



UNTERSTÜTZUNG VON ANGEHÖRIGEN IN DER SUCHTKRANKENHILFE

Larissa Hornig

Suchttherapeutin VT

Soziale Arbeit M.A.

salus klinik Friedrichsdorf

Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin

am Institut für Suchtforschung Frankfurt am Main

(Frankfurt University of Applied Sciences)

1. Aktuelle Prävalenz zu Familie und Sucht, Ziele von Angehörigenarbeit
2. Auswirkungen der Suchtentwicklung auf die Familie (Phasenmodell)
3. Die „Rollen“ der Kinder in Suchtfamilien
4. Begriffserklärung der „Co-Abhängigkeit“ bzw. „Mitbetroffenheit“
5. Die Einbeziehung von Angehörigen in den Therapieprozess
6. Empfehlungen zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen
7. Wo finden Angehörige Hilfe?
8. Literatur- und Quellenverzeichnis
9. Diskussion und Austausch



INHALTSVERZEICHNIS



AKTUELLE PRÄVALENZ

REPRÄSENTATIVE BEVÖLKERUNGSSTUDIE

Tabelle 7: Angehörige in der Allgemeinbevölkerung

	Männer (n=11147) (95% CI)	Frauen (n=13393) (95% CI)	Gesamt (N=24450) (95% CI)
Angehöriger aktuell	8,4 (7,7-9,1)	10,7 (10,0-11,3)	9,5 (9,1-10,0)
Angehöriger remittiert	4,1 (3,6-4,6)	4,7 (4,3-5,2)	4,4 (4,1-4,7)
Kein Angehöriger	87,5 (86,7-88,3)	84,6 (83,9-85,4)	86,1 (85,5-86,6)
Beziehung zu IP (lifetime)*			
Partner	1,3 (1,1-1,6)	2,6 (2,3-3,0)	1,9 (1,7-2,1)
Kind	3,2 (2,8-3,6)	4,8 (4,3-5,2)	4,0 (3,7-4,3)
Elternteil	1,2 (0,9-1,4)	1,7 (1,4-2,0)	1,4 (1,3-1,6)
Geschwister	2,6 (2,2-3,0)	2,8 (2,5-3,2)	2,2 (2,0-3,0)
Sonstige	5,7 (5,1-6,2)	4,9 (4,5-5,4)	5,3 (5,0-5,6)
Art der Abhängigkeit (lifetime)*			
Alkohol	9,8 (9,1-10,5)	12,6 (12,0-13,3)	11,2 (10,8-11,7)
Cannabis	2,2 (1,8-2,7)	2,4 (2,0-2,8)	2,3 (2,0-2,6)
Andere illegale Drogen	1,6 (1,4-2,0)	1,8 (1,5-2,1)	1,7 (1,5-1,9)
Medikamente	0,9 (0,7-1,2)	1,0 (0,9-1,3)	1,0 (0,8-1,2)
Glücksspiel	1,0 (0,8-1,3)	1,1 (0,9-1,4)	1,1 (0,9-1,3)
Andere	0,8 (0,6-1,1)	0,9 (0,7-1,1)	0,9 (0,7-1,0)

* Mehrfachnennungen möglich

(vgl. Berndt et al. 2017: 36.) – BEPAS Studie

- 9,5 Prozent der Befragten gaben an, einen Angehörigen mit bestehender Abhängigkeitserkrankung (außer Tabak) in den vergangenen zwölf Monaten zu haben
- weitere 4,4 Prozent berichteten, einen Angehörigen mit einer seit über zwölf Monaten überwundenen Abhängigkeitserkrankung zu haben
- Frauen gaben signifikant häufiger an, einen betroffenen Angehörigen zu haben
- Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung entspricht dies etwa **10 Millionen Personen** (vgl. Drogenbeauftragte 2018: 176)

REPRÄSENTATIVE BEVÖLKERUNGSTUDIE

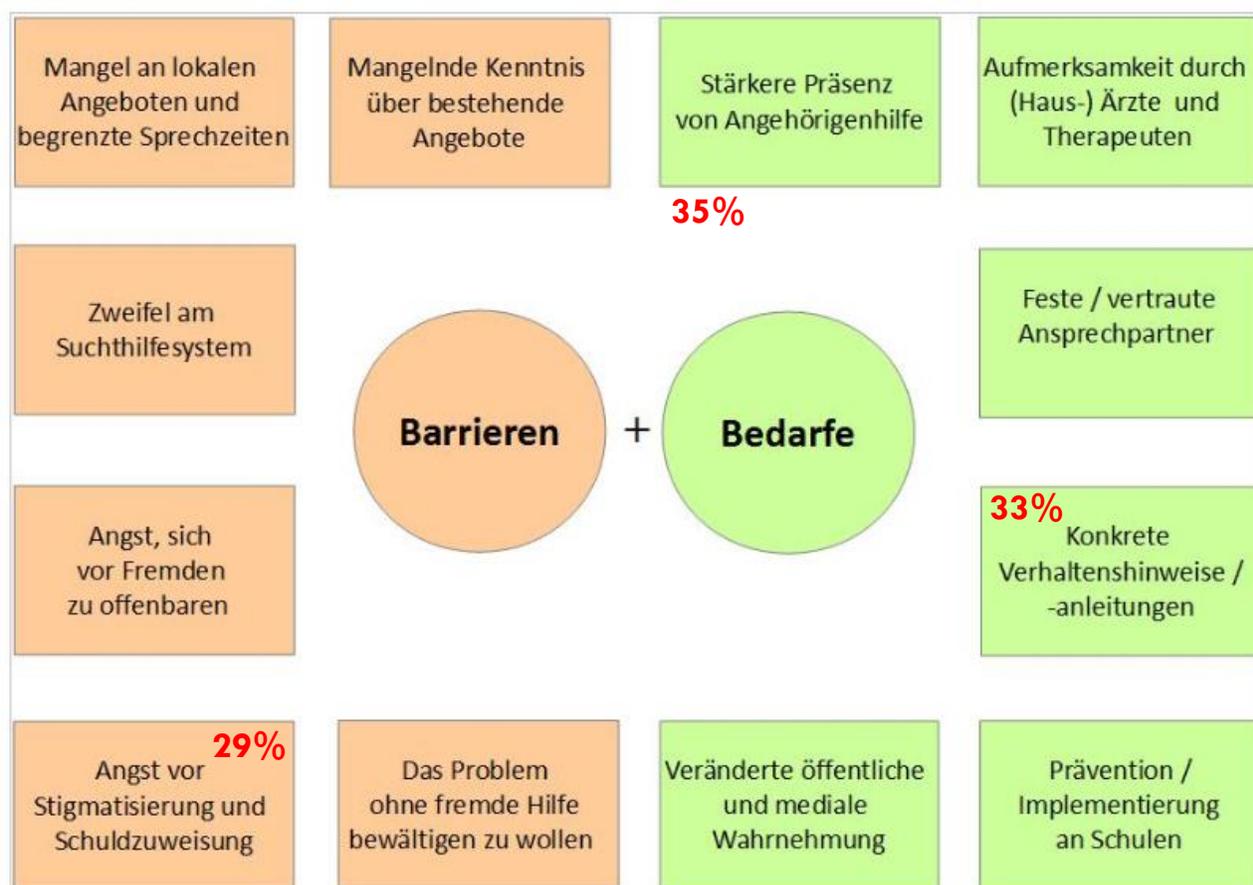


Abbildung 8: Barrieren und Bedarfe unbehandelter Angehöriger im qualitativen Interview

(vgl. Berndt et al. 2017: 92.)

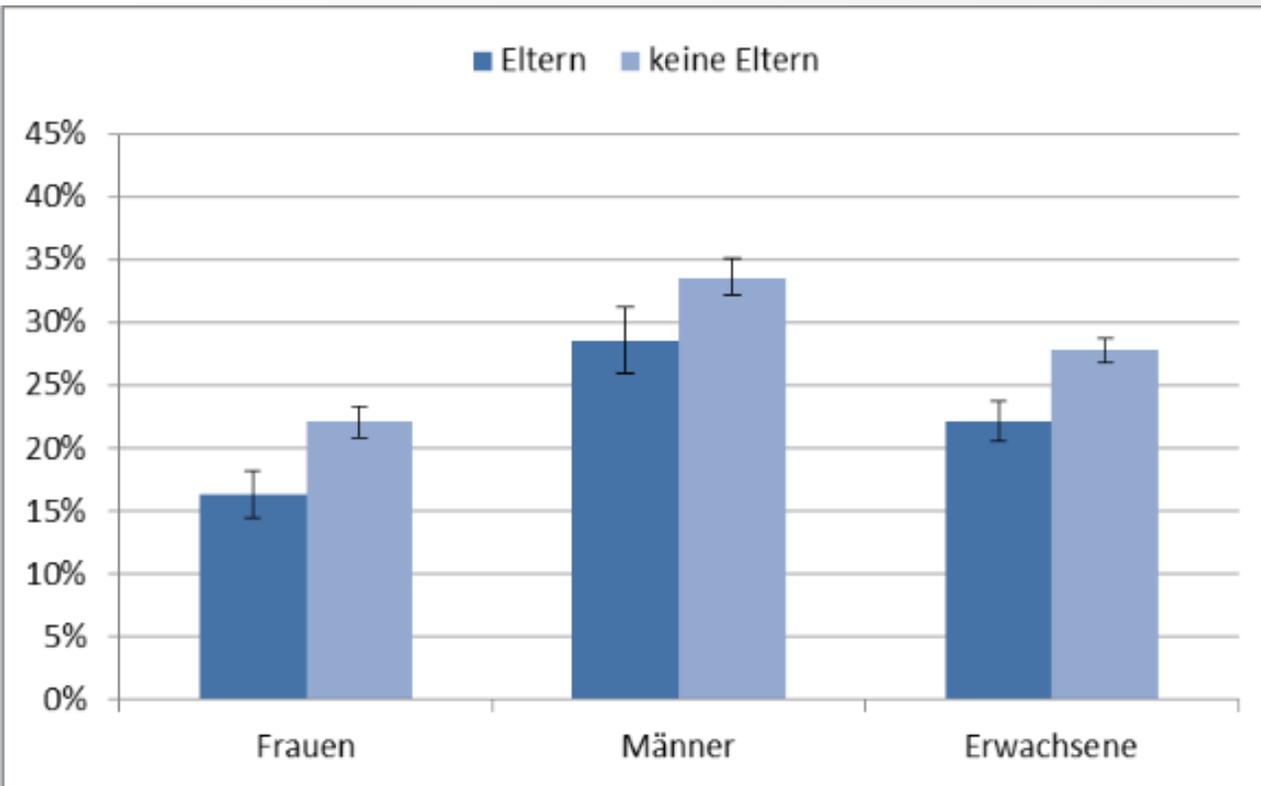
Fazit der Studie:

- Erhöhte Morbiditätswerte unter Angehörigen
- Belastungsfaktoren lassen sich als Stressfolgereaktion verstehen

Notwendigkeit zu einer verbesserten Versorgung besteht in:

1. Individualisierung und verbesserte Vernetzung von Angeboten
2. Maßnahmen zur Entstigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen

RISKANTER ALKOHOLKONSUM NACH ELTERNSTATUS

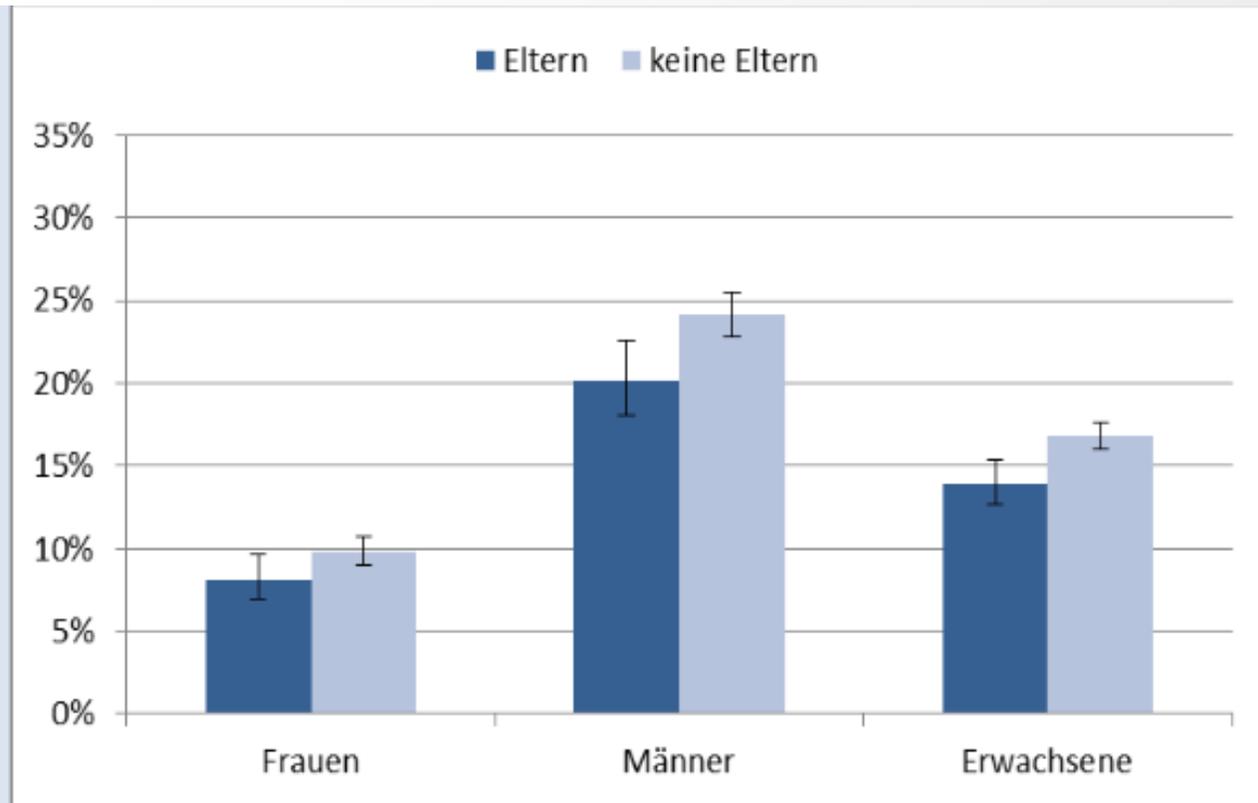


Anteil der Frauen und Männer in Deutschland mit riskantem Alkoholkonsum nach Elternstatus (mit 95%-Konfidenzintervallen; n=19.046)

(vgl. RKI 2016: 29.) – GEDA Studie

- Etwa 22% der Elternteile, die mit mindestens einem eigenen minderjährigen Kind im Haushalt leben, weisen einen riskanten Alkoholkonsum auf
- Väter sind häufiger von einem riskanten Alkoholkonsum betroffen als Mütter (29% vs. 16%)

REGELMÄßIGES RAUSCHTRINKEN NACH ELTERNSTATUS



Anteil der Frauen und Männer in Deutschland mit regelmäßigem Rauschtrinken nach Elternstatus (mit 95%-Konfidenzintervallen; n=19.132)

(vgl. RKI 2016: 55.) – GEDA-Studie

- Etwa 14% der Elternteile, die mit mindestens einem eigenen Kind unter 18 Jahren im Haushalt leben, weisen regelmäßiges Rauschtrinken auf
- Väter sind deutlich häufiger betroffen als Mütter (20% vs. 8%)

ZUSAMMENGEFASST:

schätzungsweise

**6,6 Mio.
Kinder**

leben bei Eltern mit einem
riskanten Alkoholkonsum

schätzungsweise

**4,2 Mio.
Kinder**

leben bei Eltern, die
regelmäßig Rauschtrinken

In etwa

**3,8 Mio.
Elternteile**

mit riskantem
Alkoholkonsum



ZIELE VON ANGEHÖRIGENARBEIT



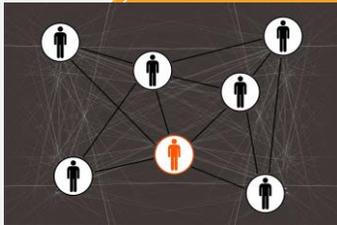
Prävention / Intervention Risikogruppe Kinder

Kinder aus suchtbelasteten Familien stellen die größte Risikogruppe für eine spätere eigene Suchterkrankung dar



Entlastung Angehöriger

Personen mit betroffenen Angehörigen weisen gegenüber der nicht-betroffenen Allgemeinbevölkerung u. a. erhöhte Depressionswerte auf



Gewährleistung besserer Versorgung

Versorgungslage Angehöriger im Suchthilfesystem unbefriedigend



Erhöhte Abstinenzchancen

Eine Reihe von Studien belegt: Die Einbeziehung von Angehörigen in den Therapieprozess erhöht die Abstinenzchancen

WARUM EIGENTLICH ANGEHÖRIGENARBEIT?

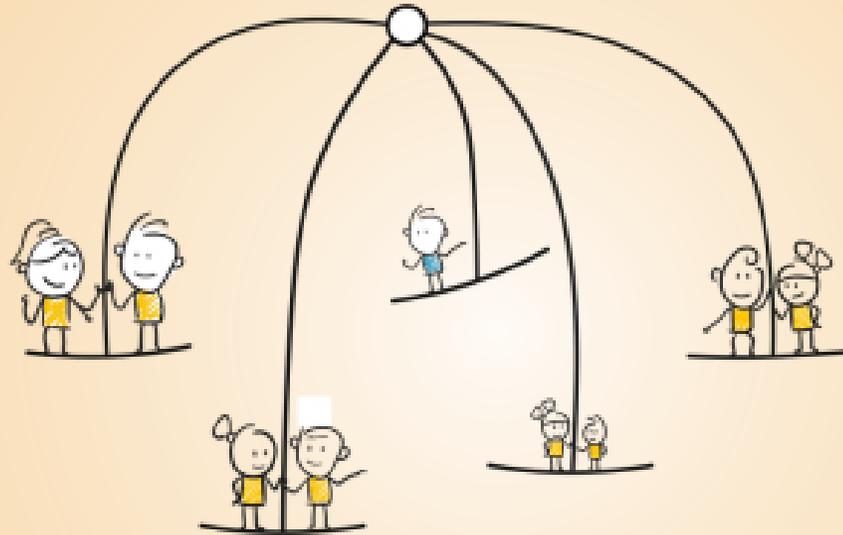
Übergeordnete
Zieldefinitionen



**AUSWIRKUNGEN DER
SUCHTENTWICKLUNG
AUF DIE FAMILIE /
PARTNERSCHAFT**

DIE SYSTEMISCHE BETRACHTUNG VON FAMILIE – DAS MOBILE

- ✓ Passgenaues Bild der Familie in der systemisch orientierten familientherapeutischen Sichtweise: Das Mobile



- ✓ Reguliert sich selbst und bringt sich immer wieder ins Gleichgewicht

- ✓ Wir leben in Abhängigkeiten und werden zunächst in das Mobile unserer Ursprungsfamilie hineingeboren

→ Auch in den suchtbelasteten Familien strebt das Mobile oder dieses System nach Balance, indem die Abhängigkeitserkrankung zu einer Aktions- und Reaktionskette führt, woraufhin eine neue, an die Abhängigkeit angepasste Balance gefunden wird

WIE WIRKT SICH DIE SUCHTENTWICKLUNG AUF DIE FAMILIE AUS?

Das Leben der Familie dreht sich zunehmend mehr um die Sucht

Finanzielle Belastungen, seelische Abwesenheit der süchtigen Person und damit verbundene emotionale Kälte sowie psychische Instabilität und Willkür als hohe Belastung in der Familiendynamik

Entgegenkommen und Konfliktvermeidung gegenüber dem Abhängigen

(in der Hoffnung den Konsum und z. B. die Gewaltausbrüche o. ä. senken zu können)



SUCHT



© CanStockPhoto.com - csp6321171

Häufige Beschuldigungen des Betroffenen auf die übrigen Familienmitglieder



Vermehrte Streitigkeiten und Spannungen in der Familie, denen sich niemand entziehen kann

Atmosphäre nach außen hin geprägt von Vertuschung, Totschweigen und Abschottung, um die negativen Auswirkungen des Konsums zu vermeiden bzw. zu verbergen

Veränderung der Rollenaufteilung und Übernahme der Verantwortlichkeiten des Abhängigen

(um ihn einerseits zu entlasten und andererseits die restlichen Familienmitglieder vor dessen Unzuverlässigkeit zu schützen)

PHASEN DER SUCHTENTWICKLUNG IN DER FAMILIE / PARTNERSCHAFT

Phase 1 „Beschützerphase“ oder „Leugnungsphase“

Billigung des Konsums (kognitiv in Form von „Alkohol ist in der Gesellschaft akzeptiert“, „Medikamente in der Regel sinnvoll und notwendig“ etc.)

- Umdeutung erster Anzeichen für Missbrauch von Alkohol oder Medikamenten („Ein Rausch gehört ja mal dazu“)
- Betroffene werden von den Angehörigen meist geschützt und entschuldigt
- Der Konsum wird von Angehörigen gegenüber anderen „gerechtfertigt und erklärt“



Phase 2 „Kontrollphase“

Angehörigen fliehen oftmals in eine „Täuschung“ und glauben den Konsum des Betroffenen kontrollieren zu können

- Zurechtweisung
- Aufspüren von Verstecken
- Beseitigen von Substanzen/Alkohol



Phase 3 „Anklagephase“

Erste Drohungen werden ausgesprochen

- Anklagen beruhen oft auf Gegenseitigkeit: „Wenn du so viel schimpfst, muss ich ja trinken, um das auszuhalten“ etc.
- Ggf. unternimmt der Betroffene in dieser Phase erste Schritte in Richtung einer Veränderung
- Andernfalls entwickelt sich ein Teufelskreis durch inkonsequentes Verhalten des Angehörigen (indem Drohungen nicht durchgeführt werden)
- Kapitulation

PSYCHOSOZIALE BELASTUNGEN UND FOLGEN FÜR ANGEHÖRIGE

- Zunehmend mehr Gefühle von Angst, Schuld, Schmerz, Scham, Wut und Einsamkeit
- **Angst** davor, ob der/die Betroffene wieder betrunken nach Hause kommt, erneut Schulden gemacht hat, dass es zum Streit kommt etc. Auch in Phasen der Abstinenz besteht die Angst, dass es womöglich wieder von vorne losgeht.
- **Schuldgefühle** durch die sich einschleichenden gegenseitigen Schuldzuschreibungen unter den einzelnen Familienmitgliedern und den teils bestehenden Überzeugungen, dass womöglich alles anders gelaufen wäre, hätte man sich selbst nur anders verhalten
- Verhaltensänderung des Betroffenen durch den Substanzkonsum sowie die sich immer wiederholenden Streitgespräche und Diskussionen sind **schmerzhaft** für alle Beteiligten
- **Scham** über die Geschehnisse im Familienleben beeinträchtigt darüber hinaus das Selbstwertgefühl jedes Einzelnen in der Familie
- Es entsteht ein sich zuspitzender Kreislauf, der häufig durch Wut neu befeuert wird → **Einsamkeit**

ZWISCHENFAZIT:

1

Angehörige sind oftmals stark belastet und haben Anspruch auf Unterstützung

Es wurde häufig ein reduzierter allgemeiner Gesundheitszustand nachgewiesen

2

Die Auswirkungen der Suchtentwicklung auf das soziale Umfeld werden in deutschen suchtpolitischen Leitlinien jedoch nur eingeschränkt benannt und Verweise auf evidenzbasierte Behandlungsangebote fehlen sogar durchgängig

3

Ein großer Teil der Angehörigen von Betroffenen nutzt die bestehenden Angebote im Suchthilfesystem nicht oder nur selten



DIE ROLLEN DER KINDER IN SUCHTFAMILIEN

Nach Sharon Wegscheider 1981

Das „Heldenkind“

Verantwortungsbewusstes und leistungsstarkes Kind - will durch möglichst fehlerfreies Verhalten „die Familienschande“ kompensieren

- Sind im Haushalt eine große Hilfe, in der Schule gut, Eltern sind stolz auf sie
- Meist nehmen Erstgeborene oder Einzelkinder diese Rolle ein – unabhängig des Geschlechts
- Sie glauben, Suchtprobleme mit ihren Anstrengungen bewältigen zu können
- Trotz ihrer großartigen Leistung haben sie oftmals das Gefühl zu versagen (da es auch so zu keiner wirklichen Lösung kommt)
- Sie haben Schwierigkeiten Anerkennung und Lob von außen anzunehmen



Der „Sündenbock“

Die sogenannten *schwarzen Schafe* lenken die Aufmerksamkeit von den Abhängigen ab und stellen auf diese Weise ein gewisses innerfamiliäres Gleichgewicht dar

- Meistens nehmen Zweitgeborene diese Rolle ein
- Lenken von Suchtproblem der Eltern ab, indem sie sich selbst als „Übeltäter“ anbieten
- Komplementär zur Heldin zieht es die negative Aufmerksamkeit auf sich
- Sündenböcke werden mit höherer Wahrscheinlichkeit selbst suchtkrank



Das „unsichtbare“ oder „verlorene Kind“

Diese „fügsamen“ Kinder zeigen nur Gefühle, die zu Hause akzeptiert sind - sie entwickeln keine eigenen Bedürfnisse oder Wünsche, sind meist schüchtern und schweigsam

- Statt Freunden, haben sie Tagträume
- Sie gewinnen die Zuneigung der Eltern, indem sie keine „Last“ sind
- Diese Rolle übernimmt häufig das dritte Kind (handelt sich weder Lob noch Ärger ein)



Das „Maskottchen“

Die sogenannten „Clowns“ der Familie - sie unterhalten ihre Familie mit Späßen wodurch resignative und depressive Stimmungen ausgeglichen werden

- Diese Kasperrolle übernehmen häufig jüngste Kinder, die von älteren Geschwistern meist vor dem „Familiengeheimnis“ geschützt werden
- Schwierigkeiten, emotional erwachsen zu werden (können nur schwer mit Stress umgehen und suchen sich als Erwachsener einen „Familienhelden“, der für sie sorgt)



DIE ROLLEN DER KINDER IN SUCHTFAMILIEN

- Einzelkinder spielen diese Rollen häufig nacheinander durch
- Geschwister übernehmen jene Rollen, die (gerade) nicht besetzt sind
- Verlässt ein Kind das Elternhaus, kann die Rolle von einem anderen Kind „besetzt“ werden
- Alle Kindern wird geholfen, wenn sie die Freiheit erlangen, Kind zu sein

Häufige Erfahrungen von Kindern aus Suchtfamilien:

- Soziale Ausgrenzung, Vernachlässigung
- Instabiles Erziehungsverhalten, wenig Verlässlichkeit
- Unsichere Bindung
- Konflikte, Aggressivität und Gewalt

Erhöhtes
Risiko für
psychische
Erkrankungen

Das Risiko, eine Angststörung zu entwickeln, liegt für Jugendliche abhängiger Eltern dreimal so hoch, für eine Drogenabhängigkeit fünfmal und für eine Alkoholabhängigkeit sechsmal so hoch wie bei Jugendlichen ohne familiäre Suchtbelastung (vgl. DHS 2019: 52)

Nachteilige
soziodemo-
grafische
Bedingungen

Höhere Arbeitslosigkeitsraten; niedriger sozioökonomischer Status; oftmals schlechtere schulische Leistung als unbelastete Gleichaltrige (vgl. Die Drogenbeauftragte 2017: 8)

Höhere
Gesundheits-
kosten

Kinder aus Suchtfamilien haben um 32 Prozent höhere Gesundheitskosten als Kinder aus nichtsuchtigen Familien (vgl. DAK Gesundheit 2018: 111f).

KINDER IN SUCHTFAMILIEN

Folgen von Suchterkrankungen
der Eltern für ihre Kinder

DIE „CO- ABHÄNGIGKEIT“

ODER

**„DAS VERHALTEN ANGEHÖRIGER, DAS
UNGEWOLLT ZUR AUFRECHTERHALTUNG
DES KONSUMVERHALTENS DES
BETROFFENEN BEITRÄGT?“**

WAS WIRD UNTER „CO-ABHÄNGIGKEIT“ VERSTANDEN?

Das Verhalten von Familienangehörigen / Partner:innen, das *ungewollt* zur Aufrechterhaltung des Konsumverhaltens des/der Betroffenen beiträgt, wird oftmals als

- „**Co-Abhängigkeit**“ oder als
- „**Enabling**“ (deutsch: „Ermöglichen“) bezeichnet. *...so die geläufige Bezeichnung in Praxis und Wissenschaft.*
- Begrifflichkeit der „Co-Abhängigkeit in der Arbeit mit Angehörigen kann oftmals ungünstig aufgrund von Missverständnissen / Irritationen seitens der Angehörigen werden
- Gefahr: Gefühl der Pathologisierung, Schuldzuschreibung
- Aber: Angehörige beschreiben auch teilweise, dass der Begriff ihnen deutlich gemacht hat, was mit ihnen selbst durch die Suchtentwicklung ihres/ihrer Betroffenen passiert ist

Besser: „**Mitbetroffenheit**“

WAS WIRD UNTER „CO-ABHÄNGIGKEIT“ VERSTANDEN?

Zitat über Co-Abhängigkeit von einem Angehörigen selbst...

Herr F.: „Eine Haltung als solche habe ich dazu keine. Es war für mich der Inbegriff dessen, was mit uns geschehen ist. Wir haben zwar keinen Alkohol zu uns genommen, aber wir waren in diesem Hamsterkäfig. Und wir waren, auch wenn er nicht da war, er war präsent durch die Geschichte. Und wo wir uns mehr oder weniger das verinnerlicht haben und wir haben - das nehme ich stark an, dass das auch ein Hauptaugenmerk von den Co-Abhängigen ist, dass man das Gefühl hat, man muss helfen. Und man fängt ja auch zu grübeln an und zu überlegen "Sind wir vielleicht daran schuld?" Was löst das denn aus?“ (16: 50).

WAS WIRD UNTER „CO-ABHÄNGIGKEIT“ VERSTANDEN?

Definition nach Rennert (1990):

*„Co-Abhängigkeit ist ein **Problem- und Lebensbewältigungsmuster**, das in der Interaktion mit einer suchtkranken Person entwickelt und verstärkt wird. Die Entwicklung co-abhängigen Verhaltens ist gekennzeichnet durch zunehmende Einschränkung in der Wahrnehmung von Verhaltensalternativen bis hin zum Gefühl existenzieller Bedrohung durch jegliche Veränderung. Sie geht mit den gleichen Begleiterscheinungen einher wie eine Entwicklung zur Drogenabhängigkeit: Verlust von Selbstwert, Unterdrückung von Gefühlen, Verstärkung von Abwehrmechanismen, Kampf um Kontrolle, Verlust der Realität, Beeinträchtigung aller Potentiale der Persönlichkeit“ (Rennert 1990: 194).*

WAS WIRD UNTER „CO-ABHÄNGIGKEIT“ VERSTANDEN?

Co-Abhängigkeit auf *Verhaltensebene*:

- Besorgen von Alkohol, Medikamenten oder Drogen, damit es nicht zu Krisen kommt
- Verantwortungsübernahme für Verhaltenskonsequenzen des Konsumierenden
- Verschleiern, Entschuldigen oder Rechtfertigen des Konsums des/der Betroffenen
- Den Betroffenen Belastungen im Haushalt, der Familie und im Beruf abnehmen oder ersparen
- Das Verhalten des/der Konsumierenden kontrollieren (nach Verstecken suchen, sie vom Alkohol/von Drogen oder Konsumanlässen fernhalten oder sie beim Lügen ertappen wollen etc.)
- Den Konsumierenden, anderen Personen oder sich selbst gegenüber unaufrichtig sein, was die Tatsachen aber auch die Gefühle bzgl. der Erkrankung betrifft

WAS WIRD UNTER „CO-ABHÄNGIGKEIT“ VERSTANDEN?

Co-Abhängigkeit auf *Emotionsebene*:

- Folge für Angehörige ist hohe Stressbelastung
- Stressbewältigung wird zur Herausforderung (Druck durch Teilwahrheiten, Lügenverstrickungen, Aufrechterhaltung der „Heilen-Welt-Fassade“)
- Wahrheit wird gleichgesetzt mit „eine Bombe platzen zu lassen“ → Scham vor Verwandtschaft, Freunden etc.
- Innere Vorwurfshaltungen: Nicht alles Menschenmögliche getan zu haben, um den Betroffenen zu helfen und die Sucht zu stoppen
- „Bodyguard-Dasein“ kostet viel Zeit bis dahin, dass es das ganze Leben beherrscht

WAS WIRD UNTER „CO-ABHÄNGIGKEIT“ VERSTANDEN?

Auswirkungen des ungewollt suchtfördernden Verhaltens:

- Bildung einer regelrechten „Eskorte“ um den/die Betroffene/n (macht an der Spitze jedoch nur den Weg für das Suchtverhalten frei, bessert alle Folgeschäden aus und beseitigt den „Müll“)
- Durch diese Investition stellt sich wiederum das Gefühl bei Angehörigen ein, dass sie „doch gerade jetzt“ nicht damit aufhören können

Auswirkungen...

Auf den/die Betroffenen:

- Aber gerade jede Erklärung, jede Entschuldigung und jede Hilfeleistung von außen verstellt dem/der Konsumierenden nur den Blick auf seine/ihre Wirklichkeit

→ Aufrechterhaltung der Illusion, dass er/sie ganz gut mit dem Leben zurechtkommt und es nicht so schlecht um ihn/sie bestellt sein kann, wie andere Leute ihm/ihr dies einzureden versuchen

Auf die Angehörigen:

- Andauernde Belastung mit einer Vielfalt von Sorgen und Problemen
- Co-abhängige Personen fühlen sich wie gefangen ohne Hoffnung und voller Verzweiflung
- Gefühl völliger Hilflosigkeit
- Zunehmende Vernachlässigung von sich und sozialen Aktivitäten

WAS WIRD UNTER „CO-ABHÄNGIGKEIT“ VERSTANDEN?

Motive des ungewollt suchtfördernden Verhaltens:

- Die Motive des Handelns der Personen, die sich einem/einer Betroffenen verbunden fühlen, sind durchweg ehrenhaft: Liebe, Zuneigung, Freundschaft, Verständnis, Schadensabwehr, Unterstützung und Solidarität
- Angehörige glauben oftmals zu wissen, was den Betroffenen fehlt, machen sich Gedanken, wollen sie beschützen und abschirmen
- Versuch, die Konsumierenden durch Ausgleichen des vermeintlich Fehlenden zu heilen (Liebe...)
- Wenn der gewünschte Erfolg ausbleibt, wird dann versucht, mit Kontrolle das zu erreichen, was mit der Liberalität nicht funktioniert hat (Phasenmodell)

CO-ABHÄNGIGKEIT ALS CHANCE FÜR ANGEHÖRIGE

Von der suchtzentrierten zur angehörigenzentrierten Sichtweise...

Suchtzentriert

- „Funktionalisierung der Angehörigen“ (Flassbeck 2020)
- „Anhängsel“ der süchtigen Betroffenen
- Angehörige werden allenfalls mitbehandelt, ansonsten aber missachtet und vergessen

Angehörigenzentriert

- In der Beratung und Behandlung Angehöriger sollte erwartet werden, dass deren Leiden und Hilfebedarf an erster Stelle steht
- Angehörige sind ebenfalls genauso belastet und haben einen eigenen Anspruch auf Behandlung

CO-ABHÄNGIGKEIT ALS CHANCE FÜR ANGEHÖRIGE

Von der suchtzentrierten zur angehörigenzentrierten Sichtweise...

- Im Kontakt mit einer süchtigen Person kommt es beim Gegenüber zunächst zu typischen Erlebens- und Verhaltensmustern, die als co-abhängig verstrickt bezeichnet werden und anfangs als normal, gesund und hilfreich einzustufen sind.
- Allerdings tragen sie ein Risiko und können für die Person problematisch werden. Aus einer **problematischen co-abhängigen Verstrickung** wiederum kann sich eine eigenständige psychische Störung entwickeln, deren zentrale Symptome sind:

- 1) Das Eingenommensein von dem Wunsch, dem/der Abhängigen zu helfen
- 2) Sowie ein starker Scham- und Schuldkomplex

Die Diagnose wird nach Flassbeck als **Co-Abhängigkeitssyndrom** bezeichnet und als verhaltensbezogene Suchtform konzeptualisiert und klassifiziert.

CO-ABHÄNGIGKEIT ALS CHANCE FÜR ANGEHÖRIGE

Das Co-Abhängigkeitssyndrom

- Alles Denken, Fühlen und Handeln der Angehörigen dreht sich zwanghaft um den/die Betroffene, deren/dessen Sucht, die Kontrolle dieser und die Bemühungen, diesem/dieser zu helfen.
- starken Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse, Wünsche, Interessen und Hobbys
- Getrennt sein vom/von dem/der Betroffenen wird vermieden
- Die sich hieraus entwickelnden schädlichen Folgen für das eigene Wohlbefinden bis hin zur vollständige Selbstaufgabe werden lange Zeit ausgeblendet und verleugnet
- ausgeprägter Scham- und Schuldkomplex (Gefühl selbst zu versagen)
- ständige Selbstzweifel
- Scham hält davon ab zu sprechen / Das Nicht-Sprechen verstärkt die Scham wiederum
- Ständige Schwankungen zwischen Hoffnung und Verzweiflung/Enttäuschung

CO-ABHÄNGIGKEIT ALS CHANCE FÜR ANGEHÖRIGE

Das Co-Abhängigkeitssyndrom

- hohen Erschöpfung und Ermüdbarkeit, bedingt durch die Gesamtbelastung der Situation
- Weitere Beschwerden stellen oftmals Lustlosigkeit, Freudlosigkeit oder einen Interessensverlust dar, sowie allgemeine Nervosität und Ängstlichkeit, persönliche und soziale Unsicherheiten sowie spezifische Ängste



Das dramatische Leiden und die wechselnden Gefühlszustände der Angehörigen sind keinesfalls als krankhaft oder gestört einzustufen, sondern stellen hingegen **das nachvollziehbare Erleben und die gesunde Reaktion eines psychisch intakten Menschen dar**, der mit einer überfordernden, irrationalen, labilen und nahegehenden Problematik konfrontiert wird.



Solange Angehörige diese Empfindungen und Gefühle **aufrichtig wahrnehmen**, befinden sie sich in der Lage, notwendige Entscheidungen oder Konsequenzen auf Grundlage ihres Erlebens zu ziehen.

Erst dann, wenn Angehörige beginnen, ihr negatives Erleben dauerhaft und fortwährend zu beschönigen, zu unterdrücken oder zu verleugnen sowie ihre prekäre Situation durch inkonsequentes Handeln noch zu verschlimmern, ist eine Störungsentwicklung zu erkennen

CO-ABHÄNGIGKEIT ALS CHANCE FÜR ANGEHÖRIGE

Schlussfolgerung...

- **Würdigung des Begriffes *aus einer den Angehörigen wohlwollenden Perspektive***, wohl wissend, dass ein Großteil der Wissenschaft und Praxis sich entsprechend gegen die Verwendung dieser Begrifflichkeit ausspricht
 - Möglicherweise eine alternative Begrifflichkeit verwenden wie die „**Mitbetroffenheit**“
 - *Nicht vergessen: Der Begriff der Co-Abhängigkeit wurde ab Mitte der 70er – aus der amerikanischen Suchtselbsthilfe von Betroffenen selbst eingeführt – Chance des Begriffes nutzen!*
- z.B. um mit Hilfe einer Diagnose einen Behandlungsanspruch bei Kostenträgern zu erwirken.

EMPFEHLUNGEN FÜR ANGEHÖRIGE

- *Die Co-Abhängigkeit bzw. Mitbetroffenheit transparent erklären und Informationen vermitteln (ggf. anhand bereits zuvor gezeigter Phasenmodelle)*
- Selbsthilfegruppen für Angehörige (Hilfe geben durch „Nicht-helfen“; Nicht-Helfen nicht mit „Nichts-Tun“ verwechseln)
- Einbezug in Therapieprozess (Angehörigengespräche / Angehörigenseminare)
- Familientherapie (z.B. MDFT) (Weitestgehend noch nicht flächendeckend in Deutschland angekommen, hier besteht deutlicher Handlungsbedarf zur Regelfinanzierung)
- Vermittlung der folgenden inneren Einstellungen (auf der nächsten Folie)

EMPFEHLUNGEN FÜR ANGEHÖRIGE

- SICH FOLGENDE EINSTELLUNGEN ZUNEIGE MACHEN:

Krankheits-
verständnis

„Ich kann an seinem/ihrer Trinken nichts ändern, denn es handelt sich um Sucht. Er/Sie trinkt, egal wie ich mich verhalte. Die Chance, dass sich vielleicht etwas ändert, wird größer, wenn ich mit einigen meiner bisherigen Verhaltensweisen Schluss mache.“

Klare
Grenzen
setzen

„Dass ich verstehe wie krank er/sie ist, heißt nicht, dass ich das Trinken/den Konsum und dessen Auswirkungen auf mich hinnehme. Ich teile mit, was ich wahrnehme und setze klare Grenzen in Bezug darauf, was ich in Kauf nehme und was nicht. Ich sage verbindlich, was ich bei Überschreiten der Grenzen tatsächlich tun werde.“

Nicht
diskutieren

„Ich ignoriere das Trinken/den Konsum: Ich nehme es zur Kenntnis, aber ich tadele es nicht. Ich lasse Lügen stehen und verwickle mich nicht in Diskussionen.“

Kontrolle
abgeben

„Ich versorge und verwöhne ihn/sie nicht mit dem Ziel, sie bzw. ihn vom Konsum abzuhalten oder um Folgen des Konsums zu heilen und zu mildern. Ich zeige ihm/ihr, dass ich sie/ihn als Person mag, nicht aber als Süchtige(n). Ich erleichtere ihm/ihr nicht die Qual der Sucht.“

Selbst-
fürsorge

„Ich tue etwas für mich: Wie kann ich Lebensglück und Zufriedenheit finden, auch wenn der/die andere sich nicht ändert und ich mich trotzdem nicht vollständig von ihm/ihr lösen will?“



DIE EINBEZIEHUNG VON ANGEHÖRIGEN IN DEN THERAPIEPROZESS

Methoden und Interventionsmöglichkeiten

SORGEN UND NÖTE VON ANGEHÖRIGEN

- Zwischen 81 und 84 % der Angehörigen haben Sorgen wegen *mangelnder Information*, sind unsicher und überfordert mit den Symptomen
- 64 – 78 % sorgen sich um die Behandlung, fühlen sich hilflos und ohnmächtig, einsam, allein verantwortlich und nicht ernst genommen
- 72 % leiden an gesundheitlichen Problemen als Folge der Abhängigkeit
- 66 % der Angehörigen haben Zukunftsängste
- 54 % der Partner /-innen und Eltern tragen finanzielle Belastungen
- 44 % erleben Trauer und Verlust
- 41 % haben Angst vor Rückfall und Suizid
- 31 % empfinden Scham und Stigmatisierung
- 22 % haben Schuldgefühle

DREI MÖGLICHKEITEN

Motivation zur
Behandlung

Paar- und familien-
therapeutische
Ansätze, um
Alkoholabhängige/
Betroffene anderer
Substanzge-
brauchsstörungen
**zu einer Behandlung
zu motivieren**

Unmittelbare
Behandlung

Paar- und
familietherapeutische
Ansätze zur
**unmittelbaren
Behandlung** von
Alkoholabhängigen /
Betroffener anderer
Substanzgebrauchs-
störungen

Rückfall-
prävention

Paar- und familien-
therapeutische
Ansätze zur
Rückfallprävention

EINBEZIEHUNG VON ANGEHÖRIGEN IN DEN THERAPIEPROZESS

- Die Einbeziehung von Angehörigen ist meistens zeitlich eher eng begrenzt



- schwerwiegende Partner- oder Familienprobleme können daher nicht „gelöst“ werden
- tiefgreifende Veränderungen in der Beziehungsstruktur können eher nicht eingeleitet werden

Beschreibung von 5 Therapiebausteinen

1. Motivierung von Angehörigen
2. Vermittlung eines therapierlevanten Modells zu Abhängigkeit und Partnerschaft
3. Steigerung positiven Erlebens in der Partnerschaft
4. Verbesserung der partnerschaftlichen Kommunikations- und Konfliktlösefähigkeiten
5. Rückfallprophylaxe unter Einbeziehung der Angehörigen

1 MOTIVIERUNG VON ANGEHÖRIGEN

- **Beginnt bereits in Erstkontakt** (gelungene und verständnisvolle Verabschiedung der Angehörigen bereits entscheidend für die weitere Kooperationsbereitschaft während der Therapie)
- Z. B. Bedanken für das Herkommen, Wertschätzung
- Bei Desinteresse von Angehörigen, *Verständnis zeigen* und gleichzeitig mögliche Vorteile einer Einbeziehung benennen
- Überlegungszeitraum und Kontaktmöglichkeiten mitgeben
- *Aktive Bemühung um den Kontakt* durch Therapeuten, falls diese beim Erstkontakt nicht anwesend waren

- Möglichen Widerstand und typische Ängste und Bedenken der Betroffenen zunächst abbauen
- Befürchtungen von Betroffenen: Vorwürfe und Bloßstellungen zu Einzelheiten seines/ihrer Trink-/Konsumverhaltens
- Befürchtungen des/der Partners/in: Missverstehen der Einladung (Mitverantwortlichkeit für Konsumverhalten)
- Beide haben oftmals Angst, dass die Partnerschaft durch die Therapie durcheinandergebracht werden könnte

2

VERMITTLUNG EINES THERAPIERELEVANTEN MODELLS ZU ABHÄNGIGKEIT UND PARTNERSCHAFT

Modellvermittlung bzgl. Abhängigkeit und Partnerschaft

(zur Entlastung gegenseitiger Schuldzuweisungen)

Z. B. Vorstellen: Welche Veränderungen ergeben sich zwangsläufig innerhalb einer Familie, wenn ein Mitglied an Krebs erkrankt?

- Beidseitige Gefühle zur Veränderung
- Fortwährende Betonung der Zwangsläufigkeit der krankheitsbedingten Veränderungen und der Verständlichkeit der dadurch ausgelösten und unterschiedlichen Gefühle seitens des „Kranken“ und des „Gesunden“

2

VERMITTLUNG EINES THERAPIERELEVANTEN MODELLS ZU ABHÄNGIGKEIT UND PARTNERSCHAFT

Zweiter Schritt: Vorstellung der Veränderungen,
wenn der „Kranke“ nach längerer Zeit wieder
gesund wird und die dabei entstehenden Gefühle bei
ihm/ihr und den „Gesunden“ in der Familie

- Betonung, dass auch die langersehnte Beendigung einer Krankheit zwangsläufig mit erneuten Veränderungen innerhalb der Familie verbunden sein kann, die ebenfalls zu erheblichen Konflikten führen können
- **Ableitung:** Unterstützung der Beteiligten bei zu Beginn der Abstinenz unvermeidbaren Veränderungen innerhalb der Partnerschaft bzw. der Familie

2

VERMITTLUNG EINES THERAPIERELEVANTEN MODELLS ZU ABHÄNGIGKEIT UND PARTNERSCHAFT

*Typischen Interaktionsmuster durch
Abhängigkeitsentwicklung in einer Partnerschaft:*

- Viele feindliche und aversive Reaktionen
 - Wenig positive Interaktionen
 - Gegenseitige Kontrollversuche
 - Viel Kritik/Zweifel wegen des Konsums
 - Wenige gemeinsame positive Freizeitaktivitäten
 - Ständiges „Aufwärmen“ der Vergangenheit
- Erhöhung des gegenseitigen Zutrauens durch vermehrte positive Interaktion und gegenseitige positive Verstärkung

(Wieder-)Entdecken des positiven Potenzials der Partnerschaft

3 STEIGERUNG POSITIVEN ERLEBENS IN DER PARTNERSCHAFT

Übungen zur Steigerung des positiven Erlebens und gegenseitigen Verstehens in der Partnerschaft:

- Komplimente machen
- Positive Gefühle äußern (z.B. in Form von Rollenspielen)
- Betthupferldose (jeder Partner schreibt eine Reihe von kleinen Wünschen oder Vorlieben auf, die ihm der andere erfüllen könnte)
- Gemeinsame Aktivitäten planen
- Verwöhntage
- Belohnungstagebuch (Durch welche Verhaltensweisen des anderen fühlten sich die Partner belohnt oder bestärkt)

3 STEIGERUNG POSITIVEN ERLEBENS IN DER PARTNERSCHAFT

4

VERBESSERUNG DER PARTNERSCHAFTLICHEN KOMMUNIKATIONS- UND KONFLIKTLÖSEFÄHIGKEITEN

Typische Kommunikationsdefizite:

- Uneindeutiger Kommunikationsstil
- Indirekter Kommunikationsstil
- Wenig problemorientierte Gespräche
- Keine direkte Kommunikation auf Beziehungsebene
- Übergeneralisieren („immer, nie...“)
- Perseveration (ewiges Aufwärmen der Vergangenheit)
- Häufige und abrupte Themenwechsel
- „Gedanken lesen“ (Vermutungen und Unterstellungen)
- Verzerrungen (einseitiges Missverstehen)

Folge: Selbst relativ harmlose Auseinandersetzungen bzw. Auffassungsunterschiede können zu schwerwiegenden Konflikten werden.

Schwierigkeit der Partner: Empfindungen und Überlegungen verständlich und direkt mitteilen können.

Kommunikationstraining durch die Erarbeitung von vier Kommunikationsregeln und Einübung durch Rollenspiele):

1. Sich gegenseitig anschauen.
2. Eigene Gefühle und Wünsche direkt äußern (anstelle von Vorwürfen, Anklagen oder Diskussionen)
3. Aufnehmendes Zuhören (dem Partner nonverbal zeigen, dass man zuhört, sich dem Partner zuwenden, ihn aussprechen lassen)
4. Paraphrasieren (die Äußerungen des Partners zunächst in eigenen Worten wiederholen, um deutlich zu machen, dass man ihn verstanden hat)

Die Kommunikationsregeln werden in gestufter Form anhand von zunehmend schwierigeren Situationen geübt.

4

VERBESSERUNG DER PARTNERSCHAFTLICHEN KOMMUNIKATIONS- UND KONFLIKTLÖSEFÄHIGKEITEN

5

RÜCKFALLPROPHYLAXE UNTER EINBEZIEHUNG DER ANGEHÖRIGEN

- Enttabuisierung des Rückfalls
→ Transparenz statt Verdrängung
- Frühzeitiges Erkennen von Risikosituationen
- Gemeinsame Bewältigung von Rückfällen
(Rückfälle werden oft durch Enttäuschung und Vorwürfe des Angehörigen ungewollt verschlimmert).
- Erarbeitung eines gemeinsam vereinbarten realistischen Prozedere, um die Ressourcen eines stabilen sozialen Stützsystems nutzen zu können.

Übungen zur partnerschaftlichen Rückfallprävention:

- Gemeinsames Bauen eines Rückfalls (Entstehungsbedingungen, Reihenfolge...)
- Gemeinsame Analyse eines Rückfalls
- Gemeinsame Stimuluskontrolle (Welche Auslösebedingungen für einen Rückfall sollten künftig besser gemieden werden?)
- Partnerschaftlicher Umgang mit Rückfallverdacht (Übungssituationen)
- Erarbeitung eines gemeinsamen Notfallplans (z. B. „Notfallplan-Vertrag“)

5

RÜCKFALLPROPHYLAXE UNTER EINBEZIEHUNG DER ANGEHÖRIGEN

DURCHFÜHRUNGSOPTIONEN



Einzel-Paargespräch

Angehörige in Form von:

- Partnern
- Eltern
- Geschwistern oder
- Kindern



Angehörigenseminar

Bsp. salus klinik:

- Beinhaltet zuvor benannte Bausteine (Vermittlung eines Rückfallmodells, Erarbeitung eines gemeinsamen Notfall-Plans und Austausch in der Großgruppe)
- Weitere Übungen („Ich wünsche mir...“ / „Ich erwarte...“ sowohl aus Sicht des Betroffenen als auch der Angehörigen)
- Tandem-Runde („Mich verbindet zu dir...“ / Mich trennt von dir...“)

„BEST PRACTICE“ AKTUELL

Familienorientierte Suchtrehabilitation in der Rehaklinik Birkenbuck (Schwarzwald)

1

Kombi-Plus-Behandlung (6 Wochen)

- für abhängigkeiterkrankte männliche und weibliche Personen mit ihren Kindern
- Elternteil wird in Klinik Birkenbuck behandelt
- Kinder gemäß Indikation zeitgleich in Rehaklinik Kandertal
- zusätzliche gemeinsame Behandlung in Form von Familiengesprächen und Interaktionsangeboten

2

Begleitende Behandlung Familie und Sucht

- stationäre Aufnahme der Rehabilitand:innen in der Klinik Birkenbuck
- Die Familie kommt während der Behandlung dann für ca. 3-4 Wochen dazu
- Stationäre Unterbringung der Familie dann in der Rehaklinik Kandertal



EMPFEHLUNGEN ZUR VERBESSERUNG VON VERSORGUNGSSTRUKTUREN

Resultierend aus einer selbst
durchgeführten empirischen Befragung

EMPFEHLUNGEN ZUR VERBESSERUNG VON VERSORGUNGSSTRUKTUREN

- verbesserte **Vernetzung verschiedener Hilfesettings** (Hausärzte, Polizei, Akutpsychiatrien etc.)
- flächendeckende Sicherstellung einer angemessenen **Refinanzierung von Angeboten** der Angehörigenarbeit in der Suchthilfe
- **Kostenträger sensibilisieren** (z.B. durch Kooperationstreffen oder Qualitätsaudits)
- **interne Analyse von SHGs** nach dem best practice Prinzip aussprechen im Sinne von – was unterscheidet gut funktionierende von weniger gut funktionierenden Selbsthilfegruppen
- **mehr Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit** von Bund und Ländern
- **die Anonymisierung bestehender Angebote** durch beispielsweise veränderten Namensgebungen sowie die Möglichkeit, Angebote zunehmend mehr über das Internet und Social Media auszubauen (z.B. in Form von Chatfunktionen)

EMPFEHLUNGEN ZUR VERBESSERUNG VON VERSORGUNGSSTRUKTUREN

- zunehmend ***mehr Werbung über Angebote für Angehörige*** auf verschiedenen Ebenen (z.B. Flyer in Betrieben und anderen Institutionen und Firmen; Plakate in der Öffentlichkeit – um Abhängigkeitserkrankungen vor allem öffentlich und gesellschaftlich zunehmend zu enttabuisieren und stattdessen mehr Gespräche darüber zu fördern.
- ***bessere Schulung von Fachpersonal*** zur Thematik der Angehörigenarbeit in suchthilfeinternen Institutionen wie Suchtberatungsstellen (gegen sogenannte Pauschalrezepte oder stereotype Empfehlungen), aber auch in Institutionen im Rahmen des Schnittstellenmanagements wie der Polizei oder den Akutpsychiatrien
- ***Chatangebote von Therapeut:innen und Fachpersonal*** auf Homepages von Kliniken, Entgiftungen etc.
- ***Projekt „Buddy“ von Angehörigen (Erfahrenen) für Angehörige (Unerfahrene)***
- Bereitstellung von leichter zugänglichem Informationsmaterial der großen Verbände (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, BZgA etc.)

EMPFEHLUNGEN ZUR VERBESSERUNG VON VERSORGUNGSSTRUKTUREN

- **paar- oder familientherapeutische Ansätze** sollten zunehmend mehr in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen zum Tragen kommen und bestenfalls in Behandlungskonzepte oder Leitlinien der medizinischen Rehabilitation mit aufgenommen werden (z.B. CRAFT - Community Reinforcement And Family Training , MDFT - Multidimensionale Familientherapie)
- ***Fachkräfte in der Suchthilfe für die angehörigenzentrierte Sichtweise zu sensibilisieren*** und zu schulen, um die Belastungen und das Leiden Angehöriger beim Namen zu nennen und ihnen damit zu helfen

Anbahnung weiterer **Forschungsansätze** zu u.a. folgenden Schwerpunkten:

- Diagnosekonzept der Co-Abhängigkeit/Mitbetroffenheit zur Ermöglichung stationärer und bedarfsgerechter Therapie
- Erhebung von Profilen der Angehörigen um zielgruppenspezifischere und passgenaue Unterstützungsangebote zu implementieren
- Berücksichtigung von genderspezifischen Aspekten

WO FINDEN ANGEHÖRIGE HILFE?

1) Sucht-Selbsthilfegruppen (SHGs)

Online im Internet auffindbar: Kreuzbund e.V., Blaues Kreuz e.V., Guttempler e.V., Freiwillige Suchtkrankenhilfe e.V. etc.
(Nottelefon der Guttempler, Projekt back-me-up)

2) Suchtberatungsstellen

Die dortige Beratung ist kostenfrei und auf Wunsch anonym. Weder ein Krankenschein noch eine Überweisung des Hausarztes sind notwendig.

3) Psychotherapeutische Unterstützung über die Krankenkassen

Überweisung des Hausarztes wird benötigt

4) Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)

Gute Übersicht über die bestehenden Selbsthilfevereine in Deutschland geboten mit weiterführenden Links zu deren Internetauftritten

Angebote der med. Reha (ambulant):

- Z.B. Angehörigengruppe der Fachambulanz in der salus klinik Friedrichsdorf (1 x im Monat)

LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

Berndt, J. et al. (2017): Abschlussbericht. Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker: ein multi-modaler Ansatz (BEPAS), Lübeck. Online im Internet:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/171109_Abschlussbericht_BEPAS.pdf [Stand: 05.11.2022].

Bischof, G./Besser, B./Bischof, A./Rumpf, H.-J. (2018): Positionspapiere und Leitbilder zu Angehörigen Suchtkranker POLAS. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit, Lübeck. Online im Internet:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/2018-07-18POLAS-Abschlussbericht.pdf [Stand: 05.11.2022].

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2019): Suchtprobleme in der Familie. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen, Bad Oeynhausen: Kunst- und Werbedruck. Online im Internet: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtprobleme_in_der_Familie.pdf [Stand: 05.11.2022].

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit (2017): Kinder aus suchtbelasteten Familien, Rostock: Publikationsversand der Bundesregierung, 8. Online im Internet:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Broschueren/Broschuer_Kinder_aus_suchtbelasteten_Familien.pdf [Stand: 05.11.2022].

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit (2018): Drogen- und Suchtbericht 2018, Berlin: Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG., 176. Online im Internet:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Drogen_und_Suchtbericht_2018.pdf [Stand: 05.11.2022].

LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

Flassbeck, Jens (2020): Co-Abhängigkeit. Diagnose, Ursachen und Therapie für Angehörige von Suchtkranken (3. Aufl.), Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Kolitzus, Helmut (1997): Die Liebe und der Suff... Schicksalsgemeinschaft Suchtfamilie, München: Kösel-Verlag.

Lindenmeyer, J. (2016): Alkoholabhängigkeit (3., überarb. Aufl.), Göttingen: Hogrefe Verlag, 33; 102-108.

Rehaklinik Birkenbuck, Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen (o. J.): Familienorientierte Suchtrehabilitation. Online im Internet: <https://www.rehaklinik-birkenbuck.de/therapieformen/familienorientierte-suchtrehabilitation/> [Stand: 05.11.2022].

Rennert, M. (1990): Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet (2. unveränd. Aufl.), Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 194.

Rennert, M. (2012): Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet (3. akt. Aufl.), Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag: 99-110.

Robert Koch-Institut (RKI) (2016): Abschlussbericht. Entwicklung von bundesweit aussagekräftigen Kennziffern zu alkoholbelasteten Familien, Berlin. Online im Internet: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht_bundesweit_aussagekraeftige_Kennziffern.pdf [Stand: 05.11.2022].

Schneider, R. (2013): Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit (17. korrig. Aufl.), Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 248-256.

„Das Wort **Krise** setzt sich im Chinesischen aus 2 Schriftzeichen zusammen – das eine bedeutet Gefahr und das andere Gelegenheit.“

John F. Kennedy



AUSTAUSCH UND DISKUSSION...

Welche Erfahrungen konnten Sie bereits im Bereich einer guten Versorgung für Angehörige sammeln – wo *sehen Sie Handlungsbedarf*?

Wie können Angehörige dazu motiviert werden, Unterstützungsangebote auch in Anspruch zu nehmen?

Welche geeigneten Versorgungsstrukturen sollten für Angehörige etabliert werden?

Welche Haltungen bestehen zur Begrifflichkeit der Co-Abhängigkeit?