



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Familie und Alkoholismus

Eine empirische Studie zur Situation der Co-
Abhängigen seit der Abstinenz des Süchtigen

Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades:
Diplom-Sozialpädagogin/ Diplom-Sozialarbeiterin (FH)
an der Hochschule Neubrandenburg

Erstprüfer: Prof. Dr. med. habil. Peter Schwab

Zweitprüferin: Dipl.-Psychologin Claudia Gottwald

eingereicht von: Wenke Klüßendorf

am: 25.10.2010

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	I
Einleitung	1
Kapitel I - Theoretischer Teil	5
1. Zu den Begriffen Sucht, Alkoholismus und Co-Abhängigkeit.....	5
1.1 Definition von Sucht und Alkoholismus	6
1.2 Historische Entwicklung und heutiges Verständnis von Co-Abhängigkeit.....	8
1.3 Definitionsansätze der Co-Abhängigkeit	10
1.4 Ursachen der Co-Abhängigkeit	12
1.5 Wesensmerkmale der Co-Abhängigkeit	13
2. Beteiligte der Co-Abhängigkeit	17
2.1 Familie.....	18
2.2 Freundeskreis.....	18
2.3 Arbeitsplatz.....	19
2.4 Therapeutische Beziehungen.....	20
3. Entwicklung und Verlauf der Co-Abhängigkeit.....	21
3.1 Phasen der Co-Abhängigkeit.....	22
3.1.1 Beschützer- und Erklärungsphase	22
3.1.2 Kontrollphase	22
3.1.3 Anklagephase	23
3.2 Suchtförderndes Verhalten.....	24
3.2.1 Vermeiden und Beschützen.....	24
3.2.2 Versuch, den Drogenkonsum des Abhängigen zu kontrollieren	25
3.2.3 Übernehmen von Verantwortlichkeit	25
3.2.4 Rationalisieren und Akzeptieren	26
3.2.5 Kooperation und Kollaboration.....	26
3.2.6 Retten und sich nützlich machen	26

4.	Innerfamiliäre Rollenentwicklung als Heranwachsender und daraus resultierende Folgen im Erwachsenenalter.....	27
4.1	Innerfamiliäre Rollenentwicklung.....	28
4.1.1	Das Kind als Familienheld	28
4.1.2	Das Kind als Sündenbock.....	30
4.1.3	Das verlorene Kind	30
4.1.4	Das Kind als Maskottchen	31
4.2	Physische und psychosomatische Folgen der Co-Abhängigkeit.....	33
Kapitel II – Empirischer Teil: Fragebogenerhebung		35
5.	Theoretischer Hintergrund.....	35
6.	Ziel der Untersuchung	36
7.	Untersuchungsgruppe	38
7.1	Betroffene Co-Abhängige.....	38
7.2	Suchtkranke Angehörige	39
8.	Vorgehensweise und Methode	39
8.1	Empirische Sozialforschung.....	40
8.2	Erhebung sozialer Daten mittels Fragebogen	41
8.3	Entwicklung des Fragebogens	41
8.4	Durchführung der Befragung.....	42
8.5	Auswertung des Fragebogens.....	43
9.	Ergebnisse der Befragung.....	44
9.1	Einzelanalysen	45
9.1.1	Altersverteilung	45
9.1.2	Geschlechterverteilung	46
9.1.3	Verhältnis zum Abhängigen	46
9.1.4	Langzeittherapien	47
9.1.5	Abstinenz.....	49
9.1.6	Erneute Beziehung mit abhängiger Person	50
9.1.7	Co-abhängige Verhaltensmuster vor Therapie	51

9.1.8	(Psycho-)somatische Beschwerden.....	53
9.1.9	Co-abhängige Verhaltensmuster direkt nach Therapie.....	54
9.1.10	Entwicklung co-abhängiger Verhaltensmuster seit Abstinenz.....	56
9.1.11	Selbsthilfegruppe für betroffene Co-Abhängige	57
9.1.12	Zusätzliche (Psycho-)Therapie	60
9.2	Kreuztabellen- und Regressionsanalysen	62
9.2.1	Co-abhängige Verhaltensmuster vor vs. nach der Therapie des Süchtigen	62
9.2.2	Durchbrechen co-abhängiger Verhaltensmuster von männlichen vs. weiblichen Betroffenen	64
9.2.3	Durchbrechen co-abhängiger Verhaltensmuster bei geringerer vs. stärkerer Ausprägung.....	66
9.2.4	Verringerung der Co-Abhängigkeit mit vs. ohne Selbsthilfegruppe	68
9.2.5	Erfolge mit vs. ohne zusätzliche (Psycho-)Therapie	70
10.	Diskussion und Schlussfolgerungen.....	71
10.1	Zusammenfassung der Einzel- und Regressionsanalysen.....	72
10.2	Diskussion der Ergebnisse.....	74
10.3	Die Situation der Co-Abhängigen seit der Abstinenz des Süchtigen.....	76
10.4	Wege aus der Co-Abhängigkeit.....	78
10.4.1	Suchtberatungsstelle	80
10.4.2	Selbsthilfegruppe	81
10.4.3	Therapie.....	83
10.4.4	Familie	85
10.5	Prävention	86
10.6	Fehleranalyse der Forschungsmethodik und -durchführung	89
	Fazit	93
	Anhang	96
	Literaturverzeichnis.....	114
	Eidesstattliche Erklärung	119

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

ABBILDUNGEN

Abbildung 1:	Altersverteilung Co-Abhängige	45
Abbildung 2:	Geschlechterverteilung Co-Abhängige	46
Abbildung 3:	Verhältnis zum Abhängigen	47
Abbildung 4:	In Therapie einbezogene Personen.....	49
Abbildung 5:	Erneute Beziehung mit abhängiger Person	50
Abbildung 6:	Ausprägung co-abhängiger Verhaltensmuster vor der Therapie des Süchtigen.....	51
Abbildung 7:	(Psycho-)somatische Symptome	53
Abbildung 8:	Ausprägung co-abhängiger Verhaltensmuster nach der Therapie des Süchtigen.....	55
Abbildung 9:	Erfolge durch Selbsthilfegruppe.....	58
Abbildung 10:	Zusätzliche (Psycho-)Therapie	61
Abbildung 11:	Phasen des Forschungsprozesses.....	90

TABELLEN

Tabelle 1:	Statistik zur Altersverteilung Co-Abhängige.....	45
Tabelle 2:	Häufigkeitstabelle zur Anzahl der Langzeittherapien	48
Tabelle 3:	Häufigkeitstabelle der in die Therapie einbezogenen Personen	48
Tabelle 4:	Häufigkeitstabelle zur Abstinenz des Alkoholikers.....	49
Tabelle 5:	Auswertungs- und Häufigkeitstabelle zur Dauer der Abstinenz.....	50
Tabelle 6:	Statistik zur Dauer der Abstinenz (in Monaten)	50
Tabelle 7:	Statistik co-abhängiger Verhaltensmuster vor der Therapie des Süchtigen.....	52
Tabelle 8:	Auswertungs- und Häufigkeitstabelle co-abhängiger Verhaltensmuster vor der Therapie	52
Tabelle 9:	Auswertungs- und Häufigkeitstabelle der (psycho-)somatischen Beschwerden	54

Tabelle 10:	Auswertungs- und Häufigkeitstabelle co-abhängiger Verhaltensmuster nach der Therapie.....	56
Tabelle 11:	Auswertungs- und Häufigkeitstabelle zur Entwicklung einer eigenen Suchtproblematik nach Therapie des Süchtigen.....	56
Tabelle 12:	Auswertungs- und Häufigkeitstabelle zur Entwicklung co-abhängiger Verhaltensmuster seit der Abstinenz des Süchtigen.....	57
Tabelle 13:	Häufigkeitstabelle zur Aufmerksamkeit auf die Selbsthilfegruppe	58
Tabelle 14:	Auswertungs- und Häufigkeitstabelle der Erfolge durch die Selbsthilfegruppe	59
Tabelle 15:	Auswertungs- und Häufigkeitstabelle der weiteren Ziele	60
Tabelle 16:	Auswertungs- und Häufigkeitstabelle der Erfolge durch die (Psycho-)Therapie	61
Tabelle 17:	Kreuztabelle der Ausprägung co-abhängiger Verhaltensmuster vor der Therapie * nach der Therapie des Süchtigen	63
Tabelle 18:	Chi-Quadrat-Tests zu Tab. 17	64
Tabelle 19:	Kreuztabelle der Ausprägung co-abhängiger Verhaltensmuster * Geschlecht.....	65
Tabelle 20:	Chi-Quadrat-Tests zu Tab. 19	65
Tabelle 21:	Regressionsanalyse zur Verminderung co-abhängiger Verhaltensweisen nach Geschlecht.....	66
Tabelle 22:	Regressionsanalyse zur Verminderung co-abhängiger Verhaltensmuster nach Anzahl der Merkmale, Modell 1a.....	67
Tabelle 23:	Regressionsanalyse zur Verminderung co-abhängiger Verhaltensweisen nach Anzahl der Merkmale, Modell 1b	67
Tabelle 24:	Omnibus-Tests der Modellkoeffizienten zu Tab. 24/26.....	67
Tabelle 25:	Regressionsanalyse zur Verminderung co-abhängiger Verhaltensweisen nach Anzahl der Merkmale, Modell 2	68
Tabelle 26:	Verringerung der Co-Abhängigkeit	69
Tabelle 27:	Regressionsanalyse zur Verringerung der Co-Abhängigkeit durch eine Selbsthilfegruppe	69
Tabelle 28:	Regressionsanalyse zur Verringerung der Co-Abhängigkeit durch eine (Psycho-)Therapie, Modell 1	70

Tabelle 29:	Omnibus-Tests der Modellkoeffizienten zu Tab 28/30.....	70
Tabelle 30:	Regressionsanalyse zur Verringerung der Co-Abhängigkeit durch eine (Psycho-)Therapie, Modell 2.....	71

Einleitung

Den neuesten Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zufolge, leben derzeit 1,3 Millionen alkoholabhängige Menschen in Deutschland. Hinzu kommen rund 1,4 Millionen Medikamentenabhängige, 220.000 Cannabis-abhängige sowie mindestens 220.000 Betroffene der Glückspielsucht.¹ Darüber hinaus leben in Deutschland mehrere Millionen Menschen, welche ein Suchtmittel missbrauchen und von einer Abhängigkeit bedroht sind. Doch nicht nur die Abhängigen selbst, sondern auch deren Angehörige und das soziale Umfeld sind von dieser Suchterkrankung unmittelbar betroffen. Denn kaum eine Krankheit hat eine derart große Wirkung auf das soziale Umfeld und beeinflusst so viele Menschen wie eine Abhängigkeitserkrankung.

Die Suchterkrankung - völlig gleich, ob es sich dabei um Alkohol, Medikamente, illegale Drogen oder Glückspiel handelt - verändert sowohl das Verhalten als auch die Persönlichkeit der Betroffenen. Bedenkt man nun, dass zu jedem dieser Betroffenen eine Vielzahl von Menschen gehört, die direkt oder indirekt von der Abhängigkeit mit betroffen sind, seien es die Partner, die Kinder, die Freunde oder auch die Arbeitskollegen, so wird sehr schnell deutlich, dass die Suchterkrankung mehr als nur ein Problem des Abhängigen² ist. Co-Abhängigkeit lautet der Begriff, der dieses Phänomen seit mehreren Jahren beschreibt. Die Zahl der betroffenen co-abhängigen Menschen in Deutschland wird derzeit auf mindestens fünf bis sieben Millionen geschätzt. Meist sind es die Familienangehörigen, etwa die Partner oder Kinder, die unter der Abhängigkeit und deren Auswirkungen besonders leiden. Sie wollen ihrem Angehörigen helfen, ihn beschützen oder auch kontrollieren und geraten dabei in einen Kreislauf von Hilflosigkeit, Selbstaufgabe, Wut und Verzweiflung. Die Suchterkrankung des Betroffenen und ihr Fortschreiten führen so zu einem typisch co-abhängigen Rollenverhalten bei den Angehörigen, welches immer mehr auf das Verhalten des Suchtkranken ausgerichtet ist. Nicht willentlich wird so die Sucht des Betroffenen unterstützt und verlängert. Zudem führt die Co-Abhängigkeit sehr häufig zu schweren psychischen und/oder körperlichen Erkrankungen.

¹ vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2010, S. 10-20

² Anmerkung: Die Verwendung der männlichen Form erfolgt aus Gründen der Vereinfachung und der besseren Lesbarkeit, keinesfalls aus Gründen der Diskriminierung. Durch die Verwendung der männlichen Form werden Frauen stets mit eingeschlossen.

Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit war das von mir im Wintersemester 2009/2010 absolvierte Praxissemester bei der Evangelischen Suchtberatung Rostock gGmbH. Während meiner Mitarbeit in der Beratungsstelle kamen fast täglich Angehörige von Abhängigkeitsbetroffenen in die Beratung – meist waren es Frauen – die deutliche Symptome der Co-Abhängigkeit zeigten. Aufgrund dessen begann ich, mich näher mit dieser Problematik auseinander zu setzen. Schon bald stellte ich fest, dass es sich bei der Co-Abhängigkeit um ein umfassendes und vielseitiges Konzept handelt, welches im Bereich der Therapie und Beratung nur ungenügend Beachtung findet. So wird die Aufmerksamkeit während einer Therapie in den meisten Fällen ausschließlich auf den Suchtkranken und seine Genesung, jedoch nicht auf den co-abhängigen Angehörigen und dessen Genesungsprozess gerichtet. Dabei benötigen auch die Angehörigen eine Beratung und Unterstützung bezüglich ihrer durch die Co-Abhängigkeit bedingten Symptome. Die Abstinenz des Süchtigen bedeutet demnach in vielen Fällen noch lange nicht das Ende der Sucht. Aufgrund dessen entschloss ich mich, meine Diplomarbeit diesem Thema zu widmen und die Situation der Co-Abhängigen seit der Abstinenz des Süchtigen mit Hilfe einer Fragebogenerhebung zu untersuchen, da zu diesem speziellen Thema bisher nur wenig Literatur existiert.

Es ist mein Bestreben, zunächst das Konzept der Co-Abhängigkeit, die für das Verständnis erforderlichen Zusammenhänge und bisher vorliegenden Erkenntnisse vorzustellen. Das Hauptziel dieser Arbeit ist jedoch, einen detaillierten Einblick in die Situation der betroffenen Co-Abhängigen vor und vor allem seit der Abstinenz des Süchtigen zu geben und aus den Ergebnissen der Untersuchung heraus Vorschläge für die zukünftige sozialpädagogische Arbeit mit den Betroffenen auszuarbeiten. Dabei befasst sich diese Arbeit mit der Co-Abhängigkeit ausschließlich im Bezug auf den Alkoholismus, insbesondere im Familiensystem, d.h. mit den Kindern und vor allem den Partnern der Suchtkranken. Folgende zentrale Thesen und Fragestellungen sollen innerhalb der Arbeit untersucht und beantwortet werden:

- 1) Die Co-Abhängigkeit betrifft deutlich mehr Frauen als Männer.
- 2) Die Co-Abhängigkeit betrifft in den meisten Fällen den Partner/die Partnerin des Abhängigen.

- 3) Da die Sucht des Abhängigen zum Lebensinhalt des Co-Abhängigen geworden ist, zeigt dieser auch nach der Therapie des Süchtigen weiterhin co-abhängige Verhaltensweisen.
- 4) Fällt es männlichen Betroffenen leichter, ihre co-abhängigen Verhaltensmuster nach der Therapie des Süchtigen zu durchbrechen?
- 5) Fällt es dem Co-Abhängigen nach der Therapie des Süchtigen umso schwerer seine co-abhängigen Verhaltensmuster zu durchbrechen, je mehr Merkmale der Co-Abhängigkeit vor der Abstinenz des Angehörigen zutrafen?
- 6) Kann der (regelmäßige) Besuch einer Selbsthilfegruppe einen entscheidenden Beitrag zur Verringerung der Co-Abhängigkeit leisten?
- 7) Erreichen diejenigen Co-Abhängigen, die zusätzlich in therapeutischer Behandlung sind, größere Erfolge?

Im ersten Teil dieser Arbeit werden zunächst die für das weitere Verständnis notwendigen Begriffe Sucht, Alkoholismus und Co-Abhängigkeit definiert. **(Kapitel I 1)** Anschließend wird auf die Ursachen und Wesensmerkmale, die Beteiligten sowie den Verlauf der Co-Abhängigkeit eingegangen. Dabei werden sowohl das Phasenmodell nach Roland Hallmayer als auch die suchtfördernden Verhaltensweisen der Co-Abhängigkeit nach Nelson dargestellt. **(Kapitel I 2 – I 3)** Im vierten Teil soll es um die Rollenentwicklung innerhalb der Familie und den daraus resultierenden Folgen im Erwachsenenalter gehen. Die Ausführungen beziehen sich dabei auf das Konzept der amerikanischen Familientherapeutin Sharon Wegscheider-Cruse, welche vier verschiedene Rollenbilder aufzeigt, die von betroffenen Kindern innerhalb der Familie eingenommen werden. Anschließend sollen die physischen und psychosomatischen Folgen der Co-Abhängigkeit aufgezeigt werden, um die Schwere dieser Krankheit deutlich zu machen. **(Kapitel I 4)**

Das zweite Kapitel dieser Arbeit beinhaltet die empirische Untersuchung zur Situation der Co-Abhängigen seit der Abstinenz des Süchtigen. Dabei wird zunächst auf den theoretischen Hintergrund sowie auf das Ziel und die Untersuchungsgruppen der Studie eingegangen. **(Kapitel II 5 – II 7)** Anschließend folgen Ausführungen zu der Vorgehensweise und Methode der Fragebogenerhebung, darunter die Entwicklung, Durchführung und Auswertung der Befragung. **(Kapitel II 8)** Der neunte Teil der vorliegenden Arbeit stellt die

Ergebnisse der Einzel-, Kreuztabellen- und Regressionsanalysen der gewonnenen Daten dar, mit welchen auch die vorgenannten Thesen und Untersuchungsfragen geprüft und beantwortet werden. **(Kapitel II 9)** Im zehnten und zugleich letzten Teil der Diplomarbeit folgt die Diskussion und Schlussfolgerung der gewonnenen Ergebnisse. In diesem Zusammenhang werden die Resultate der einzelnen Analysen noch einmal zusammenfassend dargestellt und zum Teil diskutiert und erläutert. Des Weiteren wird im Bezug zu den Untersuchungsergebnissen erneut kurz auf die Situation der Co-Abhängigen seit der Abstinenz des Süchtigen eingegangen, um als Schlussfolgerung daraus einige Möglichkeiten für die zukünftige pädagogische Arbeit mit den Betroffenen aufzuzeigen. Abschließen soll diese Arbeit mit einem Blick auf die Fehleranalyse der Forschungsmethodik und der möglichen weiteren Verwendung der gewonnenen Daten der empirischen Untersuchung. **(Kapitel II 10)**

KAPITEL I – THEORETISCHER TEIL

1. Zu den Begriffen Sucht, Alkoholismus und Co-Abhängigkeit

Um den Einstieg in die Thematik zu erleichtern, ist es notwendig, die Begriffe Sucht, Alkoholismus und Co-Abhängigkeit zu definieren. Allein für den Suchtbegriff findet sich in der Literatur eine Vielzahl verschiedener Definitionen, wobei der Begriff Sucht häufig mit dem Begriff der Abhängigkeit gleichgesetzt wird. Darüber hinaus unterscheidet man zwischen stoffgebundenen und stoffungebundenen Süchten sowie zwischen verschiedenen Ebenen und Kriterien der Sucht. Einig ist sich die Literatur darüber, dass sowohl die Sucht als auch der Alkoholismus als Krankheit definiert werden kann.

Bei der Co-Abhängigkeit hingegen gibt es verschiedene Definitionen und Ansichten, welche von der Co-Abhängigkeit als Krankheit bis hin zur Beziehungsstörung reichen. Einige Autoren sehen die Co-Abhängigkeit als krankhaftes Verhalten, welches nur im Zusammenhang mit Alkoholismus auftritt. Andere Autoren wiederum beschreiben den Co-Abhängigen als beziehungsabhängig oder als eine Person, die über einen längeren Zeitraum mit einem Neurotiker zusammenlebt.³

Im Folgenden werde ich die Begriffe Sucht, Alkoholismus und Co-Abhängigkeit in einer nachvollziehbaren Form definieren und damit der Thematik und den Anforderungen an diese Arbeit anpassen. Des Weiteren werde ich die Ursachen sowie die Wesensmerkmale der Co-Abhängigkeit darstellen, da ich dies als unerlässlich erachte, um nachzuvollziehen, was die Co-Abhängigkeit explizit ausmacht, durch welche Verhaltensweisen sie sich ausdrückt und was sie für die Betroffenen bedeutet.

³ vgl. Wilson Schaef 2005, S.26-30

1.1 Definition von Sucht und Alkoholismus

Das Wort Sucht leitet sich vom Wortstamm Siechen ab und meint das Leiden an einer Krankheit.⁴ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gebrauchte den Begriff Sucht bis etwa 1964, danach wurde er durch den Begriff der Abhängigkeit ersetzt, da der Suchtbegriff in der Vergangenheit mit zahlreichen negativen Bewertungen verbunden war. In unserem heutigen Sprachgebrauch werden Sucht und Abhängigkeit häufig parallel angewandt.⁵ Sucht (oder auch Abhängigkeit) kann definiert werden als zwanghaftes Verlangen nach einem bestimmten Stoff oder einer bestimmten Verhaltensweise, welche einen meist erwünschten und veränderten Gefühls-, Erlebnis- und Bewusstseinszustand hervorruft. Häufiges Ziel des süchtigen Verhaltens ist es, positive Gefühle auszulösen und/oder negative Gefühle zu vermeiden. Grundsätzlich unterscheidet man zwei Formen von Sucht. Zum einen gibt es die stoffgebundenen Süchte, bei denen dem Körper von außen ein chemischer Stoff, welcher als Droge bezeichnet werden kann, zugeführt wird. Diese Droge führt beim Konsumenten in der Regel zu einer Bewusstseinsveränderung. Zu den stoffgebundenen Suchtformen gehören u.a. Alkoholismus, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit. Die zweite Form sind die sog. stoffungebundenen Süchte oder auch Verhaltenssüchte, bei denen der Abhängige für sein Wohlbefinden keine bestimmte Droge benötigt. Seine Abhängigkeit äußert sich vielmehr in bestimmten Verhaltensweisen, die fortwährend und im überhöhten Maße ausgeübt werden und so schwerwiegende gesundheitliche und soziale Folgen nach sich ziehen können. Zu den stoffungebundenen Suchtformen zählen beispielsweise die Spielsucht, die Kaufsucht, die Kleptomanie sowie Essstörungen oder auch die Medienabhängigkeit.

Unabhängig von ihrer Form bezieht sich die Sucht stets auf drei Ebenen: Während die erste Ebene die physische Abhängigkeit meint, beschreiben die beiden weiteren die psychische Abhängigkeit sowie die zunehmende Beeinträchtigung bei der Ausführung und Umsetzung sozialer Interessen und der Alltagsgestaltung. Aufschluss darüber, ob ein Verhalten als süchtig eingestuft werden kann, geben folgende Kriterien: Kontrollverlust, Abstinenzunfähigkeit, Entzugserscheinungen, Wiederholungszwang, Dosissteigerung, Interessenabsorption und –zentrierung

⁴ vgl. Möller 2002, S.14

⁵ vgl. Schneider 1998, S. 11

(auf das Suchtverhalten), gesellschaftlicher Abstieg sowie psychischer und physischer Verfall.⁶

Der Alkoholismus gehört wie bereits erwähnt zu den stoffgebundenen Süchten.

„(Er) ist eine primäre, chronische Krankheit, deren Entstehung und Manifestation durch genetische, psychosoziale und umfeldbedingte Faktoren beeinflusst wird. Sie schreitet häufig fort und kann tödlich enden. Alkoholismus wird durch eine Reihe von dauernd oder zeitweilig auftretenden Kennzeichen charakterisiert: durch die Verschlechterung des Kontrollvermögens beim Trinken und durch die vermehrte gedankliche Beschäftigung mit Alkohol, der trotz besseren Wissens um seine schädlichen Folgen getrunken und dessen Konsum häufig verleugnet wird.“⁷

Dabei ist Alkohol in unserer Gesellschaft als Genussmittel durchaus anerkannt und erwünscht und somit eine legale Droge. Alkoholische Getränke sind beispielsweise auf Hochzeiten, Geburtstagen oder Familienfesten nicht mehr wegzudenken. Das Verhaltensmuster, Alkohol zu bestimmten Anlässen zu trinken, ist im Familienkreis wie in sozialen Gruppen erlernt und zu einer Art Tradition geworden. Viele Menschen glauben Alkohol zu benötigen, um freier und kommunikativer im Umgang mit anderen sein zu können und Hemmungen abzubauen. Zudem scheint er vielen hilfreich bei negativen Gefühlen und Schmerzen zu sein, um die eigene Erotik zu stimulieren oder einfach als guter Gastgeber aufzutreten.⁸ Die Gesellschaft legt jedoch fest, welche Mengen Alkohol in bestimmten Situationen angemessen sind. Werden diese gesellschaftlichen Richtlinien regelmäßig übertreten oder kommt es aufgrund des erhöhten Konsums zu sozialen Auffälligkeiten, spricht man von Alkoholmissbrauch bzw. von riskantem Konsum. Mündet dieser Konsum in psychischen, physischen oder sozialen Beeinträchtigungen und Schädigungen und/oder kann der Konsument seine Rolle als Teil der Gesellschaft nicht mehr angemessen wahrnehmen, hat sich der Alkoholmissbrauch in eine Alkoholabhängigkeit manifestiert und wird spätestens jetzt behandlungsbedürftig.⁹ Alkoholismus ist also nicht nur eine physische Krankheit¹⁰, er verändert die gesamte Persönlichkeit eines Menschen und damit die Art zu denken, handeln und fühlen. In den meisten Fällen verleugnet die alkoholabhängige Person jahrelang ihre Krankheit, belügt die Menschen in

⁶ vgl. Gross 2002, S. 510-512

⁷ o.V., zit. nach Engelke 2002, S. 7

⁸ vgl. Molter u.a. 1992, S. 9-10

⁹ vgl. Funke 2002, S. 19

¹⁰ Alkoholismus wird seit 1968 vom Bundessozialgericht für die Bundesrepublik als Krankheit anerkannt.

ihrer Familie und Umgebung und findet für sich selbst immer wieder neue Anlässe und Motive zum Trinken. Darüber hinaus verändert sich auch die Gefühlslage des Alkoholabhängigen mit dem Alkoholpegel im Blut. So reicht seine Stimmung von wohlgelaunt und euphorisch über gereizt und aggressiv bis hin zu deprimiert und selbstmitleidig. Ist die Alkoholkrankheit erst einmal ausgebrochen, kann der Alkoholiker sie nicht mehr heilen, er bleibt also sein Leben lang Alkoholiker. Er kann die Krankheit jedoch zum Stillstand bringen. Dafür ist es unabdingbar, dass der Abhängige sich seine Krankheit und die Tatsache, dass er Hilfe benötigt, eingesteht.¹¹

1.2 Historische Entwicklung und heutiges Verständnis von Co-Abhängigkeit

Der Begriff der Co-Abhängigkeit kam zum ersten Mal in den 70er Jahren in den USA auf. Geprägt wurde er nicht von Therapeuten oder anderen Fachleuten, sondern von den Betroffenen selbst, also von Menschen, die direkt von der Co-Abhängigkeit betroffen sind oder waren. Zuvor verwendete man Bezeichnungen wie „Co-Alkoholiker“ oder auch „Co-Alkoholismus“, deren Herkunft in dem Sprachgebrauch der Anonymen Alkoholiker (AA) liegt.¹² Bereits in den 30er Jahren erkannte man in den Gruppen der AA, dass viele Angehörige von alkoholabhängigen und anderen suchtkranken Menschen ähnlich signifikante Verhaltensmuster im Umgang mit dem Abhängigen zeigen.¹³ Die Betroffenen erkannten demnach relativ früh, dass sie selbst nicht nur passiv an der Sucht des Angehörigen oder einer anderen nahestehenden Bezugsperson mit betroffen sind und unter deren Folgen leiden, sondern dass sie zudem im Verlauf der Suchterkrankung Verhaltensweisen entwickeln, die den Suchtprozess unterstützen und aufrechterhalten.¹⁴ In Deutschland widmet man der Co-Abhängigkeit erst seit der Suchtwoche des Zweiten Deutschen Fernsehens (ZDF) im Jahre 1986 größeres Interesse. Innerhalb dieser Suchtwoche veröffentlichte die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) eine Zeitschrift mit dem Titel „betroffen“, in welcher der Begriff Co-Alkoholismus definiert wurde. Nach dieser

¹¹ vgl. Lambrou 2010, S. 19

¹² vgl. Aßfalg 1993, S. 9

¹³ vgl. Singerhoff 2002, S. 212

¹⁴ vgl. Aßfalg 1993, S. 9

Definition sind Co-Alkoholiker Bezugspersonen eines Alkoholkranken, welche Verhaltensweisen zeigen, „die geeignet sind, seine süchtige Fehlhaltung zu unterstützen und eine rechtzeitige Behandlung zu verhindern“.¹⁵ Dabei unterstützen Co-Abhängige den Suchtkranken häufig bis zur eigenen Selbstaufgabe. Das hat zur Folge, dass sie ihre eigenen Bedürfnisse und Interessen nicht mehr spüren und wahrnehmen, nicht nur in der Beziehung zum Abhängigen, sondern oftmals auch darüber hinaus, d.h. in Beziehungen zu anderen Menschen und ihrem Alltag. Das gesamte Denken, Handeln und Fühlen der co-abhängigen Person konzentriert sich nur noch auf das Suchtmittel und den abhängigen Menschen. Ein weiteres Merkmal co-abhängigen Verhaltens ist es, die Sucht des Angehörigen als Familiengeheimnis zu bewahren und nicht nach außen dringen zu lassen. Zugleich wird dem Suchtkranken jegliche Verantwortung für sich und sein Verhalten abgenommen. Dies zeigt sich unter anderem im Verstecken und Entsorgen der Suchtmittel oder im Entschuldigen des Abhängigen bei dessen Arbeitgeber. Zudem fühlt sich der Co-Abhängige für den Konsum des Suchtmittelabhängigen unmittelbar verantwortlich und sucht die Schuld für den Konsum innerhalb der eigenen Person.¹⁶

Für co-abhängige Menschen ist vor allem die Kontrolle sehr bedeutend. So sind sie partout davon überzeugt, dass sie das Familienleben zurück ins Gleichgewicht bringen können, wenn sie sich noch etwas mehr anstrengen und den Süchtigen noch ein wenig mehr lieben würden. Dabei wird das Handeln des Co-Abhängigen zu einem Großteil von Angst bestimmt – Angst, den suchtkranken Menschen zu verlieren, dass das Familiengefüge auseinanderbricht oder die Suchtkrankheit des Angehörigen öffentlich wird. Durch diese Angst wird die co-abhängige Person in ihrem Verhalten, Denken und Fühlen fortwährend starrer. Diese vielfachen Belastungen der betroffenen Co-Abhängigen führen zu individuell verschiedenen physischen wie psychischen Beschwerden, auf die im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch näher eingegangen werden soll.¹⁷

In Familien mit einem Suchtmittelabhängigen gibt es in der Regel einen Angehörigen, der besonders stark unter der Abhängigkeit leidet und der aufgrund seiner Co-Abhängigkeit durch bestimmte Verhaltensweisen unbewusst den

¹⁵ vgl. Schmieder 1992, S. 19

¹⁶ vgl. Körtel/Krasnitzky-Rohrbach 2004, S. 11-13

¹⁷ vgl. Arenz-Greiving 2002, S. 30

Suchtmittelkonsum und die Suchtentwicklung weiter unterstützt und aufrechterhält. Dieses Familienmitglied wird als „Enabler“ bezeichnet. Für gewöhnlich wird diese Rolle von derjenigen Person übernommen, die dem Abhängigen emotional besonders nahe steht, in den meisten Fällen ist das die Partnerin. Die Enabler-Rolle kann jedoch auch vom ältesten Kind, einem anderen Angehörigen oder einem guten Freund übernommen werden.¹⁸ Die Suchtforschung wirft vermehrt die Frage auf, ob Co-Abhängigkeit eine typisch weibliche Form von Sucht ist. So liegt die Geschlechterverteilung der Angehörigen in der Sucht-Selbsthilfe bei 80 Prozent weiblichen und 20 Prozent männlichen Gruppenmitgliedern.¹⁹ Ein Grund hierfür könnte beispielsweise darin liegen, dass laut Statistik rund 90 Prozent der co-abhängigen Frauen bei ihrem alkoholabhängigen Partner bleiben, während etwa genauso viele Männer ihre alkoholabhängige Partnerin verlassen, wenn diese ihre frühere Rolle aufgrund ihrer Alkoholkrankheit nicht mehr wahrnehmen kann.²⁰

Es bleibt zu erwähnen, dass nicht alle Angehörigen eines Alkoholikers co-abhängige Verhaltensweisen entwickeln. Diejenigen, die solche Verhaltensweisen aufweisen, benötigen jedoch eine gezielte und professionelle Behandlung und Beratung.²¹

1.3 Definitionsansätze der Co-Abhängigkeit

Wie eingangs erwähnt, existieren in der - zum größten Teil aus den USA stammenden - Fachliteratur verschiedene Definitionsansätze der Co-Abhängigkeit. Ganz allgemein beschreibt die Co-Abhängigkeit Personen, die im Zusammenleben oder in enger Verbindung mit einem suchtkranken Menschen bestimmte Handlungsweisen, Persönlichkeitsmerkmale und Einstellungen aufweisen, die den Abhängigen in seiner Krankheit unterstützen und fördern.²² So schildert auch der amerikanische Suchtberater Earnie Larsen die co-abhängige Person als „jemanden, der durch einen Suchtkranken geschädigt ist“.²³ Darüber

¹⁸ vgl. Rennert 1990, S. 53

¹⁹ vgl. Körtel/Krasnitzky-Rohrbach 2004, S. 11

²⁰ vgl. Singerhoff 2002, S. 213

²¹ vgl. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V. o.J., S. 4

²² vgl. Schmieder 1992, S. 18

²³ Larson 1983, zit. nach Wilson Schaef 2005, S. 29

hinaus bezieht er in seine Definition alle Personen mit ein, die über einen langen Zeitraum hinweg in enger Beziehung mit einem Neurotiker zusammenleben.²⁴ Charles Whitfield, ein amerikanischer Arzt und Schriftsteller, beschreibt die Co-Abhängigkeit hingegen als krankhaftes und prekäres Verhalten, welches bei Familienmitgliedern, Arbeitskollegen, Freunden und ganzen Gemeinschaften auftreten kann, die mit einem Alkoholiker zusammenleben oder -arbeiten. Er betrachtet co-abhängiges Verhalten demnach ausnahmslos im Zusammenhang mit Alkoholismus.²⁵ Ganz anders Robert Subby: Der amerikanische Theoretiker verbindet die Co-Abhängigkeit nicht ausschließlich mit dem Alkoholismus, sondern sagt, dass sie ein „emotionaler und psychischer verhaltensmäßiger Zustand (ist), der dann entsteht, wenn ein Mensch über längere Zeit starren Regeln ausgesetzt ist und sie befolgt, - Regeln, die seine Gefühle unterdrücken und eine offene Kommunikation verhindern“.²⁶ Subby definiert Co-Abhängigkeit folglich als „Gefühls- und Verhaltensmuster, das durch die in der Familie geltenden Regeln entsteht (...)“²⁷ und somit nicht nur im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung gesehen werden kann, sondern zugleich mit weiteren Formen psychischer Erkrankungen.²⁸ Die zum Teil unbewussten Familienregeln nach Robert Subby lauten:

1. Über Probleme spricht man nicht.
2. Es ist nicht in Ordnung, über Gefühle zu sprechen oder sie offen auszudrücken.
3. Kommunikation findet am besten indirekt statt, wobei eine dritte Person als Vermittler zwischen zwei Gesprächspartnern fungiert.²⁹
4. Sei immer stark, gut, perfekt und glücklich.
5. Sei selbstlos.
6. Tu, was ich sage (aber nicht, was ich tue).
7. Sei nicht kindisch.
8. Sorge nie für Unruhe, mach uns keine Schande.
9. Sprich nicht über Sex.³⁰

²⁴ vgl. Wilson Schaef 2005, S. 29

²⁵ vgl. ebd., S. 28-29

²⁶ Subby o.J., zit. nach Wilson Schaef 2005, S. 26-27

²⁷ Subby o.J., zit. nach Wilson Schaef 2005, S. 27

²⁸ vgl. Wilson Schaef 2005, S. 26-28

²⁹ Robert Subby bezeichnet dies als Triangulation. Beispielsweise hat die co-abhängige Mutter mit dem trinkenden Vater einen Konflikt und versucht, dass sich die Tochter mit ihr und damit gegen den Vater verbündet. So wird der eigentliche Konflikt zwischen dem Paar auf bzw. über die Tochter umgeleitet.

Darüber hinaus kann Co-Abhängigkeit als Beziehungsstörung gesehen werden, die sowohl durch genetische als auch durch frühkindliche Erfahrungen und Entwicklungsprozesse³¹ hervorgerufen werden kann. Co-Abhängigkeit beschreibt ein Krankheitsbild, welches autark und nicht ausschließlich in Verbindung mit einer Alkoholkrankheit oder einer anderen stoffgebundenen Sucht einer nahestehenden Person auftritt. In vielen Fällen wird die Co-Abhängigkeit jedoch erst in Verbindung mit einem suchtkranken Angehörigen als solche erkennbar.³²

Während Co-Abhängigkeit in den USA demnach inzwischen als eigenständige Krankheit anerkannt ist, wird sie in Deutschland nach wie vor in erster Linie im Bereich der Alkoholsucht erforscht.³³ Auch diese Arbeit befasst sich mit der Co-Abhängigkeit im Bezug auf den Alkoholismus, insbesondere im Familiensystem.

1.4 Ursachen der Co-Abhängigkeit

So unterschiedlich die Definitionen der Co-Abhängigkeit sind, so verschieden sind zugleich die Erklärungsmodelle. Ein Erklärungsversuch besagt, dass der Co-Abhängige mit seinem Verhalten das Ziel verfolgt, sein Selbstwertgefühl zu steigern. Dies geschieht, indem sich die co-abhängige Person gebraucht fühlt oder sich von den durch den Alkohol bewirkten euphorischen, selbstsicheren und kommunikativen Verhaltensweisen des Süchtigen hinreißen und begeistern lässt, da sie diese Verhaltensweisen oft selbst nicht zeigen oder ausleben kann.³⁴

In einem zweiten Erklärungsansatz wird davon ausgegangen, dass die Interessen und Bedürfnisse des Co-Abhängigen in seiner Kindheit weitgehend zurückgewiesen wurden.³⁵ In Folge dessen ist er entsprechend dieser These als Erwachsener schlimmstenfalls nicht mehr in der Lage, seine Sehnsüchte und Interessen zu äußern oder seine Wünsche an andere zu richten. Die Bedürfnisse werden dann ersatzweise am Süchtigen für sich selbst gestillt. So findet beispielsweise das Bedürfnis des Co-Abhängigen nach Fürsorge und Aufmerksamkeit darin seinen Ausdruck, dass er sich selbst fürsorglich und aufmerksam dem Alkoholkranken gegenüber zeigt.

³⁰ vgl. Subby 1987, S.29

³¹ vgl. Rollenentwicklung innerhalb der Familie Abschnitt 4.1

³² vgl. Birkenstock u.a. o.J., S. 4

³³ vgl. Fengler 2002, S. 104

³⁴ vgl. Singerhoff 2002, S. 221

³⁵ vgl. ebd.

Darüber hinaus kann das Verhalten einer co-abhängigen Person als Versuch verstanden werden, die negativen Gefühle wie Angst, Scham, Schuldgefühle, Wut und Schmerz, die fortwährend durch den trinkenden Angehörigen ausgelöst werden, zu verarbeiten und zu bewältigen. Die Auseinandersetzung mit dem Suchtkranken und der Versuch, das familiäre Gleichgewicht wiederherzustellen, führen bei dem Co-Abhängigen zu einer Art Dauerstress und kann gleichermaßen als Bemühung gesehen werden, die zuvor erwähnten negativen Gefühle nicht permanent erleben zu müssen.³⁶ Die Alkoholsucht führt folglich zu einer Reihe von Aktionen und Reaktionen der Beteiligten, die in einer neuen, der Sucht angepassten, familiären Balance resultieren. Dauert die Abhängigkeit längere Zeit an oder suchen die Betroffenen nicht rechtzeitig professionelle Unterstützung und Beratung, kann diese kontinuierliche Belastung einen eigenständigen Krankheitsverlauf - die Co-Abhängigkeit - auslösen. Der Co-Abhängige verändert sich und sein Verhalten demnach mit dem Süchtigen und dem Voranschreiten der Sucht mit. Eine besondere Bedeutung in diesem Veränderungsprozess kommt dabei den für die Co-Abhängigkeit spezifischen Gefühlen und Verhaltensmustern zu. Diese Verhaltensmuster dienen dem Betroffenen als eine Art Abwehrmechanismus, um mit den durch die Sucht des Angehörigen entstehenden Problemen und Gefühlen umgehen zu können.³⁷ Auf diese Verhaltensweisen bzw. Wesensmerkmale der Co-Abhängigkeit möchte ich im Folgenden explizit eingehen.

1.5 Wesensmerkmale der Co-Abhängigkeit

Um zu verdeutlichen, wie sich co-abhängiges Verhalten entwickelt und durch welche Verhaltensweisen es sich kennzeichnet, hat die amerikanische Psychotherapeutin Anne Wilson Schaefer die Co-Abhängigkeit in elf Wesensmerkmale unterteilt.³⁸ Die für das Verständnis dieser Arbeit relevantesten Wesensmerkmale betroffener Co-Abhängiger sollen nachfolgend dargestellt werden und aufzeigen, wie tief die Betroffenen in ihrer eigenen schwerwiegenden Störung gefangen sind.

³⁶ vgl. Singerhoff 2002, S. 220-222

³⁷ vgl. Rennert 1990, S. 44-47

³⁸ vgl. Wilson Schaefer 2005, S. 55-77

Außenorientierung

Bei diesem Wesensmerkmal geht es darum, welches Verhältnis der Betroffene zu seiner Umwelt hat und wie die Art, in der er sich selbst sieht, zur Co-Abhängigkeit führen kann. Ein mögliches Kriterium ist nach Wilson Schaef die Beziehungssucht der co-abhängigen Person. Da der Co-Abhängige sich selbst als nicht wertvoll erachtet, sucht er seine Bestätigung bei anderen und versucht so auch eine noch so destruktive Beziehung aufrecht zu erhalten und sich in dieser völlig aufzugeben.

Auch das „Sich nicht abgrenzen können“ ist eine Form der Außenorientierung. Die co-abhängige Person verliert den Blick dafür, wo sie selbst aufhört und die andere Person anfängt. In der Folge übernimmt sie die Gefühle wie Angst, Trauer oder auch Freude der Menschen in ihrer unmittelbaren Umgebung, selbst wenn sie in ihrem Inneren ganz anders fühlt. Sie hat demnach verlernt, auf ihre inneren Empfindungen zu achten und eine Beziehung zu sich selbst herzustellen.

Nach Wilson Schaef besteht ein weiteres mögliches Kriterium im Täuschungsmanöver. Daraus ergibt sich, dass die co-abhängige Person sich stets bemüht, bei den Menschen in ihrer Umgebung einen guten Eindruck zu hinterlassen und von ihnen so wahrgenommen zu werden, wie sie gern wahrgenommen werden möchte. Zum einen versuchen Co-Abhängige mit diesem Verhalten die Beurteilung und Reaktion anderer zu manipulieren, zum anderen zielt diese Taktik darauf ab, herauszufinden, was andere von ihnen erwarten und diese Erwartungen zu erfüllen. Gelingt es ihnen nicht, so erleben co-abhängige Menschen dies als persönliches Unvermögen.

Eine vierte Form von Außenorientierung besteht darin, dass viele Co-Abhängige kein Vertrauen in ihre eigenen Wahrnehmungen haben. Sie zweifeln dabei solange an ihren eigenen Empfindungen und Sinneseindrücken, bis diese durch andere Personen bestärkt und für richtig erklärt werden. Co-abhängiges Verhalten kann sich hier jedoch ebenso als dazu konträre Handlungsweise äußern, indem die betroffene Person derart auf ihre Ansicht beharrt, dass es nahezu unmöglich wird, andere und neue Betrachtungsweisen zuzulassen. Beide Formen der gestörten Wahrnehmung verhindern, dass der Co-Abhängige einer Sache aufgeschlossen gegenübertritt.³⁹

³⁹ vgl. Wilson Schaef 2005, S.55-65

Übertriebene Fürsorge

Das zweite Wesensmerkmal der Co-Abhängigkeit beschreibt die übertriebene Fürsorge, die die betroffenen Personen zeigen. Da co-abhängige Menschen sich von der Bestätigung anderer abhängig machen, versuchen sie zeitgleich für diese anderen Personen unentbehrlich zu sein. Um ihre Unentbehrlichkeit zu erreichen, nehmen sie den Menschen in ihrem Umfeld, insbesondere dem süchtigen Angehörigen, jegliche Aufgaben und Verpflichtungen ab, welche sie im Grunde eigenständig erledigen könnten und sollten. Der Co-Abhängige macht seinen Angehörigen auf diese Weise von ihm abhängig, was diesem nicht hilft, sondern vielmehr dessen Unselbständigkeit fördert.

Eine weitere Rolle, die co-abhängige Menschen gerne einnehmen, ist die des leidenden Märtyrers. Sie leiden, indem sie versuchen, die Familie um jeden Preis zusammenzuhalten, die Sucht des Partners zu verbergen, den Süchtigen zu umsorgen und all seine Verstimmungen zu erdulden. Das Resultat dieses Verhaltens ist schließlich, dass diese anstrengende und unerträgliche Lebenslage viel zu lange fortbesteht und der Abhängige somit deutlich zu spät professionelle Hilfe bezieht.⁴⁰

Selbstbezogenheit

Das Wesensmerkmal der Selbstbezogenheit der Co-Abhängigen äußert sich darin, dass sie oftmals stolz auf ihre aufopfernde Art und ihre Selbstlosigkeit sind. Darüber hinaus beziehen sie jegliche Äußerung, Verstimmung oder Begebenheit des Süchtigen oder einer anderen ihnen nahestehenden Person auf sich selbst. Demnach glauben sie für alles verantwortlich, an allem schuld und an allem beteiligt zu sein, was der anderen Person widerfährt.⁴¹

Kontrolle

Das Thema der Kontrolle ist eines der wichtigsten für betroffene Co-Abhängige. Ihre Intention ist es, jede Situation und jedes Verhalten ihrer Familienangehörigen zu kontrollieren und zu beeinflussen.⁴² Je unüberschaubarer eine Situation ist, umso mehr fühlt sich der Co-Abhängige in der Pflicht, diese zu kontrollieren und sie und das familiäre Gleichgewicht wieder in geregelte Bahnen zu lenken. Gelingt es ihm nicht, sieht er dies als direktes Versagen an und versucht sich noch mehr

⁴⁰ vgl. Wilson Schaef 2005, S. 65-67

⁴¹ vgl. ebd., S. 67-69

⁴² vgl. das Wesensmerkmal der Außenorientierung (Täuschungsmanöver)

anzustrengen. Wilson Schaeff sieht in diesem Wesensmerkmal den Hauptauslöser zahlreicher physischer Erkrankungen.⁴³

Gefühle

Als ein weiteres Merkmal co-abhängiger Verhaltensmuster benennt Wilson Schaeff, dass viele Co-Abhängige den Kontakt zu ihren eigenen Gefühlen verloren haben. Sie sind allzeit bestrebt, den Erwartungen anderer zu entsprechen, so dass sie zunehmend verlernen ihre eigenen Wünsche und Standpunkte auszudrücken. Co-Abhängige sind ferner der Auffassung nachvollziehen zu müssen, wie und was der süchtige Partner oder Angehörige fühlt und glauben infolge dessen keinen Anspruch auf eigene Empfindungen zu haben.

Des Weiteren verdrehen betroffene Co-Abhängige ihre Gefühle in dem Glauben, dass nur angenehme Gefühle empfunden werden dürfen und sie so ihr eigens geschaffenes Bild von sich selbst bewahren können. Auf diese Weise stauen sich unbewusst Wut, Ärger und Depressionen an, welche sich über kurz oder lang unkontrolliert entladen.⁴⁴

Unehrllichkeit

Das Wesensmerkmal der Unehrllichkeit findet sich in vielen Situationen des Alltags eines Co-Abhängigen wider. So ist ein co-abhängiger Mensch beispielsweise unehrlich zu sich selbst, wenn er seinen Gefühlen nicht traut, fortwährend die Erwartungen anderer erfüllt, nie jedoch seine eigenen oder wenn er Täuschungsmanöver inszeniert. Grund für diese Lügen ist meist der Wunsch, die eigenen Schuldgefühle abzubauen oder sich aus einer unangenehmen Lage zu befreien.⁴⁵

Egozentrik

Als ein weiteres Wesensmerkmal nennt Anne Wilson Schaeff die Egozentrik. Co-Abhängige sehnen sich danach mit ihrem Partner zu verschmelzen und an allem teilzuhaben, was im Leben des abhängigen Partners geschieht. Sie wollen demzufolge von ihm gebraucht werden. Trifft der Suchtkranke z.B. eigenständige Entscheidungen, fühlen sie sich von ihm zurückgewiesen oder gar verlassen.⁴⁶

⁴³ vgl. Wilson Schaeff 2005, S. 69-70

⁴⁴ vgl. ebd., S. 70-72

⁴⁵ vgl. ebd., S. 72-73

⁴⁶ vgl. ebd., S.73-74

Als Fazit dieser hier aufgezeigten Wesensmerkmale kann man die Co-Abhängigkeit demnach als eine Entwicklung sehen, in deren Verlauf der Co-Abhängige den Bezug zu seiner eigenen Person verliert bzw. seine eigene Identität erst erlangt, indem er sich ganz auf die Beziehung zu einer anderen Person konzentriert und die eigene Sicherheit, das eigene Selbstwertgefühl sowie die eigene Identität von dessen Anerkennung abhängig macht.⁴⁷ Natürlich weisen nicht alle betroffenen Angehörigen jedes einzelne dieser Wesensmerkmale auf. Treffen jedoch mehrere dieser Symptome zusammen, so kann sich daraus die Co-Abhängigkeit entwickeln. Demnach geben sie Aufschluss darüber, ob und wie stark die Co-Abhängigkeit bei einem Menschen ausgeprägt ist. Hinzu kommt, dass die Co-Abhängigkeit einen derart enormen Teil des Lebens der Betroffenen ausmacht, dass diese ihre eigene Co-Abhängigkeit zumeist nicht als solche realisieren und oftmals keinerlei Vorstellung mehr von einer intakten und normalen Lebensweise haben. Dies ist eine Eigenschaft, welche die betroffenen Co-Abhängigen mit den meisten Suchtkranken gemein haben.⁴⁸

2. Beteiligte der Co-Abhängigkeit

Co-Abhängigkeit ist nicht nur eine Krankheit, die den Partner eines Alkoholikers betreffen kann. Sie kann jeden treffen. So stellte bereits Anne Wilson Schaef in ihrem Buch „Co-Abhängigkeit. Die Sucht hinter der Sucht“ fest, dass „Jeder Mensch (...) der Co-Abhängigkeit verfallen (kann) – unabhängig von Alter, Geschlecht, Hautfarbe und sozialem Status.“⁴⁹ So können auch andere Familienmitglieder, Freunde, Arbeitskollegen, der Chef sowie Therapeuten und Ärzte co-abhängige Denk- und Handlungsmuster aufweisen.⁵⁰ Da sich diese Arbeit mit der Co-Abhängigkeit im Familiensystem befasst, werde ich nachfolgend in erster Linie auf co-abhängige Verhaltensweisen innerhalb der Familie eingehen und die weiteren Ebenen „Freundeskreis“, „Arbeitsplatz“ und „Therapeutische Beziehungen“ nur kurz anreißen.

⁴⁷ vgl. Rennert 2005, S. 46

⁴⁸ vgl. Wilson Schaef 2005, S. 77

⁴⁹ vgl. ebd., S. 55

⁵⁰ vgl. Schneider 1998, S. 77

2.1 Familie

Co-Abhängigkeit in der Familie äußert sich zunächst darin, dass die Sucht des Angehörigen verharmlost oder sogar verleugnet wird. Hinzu kommen eine Reihe von Verhaltensweisen, mit denen die co-abhängige Person versucht, ihren trinkenden Angehörigen zu beschützen oder zu kontrollieren. So konsumieren viele co-abhängige Frauen gemeinsam mit ihren süchtigen Männern, damit diese nicht alleine oder mit anderen „Saufkumpanen“ in einer Bar trinken. Wenn der Abhängige am nächsten Tag aufgrund seines übermäßigen Konsums nicht in der Lage ist zur Arbeit zu gehen, so entschuldigt der Co-Abhängige ihn bei dessen Arbeitgeber mit einer falschen Begründung. Oft wird nach versteckten Flaschen gesucht oder der Co-Abhängige kennzeichnet die Flaschen, um später kontrollieren zu können, wie viel der Alkoholkranke getrunken hat. Doch nicht nur die Partner eines Alkoholkranken, sondern auch dessen Kinder zeigen häufig co-abhängige Verhaltensmuster. So übernehmen sie beispielsweise Arbeiten im Haushalt, um den Suchtkranken bei seinen Pflichten zu entlasten und das Bild einer intakten und harmonischen Familie nach außen hin zu wahren.⁵¹

In Folge dessen erlebt der Suchtkranke, dass sein abhängiges Verhalten und die daraus resultierenden Konsequenzen durch seine Familie verdeckt, gerechtfertigt oder entschuldigt und aus dem Weg geräumt werden. Somit unterstützen und verfestigen die Familienmitglieder die Sucht und ihr Voranschreiten, indem sie bei dem Süchtigen keinerlei Einsicht auslösen, etwas gegen seine Abhängigkeit unternehmen zu müssen.

Diese suchtfördernden Verhaltensweisen laufen in der Regel in mehreren Phasen ab⁵² und sollen im weiteren Verlauf der Arbeit - einschließlich der Rollenentwicklung innerhalb der Familie - näher dargestellt und erläutert werden.

2.2 Freundeskreis

Im Freundeskreis äußert sich die Co-Abhängigkeit u.a. darin, dass die Trinkfestigkeit des süchtigen Freundes in geselliger Runde bestaunt und geschätzt wird. Dennoch wird häufig über den Trinkenden und seinen Konsum geredet, wenn dieser nicht anwesend ist. Niemand aber traut sich, den Betroffenen offen

⁵¹ vgl. Fengler 2002, S.102

⁵² vgl. Singerhoff 2002, S. 215

und direkt auf sein offensichtliches Problem bzw. seine Abhängigkeit anzusprechen. Es wird versucht, dieser unangenehmen Situation aus dem Weg zu gehen und so weder sich selbst noch den trinkenden Freund in Verlegenheit zu bringen. Oftmals ist den Freunden nicht bewusst, dass sie mit einem solchen vermeidenden Verhalten, insbesondere auf Feiern, den Trinkenden in seiner Sucht zunehmend bestärken und dieser somit in seinem Konsum kein Problem und keinen Anlass zur Verhaltensänderung sieht. Zudem kommt es nicht selten vor, dass ein oder mehrere Mitglieder aus dem Freundeskreis den Alkoholabhängigen dazu drängen „ein Gläschen“ mitzutrinken, um der guten Stimmung bei einer Feierlichkeit keinen Abbruch zu tun, selbst wenn dieser gerade eine Entgiftung durchgestanden hat.⁵³

2.3 Arbeitsplatz

Im Bezug auf die Co-Abhängigkeit am Arbeitsplatz wird geschätzt, dass etwa fünf Prozent aller Mitarbeiter eines Großunternehmens von einer Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit betroffen sind.⁵⁴ Die Auffassung, dass Alkoholismus durch persönliche Lebenskrisen und Probleme hervorgerufen wird, ist weit verbreitet. Aufgrund dessen erfährt der betroffene Alkoholiker auch am Arbeitsplatz vorerst Nachsicht und Verständnis von seinen Kollegen. Dieses Verständnis kann dazu führen, dass Arbeitskollegen versuchen, die Unpünktlichkeit, Fehler und Nachlässigkeit des Betroffenen zu beschwichtigen und zu vertuschen. Ihre Intention ist es, den Süchtigen durch diese Art der Unterstützung bei der Bewältigung seiner Sorgen und Belastungen zu helfen und den Alkohol somit für ihn entbehrlich zu machen. Für gewöhnlich erkennen sowohl die Kollegen als auch der Arbeitgeber nach längerer Zeit jedoch, dass dieses Verhalten nicht zum gewünschten Ziel führt. Der suchtkranke Mitarbeiter wird dann häufig auf eine andere Position im Betrieb versetzt, an der man ihn besser kontrollieren kann und es für ihn nahezu unmöglich wird, seine Sucht diskret und unbeobachtet auszuüben. Diese Art der Kontrolle bewirkt in aller Regel, dass sich der Trinkende neue Taktiken überlegt, um unbemerkt an seinen Alkohol zu gelangen und seine Sucht weiterhin auszuleben. Schließlich ist ein Merkmal der

⁵³ vgl. Fengler 2002, S. 101

⁵⁴ vgl. Aßfalg 1993, S. 25

Sucht, dass der Betroffene den Zwang seinen Konsum fortzuführen als etwas wahrnimmt, das ihn beherrscht und wogegen er sich nicht wehren kann.

Bewirken weder Verständnis noch Kontrolle bei dem Suchtkranken eine Veränderung, kommt es bei den Kollegen und Arbeitgebern zu Gefühlen wie Wut und Enttäuschung, aber auch Ernüchterung. Letzten Endes wird dann oftmals versucht, den trinkenden Kollegen auf eine Position zu versetzen, auf der nur geringe Anforderungen erwartet werden. Eine andere Möglichkeit ist es, bei der nächsten Gelegenheit oder durch Mobbing eine Kündigung zu bewirken. Damit haben die Kollegen und Vorgesetzten nicht nur wichtige Zeit vergeudet, in der der Alkoholiker seine Sucht weiter ausleben und vertiefen konnte, sondern haben ihn durch den Verlust des Arbeitsplatzes in eine weitere Krise gestürzt und ihm somit einen weiteren Anlass zum Trinken gegeben.⁵⁵

Um den Abhängigen dazu zu bewegen, sich professionelle Unterstützung zu suchen, muss von der Geschäftsleitung eines Betriebes die Bereitschaft kommen, allgemein etwas gegen Alkoholkonsum am Arbeitsplatz zu unternehmen. Denn nur ihre Anweisungen garantieren, dass diese im Normalfall auch beachtet werden.⁵⁶

2.4 Therapeutische Beziehungen

In therapeutischen Beziehungen zeigt sich die Co-Abhängigkeit u.a. darin, dass Ärzte ungeachtet des Abhängigkeitspotenzials ihres Patienten weiterhin Arzneimittel verschreiben. Therapeuten sehen über Behandlungsverstöße ihrer Patienten hinweg, weil sie ihnen sympathisch sind oder sie einen Abbruch der Therapie verhindern wollen. Patient und Therapeut geraten somit in eine wechselseitige Abhängigkeit. Der Patient ist von seinem Suchtmittel abhängig, welches er unter keinen Umständen aufgeben will, während sich der Arzt bzw. Therapeut von Zuneigung, Bewunderung und finanziellen Mitteln abhängig macht. Oft ist er sich darüber nicht einmal im Klaren. Der behandelnde Therapeut zieht folglich keine ausreichende Grenze zwischen sich und seinem Patienten und unterstützt diesen somit in seiner Sucht, anstatt ihn mit professioneller Hilfe zu

⁵⁵ vgl. Burzlaff 2002, S. 32-33

⁵⁶ vgl. Koltz 2004, S. 86

unterstützen.⁵⁷ In der Absicht, dem Patienten zu helfen, nimmt der Therapeut für ihn einen Großteil der Verantwortung und Kontrolle ab. Er versucht sich in ihn hineinzusetzen und seine Empfindungen auszudrücken, die der Patient oft so gar nicht fühlt und schadet ihm somit mehr, als dass er ihm hilft.⁵⁸ Dies betrifft selbstverständlich nicht die Gesamtheit der Ärzte und Therapeuten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass unabhängig davon, ob Co-Abhängigkeit in der Familie, dem Freundeskreis, dem Arbeitsplatz oder auch in therapeutischen Beziehungen auftritt, sie dazu führt, dass der Suchtkranke seine Sucht weiterhin aufrecht erhält. Dies wird dadurch bewirkt, dass er stetig von anderen vor den Folgen seiner Abhängigkeit bewahrt wird und somit keinen Anlass für eine Verhaltensänderung oder einen ernstgemeinten Behandlungsversuch sieht.⁵⁹

3. Entwicklung und Verlauf der Co-Abhängigkeit

Wie bereits erwähnt, wird die Entwicklung der Co-Abhängigkeit in drei Phasen unterteilt.⁶⁰ Nachfolgend sollen sowohl diese Phasen als auch die suchtfördernden Verhaltensweisen betroffener Co-Abhängiger dargelegt und erläutert werden. Dies ist notwendig, um nachvollziehen zu können, wie sehr sich der Co-Abhängige in seinem Verhalten verändert, sich in seinem gesamten Denken, Handeln und Fühlen auf den Abhängigen einstellt und diesen somit zu seinem Lebensinhalt werden lässt.⁶¹

⁵⁷ vgl. Fengler 2002, S. 102

⁵⁸ vgl. Aßfalg 1993, S. 31-32

⁵⁹ vgl. Burzlaff 2002, S. 33

⁶⁰ vgl. Singerhoff 2002, S. 215

⁶¹ vgl. Lambrou 2010, S. 20

3.1 Die Phasen der Co-Abhängigkeit

In der Literatur werden drei Phasen der Co-Abhängigkeit beschrieben. Diese Phasen können aufeinander folgend auftreten oder zum Teil übersprungen werden. Manch ein betroffener Co-Abhängiger verharrt in einer dieser drei Phasen.⁶²

3.1.1 Beschützer- und Erklärungsphase

Zu Beginn der Co-Abhängigkeit versucht der Betroffene das Verhalten des Süchtigen nach außen, d.h. gegenüber dem sozialen Umfeld, zu entschuldigen und den Süchtigen somit zu beschützen. Dem Abhängigen wird ein Großteil der Verantwortung (z.B. im Haushalt) abgenommen, er wird vor anderen abgeschirmt (z.B. vor Freunden, Bekannten), damit diese nichts von der Sucht mitbekommen und vor den Folgen seiner Abhängigkeit bewahrt (z.B. wenn er aufgrund seines überhöhten Konsums wiederholt nicht in der Lage ist, zur Arbeit zu gehen). Der Co-Abhängige meidet zudem aus Angst oder Scham häufig selbst den Kontakt zu Freunden und Nachbarn und beginnt sich mehr und mehr zu isolieren und das gesamte Tun auf den Angehörigen und dessen Sucht zu konzentrieren. Die Methoden und Lügen des Co-Abhängigen sind dabei genauso vielseitig wie die des süchtigen Angehörigen, der ebenso seine Sucht zu leugnen und zu verbergen versucht. Jedoch fühlen sich alle Betroffenen mit der Geheimhaltung der Sucht zunehmend unwohler.⁶³

3.1.2 Kontrollphase

Schreitet die Sucht des Angehörigen weiter voran, leidet der Co-Abhängige immer stärker unter dem Gefühl, versagt zu haben. Langsam erkennt er, dass das Beschützen und Entschuldigen des Trinkenden nicht zum gewünschten Ziel führt und versucht daraufhin das Trinkverhalten des Süchtigen zu kontrollieren. Somit nehmen die Sucht und der Alkohol den größten und wichtigsten Platz innerhalb der Familie ein. Zudem hängen auch die Gemütslage und das Selbstvertrauen des

⁶² vgl. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V. o.J., S. 14

⁶³ vgl. ebd.; vgl. auch Kolitzus 1997, S. 47

Co-Abhängigen unmittelbar von dem Suchtmittelkonsum ab. Trinkt der Angehörige nur wenig, so ist sowohl die Stimmung als auch das Selbstbewusstsein der co-abhängigen Person gut, konsumiert der Abhängige jedoch größere Mengen, so glaubt der Co-Abhängige die Kontrolle über den Konsum zu verlieren und sein Selbstwertgefühl sinkt. Um das Gefühl von Kontrolle wiederzuerlangen werden Flaschen gesucht und markiert, Schulden bezahlt, eine Haushaltskasse geführt und soziale Kontakte gemieden. So werden die eigenen Versagensängste auf den trinkenden Angehörigen übertragen, wodurch es zu Misstrauen, Streit und Depressionen kommen kann.⁶⁴

Doch gleichgültig wie viele Kontrollmöglichkeiten sich der Co-Abhängige überlegt, der abhängige Partner oder Angehörige entwickelt parallel dazu weitere Möglichkeiten und Wege, um unbemerkt zu trinken. Aufgrund dessen fühlt sich der betroffene Co-Abhängige oftmals hilflos, wütend, beschämt oder auch deprimiert und versucht dem Abhängigen zu drohen und ihn unter Druck zu setzen. Dieser hat jedoch während seiner Suchtentwicklung sehr früh mitbekommen, dass diese Drohungen für gewöhnlich ohne Konsequenzen bleiben. Befürchtet der Süchtige doch einmal Konsequenzen, so beendet er möglicherweise für wenige Tage das Trinken oder macht einen Entzug, um seinen Angehörigen zu beweisen, dass er seinen Konsum selbst kontrollieren kann und er somit kein Alkoholproblem habe. Jedoch ist der Rückfall nahezu vorprogrammiert. Die entstandene Hoffnung des Angehörigen wird durch den Rückfall des Alkoholkranken erneut enttäuscht, so dass dieser wiederholt Drohungen ausspricht. Dieses ständige Auf und Ab zwischen Hoffnung und Enttäuschung kann über Jahre gehen. Der Co-Abhängige fühlt sich lange Zeit für die Rückfälle verantwortlich, bis sich alle Gefühle entladen und er in die dritte Phase übergeht.⁶⁵

3.1.3 Anklagephase

In der dritten Phase erreichen die betroffenen Co-Abhängigen die Grenzen ihrer körperlichen und seelischen Belastbarkeit. Sie fühlen sich mehr und mehr erschöpft und/oder wütend und in den meisten Fällen leiden sie nun selbst unter diversen (psycho-)somatischen Beschwerden. Der Co-Abhängige macht den

⁶⁴ vgl. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V. o.J., S. 14

⁶⁵ vgl. Kolitzus 1997, S. 48

Süchtigen in dieser Phase für alles verantwortlich, was in den Jahren zuvor an negativen Gefühlen und Situationen aufgetreten ist. Er glaubt alles versucht zu haben, zieht einen Schlusstrich und klagt den Abhängigen an. In dieser Phase trennen sich viele Angehörige von ihrem trinkenden Partner und/oder sind bereit, sich professionelle und fachliche Unterstützung zu suchen, z.B. in einer Selbsthilfegruppe oder bei einem Therapeuten.⁶⁶

3.2 Suchtförderndes Verhalten

Keine der Verhaltensweisen co-abhängiger Menschen in Bezug auf die Sucht ihres Angehörigen trägt demnach dazu bei, dass dieser sein süchtiges Verhalten beendet. Vielmehr verhindern die bereits beschriebenen co-abhängigen Verhaltensmuster, dass der Alkoholabhängige die Konsequenzen seiner Sucht frühzeitig und in aller Deutlichkeit wahrnimmt. So kann der Abhängige seine Sucht viel länger vor sich und seinem Umfeld verleugnen. Unterdessen sieht der Co-Abhängige nur die Fehler des Alkoholabhängigen, so dass er über sich selbst und die eigenen Beweggründe und Reaktionen nicht nachdenkt und diese somit nicht hinterfragt.⁶⁷

Bereits 1985 hat Nelson das suchtfördernde Verhalten co-abhängiger Angehöriger untersucht und in sechs Verhaltensweisen unterteilt. Diese typisch co-abhängigen Verhaltensmuster können parallel auftreten, wobei in der Regel entsprechend dem Phasenmodell der Co-Abhängigkeit einer der beiden ersten Verhaltensstile vorrangig auftritt.⁶⁸

3.2.1 Vermeiden und Beschützen

Als ersten suchtfördernden Verhaltensstil nennt Nelson das Vermeiden und Beschützen, wie es auch in der ersten Phase der Co-Abhängigkeit beschrieben wird. Der Co-Abhängige verharmlost die Sucht des Angehörigen und versucht dem sozialen Umfeld, wie Nachbarn, Kollegen und Freunden, ein harmonisches

⁶⁶ vgl. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V. o.J., S. 16; vgl. auch Kolitzus 1997, S. 49

⁶⁷ vgl. Lambrou 2010, S. 22-23

⁶⁸ vgl. Rennert 1990, S. 53

und intaktes Bild der Familie zu präsentieren.⁶⁹ Dazu werden Ausreden gesucht, warum der trinkende Partner nicht zur Arbeit erscheinen kann, Flaschen werden versteckt oder ausgegossen.⁷⁰

3.2.2 Versuch, den Drogenkonsum des Abhängigen zu kontrollieren

Der zweite Stil suchtfördernden Verhaltens entspricht der zweiten Phase der Co-Abhängigkeit. Der Angehörige versucht das Trinkverhalten des Süchtigen zu kontrollieren und ihm Verantwortung abzunehmen. Hinzu kommen oftmals Drohungen, den abhängigen Partner zu verlassen oder sich selbst etwas anzutun, wenn dieser seinen Konsum nicht beendet. Durch dieses Verhalten werden innerhalb der Beziehung neue Probleme geschaffen, die dem Alkoholabhängigen als weitere Beweggründe und Legitimation zum Trinken dienen.⁷¹

3.2.3 Übernehmen von Verantwortlichkeit

Ein weiteres co-abhängiges Verhalten besteht darin, dass der Angehörige versucht, dem Trinkenden zu helfen, indem er ihm diverse Aufgaben und Verantwortungen abnimmt. So übernimmt der Co-Abhängige unter anderem Aufgaben im Haushalt, die früher der Süchtige selbst erledigen musste, oder geht einer Nebenbeschäftigung nach, um die Haushaltskasse aufzubessern, nachdem diese durch den erhöhten Alkoholkonsum stark geschrumpft ist. Aufgrund solch eines Verhaltens entmündigt der Co-Abhängige seinen Partner oder anderen Angehörigen und verschafft ihm noch mehr Möglichkeiten und Freiraum, um sich auf seine Sucht zu konzentrieren. Da die co-abhängige Person ihm jegliche Verantwortung abnimmt, spürt der Abhängige die Folgen seiner Sucht nicht und hat somit auch nicht das Gefühl, dass sein Konsum irgendeinen Schaden anrichtet.⁷²

⁶⁹ vgl. Schmieder 1992, S. 43

⁷⁰ vgl. Rennert 1990, S. 54

⁷¹ vgl. Schmieder 1992, S.43-44

⁷² vgl. ebd., S. 44

3.2.4 Rationalisieren und Akzeptieren

Mit dem Verhaltensmerkmal des Rationalisierens und Akzeptierens beschreibt Nelson, wie der co-abhängige Angehörige vernunftmäßige Erklärungen und Rechtfertigungen für die Alkoholabhängigkeit des Süchtigen sucht und findet. So wird etwa der berufliche Stress, der Konflikt mit dem besten Freund oder die Überzeugung, dass der Alkohol den Angehörigen souveräner und leistungsfähiger mache, als Begründung angeführt und die Sucht somit akzeptiert. Der betroffene Co-Abhängige sucht folglich nach rationalen Erklärungen, um mit der scheinbar desolaten Situation umgehen und sie auszuhalten zu können.⁷³

3.2.5 Kooperation und Kollaboration

Die hier genannte fünfte Verhaltensweise meint die Unterstützung und Zusammenarbeit mit dem Süchtigen bei der Beschaffung und dem Konsum des Suchtmittels durch den Co-Abhängigen. Diese Bereitschaft zur Kooperation tritt mehrfach bei der Abhängigkeit von illegalen Substanzen auf, ereignet sich jedoch auch bei der Alkoholabhängigkeit. Zu erkennen ist das Merkmal der Kooperation und Kollaboration unter anderem daran, dass der Co-Abhängige dem trinkenden Abhängigen qualitativ hochwertigen Alkohol besorgt, in der Hoffnung, dass dieser weniger schädlich für die Gesundheit ist. Einige Co-Abhängige helfen dem zitternden Angehörigen zudem das Glas mit Alkohol anzuheben, wenn dieser aufgrund seiner Entzugserscheinungen am Morgen nicht mehr selbständig in der Lage dazu ist.⁷⁴

3.2.6 Retten und sich nützlich machen

Als sechsten Stil suchtfördernden Verhaltens nennt Nelson das Retten und von Nutzen sein des Co-Abhängigen. Durch dieses Verhalten zeigt der co-abhängige Mensch, wie sehr er den Süchtigen liebt und versucht gleichzeitig den Alkoholiker von sich abhängig zu machen, aus Angst ihn zu verlieren. Das Verhalten selbst äußert sich beispielsweise darin, dass der Co-Abhängige das Erbrochene

⁷³ vgl. Schmieder 1992, S. 44-45

⁷⁴ vgl. ebd., S. 45

aufwischt, die leeren Flaschen entsorgt und gleichzeitig neue besorgt, damit der Trinker nicht selbst aus dem Haus muss und sich dabei bloßstellt.⁷⁵

Co-Abhängige handeln demzufolge zunächst aus Liebe, Loyalität, Verantwortung und Angst und gestehen sich selbst erst sehr spät ein, dass sie dem Süchtigen damit nicht bei der Überwindung seiner Abhängigkeit helfen, sondern ihn vielmehr noch darin bestärken und ihn durch ihr Verhalten davor bewahren, sich fachliche Beratung und Unterstützung zu suchen.⁷⁶

4. Innerfamiliäre Rollenentwicklung als Heranwachsender und daraus resultierende Folgen im Erwachsenenalter

Nicht nur der Partner eines Alkoholikers, sondern auch dessen Kinder sind unmittelbar von der Suchtkrankheit betroffen. Sie sind dem Familiengeschehen, das sich täglich um den Süchtigen und die Folgen seines Konsums abspielt, ausgesetzt und haben keine Alternative, als auszuhalten, was sich zwischen ihren Eltern fortwährend zuträgt. Die Kinder werden aktiv an der familiären Tragödie beteiligt und entwickeln Verhaltensweisen, mit denen sie versuchen, adäquat auf beide Elternteile zu reagieren.⁷⁷

Dieses Kapitel befasst sich mit den verschiedenen Rollen, die Kinder innerhalb einer Suchtfamilie einnehmen und den daraus resultierenden Folgen im Erwachsenenalter. Des Weiteren soll dieses Kapitel Aufschluss über die möglichen (psycho-)somatischen Folgen der Co-Abhängigkeit für die Betroffenen geben.

⁷⁵ vgl. Schmieder 1992, S. 45

⁷⁶ vgl. ebd., S. 46

⁷⁷ vgl. Lambrou 2010, S.22-24

4.1 Innerfamiliäre Rollenentwicklung

Kinder, die mit einem oder sogar zwei alkoholabhängigen Elternteilen aufwachsen, wissen nicht was es heißt, in einer „normalen“ Familie zu leben. Für sie ist es normal, wenn der Vater oder die Mutter abends betrunken nach Hause kommt oder dieses gar nicht erst verlässt. Im Verlauf der Sucht entwickeln diese Kinder bestimmte Rollen, die sie innerhalb der Familie einnehmen und die sie auch in ihrem späteren Leben als Erwachsene prägen.⁷⁸ Ihre Rolle, die ihnen als Abwehrmechanismus gegen die emotionalen Belastungen und als Überlebensstrategie dient, wird somit zu einem Teil ihrer Persönlichkeit. Im Laufe der Zeit entwickeln die Kinder eine Art Abhängigkeit von ihrer Rolle, die sie ohne fachliche Unterstützung auch als Erwachsene nur schwer wieder ablegen können. Wann ein Kind welche Rolle bzw. Kombination aus den Rollen annimmt, ist unter anderem abhängig von seinem Geschlecht, dem Alter und seinem Intellekt.⁷⁹

Nachfolgend werden sowohl die verschiedenen Rollen von Kindern in Suchtfamilien dargestellt, als auch deren Folgen für die Betroffenen im Erwachsenenalter.

4.1.1 Das Kind als Familienheld

Die Rolle des Familienhelden wird meist vom ältesten Kind oder dem Einzelkind übernommen, welches in der Regel sehr viel Aufmerksamkeit und Zuwendung durch die Eltern erhält und sich dadurch als etwas Besonderes wahrnimmt. Um der Familie, insbesondere den Eltern, auch weiterhin einen Grund zu Stolz und Zuversicht zu geben, arbeiten diese Kinder sehr hart, sind ehrgeizig, aktiv und erfolgreich in Schule, Studium, Sport oder Ähnlichem. Auch außerhalb der Familie ist der Held sehr beliebt und übernimmt häufig Führungspositionen. Darüber hinaus entwickelt er im Laufe seiner Rolle ein bemerkenswertes Organisationstalent und Verantwortungsbewusstsein.⁸⁰ Nicht selten übernehmen Helden in der Familie häusliche Aufgaben oder die Erziehung jüngerer

⁷⁸ vgl. Lambrou 2010, S. 25

⁷⁹ vgl. Arenz-Greiving.o.J., S. 15

⁸⁰ vgl. Koltz 1997, S. 68

Geschwister und werden so zur Entlastung und zum Ersatzpartner für den nicht trinkenden Elternteil.⁸¹

Das Kind in der Rolle des Familienhelden fühlt sich verantwortlich für die Probleme in seinem Umfeld und macht es sich zur Aufgabe, diese zu lösen. Insbesondere fühlt sich der Held für die Defizite und Probleme innerhalb der Familie verantwortlich. Realisiert der Held nach einiger Zeit, dass all seine äußeren Erfolge innerhalb der Familie nicht fruchten und die Familienprobleme trotz all seiner Mühen nicht gelöst werden können, kommen ihm Gefühle wie Schuld und Angst auf.⁸² Fernerhin haben Familienhelden gelernt, sich auf niemanden verlassen zu können und haben es dementsprechend schwer, enge und vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen. In Folge dessen sind sie innerlich sehr einsam, was sie nach außen hin versuchen zu verbergen, um das Bild der harmonischen Familie und ihr eigenes erfolgreiches Bild zu wahren. Im Erwachsenenalter üben Familienhelden oft helfende Berufe aus, sind fleißig, perfektionistisch und zuverlässig. In neuen und unvorhersehbaren Situationen werden sie jedoch schnell panisch. Trotzdem fällt es ihnen äußerst schwer, Verantwortung abzugeben – aus Angst für alles, was evtl. misslingt, verantwortlich zu sein.⁸³

Auch die Rolle des Familienhelden beschreibt somit co-abhängige Verhaltensweisen, welche die Kinder innerhalb der Familie von klein auf lernen und verinnerlichen. Ohne professionelle Hilfe entwickeln viele Familienhelden später eine Arbeitssucht sowie ein übersteigertes Bedürfnis nach Kontrolle und Manipulation. Häufig suchen sie sich zudem unbewusst einen süchtigen Partner, um weiterhin Kontrolle ausüben zu können, nicht loslassen zu müssen und die erlernten Verhaltensmuster beizubehalten.⁸⁴ Wie jedes co-abhängige Verhalten, hat auch die Rolle des Helden stressbedingte und andere (psycho-)somatische Folgen.⁸⁵

⁸¹ vgl. Arenz-Greiving o.J., S. 16

⁸² vgl. Schmieder 1992, S. 63

⁸³ vgl. Arenz-Greiving o.J., S. 16

⁸⁴ vgl. Kolitzus 1997, S. 69

⁸⁵ vgl. Arenz-Greiving o.J., S. 16

4.1.2 Das Kind als Sündenbock

Die Rolle des Sündenbocks in der Familie wird meist von dem zweiten oder mittleren Kind eingenommen, welches mit seinen häuslichen, schulischen oder sportlichen Leistungen nicht an denen des Familienhelden heranreicht und daher mit unangebrachten und auffälligen Handlungen versucht Aufmerksamkeit zu bekommen. Auf den ersten Blick scheint es für das soziale Umfeld, als würde der Sündenbock für die Familie eine zusätzliche Belastung bedeuten. Doch im Gegenteil: Durch sein auffälliges Verhalten lenkt der Sündenbock die Aufmerksamkeit von den suchtbedingten Familienproblemen ab und bietet sich selbst als Schuldtragender für die familiäre Disharmonie an.⁸⁶

Zu den unangepassten und unerwünschten Verhaltensweisen und Handlungen des Sündenbocks gehören beispielsweise Randalieren, Trinken, Gewalttätigkeiten gegenüber sich und anderen, Diebstähle und ggf. die Entwicklung einer eigenen Suchtproblematik.⁸⁷ Dessen ungeachtet verbirgt sich hinter all diesen aufständischen und aggressiven Verhaltensmustern ein Kind, das sich nach Aufmerksamkeit, Liebe und Zuwendung sehnt. Gerade bei weiblichen Kindern in dieser Rolle kommt es so zu frühen sexuellen Kontakten aus Sehnsucht nach Zärtlichkeit und Liebe und zuweilen sogar zu einer frühen Schwangerschaft, welche mit weiteren Problemen für und innerhalb der Familie verbunden ist.⁸⁸

4.1.3 Das verlorene Kind

Das verlorene Kind ist normalerweise das mittlere oder dritte Kind der Familie. Es kann als ein einsamer Einzelgänger und Tagträumer beschrieben werden, welches weder positive noch negative Aufmerksamkeit auf sich zieht. Das verlorene oder auch stille Kind zieht sich zurück, ist bescheiden und unauffällig und wird von seiner Umgebung als unkompliziert wahrgenommen. Es zeigt ein geradezu apathisches und defensives Verhalten, indem es Auseinandersetzungen aus dem Weg geht und sich den Situationen innerhalb wie außerhalb der Familie still anpasst. Aufgrund dieses unauffälligen Verhaltens sind die Eltern froh, sich neben dem Helden und vor allem dem Sündenbock nicht noch um ein weiteres

⁸⁶ vgl. Arenz-Greiving o.J., S. 17

⁸⁷ vgl. Koltz 1997, S. 70-80

⁸⁸ vgl. Arenz-Greiving o.J., S. 17

Kind kümmern zu müssen, schenken ihm Vertrauen, aber kaum Aufmerksamkeit. Das verlorene Kind sorgt sich selbst um seine Angelegenheiten und ist zufrieden, wenn es sich zurückziehen, Musik hören, lesen oder seinen Phantasien nachgehen kann. In Folge dessen ist die Entwicklung der sozialen Fähigkeiten und der sexuellen Identität bei diesen Kindern beeinträchtigt. In aller Regel fühlen sie sich verlassen, minderwertig und mutlos, was ihnen jeglichen Antrieb zur Entfaltung eigener Potenziale nimmt.⁸⁹

Die Auswirkungen dieser Rolle können für die betroffenen Kinder ohne fachliche Unterstützung gravierend sein. Sie leiden unter einem niedrigen Selbstbewusstsein, Allergien oder Asthma und versuchen ihre Einsamkeit durch übermäßiges Essen, Alkohol oder andere Suchtmitteln zu kompensieren und dadurch gleichzeitig Zuwendung und Aufmerksamkeit zu erhalten.⁹⁰

4.1.4 Das Kind als Maskottchen

Die vierte Rolle, die vor allem die jüngsten Kinder innerhalb einer Suchtfamilie einnehmen, ist die des Maskottchens bzw. des Clowns. Durch seine humorvollen Anekdoten und Späße nimmt dieses Kind einen Teil der angestauten Spannung und der negativen Grundstimmung in der Familie. Die Intention des Maskottchens ist es, der Familie das Gefühl zu geben, dass die Familiensituation nicht so problematisch ist und alles wieder gut wird – so wie die Eltern und größeren Geschwister es diesem Kind immer wieder sagen. Sie entwickeln im Laufe der Zeit einen regelrechten Zwang, diese selbst auferlegte Aufgabe zu erfüllen, wodurch ihre Freude und der Humor oftmals aufgesetzt wirken. Zwar sind diese Kinder durch ihr scheinbar fröhliches Gemüt sehr beliebt, da dies jedoch die annähernd einzige soziale Kompetenz ist, über die sie verfügen, haben sie kaum Freunde und erhalten zudem nur wenig Anerkennung. Darüber hinaus werden sie auch innerhalb der Familie als das kleine, naive und schwache Kind angesehen, dass man vor der unschönen Realität und der Suchtproblematik in der Familie beschützen muss. Dabei bekommen auch sehr kleine Kinder bereits die Spannungen, die Wut und den Ärger innerhalb der Familie mit, können diese aber nicht richtig einordnen. So entstehen bei dem Maskottchen Gefühle wie

⁸⁹ vgl. Arenz-Greiving o.J., S. 18; vgl. auch Kowitz 1997, S. 71-72

⁹⁰ vgl. Arenz-Greiving o.J., S. 18

Einsamkeit, Hilflosigkeit und Wertlosigkeit, Unvollkommenheit und vor allem Angst.⁹¹

Eine häufige Diagnose bei den betroffenen Kindern ist die der Hyperaktivität, wodurch sie medikamentös behandelt werden und schon früh lernen, dass es Substanzen gibt, mit denen man sich wohler und glücklicher fühlt. Die möglichen Folgen für ein Kind in der Rolle des Maskottchens sind vielfältig. Sie reichen von psychischen Störungen, Überempfindlichkeit und Phobien bis hin zur paranoiden Schizophrenie und der Entwicklung einer eigenen Suchtproblematik, z.B. aufgrund der Tranquilizer gegen ihre Hyperaktivität.⁹²

Forschungen aus den USA belegen, dass 40 bis 60 Prozent der Alkoholiker selbst in einer Familie mit Alkoholproblematik aufgewachsen sind.⁹³ Zudem sucht sich ein Großteil der Frauen, die mit einem alkoholabhängigen Vater groß geworden sind, später selbst einen alkoholkranken Partner.⁹⁴ Demnach haben Kinder aus Suchtfamilien, unabhängig der von ihnen innerhalb dieser Familie einst eingenommenen Rolle, ein wesentlich höheres Risiko, später selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln, als Kinder aus unbelasteten Familien. Dabei geben die Belastungen der Kindheit ihre vollen Auswirkungen häufig erst im Erwachsenenalter zu erkennen. Die Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen und/oder einer Suchtproblematik sind dabei die familiäre Atmosphäre, Anspannung und Vernachlässigung, physische und psychische Gewalt sowie Unbeständigkeit und Unzuverlässigkeit innerhalb der Familie.⁹⁵

⁹¹ vgl. Arenz-Greiving o.J., S. 19; vgl. auch Kolitzus 1997, S.72-73

⁹² vgl. Arenz-Greiving o.J., S. 19

⁹³ vgl. Piece, Jill 1976, zit. nach Lambrou 2010, S. 27

⁹⁴ vgl. Lambrou 2010, S. 27

⁹⁵ vgl. Arenz-Greiving o.J., S. 20

4.2 Physische und psychosomatische Folgen der Co-Abhängigkeit

Co-abhängige Kinder suchtkranker Eltern leiden demnach aufgrund ihrer vielfältigen Belastungen häufiger unter psychosomatischen Beschwerden sowie körperlichen und/oder psychischen Störungen als Kinder aus unbelasteten Familien. Störungen im Sozialverhalten, Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen sind so keine Seltenheit bei diesen Kindern. Auch Ängste und depressive Verstimmungen gehören zu den typischen Symptomen co-abhängiger Kinder. Ein Großteil dieser Beschwerden zeigt sich dabei wie zuvor erwähnt erst im Erwachsenenalter als seelische Spätfolgen, d.h. im Alter von 20 bis 30 Jahren und bei großen persönlichen und familiären Veränderungen.⁹⁶

Wie diese Arbeit bereits zeigen konnte, leiden jedoch nicht nur die Kinder unter der Suchtproblematik ihrer Eltern, sondern auch andere Angehörige, insbesondere der Partner des Alkoholabhängigen. Gelingt es dem co-abhängigen Partner immer weniger, die Sucht vor sich selbst und dem sozialen Umfeld zu verleugnen, so erreicht er (meist in der Anklagephase)⁹⁷ die Grenzen seiner körperlichen und seelischen Belastbarkeit. Der Co-Abhängige befindet sich nun mit seinen Gefühlen im Zwiespalt, möchte einerseits die Beziehung zum Abhängigen und damit die Belastungen beenden, fürchtet sich dagegen andererseits davor, allein bzw. allein mit den Kindern zurechtzukommen zu müssen. Oftmals spielen auch finanzielle und emotionale Abhängigkeiten vom trinkenden Partner eine entscheidende Rolle, die die co-abhängigen Angehörigen davon abhalten, diese ausweglos scheinende Situation zu verändern bzw. den Partner zu verlassen. Viele Co-Abhängige greifen an diesem Punkt vermehrt selbst zu Alkohol oder Medikamenten, entwickeln eine Essstörung oder andere Suchtproblematik.⁹⁸ Zu den weiteren (psycho-)somatischen Beschwerden, die bei Co-Abhängigen häufig zu beobachten sind, gehören Kopf- und Rückenschmerzen, Atemprobleme, Hörsturz und Infektanfälligkeit, aber auch Herz-, Magen- und Darmstörungen. Hinzu kommen ein oft hoher Blutdruck, Burn-out sowie Depressionen und Angststörungen und sogar Krebs.⁹⁹

⁹⁶ vgl. Arenz-Greiving o.J., S. 20

⁹⁷ vgl. Phasen der Co-Abhängigkeit, Abschnitt 3.1

⁹⁸ vgl. Singerhoff 2002, S. 217

⁹⁹ vgl. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V. o.J., S. 17

Natürlich zeigen nicht alle Co-Abhängigen eine oder mehrere dieser (psycho-) somatischen Symptome. Treten diese Beschwerden jedoch vermehrt auf und kommt es aufgrund dessen zu einer starken seelischen Belastung, wird die Co-Abhängigkeit behandlungsbedürftig.¹⁰⁰ Im Allgemeinen suchen Co-Abhängige anlässlich ihrer Symptome einen Haus- oder Facharzt auf. Da sie jedoch aus Angst, Scham- und Schulgefühl weiterhin versuchen, die Sucht ihres Angehörigen zu verbergen, sprechen sie diese in aller Regel auch nicht an. Zudem führen die betroffenen Co-Abhängigen ihre körperlichen und seelischen Beschwerden nur selten auf ihre familiäre Situation zurück, so dass sie keinen Anlass sehen, vor dem Arzt ihr Familiengeheimnis der Abhängigkeit zu offenbaren. Da viele Mediziner aufgrund der fehlenden Thematisierung der Co-Abhängigkeit in ihrer Ausbildung, diese nicht als Krankheitsauslöser erkennen, bleibt den meisten Co-Abhängigen die so dringende Behandlung ihrer Krankheit verwehrt.¹⁰¹ Dies hat für die Betroffenen fatale Folgen, denn die durch die Co-Abhängigkeit ausgelösten psychischen und physischen Erkrankungen, können bis zum Tod führen, etwa durch Selbstmord oder Krebs. So sterben Co-Abhängige, wenn sie keine fachliche Behandlung und Unterstützung erhalten, häufig noch vor dem Abhängigen.¹⁰²

¹⁰⁰ vgl. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V. o.J., S. 16

¹⁰¹ vgl. Körtel/Krasnitzky-Rohrbach 2004, S. 15

¹⁰² vgl. Wilson Schaef 2005, S. 17

KAPITEL II – EMPIRISCHER TEIL: FRAGEBOGENERHEBUNG

5. Theoretischer Hintergrund

Im Laufe des Suchtprozesses haben die Co-Abhängigen immer mehr den Bezug zu ihren eigenen Gefühlen und Bedürfnissen verloren. Der abhängige Angehörige und dessen Sucht sind zum Lebensinhalt des Co-Abhängigen geworden. Dies führt zur Abhängigkeit von der Beziehung zu dem Suchtkranken, da der betroffene Co-Abhängige seinen Selbstwert ausschließlich aus der Fürsorge für den Alkoholiker und der Eindämmung von dessen Sucht bezieht.¹⁰³ Vollzieht der Alkoholabhängige nun eine Therapie oder schafft den Ausstieg aus der Sucht aus eigener Kraft und Motivation, so löst dies bei dem Co-Abhängigen ein Gefühl von Angst aus, da der Süchtige nun unter Umständen nicht mehr hilfebedürftig sein könnte und der Co-Abhängige somit seine einzige Aufgabe verliert. Aufgrund dessen wird Co-Abhängigkeit auch häufig als „die Sucht, gebraucht zu werden“ bezeichnet.¹⁰⁴ Den betroffenen Co-Abhängigen fällt es demnach sehr schwer, die positive Veränderung des Süchtigen hin zur Abstinenz mit umzusetzen, nachdem sie sich oft über Jahre oder sogar Jahrzehnte mit ihrem Denken und Handeln ganz auf den trinkenden Angehörigen eingestellt haben.¹⁰⁵

Viele Co-Abhängige glauben vor der Therapie ihres abhängigen Partners, dass all ihre Probleme gelöst wären, wenn der Alkoholiker aufhören würde zu trinken. Erfüllt sich diese Hoffnung nach der Therapie des Süchtigen nicht, suchen sie den Grund erneut bei sich selbst, glauben sie hätten etwas falsch gemacht und dass ihr Angehöriger aufgrund dessen wieder rückfällig werden könnte.¹⁰⁶ Die Angst vor dem Rückfall begleitet die Co-Abhängigen oft noch Jahre nach Beginn der Abstinenz ihres suchtkranken Angehörigen. Demgegenüber steht die Angst vieler co-abhängiger Partner, ihre gewohnte Rolle als starker und bestimmender Teil der Familie aufgeben zu müssen. Hinzu kommt die Befürchtung, dass sich der abstinente Alkoholiker durch sein Streben nach mehr Eigenständigkeit und Selbstbestimmung zunehmend von dem Co-Abhängigen distanzieren könnte.

¹⁰³ vgl. Singerhoff 2002, S. 216

¹⁰⁴ vgl. ebd., S. 217

¹⁰⁵ vgl. Lambrou 2010, S. 20

¹⁰⁶ vgl. Schmieder 1992, S. 83-84

Nicht selten äußern die betroffenen Co-Abhängigen daraufhin den Wunsch, dass der Angehörige doch wieder trinke solle, um die gewohnte Familiendynamik herzustellen.¹⁰⁷

Doch nicht nur für den co-abhängigen Partner ist die Umstellung aufgrund der Abstinenz des Süchtigen problematisch. Auch die co-abhängigen Kinder misstrauen zu Beginn der Abstinenz ihres Elternteils.¹⁰⁸ Sie haben Angst, ihr Vater oder die Mutter könnte wieder anfangen zu trinken, wenn sie versuchen mit ihm/ihr über die Zeit vor der Therapie zu sprechen. In diesem Verhalten äußern sich die Schuldgefühle, die die betroffenen Kinder bezüglich der Sucht ihrer Eltern empfinden.¹⁰⁹ Darüber hinaus hemmen sie die Familienregeln¹¹⁰, die sie über die Jahre der Sucht einhalten mussten. Für co-abhängige Kinder ist es schwierig mit einem Mal über Dinge zu sprechen und Emotionen zu zeigen, die es zuvor zu verbergen galt, oder plötzlich sie selbst zu sein, wo sie sich jahrelang hinter einer Rolle¹¹¹ versteckten, um sich der Familiensituation anzupassen und mit ihr umgehen zu können.¹¹²

Ohne professionelle Beratung und Unterstützung schweigen die betroffenen Co-Abhängigen häufig weiter, sprechen nicht über die Sucht des Abhängigen und durchbrechen somit auch nicht ihre co-abhängigen Verhaltensmuster.

6. Ziel der Untersuchung

Die Fragebogenerhebung zur Situation der Co-Abhängigen seit der Abstinenz des Süchtigen widmet sich der Problematik, dass viele Co-Abhängige auch nach der Therapie des süchtigen Angehörigen ihre co-abhängigen Verhaltensweisen weiter aufrecht erhalten und somit die Abstinenz des Angehörigen sowie ihre eigene physische wie psychische Gesundheit fortwährend gefährden. Ziel der Untersuchung ist es, eine quantitative Ist-Analyse über die Situation der Co-Abhängigen vor bzw. nach der Abstinenz des Alkoholabhängigen durchzuführen. Dazu werden die einzelnen Fragen nicht nur unabhängig voneinander analysiert,

¹⁰⁷ vgl. Schmieder 1992, S. 84

¹⁰⁸ vgl. Lambrou 2010, S. 231

¹⁰⁹ vgl. ebd., S. 232

¹¹⁰ vgl. Familienregeln nach Robert Subby, Abschnitt 1.3

¹¹¹ vgl. Rollenentwicklung innerhalb der Familie, Abschnitt 4.1

¹¹² vgl. Lambrou 2010, S. 233

sondern teilweise in Abhängigkeit zueinander erforscht. Um im Anschluss mögliche Schlussfolgerungen für die Behandlung und Unterstützung betroffener Co-Abhängiger ziehen zu können, werden zunächst folgende Thesen mit Hilfe der Fragebogenerhebung untersucht und überprüft:

- 1) Die Co-Abhängigkeit betrifft deutlich mehr Frauen als Männer.
- 2) Die Co-Abhängigkeit betrifft in den meisten Fällen den Partner/die Partnerin des Abhängigen.
- 3) Da die Sucht des Abhängigen zum Lebensinhalt des Co-Abhängigen geworden ist, zeigt dieser auch nach der Therapie des Süchtigen weiterhin co-abhängige Verhaltensweisen.

Darüber hinaus sollen folgende Fragen untersucht werden:

- 4) Fällt es männlichen Betroffenen leichter, ihre co-abhängigen Verhaltensmuster nach der Therapie des Süchtigen zu durchbrechen?
- 5) Fällt es dem Co-Abhängigen nach der Therapie des Süchtigen umso schwerer seine co-abhängigen Verhaltensmuster zu durchbrechen, je mehr Merkmale der Co-Abhängigkeit vor der Abstinenz des Angehörigen zutrafen?
- 6) Kann der (regelmäßige) Besuch einer Selbsthilfegruppe einen entscheidenden Beitrag zur Verringerung der Co-Abhängigkeit leisten?
- 7) Erreichen diejenigen Co-Abhängigen, die zusätzlich in therapeutischer Behandlung sind, größere Erfolge?

Im Anschluss an die Untersuchung dieser Thesen und Untersuchungsfragen sollen Rückschlüsse für die sozialpädagogische und therapeutische Arbeit mit den betroffenen Co-Abhängigen erarbeitet werden.

7. Untersuchungsgruppe

Zur Überprüfung der vorgenannten Thesen und Untersuchungsfragen wurden insgesamt zwei Fragebögen erstellt, von denen sich einer an die betroffenen Co-Abhängigen richtete, der zweite Fragebogen wurde an alkoholkrankte Personen versandt. Insgesamt nahmen 128 Probanden an der Erhebung teil. Davon fallen 55 Personen auf die erste Untersuchungsgruppe der betroffenen Co-Abhängigen und 73 Personen auf die zweite Untersuchungsgruppe der Alkoholabhängigen. Damit ergibt sich eine Gesamtstichprobe von N=128 Personen.

7.1 Betroffene Co-Abhängige

Die erste Untersuchungsgruppe umfasst insgesamt 55 betroffene Co-Abhängige, von denen 26 aus einer Al-Anon Familiengruppe stammen. Die restlichen 29 Teilnehmer gehören einer Selbsthilfegruppe für Angehörige bzw. einer gemischten Selbsthilfegruppe für Abhängige und deren Angehörige an. Beide Arten von Gruppen haben das Ziel, den Angehörigen eines Alkoholikers bei der Überwindung ihrer Co-Abhängigkeit zu unterstützen, ihnen Kraft und Hoffnung sowie die Möglichkeit zum gegenseitigen Austausch zu geben. Dabei stehen nicht die Abhängigen im Mittelpunkt der Gespräche, sondern die Angehörigen selbst.

Die Al-Anon Familiengruppen sind den Gruppen der Anonymen Alkoholiker angegliedert, agieren jedoch autark und unabhängig von diesen. Al-Anon ist eine weltweite Selbsthilfegemeinschaft für Familien und Freunde von Alkoholikern, die ähnlich wie die Anonymen Alkoholiker mit einem 12 Schritte-Programm¹¹³ arbeiten. Wie in zahlreichen Selbsthilfegruppen, gehen auch die Mitglieder von Al-Anon davon aus, dass der Alkoholismus eine Familienkrankheit ist, welche man mit einer veränderten Denk- und Handlungsweise lindern oder sogar heilen kann. Insgesamt existieren derzeit in 115 Ländern etwa 24.000 Al-Anon Gruppen.¹¹⁴

Aufgrund der Tatsache, dass die angeschriebenen Angehörigen suchtkranker Menschen sich anlässlich ihrer Co-Abhängigkeit an eine Selbsthilfegruppe gewandt haben, ist davon auszugehen, dass sie sich ihrer Co-Abhängigkeit zum Zeitpunkt der Erhebung bewusst waren und über ein gewisses Maß an Selbstreflexion verfügten.

¹¹³ 12 Schritte-Programm von Al-Anon siehe Anhang C, S. 108

¹¹⁴ vgl. Al-Anon Familiengruppen 2010 (Internetquelle)

7.2 Suchtkranke Angehörige

Die zweite Untersuchungsgruppe umfasst 73 alkoholabhängige Personen, von denen 12 den Anonymen Alkoholikern angehören. Von den 61 weiteren Probanden stammen 30 aus einer Nachsorgegruppe und 31 aus einer Selbsthilfegruppe für alkoholabhängige Menschen bzw. aus einer gemischten Gruppe für Alkoholabhängige und deren Angehörige. Die 30 Probanden der Nachsorgegruppen haben bereits eine oder mehr Therapien durchlaufen, da dies die Voraussetzung zur Teilnahme an einer solchen Gruppe ist. Die Probanden der Anonymen Alkoholiker bzw. der Selbsthilfegruppen haben nur zum Teil eine ambulante oder stationäre Langzeittherapie bewältigt. Die Ziele der genannten Gruppen reichen vom Erfahrungsaustausch über gegenseitige Unterstützung und Hilfe bis hin zur völligen Abstinenz. Die Teilnehmer haben sich eingestanden, dass der Alkohol für sie zu einem Problem mit weitreichenden sozialen und gesundheitlichen Folgen geworden ist.¹¹⁵

Die Fragen, die den suchtkranken Probanden gestellt wurden, bezogen sich dabei jedoch nicht auf sie selbst, sondern auf ihre (co-abhängigen) Angehörigen und deren Reaktionen auf die Suchtkrankheit. So war es möglich, die Co-Abhängigkeit aus zwei verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten, zum einen aus Sicht der Co-Abhängigen selbst und zum anderen aus der Sicht der abhängigen Angehörigen.

8. Vorgehensweise und Methode

Im Folgenden soll auf den Begriff der empirischen Sozialforschung eingegangen werden. Anschließend komme ich auf die Vor- und Nachteile der schriftlichen Befragung mittels Fragebogen. Des Weiteren gehe ich auf die Entwicklung der Fragebögen für die beiden Untersuchungsgruppen ein, um im Anschluss daran etwas zu der Durchführung der Untersuchung und ihrer Auswertung mittels des Statistikprogrammes SPSS 16.0 zu sagen.

¹¹⁵ vgl. Anonyme Alkoholiker 2010 (Internetquelle)

8.1 Empirische Sozialforschung

Die empirische Sozialforschung bezeichnet die systematische Erhebung und Interpretation sozialer Erscheinungen.¹¹⁶ Empirisch forschen beinhaltet dabei die zielgerichtete Anwendung verschiedener wissenschaftlicher Methoden zur lösungsorientierten Bearbeitung von Forschungsfragen.¹¹⁷ Das Wort „empirisch“ bedeutet, dass zuvor formulierte Thesen an realen Erfahrungen überprüft werden.¹¹⁸ Zu den empirisch wahrnehmbaren sozialen Realitäten zählen u.a. „beobachtbares menschliches Verhalten, von Menschen geschaffene Gegenstände sowie durch Sprache vermittelte Meinungen, Informationen über Erfahrungen, Einstellungen, Werturteile, Absichten.“¹¹⁹ Als Methoden der empirischen Sozialforschung sind zu nennen: die Befragung, die Beobachtung sowie die Inhaltsanalyse.¹²⁰ Darüber hinaus sollen nach Peter Atteslander stets drei Grundfragen der empirischen Sozialforschung beantwortet und untersucht werden:

- 1) Was soll erfasst werden?
- 2) Wie soll erfasst werden?
- 3) Zu welchem Zweck soll erfasst werden?¹²¹

Des Weiteren unterscheidet Atteslander fünf Phasen des Forschungsablaufs, die - unabhängig vom spezifischen Vorhaben der empirischen Sozialforschung - stets gleich ablaufen. Diese fünf Phasen lauten:

- 1) Problembenennung in Form wissenschaftlicher Fragestellungen,
- 2) Gegenstandsbenennung,
- 3) Durchführung und Anwendung von Forschungsmethoden,
- 4) Analysen und Auswertungsverfahren und
- 5) Verwendung von Ergebnissen.¹²²

¹¹⁶ vgl. Atteslander 2000, S. 5

¹¹⁷ vgl. Hug/Poscheschnik 2010, S. 26

¹¹⁸ vgl. Atteslander 2000, S. 5

¹¹⁹ Atteslander 2000, S. 4

¹²⁰ vgl. Atteslander 2000, S. 5

¹²¹ vgl. ebd., S. 4

¹²² vgl. ebd., S. 22

8.2 Erhebung sozialer Daten mittels Fragebogen

Der Fragebogen dient als ein Instrument der Datenerhebung und –gewinnung. Dabei handelt es sich in der Regel um Daten, die nicht allein durch Beobachtung zu ermitteln sind, z.B. Meinungen, Einstellungen, Gedanken und Gefühle.¹²³ Bei der Entwicklung eines Fragebogens sollte immer das Forschungsziel im Blick behalten werden, damit der Fragebogen letztlich auch die erforderlichen Informationen liefert.¹²⁴ Der größte Vorteil der schriftlichen Befragung mittels Fragebogen ist ein finanzieller, da eine Fragebogenerhebung relativ kostengünstig ist. Darüber hinaus bietet die schriftliche Befragung den Vorteil, dass sie eine hohe Anonymität gewährleistet und in kürzerer Zeit eine große Personengruppe erreichen kann. Der Personalaufwand und der Interviewer als Fehlerquelle fallen weg.¹²⁵ Ein Nachteil der Fragebogenerhebung besteht darin, dass im Nachhinein nicht nachvollziehbar ist, wie ehrlich und selbständig die Befragten den Fragebogen ausgefüllt haben und dass der Prozentsatz des Rücklaufes geringer ist als z.B. bei einer mündlichen Befragung.¹²⁶ Zudem dürfen nur leicht verständliche Fragestellungen verwendet werden, da ansonsten die Wahrscheinlichkeit, dass Fragen ausgelassen oder nur unvollständig beantwortet werden, steigt. Die Verwendung eines Fragebogens eignet sich daher vor allem für die Ermittlung einfacher Tatbestände.¹²⁷

8.3 Entwicklung der Fragebögen

Die Fragebögen¹²⁸ wurden im Anschluss an mein Praxissemester bei der Evangelischen Suchtberatung Rostock gGmbH im Mai 2010 von mir entwickelt. Der erste Teil der Befragung befasste sich mit personenbezogenen Daten wie dem Alter, Geschlecht und Familienstand. Fragen nach dem Namen und Wohnort wurden zur Gewährleistung der Anonymität nicht gestellt. Für die betroffenen Co-Abhängigen wurden insgesamt 17 Fragen entwickelt, darunter vier offene Fragen. Drei weitere Fragen ließen den Probanden die Möglichkeit unter „Sonstiges“

¹²³ vgl. Hug/Poscheschnik 2010, S. 83

¹²⁴ vgl. Wirtschaftspsychologische Gesellschaft o.J. (Internetquelle)

¹²⁵ vgl. Atteslander 2000, S. 147

¹²⁶ vgl. Hug/Poscheschnik 2010, S. 123

¹²⁷ vgl. Atteslander 2000, S. 147

¹²⁸ Fragebögen siehe Anhang A und B, S. 98-107

weitere Angaben über sich zu machen. Der Fragebogen für die betroffenen Alkoholabhängigen beinhaltete 18 Fragen, darunter drei offene Fragen sowie drei Fragen mit der Antwortkategorie „Sonstiges“. Offene Fragen haben den Vorteil, dass sie dem Probanden einen größeren Spielraum für eigene Antworten geben und sich der Befragte in seiner Meinung ernst genommen fühlt.¹²⁹ Im Nachhinein können die gegebenen Antworten in auswertbare Kategorien zusammengefasst werden. Da auf offene Fragen jedoch üblicherweise weniger Antworten zu erwarten sind, wurden überwiegend geschlossene Fragen bzw. Fragen mit mehreren vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gewählt. Diese erhöhen die Übereinstimmung der gegebenen Antworten und verbessern somit ihre Vergleichbarkeit.¹³⁰

Um die Probanden zum Ausfüllen des Fragebogens zu motivieren, wurde diesem ein Begleitbrief beigefügt, in welchem ich mein Anliegen dargestellt und begründet habe.¹³¹ Darüber hinaus habe ich für eventuelle Rückfragen bzw. Verständnisprobleme meine persönlichen Kontaktdaten angegeben. Eine Art Pretest¹³² wurde innerhalb eines Anonymen Alkoholiker-Treffens durchgeführt. Im Rahmen dieses Treffens wurde den Gruppenmitgliedern nach vorheriger Absprache und mit deren Einverständnis der Fragebogen für die betroffenen Suchtkranken ausgeteilt. Insgesamt erklärten sich 11 von 14 Teilnehmern bereit, den Fragebogen auszufüllen. Anschließend wurde der Fragebogen auf seine Verständlichkeit und die richtige Interpretation der Fragen überprüft.

8.4 Durchführung der Befragung

Erhebungsinstrument für die vorgenannten Thesen und Untersuchungsfragen waren wie zuvor erwähnt zwei Fragebögen, welche den Untersuchungsgruppen im Juni 2010 auf postalischem bzw. elektronischem Weg zugesandt wurden. Der erste Fragebogen wandte sich an die betroffenen Co-Abhängigen, der zweite an betroffene Suchtkranke. Insgesamt wurden 60 Gruppen im gesamten deutschen Bundesgebiet angeschrieben, von denen sich 23 bereitklärten an der Befragung teilzunehmen. Als Begründung für die Nichtteilnahme wurde überwiegend

¹²⁹ vgl. Atteslander 1995, S. 183

¹³⁰ vgl. ebd.

¹³¹ vgl. Moser 1995, S. 167

¹³² Anmerkung: Ein Pretest bezeichnet eine Voruntersuchung zur Qualitätsverbesserung des Fragebogens vor Erhebungsbeginn.

genannt, dass sich die Suchtproblematik bei den Betroffenen nicht ausschließlich auf die Alkoholabhängigkeit konzentriert, sondern vielfach auch auf andere stoffgebundene Süchte. Der Fragebogen wandte sich jedoch an betroffene Alkoholabhängige bzw. deren Angehörige. Ein weiterer Grund war die Angst einiger Gruppen (insbesondere der AA), dass die Daten nicht anonym bleiben und gruppeninterne Informationen nach außen dringen könnten. Zudem zeigten sich die AA in den persönlichen bzw. telefonischen Vorabgesprächen sehr stolz, sich ausschließlich aus eigenen Mitteln zu finanzieren und somit den Einfluss von gruppenexternen Personen vermeiden zu können. Trotzdem konnten insgesamt 23 Selbsthilfegruppen für Angehörige und/oder Alkoholabhängige aus den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Hessen, Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Sachsen sowie Sachsen-Anhalt erreicht werden. Aus welchem Bundesland bzw. welcher Selbsthilfegruppe welcher Fragebogen zurückgekommen ist, lässt sich aufgrund der Gewährleistung der Anonymität im Nachhinein nicht nachvollziehen.

8.5 Auswertung des Fragebogens

Die Auswertung der Daten des Fragebogens wurde mit Hilfe des Statistikprogrammes SPSS 16.0 vorgenommen. Das Programm SPSS dient der statistischen Untersuchung und Auswertung von Daten sowie der grafischen Datenanalyse.¹³³ Für die Erfassung der absoluten und relativen Häufigkeiten sowie der Mittelwerte wurden deskriptive Statistiken angewandt. Darüber hinaus wurden die statistischen Operationen mit einer Programmiersprache - der Syntaxsprache - durchgeführt. Mit der Syntax kann man Befehle in Textform abspeichern und auf die Daten anwenden. Das bietet den großen Vorteil, die ausgeführten Arbeitsschritte besser dokumentieren zu können und die Befehle in angepasster Form immer wieder ausführen zu lassen. Des Weiteren sind die vorgenommenen Arbeitsschritte mit Hilfe der Syntax im Nachhinein für eine evtl. weitere Verwendung der Daten nachvollziehbar und Fehler in der Datenanalyse leichter aufzuspüren und zu korrigieren.¹³⁴

¹³³ vgl. Brosius 2008, S. 29

¹³⁴ SPSS-Syntax siehe Anhang D, S. 110

Die Daten selbst werden zunächst im Einzelnen analysiert. Anschließend sollen einige der Ergebnisse mit Hilfe von Kreuztabellen- und Regressionsanalysen untersucht werden, um die vorgenannten Thesen überprüfen zu können. Um den Umfang dieser Arbeit einzugrenzen, werden nur die für die Beantwortung der Thesen relevanten Fragen analysiert und untersucht. So wird der Fokus zwar auf das Familiensystem gelegt, insbesondere jedoch auf den Partner des Alkoholabhängigen. Die Alters- und Zeitangaben innerhalb der Einzelanalysen beziehen sich auf den Zeitpunkt der Auswertung im September 2010. Um die co-abhängigen Verhaltensmuster vor und nach der Therapie des Süchtigen vergleichen zu können, wurde folgende einheitliche Einteilung der Ausprägungen vorgenommen:

0 Merkmale = keine Ausprägung, 1 bis 2 Merkmale = geringere Ausprägung, 3 bis 4 Merkmale = mittlere Ausprägung, 5 und mehr Merkmale = stärkere Ausprägung. Diese Ausprägungen co-abhängiger Verhaltensmuster dienen zugleich als Indikatoren für die zu untersuchende Co-Abhängigkeit der Betroffenen.

Die gleiche Einteilung wurde bei den (psycho-)somatischen Symptomen der Co-Abhängigkeit sowie bei den Erfolgen durch die Selbsthilfegruppe bzw. zusätzliche (Psycho-)Therapie vorgenommen.

9. Ergebnisse der Befragung

Im Folgenden werden die demografischen und anderen Daten des Fragebogens zunächst in Form von Einzelanalysen ausgewertet. Die Analyse umfasst dabei 13 geschlossene sowie vier offene Fragen. Anschließend werden einige Ergebnisse der Einzelanalysen mit Hilfe von Kreuztabellen und der logistischen Regression auf ihre Abhängigkeit voneinander überprüft. Auf diese Weise können auch die Thesen und Untersuchungsfragen dieser Arbeit überprüft und ausgewertet werden. Die dargestellten Tabellen und Abbildungen sind durchweg eigene Darstellungen, sie wurden von niemandem übernommen oder bereits verwendet.

9.1 Einzelanalysen

Die Auswertung bezieht sich auf insgesamt 17 Fragen beider Fragebögen, die von den Probanden in Form von Einfach- und Mehrfachantworten ausgefüllt wurden. Jedes dieser Ergebnisse wird innerhalb der nächsten 12 Unterpunkte zunächst im Einzelnen analysiert und zum Teil nachfolgend im Abschnitt 9.2 in Abhängigkeit voneinander untersucht.

9.1.1 Altersverteilung

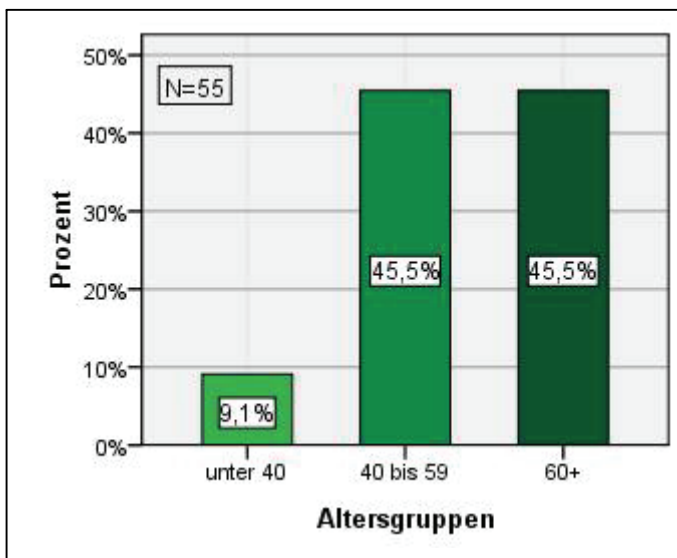


Abb. 1: Altersverteilung Co-Abhängige

An der Befragung beteiligten sich insgesamt 55 Co-Abhängige Personen (N=55), welche zur besseren Übersichtlichkeit in drei Altersgruppen aufgeteilt wurden. Abbildung 1 zeigt, dass 9,1% (n=5) der betroffenen Co-Abhängigen in der Gruppe der unter 40jährigen zu finden sind und jeweils 45,5% (n=25) in der Gruppe der 40 bis 59jährigen bzw. der Gruppe ab 60 Jahren. Das mittlere Alter der befragten Co-Abhängigen beträgt zum Zeitpunkt der Auswertung 56 Jahre. Zum Vergleich: Das Durchschnittsalter (richtiger: Medianalter) der Gesamtbevölkerung Deutschlands liegt derzeit bei 44,3 Jahren.¹³⁵ Damit sind die Co-Abhängigen in der Untersuchungsgruppe im Durchschnitt 11,7 Jahre älter als die deutsche

Tab. 1: Statistik zur Altersverteilung Co-Abhängige

N	Gültig	55
	Fehlend	0
	Median	56,00
	Minimum	22
	Maximum	77

¹³⁵ vgl. UN Population Database 2010 (Internetquelle)

Durchschnittsbevölkerung. Das jüngste angegebene Alter lag bei 22 Jahren, das älteste bei 77.

9.1.2 Geschlechterverteilung

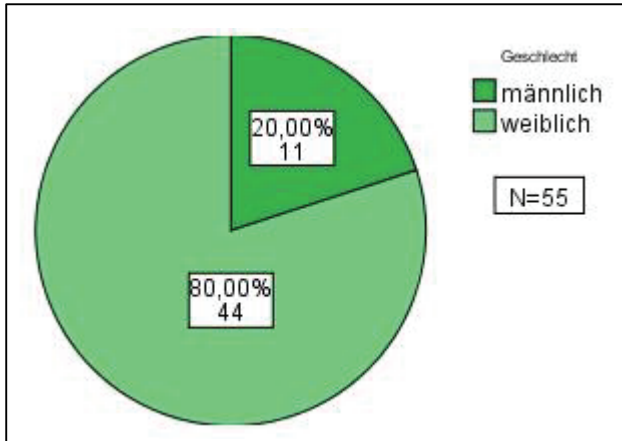


Abb. 2: Geschlechterverteilung Co-Abhängige

Betrachtet man die Antworten der 55 befragten Co-Abhängigen nach ihrem Geschlecht, so ergibt sich eine Verteilung von 80% (n=44) weiblichen und 20% (n=11) männlichen Co-Abhängigen. Demnach kann die erste These, dass die Co-Abhängigkeit deutlich mehr Frauen als Männer betrifft, im Rahmen dieser Untersuchungsgruppe belegt werden.

9.1.3 Verhältnis zum Abhängigen

Die Abbildung 3 zeigt, dass in 87,3% der Fälle (n=48) die Co-Abhängigkeit den Partner des Alkoholikers betrifft. Lediglich 5,5% (n=3) sind das Kind bzw. ein Elternteil eines betroffenen Alkoholabhängigen. 1,8% (n=1) sind ein Geschwisterteil eines Süchtigen. Somit kann auch die zweite These, dass die Co-Abhängigkeit in den meisten Fällen den Partner/die Partnerin des Abhängigen betrifft, bestätigt werden. Ein Grund dafür liegt u.a. darin, dass der Partner eines Alkoholikers diesem besonders nahe steht und somit sehr stark unter dessen Sucht leidet.¹³⁶ Ein weiterer Grund ist darin zu sehen, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien oftmals erst im Erwachsenenalter bereit sind, sich aufgrund ihrer Co-Abhängigkeit professionelle Unterstützung zu holen, wenn sich die Belastungen aus der Kindheit als Spätfolgen zeigen oder sie aufgrund ihrer frühkindlichen Erfahrungen selbst eine Beziehung mit einem suchtkranken oder

¹³⁶ vgl. Rennert 1990, S. 53

-gefährdeten Menschen eingehen.¹³⁷ Häufig sind sie sich bis dahin ihrer Co-Abhängigkeit auch gar nicht bewusst.

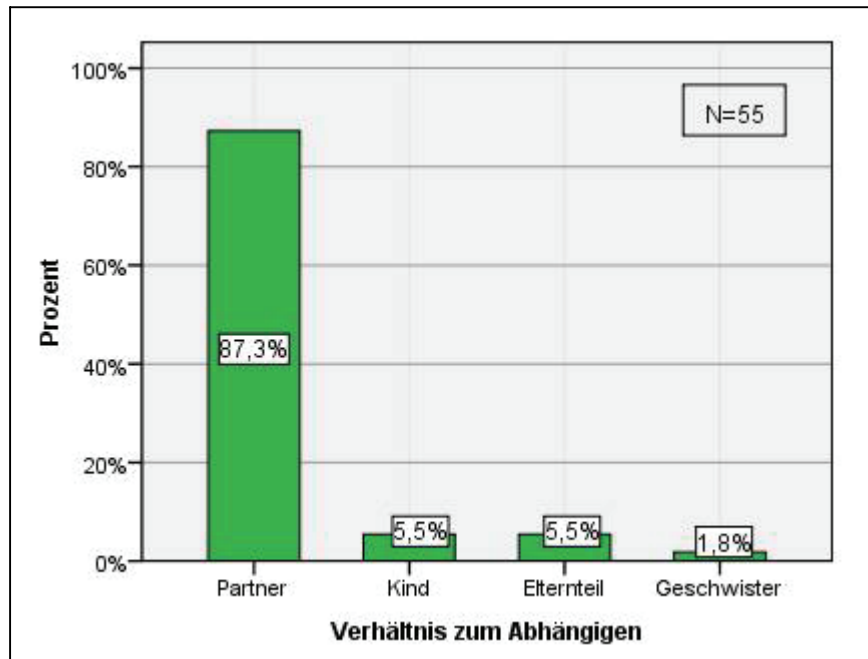


Abb. 3: Verhältnis zum Abhängigen

9.1.4 Langzeittherapien

Nach der Anzahl der Langzeittherapien des Süchtigen wurden sowohl die Untersuchungsgruppe der Co-Abhängigen als auch die Untersuchungsgruppe der Abhängigen befragt, so dass sich für diese Frage eine Grundgesamtheit von N=128 Personen ergibt. Wie aus Tabelle 2 ersichtlich wird, gaben 22,7% (n=29) der Befragten über sich selbst bzw. den süchtigen Angehörigen an, dass dieser keine ambulante oder stationäre Langzeittherapie aufgrund seiner Alkoholabhängigkeit gemacht habe. Daraus ergibt sich, dass 77,3% der Abhängigen mindestens eine Therapie verwirklichten, 25% (n=32) haben bereits zwei Therapien durchgestanden, jeweils 2,3% (n=3) haben sogar drei bzw. vier Langzeittherapien abgeschlossen.

¹³⁷ vgl. Arenz-Greiving o.J., S. 20

Tab. 2: Häufigkeitstabelle zur Anzahl der Langzeittherapien

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	29	22,7	22,7	22,7
	1	61	47,7	47,7	70,3
	2	32	25,0	25,0	95,3
	3	3	2,3	2,3	97,7
	4	3	2,3	2,3	100,0
	Gesamt	128	100,0	100,0	

Darüber hinaus wurde die Untersuchungsgruppe der Suchtkranken befragt, ob Familienangehörige oder Freunde in die Therapie einbezogen wurden (vgl. Tab. 3). Diese Frage wurde von 30 befragten Personen bejaht, 43 verneinten sie. Somit wird bei nicht einmal der Hälfte aller Alkoholkranken die Familie in die Langzeittherapie integriert. Dementsprechend kann bei den nicht einbezogenen Personen die Co-Abhängigkeit weder festgestellt noch behandelt werden, was für die Betroffenen oftmals fatale Folgen nach sich zieht.¹³⁸

Tab. 3: Häufigkeitstabelle der in die Therapie einbezogenen Personen

	Fälle					
	Ja		Nein		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Einbezogen	30	41,1%	43	58,9%	73	100,0%

Werden Familienangehörige in die ambulante oder stationäre Therapie des Süchtigen einbezogen, so betrifft dies in 57% der Fälle den Partner bzw. die Partnerin des Alkoholabhängigen (vgl. Abb. 4). Dies ist sicherlich damit zu begründen, dass der Partner in den meisten Fällen die Hauptbezugsperson des Abhängigen ist und diesem besonders nahe steht. Darüber hinaus konnte bereits belegt werden, dass die Co-Abhängigkeit zu 87,3% den Partner des Alkoholabhängigen betrifft und es somit besonders wichtig ist, diesen in die Therapie zu integrieren.

¹³⁸ vgl. physische und psychische Folgen der Co-Abhängigkeit, Abschnitt 4.2

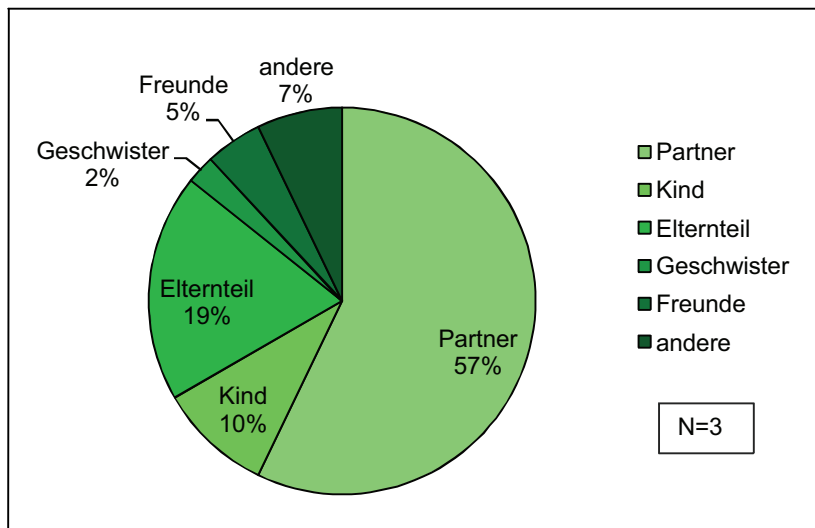


Abb. 4: In Therapie einbezogene Personen

9.1.5 Abstinenz

Zum Zeitpunkt der Befragung lebten 85,9% (110 von 128 Personen) der Alkoholabhängigen abstinent, 13 weitere Personen konnten die Abstinenz bisher nicht erreichen bzw. erhalten. Über fünf betroffene Abhängige kann bezüglich der abstinenten Lebensweise keine Aussage getroffen werden, da diese u.a. bereits verstorben sind oder von dem befragten Co-Abhängigen getrennt leben.

Tab. 4: Häufigkeitstabelle zur Abstinenz des Alkoholikers

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	110	85,9	85,9	85,9
	nein	13	10,2	10,2	96,1
	getrennt	1	,8	,8	96,9
	verstorben	3	2,3	2,3	99,2
	keine Angabe	1	,8	,8	100,0
	Gesamt	128	100,0	100,0	

34 der 110 abstinent Lebenden haben ihren Alkoholkonsum vor weniger als zwei Jahren beendet, 24 Befragte leben seit zwei bis fünf Jahren abstinent. Ein Großteil der Probanden (45,5%) gab jedoch an, seit mehr als fünf Jahren trocken zu sein. Zwei Personen machten diesbezüglich keine Angabe (vgl. Tab. 5).

Tab. 5: Auswertungs- und Häufigkeitstabelle zur Dauer der Abstinenz

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	unter 2 Jahre	34	30,9	30,9	30,9
	2 bis 5 Jahre	24	21,8	21,8	52,7
	mehr als 5 Jahre	50	45,5	45,5	98,2
	keine Angabe	2	1,8	1,8	100,0
	Gesamt	110	100,0	100,0	

Die durchschnittliche angegebene Abstinenzzeit liegt bei 54 Monaten (= 4,5 Jahre), die kürzeste bei drei Monaten und die längste angegebene Abstinenzzeit betrug zum Zeitpunkt der Auswertung 384 Monate (= 32 Jahre).

Tab. 6: Statistik zur Dauer der Abstinenz (in Monaten)

N	Gültig	108
	Fehlend	20
	Median	54,00
	Minimum	3
	Maximum	384

9.1.6 Erneute Beziehung mit abhängiger Person

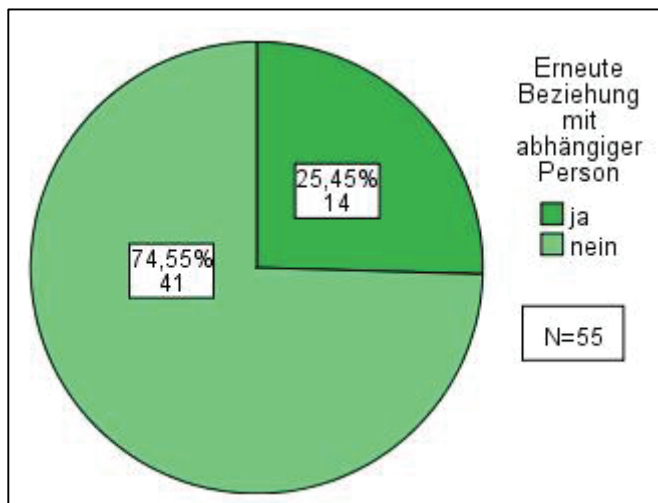


Abb. 5: Erneute Beziehung mit abhängiger Person

Etwa ein Viertel der befragten Co-Abhängigen (14 von 55 Betroffenen) gab an, bereits zum wiederholten Male eine Beziehung mit einem abhängigen Menschen zu führen. 41 betroffene Co-Abhängige (74,55%) verneinten diese Frage. Eine Erklärung für dieses Untersuchungsergebnis könnte u.a. in dem überdurchschnittlich

hohen Alter der befragten Co-Abhängigen liegen, welches - wie bereits in der Einzelanalyse der Altersverteilung dargestellt wurde - bei 56 Jahren liegt. Somit gehört ein großer Teil der befragten Co-Abhängigen zu der sog. „älteren Generation“, in welcher die Trennungs- und Scheidungsrate deutlich unter der heutigen liegt. Betrug die Scheidungsrate beispielsweise 1975 noch 27,6%, so lag sie 2008 bereits bei 50,9 %.¹³⁹ Aus einer niedrigeren Trennungs- und

¹³⁹ vgl. Schrader Stiftung 2010 (Internetquelle)

Scheidungsrate folgt konsequenterweise eine geringere Anzahl von Personen, die in ihrem Lebenslauf mehrere Partnerschaften aufweisen. So ergibt sich der geringere Prozentsatz von 25,45% betroffenen Co-Abhängigen, die bereits zwei oder mehr Beziehungen mit einem abhängigen Menschen geführt haben.

9.1.7 Co-abhängige Verhaltensmuster vor Therapie

Nach den co-abhängigen Verhaltensmustern wurden sowohl die Untersuchungsgruppe der Co-Abhängigen als auch die Untersuchungsgruppe der Süchtigen befragt, so dass die Grundgesamtheit für diese Frage N=128 Personen beträgt. Die Anzahl der angekreuzten Merkmale ergibt die in Abb. 6 ersichtlichen Ausprägungen co-abhängiger Verhaltensweisen von keiner Ausprägung bis hin zur stärkeren Ausprägung.¹⁴⁰ Insgesamt gaben 18 von 128 befragten Personen (14,06%) an, keine co-abhängigen Verhaltensmuster aufzuzeigen (vgl. Tab. 8). 35 Personen (27,34%) zeigen eine geringere Ausprägung, 40 Personen (31,25%) weisen eine mittlere Ausprägung auf und weitere 35 Betroffene (27,34%) zeigen überdies eine stärkere Ausprägung co-abhängiger Verhaltensmuster.

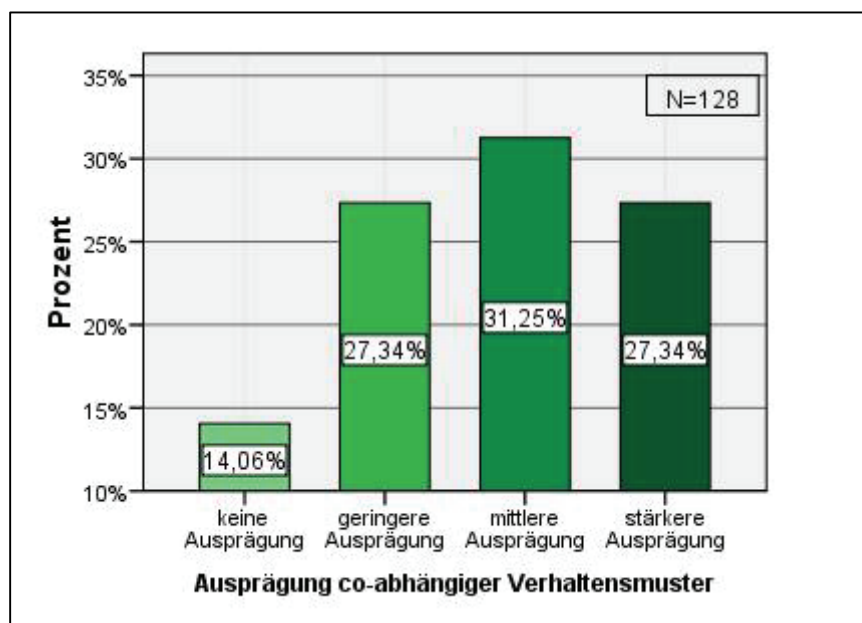


Abb. 6: Ausprägung co-abhängiger Verhaltensmuster vor der Therapie des Süchtigen

¹⁴⁰ zur Erinnerung: 0 Merkmale = keine Ausprägung, 1 bis 2 Merkmale = geringere Ausprägung, 3 bis 4 Merkmale = mittlere Ausprägung, 5 und mehr Merkmale = stärkere Ausprägung.

Tab. 7: Statistik co-abhängiger Verhaltensmuster vor der Therapie des Süchtigen

N	Gültig	128
	Fehlend	0
	Median	3,0000
	Minimum	,00
	Maximum	8,00

Im Durchschnitt gaben die befragten Personen drei Merkmale co-abhängiger Verhaltensweisen an, zwei Personen (1,6%) gaben sogar an acht Merkmale aufzuweisen.

Von den 110 befragten Probanden, welche co-abhängige Verhaltensmuster zeigen, sagten 83 (75,5%), dass sie nach versteckten Flaschen suchen und/oder den Atem des trinkenden Angehörigen kontrollieren würden. 71 betroffene Co-Abhängige (64,5%) haben ihrem süchtigen Angehörigen schon einmal damit gedroht, ihn zu verlassen, wenn dieser nicht aufhören würde zu trinken. 61,8% (n=68) versuchten das Trinkverhalten ihres Angehörigen zu kontrollieren, 46,4% (n=51) glaubten vor der Therapie des Süchtigen, dass die Abstinenz alle Probleme lösen würde. Jeweils 39 Personen (35,5%) gaben an, sie würden Auseinandersetzungen meiden, aus Angst, sie könnten erneut eine Trinkphase auslösen bzw. dass sie Einladungen ablehnen, weil sie sich für den Abhängigen schämten. Acht der 110 Befragten sagten aus, sie hätten schon einmal damit gedroht sich etwas anzutun, um von dem Süchtigen zu hören: „Es tut mir leid“ oder „Ich liebe dich“. Zudem kreuzten 34 Co-Abhängige bei dieser Frage das Feld „Sonstiges“ an. Unter „Sonstiges“ wurde von den Probanden hauptsächlich genannt, die eigenen Gefühle und Bedürfnisse nicht mehr wahrgenommen und sich von den Freunden distanziert zu haben. Darüber hinaus gaben viele der Betroffenen an, Schuldgefühle bezüglich der Abhängigkeit ihres Angehörigen (gehabt) zu haben.

Tab. 8: Auswertungs- und Häufigkeitstabelle co-abhängiger Verhaltensmuster vor der Therapie

		Antworten		
		N	Prozent	Prozent der Fälle
Co-abhängige Verhaltensmuster	Drohungen	71	18,1%	64,5%
	Auseinandersetzungen vermeiden	39	9,9%	35,5%
	versteckte Flaschen suchen o. Atem kontrollieren	83	21,1%	75,5%
	Trinkverhalten kontrollieren	68	17,3%	61,8%
	Einladungen ablehnen	39	9,9%	35,5%
	Drohung der Selbstverletzung	8	2,0%	7,3%
	Glaube, dass Abstinenz alle Probleme löst	51	13,0%	46,4%
	Sonstiges	34	8,7%	30,9%
	Gesamt	393	100,0%	357,3%

9.1.8 (Psycho-)somatische Beschwerden

Auf die Frage nach (psycho-)somatischen Beschwerden aufgrund der Co-Abhängigkeit, gaben acht von 55 betroffenen Co-Abhängigen an, keine Symptome aufzuzeigen. 20 Probanden weisen ein bis zwei Symptome auf, 13 Personen gaben an unter drei bis vier (psycho-)somatischen Beschwerden zu leiden und weitere 14 Personen leiden unter fünf oder mehr Symptomen.

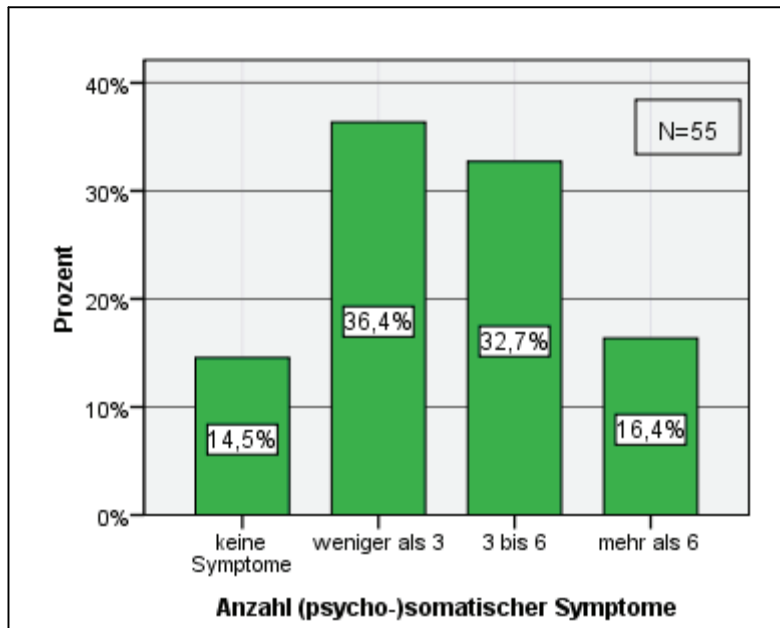


Abb. 7: (Psycho-)somatische Symptome

Von den 47 betroffenen Co-Abhängigen, die (psycho-)somatische Symptome zeigen, leiden 55,3% (n=26) unter Kopf- und Rückenschmerzen. Unter dem Burnout-Syndrom leiden bzw. litten 20 Personen. Jeweils 19 Personen gaben an, unter Herz-, Magen- oder Darmstörungen bzw. unter einem hohen Blutdruck zu leiden. Bei 18 der befragten Co-Abhängigen wurde eine Depression diagnostiziert. Bei 16 Personen diagnostizierte ein Arzt/Therapeut eine Angststörung. Darüber hinaus gaben 27,7% (n=13) der Betroffenen an, unter einer erhöhten Infektanfälligkeit zu leiden. 21,3% (n=10) zeigen Atemprobleme, sechs der befragten Co-Abhängigen entwickelten eine eigene Suchterkrankung und jeweils fünf Personen leiden unter Schlafstörungen bzw. erlitten bereits einen Hörsturz aufgrund des durch die Co-Abhängigkeit bedingten Stresses. An Krebs erkrankten 8,5% (n=4) der co-abhängigen Probanden. Neun der betroffenen Co-Abhängigen leiden unter weiteren hier nicht genannten (psycho-)somatischen Beschwerden, die in der Tabelle 9 unter „Sonstiges“ fallen.

Tab. 9: Auswertungs- und Häufigkeitstabelle der (psycho-)somatischen Beschwerden

		Antworten		
		N	Prozent	Prozent der Fälle
(psycho-)somatische Beschwerden	Kopf- und Rückenschmerzen	26	15,3%	55,3%
	Atemprobleme	10	5,9%	21,3%
	Hörsturz	5	2,9%	10,6%
	Infektanfälligkeit	13	7,6%	27,7%
	Herz-, Magen-, Darmstörungen	19	11,2%	40,4%
	hoher Blutdruck	19	11,2%	40,4%
	Krebs	4	2,4%	8,5%
	eigene Suchterkrankung	6	3,5%	12,8%
	Burn-Out	20	11,8%	42,6%
	Depressionen	18	10,6%	38,3%
	Angststörung	16	9,4%	34,0%
	Schlafstörungen	5	2,9%	10,6%
	Sonstige	9	5,3%	19,1%
	Gesamt	170	100,0%	361,7%

9.1.9 Co-abhängige Verhaltensmuster direkt nach Therapie

Die Frage nach den co-abhängigen Verhaltensmustern direkt nach der Therapie des Süchtigen richtete sich wieder an beide Untersuchungsgruppen, so dass hier erneut von einer Gesamtstichprobe von N=128 Personen ausgegangen werden kann. Um die co-abhängigen Verhaltensmuster direkt nach der Therapie mit denen vor der Therapie vergleichen zu können, wurde bei der Auswertung ein und dieselbe Einteilung der Ausprägungen vorgenommen. Insgesamt zeigten 66 von 128 Betroffenen (51,6%) nach der Therapie des alkoholabhängigen Angehörigen nach eigenen Aussagen bzw. nach Aussagen der Abhängigen keine co-abhängigen Verhaltensweisen auf. 48 Personen zeigten direkt nach der Therapie eine geringere Ausprägung, 12 Probanden gaben eine mittlere Ausprägung an und weitere zwei Betroffene zeigten eine stärkere Ausprägung co-abhängiger Verhaltensmuster.

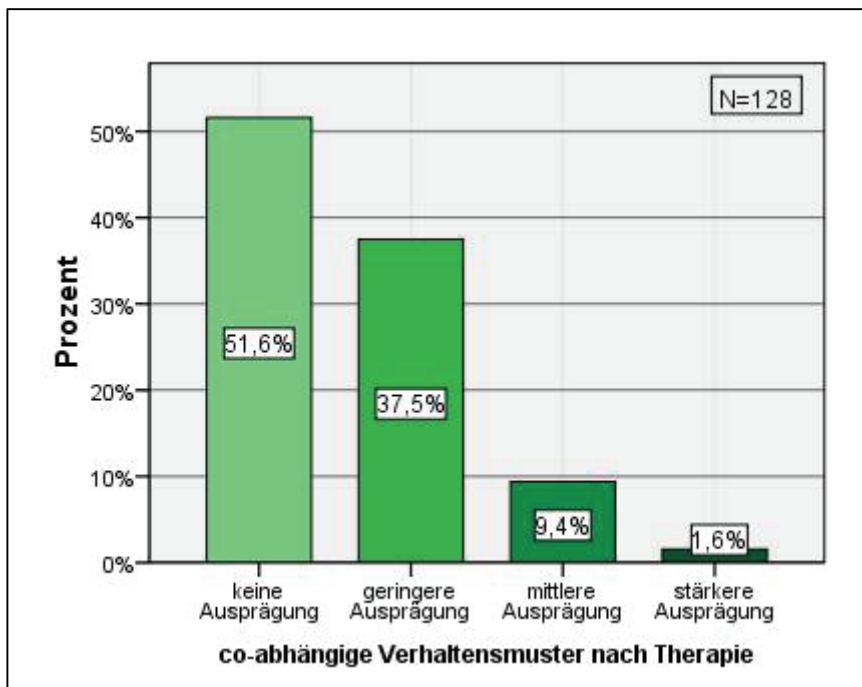


Abb. 8: Ausprägung co-abhängiger Verhaltensmuster nach der Therapie des Süchtigen

Von den 62 Probanden (48,4%), die auch nach der Therapie des Süchtigen co-abhängige Verhaltensmuster aufzeigen, gaben 38,7% (n=24) an, sie würden auch weiterhin versuchen, den Alltag und das Verhalten des Abhängigen zu kontrollieren. Auseinandersetzungen vermeiden weiterhin 33,9% (n=21). 16 Co-Abhängige nehmen dem Süchtigen auch nach dessen Therapie alle Entscheidungen ab. In ihr altes Rollenmuster sind neun der 62 Probanden direkt nach der Langzeittherapie zurückgefallen, sieben entwickelten seit der Abstinenz des Angehörigen eine eigene Suchtproblematik. 8,1% der Co-Abhängigen (n=5) haben im Streit schon einmal Sätze gesagt wie „Wenn du doch nur wieder trinken würdest“. Jeweils drei Betroffene haben auch nach der Therapie des Süchtigen nach versteckten Flaschen gesucht und/oder hatten nach einem Rückfall des Angehörigen das Gefühl, dass die gewohnte Familiendynamik wieder hergestellt war.

Tab. 10: Auswertungs- und Häufigkeitstabelle co-abhängiger Verhaltensmuster nach der Therapie

		Antworten		
		N	Prozent	Prozent der Fälle
co-abhängige Verhaltensmuster nach Therapie	Alltag + Verhalten kontrollieren	24	20,5%	38,7%
	Auseinandersetzungen vermeiden	21	17,9%	33,9%
	Streit: Wenn du doch nur...	5	4,3%	8,1%
	Entwicklung eigener Suchtproblematik seit Abstinenz des Süchtigen	7	6,0%	11,3%
	gewohnte Dynamik nach Rückfall	3	2,6%	4,8%
	Angehöriger nimmt mir auch nach der Therapie alle Entscheidungen ab	16	13,7%	25,8%
	nach Flaschen suchen	3	2,6%	4,8%
	altes Rollenmuster	9	7,7%	14,5%
	Sonstiges	29	24,8%	46,8%
	Gesamt	117	100,0%	188,7%

Von den insgesamt sieben Co-Abhängigen, die nach der Therapie des Süchtigen eine eigene Suchtproblematik entwickelt haben, gaben 42,9% (n=3) eine Essstörung an, 57,1% (n=4) entwickelten eine Arbeitssucht. Die Sport- und Sexsucht wurden jeweils einmal genannt. Ein Proband machte bezüglich seiner Suchtproblematik keine Angabe. Zwei der sieben Betroffenen entwickelten eine Mehrfachabhängigkeit, so dass sich eine Gesamtzahl von zehn ergibt.

Tab. 11: Auswertungs- und Häufigkeitstabelle zur Entwicklung einer eigenen Suchtproblematik nach Therapie des Süchtigen

		Antworten		
		N	Prozent	Prozent der Fälle
Entwicklung eigener Suchtproblematik	Essstörung	3	30,0%	42,9%
	Arbeitssucht	4	40,0%	57,1%
	Sportsucht	1	10,0%	14,3%
	Sexsucht	1	10,0%	14,3%
	keine Angabe	1	10,0%	14,3%
	Gesamt	10	100,0%	142,9%

9.1.10 Entwicklung co-abhängiger Verhaltensmuster seit Abstinenz

Darüber hinaus wurde die Untersuchungsgruppe der Abhängigen befragt, wie sich die co-abhängigen Verhaltensmuster ihrer Angehörigen seit der Abstinenz entwickelt haben. Diese Frage wurde von 52 der 73 Alkoholabhängigen

beantwortet. Von diesen 52 Probanden gaben 59,6% (n=31) an, dass ihr Angehöriger vom Beginn der Abstinenz bis zum Untersuchungszeitpunkt insgesamt viel entspannter geworden sei. Die eigenen Bedürfnisse würden wieder 57,7% (n=30) der Co-Abhängigen wahrnehmen und ausleben. Zudem gaben 28 abstinent lebende Alkoholiker an, dass ihre Angehörigen nun wieder alleine weggehen würden, ohne sich dabei Sorgen um ihn oder sein Trinkverhalten zu machen. 30,8% (n=16) treffen sich seit der Abstinenz häufiger mit Freunden und 25% (n=13) gehen neuen Freizeitaktivitäten nach. Jedoch gaben 19,2% (n=10) an, dass ihr co-abhängiger Angehöriger kaum Veränderungen in seinem Verhalten zeigen würde. 7 Probanden setzten ihr Kreuz zudem unter „Sonstiges“.

Tab. 12: Auswertungs- und Häufigkeitstabelle zur Entwicklung co-abhängiger Verhaltensmuster seit der Abstinenz des Süchtigen

		Antworten		
		N	Prozent	Prozent der Fälle
Verhaltensmuster	mit Freunden treffen	16	11,9%	30,8%
	neue Hobbies	13	9,6%	25,0%
	eigene Bedürfnisse wahrnehmen + ausleben	30	22,2%	57,7%
	alleine weggehen, ohne sich Sorgen zu machen	28	20,7%	53,8%
	entspannter geworden	31	23,0%	59,6%
	kaum Veränderungen	10	7,4%	19,2%
	Sonstige	7	5,2%	13,5%
	Gesamt	135	100,0%	259,6%

9.1.11 Selbsthilfegruppe für betroffene Co-Abhängige

Von den 55 befragten Co-Abhängigen, von denen alle eine Selbsthilfegruppe besuchen, antworteten 54 (98,2%) auf die Frage, wie sie auf die Gruppe aufmerksam geworden sind. Durch eine Suchtberatungsstelle seien demnach 12 der Betroffenen auf die Selbsthilfegruppe aufmerksam geworden. Zehn Personen sind durch Freunde und jeweils neun Personen durch die Familie (insb. den Partner) oder durch Literatur auf eine Gruppe hingewiesen worden. Auf Anraten des Hausarztes haben sich fünf Probanden Unterstützung in einer Angehörigen- oder gemischten Selbsthilfegruppe gesucht. Drei befragte Co-Abhängige gaben an, durch ein anderes Gruppenmitglied hellhörig geworden zu sein, zwei durch einen Therapeuten. Darüber hinaus gaben 14 Probanden weitere Personen bzw.

Einrichtungen an, durch die sie auf ihre Selbsthilfegruppe aufmerksam wurden. In den meisten Fällen betraf dies die Therapie des Süchtigen oder einen Arbeitskollegen.

Tab. 13: Häufigkeitstabelle zur Aufmerksamkeit auf die Selbsthilfegruppe

		Antworten		
		N	Prozent	Prozent der Fälle
Aufmerksamkeit auf SHG durch	Familie	9	14,1%	16,7%
	Freunde	10	15,6%	18,5%
	anderes Gruppenmitglied	3	4,7%	5,6%
	Hausarzt	5	7,8%	9,3%
	Therapeut	2	3,1%	3,7%
	Beratungsstelle	12	18,8%	22,2%
	Literatur	9	14,1%	16,7%
	Andere	14	21,9%	25,9%
	Gesamt	64	100,0%	118,5%

Befragt man beide Untersuchungsgruppen über die Selbsthilfegruppe, so geben 51,6% (n=66) an, dass der Angehörige keine Gruppe besucht habe. Geringe Erfolge durch die Angehörigen- oder gemischte Gruppe konnten 29 Personen erreichen. Weitere 20 Probanden erzielten mittlere Erfolge und 13 konnten sogar größere Erfolge durch die Selbsthilfegruppe erzielen.¹⁴¹

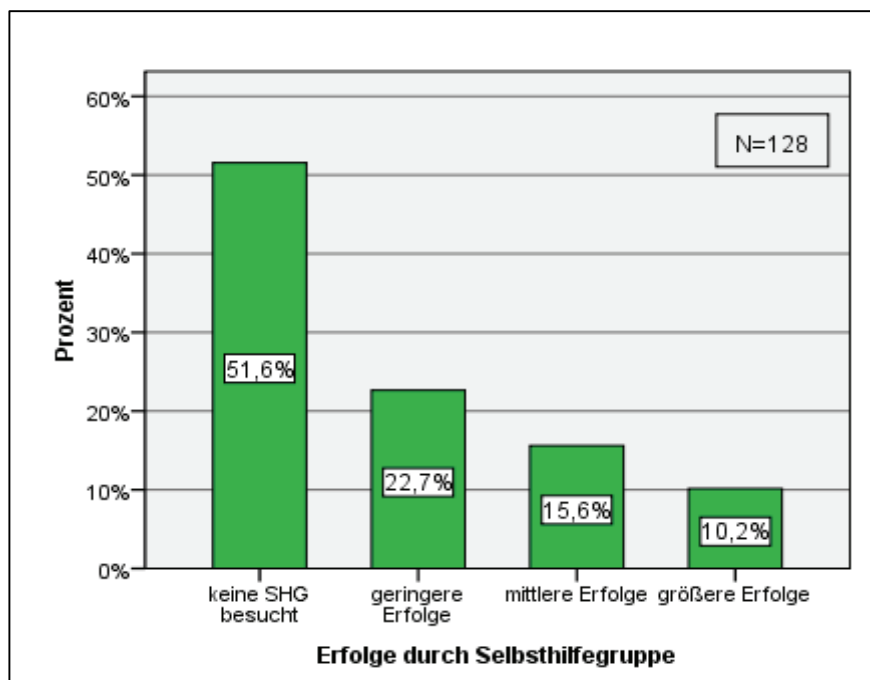


Abb. 9: Erfolge durch Selbsthilfegruppe

¹⁴¹ zur Erinnerung: 1 bis 2 Merkmale=geringere Erfolge, 3 bis 4 Merkmale= mittlere Erfolge, 5 und mehr Merkmale= größere Erfolge

Von den 62 Betroffenen die eine Selbsthilfegruppe aufgrund ihrer Co-Abhängigkeit besuchen, haben 40,3% (n=25) gelernt, besser mit dem Alkoholismus als Krankheit umzugehen. Eine größere Harmonie und Zufriedenheit innerhalb der Beziehung zu dem Abhängigen konnten 23 Probanden erreichen. Jeweils 17 Co-Abhängigen ist es mit Hilfe der Gruppe bereits gelungen, ihre (psycho-) somatischen Beschwerden zu mindern bzw. die eigenen Gefühle und Bedürfnisse wieder wahrzunehmen. 24,2% (n=15) haben heute mehr Kontakt zu Freunden und der Familie. Die Eigenverantwortung für sich selbst übernehmen bisher 22,6% (n=14). 12 (19,4%) Betroffene konnten durch die Gespräche und die Arbeit in der Angehörigengruppe zu neuem Selbstbewusstsein und –vertrauen finden. Immerhin 9,7% (n=6) haben gelernt „Nein“ zu sagen und 6,5% (n=4) ist es gelungen, die eigenen Schuldgefühle aufgrund der Sucht ihres Abhängigen abzubauen. Unter „Sonstiges“ machten 36 Probanden eine Aussage. Darunter fallen u.a. ein besseres Sexualleben, Grenzen setzen zu können und gelernt zu haben, Schritt für Schritt den Weg aus der Co-Abhängigkeit zu gehen. Zudem wurde mehrfach eine verbesserte Kritikfähigkeit sowie die Fähigkeit, den Angehörigen immer öfter loslassen zu können, genannt.

Tab. 14: Auswertungs- und Häufigkeitstabelle der Erfolge durch die Selbsthilfegruppe

		Antworten		
		N	Prozent	Prozent der Fälle
Erfolge durch Selbsthilfegruppe	Verminderung (psycho-) somatischer Beschwerden	17	9,3%	27,4%
	Eigenverantwortung	14	7,7%	22,6%
	eigene Gefühle und Bedürfnisse	17	9,3%	27,4%
	Selbstbewusstsein/-vertrauen	12	6,6%	19,4%
	besserer Umgang mit Alkoholismus	25	13,7%	40,3%
	mehr Kontakt zu Freunden + Familie	15	8,2%	24,2%
	Harmonie + Zufriedenheit	23	12,6%	37,1%
	Gelassenheit	14	7,7%	22,6%
	Nein sagen können	6	3,3%	9,7%
	Abbau Schuldgefühle	4	2,2%	6,5%
	Sonstige	36	19,7%	58,1%
Gesamt	183	100,0%	295,2%	

Weiterhin gaben 46,3% (n=19) derjenigen, die auch zukünftig an ihren Erfolgen anknüpfen wollen an, dass sie weiterhin zur Gruppe gehen und anderen Betroffenen helfen möchten. An der Verbesserung ihrer psychischen und physischen Gesundheit wollen 43,9% (n=18) arbeiten. Acht der befragten Co-Abhängigen haben sich als zukünftiges Ziel gesetzt, ihre Vergangenheit aufzuarbeiten und für sich selbst mehr Eigenverantwortung zu übernehmen. 12,2% (n=5) arbeiten noch daran, mehr Selbstbewusstsein bzw. –vertrauen zu erlangen. Die Kategorie sonstiger Ziele ist mit 53,7% (n=22) besetzt. Darunter fallen vor allem die Ziele, zukünftig offen über die eigenen Ängste und Wünsche zu sprechen, an den erreichten Erfolgen anzuknüpfen und eine vertrauensvolle und harmonische Partnerschaft aufzubauen.

Tab. 15: Auswertungs- und Häufigkeitstabelle der weiteren Ziele

		Antworten		
		N	Prozent	Prozent der Fälle
weitere Ziele in SHG	psychische + physische Gesundheit	18	22,5%	43,9%
	Vergangenheit aufarbeiten	8	10,0%	19,5%
	Eigenverantwortung	8	10,0%	19,5%
	Selbstbewusstsein/-vertrauen	5	6,2%	12,2%
	weiter zur Gruppe gehen/anderen helfen	19	23,8%	46,3%
	Sonstige	22	27,5%	53,7%
	Gesamt	80	100,0%	195,1%

9.1.12 Zusätzliche (Psycho-)Therapie

Ferner gaben 25,45% der befragten Co-Abhängigen (14 von 55) an, zusätzlich in (psycho-)therapeutischer Behandlung aufgrund ihrer Co-Abhängigkeit zu sein. Drei der Betroffenen seien seit weniger als zwei Jahren in dieser Behandlung. Vier Personen gaben an, seit zwei bis fünf Jahren zu einem (Psycho-)Therapeuten zu gehen und weitere fünf Probanden haben sich vor mehr als fünf Jahren in eine solche Behandlung begeben. Keine Angabe über den Zeitraum der zusätzlichen (Psycho-)Therapie machten zwei der befragten Co-Abhängigen (vgl. Abb. 10).

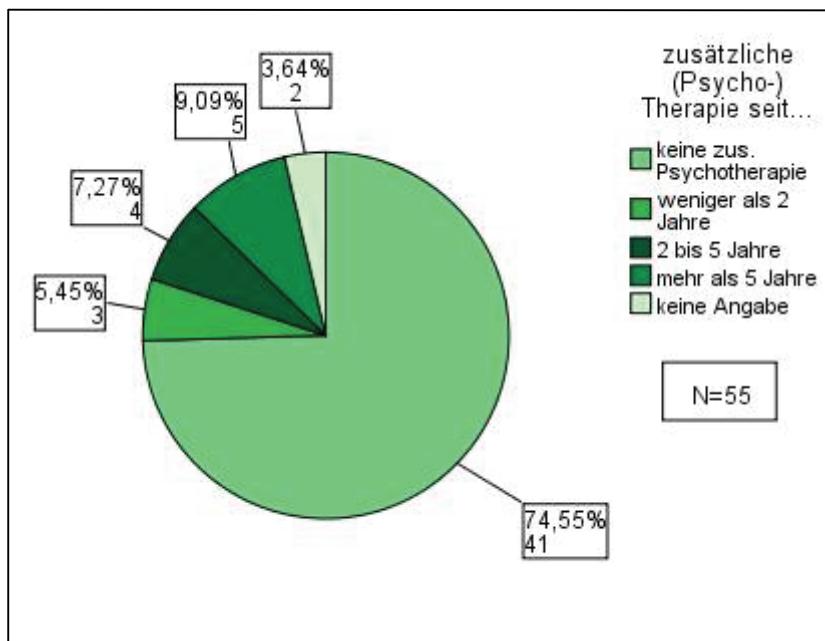


Abb. 10: Zusätzliche (Psycho-)Therapie

Von den 14 betroffenen Co-Abhängigen, welche zusätzlich in (psycho-)therapeutischer Behandlung sind, konnten 11 Personen Erfolge durch diese Therapie erreichen. So verminderten sich bei sieben Probanden die (psycho-)somatischen Beschwerden, fünf Co-Abhängige haben in der Therapie gelernt, für sich selbst mehr Eigenverantwortung zu übernehmen und jeweils drei Personen haben zu mehr Selbstbewusstsein/-vertrauen und einem besseren Umgang mit dem Alkoholismus als Krankheit gefunden. Die eigenen Gefühle und Bedürfnisse nehmen vier der Befragten aufgrund der Therapie wieder wahr. Weitere „sonstige“ Erfolge konnten sechs Probanden erzielen.

Tab. 16: Auswertungs- und Häufigkeitstabelle der Erfolge durch die (Psycho-)Therapie

		Antworten		
		N	Prozent	Prozent der Fälle
Erfolge durch (Psycho-)Therapie	Verminderung (psycho-)somatischer Beschwerden	7	25,0%	63,6%
	Eigenverantwortung	5	17,9%	45,5%
	eigene Gefühle und Bedürfnisse	4	14,3%	36,4%
	Selbstbewusstsein/-vertrauen	3	10,7%	27,3%
	besserer Umgang mit Alkoholismus	3	10,7%	27,3%
	Sonstige	6	21,4%	54,5%
	Gesamt	28	100,0%	254,5%

9.2 Kreuztabellen- und Regressionsanalysen

Nachfolgend sollen einige der Ergebnisse aus den Einzelanalysen zur Beantwortung der noch offenen Thesen 3 bis 7 mit Hilfe von Kreuztabellen und der logistischen Regression untersucht werden. Die Regressionsanalyse hat das Ziel, den Einfluss einer oder mehrerer erklärender Variablen auf eine abhängige Variable zu untersuchen.¹⁴² Die abhängige Variable in den folgenden Untersuchungen ist die Co-Abhängigkeit, welche in Form von co-abhängigen Verhaltensmustern operationalisiert wurde.

9.2.1 Co-abhängige Verhaltensmuster vor vs. nach der Therapie des Süchtigen

Da die Sucht des Abhängigen und ihre Eindämmung mit der Zeit immer mehr Raum im Leben des Co-Abhängigen einnimmt und bei vielen Betroffenen darüber hinaus zum einzigen Lebensinhalt wird, zeigt dieser - wie bereits gezeigt werden konnte – eine Vielzahl von co-abhängigen Verhaltensmustern. Aufgrund dessen soll an dieser Stelle untersucht werden, inwieweit die betroffenen Co-Abhängigen diese Verhaltensmuster ebenso nach der Therapie des Süchtigen aufweisen. Vergleicht man die Antworten der 128 Probanden nach den co-abhängigen Handlungsweisen vor der Therapie mit den Verhaltensweisen nach der Therapie des Süchtigen, so erhält man folgendes Ergebnis:

94,4% der Co-Abhängigen, die vor der Therapie des abhängigen Angehörigen keine Ausprägung co-abhängiger Verhaltensmuster zeigten, zeigten auch im Anschluss an die Therapie keine dieser Verhaltensmuster. 5,6% der Befragten wiesen jedoch nach der Therapie eine geringe Ausprägung auf.

Von den betroffenen Co-Abhängigen, welche vor der Therapie eine geringe Ausprägung co-abhängiger Verhaltensmuster aufzeigten, wiesen 45,7% nach der Therapie keine Ausprägung mehr auf. Bei 45,7% besteht auch nach der Therapie eine geringe Ausprägung und weitere 8,6% der Befragten zeigten im Anschluss an die Therapie des Süchtigen eine mittlere Ausprägung co-abhängiger Verhaltensweisen.

¹⁴² vgl. Brosius 2008, S. 259

40% der Betroffenen, die vor der Therapie eine mittlere Ausprägung ihrer Co-Abhängigkeit aufwiesen, zeigten nach der Therapie keine Ausprägung, 42,5% hatten nur noch eine geringere Ausprägung und 15% wiesen nach wie vor eine mittlere Ausprägung co-abhängiger Verhaltensmuster auf. Eine stärkere Ausprägung als vor der Therapie zeigten in dieser Gruppe 2,5%.

Von den befragten Co-Abhängigen, die vor der Langzeittherapie ihres Angehörigen eine stärkere Ausprägung ihrer Co-Abhängigkeit zeigten, wiesen 48,6% nach der Therapie keine Ausprägung dieser Verhaltensweisen mehr auf. 40% dieser Gruppe zeigten im Anschluss an die Alkoholtherapie geringe und 8,6% zeigten eine mittlere Ausprägung. 2,9% zeigten auch weiterhin eine stärkere Ausprägung ihrer co-abhängigen Verhaltensmuster.

Tab. 17: Kreuztabelle der Ausprägung co-abhängiger Verhaltensmuster vor der Therapie * nach der Therapie des Süchtigen

% von co-abhängige Verhaltensmuster vor der Therapie

		co-abhängige Verhaltensmuster nach der Therapie des Süchtigen				
		keine Ausprägung	geringere Ausprägung	mittlere Ausprägung	stärkere Ausprägung	Gesamt
co-abhängige Verhaltensmuster vor der Therapie des Süchtigen	keine Ausprägung	94,4%	5,6%			100,0%
	geringere Ausprägung	45,7%	45,7%	8,6%		100,0%
	mittlere Ausprägung	40,0%	42,5%	15,0%	2,5%	100,0%
	stärkere Ausprägung	48,6%	40,0%	8,6%	2,9%	100,0%
	Gesamt	51,6%	37,5%	9,4%	1,6%	100,0%

Damit hat sich der Anteil derjenigen Betroffenen, die keine co-abhängigen Verhaltensmuster zeigen, von 14,06% vor der Therapie (vgl. Abb. 6) auf 51,6% nach der Therapie des Süchtigen (vgl. Abb. 8) erhöht. Dennoch zeigen 48,4% der befragten Co-Abhängigen nach der Langzeittherapie ihres Angehörigen co-abhängige Verhaltensmuster, einige von ihnen sogar mehr als zuvor (vgl. Tab. 17). Demnach ist schließlich beinahe jeder zweite Co-Abhängige auch nach der Therapie des Süchtigen weiterhin behandlungsbedürftig.

Tab. 18: Chi-Quadrat-Tests zu Tab. 17

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	18,116 ^a	9	,034
Likelihood-Quotient	21,862	9	,009
Zusammenhang linear-mit-linear	6,351	1	,012
Anzahl der gültigen Fälle	128		

a. 8 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,28.

Um aus diesem Ergebnis Rückschlüsse für alle Co-Abhängigen ziehen zu können, führt man einen statistischen Signifikanztest, den sog. Chi-Quadrat-Test, durch.¹⁴³ Wie in Tab. 18 ersichtlich wird, liegt die Fehlerwahrscheinlichkeit der dargestellten Ergebnisse bei 3,4%. Damit ist das Ergebnis signifikant und auch die These, dass der Co-Abhängige nach der Therapie des Süchtigen weiterhin co-abhängige Verhaltensmuster aufzeigt, konnte somit innerhalb der Untersuchungsgruppe belegt werden.

9.2.2 Durchbrechen co-abhängiger Verhaltensmuster von männlichen vs. weiblichen Betroffenen

Im Folgenden soll untersucht werden, ob es männlichen Betroffenen leichter fällt als weiblichen, ihre co-abhängigen Verhaltensmuster nach der Therapie des Süchtigen zu durchbrechen. Da man bei der Untersuchungsgruppe der Süchtigen keine Angabe über das Geschlecht der co-abhängigen Angehörigen erfahren hat, können hier lediglich die 55 befragten Co-Abhängigen als Untersuchungsgrundlage genommen werden.

¹⁴³ vgl. Brosius 2008, S. 215

Tab. 19: Kreuztabelle der Ausprägung co-abhängiger Verhaltensmuster * Geschlecht

co-abhängige Verhaltensmuster		Geschlecht				
		männlich		weiblich		Gesamt
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit
co-abhängige Verhaltensmuster vor der Therapie des Süchtigen	keine Ausprägung	1	9,1	1	2,3	2
	geringere Ausprägung	6	54,5	9	20,45	15
	mittlere Ausprägung	3	27,3	14	31,8	17
	stärkere Ausprägung	1	9,1	20	45,45	21
	Gesamt	11	100,0	44	100,0	55

Zunächst sollte jedoch untersucht werden, ob männliche Co-Abhängige eine gleich starke Ausprägung ihrer co-abhängigen Verhaltensmuster zeigen wie weibliche Betroffene. Das Ergebnis wurde in Tabelle 19 dargestellt. Dabei wird sichtbar, dass über die Hälfte (54,5%) der männlichen Betroffenen eine geringere Ausprägung ihrer Co-Abhängigkeit zeigt. Jeweils 9,1% zeigen keine Ausprägung bzw. eine stärkere Ausprägung und 27,3% weisen eine mittlere Ausprägung co-abhängiger Verhaltensmuster auf. Bei den weiblichen Befragten zeigen lediglich 2,3% keine Ausprägung. Eine geringere Ausprägung co-abhängiger Verhaltensmuster weisen 20,45% der weiblichen Betroffenen auf und weitere 31,8% zeigen eine mittlere Ausprägung. Eine stärkere Ausprägung wurde von 45,45% der befragten Frauen angegeben. Das zeigt, dass Frauen nicht nur häufiger (in 80% der Fälle) von der Co-Abhängigkeit betroffen sind, sondern auch in einem stärkeren Ausmaß.

Überprüft man dieses Ergebnis - wie in Tab. 20 dargestellt - mittels des Chi-Quadrat-Tests, so ergibt sich eine Fehlerwahrscheinlichkeit von 4,6%. Damit ist dieses Ergebnis statistisch signifikant.

Tab. 20: Chi-Quadrat-Tests zu Tab. 19

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	7,981 ^a	3	,046
Likelihood-Quotient	8,197	3	,042
Zusammenhang linear-mit-linear	7,650	1	,006
Anzahl der gültigen Fälle	55		

a. 5 Zellen (62,5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,40.

Die Durchführung der logistischen Regression zur Überprüfung des Einflusses des Geschlechts der Betroffenen auf die Verminderung co-abhängiger Verhaltensweisen ergab, dass Frauen im Vergleich zu Männern eine 13fach höhere Wahrscheinlichkeit haben, dass nach der Therapie des Süchtigen eine Verbesserung ihrer Co-Abhängigkeit eintritt. Dabei wird die Verbesserung als eine Verminderung co-abhängiger Verhaltensmuster um mindestens zwei Merkmale definiert. Mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 5,2% ist auch dieses Ergebnis statistisch signifikant.

Tab. 21: Regressionsanalyse zur Verminderung co-abhängiger Verhaltensweisen nach Geschlecht
N=55

		Regressions- koeffizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1	co_vor	2,124	,674	9,923	1	,002	8,361
	Geschlecht (weiblich)	2,570	1,325	3,763	1	,052	13,068
	Konstante	-6,714	2,163	9,636	1	,002	,001

Daraus folgt, dass Männer zwar eine geringere Ausprägung der Co-Abhängigkeit aufweisen, sie darüber hinaus jedoch eine vielfach geringere Wahrscheinlichkeit haben, dass nach der Therapie des süchtigen Angehörigen eine Verbesserung ihrer Co-Abhängigkeit eintritt. Somit wurde die vierte These widerlegt, dass es männlichen Betroffenen leichter fällt, ihre co-abhängigen Verhaltensmuster nach der Therapie des Süchtigen zu durchbrechen.

Dieses Untersuchungsergebnis lässt vermuten, dass die bisher vorhandenen Angebote von Selbsthilfegruppen die männlichen Betroffenen nicht erfolgreich ansprechen bzw. von ihnen nicht ausreichend angenommen werden. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird auf diesen Sachverhalt noch näher eingegangen.

9.2.3 Durchbrechen co-abhängiger Verhaltensmuster bei geringerer vs. stärkerer Ausprägung

Des Weiteren sollte überprüft werden, ob es dem Co-Abhängigen nach der Therapie des Süchtigen umso schwerer fällt, seine co-abhängigen Verhaltensmuster zu durchbrechen, je mehr Merkmale der Co-Abhängigkeit vor der Abstinenz des Süchtigen bei ihm zutrafen. Im Modell 1a, Tabelle 22 wurde

diese Frage zunächst auf Grundlage aller 128 Probanden durchgeführt. Das Ergebnis dieser Untersuchung war, dass die Wahrscheinlichkeit, dass nach der Therapie des Süchtigen eine Verbesserung eintritt, mit jeder co-abhängigen Verhaltensweise mehr (vor der Therapie) um das Vierfache steigt. Dieses Ergebnis kann mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 0% als höchst signifikant bezeichnet werden.

Tab. 22: Regressionsanalyse zur Verminderung co-abhängiger Verhaltensmuster nach Anzahl der Merkmale, Modell 1a

N=128

		Regressions- koeffizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1	co_vor	1,405	,250	31,638	1	,000	4,077
	Konstante	-2,803	,610	21,121	1	,000	,061

Wird die Untersuchungsgruppe der Suchtkranken aus dieser Analyse ausgeschlossen und führt man die selbe Untersuchung lediglich auf der Grundlage der 55 Co-Abhängigen durch, so erhält man mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 0,1% das Ergebnis, dass die Wahrscheinlichkeit, dass nach der Therapie des Süchtigen eine Verbesserung eintritt, mit jeder co-abhängigen Verhaltensweise mehr (vor der Therapie) um das Siebenfache steigt (vgl. Modell 1b, Tab. 23).

Tab. 23: Regressionsanalyse zur Verminderung co-abhängiger Verhaltensweisen nach Anzahl der Merkmale, Modell 1b

N=55

		Regressions- koeffizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1	co_vor	2,011	,589	11,639	1	,001	7,470
	Konstante	-4,731	1,523	9,654	1	,002	,009

Tab. 24: Omnibus-Tests der Modellkoeffizienten zu Tab. 23/25

		Chi-Quadrat	df	Sig.
Schritt 1	Schritt	4,758	1	,029
	Block	4,758	1	,029
	Modell	45,652	2	,000

Wird das Geschlecht als zusätzliche kategoriale Variable in die logistische Regression einbezogen, so erhält man mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 2,9% eine signifikante Verbesserung der Schätzung.

Die Chance, dass nach der Therapie des Süchtigen eine Verbesserung eintritt, steigt nun mit jeder co-abhängigen Verhaltensweise mehr (vor der Therapie) um das Achtfache (vgl. Modell 2, Tab. 25). Die Fehlerwahrscheinlichkeit dieses Untersuchungsergebnisses liegt bei 0,2% und kann damit als hochsignifikant bezeichnet werden.

Tab. 25: Regressionsanalyse zur Verminderung co-abhängiger Verhaltensweisen nach Anzahl der Merkmale, Modell 2

N=55

		Regressions- koeffizientB	Standard- fehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1	co_vor	2,124	,674	9,923	1	,002	8,361
	Geschlecht (weiblich)	2,570	1,325	3,763	1	,052	13,068
	Konstante	-6,714	2,163	9,636	1	,002	,001

Dementsprechend kann die These, dass es dem Co-Abhängigen nach der Therapie des Süchtigen umso schwerer fällt, seine co-abhängigen Verhaltensmuster zu durchbrechen, je mehr Merkmale der Co-Abhängigkeit vor der Abstinenz des Süchtigen bei ihm zutrafen, widerlegt werden. Wie die drei vorherigen Modelle zeigen konnten, fällt es ihm sogar umso leichter seine Co-Abhängigkeit zu durchbrechen, je mehr Merkmale er vor der Abstinenz aufwies.

9.2.4 Verringerung der Co-Abhängigkeit mit vs. ohne Selbsthilfegruppe

Im Rahmen der sechsten These sollte untersucht werden, inwiefern der (regelmäßige) Besuch einer Selbsthilfegruppe einen Beitrag zur Verringerung der Co-Abhängigkeit leisten kann. Betrachtet man die in Tabelle 26 dargestellte Verminderung co-abhängiger Verhaltensweisen, so zeigt sich, dass drei von 128 Co-Abhängigen nach der Therapie des Süchtigen ein co-abhängiges Verhaltensmuster mehr zeigten als noch vor der Therapie. Keine Verbesserung konnte bei 20,3% der Betroffenen verzeichnet werden. Daraus ergibt sich, dass 77,3% (99 der 128 Probanden) eine Verbesserung ihrer Co-Abhängigkeit um mindestens ein und maximal sechs Merkmale zeigten.

Tab. 26: Verringerung der Co-Abhängigkeit

Verminderung co-abhängiger Merkmale um ...	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-1,00	3	2,3	2,3
	,00	26	20,3	22,7
	1,00	18	14,1	36,7
	2,00	26	20,3	57,0
	3,00	20	15,6	72,7
	4,00	13	10,2	82,8
	5,00	16	12,5	95,3
	6,00	6	4,7	100,0
	Gesamt	128	100,0	100,0

Anhand der logistischen Regression kann der Einfluss der Selbsthilfegruppe auf den Erfolg der Verringerung der Co-Abhängigen überprüft werden. Das Ergebnis der Regressionsanalyse wurde in Tabelle 27 veranschaulicht. So ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Verbesserung der Co-Abhängigkeit eintritt, bei den Betroffenen, die eine Selbsthilfegruppe aufsuchen, 80% höher als bei denjenigen, die keiner Selbsthilfegruppe angehören. Mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 10,5% ist dieses Ergebnis jedoch statistisch nicht signifikant, es ist lediglich eine Tendenz erkennbar.

Tab. 27: Regressionsanalyse zur Verringerung der Co-Abhängigkeit durch eine Selbsthilfegruppe

N=128

		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1	Selbsthilfegruppe (ja)	,611	,376	2,635	1	,105	1,842
	Konstante	,336	,262	1,651	1	,199	1,400

So kann bloß vermutet werden, dass die These, dass der (regelmäßige) Besuch einer Selbsthilfegruppe einen großen Beitrag zur Verringerung der Co-Abhängigkeit leisten kann, zutrifft. Ein statistisch signifikanter Beleg konnte nicht erbracht werden. Als vorrangige Erfolge, die durch die Selbsthilfegruppe erzielt wurden, nannten die betroffenen Co-Abhängigen den besseren Umgang mit dem Alkoholismus als Krankheit, eine größere Harmonie und Zufriedenheit sowie die Verminderung ihrer (psycho-)somatischen Beschwerden.¹⁴⁴

¹⁴⁴ vgl. Tab. 14: Erfolge durch Selbsthilfegruppe

9.2.5 Erfolge mit vs. ohne zusätzliche (Psycho-)Therapie

Darüber hinaus sollte der Einfluss einer zur Selbsthilfegruppe zusätzlichen (Psycho-)Therapie auf den Erfolg der betroffenen Co-Abhängigen untersucht werden. Aus der Regressionsanalyse im Modell 1 ergibt sich, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine Verbesserung der Co-Abhängigkeit eintritt bei denjenigen Betroffenen, die eine zusätzliche Therapie machen, um das Dreifache erhöht ist. Die Fehlerwahrscheinlichkeit dieses Ergebnisses liegt mit 17,2% jedoch außerhalb des Signifikanzbereichs.

Tab. 28: Regressionsanalyse zur Verringerung der Co-Abhängigkeit durch eine (Psycho-)Therapie, Modell 1

N=55

		Regressions- koeffizientB	Standard- fehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1	(Psycho-) Therapie (ja)	1,135	,832	1,862	1	,172	3,111
	Konstante	,657	,329	3,977	1	,046	1,929

Tabelle 29 zeigt, dass sich dieses Ergebnis durch die Integration des Geschlechts als kategoriale Variable signifikant verschlechtert.

Tab. 29: Omnibus-Tests der Modellkoeffizienten zu Tab 28/30

		Chi-Quadrat	df	Sig.
Schritt 1	Schritt	9,729	1	,002
	Block	9,729	1	,002
	Modell	11,928	2	,003

So ergibt sich aus dem zweiten Modell lediglich noch eine 50% höhere Wahrscheinlichkeit, dass bei denjenigen Betroffenen, die eine zusätzliche (Psycho-)Therapie absolvieren, eine Verbesserung ihrer Co-Abhängigkeit eintritt. Die Fehlerwahrscheinlichkeit dieses Ergebnisses liegt jedoch bei 64,9%, so dass die Therapie als Einflussfaktor auf den Erfolg der betroffenen Co-Abhängigen ausgeschlossen werden kann. Ihr anfänglich vermuteter Einfluss scheint durch die Variable des Geschlechts überdeckt zu sein. Zu begründen ist dieses Ergebnis damit, dass – wie bereits belegt werden konnte – 80% der betroffenen Co-Abhängigen weiblich sind und weibliche Betroffene größere Erfolge bei der Verminderung ihrer Co-Abhängigkeit erzielen. Demgemäß ist die Wahrscheinlichkeit, dass bei Frauen, die eine zusätzliche Therapie besuchen,

eine Verbesserung ihrer Co-Abhängigkeit eintritt, zehneinhalbmal so groß wie bei den männlichen Probanden. Dieses Ergebnis kann mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 0,4% als hochsignifikant bezeichnet werden.

Tab. 30: Regressionsanalyse zur Verringerung der Co-Abhängigkeit durch eine (Psycho-) Therapie, Modell 2

N=55

		Regressions- koeffizientB	Standard- fehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1	(Psycho-) Therapie (ja)	,405	,890	,208	1	,649	1,500
	Geschlecht (weiblich)	2,367	,816	8,405	1	,004	10,667
	Konstante	-,981	,677	2,099	1	,147	,375

Demgemäß konnte kein positiver Einfluss einer zusätzlichen (Psycho-)Therapie auf den Erfolg der betroffenen Co-Abhängigen im Hinblick auf die Verminderung ihrer co-abhängigen Verhaltensweisen nachgewiesen bzw. statistisch belegt werden.

10. Diskussion und Schlussfolgerungen

Im nun folgenden Kapitel sollen zunächst die wichtigsten Ergebnisse der Einzel-, Kreuztabellen- und Regressionsanalysen zusammengefasst dargestellt und teilweise diskutiert werden. Anschließend wird auf die Situation der Co-Abhängigen seit der Abstinenz des Süchtigen und deren Einfluss auf den Therapieerfolg des Abhängigen eingegangen. Darüber hinaus sollen mögliche Wege aus der Co-Abhängigkeit aufgezeigt sowie der Aspekt der Prävention beleuchtet werden. Abschließend werde ich auf die Forschungsmethodik und die aufgetretenen Fehler innerhalb der Untersuchung eingehen.

10.1 Zusammenfassung der Einzel- und Regressionsanalysen

Mit Hilfe des Programmes SPSS 16.0 konnten die gesammelten Daten in Form von Einzel-, Kreuztabellen- und Regressionsanalysen erfolgreich ermittelt werden. Darüber hinaus gelang es, die zu Beginn der Analyse aufgestellten Thesen und Untersuchungsfragen zu überprüfen.

Um einen besseren Überblick zu erhalten, werden an dieser Stelle die bedeutsamsten Ergebnisse der einzelnen Analysen noch einmal zusammenfassend dargestellt.

- Das mittlere Alter der betroffenen Co-Abhängigen liegt bei 56 Jahren und damit 11,7 Jahre über dem Durchschnittsalter der Gesamtbevölkerung Deutschlands.¹⁴⁵
- 80% der betroffenen Co-Abhängigen sind weiblich.
- Die Co-Abhängigkeit betrifft in 87,3% der Fälle den Partner des Alkoholkranken.
- 77,3% der befragten Süchtigen haben bereits eine oder mehrere ambulante oder stationäre Langzeittherapien abgeschlossen.
- Bei 41,1% der Alkoholiker, die eine Therapie bewältigt haben, wurden Angehörige und/oder Freunde in die Therapie einbezogen.
- 57% der einbezogenen Personen waren der Partner bzw. die Partnerin des Süchtigen, 19% ein Elternteil und weitere 10% das Kind des betroffenen Alkoholabhängigen.
- 85,9% der befragten Alkoholiker lebten zum Zeitpunkt der Untersuchung abstinent.
- Die durchschnittliche Abstinenzzeit lag bei 4,5 Jahren.
- Etwa ein Viertel der befragten Co-Abhängigen (25,45%) gab an, bereits zum wiederholten Male eine Beziehung mit einem abhängigen Menschen zu führen.
- 85,9% der befragten Probanden zeigten vor der Therapie des Süchtigen eine geringere, mittlere oder stärkere Ausprägung einer Co-Abhängigkeit.
- 85,5% der betroffenen Co-Abhängigen leiden unter (psycho-)somatischen Beschwerden.

¹⁴⁵ vgl. UN Population Database 2010 (Internetquelle)

- Fast jeder zweite Befragte (48,4%) zeigte auch nach der Therapie des Süchtigen eine geringere, mittlere oder stärkere Ausprägung seiner Co-Abhängigkeit.
- 6% der betroffenen Co-Abhängigen entwickelten nach der Therapie des Alkoholabhängigen eine eigene Suchtproblematik.
- 48,4% der co-abhängigen Probanden besuchen/besuchten eine Selbsthilfegruppe aufgrund der Co-Abhängigkeit.
- 40,3% der Befragten lernten durch die Selbsthilfegruppe einen besseren Umgang mit dem Alkoholismus als Krankheit.
- Eine größere Harmonie und Zufriedenheit innerhalb der Beziehung zu dem Abhängigen konnten 37,1% der Probanden durch die Gruppe erreichen.
- 25,45% der befragten Co-Abhängigen gaben an, zusätzlich in (psycho-)therapeutischer Behandlung zu sein.
- Davon konnten 78,6% innerhalb der Therapie Erfolge bezüglich ihrer Co-Abhängigkeit erzielen.
- So verminderten sich bei 63,3% der Probanden die (psycho-) somatischen Beschwerden.
- Männliche Betroffene zeigen eine geringere Ausprägung der Co-Abhängigkeit als weibliche.
- Betroffenen Frauen fällt es jedoch leichter, ihre co-abhängigen Verhaltensmuster nach der Therapie des Alkoholabhängigen zu durchbrechen als den männlichen Betroffenen.
- Dem Co-Abhängigen fällt es nach der Therapie des Süchtigen umso leichter seine co-abhängigen Verhaltensmuster zu durchbrechen, je mehr Merkmale der Co-Abhängigkeit vor der Abstinenz des Süchtigen bei ihm zutrafen.
- Ein positiver Einfluss einer Selbsthilfegruppe oder zusätzlichen Therapie konnte innerhalb der Untersuchungsgruppe lediglich vermutet, jedoch statistisch nicht nachgewiesen werden.

10.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Suchtforschung wirft zunehmend die Frage auf, ob Co-Abhängigkeit eine typisch weibliche Form von Sucht ist. So liegt die Geschlechterverteilung der Angehörigen in der Sucht-Selbsthilfe bei 80 Prozent weiblichen und 20 Prozent männlichen Gruppenmitgliedern.¹⁴⁶ Auch innerhalb der Fragebogenerhebung konnte dieses Ergebnis bestätigt werden. Die Begründung für dieses Resultat wird vor allem in der sozial akzeptierten und eingeübten Rolle der Frau gesehen.¹⁴⁷ Von Frauen wird erwartet, dass sie die Familie zusammen- und ihre Ehe aufrechterhalten. Einer Frau, die ihren Partner aufgrund seiner Alkoholabhängigkeit verlässt, wird vorgeworfen, sie würde ihn im Stich lassen und nur an sich denken. Einem Mann hingegen möchte man in der Regel keine Frau zumuten, die aufgrund einer Alkoholabhängigkeit ihre gewohnte Rolle nicht mehr entsprechend wahrnehmen kann.¹⁴⁸ Demnach wird von Frauen gefordert, dass sie die Verantwortung für ihren abhängigen Partner übernehmen. Gleichzeitig kann sich das soziale Umfeld selbst der Verantwortung entziehen, in dem es sich stets auf die Frau beruft, die sich um den Betroffenen schon kümmern wird.¹⁴⁹

Darüber hinaus hat die Untersuchung ergeben, dass männliche Co-Abhängige geringere Erfolge nach der Therapie des Süchtigen erzielen als weibliche. Eine Vermutung zur Begründung dieses Ergebnisses wäre, dass man den männlichen Co-Abhängigen aufgrund der Tatsache, dass sie nur etwa 10% der Betroffenen und 20% der Gruppenmitglieder in der Sucht-Selbsthilfe ausmachen¹⁵⁰, zu wenig Beachtung in der Suchtberatung und -therapie schenkt. Zumindest scheinen sie von den bisher vorhandenen Angeboten nicht ausreichend angesprochen und erreicht zu werden. Daher ist es wichtig, dass man neue Konzepte entwickelt, mit denen man auch die männlichen Betroffenen erreicht. Hierauf soll im Abschnitt 10.4 näher eingegangen werden.

Des Weiteren hat die Untersuchung ein für mich zunächst überraschendes Ergebnis hervorgebracht. So zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeit, dass nach der Therapie des Süchtigen eine Verbesserung in seinem co-abhängigen Verhaltensmuster eintritt, mit jeder co-abhängigen Verhaltensweise mehr (vor der

¹⁴⁶ vgl. Körtel/Krasnitzky-Rohrbach 2004, S. 11

¹⁴⁷ vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. o.J., S. 16

¹⁴⁸ vgl. Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche Bundesverband e. V. 2007 (Internetquelle)

¹⁴⁹ vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. o.J., S. 16

¹⁵⁰ vgl. Singerhoff 2002, S. 213; vgl. auch Körtel/Krasnitzky-Rohrbach 2004, S. 11

Therapie) steigt. In meiner anfänglichen These bin ich zunächst davon ausgegangen, dass es ihm umso schwerer fällt seine co-abhängigen Verhaltensweisen abzulegen, je mehr Merkmale vor der Therapie des Süchtigen bei ihm zutrafen. Das anfangs unerwartete Ergebnis lässt sich jedoch relativ einfach erklären. So muss sich beispielsweise jemand, der zwei co-abhängige Verhaltensweisen vor der Therapie des alkoholabhängigen Angehörigen aufweist um 50% verbessern, wenn er nur eine Verhaltensweise davon ablegen bzw. durchbrechen möchte. Jemand, der hingegen fünf co-abhängige Verhaltensmuster aufzeigt, muss sich lediglich um 20% verbessern, wenn er eine einzige co-abhängige Verhaltensweise verändern will. Eine Verbesserung um 20% scheint zweifellos einfacher erreichbar zu sein als eine 50%ige Verbesserung. Damit sinkt mit jeder co-abhängigen Verhaltensweise mehr der Prozentsatz der Verbesserung beim Durchbrechen eines einzelnen co-abhängigen Verhaltensmusters. Die Wahrscheinlichkeit, dass überhaupt eine Verbesserung eintritt, jedoch steigt.

Ein weiteres Ergebnis der Untersuchung war, dass einige Co-Abhängige seit der Abstinenz des Süchtigen eine stärkere Ausprägung ihrer co-abhängigen Verhaltensmuster aufzeigten als noch vor Beginn der Abstinenz. So wiesen beispielsweise 5,6% der Befragten, die vor der Therapie des Süchtigen keine Ausprägung co-abhängiger Verhaltensmuster aufzeigten, nach der Therapie eine geringe Ausprägung auf. Von den betroffenen Co-Abhängigen, welche vor der Therapie eine geringe Ausprägung co-abhängiger Verhaltensmuster aufzeigten, wiesen 8,6% der Befragten im Anschluss an die Therapie des Süchtigen eine mittlere Ausprägung co-abhängiger Verhaltensweisen auf. Des Weiteren wiesen 2,5% der Betroffenen, die zuvor eine mittlere Ausprägung ihrer Co-Abhängigkeit aufzeigten, nach der Therapie eine stärkere Ausprägung auf. Eine Theorie zur Begründung dieses Ergebnisses sehe ich darin, dass einigen befragten Alkoholabhängigen die co-abhängigen Verhaltensweisen ihrer Angehörigen (wie z.B. das Vermeiden von Auseinandersetzungen, die Kontrolle des Atems, das Ablehnen von Einladungen aus Scham oder Angst etc.) vermutlich erst seit ihrer Therapie bzw. der Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe bewusst geworden sind. Solange der Suchtkranke Alkohol konsumierte, kamen ihm die beschützenden und vermeidenden Verhaltensweisen des co-abhängigen Angehörigen entgegen und sind ihm so evtl. nicht weiter negativ aufgefallen.

Eine weitere wichtige Frage, die sich aus den Ergebnissen der Untersuchung ergibt ist, inwiefern die weiterhin betroffenen Co-Abhängigen den Therapieerfolg des abstinent lebenden Alkoholikers durch ihre co-abhängigen Verhaltensmuster beeinflussen. Wie die Untersuchung bereits zeigen konnte, ist auch nach der Therapie des Süchtigen noch fast jeder zweite Befragte (48,4%) von der Co-Abhängigkeit betroffen. Von den weiterhin betroffenen Co-Abhängigen versuchten 38,7% nach wie vor das Verhalten und den Alltag des abstinent lebenden Angehörigen zu kontrollieren, 25,8% nahmen ihm weiterhin alle Entscheidungen ab und 8,1% sagten im Streit schon einmal Sätze wie „Wenn du doch nur wieder trinken würdest...“ Darüber hinaus gaben 19,2% der Süchtigen an, dass ihr Angehöriger nach der Therapie in seinem co-abhängigen Verhalten kaum Veränderungen zeigte. Somit drängt ein Teil der noch betroffenen Co-Abhängigen den Süchtigen mit seinem Verhalten in sein altes Rollenmuster, in der er keine Entscheidungen treffen konnte, stetig kontrolliert wurde und für keine seiner Handlungen die Verantwortung übernehmen musste. Für einen dauerhaften Therapieerfolg des Süchtigen ist es jedoch unabdingbar, dass alle Beteiligten ein für sich neues Rollenbild entwickeln und die Aufgaben innerhalb der Familie neu verteilt bzw. umverteilt werden.¹⁵¹ Dazu gehört selbstverständlich auch, dass der Süchtige mehr Aufgaben sowie Verantwortung für seine Handlungen und Entscheidungen übernimmt. Finden innerhalb der Familie keinerlei Veränderungen im Verhalten, Denken und Fühlen statt und sind die Betroffenen nicht zu einer Umorientierung in ihrem Rollenverhalten bereit, steigt die Gefahr, dass der Alkoholabhängige einen Rückfall erleidet, aus dem er eventuell keinen Ausweg mehr findet.¹⁵² Dies sind jedoch nur Vermutungen, die anhand der Daten der Untersuchung nicht statistisch belegt werden konnten.

10.3 Die Situation der Co-Abhängigen seit der Abstinenz des Süchtigen

Es ist ein Fakt, dass die Abstinenz in vielen Fällen noch lange nicht das Ende der Sucht bedeutet. Die Beteiligten benötigen sehr viel Ausdauer und Willenskraft, um sich von den Folgen der Alkoholabhängigkeit zu kurieren. Die co-abhängigen

¹⁵¹ vgl. Schmieder 1992, S.83

¹⁵² vgl. ebd., S. 85-86

Verhaltensweisen haben sich bei den Betroffenen über die Jahre der Abhängigkeit derart manifestiert, dass sie aufgrund der Abstinenz des Süchtigen nicht einfach abgelegt werden können.¹⁵³ Viele weiterhin Co-Abhängige verspüren eine Art Angst, wenn für den nun abstinent lebenden Alkoholiker seine Nüchternheit, seine Genesung, die Besuche einer Selbsthilfegruppe und/oder seine Freunde Priorität erlangen.¹⁵⁴ Es ist die Angst, dass der nun trockene Angehörige keine Hilfe mehr benötigen könnte. Der Co-Abhängige hat jedoch sein gesamtes Selbstwertgefühl aus der Fürsorge und dem Verantwortungsgefühl für den Abhängigen und dessen Sucht bezogen. Den Angehörigen zu versorgen, ihn zu beschützen und zu kontrollieren wurde zur alleinigen großen Aufgabe und damit zum Lebensinhalt des Co-Abhängigen. Fällt diese Aufgabe aufgrund der Abstinenz und den daraus resultierenden Autonomiebestrebungen des Angehörigen weg, geraten die weiterhin betroffenen Co-Abhängigen in ein Gefühl tiefer Leere.¹⁵⁵ Das Selbstbewusstsein der Co-Abhängigen ist derart gering und ihr Urteilsvermögen dermaßen eingeschränkt, „dass der drohende Verlust des Partners ... in suizidale Krisen führen kann“¹⁵⁶. Der Alkoholismus bleibt folglich auch mit Beginn der Abstinenz eine Krankheit, welche die gesamte Familie betrifft und in Mitleidenschaft zieht.¹⁵⁷ Hinzu kommt die meist unerfüllte Hoffnung, dass mit der Abstinenz des Angehörigen zugleich alle weiteren Probleme und Streitpunkte überwunden wären. Jedoch kommen nun völlig neue Probleme auf die Beteiligten zu. So befürchten viele betroffene Co-Abhängige den abstinenten Angehörigen mit einer falschen Aussage oder Handlung dazu verleiten zu können, erneut zu trinken.¹⁵⁸ Das gesamte Familienleben, welches sich vorher auf den trinkenden Angehörigen und dessen Abhängigkeit konzentrierte, organisiert sich nun um ihn und seine Abstinenz.¹⁵⁹ Bekam früher der Co-Abhängige von außen Anerkennung und Lob für seine aufopfernde Hilfe, so ist es nun der abstinente Alkoholiker, der für seinen Therapieerfolg reichlich Aufmerksamkeit und Wertschätzung erhält. Für die betroffenen Co-Abhängigen ist es daher wichtig, dass sie lernen, „sich aus der Verantwortung für den Süchtigen zurückzuziehen, um die Verantwortung für ihr

¹⁵³ vgl. Al-Anon Familiengruppen 2000, S. 5

¹⁵⁴ vgl. ebd., S. 7

¹⁵⁵ vgl. Singerhoff 2002, S. 216-217

¹⁵⁶ Fett 1996, S. 22

¹⁵⁷ vgl. Schmieder 1992, S. 82

¹⁵⁸ vgl. ebd., S. 83-84

¹⁵⁹ vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. o.J., S. 24

eigenes Leben wieder zu übernehmen“.¹⁶⁰ So sagte bereits 1987 der amerikanische Psychologe Robert Subby „Until we begin to live by a new and healthier set of family rules, the painful realities of living in a co-dependent lifestyle will continue.“¹⁶¹ Die Familienmitglieder müssen demnach die Einsicht erlangen, dass jeder von ihnen sein Verhalten und die Rolle, die er innerhalb des Familiensystems eingenommen hat, neu organisieren muss. Unstimmigkeiten und Probleme sollten ausgefochten und geklärt werden, neue Familienregeln sollten aufgestellt und eingehalten sowie bei Bedarf verändern werden können. Dabei ist es wichtig, dass auf die Bedürfnisse und Interessen aller Familienmitglieder geachtet und eingegangen wird.¹⁶²

Um dies jedoch zunächst zu erkennen und die richtigen Schritte zur Veränderung innerhalb des Familiensystems zu gehen, gibt es für die Betroffenen verschiedene Möglichkeiten der fachlichen Unterstützung und Beratung, auf die im Folgenden näher eingegangen werden soll.

10.4 Wege aus der Co-Abhängigkeit

Die Co-Abhängigkeit betrifft gewiss nicht jeden Angehörigen eines alkoholsüchtigen Menschen und nicht jeder Betroffene behält seine co-abhängigen Verhaltensmuster nach der Therapie des Süchtigen bei. Diejenigen, die jedoch (weiterhin) von der Co-Abhängigkeit betroffen sind, benötigen in jedem Fall professionelle Hilfe, um sich aus ihrer Verstrickung mit der Sucht und dem Abhängigen zu lösen und somit an Lebensqualität sowie an psychischer und physischer Gesundheit zu gewinnen. Zwar wird der Co-Abhängigkeit seit Mitte der Achtziger Jahre auch innerhalb Deutschlands mehr Aufmerksamkeit gewidmet, dennoch wird dem Thema Sucht als Familienkrankheit im Bereich der Therapie und Beratung nicht ausreichend Beachtung geschenkt.¹⁶³ Dieser Umstand spiegelt sich zugleich in den Ergebnissen der Untersuchung wider. So wurden bei lediglich 41,1% der befragten Alkoholabhängigen, die bereits eine Therapie bewältigt haben, Angehörige und/oder Freunde in die Therapie einbezogen. Hinzu kommen die zahlreichen Co-Abhängigen, bei denen der suchtkranke Angehörige bisher

¹⁶⁰ Singerhoff 2002, S. 220

¹⁶¹ Subby 1987, S. 55

¹⁶² vgl. Schmieder 1992, S. 83

¹⁶³ vgl. ebd., S. 19; vgl. auch Voß 2002, S. 20

keine Therapie oder Beratung in Anspruch genommen hat und die in Folge dessen öffentlich nicht als behandlungsbedürftig in Erscheinung traten. So wird die Co-Abhängigkeit der betroffenen Angehörigen häufig gar nicht oder erst sehr spät erkannt, wenn die gesundheitlichen und psychosozialen Folgen bereits gravierend sind.

Dabei gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, die Betroffenen durch professionelle Hilfe zu unterstützen. Das Ziel dieser Hilfen sollte dabei nicht in erster Linie die Behandlungsaufnahme und Abstinenz des Süchtigen sein, sondern vielmehr die Verbesserung der eigenen Lebensqualität der Co-Abhängigen. Dies gelingt, wenn der betroffene Co-Abhängige bereit ist, sein bisheriges Verhalten zu überdenken und zu verändern, den endlosen Konflikt um das Suchtmittel beizulegen und wieder ein eigenverantwortliches Leben in Angriff zu nehmen.¹⁶⁴ In der Suchtkrankenhilfe wird diese Vorgehensweise als „Hilfe durch Nicht-Hilfe“ bezeichnet, wobei Nicht-Hilfe keineswegs bedeutet nichts zu tun. Vielmehr sollen die Betroffenen lernen loszulassen, den Angehörigen und seinen Alltag nicht länger zu kontrollieren und einen Teil der Verantwortung an den süchtigen Angehörigen zurückzugeben.¹⁶⁵ Darüber hinaus sollen sie mehr Verständnis für den Alkoholismus als Krankheit entwickeln und lernen, mit wiederkehrenden Gefühlen wie Misstrauen, Angst und Wut umzugehen.¹⁶⁶ Durch das Loslassen ist es dem Co-Abhängigen möglich, das eigene Verhalten zu verändern und sich wieder ganz auf die eigenen Interessen und Gefühle sowie die Aufarbeitung der Vergangenheit zu konzentrieren. Zudem kann die Beziehung zu dem abhängigen Angehörigen erst durch das Loslassen und die Entwicklung einer neuen Rollenidentität neu strukturiert und gestaltet werden.¹⁶⁷ Für diese Schritte benötigen viele betroffene Co-Abhängige einen professionellen Ansprechpartner, bei dem sie sich aussprechen können und der sie in ihrer Angelegenheit fachlich beraten und unterstützen kann.¹⁶⁸ Wie diese Hilfe genau aussehen kann, wird nachfolgend aufgezeigt.

¹⁶⁴ Singerhoff 2002, S. 217

¹⁶⁵ vgl. ebd., S. 218

¹⁶⁶ vgl. Schneider 1998, S. 197

¹⁶⁷ vgl. Singerhoff 2002, S. 218

¹⁶⁸ vgl. ebd., S. 220

10.4.1 Suchtberatungsstelle

Viele betroffene Co-Abhängige sind bereit, sich fachliche und professionelle Unterstützung zu suchen, wenn sie merken, dass die Grenzen ihrer körperlichen und psychischen Belastbarkeit erreicht sind. Oft geschieht dies in der dritten Phase der Co-Abhängigkeit, der Anklagephase.¹⁶⁹ Eine mögliche Anlaufstelle für die betroffenen Co-Abhängigen ist die Suchtberatungsstelle, welche nicht nur Ansprechpartner für suchtkranke Personen, sondern auch für deren Angehörige ist. In der Beratungsstelle erfahren die Betroffenen neue und zum Teil unerwartete Informationen über die Folgen ihrer eigenen co-abhängigen Verhaltensmuster, über die sie sich bis dahin möglicherweise nicht einmal bewusst waren. So erkennen sie beispielsweise, dass alle Versuche, den Alkoholabhängigen zu beeinflussen oder ihn zu kontrollieren, ohne Erfolg bleiben mussten und ihn nur vor den negativen Auswirkungen seiner Sucht bewahrten. Sie erfahren auch, dass der Alkoholabhängige erst zu einer Verhaltensänderung bereit ist, wenn er die Konsequenzen seiner Sucht spürt und sich daraufhin seine Sucht eingesteht. Darüber hinaus lernen die Co-Abhängigen besser mit dem Alkoholismus als Krankheit umzugehen und erkennen, dass der Angehörige nicht rücksichtslos, gefühllos oder willenlos war, wenn er seine Versprechen und Bemühungen nicht umsetzte, sondern dass er schlichtweg abhängig ist und sie deshalb nicht umsetzen oder einhalten kann bzw. konnte. Zumindest nicht, solange er sich seine Alkoholabhängigkeit nicht eingesteht.¹⁷⁰ Das Aufgeben der gewohnten Rolle und das Erlernen neuer Verhaltensmuster macht vielen Betroffenen Angst und führt zudem häufig zu neuen Konflikten und Auseinandersetzungen innerhalb der Beziehung mit dem Abhängigen. Eine Suchtberatungsstelle kann die Co-Abhängigen beim Erlernen und der Umsetzung neuer Verhaltensweisen unterstützend und beratend begleiten und die Betroffenen ggf. an eine Selbsthilfegruppe weitervermitteln.¹⁷¹

¹⁶⁹ vgl. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V. o.J., S. 16

¹⁷⁰ vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. o.J., S. 11

¹⁷¹ vgl. ebd., S. 14-15

10.4.2 Selbsthilfegruppe

Zwar konnte der positive Einfluss einer Selbsthilfegruppe auf die Verringerung der Co-Abhängigkeit der Betroffenen innerhalb der Untersuchung statistisch nicht nachgewiesen werden, dennoch gaben all diejenigen Co-Abhängigen, die Mitglied in einer Selbsthilfegruppe sind an, Erfolge durch diese Gruppe erzielt zu haben. So lernten 40,3% der Betroffenen einen besseren Umgang mit dem Alkoholismus als Abhängigkeitserkrankung, 37,1% erreichten eine größere Harmonie und Zufriedenheit innerhalb der Beziehung mit dem Abhängigen und jeweils 27,4% der Probanden ist es gelungen, ihre (psycho-)somatischen Beschwerden zu mindern bzw. die eigenen Gefühle und Bedürfnisse besser wahrzunehmen. Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass eine Selbsthilfegruppe durchaus einen positiven Einfluss auf den Erfolg der Betroffenen im Kampf gegen ihre Co-Abhängigkeit haben kann.

Eine Selbsthilfegruppe bietet den betroffenen Co-Abhängigen einen geschützten Rahmen, in dem sie lernen, dass sie mit ihrem Problem nicht alleine sind. Zudem erhalten sie die Möglichkeit sich gegenseitig auszutauschen, aus den Erfahrungen der anderen Gruppenmitglieder zu lernen, neue Kontakte zu knüpfen und einander zu unterstützen. Dabei basiert die Gruppenarbeit auf den Prinzipien der Anonymität, der Freiwilligkeit und Gleichberechtigung sowie auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung.¹⁷² Die regelmäßige Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe soll den Betroffenen helfen zu verstehen, dass sie nur sich selbst, jedoch nie den Alkoholabhängigen ändern können.¹⁷³ Sie müssen lernen „klare Grenzen zu ziehen und konsequent zu bleiben, (...) auch die Kinder in das neue Verhalten einzubeziehen (...)“¹⁷⁴ und mit ihnen über die Alkoholabhängigkeit des trinkenden oder bereits abstinent lebenden Elternteils zu reden. Darüber hinaus soll ihnen die Gruppe helfen, ein neues Selbstwertgefühl aufzubauen und wieder mehr an sich und die eigenen Bedürfnisse zu denken.¹⁷⁵ In den persönlichen Gesprächen mit einigen betroffenen Co-Abhängigen im Rahmen einer Angehörigengruppe bestätigten mir die Mitglieder, dass es wichtig ist, sein eigenes Leben wieder neu zu gestalten und dem Süchtigen die Verantwortung für sein Leben zurückzugeben. Einige Betroffene trennten sich bereits von ihrem

¹⁷² vgl. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V. 2005 (Faltblatt)

¹⁷³ vgl. Selbsthilfe- und Abstinenzverbände o.J. (Internetquelle)

¹⁷⁴ Selbsthilfe- und Abstinenzverbände o.J. (Internetquelle)

¹⁷⁵ vgl. Selbsthilfe- und Abstinenzverbände o.J. (Internetquelle)

alkoholabhängigen Partner um neu anzufangen. Andere leben auch heute noch mit ihm zusammen, versuchen aber, dank der Mitarbeit und den gesammelten Erfahrungen in der Selbsthilfegruppe, nicht mehr ihn zu ändern oder zu kontrollieren. Vielmehr konzentrieren sie sich ganz auf sich selbst, unternehmen wieder mehr mit Freunden und der Familie und erzielen so mehr Lebensfreude und ein harmonischeres Familienleben. Hinzu kommt die Tatsache, dass der abhängige Angehörige häufig beginnt, sich mit seiner Sucht auseinanderzusetzen und über seine eigenen Verhaltensmuster nachzudenken, sich evtl. sogar selbst Unterstützung zu suchen, wenn der nicht trinkende Angehörige sein Verhalten ändert, den Abhängigen nicht mehr vor den Konsequenzen der Sucht bewahrt und sich Hilfe in einer Angehörigengruppe sucht.¹⁷⁶ In jedem Fall aber können die Selbsthilfegruppe und die gegenseitige Unterstützung der Gruppenmitglieder beim Abbau der psychosozialen und stressbedingten Symptome der betroffenen Co-Abhängigen helfen. Bis zur völligen Genesung ist es jedoch ein langer Weg, der oft viele Jahre andauern kann.¹⁷⁷

Die Selbsthilfegruppen für Co-Abhängige reichen dabei von gemischten Gruppen für Alkoholabhängige und deren Angehörige über Angehörigengruppen für betroffene Männer und Frauen bis hin zu reinen Frauengruppen. Gruppen nur für Männer existieren meiner Kenntnis nach nicht, vermutlich weil sie nur einen geringen Teil der Betroffenen ausmachen. Wie innerhalb der Fragebogenerhebung jedoch deutlich wurde, zeigen Männer nach der Therapie des Süchtigen geringere Erfolge bei der Verminderung ihrer Co-Abhängigkeit als Frauen. Das lässt vermuten, dass männliche Betroffene von den bisherigen Gruppenangeboten weniger angesprochen und erreicht werden als weibliche. Nach Aussagen der DHS könnte eine Begründung darin liegen, dass weibliche Co-Abhängige sich eher ihrer Abhängigkeit von ihrem Angehörigen bewusst sind als männliche Betroffene und Störungen im zwischenmenschlichen Bereich als direkte Belastung wahrnehmen.¹⁷⁸ Die Einsicht in die Krankheit ist jedoch der erste wichtige Schritt aus der Co-Abhängigkeit. Daher ist es notwendig, auch männliche Co-Abhängige mit den Gruppenangeboten zu erreichen, z.B. durch reine Männergruppen in größeren Städten oder durch Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit, die neben den Frauen auch direkt Männer als Zielgruppe

¹⁷⁶ vgl. Lambrou 2010, S. 23

¹⁷⁷ vgl. Körtel/Krasnitzky-Rohrbach 2004, S. 17

¹⁷⁸ vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. o.J., S. 30

anspricht und die Co-Abhängigkeit nicht als typisch und ausschließlich weibliches Krankheitsbild darstellt, da dies die Hemmschwelle, sich an eine Selbsthilfegruppe zu wenden, bei den männlichen Co-Abhängigen erhöhen könnte.

10.4.3 Therapie

Eine weitere Möglichkeit der Hilfe für betroffene Co-Abhängige ist die (Psycho-) Therapie. Zwar konnte auch hier ein positiver Einfluss auf den Erfolg der Betroffenen innerhalb der Untersuchung statistisch nicht nachgewiesen werden, dennoch gaben 78,6% der befragten Co-Abhängigen, welche zusätzlich zur Selbsthilfegruppe in therapeutischer Behandlung sind/waren an, Erfolge durch diese Therapie erreicht zu haben. So konnten 63,6% einen Teil ihrer (psycho-) somatischen Beschwerden abbauen. Weitere 45,5% haben in der Therapie gelernt, für sich selbst mehr Eigenverantwortung zu übernehmen und jeweils 27,3% der befragten Personen gaben an, mehr Selbstbewusstsein/-vertrauen und einen besseren Umgang mit dem Alkoholismus als Abhängigkeitserkrankung erreicht zu haben.

In die Therapie des Alkoholabhängigen wurden jedoch lediglich 41,1% der Angehörigen mit einbezogen. Hinzu kommt, dass die Aufmerksamkeit während dieser Behandlung in den meisten Fällen auf den Suchtkranken und seine Genesung, jedoch nicht auf den co-abhängigen Angehörigen und dessen Gesundungsprozess gerichtet wird. Demnach berücksichtigen nur wenige Therapeuten, dass auch der Angehörige eine Beratung und Unterstützung bezüglich seiner eigenen (co-abhängigen) Beschwerden benötigt. So erfahren diejenigen Angehörigen, die in die Therapie des Süchtigen einbezogen werden, viel Wissenswertes über Alkohol und Alkoholismus. Über ihr eigenes Krankheitsbild und wie sie ihre co-abhängigen Verhaltensmuster durchbrechen können, erfahren sie hingegen nichts bzw. nur sehr wenig.¹⁷⁹ Somit ist es nicht verwunderlich, dass fast jeder zweite Befragte auch nach der Therapie des Alkoholabhängigen weiterhin co-abhängige Verhaltensmuster aufzeigte.

Zweifellos ist es wichtig, dass der Co-Abhängige etwas über die Krankheit und den Krankheitsprozess des Angehörigen erfährt. Nur so ist es dem Co-Abhängigen möglich, mehr Verständnis für den Süchtigen und seine Krankheit zu

¹⁷⁹ vgl. Schaef 2005, S. 103

entwickeln. Gleichzeitig sollten die Betroffenen allerdings auch etwas über ihren eigenen Krankheitsverlauf der Co-Abhängigkeit erfahren.¹⁸⁰ Obwohl der Alkoholismus eine Familienkrankheit darstellt, ist es notwendig, die Co-Abhängigkeit nicht nur im Rahmen der Familientherapie zu behandeln, sondern sie zudem als „Krankheit des Einzelnen“¹⁸¹ zu betrachten und zu therapieren. Schließlich muss der betroffene Co-Abhängige lernen, die Verantwortung für sich selbst zu übernehmen, auf die eigenen Gefühle und Bedürfnisse zu achten und die Verantwortung für den Süchtigen wieder an diesen abzugeben. Kurzum: der Co-Abhängige muss lernen, sowohl die Probleme innerhalb des Familiensystems gemeinsam mit allen Beteiligten zu bearbeiten, als auch seinen eigenen Weg zu gehen.¹⁸²

Die Betroffenen müssen erkennen, dass auch sie einen Anspruch auf Hilfe haben.¹⁸³ Daher erachte ich es als unerlässlich, die Familie des Suchtkranken grundsätzlich in die Therapie des Alkoholikers mit einzubeziehen und sie darüber hinaus auch im Einzelnen zu behandeln und zu beraten. Innerhalb der Therapie müssen die Betroffenen beginnen, sich mit sich selbst, ihrer Vergangenheit und ihren bisherigen Verhaltensmustern auseinander zu setzen. Eine Therapie kann ihnen helfen zu verstehen, dass sie nicht für das Leben und das Wohlergehen ihres suchtkranken Angehörigen verantwortlich sind.¹⁸⁴ Zudem müssen die betroffenen Co-Abhängigen lernen, ihr eigenes Verhalten zu verändern und mit der Krankheit des Süchtigen und evtl. Rückfällen besser umzugehen.

Ich bin der Ansicht, dass eine solche Therapie den Co-Abhängigen helfen kann, die (psycho-)somatischen Beschwerden, die aus der Co-Abhängigkeit resultieren, zu verringern, eine höhere Lebensqualität mit mehr Selbstbestimmung zu erreichen sowie den Therapieerfolg des Süchtigen nicht länger durch die co-abhängigen Verhaltensmuster zu gefährden. Dabei erachte ich eine Einzeltherapie als genauso wichtig wie eine Gruppentherapie, innerhalb welcher die Betroffenen voneinander lernen und sich gegenseitig austauschen und unterstützen können.¹⁸⁵

¹⁸⁰ vgl. Schaef 2005, S. 108

¹⁸¹ Schaef 2005, S. 109

¹⁸² vgl. Schaef 2005, S. 109

¹⁸³ vgl. Körtel/Krasnitzky-Rohrbach 2004, S. 63

¹⁸⁴ vgl. ebd.

¹⁸⁵ vgl. ebd., S. 17

10.4.4 Familie

Auch innerhalb der Familie können die Betroffenen lernen, ihre co-abhängigen Verhaltensmuster zu durchbrechen und darüber hinaus zu mehr Selbstbewusstsein und einem eigenverantwortlichen Leben zu gelangen. Dafür ist es zunächst erforderlich, dass die Co-Abhängigen erkennen, dass sie mit ihrem Verhalten weder sich, noch dem Süchtigen helfen. Zudem müssen sie lernen, dass sie den Alkoholiker bei der Bewältigung seiner Krankheit nur begleiten, nie aber das Problem stellvertretend für ihn lösen können.¹⁸⁶ Eine Suchtberatungsstelle, Therapie oder auch Selbsthilfegruppe kann ihnen bei der Erlangung dieser Erkenntnis behilflich sein. Da sich durch den Alkoholismus die Gefühlswelt sowie die Denk- und Handlungsmuster aller Familienmitglieder verändert haben, müssen die Beteiligten eine neue Balance zwischen der Möglichkeit zur Autonomie und ihrem Zusammengehörigkeitsgefühl finden, mit der sich alle Betroffenen in der Familie wohlfühlen.¹⁸⁷ Die Familienmitglieder müssen also gewillt sein, ihre Rollen innerhalb der Familie neu zu organisieren, die Probleme offen anzusprechen und zu bearbeiten.¹⁸⁸ Des Weiteren sollten sie neue Grenzen für ihr Verhalten festlegen und verbindlich machen, was geschieht, wenn diese Grenzen nicht eingehalten werden.¹⁸⁹ Die Grenzen dürfen jedoch nicht festgefahren sein, sondern müssen je nach Entwicklungsstand der Familie im Veränderungsprozess und je nach Gegebenheit verändert und umgestaltet werden können.¹⁹⁰ Dabei stellt die „persönliche Abgrenzung (der Co-Abhängigen) ... keine Entscheidung gegen den süchtigen Menschen (dar), sondern gegen seine süchtigen Verhaltensweisen.“¹⁹¹ Ein Schlüsselbegriff in der Familie, um den Weg aus der (Co-)Abhängigkeit erfolgreich zu gehen, ist folglich das Miteinander-Reden. Die Familienmitglieder müssen sich über ihre Gefühle, Ängste sowie Bedürfnisse und Wünsche austauschen und diese nicht länger unterdrücken. Das Paar muss beginnen, miteinander über die Auswirkungen der Sucht zu sprechen und auch die Kinder sollten über die Krankheit aufgeklärt werden und all ihre Fragen und Ängste äußern dürfen.¹⁹² Drohungen seitens der Co-Abhängigen dem

¹⁸⁶ vgl. Kühne 2002 (Internetquelle)

¹⁸⁷ vgl. Schmieder 1992, S. 83; vgl. auch Lambrou 2010, S. 236

¹⁸⁸ vgl. Schmieder 1992, S. 83

¹⁸⁹ vgl. Kühne 2002 (Internetquelle)

¹⁹⁰ vgl. Schmieder 1992, S. 83

¹⁹¹ Kühne 2002 (Internetquelle)

¹⁹² vgl. Lambrou 2010, S. 237

Abhängigen gegenüber sollten unbedingt vermieden werden, wenn der Betroffene nicht bereit ist, sie auch wirklich umzusetzen.¹⁹³ Oft ist es hilfreich, sich zur Unterstützung und Beratung mit der Familie an eine unabhängige Person zu wenden, z.B. an einen Mitarbeiter einer Suchtberatungsstelle oder einen Therapeuten. Gelingt es den betroffenen Kindern und/oder dem co-abhängigen Partner die Vergangenheit aufzuarbeiten, so haben sie durch ihre Erfahrungen innerhalb der Familie viele Überlebensqualitäten hinzugewonnen, womit die Chance auf eine Heilung der (psycho-)somatischen Beschwerden um ein Vielfaches steigt.¹⁹⁴ Bedeutend für eine Verminderung oder sogar Heilung der Co-Abhängigkeit sind darüber hinaus die Kontakte zur Familie sowie zu Freunden und Nachbarn, welche die Betroffenen im Laufe ihrer Co-Abhängigkeit aus Gefühlen wie Scham oder Angst immer mehr vernachlässigt und sich selbst somit immer weiter isoliert haben. Die sozialen Kontakte - und damit einhergehend die neue Gestaltung der Freizeit - können einen großen Beitrag zur Wiederherstellung des Selbstvertrauens, der Selbstachtung sowie der Eigenständigkeit leisten. Darüber hinaus schützen der vermehrte Kontakt mit Freunden und die neue Gestaltung der Freizeit vor einem Rückfall in alte Verhaltensmuster und tragen so zur Genesung der Co-Abhängigen bei.¹⁹⁵

10.5 Prävention

Durch eine Selbsthilfegruppe, Suchtberatungsstelle oder auch (Psycho-)Therapie können stets nur diejenigen Co-Abhängigen erreicht werden, die sich aufgrund ihrer Krankheit Hilfe suchen - sich demnach ihrer Co-Abhängigkeit bewusst sind - bzw. diejenigen, die sich aufgrund der Alkoholkrankheit eines Angehörigen an eine dieser Hilfsinstanzen wenden. Somit machen die in der Öffentlichkeit als behandlungsbedürftig auftretenden Co-Abhängigen nur einen geringen Teil der Gesamtheit betroffener Angehöriger aus. Um jedoch auch diejenigen Betroffenen zu erreichen, die sich ihrer Krankheit bisher nicht bewusst sind bzw. diejenigen, die sich aus Angst oder Scham bisher nicht trauten, sich fachliche Unterstützung zu suchen, ist es notwendig, das Thema Co-Abhängigkeit in die Öffentlichkeit zu tragen. Dabei kann durch Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit nicht nur auf die

¹⁹³ vgl. Schmieder 1992, S. 54

¹⁹⁴ vgl. ebd., S. 32

¹⁹⁵ vgl. Kühne 2002 (Internetquelle)

Problematik der Co-Abhängigkeit aufmerksam gemacht werden, sondern sie hat darüber hinaus auch einen präventiven Effekt. Mögliche Ziele der Öffentlichkeitsarbeit wären:

- die Erhöhung des öffentlichen Bewusstseins für das Thema Co-Abhängigkeit,
- der Abbau von negativen Gefühlen bei den Betroffenen wie Scham oder Angst und damit Herabsetzen der Hemmschwelle bei der Suche nach professioneller Unterstützung und Beratung,
- das Ansprechen neuer Zielgruppen (z.B. Männer, Jugendliche) sowie
- die Motivation von Fachleuten anderer Einrichtungen (z.B. Beratungsstellen, Ärzte, Therapeuten), sich näher mit dem Thema zu beschäftigen.

Die Durchführung könnte beispielsweise durch öffentliche Veranstaltungen und Vorträge in Schulen, Unternehmen, Beratungsstellen, Kliniken oder im Rahmen von Stadtteilstesten stattfinden sowie durch das Auslegen von Broschüren und das Anbringen von Aushängen bei Ärzten, Therapeuten, öffentlichen Einrichtungen, Unternehmen, Schulen, Kindergärten usw. Auch über den Weg der Medien (Radio, Fernsehen, Zeitungen, Internet) kann auf die Situation co-abhängiger Angehöriger aufmerksam gemacht und die Betroffenen zur Behandlungsaufnahme ermutigt werden.

Die Sucht-Selbsthilfe, Frühintervention durch Ärzte und Therapeuten sowie weitere fachliche Hilfen haben stets einen präventiven Einfluss und können einen großen Beitrag zur Überwindung des – sich oft über viele Generationen fortsetzenden – familiären Suchtkreislaufes leisten.¹⁹⁶ Dabei steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Co-Abhängigkeit zum Stillstand gebracht wird, je früher die Betroffenen mit dem Hilfesystem in Berührung kommen. Aufgrund dessen sollte die Präventionsarbeit bereits im Kindergarten, der Schule, diversen Jugendeinrichtungen, aber auch im Elternhaus verankert werden.¹⁹⁷ So können die betroffenen Kinder spielerisch bzw. im Zusammenleben mit und nach dem Leitbild von Erwachsenen lernen, wie wichtig eine ausgewogene Balance zwischen Nähe und Distanz sowie Gemeinschaftssinn und Selbstbestimmung

¹⁹⁶ vgl. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V. o.J., S. 18; vgl. auch Selbsthilfe- und Abstinenzverbände o.J. (Internetquelle)

¹⁹⁷ vgl. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V. o.J., S. 18

ist.¹⁹⁸ Des Weiteren ist es für die Betroffenen von besonderer Bedeutung zu lernen, sich abgrenzen zu können, auf die eigenen Gefühle und Bedürfnisse zu achten und diese auszudrücken, aber auch zu mehr Selbstbewusstsein und Selbstachtung zu gelangen.¹⁹⁹ Letzteres könnte u.a. durch Selbstbehauptungs- und Verhandlungstraining, aber auch das Erlernen und Einüben neuer Methoden, welche die Selbstheilungskräfte fördern, verbessert bzw. vergrößert werden. Für die betroffenen Co-Abhängigen ist es zudem wichtig, sich die eigenen Stärken bewusst zu machen, eine Verbindung zwischen den erlebten Ereignissen, der Familiensituation und den aktuellen Verhaltensmustern herzustellen und darüber hinaus auch Wut- und Trauerarbeit zu leisten.²⁰⁰ Dr. Reinhold Aßfalg formulierte während seiner Arbeit in einer Suchtklinik fünf wichtige Faktoren, die für die Therapie und Prävention der Co-Abhängigkeit von Bedeutung sind:

- 1) Die Entwicklung eines besseren Verständnisses für den Alkoholismus als Abhängigkeitserkrankung.
- 2) Übung in der Wahrnehmung der eigenen Gefühle und Instinkte.
- 3) Lernen miteinander zu kommunizieren, um so „symbiotische Erwartungen, Rollenzuschreibungen und Rollenverschiebungen aufzudecken und neue (gute) Kompromisse auszuhandeln.“²⁰¹
- 4) Erkennen, dass das Leid einen Teil des Lebens ausmacht und man einige negative Erfahrungen nicht verhindern kann.
- 5) Die Stärkung und Entwicklung von Selbstwertgefühl als wirksames Mittel gegen die Co-Abhängigkeit.²⁰²

Weiterhin wichtige präventive Maßnahmen sind Gruppenangebote und soziale Netzwerkarbeit, da diese Angebote auch außerhalb der zeitlich festgelegten Therapiestunden o.ä. stattfinden können.²⁰³ Zeitlich früher im Entwicklungsprozess der Co-Abhängigkeit greifen sog. vorpartnerschaftliche Präventionsansätze (Primärprävention), welche die Betroffenen zur objektiven Personenwahrnehmung und zur Durchbrechung von sozialem Abhängigkeitsverhalten befähigen sollen. Diese Präventionsarbeit kann u.a. in Kindergärten, Schulen und Ausbildungsbetrieben stattfinden. Auch Themen wie Eigenständigkeit und

¹⁹⁸ vgl. Fengler 2002, S. 103-104

¹⁹⁹ vgl. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V. o.J., S. 18

²⁰⁰ vgl. Singerhoff 2002, S. 230-233

²⁰¹ Aßfalg 1993, S. 36

²⁰² vgl. Aßfalg 1993, S. 35-37

²⁰³ vgl. Klein 2002 (Internetquelle)

Selbstbewusstsein, Schuldgefühle oder Abgrenzungsfähigkeit sollten im Rahmen dieses präventiven Ansatzes behandelt werden. Dabei ist unbedingt auf einen geschlechtsspezifischen Arbeitsansatz zu achten, um die Hemmschwelle der Kinder und Jugendlichen herabzusetzen und deren Bereitschaft zur Reflexion und Selbstexploration zu erhöhen. Eine Sekundärprävention könnte u.a. im Rahmen einer Partner- und Familientherapie mittels des sog. partnerschaftsbegleitenden Präventionsansatzes durchgeführt werden. Bei diesem Ansatz soll bereits in einer frühen Phase der innerfamiliären Suchtentwicklung eine gesundheitsfördernde Möglichkeit gefunden werden, „um eine dauerhafte Verstrickung in abhängige Beziehungsmuster zu verhindern.“²⁰⁴ Dieser partnerschaftsbegleitende Präventionsansatz ist jedoch in Deutschland bisher kaum bekannt bzw. angewandt worden, so dass es hier definitiv Nachholbedarf gibt.²⁰⁵

10.6 Fehleranalyse der Forschungsmethodik und –durchführung

Im Anschluss an die Durchführung und Auswertung der empirischen Studie sowie deren Überprüfung sind einige Fehler bezüglich der Vorgehensweise und Forschungsmethodik in Erscheinung getreten. So wurden beispielsweise die Fragebögen im Anschluss an die Auswahl des Forschungsproblems - jedoch noch vor der Theoriebildung - entwickelt. Ein Forschungsprozess beginnt jedoch stets mit der Auswahl des Forschungsproblems, gefolgt von der Theoriebildung. Erst im Anschluss daran erfolgt die Auswahl und Konstruktion des Messinstruments (hier: Fragebogen). Auf diesen bauen schließlich die Auswahl der Untersuchungseinheiten, die Datenerhebung, -erfassung und -analyse sowie abschließend die Publikation auf (vgl. Abb. 11).²⁰⁶

²⁰⁴ Klein 2002 (Internetquelle)

²⁰⁵ vgl. Klein 2002 (Internetquelle)

²⁰⁶ vgl. Schnell u.a. 2005, S. 8-11

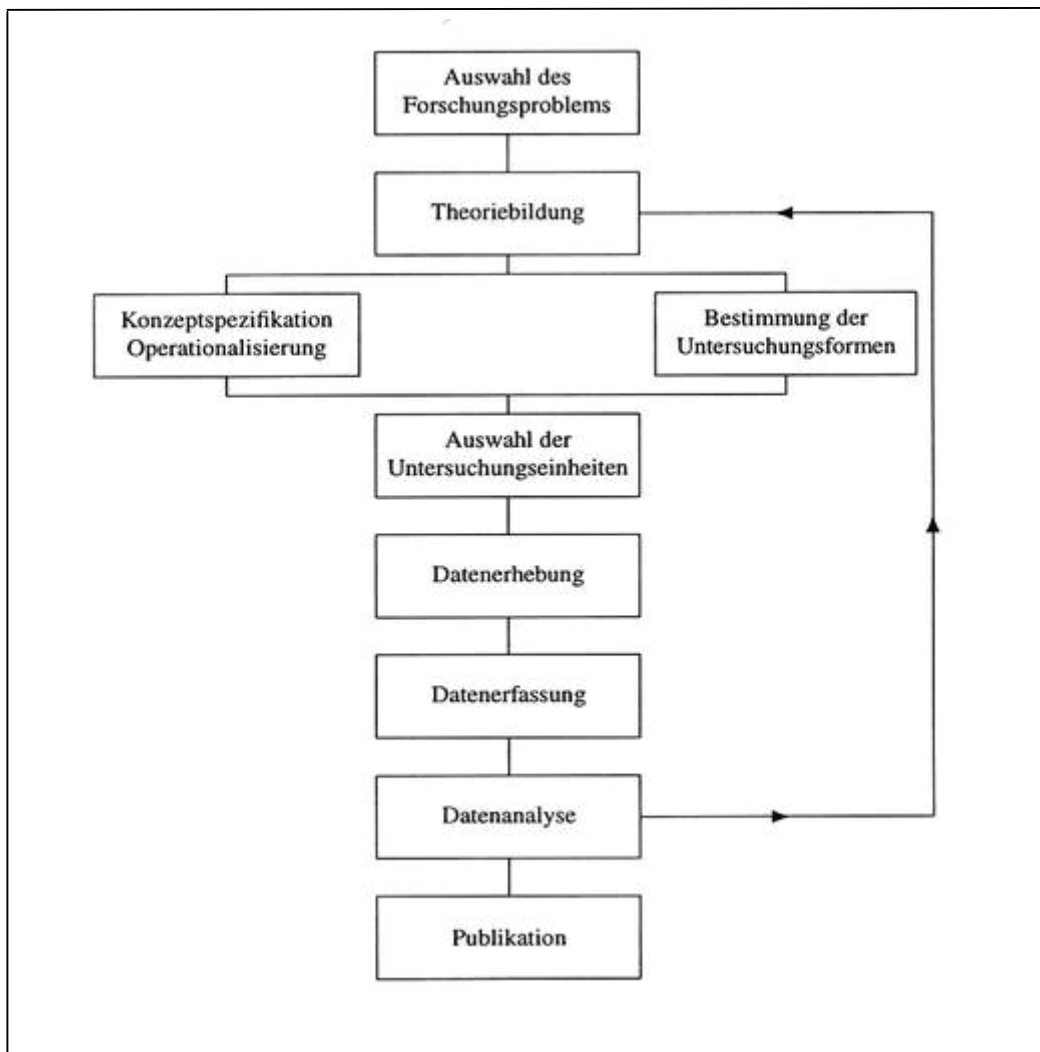


Abb. 11: Phasen des Forschungsprozesses (Quelle: Schnell u.a. 2005, S. 8)

Aufgrund der gewählten Vorgehensweise innerhalb der empirischen Untersuchung wurde auch die Operationalisierung, d.h. die Zuordnung beobachtbarer Indikatoren zur Messung der Co-Abhängigkeit, erst im Nachhinein an die Fragebogenkonstruktion durchgeführt. Im Forschungsprozess sollte die Fragebogenkonstruktion jedoch auf die Operationalisierung aufbauen, d.h. dass zunächst die Indikatoren für die Co-Abhängigkeit hätten festgelegt werden müssen, um daran anschließend die Fragen zu entwickeln.²⁰⁷ Innerhalb der vorliegenden empirischen Studie wurden die co-abhängigen Verhaltensmuster der Betroffenen und ihre Einteilung in verschiedene Ausprägungen im Anschluss an die Befragung als Indikatoren festgelegt.

Dadurch, dass die Fragen nicht aus der Theoriebildung heraus entwickelt wurden, wurden auch die zwei Fragebögen für die Untersuchungsgruppen nicht

²⁰⁷ vgl. Schnell u.a. 2005, S. 11

ausreichend aufeinander abgestimmt. So ergaben sich für die einzelnen Analysen unterschiedliche Stichprobengrößen von N=55 (nur Co-Abhängige), N=73 (nur Suchtkranke) bzw. N=128 Probanden (beide Untersuchungsgruppen gemeinsam). Die einzelnen Fragen für die beiden Untersuchungsgruppen hätten demnach im Vorfeld besser aufeinander abgestimmt werden müssen, um möglichst immer die gleiche Stichprobengröße zu erhalten.

Weitere Fehler könnten durch die Verwendung des Fragebogens als Messinstrument entstanden sein, da hier der Interviewer/Befragende als kontrollierende Instanz wegfällt. Somit ist nicht nachprüfbar, inwiefern die Probanden den Fragebogen sorgfältig, selbständig und/oder wahrheitsgemäß ausgefüllt haben.²⁰⁸ Hinzu kommt, dass die Beantwortung der Fragen ein hohes Maß an (Selbst-)Reflexion von den Probanden verlangt, welche sicherlich nicht bei allen Befragten vollständig vorausgesetzt werden kann. Als Folge daraus könnten die Ergebnisse der Untersuchung verfälscht worden sein. Darüber hinaus können mit einem Fragebogen stets nur diejenigen Co-Abhängigen erreicht werden, die sich ihrer Co-Abhängigkeit bewusst sind und sich aufgrund dessen Hilfe gesucht haben. Diejenigen Betroffenen, die sich keine Unterstützung in einer Selbsthilfegruppe oder Beratungsstelle suchen, können demnach mit der Fragebogenerhebung nicht erreicht werden. Hinzu kommt, dass evtl. nicht alle Angehörigen der befragten Suchtkranken von der Co-Abhängigkeit betroffen sind bzw. waren, so dass die Ergebnisse der empirischen Untersuchung verschönt sein können und somit nicht das wahre Ausmaß der Co-Abhängigkeit zeigen.

Zudem können Fehler bei der Datenerfassung, d.h. bei der Eingabe der Daten in das Statistikprogramm SPSS auftreten. Ebenso stellt die Kategorisierung der Antworten offener Fragen eine Fehlerquelle dar, weil die Zuordnung der Antworten in selbstgewählte Kategorien stets subjektiv ist.

Aufgrund dieser vielfältigen Fehlerquellen innerhalb der empirischen Untersuchung und der - im Vergleich zu der Gesamtzahl betroffener Co-Abhängiger - geringen Probandenzahl, ist diese Arbeit keine repräsentative Forschungsarbeit. Vielmehr hat sie den Charakter einer Pilotstudie. Eine Pilotstudie ist eine vorbereitende Studie, welche die Effektivität der Forschungsmethode für eine anschließende umfassende Untersuchung klären

²⁰⁸ vgl. Hug/Poscheschnik 2010, S. 123-124

soll.²⁰⁹ In diesem Zusammenhang gibt eine Pilotstudie auch Auskunft darüber, ob und unter welchen Bedingungen eine größere empirische Untersuchung stattfinden kann.²¹⁰

Die innerhalb der Untersuchung gewonnen Daten können somit durchaus als Grundlage für weiterführende Forschungsarbeiten, z.B. im Rahmen einer Masterthesis oder Dissertation, verwendet werden.

²⁰⁹ vgl. o.V., Onpulson 2010 (Internetquelle)

²¹⁰ vgl. o.V., Enzyklo 2010 (Internetquelle)

Fazit

Zum Abschluss dieser Arbeit sollen die grundlegendsten Erkenntnisse und Hauptgedanken zusammenfassend dargestellt werden.

Ein erstes Ziel der Arbeit war es, zunächst einen Einblick in das Konzept der Co-Abhängigkeit zu geben. Dafür wurden die für das weitere Verständnis erforderlichen Zusammenhänge sowie die bisher vorliegenden Erkenntnisse zusammengetragen. Die zu Beginn des ersten Kapitels dargestellten Definitionsansätze der Co-Abhängigkeit machen zum einen deutlich, wie groß der Forschungsbedarf auf diesem Gebiet auch weiterhin ist, zum anderen zeigen sie auf, wie schwierig es ist, einen einheitlichen Konsens zum Thema Co-Abhängigkeit zu finden. Die theoretische Auseinandersetzung mit der Fachliteratur hat gezeigt, wie schwerwiegend die körperlichen und psychosozialen Folgen der Co-Abhängigkeit sind und wie allgegenwärtig die Krankheit ist. So kann jeder von der Co-Abhängigkeit betroffen sein – seien es nun die Arbeitskollegen, Freunde, Nachbarn aber auch Ärzte und Therapeuten sowie vor allem die Partner, Kinder, Geschwister und Eltern der Suchtkranken.

Neben dem Bestreben einen Überblick über das Thema der Co-Abhängigkeit zu geben, war das Hauptziel dieser Arbeit, mittels einer Fragebogenerhebung einen detaillierten Einblick in die Situation der betroffenen Co-Abhängigen (insbesondere der Partner) vor und vor allem seit der Abstinenz des Alkoholabhängigen zu geben. Dazu wurden insgesamt zwei Fragebögen erstellt, mit welchen die Daten von 128 Personen (darunter 55 Co-Abhängige und 73 Suchtkranke) aus 23 Selbsthilfe- bzw. Nachsorgegruppen in 11 verschiedenen Bundesländern gesammelt werden konnten. Die Daten selbst wurden zunächst im Einzelnen mit Hilfe des Statistikprogrammes SPSS 16.0 analysiert. Dabei zeigte sich, dass die Betroffenen meist weiblich (80%) und in 87,3% der Fälle der Partner eines Alkoholabhängigen sind.

Um die co-abhängigen Verhaltensmuster vor und nach der Therapie des Süchtigen miteinander vergleichen zu können und so Rückschlüsse auf die Situation der Co-Abhängigen seit der Abstinenz des Süchtigen zu ziehen, wurde eine einheitliche Einteilung der Ausprägungen co-abhängiger Verhaltensweisen vorgenommen. Die einzelnen Analysen der Daten ergab, dass 85,9% der Befragten vor Beginn der Abstinenz des süchtigen Angehörigen co-abhängige

Verhaltensmuster zeigten. Nach Beginn der Abstinenz waren es immerhin noch 48,4% und damit fast jeder zweite Befragte. Darüber hinaus wiesen 85,5% der Probanden (psycho-)somatische Symptome aufgrund ihrer Co-Abhängigkeit auf. Dieses Ergebnis macht deutlich, wie wichtig es ist, nicht nur den Alkoholabhängigen zu therapieren, sondern dass darüber hinaus auch die betroffenen Co-Abhängigen innerhalb der Beratung und Therapie endlich mehr Beachtung finden und eine speziell auf ihre Bedürfnisse und Symptome zugeschnittene Behandlung erhalten müssen.

Weiterhin wurde anhand der Fragebögen in einer Kreuztabellen- und Regressionsanalyse ermittelt, dass Männer zwar eine geringere Ausprägung der Co-Abhängigkeit aufweisen, sie darüber hinaus jedoch eine vielfach geringere Wahrscheinlichkeit haben, dass nach der Therapie des süchtigen Angehörigen eine Verbesserung ihrer Co-Abhängigkeit eintritt. Somit müssen zukünftig nicht nur allgemein mehr Co-Abhängige mit den Hilfsangeboten angesprochen und erreicht werden, sondern es sollten darüber hinaus spezielle Angebote für männliche Betroffene geschaffen werden.

Die Ergebnisse der Untersuchung haben bestätigt, dass die Angehörigen zu selten in die Therapie des Süchtigen mit einbezogen werden (lediglich 41,1%) und dass es während der Therapie in den meisten Fällen ausschließlich um die Genesung und Aufrechterhaltung der Abstinenz des Alkoholabhängigen geht, jedoch nicht um den co-abhängigen Angehörigen und seinen Gesundungsprozess. Aufgrund dessen und der relativ großen Zahl (auch nach der Therapie des Süchtigen) weiterhin betroffener Co-Abhängiger, wurden verschiedene Möglichkeiten der Behandlung und Unterstützung für Betroffene aufgezeigt, darunter die Suchtberatungsstelle, die Selbsthilfegruppe aber auch die Möglichkeit einer Therapie. Die aus den Ergebnissen der Untersuchung herausgearbeiteten Möglichkeiten zur Behandlung der Betroffenen sowie die Veränderungs- bzw. Verbesserungsvorschläge für die bereits vorhandenen Beratungs-, Behandlungs- und Therapieangebote für die betroffenen Co-Abhängigen müssen nun in die sozialpädagogische Arbeit einfließen und umgesetzt werden. Aufgabe der Sozialarbeiter/-pädagoginnen, Psychologinnen und auch Therapeuten ist es nun, anhand der im Kapitel II 9 zusammengefassten Ergebnisse der Untersuchung bezüglich der co-abhängigen Verhaltensmuster der Betroffenen nach der Therapie des Süchtigen und den aus der Co-Abhängigkeit

resultierenden gesundheitlichen und psychosozialen Beschwerden, die bestehenden Konzepte und Behandlungsmethoden zu überdenken und an die Anforderungen und Bedürfnisse der betroffenen Co-Abhängigen anzupassen. In diesem Zusammenhang spielt auch die Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit eine entscheidende Rolle, um innerhalb der Bevölkerung sowie dem Suchthilfesystem ein größeres Bewusstsein für die weitreichenden Folgen der Co-Abhängigkeit und die Notwendigkeit adäquater Hilfestrukturen zu erlangen. Darüber hinaus können die Daten sowie Ergebnisse der Fragebogenerhebung als Grundlage weiterer Forschungstätigkeiten dienen. Die SPSS-Syntax im Anhang der Arbeit ist hilfreich, um eventuell aufgetretene Fehler in der Datenanalyse leichter aufzuspüren und zu korrigieren und die Befehle in angepasster Form erneut ausführen zu lassen.

Abschließend lässt sich sagen, dass es mit dieser Arbeit gelungen ist, einen Einblick in die Thematik der Co-Abhängigkeit, vor allem aber in die Situation der Betroffenen vor und seit der Abstinenz des Süchtigen zu geben. Zudem wurde deutlich, wie groß und wichtig der Forschungs- und Handlungsbedarf auf diesem Gebiet nach wie vor ist. Die Anfertigung dieser Arbeit sowie die Durchführung der Untersuchung haben mich dazu angeregt, weiterhin auf diesem Gebiet tätig zu sein und ich hoffe, dass diese Arbeit ein Anstoß für andere ist, sich ausführlicher mit der Thematik zu beschäftigen und vor allem den (co-abhängigen) Angehörigen zukünftig in der Beratung und Behandlung mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Anhang

Anhangsverzeichnis

A	Fragebogen Co-Abhängige	98
B	Fragebogen Suchtkranke	103
C	12 Schritte-Programm der Al-Anon Familiengruppen	108
D	SPSS-Syntax.....	110

Anhang A

Fragebogen zur Situation der Co-Abhängigen vor und ggf. nach der Therapie des Süchtigen / Co-Abhängige

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Fragebogen möchte ich Sie bitten, mich bei meiner Diplomarbeit zu unterstützen.

Ich bin Studentin der Sozialen Arbeit in Neubrandenburg und habe bereits ein halbes Jahr ein Praktikum bei der Ev. Suchtberatung Rostock gGmbH absolviert. Während dieser Zeit gehörten auch Einzelberatungen für Suchtkranke und deren Angehörige zu meinen Aufgaben, welche ich selbständig und eigenverantwortlich durchführen durfte. Ab Juli 2010 werde ich meine Diplomarbeit zu dem Thema Co-Abhängigkeit, speziell zur Situation der Co-Abhängigen nach der (erfolgreichen) Therapie des Süchtigen schreiben. Da es zu diesem Thema bisher kaum Literatur gibt, bin ich auf Ihre Mithilfe bei der Erstellung meiner Arbeit angewiesen.

Daher wäre ich Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich ein wenig Zeit nehmen und mich mit diesem Fragebogen bei meiner Diplomarbeit unterstützen würden.

Bei Fragen oder Problemen beim Ausfüllen des Fragebogens, können Sie mich auch anrufen oder mir eine Email schreiben. Meine Kontaktdaten finden Sie jeweils am Seitenende. Ich rufe Sie dann auch gerne zurück, damit für Sie keinerlei Kosten entstehen.

Selbstverständlich behandle ich alle Antworten 100%ig diskret. Es wird weder nach dem Namen, noch dem Wohnort gefragt, so dass sie sich sicher sein können, dass Ihre Antworten definitiv anonym bleiben.

Es wäre schön, wenn Sie die ausgefüllten Fragebögen bis spätestens zum 15.07.2010 innerhalb Ihrer Gruppe gesammelt zurück schicken würden. Bei Bedarf sende ich Ihnen auch gerne einen frankierten Rückumschlag.

Schon einmal herzlichen Dank für Ihre Hilfe und freundliche Grüße

Wenke Klüßendorf

1. **Wie alt sind Sie?**
_____ Jahre

2. **Welches Geschlecht haben Sie?**
 - Männlich
 - Weiblich

3. **In welchem Verhältnis stehen Sie zu dem Abhängigen? (Ehepartner, Partner, Tochter/Sohn, Mutter/Vater, Bekannte/r,...)**

4. **Hat Ihr Angehöriger bereits eine stationäre bzw. ambulante Langzeittherapie hinter sich?**
 - Ja
 - Nein

5. **Wenn ja, wie viele?**

6. **Lebt ihr Angehöriger derzeit abstinent?**
 - Ja
 - Nein

7. **Wenn ja, seit wann?**

8. **Haben Sie schon öfter eine Beziehung mit einem abhängigen Menschen geführt?**
 - Ja
 - Nein

9. **Wie sind Sie auf die Selbsthilfegruppe aufmerksam geworden? (Freunde, andere Gruppenmitglieder, Literatur, Internet,...)**

10. Wodurch kennzeichnet(e) sich Ihr co-abhängiges Verhalten?

- Ich spreche Drohungen aus wie: "Wenn Du nicht aufhörst zu trinken, verlasse ich Dich".
- Ich meide Auseinandersetzungen, aus Angst, sie könnten erneut eine Trinkphase auslösen.
- Ich ertappe mich manchmal bei der Suche nach versteckten Flaschen oder achte bei der Begrüßung heimlich auf den Atem meines Angehörigen/ Bekannten
- Ich versuche das Trinkverhalten meines Angehörigen/Bekanntem zu kontrollieren.
- Ich habe schon einmal Einladungen abgelehnt, weil ich Angst hatte oder mich schämte.
- Ich habe schon einmal damit gedroht, mir etwas anzutun, nur um zu hören: "Es tut mir leid" oder "Ich liebe Dich".
- Ich glaube, dass meine übrigen Probleme gelöst wären, wenn das Trinken aufhören würde.
- Sonstiges: _____

11. Leiden oder litten Sie unter einer oder mehreren der folgenden (psycho-) somatischen Beschwerden?

- Kopf- und Rückenschmerzen
- Atemprobleme
- Hörsturz
- Infektanfälligkeit
- Herz-, Magen- und/oder Darmstörungen
- Hoher Blutdruck
- Krebs
- Eigene Suchterkrankung (z.B. Ess- und Brechsucht, Spielsucht, Kaufsucht,...)
- Burn-out (Überlastung/Überforderung)
- Depressionen
- Angststörung
- Schlafstörungen
- Andere: _____

12. Wenn ihr Angehöriger inzwischen abstinent lebt, wie hat sich Ihr eigenes Verhalten direkt nach der ersten Abstinenzzeit verändert?

- Ich habe immer noch versucht seinen Alltag und sein Verhalten zu kontrollieren.
- Ich vermied häufig Auseinandersetzungen aus Angst, er/sie könnte rückfällig werden.
- In Streitsituationen habe ich schon einmal Sätze gesagt wie „Wenn du doch nur wieder trinken würdest!“.
- Seitdem ich mich nicht mehr auf die Sucht konzentrieren kann, habe ich ein eigenes süchtiges Verhalten entwickelt. (Arbeitssucht, Essstörung, Spielsucht, Kaufsucht, Medikamentenabhängigkeit,...).

Wenn Ja, welches? _____

- Als mein Angehöriger rückfällig wurde, hatte ich das Gefühl, dass die Familiendynamik wieder hergestellt war und das Zusammenleben wieder besser funktionierte.
- Sonstiges: _____

13. Sind Sie zusätzlich zur Selbsthilfegruppe in psychotherapeutischer Behandlung aufgrund Ihrer Co-Abhängigkeit?

- Ja
- Nein

14. Wenn ja, seit wann?

15. Mit welchem Erfolg?

16. Welche Erfolge konnten Sie bisher während Ihrer Zeit in der Selbsthilfegruppe erzielen?

17. Welche weiteren Ziele haben Sie sich gesetzt?

Anhang B

Fragebogen zur Situation der Co-Abhängigen vor und ggf. nach der Therapie des Süchtigen / Selbsthilfegruppe Suchtkranke

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Fragebogen möchte ich Sie bitten, mich bei meiner Diplomarbeit zu unterstützen.

Ich bin Studentin der Sozialen Arbeit in Neubrandenburg und habe bereits ein halbes Jahr ein Praktikum bei der Ev. Suchtberatung Rostock gGmbH absolviert. Während dieser Zeit gehörten auch Einzelberatungen für Suchtkranke und deren Angehörige zu meinen Aufgaben, welche ich selbständig und eigenverantwortlich durchführen durfte. Ab Juli 2010 werde ich meine Diplomarbeit zu dem Thema Co-Abhängigkeit, speziell zur Situation der Co-Abhängigen nach der (erfolgreichen) Therapie des Süchtigen schreiben. Da es zu diesem Thema bisher kaum Literatur gibt, bin ich auf Ihre Mithilfe bei der Erstellung meiner Arbeit angewiesen.

Daher wäre ich Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich ein wenig Zeit nehmen und mich mit diesem Fragebogen bei meiner Diplomarbeit unterstützen würden.

Bei Fragen oder Problemen beim Ausfüllen des Fragebogens, können Sie mich auch anrufen oder mir eine Email schreiben. Meine Kontaktdaten finden Sie jeweils am Seitenende. Ich rufe Sie dann auch gerne zurück, damit für Sie keinerlei Kosten entstehen.

Selbstverständlich behandle ich alle Antworten 100%ig diskret. Es wird weder nach dem Namen, noch dem Wohnort gefragt, so dass sie sich sicher sein können, dass Ihre Antworten definitiv anonym bleiben.

Es wäre schön, wenn Sie die ausgefüllten Fragebögen bis spätestens zum 15.07.2010 innerhalb Ihrer Gruppe gesammelt zurück schicken würden. Bei Bedarf sende ich Ihnen auch gerne einen frankierten Rückumschlag.

Schon einmal herzlichen Dank für Ihre Hilfe und freundliche Grüße

Wenke Klüßendorf

1. **Wie alt sind Sie?**
_____ Jahre

2. **Welches Geschlecht haben Sie?**
 - Männlich
 - Weiblich

3. **Sind Sie verheiratet oder in einer festen Beziehung?**
 - Verheiratet
 - Feste Beziehung
 - Weder noch

4. **Haben Sie Kinder?**
 - Ja
 - Nein

5. **Wenn ja, lebt Ihr Kind/ leben Ihre Kinder bei Ihnen?**
 - Ja
 - Nein
 - Habe keine Kinder

6. **Wie viele stationäre bzw. ambulante Langzeittherapie haben Sie bereits gemacht?**

7. **Wurden Familienmitglieder oder Freunde in die Therapie mit einbezogen?
Wenn ja, wer genau? (Partner/in, Eltern, Kinder,...)**

8. **Leben Sie derzeit abstinent?**
 - Ja
 - Nein

9. **Seit wann/ Wie lange leben Sie bereits abstinent?**

10. Sind Sie aufgrund Ihrer Abhängigkeit zusätzlich zu Ihren Besuchen der Selbsthilfegruppe in ärztlicher/therapeutischer Behandlung?

- Ja
- Nein

11. Wenn ja, seit wann?

12. Wodurch kennzeichnete sich das Verhalten Ihres Angehörigen vor der Therapie? (Mehrfachantwort möglich und erwünscht)

- Er/Sie sprach Drohungen aus wie: "Wenn Du nicht aufhörst zu trinken, verlasse ich Dich".
- Er/Sie vermied Auseinandersetzungen, aus Angst, sie könnten erneut eine Trinkphase auslösen.
- Er/Sie suchte manchmal nach versteckten Flaschen oder achtete bei der Begrüßung auf meinen Atem.
- Er/Sie versuchte mein Trinkverhalten zu kontrollieren.
- Er/Sie entschuldigte mich manchmal bei meinem Chef/meinen Kollegen und sagte, dass ich krank sei, wenn ich aufgrund des Alkohols nicht zur Arbeit gehen konnte.
- Er/Sie lehnte öfter Einladungen ab, weil er/sie Angst hatte oder sich schämte.
- Er/Sie hat schon einmal damit gedroht, sich etwas anzutun, nur um zu hören: "Es tut mir leid" oder "Ich liebe Dich".
- Er/ Sie glaubte, dass alle übrigen Probleme gelöst wären, wenn das Trinken aufhören würde.
- Sonstiges: _____

13. Wie veränderte sich das Verhalten Ihres Angehörigen nach der Therapie? (Mehrfachantwort möglich und erwünscht)

- Er/Sie macht mir immer noch Vorwürfe aufgrund meines früheren Trinkverhaltens.
- Er/Sie versucht immer noch mich und meinen Alltag zu kontrollieren.
- Er/Sie nimmt mir immer noch viele Entscheidungen ab, was mir

- gefällt
- nicht gefällt.
- Er/Sie sucht immer noch nach versteckten Flaschen.
- Er/Sie vermeidet immer noch Auseinandersetzungen, aus Angst ich könnte rückfällig werden.
- Nach meiner Therapie ist mein Partner/ meine Partnerin sehr schnell in sein/ihr altes Rollenmuster gefallen. (Er/Sie der Helfer und Retter und ich der Bösewicht, der für alle Probleme verantwortlich ist)
- In Streitsituationen hat er/sie schon einmal Sätze gesagt wie „Wenn du doch nur wieder trinken würdest!“.
- Seitdem er/sie sich nicht mehr auf mich und meine Sucht konzentrieren kann, hat er/sie ein eigenes süchtiges Verhalten entwickelt. (Arbeitssucht, Essstörung, Spielsucht, Kaufsucht, Medikamentenabhängigkeit,...).
Wenn Ja, welches? _____
- Als ich rückfällig wurde, hatte ich das Gefühl, dass die Familiendynamik wieder hergestellt war und das Zusammenleben wieder besser funktionierte.
- Sonstiges: _____

14. Wie hat sich der Alltag Ihres Angehörigen seit Ihrer Therapie entwickelt? (Mehrfachantwort möglich und erwünscht)

- Er/Sie trifft sich wieder öfter mit Freunden.
- Er/Sie geht nun neuen Hobbies nach.
- Er/Sie hat begonnen, sein/ihre eigenen Bedürfnisse wieder wahrzunehmen und ihnen nachzugehen.
- Er/Sie geht nun auch mal alleine weg, ohne sich dabei Sorgen um mich zu machen (weil ich wieder trinken könnte, im Alltag nicht alleine zurechtkommen könnte,...).
- Er/Sie ist insgesamt viel entspannter geworden.
- Er/Sie hat sich kaum verändert, ist immer noch sehr angespannt und macht mir Vorwürfe.

- Sonstiges: _____

15. Hat Ihr Angehöriger sich aufgrund der Abhängigkeit selbst Hilfe in einer Angehörigengruppe gesucht (z.B. Al-Anon, Alateen,...)?

- Ja.
- Nein.
- Bin mir nicht sicher.

16. Wenn ja, was hat sich seitdem verändert?

17. Wodurch kennzeichnete sich das Verhalten Ihres Kindes/ Ihrer Kinder vor der Therapie?

18. Wie haben sich das Verhalten Ihres Kindes/ Ihrer Kinder und die Beziehung zu Ihnen nach der Therapie verändert?

Anhang C - Die Zwölf Schritte von Al-Anon

Die intensive Beschäftigung mit diesen Schritten trägt wesentlich zum Fortschritt im Al-Anon Programm bei. Die Prinzipien, die sie verkörpern, sind universell; jedermann kann sie anwenden, gleichgültig, welches Glaubensbekenntnis er hat. In Al-Anon bemühen wir uns um immer tieferes Verstehen dieser Schritte und beten um die Weisheit, sie in unserem Leben anwenden zu können.

1. Wir haben zugegeben, dass wir Alkohol gegenüber machtlos sind und unser Leben nicht mehr meistern konnten.
2. Wir kamen zu dem Glauben, dass eine Macht, größer als wir selbst, uns unsere geistige Gesundheit wiedergeben kann.
3. Wir fassten den Entschluss, unseren Willen und unser Leben der Sorge Gottes, wie wir ihn verstanden, anzuvertrauen.
4. Wir machten eine gründliche und furchtlose moralische Inventur von uns selbst.
5. Wir gestanden Gott, uns selbst und einem anderen Menschen die genaue Art unserer Verfehlungen ein.
6. Wir wurden vorbehaltlos bereit, unsere Charakterfehler von Gott beseitigen zu lassen.
7. Demütig baten wir Ihn, uns von unseren Mängeln zu befreien.
8. Wir machten eine Liste aller Personen, denen wir Unrecht zugefügt hatten, und nahmen uns vor, es an ihnen allen wieder gutzumachen.
9. Wo immer möglich, bemühten wir uns aufrichtig um direkte Wiedergutmachung an ihnen, ausgenommen, es würde ihnen oder anderen Schaden daraus entstehen.
10. Wir fuhren fort, persönliche Inventur zu machen, und wenn wir Unrecht hatten, gaben wir es sofort zu.
11. Durch Gebet und Meditation suchten wir unseren bewussten Kontakt zu Gott, wie wir Ihn verstanden, zu verbessern. Wir baten Ihn nur, uns Seinen

Willen für uns wissen zu lassen und uns die Kraft zu geben, den auszuführen.

12. Nachdem wir durch diese Schritte ein inneres Erwachen erlebt hatten, versuchten wir, diese Botschaft an andere weiterzugeben und uns in allen unseren Angelegenheiten nach diesen Grundsätzen zu richten.²¹¹

²¹¹ vgl. Al-Anon Familiengruppen 2003, S. 3-4

Anhang D - SPSS-Syntax

*****Variablen vorbereiten (Einzelanalysen).

```
*** Altersverteilung Co-Abhängige.  
(Datensatz Co-Abhängige).  
recode v1 (lowest thru 39=1) (40 thru  
59=2) (60 thru highest=3) into Altgr.  
var lab Altgr 'Altersgruppen'.  
val lab Altgr 1'unter 40' 2'40 bis 59'  
3'60+'.  
fre Altgr.
```

```
graph/bar=pct by Altgr.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=v1  
/STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM  
MEDIAN  
/ORDER=ANALYSIS.
```

***Geschlechterverteilung Co-Abhängige. (Datensatz Co-Abhängige).

```
var lab v2 'Geschlecht'.  
val lab v2 1'männlich' 2'weiblich'.  
fre v2.  
graph/pie=v2.
```

***Altersverteilung Co-Abhängige nach Geschlecht. (Datensatz Co-Abhängige).

```
GRAPH  
/BAR(GROUPED)=PCT BY Altgr BY  
v2.
```

***Verhältnis zum Abhängigen. (Datensatz Co-Abhängige).

```
var lab v3 'Verhältnis zum Abhängigen'.  
val lab v3 1'Partner' 2'Kind' 3'Elternteil'  
4'Geschwister'  
8'andere' 9'keine Angabe'.  
fre v3.  
graph/bar=pct by v3.
```

*** Anzahl Langzeittherapien. (Datensatz Co's und Süchtige).

```
fre v4_1.  
recode v4_1 (98=0) (else=copy) into  
therapie.  
fre therapie.  
graph/bar=pct by therapie.
```

```
**in Therapie einbezogene  
Familienmitglieder oder Freunde.  
(Datensatz Alkoholabhängige).  
fre v5_1_1 to v5_1_6.
```

```
*Häufigkeitsauszählung  
(Mehrfachantwort).  
MULT RESPONSE GROUPS = Einb  
'Einbezogene Personen' (v5_1_1  
to v5_1_6 (1)) /FREQUENCIES =  
Einb.
```

***Abstinenz. (Datensatz Co's und Süchtige).

```
var lab v5 'Abstinenz'.  
val lab v5 0 'nein' 1'ja' 97'getrennt'  
98'verstorben' 99'keine Angabe'.  
fre v5.
```

**Dauer der Abstinenz. (Datensatz Co's und Süchtige).

```
recode v5_1 (lowest thru 23=1) (24 thru  
60=2) (61 thru 600=3) (998 thru  
999=4) into Abst.
```

```
var lab Abst 'Dauer Abstinenz'.  
val lab Abst 1'unter 2 Jahre' 2'2 bis 5  
Jahre' 3'mehr als 5 Jahre' 4'keine  
Angabe'.
```

```
fre Abst.  
graph/bar=Abst.
```

```
mis val v5_1 (998,999).  
FREQUENCIES VARIABLES=v5_1  
/STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM  
MEDIAN  
/ORDER=ANALYSIS.
```

***co-abhängige Verhaltensmuster vor Therapie. (Datensatz Co's und Süchtige).

```
count Coabh1=v8_1 v8_2 v8_3 v8_4  
v8_5 v8_6 v8_7 v8_8 (1).  
fre Coabh1.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=Coabh1
/STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM
MEDIAN
/ORDER=ANALYSIS.
```

```
**Ausprägung co-abhängiger
Verhaltensmuster (vor Therapie).
recode Coabh1 (0 =1) (1 2 =2) (3 4 =3)
(5 6 7 8=4) into Coabh.
fre Coabh.
```

```
var lab Coabh 'co-abhängige
Verhaltensmuster'.
val lab Coabh 1'keine Ausprägung'
2'geringere Ausprägung' 3'mittlere
Ausprägung' 4'stärkere
Ausprägung'.
fre Coabh.
```

```
graph/bar=pct by Coabh.
```

```
*Häufigkeitsauszählung
(Mehrfachantwort).
MULT RESPONSE GROUPS = Coabh
'Coabhängige Verhaltensweisen
vor Therapie' (v8_1 to v8_8 (1))
/FREQUENCIES = Coabh.
```

```
*** (Psycho-)somatische Beschwerden.
(Datensatz Co-Abhängige).
```

```
count Symp1=v9_1 v9_2 v9_3 v9_4
v9_5 v9_6 v9_7 v9_8 v9_9 v9_10
v9_11 v9_12 v9_13 (1).
fre Symp1.
```

```
recode Symp1 (0=0) (1 2 =1) (3 4 =2) (5
6 7 8 9 =3) into Symp.
fre Symp.
```

```
var lab Symp 'Anzahl (psycho-
)somatischer Symptome'.
val lab Symp 0'keine Symptome' 1'1 bis
2' 2'3 bis 4' 3'5 und mehr'.
fre Symp.
```

```
graph/bar=pct by Symp.
```

```
*Häufigkeitsauszählung
(Mehrfachantwort).
MULT RESPONSE GROUPS = Symp
'(psycho-)somatische Symptome'
(v9_1 to v9_13 (1))
/FREQUENCIES = Symp.
```

```
*** co-abhängige Verhaltensmuster (nach
Therapie). (Datensatz Co's und
Süchtige).
```

```
count Coabh2=v10_1 v10_2 v10_3
v10_4 v10_5 v10_6 v10_7 v10_8
v10_9 (1).
fre Coabh2.
```

```
recode Coabh2 (0 =1) (1 2 =2) (3 4 =3)
(5 6 7 8=4) into Coabh1.
fre Coabh1.
```

```
var lab Coabh1 'co-abhängige
Verhaltensmuster nach Therapie'.
val lab Coabh1 1'keine Ausprägung'
2'geringere Ausprägung' 3'mittlere
Ausprägung' 4'stärkere
Ausprägung'.
fre Coabh1.
```

```
graph/bar=pct by Coabh1.
```

```
*Häufigkeitsauszählung
(Mehrfachantwort).
MULT RESPONSE GROUPS = Coabh1
'co-abhängige Verhaltensmuster
nach Therapie' (v10_1 v10_2
v10_3 v10_4 v10_5 v10_6 v10_7
v10_8 v10_9 (1)) /FREQUENCIES
= Coabh1.
```

```
**Entwicklung eigener Suchtproblematik
(Mehrfachantwort).
(Datensatz Co's und Süchtige).
count Sucht=v10_4_1 v10_4_2 v10_4_3
v10_4_4 v10_4_5 (1).
fre Sucht.
```

```
var lab Sucht 'Entwicklung eigener
Suchtproblematik'.
fre Sucht.
```

```
graph/bar=pct by Sucht.
```

```
*Häufigkeitsauszählung
(Mehrfachantwort).
MULT RESPONSE GROUPS = Sucht
'Entwicklung eigener
Suchtproblematik' (v10_4_1
v10_4_2 v10_4_3 v10_4_4
v10_4_5 (1)) /FREQUENCIES =
Sucht.
graph/pie=Sucht.
```

***Entwicklung co-abhängiger Verhaltensmuster seit Abstinenz. (Datensatz Alkoholabhängige).
 *Häufigkeitsauszählung (Mehrfachantwort).
 MULT RESPONSE GROUPS =
 Verh1'Verhaltensmuster' (v10_1 to v10_7 (1)) /FREQUENCIES =
 Verh1.

***Aufmerksamkeit auf Selbsthilfegruppe. (Datensatz Co-Abhängige).
 count v7neu= v7_1 v7_2 v7_3 v7_4 v7_5 v7_6 v7_8 (1).
 fre v7neu.
 MULT RESPONSE GROUPS =
 v7neu'Aufmerksamkeit auf SHG durch' (v7_1 to v7_8 (1))
 /FREQUENCIES = v7neu.

***Erfolge durch Selbsthilfegruppe. (Datensatz Co's und Süchtige).
 count Erf2=v12_1 v12_2 v12_3 v12_4 v12_5 v12_6 v12_7 v12_8 v12_9 v12_10 v12_11 (1).
 fre Erf2.

recode Erf2 (0=1) (1 2=2) (3 4 =3) (5 6 7 8 9 10 11=4)into Erf.
 fre Erf.

var lab Erf 'Erfolge durch Selbsthilfegruppe'.
 val lab Erf 1'keine SHG besucht'
 2'geringere Erfolge' 3'mittlere Erfolge' 4'größere Erfolge'.
 fre Erf.

graph/bar=pct by Erf.

MULT RESPONSE GROUPS = Erf
 'Erfolge durch Selbsthilfegruppe'
 (v12_1 v12_2 v12_3 v12_4 v12_5 v12_6 v12_7 v12_8 v12_9 v12_10 v12_11 (1)) /FREQUENCIES = Erf.

***weitere Ziele in Selbsthilfegruppe. (Datensatz Co-Abhängige).
 count Ziele=v13_1 v13_2 v13_3 v13_4 v13_5 v13_6 (1).
 fre Ziele.

MULT RESPONSE GROUPS = Ziele
 'weitere Ziele in SHG' (v13_1 to v13_6 (1)) /FREQUENCIES =
 Ziele.

***Zusätzliche (Psycho-)Therapie. (Datensatz Co-Abhängige).
 var lab v11 'zusätzliche Psychotherapie'.
 val lab v11 1'ja' 0 'nein'.
 fre v11.
 graph/bar=v11.

**Seit wann (Psycho-)Therapie.
 fre v11_1.

recode v11_1 (lowest thru 23=1) (24 thru 60=2) (61 thru 600=3) (998=4) (999=5)into Psych.
 var lab Psych 'zusätzliche Psychotherapie seit...'.
 val lab Psych 1'weniger als 2 Jahre' 2'2 bis 5 Jahre' 3'mehr als 5 Jahre'
 4'keine zus. Psychotherapie'
 5'keine Angabe'.
 fre Psych.
 graph/pie=Psych.

***Erfolge durch (Psycho-)Therapie. (Datensatz Co-Abhängige).
 count ErfPs=v11_2_1 v11_2_2 v11_2_3 v11_2_4 v11_2_5 v11_2_6 (1).
 fre ErfPs.

MULT RESPONSE GROUPS = ErfPs
 'Erfolge durch (Psycho-)Therapie'
 (v11_2_1 to v11_2_6 (1))
 /FREQUENCIES = ErfPs.

*******Kreuztabellen- und Regressionsanalysen.**

***Vergleich co-abhängiger Verhaltensmuster vor und nach der Therapie des Süchtigen. (Datensatz Co's und Süchtige).
 cro Coabh by Coabh1.

**Zeilenprozentage.
 cro Coabh by Coabh1/cells=row.

**chi2-Test.
 cro Coabh by Coabh1/stat=chi2.

***Verminderung co-abhängiger Verhaltensweisen nach der Therapie (nach Geschlecht).

*Kreuztabelle
CROSSTABS

```
/TABLES=Coabh BY v2  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=CHISQ CORR  
/CELLS=COUNT  
/COUNT ROUND CELL.
```

```
count co_vor= v8_1 to v8_8 (1).  
count co_nach= v10_1 v10_2 v10_3  
v10_4 v10_5 v10_6 (1).  
compute verbesserung= co_vor-  
co_nach.  
fre verbesserung.  
fre co_vor.
```

```
recode co_vor (7 8=6) (else=copy) into  
co_vor6.  
fre co_vor6.
```

```
compute verbesserung6= co_vor6-  
co_nach.  
fre verbesserung6.
```

*Kreuztabelle.
cro verbesserung by v2.

*Verbesserungsvariable.
recode verbesserung (0 1=0) (else=1)
into besser.
val lab besser 0'gleich' 1'Verbesserung'.
fre besser.

*Regression --> Verbesserung
coabhängiger Verhaltensmuster
nach Therapie, nach Geschlecht.
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES
besser
/METHOD=ENTER co_vor
/METHOD=ENTER v2
/CONTRAST (v2)=Indicator (1)
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
ITERATE(20) CUT(.5).

***Verminderung co-abhängiger Verhaltensmuster nach Anzahl der Merkmale.
*coabhängiges Verhalten vor Therapie.
count co_vor= v8_1 to v8_8 (1).

```
count co_nach= v10_1 v10_2 v10_3  
v10_4 v10_5 v10_6 (1).  
recode co_vor (7 8=6) (else=copy) into  
co_vor6.  
fre co_vor6.
```

```
compute verbesserung6= co_vor6-  
co_nach.  
fre verbesserung6.
```

*Verbesserungsvariable.
recode verbesserung (0 1=0) (else=1)
into besser.
val lab besser 0'gleich' 1'Verbesserung'.
fre besser.

*Regression im Vgl. co-vor, Anzahl
Merkmale.
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES
besser
/METHOD=ENTER co_vor
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
ITERATE(20) CUT(.5).

***Einfluss der Selbsthilfegruppe auf den Erfolg.
*Regression Einfluss Selbsthilfegruppe.

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES
besser
/METHOD=ENTER v12
/METHOD=ENTER v2
/CONTRAST (v2)=Indicator (1)
/CONTRAST (v12)=Indicator (1)
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
ITERATE(20) CUT(.5).

*** Erfolge mit vs. ohne zusätzliche
(Psycho-)Therapie.
*Regression Einfluss (Psycho-)Therapie

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES
besser
/METHOD=ENTER v11
/METHOD=ENTER v2
/CONTRAST (v2)=Indicator (1)
/CONTRAST (v11)=Indicator (1)
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
ITERATE(20) CUT(.5).

Literaturverzeichnis

Bücher, Broschüren, Zeitschriftenaufsätze

Al-Anon Familiengruppen (Hrsg.): Leben mit der Nüchternheit. Ein neuer Anfang. 6. Aufl. Essen 2000

Al-Anon Familiengruppen (Hrsg.): Wege zur Genesung. Al-Anons Schritte, Traditionen und Dienstgrundsätze. Essen 2003

Arenz-Greiving, Ingrid: Sucht ist eine Familienkrankheit. In: Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V. (Hrsg.): Über Sucht muss man reden. 03/2002, S. 28-31

Arenz-Greiving, Ingrid: Rollen in Familien als Überlebensstrategie. In: Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V. (Hrsg.): Kindern von Suchtkranken Halt geben. o.J., S. 15-20

Aßfalg, Reinhold: Die heimliche Unterstützung der Sucht. Co-Abhängigkeit. 2. Aufl. Geesthacht 1993

Atteslander, Peter: Methoden der empirischen Sozialforschung. 8. bearb. Aufl. Berlin 1995

Atteslander, Peter: Methoden der empirischen Sozialforschung. 9. neu bearb. Aufl. Berlin 2000

Brosius, Felix: SPSS 16 für Dummies. 2., aktual. Aufl. Weinheim 2008

Burzlaff, Peter: Alkohol am Arbeitsplatz. In: Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V. (Hrsg.): Über Sucht muss man reden. 03/2002, S. 32-33

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Frau Sucht Liebe. Co-Abhängigkeit und Beziehungssucht. o.J., S. 10-30

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2010. Geesthacht 2010

- Engelke**, Jacqueline: Zwischen Genuss, Missbrauch und Abhängigkeit. In: Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V. (Hrsg.): Über Sucht muss man reden. 03/2002, S. 6-13
- Fengler**, Jörg: Co-Abhängigkeit. In: Fengler, Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung, Therapie, Prävention. Landsberg/Lech 2002
- Fett**, Anna (Hrsg.): Männer, Frauen, Süchte. Freiburg im Breisgau 1996
- Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe**, Bundesverband e.V. (Hrsg.): Co-Abhängigkeit erkennen. Angehörige von Suchtkranken im Blickpunkt ärztlich-therapeutischen Handelns. o.J., S. 4, 14-16
- Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe**, Bundesverband e.V. (Hrsg.): Frauen helfen Frauen. 06/2005
- Funke**, Wilma: Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit (Therapie): In: Fengler, Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung, Therapie, Prävention. Landsberg/Lech 2002
- Gross**, Werner: Stoffgebundene Suchtformen. In: Fengler, Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung, Therapie, Prävention. Landsberg/Lech 2002
- Hug**, Theo/Poscheschnik, Gerald: Empirisch Forschen. Die Planung und Umsetzung von Projekten im Studium. Wien 2010
- Kolitzus**, Helmut: Die Liebe und der Suff... Schicksalsgemeinschaft Suchtfamilie. München 1997
- Kolitzus**, Helmut: Ich befreie mich von deiner Sucht. Hilfe für Angehörige von Suchtkranken. 4. Aufl. München 2004
- Körtel**, Käthe/Krasnitzky-Rohrbach, Ute (Hrsg.): Co-Abhängigkeit erkennen. Angehörige von Suchtkranken im Blickpunkt ärztlich-therapeutischen Handelns. Freiburg im Breisgau 2004
- Lambrou**, Ursula: Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit. Reinbek bei Hamburg 2010

- Möller**, Kurt H.: Sucht kommt (nicht) von Suchen. In: Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V. (Hrsg.): Über Sucht muss man reden. 03/2002, S. 14-15
- Molter**, Haja u.a.: Niemand sucht allein. In: Osterhold, Gisela/Molter, Haja (Hrsg.): Systemische Suchttherapie. Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext. Heidelberg 1992
- Moser**, Heinz: Grundlagen der Praxisforschung. Freiburg im Breisgau 1995
- Rennert**, Monika: Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg im Breisgau 1990
- Rennert**, Monika: Co-Abhängigkeit. In: Thomasius, Rainer/Küstner, Udo J. (Hrsg.): Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention. 2. Aufl. Stuttgart 2005
- Schmieder**, Arnold: Alkohol & Co. Mitgefangen in der Sucht. Sich aus der Verstrickung lösen. Stuttgart 1992
- Schneider**, Ralf: Die Suchtfibel. Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten. 12. Aufl. Baltmannsweiler 1998
- Schnell**, Rainer u.a.: Methoden der empirischen Sozialforschung. 7. überarb. und erw. Aufl. München 2005
- Singerhoff**, Lorelies: Frauen und Sucht. Weinheim und Basel 2002
- Subby**, Robert: Lost in the Shuffle. The Co-dependent Reality. Pompano Beach, Florida 1987
- Voß**, Gisela: Eine Wechselwirkung von Abhängigkeiten. Leben in der Beziehungsabhängigkeit mit einem süchtigen Partner – Schritte zu Selbstachtung und Heilung. In: Partner-Magazin 5/2002, S. 20
- Wilson Schaef**, Anne: Co-Abhängigkeit. Die Sucht hinter der Sucht. 15. Aufl. München 2005

Internetquellen

Al-Anon Familiengruppen: Selbsthilfegruppen für Angehörige und Freunde von Alkoholikern.

URL: <http://www.al-anon.de/grund/> [Stand 23.08.2010]

Anonyme Alkoholiker

URL: <http://www.anonyme-alkoholiker.de/content/03info/03index.php>

[Stand 23.08.2010]

Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche Bundesverband e. V.: Co-Abhängigkeit. Informationen, Kontaktadressen, Literatur.

URL: <http://www.blaues-kreuz.org/cms/upload/CO-Abhngigkeit-Broschre.pdf>

[Stand: 20.09.2010]

Enzyklo - Online Enzyklopädie: Definition Pilotstudie.

URL: <http://www.enzyklo.de/Begriff/Pilotstudie> [Stand: 06.10.2010]

Klein, Michael: Mit einem suchtkranken Partner zusammenleben. In: Das Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP).

URL: http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_aktuelles/a_partnerschaft/s_636.hthtZeituh

[Stand: 30.09.2010]

Kühne, Thomas: Beschreibung der Co-Abhängigkeit.

URL: <http://www.alkohol-hilfe.de/Co/coabhaengigkeit.htm>

[Stand: 27.09.2010]

Onpulson. Wissen für Business und Management: Definition Pilotstudie.

URL: <http://www.onpulson.de/lexikon/3725/pilotstudie/> [Stand: 06.10.2010]

Schrader Stiftung: Scheidungen, Eheschließungen und Scheidungsraten in Deutschland.

URL: http://www.theologische-links.de/downloads/tabellen/scheidungen_eheschliessungen.html

[Stand 01.09.2010]

Selbsthilfe- und Abstinenzverbände: Angehörige von Suchtkranken im Blickpunkt. Warum spezifische Selbsthilfeangebote notwendig sind.

URL: <http://www.freundeskreise-sucht.de/homepage/angeh/media/PopapAng2005.pdf> [Stand 24.09.2010]

UN Population Database, World Population Prospects.

URL: <http://www.pdwb.de/nd12-2.htm> [Stand 27.08.2010]

Wirtschaftspsychologische Gesellschaft

URL: <http://www.wpgs.de/content/view/404/355/> [Stand: 01.10.2010)

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel:

Familie und Alkoholismus

Eine empirische Studie zur Situation der Co-Abhängigen seit der Abstinenz des Süchtigen

selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Überlegungen sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift