelhaft befriedigte biologische und/oder psychologische Bedürfnisse. In Bezug auf Abhängigkeitserkrankungen stellen Solèr und Süsstrunk (2019) fest, dass es sich um mehrdimensionale Probleme handelt. In der Biografie der von ihnen befragten Menschen mit einer Suchterkrankung, spielten stets diverse Probleme, sowohl auf biopsychischer als auch auf sozialer Ebene eine Rolle (vgl. Solèr/Süsstrunk 2019: 21). Der bedeutendste Aspekt in Bezug zu Suchterkrankung jedoch ist laut Solèr und Süsstrunk die Einbindung der Personen in relevante soziale Systeme, in denen sich die Suchterkrankung und die begleitend dazu auftretenden, negativen Dynamiken entwickeln konnten (vgl. ebd.: 22). Diese negativen Begleiterscheinungen von Suchterkrankungen sind nicht nur durch das soziale Umfeld beeinflusst, sondern wirken sich in zirkulärer Kausalität auch auf das soziale Umfeld, beispielsweise die Familie, aus, wie im nächsten Kapitel beschrieben wird.

5 Wechselwirkungen in suchtbelasteten Familiensystemen

In Kapitel 3 wurden Aufgaben der Familie und die intime gegenseitige Bezugnahme ihrer Mitglieder beschrieben, sowie die identitätsbildende Rolle der Familie als primäre Sozialisationsinstanz im Lebensführungssystem eines Individuums aufgezeigt. Diese ausserordentliche Relevanz des Familiensystems im Leben der einzelnen Familienmitglieder ist auch der Grund, weshalb der Fokus im Folgenden auf die biopsychosozialen Auswirkungen gelegt wird, die im Zusammenhang mit der Suchterkrankung eines Angehörigen in Familiensystemen oder bei einzelnen Familienmitgliedern beobachtet werden können. Der Unterstützungsbedarf, den nicht nur suchterkrankte Menschen, sondern häufig auch ihre Angehörigen aufweisen, soll dadurch aufgezeigt werden. Das Kapitel greift zum Schluss separat die Thematik der Kinder von suchterkrankten Personen auf, weil diese in ihrer vulnerablen Position als Kind durch die negativen Auswirkungen von Suchterkrankung besonders nachhaltig geschädigt werden können. Die zirkuläre Kausalität in sozialen Systemen bedeutet auf die in diesem Kapitel vorgesehene Zusammenführung der Themen Sucht und Familie zweierlei. Erstens bedeutet es, dass das Verhalten des suchterkrankten Familienmitgliedes Einfluss hat auf das ganze Familiensystem und damit auch auf die Ebene der einzelnen am Familiensystem beteiligten Individuen. Zweitens bedeutet es, dass die Familie als soziales System Gesetzgebungen auf der relativen Makroebene entwickelt hat, die auf irgendeine Art und Weise *passend* sind zur Suchterkrankung des Familienmitgliedes. Die Autorin erachtet es als sehr wichtig, vor allem Weiteren zu erwähnen, dass es in keiner Form Ziel dieser Arbeit ist, Schuldige in der Thematik der Suchterkrankung zu bestimmen. Im Gegenteil geht der systemische Blick genau davon aus, dass das Verhalten eines Individuums aus dem Zusammenspiel biopsychosozialer Faktoren wächst und deshalb für eine sinngebende Intervention im sozialen System ebendieses Zusammenspiel, seine Auswirkungen auf der sozialen Makroebene und deren Einfluss auf die systembeteiligten Individuen berücksichtigt werden muss und nicht ein einzelner Faktor oder gar eine Person als der oder die Problemverursachende bestimmt werden kann. Nach Rennert (2012) sieht eine systemische Perspektive Ursachen von Suchterkrankungen auch

«[...] als Wirkung von systemischen Veränderungen und als ein Prozess [...], der sich während eines längeren Zeitraumes entwickelt. Weiterhin wird angenommen, dass an diesem Prozess Interaktionen auf verschiedenen Ebenen beteiligt sind. So setzen die physiologischen und psychologischen Wirkungen der Droge langfristig Veränderungen in Gang, die zum Beispiel die Selbstwahrnehmung der konsumierenden Person und ihre Interaktionen beeinflussen. Umgekehrt beeinflusst die Interaktion auch die Art des Drogenkonsums und die Selbstwahrnehmung.» (Rennert 2012: 40f)

Es ist weiter bereits an dieser Stelle zu sagen, dass gerade im Bereich von Suchterkrankungen oftmals eine klare Auseinanderhaltung von Determinanten und Folgen der Erkrankung unmöglich ist. Sommerfeld erwähnt, dass Folgen und Ursachen von Suchterkrankungen bereits rein statistisch schwer auseinanderzuhalten sind und dass sich soziale Folgen der Suchterkrankung im weiteren Verlauf zu sozialen Determinanten wandeln (vgl. Sommerfeld 2016: 29), beispielsweise, wenn soziale Beziehungen in Folge der Suchterkrankung brüchig werden und sich so das problematische Suchtverhalten mangels wichtiger sozialer Unterstützung verstärkt, wie aus Abbildung 3 abgeleitet werden kann.

Das heute in der Fachwelt kritisch diskutierte Co- Abhängigkeitsmodell wird nachfolgend vorgestellt als ein Ansatz, der auf zirkuläre Prozesse hinweist, die bei suchbelasteten Familiensystemen beobachtet werden können.

5.1 Perspektive des Co-Abhängigkeitskonzepts auf Wechselwirkungen in suchbelasteten Familiensystemen

Wer zum Thema Sucht und Familie recherchiert wird bald auf den Begriff «Co-Abhängigkeit» («Mit-Abhängigkeit») stossen (z.B. Rennert: 2012) Das Konzept der Co- Abhängigkeit entstand in den 1970 Jahren in den USA und fand dann den Weg bis nach Europa, wo es heute unter anderem als alltagssprachlicher Begriff verwendet wird (vgl. Laging 2018: 5). In der Fachwelt wird das Konzept, welches bis heute ohne einheitliche Definition geblieben ist, kritisch diskutiert, worauf in einem weiteren Unterkapitel noch kurz eingegangen wird. Da es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, alle Aspekte des Konzepts zu betrachten, beschränkt sich der folgende Einblick zum Co-Abhängigkeitskonzept auf die, von Rennert (2012) zusammengefassten und für die vorliegende Arbeit besonders interessanten Beschreibungen zu den Wechselwirkungen in, von Suchterkrankung betroffenen, Familiensystemen. Rennert beschreibt die Familie als ein System, welches, ähnlich einem in Bewegung geratenen Mobile, stets nach Gleichgewicht strebt. So kann beispielsweise eine suchterkrankte Person als «Sündenbock» erneut Stabilität in ein desorganisiertes Familiensystem bringen. Das Streben nach Stabilität bedeutet aber auch, dass wenn ein Familienmitglied eine Suchterkrankung entwickelt und dieser Prozess nicht unterbrochen wird (zum Beispiel durch frühzeitige Hilfe), das betroffene Familiensystem sich mit der Suchterkrankung mitentwickelt und negative Dynamiken durch eine jeweils angepasste Systemordnung stabilisiert. (vgl. Rennert 2012: 72f)

Rennert unterscheidet verschiedene Entwicklungsphasen in suchbelasteten Familiensystemen, die mit den ebenfalls von ihr beschriebenen Entwicklungsphasen der Abhängigkeitserkrankung vergleichbar sind und aufzeigen, wie sich das Familiensystem verändert und direkt mitbetroffen ist von der Suchterkrankung eines Familienmitglieds.

Im Veränderungsprozess des Familiensystems spielen verschiedene Gefühle eine zentrale Rolle. Die Familie fühlt *Schmerz* über die sich verändernde suchterkrankte Person und auch über die Streitereien und Diskussionen, zu denen es in der Familie vermehrt kommen kann. Dazu kommt das Gefühl, stabile Werte (z.B. Ehrlichkeit, Liebe, Vertrauen...) des Familienlebens seien plötzlich unsicher oder würden gar missachtet und der Traum von Familienglück zerbricht. Auch lebt die Familie häufig in *Angst* aufgrund unvorhersehbarer Probleme und wegen ständiger Sorge um den Suchterkranken. Die Angehörigen empfinden *Schuld*-gefühle oder beschuldigen sich gegenseitig für schwierige Erfahrungen, die im Zusammenhang mit der Suchterkrankung des Familienmitglieds gemacht werden. Die Familienmitglieder empfinden *Scham* für das teilweise peinliche und störende Verhalten des konsumierenden Familienmitglieds. Wenn die Familie aufgrund der Suchterkrankung mit der Polizei und dem Gericht in Kontakt kommt, erleben sie auch dies oftmals als sehr beschämend. Dieses Schamerleben vermag das individuelle Selbstwertgefühl der einzelnen Familienmitglieder nachhaltig zu beeinträchtigen. Auch *Wut*, die durch Enttäuschungen und Verletzungen ausgelöst wird, führt oftmals erneut zu Scham und Schuld. Häufig zerstört die Suchterkrankung im Familiensystem zunehmend die gewohnte Kommunikation, was zu wachsender *Einsamkeit* der einzelnen Familienmitglieder führen kann. (vgl. ebd.: 73ff)

Die erste von vier Phasen der Entwicklung im Familiensystem ist die «Lernphase», in der die Familie beginnt Abwehrmechanismen zu erlernen, um mit den vermehrten Stresssituationen im Zusammenleben umgehen zu können. Ein typischer Abwehrmechanismus ist es, den eigenen Schmerz und der der anderen durch Hilfeleistungen und sonstige brillante Leistungen zu verdecken. Dadurch werden aber auch die negativen Konsequenzen des Substanzkonsums von der konsumierenden Person abgehalten, wodurch sie das negative Verhalten fortsetzen kann. Ein anderer Abwehrmechanismus, den ein Familienmitglied gegen den erlebten Schmerz und Stress anwenden kann, sind rebellische Ausbrüche. Sie lenken von den Problemen der entstehenden Suchterkrankung ab und stabilisieren oder verstärken damit den Substanzkonsum ebenfalls. Der dritte Abwehrmechanismus, der bei Familien in der Lernphase beobachtet werden kann, ist ein eigentlich sehr unauffälliger, weil apathischer. Die Person reagiert auf Schmerz und Stress mit möglichst wenig Gefühlen, um nicht noch mehr Schmerz zu erleben. Sie zieht sich möglicherweise zurück und weigert sich, ein Problem zu erkennen. Auch dieser Abwehrmechanismus begünstigt die Weiterentwicklung der Suchterkrankung, da die betroffene Person nicht mit ihrem Verhalten konfrontiert wird. In der Lernphase ist sich die Familie noch nicht bewusst, dass es eine Suchtproblematik gibt und ihre Verhaltensweisen sind grundsätzlich natürliche Reaktionen auf die Stressbelastungen, zu denen es aufgrund des Substanzkonsums im Familienleben vermehrt kommt. (vgl. ebd.: 76f)

In der zweiten Phase, der «Suchphase» wandelt sich das Familiensystem von Verdrängung des immer bemerkbareren Problems zur realitätsfernen Annahme, die Familie könne den Substanzkonsum kontrollieren. Obwohl das Suchtproblem in dieser zweiten Phase erkannt wird, nutzen die Familienmitglieder weiterhin die in der Lernphase angewöhnten Abwehrmechanismen, um mit dem Problem umzugehen, was die Entwicklung der Suchtproblematik nicht unterbricht, sondern die Abhängigkeitserkrankung weiterhin ermöglicht und das Problem damit kontinuierlich stabilisiert. (vgl. ebd.: ff)

In der dritten, der «schädlichen Phase» verstärken sich die jeweiligen Abwehrmechanismen der Familienmitglieder, so dass sie zu einer persönlichen Rolle werden («Familienheldin», «Familienrebellin», «passive Erwachsene» oder «verlorenes Kind»). Weiterhin wird die substanzkonsumierende Person nicht mit ihrem Verhalten konfrontiert. Die Familienmitglieder haben gemerkt, dass sie den Konsum nicht kontrollieren können und denken, dass die erkrankende oder bereits erkrankte Person sich bewusst dafür entschieden habe, so viel Unheil über die Familie zu bringen. Die Angehörigen schämen sich und fühlen sich mitschuldig für das Verhalten, das die substanzkonsumierende Person zeigt. Nach aussen lassen sie sich lieber nichts anmerken und vermeiden es, sich einzugestehen, wie sehr die Suchterkrankung das ganze Familiensystem und jedes Familienmitglied individuell belastet. (vgl. ebd.: 79f) Diese Phase dauert an, bis der Moment kommt, in dem die Angehörigen die anhaltenden Belastungen nicht mehr aushalten. Die dann anbrechende, letzte Phase der familialen Entwicklung in suchtbelasteten Familien ist gezeichnet von psychischen, physischen und sozialen Krisen, manchmal kommt es dabei zu gravierenden Auswirkungen auf der sozialen Ebene, wie zum Beispiel Scheidungen oder Trennungen. Wenn sich ein Familienmitglied von der suchterkrankten Person entfernt oder sich von der Familie abspaltet, wird es trotzdem die intensiv erlernten Abwehrmechanismen mitnehmen, da sie zu einem Teil seiner Persönlichkeit geworden sind. (vgl. ebd.: 80f)

Der klare Bezug, der durch die Suchterkrankung beeinflussten Wechselwirkungen auf der relativen Makroebene zur Herausbildung der Persönlichkeit (KEV) auf der relativen Mikroebene, wird an dieser Stelle gut sichtbar.

5.2 Kritische Diskussion des Co-Abhängigkeitskonzept

Ein grosser Kritikpunkt der Gegner des Co-Abhängigkeitskonzepts besteht darin, dass das Konzept nicht hilfreich sei, um auf die enormen Belastungserfahrungen und den Unterstützungsbedarf der Angehörigen aufmerksam zu machen (vgl. Laging 2018: 141–146). Im Gegenteil würden diese pathologisiert und es werde ihnen die Schuld an der Suchterkrankung oder zumindest an deren Aufrechterhaltung zugeschoben (vgl. ebd.: 143). Weiter wird kritisiert, dass durch die Generalisierung von «suchtbegünstigenden Verhaltensweisen»

der Angehörigen das Konzept die Meinung fördere, man müsse einen suchtkranken Menschen nur genug leiden und auf sich selbst gestellt lassen, bis er genügend Leidensdruck verspüre um die Sucht zu überwinden (vgl. ebd.).

Eine ausführliche Diskussion der Kritik am Co- Abhängigkeitskonzept ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, trotzdem sollen einige wesentliche Punkte kurz beleuchtet werden.

Wie einleitend in diesem Kapitel bereits erwähnt, ist es im Zusammenhang mit Suchterkrankungen weder zielführend noch möglich, Ursachen und Determinanten klar zu definieren und «Schuldige» zu bestimmen. Die Autorin ist sich mit Kritikern des Co-Abhängigkeitsbegriffes einig, dass der Co-Abhängigkeitsbegriff wertlos ist, wenn dieser verwendet wird, um Angehörige zu beschuldigen oder Suchterkrankte sich selbst zu überlassen als «Gegenmittel» auf den suchtfördernden Einfluss der Angehörigen. Werden aber beispielsweise die von Monika Rennert aufgelisteten «co-abhängigen Verhaltensweisen» (Rennert 2005 zit. nach Laging 2018: 4), wie z.B. «ein suchtkrankes Familienmitglied vor den negativen Konsequenzen seines Substanzkonsums zu schützen», von Kritikern als Schuldzuweisung verstanden (vgl. ebd.: 5), zeugt dies für die Autorin dieser Arbeit davon, dass die Problematik nicht aus einer systemischen Perspektive betrachtet wird. Mit dem Verständnis der zirkulären Kausalitäten, deutet die Autorin die genannten Verhaltensweisen als Resultate, der im Wechselspiel mit von *allen systembeteiligten Personen mitgestalteten* Gesetzmässigkeiten sich bildenden KEV, was eine Schuldzuweisung an eine einzelne Person eben gerade *nicht* möglich macht.

Die uneinheitliche Definition von Co-Abhängigkeit erschwert eine klare Auseinandersetzung mit, und Bezugnahme auf das Konzept. Jedoch lässt ebendiese, nicht abgeschlossene theoretische Eingrenzung des Begriffes auch die Möglichkeit offen, sich die Qualität des Begriffes in seinem Ursprung in Erinnerung zu rufen. Im Rahmen von Selbsthilfegruppen für Angehörige von Suchterkrankten wollten Betroffene mit dem Begriff der Co- Abhängigkeit auf ihr Leiden und ihren Unterstützungsbedarf aufmerksam machen (vgl. ebd.: 4) der, wie im Verlauf dieses Kapitels noch aufgezeigt wird, empirisch gut belegt ist. Ausserdem drückt der Begriff, der übersetzt «Mit-Abhängigkeit» bedeutet, aus Sicht der Autorin, gut aus, dass Angehörige Teil sind von dem sozialen System, in dem sich eine Abhängigkeit entwickelt und stabilisiert hat, was sich im Kapitel 4 als ein relevanter Faktor für das Verständnis und die Interventionsplanung bei Suchterkrankungen herauskristallisiert hat. Zusammenfassend ist in Bezug zum Co- Abhängigkeitsbegriff zu sagen, dass die dazu gemachten Beobachtungen von Verhaltensweisen von Angehörigen auf zirkuläre Kausalitäten und Gesetzmässigkeiten in sozialen Systemen hinweisen und damit – in Anlehnung an den Begriff – ihrer *Mit-Betroffenheit* (je nach Deutung) Ausdruck verliehen wird. Die Belastungserfahrungen von Angehörigen als Mit-Betroffene der Suchterkrankung, werden nun in Anlehnung an dazu erschienene Fachartikel genauer beschrieben. Die Arbeit

mit zusammenfassenden Fachartikel wurde deshalb gewählt, weil dadurch wichtige Faktoren zum Thema der Belastung von Angehörigen aus einer grossen Anzahl relevanter Studien berücksichtigt werden können, deren einzelne Bearbeitung den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte.

5.3 Belastungen von Angehörigen durch Suchterkrankung

Tatsache ist, dass die Zahl der betroffenen Angehörigen grösser ist als die der suchterkrankten Personen, da das soziale Umfeld der Erkrankten in erheblichem Ausmass mitbetroffen ist (vgl. Bischof et al. 2018: 63). In Schätzungen für die Kosten, die durch Suchterkrankungen entstehen, beispielsweise durch geschädigte Dritte, berechnet sich teilweise fast dieselbe Summe, wie die Kosten für Direktbetroffene (vgl. Nutt/King/Phillips 2010 zit. nach ebd.) Darunter fallen auch medizinische Kosten für Angehörige (vgl. Ray/Mertens/Weisner 2007 zit. nach Hofheinz/Soellener 2018: 76), deren Belastungserfahrungen durch die Suchterkrankung oftmals auch auf ihre eigene Gesundheit Auswirkungen haben kann. Studien aus den USA haben gezeigt, dass nach erfolgreicher Therapie des suchterkrankten Angehörigen die erhöhten medizinischen Kosten der Angehörigen sich wieder dem Wert der Referenzpopulation annähern, woraus abgeleitet werden kann, dass die erhöhten Kosten im Zusammenhang mit der Suchterkrankung entstanden sind (vgl. Ray et al. 2009, Weisner et al. 2010 zit. nach Bischof et al. 2018: 64). In qualitativen Studien konnte ausserdem nachgewiesen werden, dass die von Familienmitglieder erlebten Belastungserfahrungen, wie zum Beispiel Sorge um den suchterkrankten Angehörigen (vgl. Orford et al. 2005 zit. nach ebd.), teilweise chronische Stressbelastungen auslösen, die gravierende Folgen, beispielsweise Depressionen, haben können (vgl. Orford et al. 2010 zit. nach Bischof 2018: 61). Angehörige von Menschen mit einer Suchterkrankung haben im Vergleich zu Menschen die nicht Angehörige von Suchterkrankten sind auch eine erhöhte Prävalenz zu affektiven Störungen und Angststörungen, einem allgemein schlechteren Gesundheitszustand, Viktimisierung, Verletzungen und Produktivitätsverlusten (vgl. Dawson et al. 2007, Orford et al. 2013, Salize et al. 2014 zit. nach Bischof et al. 2018: 64). Auch erhöhter Blutdruck und Geschwüre gehören zu den beobachteten physischen Symptome unter denen Angehörige teilweise leiden (vgl. Velleman et al. 1993 zit. nach Hofheinz/Soellener 2018: 76). Ein weiterer Belastungspunkt, der die Gesundheit indirekt betrifft, ist das Risiko, durch die Suchterkrankung in finanzielle Probleme oder gar eine Armutslage zu kommen, entweder weil das suchterkrankte Familienmitglied nur eingeschränkt zum Budget beitragen kann oder durch andere, aufgrund der Suchterkrankung entstandenen Kosten sowie weil zum Teil die eigene Berufstätigkeit zurückgeschraubt wird um Sorgetätigkeit zu leisten (vgl. Salize et al. 2014 zit. nach ebd.: 75). Es kommt hinzu, dass nicht nur die Person mit einer

Abhängigkeitserkrankung, sondern auch ihre Angehörigen oftmals Stigmatisierungen erleben, was zu Scham und Schuldgefühlen führt und ein Hindernis darstellt, Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. Bischof 2018: 62).

5.4 Kinder suchterkrankter Eltern

Wie in Kapitel 3 beschrieben wurde, ist die Familie die primäre Sozialisationsinstanz für Kinder. Es ist der Ort, an dem sich wichtige Entwicklungsschritte vollziehen und der Grundbaustein, (vgl. «inneres Arbeitsmodell» Kapitel 3), für alle späteren Beziehungen gelegt wird. Daher erscheint es an dieser Stelle von besonderer Relevanz, den Blick auch auf Forschungsergebnisse zu legen, welche die spezifischen Einflüsse der Suchterkrankung auf die Entwicklung der Kinder in suchtbelasteten Familiensystemen beobachten. Weil erlebte psychosoziale Belastungen im Kindes- und Jugendalter Einfluss haben bis ins Erwachsenenalter (vgl. Kuttler/Schwendemann/Bitzer 2019: 38), werden auch Aussagen gemacht zu Langzeitauswirkungen bei betroffenen «erwachsenen Kindern».

Neben den pränatalen Risikofaktoren, denen Kinder durch den mütterlichen Substanzkonsum ausgesetzt sind und der je nach Substanz zu einem «neonatalen Abstinenzsyndrom» führen kann (Calhoun et al. 2015 zit. nach Moesgen/Klein/Dyba 2017: 66), sind es insbesondere psychosoziale Risikofaktoren in suchtbetroffenen Familien, die einen schädlichen Einfluss auf die kindliche Entwicklung haben können. Suchterkrankte Eltern vernachlässigen nicht selten ihre unterstützende Rolle im Sozialisations- und damit Identitätsbildungsprozess der Kinder, zugunsten des Substanzkonsums (vgl. Maurach/Wolstein 2019: 163). Eine Studie zu erwachsenen Kindern von Eltern mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung erwähnt, dass sich bei manchen betroffenen Kindern durch die oft instabilen und konfliktreichen Beziehungen in der Familie keine gefestigte Ich-Identität herausbildet, was sich auf Entwicklungsaufgaben im Übergang zum Erwachsenenalter, wie beispielsweise die Gestaltung intimer Beziehungen oder die Gründung eines eigenen Haushalts, negativ auswirken kann (vgl. ebd.). Aufgrund der Alkoholabhängigkeit der Eltern sind die Kinder im häuslichen Kontext auch Risiken, wie Gewalt und Vernachlässigung ausgesetzt. Das Verhalten der Eltern ist oft nicht vorhersehbar und es kann zu einer Entfremdung zwischen Elternteil und Kind kommen. Ausserdem besteht die Gefahr einer Rollenverschiebung, auch Parentifizierung genannt, in der das Kind die Aufgaben des suchterkrankten Erwachsenen zu übernehmen beginnt (vgl. Bischof 2018: 61). Insgesamt können substanzunabhängig ähnliche Risikofaktoren festgestellt werden, denen Kinder in suchtbelasteten Familiensystemen ausgesetzt sind. So ergibt sich ein durchschnittlich ungesünderer Lebensstil bei Jugendlichen mit suchterkrankten Eltern (vgl. Serec et al. 2012 zit. nach Hofheinz/Soellener 2018: 76).

Dazu zählt insbesondere das bis zu sechsfach erhöhte Risiko selber eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln (vgl. SFA 2007 zit nach Sommerfeld 2016: 29). Laut Wiegand-Grefe und Petermann (2016) zeigen etwa fünfzig Prozent der Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung, wozu auch Abhängigkeitserkrankungen gehören, psychische Auffälligkeiten oder sind an der Grenze dazu (vgl. Wiegand-Grefe/Petermann 2016: 63). Das Risiko für depressive Störungen sowie posttraumatische Belastungsstörungen ist für betroffene Kinder erhöht (vgl. Leijdesdorff et al. 2017 zit. nach Hofheinz/Soellener 2018: 76). Dazu kommt, dass die Kinder durch die, oftmals instabilen und konfliktbehafteten Beziehungsnetzwerke in suchtblasteten Familiensystemen, zuhause niemanden haben, dem sie sich anvertrauen könnten. Hilfe von aussen beizuziehen ist ein schwieriger, mit Scham behafteter Schritt (vgl. Wiegand-Grefe/Petermann 2016: 65) und je nach Alter und Entwicklungsstand für ein Kind noch gar nicht möglich. Dabei wäre es so wichtig, über die Erkrankung des Elternteils altersgerecht aufgeklärt zu werden und auch innerhalb der Familie offen darüber zu sprechen, denn die Tabuisierung der Suchterkrankung wirkt wie ein schlechtes Familiengeheimnis und löst Angst und Verunsicherung bei den Kindern aus (vgl. ebd.)

5.5 Bemerkung zu den Auswirkungen auf Angehörige

Es ist an dieser Stelle, wie bereits in der Einleitung geschrieben, noch einmal zu erwähnen, dass im Rahmen dieser Arbeit Aussagen zu suchtblasteten Familiensystemen gemacht werden, die nicht auf alle, von Suchterkrankung betroffenen Familien gleich zutreffend sind. Beispielsweise wuchs Shanon Wegschneider, Autorin des Bestsellers «Another Chance – Hope and Health for the Alcoholic Family (Wegschneider 1981)» als Kind einer suchtblasteten Familie auf und nutzte ihre Erfahrungen später in der Arbeit als Suchtkrankenberaterin (vgl. Rennert 2012: 17). Es ist deshalb insbesondere auf die unterschiedlich verfügbaren Ressourcen und Resilienzfaktoren⁵ der Familien und einzelnen Familienmitglieder zu verweisen, wie beispielsweise der Zugang zu sozialer Unterstützung, auf die Familienmitglieder zur erfolgreichen Stressbewältigung zurückgreifen oder eben gerade nicht zurückgreifen können. In der Arbeit mit suchtblasteten Familiensystemen gilt es in jedem Einzelfall abzuwägen, welche Interventionen von Seiten der Sozialen Arbeit im Hinblick auf die spezifische Art und Weise der Integration der Familienmitglieder notwendig sind, damit physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden der systembeteiligten Individuen ermöglicht wird, wie dies in Anlehnung an Sommerfeld et al. als Zieldimension der Sozialen Arbeit festgehalten werden kann (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 179).

⁵ Resilienzfaktoren sind Faktoren, die die psychische Widerstandsfähigkeit eines Menschen stärken. Eine übersichtliche Auflistung der Resilienzfaktoren findet sich beispielsweise bei Sommerfeld et al. (2016: 208).

6 Bedeutung der bisherigen Erkenntnisse für die Praxis der Sozialen Arbeit

Aus den beschriebenen theoretischen Bezügen kann einiges abgeleitet werden, was für die Praxis der Sozialen Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen relevant ist. Die wichtigsten bisherigen Erkenntnisse aus Kapitel 1-5 werden deshalb hier noch einmal kurz zusammengefasst und miteinander verbunden. Es wurde festgehalten, dass die Gesellschaft ihr Überleben garantiert, indem sie sich in Subsystemen organisiert. Persönlichkeiten bilden sich durch Interaktion mit den Systemen, in die sie integriert werden. Wechselwirkend hat das Verhalten vom Individuum auch einen Einfluss auf die Systemordnung. Von der jeweiligen Art der Integration oder Exklusion in diesen Systemen hängt die Möglichkeit zur Befriedigung der Bedürfnisse eines Menschen ab und davon wiederum seine Gesundheit – beschrieben als körperliches, geistiges und soziales Wohlergehen. Insbesondere die Integration im Subsystem Familie hat entscheidenden Einfluss auf das Aufwachsen und die Lebensführung des Individuums sowie auf gesundheitliche Pfade, die die Lebensführung einer Person prägen. Auch eine Suchterkrankung entsteht in Wechselwirkung mit diversen Handlungssystemen im Lebensführungssystem einer Person und die negativen Begleiterscheinungen der Erkrankung wirken sich ebenso auf den verschiedenen Ebenen aus. Aufgrund der hohen emotionalen Qualität der Beziehungen, sowie wegen der thematischen Offenheit (Involviertheit der ganzen Person) und diffusen Aufgaben im Familiensystem, sind insbesondere die Familienmitglieder als nächste Angehörige von der Suchterkrankung eines Familienmitglieds direkt mitbetroffen und einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt. Weiter wurde aufgezeigt, dass ein suchtbelastetes Familiensystem sich unter den Stresserfahrungen verändern und es zu psychischen, physischen und sozialen Problemen kommen kann.

Für die Psychiatrie und damit auch für die in diesem Bereich tätige Soziale Arbeit, lassen sich dementsprechend zwei Bedarfe erkennen für suchtbelastete Familiensysteme: einerseits die individuellen Ebenen der suchterkrankten Person und der einzelnen Angehörigen und andererseits das ganze familiale System und dessen Interaktionsmuster.

Aus den bisherigen Ergebnissen wird deshalb geschlossen, dass ein suchtbelastetes Familiensystem eine Problembearbeitung sowohl auf der relativen Mikroebene (biopsychische Ebene der beteiligten Individuen) als auch auf der relativen Makroebene benötigt, damit sich die dort stabilisierten und auf die Systembeteiligten schädlich auswirkenden Ordnungsparameter wandeln können. Dementsprechend braucht es in der Suchthilfe Problemlösungen, die insbesondere die soziale Dimension mit in den Fokus nehmen und auch die Wechselwirkungen im Familiensystem bearbeitet, statt ausschliesslich die biopsychische Ebene

der einzelnen Individuen zu behandeln. Laut Grawe kann eine ausschliesslich psychotherapeutische Intervention den Zustand von Menschen mit einer psychischen Erkrankung kaum längerfristig verbessern, wenn diese in einem ausgeprägt ungünstigen sozialen Kontext leben (Grawe 2004 zit. nach ebd.: 161) Es reicht dementsprechend nicht, dass im Bereich der Psychiatrie Menschen mit einer Suchterkrankung oder auch deren Angehörige, welche unter den in Kapitel 5 beschriebenen Belastungserfahrungen ebenfalls eine psychische Beeinträchtigung entwickeln können, ausschliesslich psychotherapeutisch und/oder pharmazeutisch behandelt werden, ohne auch die soziale Problemdimension spezifisch zu bearbeiten. Sobald die betroffene Person nämlich nach abgeschlossenem stationärem Aufenthalt in ihr alltägliches Lebensführungssystem zurückkehrt, trifft sie meist auf dieselben Systemordnungen, in deren Kontext die psychische Erkrankung entstanden ist und es besteht ein erhebliches Risiko, in die gleichen Muster zurückzufallen, die bereits zuvor zu einem stationären Aufenthalt führten (vgl. ebd.: 186). Sommerfeld et al. (2016) beschreiben, dass in der Klinik erarbeitete Fortschritte im gleichgebliebenen Lebensführungssystem während des Re-Integrationsprozesses «verpuffen» und «ein Gefühl der Selbstunwirksamkeit, des Scheiterns» hinterlassen, dies wirkt sich ungünstig auf das Wohlbefinden und den Krankheitsverlauf aus (ebd.: 101). Grawe (vgl. Grawe 2004 zit. nach ebd.: 143) hat diesen Effekt bei Menschen mit einer Depression beobachtet. Etwa in 80% der untersuchten Fälle gelang es nicht, die im Therapiesetting erarbeiteten und durch Pharmazeutika unterstützten neuen Verhaltensweisen im unveränderten Lebensführungssystem langfristig anzuwenden (vgl. ebd.). Im Rückblick auf das erarbeitete Wissen über kreiskausale Prozesse in sozialen Systemen erstaunt dieser Befund nicht.

6.1 Eskalation in Systemen

Im Beschrieb der verschiedenen Phasen zeigt das Konzept der Co-Abhängigkeit eindrücklich, wie bei der Entwicklung einer Suchterkrankung die Belastung der Familienmitglieder stetig zunimmt und individuelle Abwehrmechanismen der Familienmitglieder dadurch immer deutlicher zum Vorschein kommen. Ein Entwicklungsprozess, der von der Entstehung diverser Probleme in den individuellen Lebensführungssystemen begleitet wird, bis die Belastungen nicht mehr aushaltbar sind und das Familiensystem in der Fluchtphase «eskaliert». Auch Sommerfeld et al. (2016) machen diese Beobachtung bei psychischen Erkrankungen. Sie schreiben, dass einem stationären Aufenthalt «negative Eskalationen» in mehreren sozialen Systemen des Lebensführungssystems vorausgehen (vgl. ebd.: 185). Negative Eskalation findet statt, wenn ein Problem, bei der Suchterkrankung ein anhaltendes Bedürfnisversagen, eine Kette weiterer Probleme auslöst, bis ein System (z.B. soziales System oder auch bio-psychisches System als Individuum) zum Zusammenbruch kommt

und spätestens dann akute Hilfe notwendig wird. Es ist an dieser Stelle zu sagen, dass frühe externe Hilfe zwar sehr wünschenswert wäre, jedoch, wie im Kapitel 5 bereits erwähnt wurde, aufgrund der beschriebenen Dynamiken in betroffenen Familien oft wegen Scham oder Verdrängung nicht eingeholt wird (vgl. Bischof 2018: 61).

6.2 Positive Eskalation und die dynamischen Faktoren

Der Eskalationsprozess kann aber auch umgekehrt stattfinden. Bei einer «positiven Eskalation» wird die Phase kritischer Instabilität des Systems genutzt, um eine neue Ordnung anzuregen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 101). Phasen kritischer Instabilität sind Momente (vgl. «Kairos» bei Sommerfeld et al. 2011: 338), in denen die Möglichkeit besteht, dass beispielsweise durch eine professionelle Intervention im System eine positive Eskalation in Gang gebracht werden kann. Damit sollen sich auf der relativen Makroebene neue Ordnungsparameter herausbilden, die eine günstigere Integration und damit bessere Chancen zur Bedürfnisbefriedigung der einzelnen Systemmitglieder bewirken. Sommerfeld et al. nennen «dynamische Faktoren» (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 101), die einerseits eine positive Eskalation im System begünstigen, und andererseits durch die positive Eskalation zusätzlich gestärkt werden. «Strukturelle und emotionale Sicherheit», «Unterstützung des Selbstwertgefühls», sowie eine gute «Vertrauensbasis» (beispielsweise zu Professionellen Unterstützungspersonen) sind sogenannte «*Stabilitätsbedingungen*» (ebd.: 213), welche die Grundlage zur Entfaltung weiterer dynamischer Faktoren bilden (vgl. ebd.: 215). Aus «*Verstehen*» können in Bezug auf den Veränderungsbedarf «*attraktive und realistische Ziele*» formuliert werden. Die Soziale Arbeit ist herausgefordert dafür Erfahrungsräume zu schaffen in den Lebensführungssystemen ihrer Klientel, oder auch in einzelnen Handlungssystemen wie beispielsweise der Familie. Wenn in der realen Lebensführung die gesetzten Ziele erfolgreich umgesetzt werden können, führt dies zur «*Erfahrung von Sinn, Sicherheit und Selbstwirksamkeit*», daraus resultiert «*Motivation*» und ein gestärkter «*Selbstwert*» (vgl. ebd.). Die dynamischen Faktoren haben im Veränderungsprozess eines Lebensführungssystems eine sehr wichtige Bedeutung, da sie neben den extern zugeführten Hilfeleistungen, wie beispielsweise einer professionellen Intervention, wie einen internen Motor bilden, um positive Prozesse auch bei Misserfolgen weiter anzutreiben (vgl. ebd.: 115). Diese nach Sommerfeld et al. (2016) bedeutsame Wirkung der dynamischen Faktoren bestätigt sich auch in der Forschung zu Resilienz und Recovery⁶.

⁶ Recovery meint nach Webber (2010) « [...] a process whereby individuals or families restore rights, roles and responsibilities lost through illness, disability or other social problems. It requires hope and empowerment, supported by a vision for a different way of being. [...]» (Webber 2010 zit. nach British Journal of Social Work 2015). Dabei zielt Recovery in Bezug auf psychische Erkrankung laut Sommerfeld et al. sowohl auf Heilung oder «Beherrschung der Symptome» als

Für die Soziale Arbeit mit suchtbelasteten Familien bedeutet dies, dass Interventionen (z.B. Begleitung und Beratung der Familie während und nach Klinikaufenthalt eines Familienmitglieds) im Familiensystem Prozesse in Gang setzen und unterstützen sollen, die die Erfahrung der dynamischen Faktoren fördern. Es gilt einen Raum mitten in den realen Lebenszusammenhängen der Familien zu schaffen, wo Familienmitglieder neues Verhalten ausprobieren können und durch Erfolgserlebnisse in den dynamischen Faktoren gestärkt werden. Abbildung 4 verschafft einen guten Überblick, über die Rolle der dynamischen Faktoren und die Prozesse, die in Gang gesetzt werden, durch die Bearbeitung der, mit der problematischen Integration in Zusammenhang stehenden, Bewältigungsaufgaben im Lebensführungssystem.

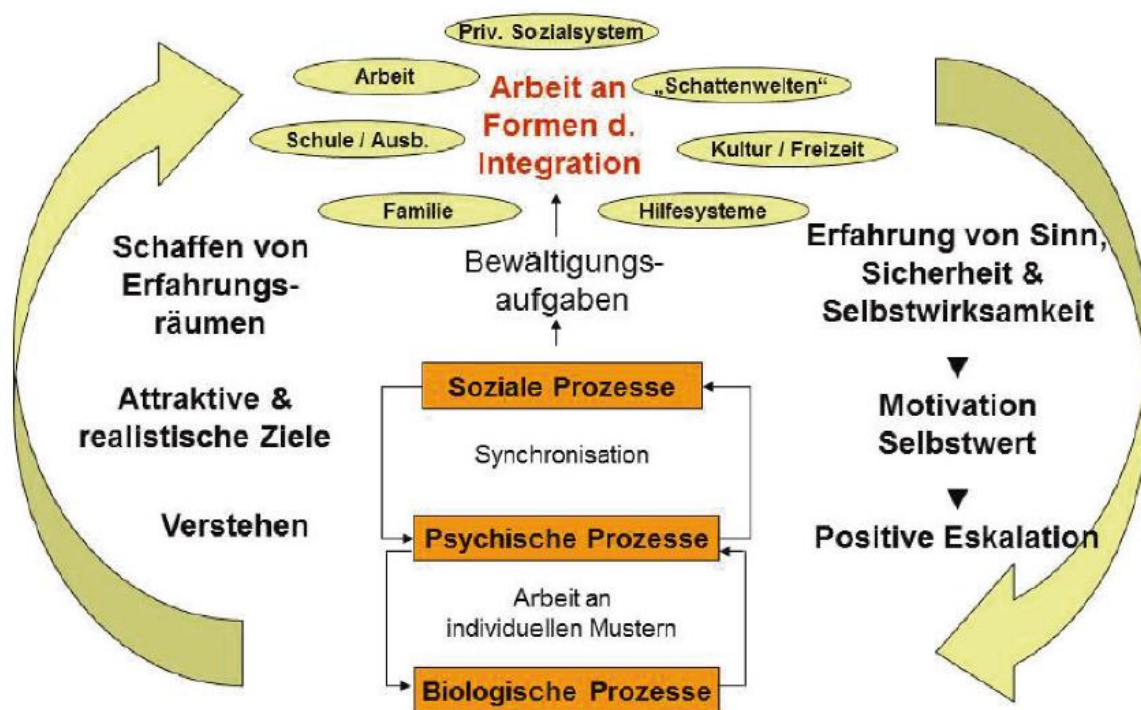


Abbildung 4: Dynamische Faktoren und die Funktion der Sozialen Arbeit im Hilfeprozess (in: Sommerfeld 2016: 204)

Neues Verhalten zu erlernen bedeutet auch die Arbeit an der psychischen Potentiallandschaft der einzelnen betroffenen Individuen. Das neu erlernte Verhalten muss sich danach im realen Familienleben bewähren, damit es längerfristig beibehalten wird. Weil in der Realität biologische, psychische und soziale Prozesse nicht unbeeinflusst voneinander ablaufen müssen auch die in interdisziplinärer Kooperation bearbeiteten psychotherapeutischen

auch auf ein subjektiv «gutes» Leben *mit* einer psychischen Erkrankung (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 211). Sommerfeld et al. weisen auf die hohe Übereinstimmung der Recovery-Faktoren mit den Resilienzfaktoren hin (vgl. ebd.: 215). Eine von Sommerfeld et al. (2016) übernommene tabellarische Abbildung von förderlichen und hinderlichen Recovery-Faktoren ist im Anhang zu finden.

und medizinischen Hilfeprozesse, mit den sozialen Interventionen gut abgestimmt und synchronisiert werden (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 203). Daraus ergibt sich eine wichtige Koordinationsaufgabe, welche als Teil des «sozialtherapeutischen Case-Managements» sinnvollerweise dem Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit zugewiesen werden kann (vgl. Sommerfeld 2016: 30).

Folgendes Zitat von Sommerfeld et al. (2016) fasst zusammen, welche Zielperspektive sich für die Soziale Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen ergibt.

«Es geht also einerseits darum, einen möglichst gelingenden Integrationsprozess [...] zu strukturieren, zu unterstützen und über das stationäre oder ambulante Versorgungs- und Behandlungssystem hinaus in der Lebenswelt der psychisch Kranken unterstützend und beratend zu begleiten, so dass eine Form der Lebensführung entsteht, die vom Subjekt als „gutes Leben“ kodiert wird.» (Sommerfeld et al. 2016: 174)

«Gutes» Leben oder allgemein Lebensführung vollzieht sich in mehreren relevanten Handlungssystemen, weshalb in der Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen auch weitere Handlungssysteme der Familienmitglieder nicht unbeachtet bleiben sollten, insbesondere da Prozesse der «negativen Eskalation» über die Grenzen des Familiensystems Auswirkungen haben. Dies bedeutet jedoch auch, dass wenn es gelingt, zum Beispiel mit sozialarbeiterischen Interventionen, im für die Integration und Lebensführung besonders prägenden Familiensystem «positive Eskalationen» ins Rollen zu bringen, aus denen die Entstehung neuer psycho-sozialen Dynamiken hervorgehen, die sich positiv auf die biopsychischen Prozesse und damit auf das Wohlbefinden der Individuen auswirken, diese Veränderung auch einen positiven Einfluss haben auf andere Handlungssysteme der einzelnen Familienmitglieder. Die genannten Zielperspektiven können in der Arbeit mit suchtbelasteten Familien im Hinblick auf die Resilienzförderung sowohl für psychisch erkrankte Familienmitglieder, als auch für diejenigen Familienmitglieder gesundheitsfördernd sein, deren Gesundheitszustand keine klinisch relevanten Beeinträchtigungen aufweist.

6.3 Überleitung zur Interventionsmethode

Im Verlauf dieser Arbeit wurden die teilweise schwerwiegenden Belastungserfahrungen von Angehörigen suchterkrankter Menschen aufgezeigt und mit der Erklärung zirkulären Prozesse im Familiensystem in einen grösseren, systemischen Zusammenhang gebracht.

Die systemische Familienberatung (z.B. Burnham 1995) bezieht das bereits vorgestellte Wissen über psycho-soziale Dynamiken in Familiensystemen in den Hilfeprozess mit ein und wird deshalb im Folgenden als eine mögliche Interventionsmethode für die Sozialen Arbeit mit suchtbelasteten Familien vorgestellt. In einem weiteren Schritt wird die Methode in Bezug auf ihre Eignung für die Arbeit mit dieser spezifischen Klientel reflektiert. Dafür wird sie mit den genannten Aufgaben der Sozialen Arbeit verglichen und in diesem

Zusammenhang insbesondere auch die Möglichkeit zur Stärkung der dynamischen Wirkfaktoren durch die systemische Familienberatung betrachtet.

7 Systemische Familienberatung und -therapie

Schwing und Fryszer verwenden die Begriffe «systemische Beratung und Familientherapie» im gleichnamigen Werk synonym, da systemische Beratung und Therapie mit der gleichen Grundhaltung und denselben Methoden arbeiten und sich «in ihrem Vorgehen sehr ähneln» (Schwing/Fryszer 2016: 13). Die Autorin ist sich bewusst, dass die Begriffe in der Fachwelt teilweise je der Psychologie (Therapie) und anderen Berufsgruppen, beispielsweise der Sozialen Arbeit (Beratung) zugeteilt werden. Sommerfeld et al. (2016) schreiben dazu, dass die Soziale Arbeit jedoch durchaus auch über Methoden verfügen muss um (sozial-)therapeutisch in konkrete Handlungssysteme intervenieren zu können, beispielsweise um die soziale Dimension von psychischer Krankheit zu bearbeiten (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 246). Da die Soziale Arbeit sowohl sozialtherapeutisch mit suchtbelasteten Familien arbeitet und gleichzeitig auch zu spezifischen Anliegen beraten kann, beispielsweise in der Beratung von Eltern mit einer Suchterkrankung, wird in vorliegender Arbeit bewusst eine synonyme Verwendung der Begriffe Familienberatung und Familientherapie gewählt. Der einfacheren Schreibweise halber wird das Präfix «systemische» weggelassen. Es folgt nun ein Einblick in die Grundlagen der Familientherapie.

7.1 Kurzer Exkurs zur Entstehung der Familienberatung

Die Entstehung der Familienberatung geht nicht auf eine einzelne Person zurück. Vielmehr begann in den fünfziger Jahren ein allgemeines Umdenken, weg von linearen Kausalitäten hin zur Betrachtung von Phänomenen als sich in Wechselwirkungen bildende komplexen Zusammenhängen. Dieses Umdenken vollzog sich nicht nur in sozialen Berufen, sondern etwa zur gleichen Zeit auch in der Physik, Chemie und in weiteren wissenschaftlichen Disziplinen (Schwing/Fryszer 2016: 15ff). Als bedeutende Pioniere der Familientherapie können Gregory Bateson, Virginia Satir, Salvador Minuchin, Jay Haley, Theodore Lidz und Lynn Wynne sowie Paul Watzlawick genannt werden (vgl. ebd.: 15f). Sie kommen aus den Fachbereichen Psychologie und Soziale Arbeit und stellten fest, dass wenn Angehörige ihrer Klientel in die Behandlung miteinbezogen werden, sich Probleme viel besser verstehen und lösen lassen (vgl. ebd.: 16).

7.2 Das fallrelevante Familiensystem

Durch Abgrenzung zu seiner Umwelt definiert sich ein System. Luhmann beschreibt das Verhältnis zwischen System und Umwelt wie folgt:

«Als Ausgangspunkt jeder systemtheoretischen Analyse hat [...] die Differenz von System und Umwelt zu dienen. Systeme sind nicht nur gelegentlich und adaptiv, sie sind strukturell an ihrer Umwelt orientiert und könnten ohne Umwelt nicht bestehen. Sie konstituieren und erhalten sich durch Erzeugung und Erhaltung einer Differenz zur Umwelt, und sie benutzen ihre Grenzen zur Regulierung dieser Differenz. (Luhmann 1994 zit. nach Barthelmess 2001: 22)

Ein alltägliches Beispiel dafür, wie Familiensysteme ihre Grenzen nutzen um eine Differenz zwischen Umwelt und System zu erzeugen und zu erhalten findet sich in Kapitel 3.2.1 dieser Arbeit. Dort wurden die Aufgaben von Familien beschrieben und dabei unter anderem ihre Herausforderung genannt, mit öffentlichen Organen zu kooperieren, was vom Familiensystem eine gewisse Öffnung nach aussen verlangt und gleichzeitig auch immer wieder eine neue Aushandlung darüber, was privat bleibt und was der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird.

Um mit Familiensystemen arbeiten zu können braucht es Wissen darüber, aus welchen Beziehungen dieses System besteht, oder anders formuliert, welche Personen durch Interaktion das Familiensystem bilden und wo sich das Familiensystem bewusst oder unbewusst von seiner externen Umwelt abgrenzt. Während im Alltagsverständnis eine Familie typischerweise aus Kind(ern) und Eltern besteht, ist für die Systemdefinition in der Familienberatung entscheidend welche Handlungszusammenhänge beobachtet werden können. Barthelmess (2001) macht in diesem Zusammenhang das Beispiel von Grosseltern, die häufig die Enkel beaufsichtigen und deshalb auch in die Familienberatung einbezogen werden (vgl. ebd.: 23). Es ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass das Familiensystem auch aufgrund der wandelnden Familienformen (vgl. Kapitel 3) nicht immer auf den ersten Blick erkennbar ist. So mag für einige Personen beispielsweise der Stiefvater zu den nächsten Angehörigen gehören, während keine Beziehung zum leiblichen Vater besteht, oder Grosseltern werden für einige Menschen zum Familiensystem gezählt, während andere kaum regelmässigen Kontakt mit ihren Grosseltern pflegen. Die Soziale Arbeit ist deshalb in der Familientherapie herausgefordert das relevante Familiensystem zu definieren und dabei insbesondere die subjektiven Sichtweisen der Klientel einzubeziehen, um wichtige Informationen zu erhalten, weshalb jemand zum Familiensystem gezählt wird oder eben gerade nicht. Diese subjektiven Sichtweisen der Klientel gilt es dann in eine erste, für die Fallbearbeitung sinnvolle Systemdefinition mit einzubeziehen, die sich im Verlaufe des Therapieprozesses auch wandeln kann. Ein wichtiger Hinweis zum fallrelevanten Familiensystem ist, dass in Beratungsgesprächen nicht unbedingt alle Personen immer persönlich anwesend sein müssen. Entscheidender ist das Bewusstsein des Beratenden darüber, mit welchen Systemmitgliedern die Anwesenden in relevanten Handlungszusammenhängen stehen (vgl. Barthelmess 2001: 23).

7.3 Problemverständnis in der systemischen Familientherapie

Probleme sind nach Burnham (1995) «Teile sich wiederholender Handlungsabläufe [...], die einerseits das Problem aufrechterhalten und andererseits durch das Problem aufrechterhalten werden» sie sind in dem Sinne Ausdruck von Beziehungen (vgl. Burnham 1995: 27). Schwing und Fryszer beschreiben Probleme im systemischen Verständnis als «misslungene Lösungsversuche für eine schwierige Situation», nicht als Fehlverhalten, sondern als ein «Symptom», das im entsprechenden Beziehungskontext eine ganz spezifische Funktion übernimmt (Schwing/Fryszer 2016: 11). Diese besondere Art und Weise, wie Probleme gedeutet werden, haben Einfluss auf die Prinzipien, mit denen in der systemischen Beratung mit Familien gearbeitet wird.

7.4 Rolle der beratenden Person

Die beratende Person ist herausgefordert eine vertrauensvolle Basis zu den Familienmitgliedern aufzubauen. Während sie alle Sichtweisen der Systembeteiligten mit einer neutralen Grundhaltung anhört, verbündet sie sich mit allen und gleichzeitig mit niemandem (vgl. Palazzoli et al. 1981 zit. nach Barthelmess 2001: 127). Systemisch Beratende sehen die Klientel als Experte ihres Lebens (vgl. Schwing/Fryszer 2016: 58). Sie treten in der Beratung deshalb nicht als «Wissensexperte» sondern als «Prozessbegleitende» auf und bieten der Familie anstelle eines «besser Wissens» ein «anders Sehen» an, wie Barthelmess (2001: 119) dies beschreibt und in diesem Zusammenhang auf die «konstruktivistische Bescheidenheit» der beratenden Person verweist (ebd.: 128). Damit ist deren stetige Bereitschaft gemeint, eigene Annahmen zu hinterfragen und davon auszugehen, dass gewählte Interventionen nicht «falsch» oder «richtig», «sondern hilfreich oder nicht hilfreich» sein können (ebd.: 128f). Eigene Sichtweisen der Beratenden begleiten diese während des Beratungsprozess in Form sogenannter «Hypothesen» (vgl. ebd.: 130). Letztere sind Überlegungen der beratenden Person, dazu in welchen Zusammenhängen mit den verschiedenen Ebenen des Familiensystems die Symptome auftreten (vgl. ebd. 121). Entsprechend den Rückmeldungen des Systems zur Wirksamkeit der daraus abgeleiteten Interventionen, stehen Hypothesen in ständiger Überprüfung und Modifizierung (vgl. ebd.). Burnham (1995) nennt systemisch Beratende treffend «aktive Werkzeuge der Veränderung» (Burnham 1995: 88), die Veränderungen von problematischen Familienmuster zu erzielen beabsichtigen (vgl. ebd.: 185).

7.5 Wirkfaktoren der systemischen Familientherapie

Systemische Interventionen mit Familien bestehen nach Burnham (1995) meist aus drei Hauptschritten. Erstens werden die bereits erfolgten Anstrengungen der Familie, mit dem Problem umzugehen beglückwünscht und schmerzliche Erfahrungen und Gefühle dabei anerkannt. Zweitens wird das Problem sprachlich so (um)formuliert, dass erkennbar wird, in welchem Beziehungszusammenhang das Symptom auftritt und damit die lineare Kausalität unterbrochen, zu der die Familien bei Problembeschreibungen meist neigen. Drittens wird auf direkte oder indirekte Art eine Handlungs Idee vorgeschlagen. (vgl. Burnham 1995: 189). Beispielsweise können solche Handlungs Ideen Aufgaben sein, die die Familie zwischen den Gesprächsterminen «zu erledigen» hat und von der die beratende Person, aufgrund der aus dem Gespräch gebildeten Hypothesen zu Familienmuster, eine Veränderung in den Beziehungen der Familien erwartet (vgl. ebd.: 187). Obwohl sich in der Familientherapie eine Vielzahl von methodischen Ansätzen entwickelt hat, die im Rahmen dieser Arbeit nicht detailliert vorgestellt werden können, gibt es einheitliche Grundsätze. Der Einbezug dieser «Wirkfaktoren» wie Schwing und Fryszer (2016: 20) sie nennen, ist entscheidend, für die spezifische Art und Weise, wie die Familienberatung problemlösende Wirkung erzielt. Die Wirkfaktoren werden nun in Anlehnung an Schwing und Fryszer (2016) vorgestellt.

7.5.1 Perspektivenwechsel

(Familien)systeme verändern sich, durch systeminterne oder systemexterne Veränderungen und Ereignisse (biologisches älter werden, Krankheiten, Heirat, Tod...) (vgl. Schwing/Fryszer 2016: 37f). Sie verändern sich auch durch Verhaltensänderung der Systembeteiligten (vgl. ebd.: 38). Weil Menschen neues Verhalten nur dann erlernen können, wenn sie neue Informationen erhalten und dadurch eine Situation neu beurteilen, also ein «Perspektivenwechsel» (ebd.: 34) stattfindet und ihnen deshalb ein anderes Verhalten sinnvoll erscheint, ist es eine wertvolle Ressource in der Familientherapie, die verschiedenen Sichtweisen der Familienmitglieder zur Sprache kommen zu lassen (vgl. ebd.). Dabei ist es wichtig, dass von der beratenden Person zunächst eine ruhige und wertfreie Atmosphäre geschaffen wird, die es zulässt, dass von den Familienmitgliedern unterschiedliche, sich möglicherweise widersprechende aber vom Einzelnen als «wahr» beurteilte Sichtweisen zu einem Sachverhalt in einem ersten Schritt geäußert werden können (vgl. ebd. 37). Jedes Familienmitglied hat seine eigene subjektive Wahrnehmung und diese enthält interessante Informationen über Interaktionen im System. Die Familienmitglieder werden her-

ausgefordert, anstatt ihre eigene Meinung zu verteidigen und auf ihren Standpunkt zu beharren, einen Sachverhalt aus der Perspektive eines anderen Familienmitglieds zu sehen. Dafür können sogenannte «zirkuläre Fragen» gestellt werden (Burnham 1995: 148). Dies kann in der Anwesenheit aller Beteiligten geschehen oder die Rolle einer nicht anwesenden Person kann mit entsprechenden Fragen erkundet werden («*Was würde Person A dazu sagen, wenn sie noch leben würde/ wenn sie heute hier wäre?*»). Beispiele für zirkuläre Fragen in suchtblasteten Familien könnten sein: «*Wer denkst du, leidet am wenigsten unter der Suchterkrankung deines Bruders?*» oder auch «*Was glauben Sie, denkt Ihr Ehemann darüber, wenn Sie Ihren (suchterkrankten) Sohn möglichst vor den unangenehmen Konsequenzen seines Verhaltens schützen wollen?*» Solche zirkulären Fragen haben nicht nur den Effekt, dass die beratende Person mehr Informationen über familiäre Beziehungen und Handlungszusammenhänge bekommt, sondern die Familienmitglieder werden zusätzlich zum Nachdenken angeregt (vgl. ebd.) und erfahren wie andere einen Sachverhalt oder sie als Person wahrnehmen, wodurch sich möglicherweise die eigene Perspektive verändern lässt (vgl. Schwing/Fryszter 2016: 39).

7.5.2 Beziehung

Der Wirkfaktor «Beziehung» (ebd.: 20) weist darauf hin, dass es in der Familienberatung im Kern darum geht, Beziehungen, oder nach Sommerfeld et al. (2016: 246), die «psycho-soziale Dynamik» der Familie zu bearbeiten. Mit dem Verständnis aus Kapitel 3 über die intime gegenseitige Bezugnahme der Familienmitglieder im alltäglichen Handeln, wurde bereits aufgezeigt, wie emotional familiäre Beziehungen codiert sind und dass der Mensch, sowohl Kinder, als auch Erwachsene laut Funcke und Hildenbrand der familiären Solidarität und Geborgenheit bedürfen (vgl. Funcke/Hildenbrand: 163). Schwenzer (2018) beschreibt die Familienberatung in dem Sinne als einen Ort, « [...] an dem Menschen in ihrer ganz individuellen Beziehungssehnsucht zwischen Ich und Wir begleitet und gestärkt werden können (Schwenzer 2018: 119). Die Beziehungsgestaltung in Familien werden in unterschiedliche Interaktionsarten⁷ eingeteilt, die bei starrer Interaktion problematisch werden und eskalieren können. Als Beispiel dafür wurden im Kapitel 5 die sich stets verfestigenden Rollenmuster in co-abhängigen Familiensystemen aufgeführt. In der Familientherapie gilt es, diese Muster im familialen Beziehungsgeflecht mit dem Verständnis der dahinter liegenden «Glaubenssätze» (vgl. Burnham 1995: 43) zu verstehen und zu bearbeiten, weil Probleme in der Familientherapie nicht als Charakteristika einzelner Person, sondern als Ausdruck von Beziehungen verstanden werden (vgl. ebd.: 1995: 27).

⁷ Für eine eingehendere Beschreibung der verschiedenen Interaktionsmodalitäten wird auf Burnham 1995: 32-36 verwiesen.

Die Kehrseite davon, Probleme anhand von Beziehungen zu verstehen, bedeutet auch die Problemlösung in der Bearbeitung der Interaktionsmuster zu suchen. Hier liegen nicht nur grosse Risikofaktoren verborgen, wenn Beziehungen brüchig und instabil oder starr sind, sondern auch grosse Ressourcen sozialer Unterstützung bei positiven Beziehungen. Diese haben auf das individuelle Wohlbefinden wichtigen Einfluss, wie in Abbildung 3 dargestellt wurde. Deshalb gilt es in der Familientherapie, die teilweise durch aktuelle Stresssituationen verschütteten Beziehungen zu bearbeiten und aus ihnen tragfähige Beziehungen aufzubauen (vgl. Schwing/Fryszner 2016: 22f). Es ist an dieser Stelle zu sagen, dass es in der Familienberatung gegebenenfalls auch darum gehen kann, systemexterne soziale Beziehungen zu (re)aktivieren im Hinblick auf zusätzliche soziale Unterstützung und Entlastung der Familie. Bei der Betrachtung der Belastungserfahrungen für Kinder von suchterkrankten Eltern (siehe Kapitel 5.4) fällt auf, dass durch die Bearbeitung der Eltern-Kind-Beziehung oder allenfalls durch die Stärkung der Beziehung zu weiteren nahen und unterstützenden Bezugspersonen, die Risikofaktoren für betroffene Kinder abgeschwächt werden können. Welche Wirkung es hat, dass in der Familientherapie der Beziehungsfaktor berücksichtigt wird, beschreiben Schwing und Fryszner auch in Bezug auf die Rolle des Beratenden. Ein interessierter, wertschätzender Umgang mit der Klientel und eine Fokussierung auf deren Stärken und Ressourcen und nicht nur auf Probleme schafft Raum, damit sich die Familienmitglieder selbstwirksam erleben (vgl. Schwing/Fryszner 2016: 24).

7.5.3 Kontextualisierung

Der Wirkfaktor «Kontextualisierung» (ebd.: 27) knüpft direkt am Wirkfaktor Beziehung an. Kontextualisierung meint grundsätzlich die Handlungszusammenhänge der Beziehungen mit wichtigen biografischen und familiengeschichtlichen Ereignissen sowie den aktuellen Lebensumständen in einen Zusammenhang zu bringen. Der systemische Beratungsansatz geht davon aus, dass jedes Verhalten sinnvoll ist, bezogen auf den sozialen Kontext in dem ein Individuum sein Leben führt, weshalb auch davon ausgegangen wird, dass Verhalten nur in Bezug zum entsprechenden sozialen Kontext verstanden und verändert werden kann (vgl. ebd.: 30). Familientherapeutische Problembearbeitung hat in diesem Sinn das Ziel, einen Kontext A zu verändern, so dass das problematische Verhalten in einem neuen Kontext B überflüssig und sinnlos wird und ein neues Verhalten entstehen kann (vgl. ebd.).

Sommerfeld et al. (2016: 103) halten fest, dass in der Biographie von Menschen mit einer psychischen Erkrankung «oft kritische Lebensereignisse (z.B. Gewalt, Tod eines Familienmitgliedes) vorausgehen, die das ganze Lebensführungssystem destabilisieren». Neben anderen möglichen Entstehungskontexten kann auch eine Suchterkrankung auf Grund der Auswirkungen eines solches kritisches Lebensereignis entstehen. Diese Zusammenhänge

werden mithilfe von Kontextualisierung herausgearbeitet um Verhalten verstehbar zu machen. In Kapitel 5.1 wurden verschiedene Abwehrmechanismen vorgestellt, mit denen Familienmitglieder auf Belastungen durch die Suchterkrankung reagieren («Familienheldin», «Familienrebellin», «passive Erwachsene» oder «verlorenes Kind»). Es wurde auch erwähnt, dass diese Verhaltensweisen im co-abhängigen Familiensystem erlernt, dadurch in der psychischen Potentiallandschaft des jeweiligen Individuums verinnerlicht, und als Teil seiner Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster auch in anderen Beziehungen angewendet werden. Die genannten Abwehrmechanismen prägen die Beziehungen und den Umgang in der Familie, und sind in Bezug auf die Suchterkrankung «sinnvolle» Strategien der Familienmitglieder, um sich gegen die erlebten Belastungen zu schützen. Dass diese Strategien auch nachhaltig schädlich sind, zum Beispiel in Bezug auf andere soziale Beziehungen und damit letztlich auch auf die Bedürfnisbefriedigung der Individuen, wurde im Kapitel 5 ebenfalls dargestellt. Auch solche krankmachenden Muster sollen durch Kontextualisierung der Verhaltensweisen erkenn- und bearbeitbar gemacht werden.

Eine, in der Familientherapie oft angewandte Darstellung des familialen Kontextes ist das Genogramm (z.B. Burnham 1995: 47-54), mithilfe dessen ein Familiensystem und seine Beziehungsgeflechte, ähnlich einem Stammbaum aufgezeichnet werden. Das Genogramm kann sich auf die Familie beschränken oder auch weitere relevante soziale Beziehungen der Familie in die Aufzeichnung einbeziehen (vgl. ebd.: 47). Mit spezifischen Symbolen, beispielsweise für innige oder konfliktbehaftete Beziehungen, die zwischen den Familienmitgliedern bestehen, werden Beziehungsdynamiken abgebildet (vgl. Schwing/Fryszter 2016: 31). Auch können im Genogramm beispielsweise Daten zu in der Familiengeschichte aufgetretenen Krankheiten, sowie zu deren Bewältigung gesammelt werden (vgl. ebd.: 104). Solche Darstellungen helfen, sich wiederholende und in Bezug auf die Systemordnung zwar sinnvolle, jedoch für das Wohlbefinden der Familienmitglieder problematische Handlungszusammenhänge zu erkennen und in ihrem sozialen Kontext zu verstehen.

7.5.4 Reframing

«Reframing» (Schwing/Fryszter 2016: 43) meint, ein problematisches Verhalten umzudeuten, oder eben «in einen neuen Rahmen zu stellen». In der Familienberatung geht man davon aus, dass hinter jedem Verhalten eine ganz spezifische «Absicht» oder «Botschaft» liegt, die durch problematisch wahrgenommene Folgen des Verhaltens oftmals von den anderen Familienmitgliedern nicht wahrgenommen wird, weil der Fokus so sehr auf dem «Problem» liegt (vgl. ebd.: 45). Gelingt es, die einem störenden Verhalten zugrunde liegende Botschaft zu benennen und das Verhalten umzudeuten, ist das bereits der erste Schritt, um neue Handlungsmöglichkeiten zu erschliessen (vgl. ebd.: 47). Ein Beispiel für

Reframing des rebellischen Abwehrmechanismus eines co-abhängigen Familienmitglieds könnte sein (sofern im Gespräch die Hypothese bestätigt wird, dass sich das betreffende Familienmitglied mit seinem Verhalten Aufmerksamkeit von den Eltern wünscht) : *Du hast eine erstaunliche Fähigkeit, die Aufmerksamkeit deiner Eltern zu gewinnen, ich kenne nicht viele, die das so gut beherrschen! Stell dir mal vor was passieren würde, wenn du lernst diese Fähigkeit so anzuwenden, dass du dabei nicht ständig Probleme bekommst!*

7.5.5 Ressourcenorientierung

Die Fokussierung auf problematischen Sacherhalten führt laut Schwing und Fryszer nicht unbedingt zu guten Lösungen derselben (vgl. ebd.: 49f). Um Familien aus der Problemfokussierung zu lösen, wird in der Familienberatung viel Wert daraufgelegt, kleinste Erfolge zu feiern und zu benennen. Das erfordert von der beratenden Person gute Beobachtungsfähigkeit für kleinste Veränderungen (vgl. ebd.: 52). Wenn beispielsweise bemerkt wird, dass die Familienmitglieder einander zuhören, ohne sich gegenseitig zu unterbrechen oder zu korrigieren, kann dies bereits als Erfolg gelobt werden (vgl. ebd.: 53).

Die Familien werden auch selbst aufgefordert Stärken und Erfolge zu nennen, denn sogar bei scheinbar vielschichtigen Problemen gibt es Ressourcen von einzelnen Personen oder von der ganzen Familie zu entdecken und die Familientherapie verwendet darauf idealerweise mehr Zeit als auf die detaillierte Analysierung dessen, was problematisch ist (vgl. ebd.: 50). Der Wirkfaktor «Ressourcenorientierung» (ebd.: 49) hängt eng mit dem Faktor «Reframing» zusammen. Oft findet sich auch in störenden Verhaltensweisen Fähigkeiten, die in anderen Situationen durchaus als Stärken beschrieben werden können (siehe Beispiel Reframing des rebellischen Abwehrmechanismus) (vgl. ebd.: 46). Gelingt es der beratenden Person mit viel Feingefühl gezielte Komplimente zu machen, und die Familie auf reale Ressourcen hinzuweisen, motiviert und stärkt dies die Familie für den Lösungsfindungsprozess und gibt ihnen ein Gefühl der Hoffnung (vgl. ebd.: 51).

7.5.6 Lösungsorientierung

«Lösungsorientierung» (ebd.: 54) richtet den Blick weg von Problemen und rückt stattdessen, wie es der Begriff bereits sagt, die praktische Lösungsfindung in den Vordergrund (vgl. ebd.: 58). Lösungsorientierte Fragen, wie zum Beispiel die Frage nach problemfreien Momenten, sogenannten «Ausnahmen» geben Aufschluss über mögliche Lösungswege und zeigen Ressourcen, über die die Familie bereits verfügt und in den Lösungsfindungsprozess einbezogen werden können (vgl. ebd.: 57f). Die Ressourcenorientierung ist ebenfalls wichtiger Bestandteil der Lösungsorientierung, oft treten die Begriffe deshalb gemeinsam als «Lösungs- und Ressourcenorientierung» auf (z.B. Barthelmess 2001: 135). Gemäss

Schwing und Fryszer sind Veränderungen eher möglich, wenn sich Menschen erfolgreich und selbstwirksam erleben (vgl. Schwing/Fryszer: 57). Damit dies passiert, ist es in der Lösungsfindung auch wichtig, erreichbare Ziele zu setzen (vgl. ebd.). Erste Schritte zu einer Lösung können beispielsweise mit der «Wunderfrage» eingeleitet werden. Dabei werden die Familien gebeten, sich vorzustellen, an was sie bemerken würde, dass das «Problem» über Nacht verschwunden wäre (vgl. ebd.: 59). Dies regt die Familienmitglieder auf kreative und spielerische Art und Weise dazu an, sich Gedanken über mögliche kleine Schritte zu einer Lösung zu machen. Diese können dann beispielsweise auch gleich in Form eines Rollenspiels durchgespielt und ausprobiert werden (vgl. ebd.).

7.5.7 Neurobiologie des Lernens⁸

Mit Bezug zur Neurobiologie schreiben Schwing und Fryszer (2016), unter welchen Umständen Menschen am einfachsten und nachhaltigsten lernen, da eine Verhaltensänderung immer das Erlernen eines neuen Verhaltens voraussetzt. Dabei bestätigt sich der erste Wirkfaktor «Beziehungen». Gute Beziehungen, oder auch physische Berührungen, sowie ein «gutes Gespräch» werden von den Autoren als Beispiele für Faktoren genannt, die die Ausschüttung von Stresshormonen senken und dazu führen, dass das menschliche Hirn besser arbeiten kann. Dadurch werden Motivation, Ausdauer, Problemlösefähigkeit und Kreativität gesteigert (vgl. ebd.: 64). Nicht nur die, durch den Beratungsprozess verbesserten familialen Beziehungen, sondern auch eine gute Vertrauensbasis zur beratenden Person stärken die Lernbereitschaft der Familienmitglieder (vgl. ebd.). Durch das Bewusstwerden ungekannter Ressourcen steigert sich die Neugier und Lernbereitschaft der Familienmitglieder und insbesondere auch ihr Selbstwert wird gestärkt, was zusätzlich zum Erlernen neuen Verhaltens beiträgt (vgl. ebd.: 65).

⁸ Die hier nur kurz genannten Sachverhalte beschreiben sehr ähnlich wie die in Kapitel 4.3.1 vorgestellten Bezügen zum «Gehirn als soziales Organ», Prozesse des Erlernens von neuem Verhalten (im Konzept Lebensführung und Integration als Veränderung der KEV genannt). Auch zu den Erkenntnissen menschlicher Genexpression in Kapitel 4.4 lässt sich an dieser Stelle ein Bezug herstellen. Der Vollständigkeit halber wurde dieser Wirkfaktor systemischer Familienberatung hier trotzdem in Anlehnung an Schwing und Fryszer (2016) aufgeführt.

7.6 Reflexion der vorgestellten Methode für die Arbeit mit suchtbelasteten Familien

Die systemische Familienberatung bearbeitet nicht in erster Linie «Symptome», sondern Interaktionsmuster von Familiensystemen. Wie in Kapitel 1 beschrieben, findet die Integration eines Individuums in konkrete Handlungssysteme durch Interaktion, oder anders formuliert, durch aktives «in Beziehung treten» mit anderen Systembeteiligten statt.

Der Bedarf verbesserter Integrationsbedingungen bezieht sich in Anbetracht der Belastungserfahrungen von Angehörigen von suchterkrankten Menschen (vgl. Kapitel 5) und in Bezug auf die Suchterkrankung als soziales Problem (vgl. Kapitel 4), auf alle Familienmitglieder. Wenn es gelingt, die in Bezug auf das Wohlbefinden der Systembeteiligten dysfunktionalen Beziehungen zu «verbessern», wird dadurch auch eine Verbesserung der Integration und damit, wie in Kapitel 4 beschrieben, eine Verbesserung der Chancen zur Bedürfnisbefriedigung stattfinden. In Kapitel 6 wurde aufgezeigt, dass für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die in einem externen Setting und dabei oft ausschliesslich auf bio-psychischer Ebene behandelt wurden, ein grosses Rückfallrisiko besteht, weil sich eine erfolgreiche Integration zurück in das unveränderte Lebensführungssystem sehr schwierig gestaltet, da das Individuum in dieselben Systemordnungen zurückkehrt, in der sich beispielsweise eine Suchterkrankung entwickelt hat. In diesem Zusammenhang ist ein wichtiger Aspekt der Familienberatung der Einbezug und die Bearbeitung des ganzen Familiensystems. Die Bearbeitung der Integrationsbedingungen in der Familie eines erkrankten Individuums kann bereits während und vor allem *synchron* zum stationären Behandlungsprozess beginnen und, wie Sommerfeld et al. vorschlagen, darüber hinaus fortgesetzt werden (vgl. Sommerfeld et al.:174). Zur Synchronisierung von Behandlungsprozessen bietet sich die Methode der systemischen Familienberatung geradezu an, da immer der aktuelle Lebenskontext der Familienmitglieder im Beratungsprozess «mitgedacht» wird. Hier ist die Soziale Arbeit in der Begleitung und Beratung der Familien gefordert, Hilfen und Versorgungsleistungen in Abstimmung mit den im Beratungsprozess sich herauskristallisierenden Zielen und dafür notwendigen externen Ressourcen zu koordinieren und mit interprofessionellen Unterstützungspartnern zu kooperieren. Im Kapitel 6 wurde beschrieben, dass es das Ziel Sozialer Arbeit ist, durch Intervention in konkreten Handlungssystemen eine positive Eskalation in Gang zu bringen. Dynamische Faktoren, die eine positive Eskalation begünstigen, werden durch die systemische Familienberatung gestärkt, wie anhand der beschriebenen Wirkfaktoren erkennbar wurde und folgend noch einmal zusammenfassend beschrieben wird.

Die Familienmitglieder erleben durch die Beratung, dass ihre subjektive Sichtweise wichtig ist und nicht bewertet wird, dies vermittelt emotionale Sicherheit und die Vertrauensbasis

zur beratenden Person wird gestärkt. Solche Stabilisationsbedingungen sind die Basis für die Entfaltung weiterer dynamischer Faktoren (vgl. ebd.: 213). Wenn systemisch Beratende «Probleme» umdeuten, wird der Blick auf gute Absichten hinter spezifischen Verhaltensweisen gerichtet, Ressourcen der Familienmitglieder treten in den Vordergrund und ihr Selbstwertgefühl wird gestärkt. Im Beratungsprozess kann die beratende Person, beispielsweise durch Offenlegen ihrer Hypothesen, den Familien mit viel Feingefühl helfen, die Aufrechterhaltung beispielsweise einer Suchterkrankung oder anderer Symptome der suchtbelasteten Familie im Wechselspiel der psychosozialen Dynamiken zu erkennen, ohne dabei Einzelne zu beschuldigen. Dadurch, dass den verschiedenen Sichtweisen der Systembeteiligten Raum gegeben wird, können sich die Perspektiven der einzelnen Familienmitglieder auf einen problematischen Sachverhalt verändern und es wird möglich, scheinbar unerklärliche Verhaltensweisen und familiäre Muster besser zu verstehen und neu zu deuten. Insbesondere den Lösungsfindungsprozess leitet die beratende Person mit Orientierung an Zielen, Ideen und Stärken der Familienmitglieder an, was diese ein Gefühl von Selbstwirksamkeit erleben lässt. Mit dem dadurch resultierenden Zugewinn an Selbstvertrauen formulieren die Familienmitglieder gemeinsam mit der beratenden Person realistische nächste Schritte, in Richtung einer Veränderung, welche für die Klientel auch subjektiv sinnvoll sind. Damit wird betont, dass die Familienmitglieder Experte ihres Lebens sind und für eine gute Lösungsfindung bereits vieles mitbringen. Systemisch Beratende motivieren die Familienmitglieder immer wieder durch Anerkennen und Feiern von bereits kleinen Erfolgen, die durch veränderte Verhaltensweisen während oder zwischen den Sitzungen erkennbar werden. Es wird ersichtlich, dass die systemische Beratung eine Möglichkeit ist, die Klientel auch während einer längeren Zeit zu begleiten, und dabei die nach und nach erlernten neuen Verhaltensweisen der Familienmitglieder und die Neuorganisation des Familiensystems unterstützt werden kann, bis hin zur Stabilisierung einer neuen Systemordnung mit verbesserten Integrationsbedingungen für die Familienmitglieder. Die Soziale Arbeit kommt in der Familientherapie ihrer Funktion der Schaffung von Erfahrungsräumen in der Lebensführung der Klientel nach, indem sie die Familien in realistischen Zielsetzungen und -erreicherung begleitet, die Auswirkungen auf reale soziale Zusammenhänge haben. Den Familien eröffnen sich durch die systemische Beratung neue Handlungsmöglichkeiten und dadurch einen neuen Erfahrungsraum, um neues Verhalten auszuprobieren und um sich als System neu zu organisieren.

8 Schlussfolgerung und Erkenntnisse

8.1 Diskussion der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung

Die Beantwortung folgender Fragestellung war Ziel dieser Arbeit:

Wie können Wechselwirkungen in suchtbelasteten Familien und deren Auswirkungen auf die Familienmitglieder unter Einbezug der allgemeinen Theorie der Sozialen Arbeit nach Sommerfeld et al. (2016) erklärt werden, und ist die Methode der systemischen Familienberatung, vor dem Hintergrund dieses Verständnisses, ein geeignetes methodisches Beispiel dafür, wie die Soziale Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen arbeiten kann?

Ihre Beantwortung erfolgte ausführlich mit den erarbeiteten Inhalten dieser Arbeit, insbesondere mit der Zusammenfassung der Erkenntnisse aus einem ersten Teil in Kapitel sechs, sowie in der Reflexion in Kapitel acht. An dieser Stelle findet eine zusammenfassende Ergebnispräsentation und die Beantwortung der Fragestellung durch die Beantwortung der Unterfragen statt.

- 1) *Wie können Wechselwirkungen in suchtbelasteten Familien und deren Auswirkungen auf die Familienmitglieder unter Einbezug der allgemeinen Theorie der Sozialen Arbeit nach Sommerfeld et al. (2016) erklärt werden?*

Diese erste Unterfrage wurde zusammenfassend wie folgt beantwortet:

Durch den kapitelübergreifenden Bezug zur allgemeinen Theorie der sozialen Arbeit in gelang es, eine systemische Perspektive auf die Thematik von suchtbelasteten Familien einzunehmen, die mit dem Verständnis der zirkulären Kausalität die kreisursachen Prozesse zwischen Individuen und dem Familiensystem beleuchtet und auch erklärt, wie sich diese Wechselwirkungen auf bio-psychischer Ebene der Individuen auf deren Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung, auf ihr Verhalten, und ihre (psychische) Gesundheit übertragen und von da wieder auf die Systemordnung zurückwirken. Das Verständnis, welches sich dadurch eröffnet, lässt gemeinsam mit den Bezügen zur Relevanz der Familie im Lebensführungssystem eines Menschen erkennen, dass eine Suchterkrankung auf Ordnungsmuster im Familiensystem hinweisen kann, die einerseits durch die Suchterkrankung geprägt wurden und andererseits die Suchterkrankung auch stabilisieren und/oder entstehen lassen. Wie auch das Konzept der Co- Abhängigkeit eindrücklich nahebringt, kann erwartet

werden, dass Stresserfahrungen, die durch diese Ordnungsmuster immer wieder reproduziert werden, sich auf alle Familienmitglieder nachhaltig negativ auswirken können, was durch die empirischen Bezüge über Belastungserfahrungen von Angehörigen von Suchtkranken in der Arbeit unterstrichen wurde. Wie aufgezeigt wurde, führen Ordnungsmuster von Systemen, die für die Gesundheit der Individuen schädlich sind zu diesen negativen Auswirkungen, weil die Bedürfnisbefriedigung durch mangelhafte Integration ebenfalls mangelhaft bleibt und dadurch Spannungszustände erzeugt, die sich längerfristig ungünstig auf das Wohlbefinden der Individuen auswirken.

2) Ist die Methode der systemischen Familienberatung vor dem Hintergrund dieses Verständnisses ein geeignetes methodisches Beispiel dafür, wie die Soziale Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen arbeiten kann?

Die Antwort auf diese zweite Unterfrage lautet zusammengefasst wie folgt:

Die Soziale Arbeit, deren Aufgabe die Bearbeitung der sozialen Dimension ist (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 173), ist im Hinblick auf das Wohlbefinden aller Familienmitglieder gefordert, Veränderungen von negativen Wechselwirkungen in suchtbelasteten Familiensystemen anzuregen, um dadurch eine, für das Wohlbefinden der Individuen verbesserte, Integration zu ermöglichen. Dabei gehört es auch zu ihren Aufgaben gegebenenfalls systemexterne Akteure und Ressourcen zu aktivieren, die ebenfalls dem Ziel der verbesserten Integration und damit der Verbesserung von Chancen zur Bedürfnisbefriedigung der Familienmitglieder dienen.

Die systemische Familienberatung eignet sich gut für die Bearbeitung der Systemordnung in Familien, da sie in erster Linie Beziehungen und nicht Symptome bearbeitet. Dadurch können die Familiensysteme in Phasen kritischer Instabilität auf dem Weg zu einer Neubildung der Systemordnung vor dem Zielhorizont eines subjektiv guten Lebens der Individuen begleitet, unterstützt und motiviert werden. Die systemische Familientherapie bezieht den realen Lebenskontext der Familien in die Beratung mit ein und — obwohl dies die verwendeten Theoriebezüge zur systemischen Familienberatung nicht explizit vorsehen — ist es aus Sicht der Autorin dieser Arbeit im Sinne der «Kontextualisierung» naheliegend, auch weitere externe Ressourcen und Helfersysteme, beispielsweise materielle Unterstützungen oder eine Suchttherapie, mit Zielen der Familienberatung sinnvoll zu synchronisieren, wie dies als weitere Aufgabe der Sozialen Arbeit definiert wurde.

8.2 Weiterführende Überlegungen und kritische Würdigung

Im Rahmen dieser Arbeit wurde ein Grundverständnis der psychosozialen Problematiken in suchtbelasteten Familien erarbeitet, auf dem nun weiter aufgebaut werden könnte. Der Autorin begegnete während der Literaturrecherche die Aussage, dass bestehende Angebote für suchtbelastete Familien von betroffenen Angehörigen nur wenig genutzt werden (z.B. Bischof 2018: 62). Diesen Sachverhalt liesse sich näher untersuchen und mit den vorgestellten, sowie weiteren Wissensbezügen, Optimierungsmöglichkeiten für die bestehenden Angebote der Sozialen Arbeit für Angehörige in der Suchthilfe erarbeiten. Weiter wurde im Rahmen dieser Arbeit nicht erarbeitet, wie die Soziale Arbeit ihre «Kernmethodik», wie Sommerfeld et al. (2016: 218) das sozialtherapeutische Case Management nennen, in der Suchthilfe konkret ausführen kann, was ein weiterer grundlegender Themenbereich für die Soziale Arbeit in diesem Arbeitsfeld darstellt, in Anbetracht der Herausforderungen die sich der Sozialen Arbeit bei der Bearbeitung der sozialen Dimension und der interprofessionellen Kooperation stellen. Damit die Soziale Arbeit diese Aufgabe des Case Managements erfolgreich ausführen kann ist sicherlich ein Umdenken notwendig, hin zur der Bearbeitung der sozialen Dimension durch die Soziale Arbeit, wie dies Sommerfeld et al. (2016) in dem von der Autorin dieser Arbeit hauptsächlich zitierten Werk betonen, und wie es die Erkenntnisse vorliegender Arbeit ebenfalls nahelegen. Schlussendlich wäre es sehr spannend die Bezüge die Sommerfeld et al. (2016) zur Recovery und Resilienzforschung machen und mit den dynamischen Faktoren verbinden genauer zu betrachten und zu forschen, welche weiteren Methoden der Sozialen Arbeit besonders in dieser Hinsicht einen wertvollen Beitrag in der Suchthilfe leisten können.

9 Literaturverzeichnis

Barthelmess, Manuel (2001). Systemische Beratung. Eine Einführung für psychosoziale Berufe. 2. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz.

Berk, L. E. (2005). Entwicklungspsychologie. 3. Aufl. München: Pearson.

Bischof, Gallus (2018). Auswirkungen von Suchterkrankungen auf Angehörige. In: Sucht. 64. Jg. S. 61–62.

Bischof, Gallus/Meyer, Christian/Batra, Anil/Berndt, Johannes/Besser, Bettina/Eck, Sandra/Kraus, Kristian/Möhring, Anne/Rumpf, Hans-Jürgen (2018). Angehörige Suchtkranker: Prävalenz, Gesundheitsverhalten und Depressivität. In: Sucht. 64. Jg. S. 63–72. British Journal of Social Work (2015). SocialWork and Recovery. (45). S. 1–8. DOI: [10.1093/bjsw/bcv125](https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv125).

Burnham, John B. (1995). Systemische Familienberatung. Eine Lern- und Praxisanleitung für soziale Berufe. Weinheim und Basel: Beltz.

Funcke, Dorett/Hildenbrand, Bruno (2018). Ursprünge und Kontinuität der Kernfamilie. Einführung in die Familiensoziologie. Wiesbaden: Springer VS.

Haken, Hermann/Schiepek, Günther (2010). Synergetik in der Psychologie : Selbstorganisation verstehen und gestalten. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
Hill, Paul Bernhard/Kopp, Johannes (2015). Handbuch Familiensoziologie. Wiesbaden: Springer VS.

Hofheinz, Christine/Soellener, Renate (2018). Belastungserleben Angehöriger von Suchtkranken- welche Rolle spielen Beziehungsstatus und Konsummittel? In: Sucht. 64. Jg. S. 75–83.

Kuttler, Heidi/Schwendemann, Hanna E./Bitzer, Eva Maria (2019). Die soziale Dimension akuter Alkoholintoxikationen im Jugendalter. In: SuchtMagazin. 45. Jg. (3). S. 37–41.

Laging, Marion (2018). Soziale Arbeit in der Suchthilfe: Grundlagen - Konzepte - Methoden. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Maurach, Lena-Marie/Wolstein, Jörg (2019). Identitätsentwicklung und Bewältigung weiterer Entwicklungsaufgaben bei Kindern alkoholkranker Eltern im Übergang zum Erwachsenenalter. In: Sucht. 65. Jg. (3). S. 75–83.

Moesgen, Diana/Klein, Michael/Dyba, Janina (2017). Abhängigkeitserkrankungen und Elternschaft - Herausforderungen und Möglichkeiten der Hilfe. In: Suchttherapie. 18. Jg. (2). S. 65–71.

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

Schwenzer, Helene (2018). Familie - ein Ort für Begegnungen zwischen Ich und Wir?! In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung. 36. Jg. (3). S. 118–125.

Schwing, Rainer/Fryszter, Andreas (2016). Systemische Beratung und Familientherapie. Kurz, bündig, alltagstauglich. 5. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Solèr, Maria/Süsstrunk, Simon (2019). Integrative Suchthilfe als Antwort auf biopsychosoziale Probleme. In: SuchtMagazin. 45. Jg. (3). S. 21–26.

Sommerfeld, Peter (2016). Sucht – ein medizinisches oder ein soziales Problem? In: SuchtMagazin. 42. Jg. (6). S. 27–31.

Sommerfeld, Perter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia/Hollenstein, Lea (2016). Klinische Soziale Arbeit Und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer VS.

Sommerfeld, Perter/Hollenstein, Lea/Calzaferri, Raphael (2011). Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag.

Uhlendorff, Uwe/Eutener, Matthias/Sabla, Kim-Partick (2013). Soziale Arbeit mit Familien. München: Ernst Reinhardt.

Wickert, Nadine (2015). Familien der Gegenwart. Wie Familien heute leben. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie. 14. Jg. S. 5–14. DOI: [10.1007/s11620-015-0277-x](https://doi.org/10.1007/s11620-015-0277-x).

Wiegand-Grefe, Silke/Petermann, Franz (2016). Kinder psychisch erkrankter Eltern. In: Kindheit und Entwicklung. 25. Jg. (2). S. 63–67.

9.1 Internetquellen

Bundesamt für Statistik (BFS) (2017). Familien in der Schweiz. Statistischer Bericht 2017. Neuchâtel. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-daten-banken/publikationen.assetdetail.2347880.html> [Zugriffsdatum: 09. Oktober 2019].

Bundesamt für Statistik (BFS) (o.J.). Instrumente zur medizinischen Kodierung. URL: [Instrumente zur medizinischen Kodierung](#) [Zugriffsdatum: 18. Dezember 2019].

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2019). ICD-10-GM Version 2020. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification. URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/downloads/klassifikationen/icd-10-gm/version2020/icd10gm2020syst-pdf.zip> [Zugriffsdatum: 15. Dezember 2019].

Suchtmonitoring Schweiz (2015). Alkohol- und Drogenprobleme im Umfeld im Jahr 2013. URL: https://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/marmet_ac7p14i4u8xo.pdf [Zugriffsdatum: 15. Dezember 2019].

Sucht Schweiz (2015). Es sind viele und oft sind sie alleine: Angehörige von Suchtkranken. URL: <https://www.suchtschweiz.ch/aktuell/medienmitteilungen/article/es-sind-viele-und-oft-sind-sie-alleine-angehoerige-von-suchtkranken/%20%5bZugriff> [Zugriffsdatum: 01. November 2019].

Weltgesundheitsorganisation (2014). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> [Zugriffsdatum: 15. Dezember 2019].

9.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Lebensführungssystem (in: Sommerfeld et al. 2016: 59)	13
Abbildung 2: Das 3 Ebenen Modell (in: Sommerfeld et al. 2011: 277)	20
Abbildung 3 : Das Modell nach Berkman und Krishna (2014) zeigt, wie soziale Netzwerke die Gesundheit beeinflussen (in: Solèr/Süsstrunk 2019: 22)	23
Abbildung 4: Dynamische Faktoren und die Funktion der Sozialen Arbeit im Hilfeprozess (in: Sommerfeld 2016: 204)	37

9.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Recovery–Faktoren (in: Sommerfeld et al. 2016: 212f)	56
--	----

Tabelle 1 Dimensionen, förderliche und hinderliche Recovery-Faktoren

Dimensionen	Förderlich	Hinderlich
Basale materielle Ressourcen	Lebbares Einkommen	Armut
	Sicheres und bezahlbares Wohnen	Obdachlosigkeit, unsichere Nachbarschaft
	Information über und Hilfen beim Erschliessen von Ressourcen	Barrieren im Hinblick auf Unterstützungsleistungen

Tabelle 1 (Fortsetzung)

Selbst/ganze Person	Positive Beliefs und Haltungen	Negative Beliefs und Haltungen
	Selbstvertrauen/persönliche Verantwortungsübernahme	Kein Selbstvertrauen/keine Verantwortungsübernahme
	Information und Psychoedukation über Krankheit	Invalidisierung
	Selbst-Monitoring der Symptome	Behindernde (kontrollierende) Bedingungen
Hoffnung, Sinn und Ziele	Entwickeln eines Zugangs zu Hoffnung, Sinn und Zielen	Bestätigung der Hoffnungslosigkeit
	Ziele haben	Keine Ziele haben
	Sinnvolle Einordnung der Krankheit/Symptome in Bezug auf Person und Lebensführung (meaning making)	Gefühl von Ausgeliefert-Sein
	Positive persönliche Erfahrungen	Unbefriedigte Bedürfnisse
Wahl/Sense of Agency	Sinnvolle Optionen	Keine Optionen
	Beteiligung an der Behandlungsplanung	Behandelt werden
	Selbstbestimmung	Familiäre oder professionelle Kontrolle
	Aufbau der Fähigkeit, Wahlen zu treffen	Unfähigkeit, Wahlen zu treffen
Soziale Beziehungen	Ausgedehntes soziales Netzwerk (Freunde/ Interessengemeinschaft)	Soziale Isolation
	Persönliche Bindungen (mindestens eine)/intime Beziehung(en)	Keine Bindungen
	Gegenseitige Hilfe	„Bowling alone“
	Verfügung über Kommunikationsmittel und -kompetenzen	Keine Kommunikationsmittel und -kompetenzen
Peer Unterstützung	Zugang zu einem breiten Angebot an Selbsthilfegruppen	Barrieren beim Zugang zu Selbsthilfegruppen
	Rollenmodelle und Mentor/innen	Keine solchen Modelle
	Austausch über Erfahrungen	Kein Austausch

Tabelle 1: Recovery-Faktoren (in: Sommerfeld et al. 2016: 212f)