

Co-Abhängigkeit oder „Der Frosch im Kochtopf“

Workshop auf dem APS-Kongress April 2024

Friedemann Alsdorf, Dipl.-Psychologe, Psychotherapeut

Inhalt

1	Angehörige von Suchtkranken	2
1.1	Partner von Suchtkranken	2
1.2	Kinder von Suchtkranken	2
1.3	Eltern von Suchtkranken	3
1.4	„Co-Abhängigkeit“?	3
1.5	Der Frosch im Kochtopf	6
1.6	Stress, Coping und Interaktionsstrategien	7
2	Hilfreiche Strategien Pol 1: Loslassen, sich distanzieren	8
2.1	Das Bild der Waage	8
2.2	Die Machtverhältnisse anerkennen	8
2.3	„Hilfe durch Nicht-Hilfe“	9
3	Hilfreiche Strategien Pol 2: Aktiv Einfluss nehmen	12
3.1	Funktionale Analyse eines Problemverhaltens	12
3.2	Vorsichtsmaßnahmen bei häuslicher Gewalt	12
3.3	Positive Kommunikation üben	13
3.4	Positive Verstärkung abstinenter Verhaltens	14
3.5	Der Einsatz negativer Konsequenzen	14
3.6	Problemlösefähigkeiten trainieren	15
3.7	Den Abhängigen eine Behandlung vorschlagen	16
3.8	Phasen der Motivationsentwicklung	16
4	Arbeitsmaterialien	18
A	Verstrickte oder überverantwortliche Beziehungen	18
B	Was will ich – mit Gottes Hilfe – verändern?	19
C	Funktionale Analyse „Konsumverhaltens eines Angehörigen“	20
D	Funktionale Analyse „Erwünschtes Verhalten eines Angehörigen“	21
E	Regeln für eine positive Kommunikation	22
F	Problemlöse-Schritte	23
5	Literatur	24

1 Angehörige von Suchtkranken

1.1 Partner von Suchtkranken

Partner von Suchtkranken leben im Vergleich zur Normalbevölkerung unter einem deutlich erhöhten Duldungs- und Katastrophenstress (Klein, 2001:209f.).

- **Duldungsstress** entsteht, wenn jemand über längere Zeit hinweg Bedingungen ausgesetzt ist, die er trotz Abneigung nicht glaubt, verändern zu können.
- **Katastrophenstress** entsteht, wenn häufig unerwartete, unberechenbare, bisweilen auch traumatisierende Ereignisse passieren, die außerhalb der eigenen Kontrolle liegen.

Zusätzlich kommen von Eltern oder Schwiegereltern u.U. Schuldzuweisungen. Wenn Kinder da sind, erwarten diese vom nicht abhängigen Elternteil oft, zu funktionieren und alles zu organisieren – egal, wie es ihm selber geht.

Häufig sehen Kinder im Nachhinein den Elternteil, der nicht abhängig ist, besonders kritisch. Denn in den Augen des Kindes gibt es für sie keine Entschuldigung, dem Kind nicht genügend Liebe und Schutz gegeben zu haben, eventuell sogar abweisend und unehrlich gewesen zu sein. (DHS, 2020b:37)

1.2 Kinder von Suchtkranken

„Ein Kind bekommt ja nicht alles so mit“ – diese Vorstellung ist zwar weit verbreitet, aber grundlegend falsch. (DHS, 2020b:42)

Kinder in Suchtfamilien wachsen oft mit wenig Urvertrauen, Orientierung und Halt auf; sie müssen extreme Stimmungsschwankungen und Konflikte aushalten und wissen oft nicht, ob sie geliebt werden oder stören, was vom abhängigen Elternteil als Nächstes kommt und ob das gestern Versprochene heute noch gilt. Wenn die Sucht als Ursache der Probleme verschwiegen wird, steigen Verwirrung und Angst. Kinder fragen sich, ob sie vielleicht schuld sind an den Spannungen und Belastungen in der Familie.

Noch stärker als Partner stehen Kinder in Gefahr, alle eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu unterdrücken aus der Angst heraus, dass Situationen sonst eskalieren:

Kinder lieben ihre Eltern. Sie wollen es ihnen recht machen, ihnen gefallen und ihre positive Aufmerksamkeit bekommen. Dafür tun sie alles, sind auch bereit, ihre eigenen Gefühle auszublenden, um sich so den Stimmungen und Bedürfnissen ihrer Eltern vollkommen anzupassen. (DHS, 2020b:50)

1.3 Eltern von Suchtkranken

Neben Duldungs- und Katastrophenstress haben Eltern von Suchtkranken in besonderer Weise mit Schuldgefühlen zu kämpfen: *„Was haben wir falsch gemacht, dass unser Kind auf die schiefe Bahn geraten ist?“* Mancher versucht, die Schuldgefühle durch besonders viel Fürsorge wieder wettzumachen. Das schlimmste Szenario scheint der Bruch mit dem eigenen Kind.

1.4 „Co-Abhängigkeit“?

Angehörige begegnen dem Stress, dem sie ausgesetzt sind, mit vielfältigen **Bewältigungsversuchen** und -strategien. Nicht alle davon sind zielführend; manche sind dysfunktional oder tragen gar dazu bei, ein Ungleichgewicht zwischen Unterverantwortung beim Suchtkranken und Überverantwortung beim Angehörigen weiter zu verfestigen. Für solche dysfunktionalen Strategien wurde in den 1950-er Jahren der Begriff **„Co-Abhängigkeit“** geprägt. Im weiteren Verlauf und bis heute blieb dieser Begriff aber sehr unpräzise und heterogen. Teils wurden **Verhaltensweisen** darunter verstanden, die dazu beitragen, dass der Suchtkranke süchtig bleiben kann (z.B. Fengler, 1994, n. Klein & Bischof 2013:65), teils eine **eigene Sucht** des Angehörigen **nach Kontrolle**, teils gar eine **Persönlichkeitsstörung** mit Krankheitswert bis hin zur Behauptung, dass Co-Abhängigkeit bei **jedem Mitglied** einer „Alkoholikerfamilie“ vorläge (Wegscheider-Cruise, 1984, n. Klein & Bischof, 2013:66).

In der Suchtselbsthilfe, aber auch bei Fachleuten fand dieses unklare Konzept dennoch weite Verbreitung, unter anderem auch deshalb,

weil sich Angehörige in Verhaltensbeschreibungen wiederfanden und in ihrer belasteten Situation verstanden fühlten.

Andererseits bringt das Konzept eine erhebliche (Selbst-)Pathologisierung mit sich und schiebt dem Umfeld des Suchtkranken eine deutliche Mitschuld an der Entwicklung der Krankheit zu („**victim blaming**“).

Bei empirischen Untersuchungen ab den 1960-er Jahren ergaben sich wenig Bestätigungen für ein einheitliches Konzept co-abhängigen Verhaltens oder co-abhängiger Persönlichkeit. Vielmehr zeigten sich vielfältige (mehrheitlich angemessene und gesunde) Bewältigungsmuster und gesundheitliche Stresssymptome, die auf die oft prekäre Situation der Angehörigen zurückzuführen sind.

Auch unter dem Gesichtspunkt, dass die verbreitete Unterstellung von Co-Abhängigkeit Angehörige oft eher hindert, Hilfe in Anspruch zu nehmen, werden Stimmen immer lauter, die das Konzept für unnötig oder gar schädlich halten und seine Abschaffung fordern. Ich schließe mich dem inzwischen an.

Anstelle eines einheitlichen Co-Abhängigkeitskonzepts sollten besser **Beschreibungen dysfunktionaler Interaktionsmuster** stehen. Folgende **Gefahren** erkenne ich – sie sind als Wahrnehmungs-Anregung gedacht und müssen nicht auf die Mehrheit der Betroffenen zutreffen:

1. Eine **schlechte Abgrenzung** von Angehörigen gegenüber den In-dexpatienten. Das ist gut erklärlich durch den Dauerstress. Katastrophen bringen uns in den „Überlebensmodus“; die Aufmerksamkeit ist ganz auf die äußere Situation mit ihren Risiken und Möglichkeiten gerichtet, Sympathikus aktiv, Parasympathikus heruntergefahren, eigene Bedürfnisse und Gefühle stehen hinten an. In diesem Modus können Menschen Unglaubliches leisten, auch wenn sie selbst schon verletzt und nahezu am Ende sind. Ein Problem wird es dann, wenn Stress und Katastrophen chronisch werden. Die Selbstwahrnehmung nimmt dann ab und damit auch die so notwendige Fähigkeit, Grenzen zu setzen und sich mithilfe eigener Bedürfnisse zu orientieren. Das kann auf Dauer so weit gehen, dass der Zugang zu Gefühlen und Wünschen stark verschüttet ist.
2. Ein **defizitäres Selbstwertgefühl** bzw. geringe Selbstachtung: Wenn ich zum einen von meinem Partner (durch dessen Fixierung

auf die Sucht) keine Bestätigung und Liebe mehr bekomme und zum anderen mit einem persönlichen Hauptprojekt (das Verhalten des anderen positiv zu beeinflussen) immer wieder scheitere, wird das stark an meinem Selbstwert nagen.

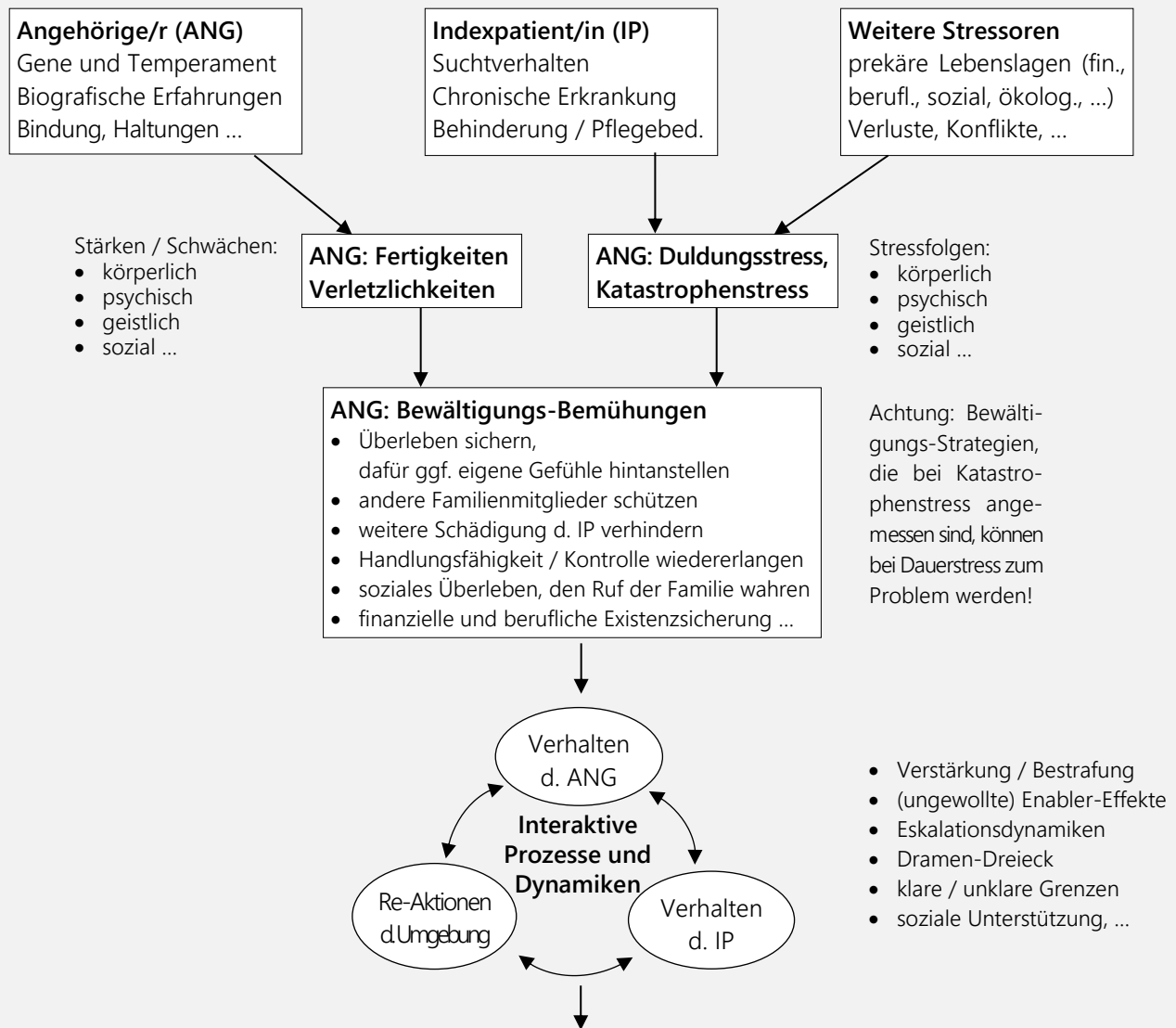
3. **Unflexible komplementäre Interaktionen.** Kommunikation fährt sich auf bestimmten Bahnen fest, es ist immer der gleiche, der schimpft und der gleiche, der beschwichtigt, der unterverantwortlich oder der überverantwortlich sich verhält. Als Außenstehender ahnt man oft schon, was als Nächstes kommt.
4. **Festgefahrene Denkschemata:** „Es gibt nur diese Lösung!“ Andere Möglichkeiten sind nicht im Blick. Ähnliches kann man bei Personen mit beruflichem Burnout (Stressfolge!) beobachten.
5. Ungewollt **Ermöglicher („Enabler“)** sein. Aus dem verständlichen Wunsch, dem Inexpatienten weiteres Leid zu ersparen, fängt man die natürlichen Konsequenzen des Suchtverhaltens auf oder mildert sie ab, was ggf. dazu beiträgt, dass der Inexpatient so leben kann, wie er lebt. Die ungunstigen Konsequenzen von Nicht-Hilfe stehen Angehörigen oft deutlich genug vor Augen. Aber so wird Veränderungsdruck abgebaut und die Sucht verlängert. Es stellt sich stets die Frage: Welches Verhalten behalte ich als Angehöriger bewusst bei, weil ich die Risiken nicht ertragen könnte, und wo kann ich den Inexpatienten die natürlichen Konsequenzen seines Verhaltens wieder stärker selbst erleben lassen?
6. Eine „**Neuaufgabe**“ der Situation in **der Herkunftsfamilie**. Dieser Punkt ist v.a. für Frauen als Gefahr empirisch belegt. Hier könnten familiäre Aufträge an die damalige Tochter (z.B. „Rette Du den Vater“) von Bedeutung sein, die im Erwachsenenalter z.B. dazu führen, dass man sich zu Männern hingezogen fühlt, die „gerettet werden sollten“.
7. Es gibt auch individuelle, sehr dysfunktionale **Konstellationen von Herkunftsfamilien**, die Inexpatienten ein Suchtverhalten als möglichen Ausweg nahelegen. Bei allem Eintreten gegen ein „Victim blaming“ – in einzelnen Therapien mit meinen Suchtklienten bin ich doch zu dem Ergebnis gekommen, sich als Rückfallschutz von der Herkunftsfamilie deutlicher zu distanzieren.

1.5 Der Frosch im Kochtopf

Ähnlich wie im Bild des Frosches im Kochtopf geht es oft Angehörigen mit ihrem suchtkranken Partner. Der Suchtkranke überschreitet eine Grenze und verlangt dem Angehörigen etwas ab, was dieser eigentlich nicht will. Aus Angst vor einem Konflikt oder größerem Schaden sagt man sich: „Nur dieses eine Mal, noch mal lasse ich mir das nicht bieten.“ Beim zweiten Mal ist die Grenze schon beschädigt und man gibt u.U. nochmals nach. Allmählich gewöhnt man sich etwas an die Situation, und dann wird die nächste Grenze überschritten ...

In einer Kette von immer neuen Grenzüberschreitungen gelangt man schließlich in einen Verhaltensbereich, den man nüchternen Sinnes und ohne die vorausgegangene Entwicklung niemals akzeptiert hätte. Aber inzwischen hat man schon so viel investiert, so viel ausgehalten, dass jetzt doch noch den Konflikt zu provozieren hieße, alles infrage zu stellen oder als Anstrengung in die falsche Richtung erkennen zu müssen. So investiert man weiter ...

1.6 Angehörige von Suchtkranken (oder chronisch Kranken): Stress, Coping und Interaktionsstrategien



Entwicklung von Interaktionsstrategien bei Angehörigen

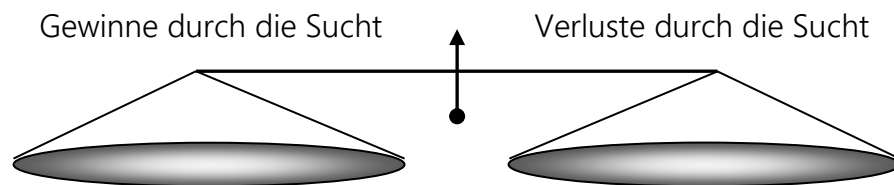
Extrempol 1 Unterverantwortlichkeit	gesunder Pol 1 Loslassen, sich distanzieren	gesunder Pol 2 Aktiv Einfluss nehmen	Extrempol 2 Überverantwortlichkeit
Resignation, Opferrolle geringe Selbstwirksamkeitserwartung geringe Selbstachtung Aversionen gegen d. IP „Frosch im Kochtopf“ Auf Verleugnung u. Kontrolle folgt Desintegration	loslassen (Kontrolle, Angst ...) Schutz- und Freiräume für sich selbst schaffen suchtförderndes Verhalten reduzieren achtsam, sich wahrnehmen eigenes Netzwerk stärken Im Gebet selbst „auftanken“	Einfluss auf d. IP nutzen Kommunikation verbessern abstinentes Verh. belohnen bei Suchtverhalten negative Konsequenzen einsetzen IP Behandlung vorschlagen Fürbitte für den IP, eine Sicht von Gott her gewinnen	zu viel Aufmerksamkt. beim IP, zu wenig bei sich selbst unklare Grenzen, Verstrickung Agieren im Dramen-Dreieck unflexible komplementäre Interaktionen Festgefahrene Denkmuster Neuaufgabe d. Herkunftsfam.
Jes.42:3; Spr.28:13	Mt.18:15-17; Ps.31:9; Spr.4:23	2.Tim.2:24-26; Gal.6:1-2	2.Tim.3:1-5; 1.Kor.5:11

Die Extrempole sind als Auswirkungen von extremem Stress verständlich, aber gleichwohl schädlich und entwicklungshemmend. Im Wechselspiel zwischen den „gesunden“ Polen spielen sich Leben und Veränderung ab. Wie weit sich der gesunde Pol 2 realisieren lässt, hängt auch vom Verhalten d. IP ab – des Öfteren wird daher ein starker Schwerpunkt auf dem Pol 1 liegen.

2 Hilfreiche Strategien für Angehörige Pol 1: Loslassen, sich distanzieren

Diese Strategien haben durch die Anonymen Alkoholiker und ähnliche Selbsthilfebewegungen zu Recht große Verbreitung gefunden.

2.1 Das Bild der Waage



Wie entwickelt sich diese Waage im Lauf einer Suchtkarriere?

Und was passiert, wenn man als Angehöriger eingreift, um dem Betroffenen Leid zu ersparen?

2.2 Die Machtverhältnisse anerkennen

Wer (mit seiner Sucht) Leiden in Kauf nimmt, gewinnt an Macht über alle Menschen, die an seinem Wohlergehen interessiert sind. Die meiste Macht gewinnt immer noch der, der bereit ist, den eigenen Tod in Kauf zu nehmen. Was tun wir alles dagegen, dieses Übel abzuwenden. (Nowak, 1997:4)

Veränderung setzt voraus, dass ich als Angehöriger mir dieses Machtgefälle eingestehe und die Illusion loslasse, mit genügend Anstrengung und Kontrolle könnte ich alles in den Griff bekommen.

2.3 „Hilfe durch Nicht-Hilfe“

Es steht nicht in meiner Macht, einen suchtkranken Angehörigen von seiner Sucht loszubekommen. Aber ich kann **mein eigenes Verhalten steuern**. Ich kann Grenzen setzen, wo mir etwas zu viel wird, und Konsequenzen von meiner Seite einführen, wenn diese Grenzen nicht eingehalten werden. Ich verlasse die Opferrolle und lote meinen Handlungsspielraum aus. In Situationen, die mich überfordern, hole ich mir Rat und Unterstützung. Damit, dass es mir noch länger schlecht geht, ist niemandem geholfen – auch dem Suchtkranken nicht. Wenn ich bei Kräften bin und wieder Zufriedenheit und Dankbarkeit spüren kann, kann ich auch eine bessere Unterstützung und Vorbild sein (DHS, 2023a:12).

Hilfe durch Nicht-Hilfe

Ich verabschiede mich von jeder Form von Hilfe, die darauf hinausläuft, den Betroffenen vor den Konsequenzen des eigenen Verhaltens in Schutz zu nehmen oder sein Verhalten zu verheimlichen. Diese Art „Hilfe“ hilft dem Süchtigen nur, mit der Sucht zu leben – aber nicht, von ihr loszukommen. Ich höre auf, das Suchtverhalten kontrollieren zu wollen, und setze meine Kräfte an besseren Stellen ein.

Die eigene Angst überwinden

Im Vertrauen auf Gott stelle ich mich den Ängsten, die auf mich einstürmen und mich vor dem neuen Weg der Hilfe zurückschrecken lassen:

„Wenn ich ihr nicht mehr helfe, gelte ich als herzlos und hart!“

„Alles wird noch viel schlimmer werden! Er wird völlig abgleiten!“

„Alle werden merken, wie es um meine Frau steht, und über uns reden.“

Im Loslassen der Ängste gewinne ich neue Handlungsmöglichkeiten.

Schuldgefühle überwinden

Angehörige von Süchtigen quälen sich häufig mit Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen, besonders die Eltern suchtkranker Kinder.

Ich werde bereit, die in der Vergangenheit begangenen Fehler und Sünden an der Hand Gottes zu erkennen – aber auch, mich von falschen Schuldzuweisungen zu lösen. So komme ich in eine neue Freiheit hinein.

Kein Kuss für den Frosch!

Da ward die Königstochter bitterböse, holte den Frosch auf ihre Hand und warf ihn aus allen Kräften wider die Wand. Als er aber herabfiel, war er gar kein Frosch, sondern ein Königssohn mit schönen, freundlichen Augen.“ (Brüder Grimm: Der Froschkönig)

Lange war die Königstochter allen Erwartungen (des Frosches und ihres Vaters) gefolgt. Erst als der kalte Frosch in ihr schönes seidenes Bettlein will, da graust es ihr doch zu sehr. Sie folgt ihren Gefühlen und sagt endlich: „So nicht mehr!“ (DHS, 2020a:58).

Abstand gewinnen, das eigene Leben wieder neu entdecken

Wenn ich bewusst sage: „*So nicht mehr!*“ gewinne ich neuen Raum. Ich lasse nicht mehr zu, dass die Sucht mein ganzes Leben beherrscht. Oft habe ich im Stillen den anderen für die Freudlosigkeit meines Lebens verantwortlich gemacht. Jetzt erkenne ich, dass diese Haltung zu nichts führt, und beginne, mein Leben an der Hand Gottes wieder selbst zu gestalten. Ich öffne mich bewusst für all das Gute, das er für mich bereithält. (Arbeitsblatt B)

Bewusste Auszeiten

Ich orientiere mich am Vorbild Jesu, immer wieder Abstand zu suchen und in Stille und Gebetszeiten wieder „aufzutanken“ und neue Orientierung zu finden.

Konsequent bleiben

Dinge, die ich ankündige, führe ich auch durch, und Dinge, die ich nicht durchführen kann oder will, drohe ich auch nicht mehr an. So werde ich wieder glaubwürdig.

Wofür habe ich Verantwortung und wofür nicht?

Lange habe ich Dinge getan, für die eigentlich andere verantwortlich sind. Ich gebe Verantwortungen dorthin zurück, wohin sie gehören, und konzentriere mich auf die Dinge, für die ich ohne Zweifel zuständig bin.

Wenn Kinder da sind

Ich spreche mit meinen Kindern so offen wie möglich über die Suchterkrankung. Ich mache deutlich, dass die Probleme nicht ihre

Schuld sind, und zeige, dass ich sie liebe und gern Zeit mit ihnen verbringe. In meinem Bemühen, wieder positive Inhalte des Lebens zu gewinnen, kann ich ihnen ein Vorbild sein.

Beginnt ein Angehöriger mit dieser „Hilfe durch Nicht-Hilfe“, gerät das **„Familiengleichgewicht“** heftig ins Schwanken. Der Partner wird eventuell versuchen, den alten Zustand wiederherzustellen.

Nun ist es wichtig, **Geduld** und **Durchhaltevermögen** zu haben, von der Richtigkeit des eingeschlagenen Weges überzeugt zu sein, Rückschläge hinzunehmen und begründete Hoffnung aufzubauen. Dafür braucht man wiederum **Unterstützung** von Dritten.

Es ist ein verbreitetes **geistliches Missverständnis**, eine solche Art der Abgrenzung und der guten Verantwortungsübernahme für sich selbst seien nicht im Sinne der Bibel. Christen müssten doch stets die linke Wange hinhalten und die zweite Meile mitgehen? Dem stehen aber zahlreiche Bibelworte entgegen:

Lk.12:13f. Es sprach aber einer aus dem Volk zu ihm: Meister, sage meinem Bruder, dass er mit mir das Erbe teile. Er aber sprach zu ihm: Mensch, wer hat mich zum Richter oder Erbschlichter über euch gesetzt?

2.Tim.2:24-3,5 Ein Knecht des Herrn aber soll nicht streitsüchtig sein, sondern freundlich gegen jedermann, im Lehren geschickt, der Böses ertragen kann und **mit Sanftmut die Widerspenstigen zurechtweist**, ob ihnen Gott vielleicht Buße gebe, die Wahrheit zu erkennen und wieder nüchtern zu werden aus der Verstrickung des Teufels, von dem sie gefangen sind, zu tun seinen Willen.

Das sollst du aber wissen, dass in den letzten Tagen schlimme Zeiten kommen werden. Denn die Menschen werden viel von sich halten, geldgierig sein, prahlerisch, hochmütig, Lästerer, den Eltern ungehorsam, undankbar, gottlos, lieblos, unversöhnlich, verleumderisch, zuchtlos, wild, dem Guten Feind, Verräter, unbedacht, aufgeblasen. Sie lieben die Wollust mehr als Gott; sie haben den Schein der Frömmigkeit, aber deren Kraft verleugnen sie; **solche Menschen meide!**“ (vgl. Eph.5:5-11, 1.Kor.5:9-13)

3 Hilfreiche Strategien für Angehörige Pol 2: Aktiv Einfluss nehmen

Diese Strategien sind ergänzend zum Pol 1 durch den CRAFT-Ansatz (Community Reinforcement and Family Training; Smith & Meyers, 2009) entwickelt worden und betonen die Einflussmöglichkeiten, die Angehörige auf Suchtkranke haben. Tatsächlich sind Druck (und Ermutigung) naher Angehöriger für viele Suchtkranke ein wesentlicher Anlass, Veränderungen vorzunehmen oder sich in eine Therapie zu begeben.

Die nachstehend beschriebenen Schritte funktionieren am besten, wenn es viel gemeinsam verbrachte Zeit gibt, d.h. Zusammenleben oder >20 Std/Woche Kontakt. Die Ziele des CRAFT-Programms sind:

1. unabhängige Verbesserung der Lebensqualität d. Angehörigen (ANG., hierzu ist schon viel unter dem Pol 1 gesagt worden, s.o.)
2. Verringerung des Substanzkonsums des Indexpatienten (IP.)
3. Behandlungsaufnahme durch den Indexpatienten.

Wesentliche Strategien vor allem für die Ziele 2 und 3 sind folgende (die Reihenfolge ist dabei variabel):

3.1 Funktionale Analyse eines Problemverhaltens

Die wichtigste Strategie ist die Beendigung der Verstärkung von Konsumverhalten und die gezielte Verstärkung von abstinenten und funktionalen Verhaltensweisen.

Hierzu sollen Angehörige ein oder zwei wichtige Konsummuster d. IP beobachten und verstehen: Was sind innere und äußere Auslöser, wie läuft das Verhalten ab und welche kurzfristig positiven und langfristig negativen Konsequenzen hat es („Verhaltensanalyse“)? Daraus lassen sich Ansatzpunkte für positive Einflussnahme ableiten. (Arbeitsblatt C)

3.2 Vorsichtsmaßnahmen bei häuslicher Gewalt

Leider ist Gewalt ein häufiges Thema; es geht um körperliche Gewalt, aber auch um Beleidigen oder Anschreien, d.h. alle Situationen, in denen man Angst bekommt. Der Helfer muss sich klar positionieren,

dass Gewalt immer inakzeptabel und in der Verantwortung des IP ist!
Dann geht es um Prävention und einen Notfallplan:

Zur **Prävention** kann eine Verhaltensanalyse des Gewaltverhaltens (wie unter 3.1 oder Arbeitsblatt C) helfen. So wird besser erkennbar, unter welchen Bedingungen Gewaltbereitschaft sich aufbaut und wie man ggf. deeskalieren kann, z.B.: *„Ich merke, wie die Anspannung steigt. Lass und das Thema morgen mit mehr Ruhe wieder besprechen!“*

Ferner brauchen Angehörige ein **Notfallplan** mit folgenden Angaben:

- Fluchtmöglichkeiten (wie, wohin? z.B. *Frauenhaus, Hotel, ...*)
- Ggf. Einbeziehung von Freunden / Nachbarn / Angehörigen
- Liste von Hilfen (SPDi, Krisennetzwerke, Telefonnotruf)
- „Notfallkoffer“ mit konkreten T-Do-Listen
- Nutzung legaler Sanktionsmöglichkeiten (Polizei)

3.3 Positive Kommunikation üben

Es geht darum, die sich häufig entwickelnde Spirale von **Nörgeln**, **Drohen** und **Fordern** zu durchbrechen, um die Beziehungsqualität zu erhöhen und wieder **positiven Einfluss** auf den IP zu gewinnen.

Womit erreiche ich mehr: mit *„Nie rührst Du einen Finger im Haushalt. Kannst Du nicht gelegentlich mit anpacken?“* oder mit: *„Es wäre schön, wenn Du nach dem Essen die schmutzigen Teller in die Spülmaschine stellen würdest.“*

Anhand konkreter **Alltagsschilderungen** üben Helferin und Angehörige in kurzen **Rollenspielen** eine bessere Kommunikation. Als Hilfen werden einfache, gut verständliche **Regeln** gegeben (Arbeitsblatt E):

- „Ich-Botschaften“
- kurz und präzise sein
- positive Aussagen
- sich auf konkrete Verhaltensweisen beziehen
- eigene Gefühle benennen
- Verständnis signalisieren
- eigene Verantwortlichkeit eingestehen
- Hilfe anbieten

Nach nur 1-3 Minuten unterbricht man das Rollenspiel und macht eine Auswertung: *Was ist gut gelaufen, was kann besser gesagt werden?*

Man kann dieselbe Situation mehrfach durchspielen, bis eine für die ANG passende Kommunikationsweise gefunden ist.

Positive Kommunikation ist oft ansteckend – auch der IP wird i.d.R. beginnen, anders zu sprechen. *„Du bist in letzter Zeit so viel netter zu mir – was ist los?“*

3.4 Positive Verstärkung abstinenter Verhaltensweisen

Angehörige werden unterstützt, **positive/funktionale Verhaltensweisen** des IP zu identifizieren, die sie dann versuchen, zu verstärken. (Hilfe dazu: Arbeitsblatt D). Diese Verhaltensweisen sollten

- für den IP und möglichst auch für den ANG angenehm sein
- mit Suchtmittelkonsum unvereinbar und zeitlich konkurrierend sein
- und aktuell zumindest gelegentlich auftreten.

Für solche Verhaltensweisen sucht man **positive Verstärker**, also Gegenstände / Verhalten / Anmerkungen, die:

- angenehm für den IP sind
- billig, möglichst kostenlos sind
- verfügbar, sofort anwendbar sind
- und einfach anwendbar sind.

(z.B. eine lästige Pflicht des IP übernehmen, dem IP sagen, dass man ihn liebhat, dem IP ein Kompliment machen, ...)

Je mehr es gelingt, abstinentes Verhalten anstelle von Suchtverhalten zu setzen und zu fördern, umso besser wird meist die **Lebenszufriedenheit** beider Partner – selbst wenn sich der IP (noch) nicht in Behandlung begibt.

3.5 Der Einsatz negativer Konsequenzen

Um Suchtverhaltensweisen mit höheren Kosten zu versehen und damit einzudämmen, gibt es zwei Möglichkeiten: Eine positive Verstärkung auszusetzen und natürliche negative Konsequenzen zu nutzen:

Aussetzen positiver Verstärkung bei Konsumverhalten: *„Wenn Du trinkst, belastet mich das; ich werde mich dann zurückziehen und den Abend allein verbringen oder mit Freundinnen telefonieren“.*

Mögliche zu entziehende Verstärker sollten

- für d. IP wichtig sein und von ihm vermisst werden
- von d. ANG bei Abstinenz wieder einsetzbar sein
- einfach
- risikolos und
- zeitnah zum Konsum zurückgehalten werden können.

Wichtig ist, dass man dem IP über positive Kommunikation die Zusammenhänge des Aussetzens mit dem Konsum deutlich macht.

Nutzung natürlicher negativer Konsequenzen: Angehörige hören auf, d. IP vor den natürlichen Konsequenzen seines Verhaltens abzusichern. Optimalerweise wird das vorher angekündigt: *„Wenn Du am Wochenende so viel trinkst, dass Du zum versprochenen Familienbesuch bei Deiner Mutter nicht mitkommen kannst, werde ich nicht länger Ausreden für Dich erfinden, sondern Deiner Mutter nur sagen, dass Du nicht kommst und ihr selbst am Montag das Ganze erklären wirst.“*

Angehörige haben oft gute Gründe, wenn sie Suchtprobleme des IP gegenüber der Umgebung „deckeln“. Die Frage ist dabei: Ist das klug?

3.6 Problemlösefähigkeiten trainieren

Manchmal kommen Angehörige beim Umsetzen solcher Strategien gefühlt „vom Regen in die Traufe“, und es türmen sich Probleme auf, die kaum lösbar erscheinen.

Die HelferIn kann dann das Problemlöse-Schema (Arbeitsblatt F) nutzen, um mit d. ANG verschiedene Lösungen zu erarbeiten, eine davon zu vereinbaren, ggf. im Rollenspiel einzuüben und die Erfahrungen mit der Umsetzung beim nächsten Kontakt zu erfragen.

Mittelfristig können Angehörige dann mithilfe des Schemas selbst Lösungen erarbeiten.

3.8 Den Abhängigen eine Behandlung vorschlagen

Hier geht es darum, einen geeigneten Zeitpunkt und eine gute Art und Weise zu finden, wie man den IP ermutigen kann, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Gute mögliche Zeitpunkte sind:

- Schuldgefühle d. IP nach einer konsuminduzierten Krise
- Verärgerung d. IP über eine unerwartete Bemerkung seines sozialen Umfeldes über sein Konsumverhalten
- Neugier d. IP über die Hintergründe der Verhaltensänderung d. ANG bzw. über dessen Therapie
- Ansprache jeweils zum Zeitpunkt einer halbwegs nüchternen und positiv gestimmten Verfassung d. IP

Gute Arten und Weisen lassen sich im Rollenspiel erarbeiten. Hierzu gehören z.B.

- IP anbieten, unverbindlich den eigenen Therapeuten zu treffen
- Betonen, dass d. IP einen eigenen Therapeuten erhält
- IP einladen, Behandlung „auszuprobieren“
- Klarstellen, dass d. IP nichts gegen seinen/ihren Willen tun soll
- Klarstellen, dass es nicht um Schuldzuweisungen geht
- Verdeutlichen, dass d. IP auch andere Themenbereiche ansprechen kann (z.B. Arbeitsprobleme, Depression, ...)
- Verstärker des IP in das Gespräch einbeziehen.

3.9 Phasen der Motivationsentwicklung

Prochaska und DiClemente (1986:3-27) geben in ihrem Motivationsmodell Orientierung, was dem Betroffenen jeweils am besten hilft.

	Stadium des Betroffenen	Hilfestellung
1	Phase der Sorglosigkeit : Verleugnungs- und Bagatellisierungstendenzen überwiegen; der Betroffene beginnt höchstens auf Druck von anderen hin eine Behandlung.	Förderung der Auseinandersetzungsbereitschaft : Beziehung bauen, Feedback geben, Diskrepanzen aufzeigen, Auseinandersetzung mit dem Thema fördern.

2	Phase des Bewusstwerdens : Der Betroffene beginnt, sein Problem ernst zu nehmen und über Konsumreduktion oder Abstinenz mit oder ohne Behandlung nachzudenken.	Förderung der Änderungsbereitschaft : Informationen geben, Pro- und Contra- Liste erarbeiten, erste Gedanken zur Funktion des Suchtverhaltens und zu Alternativen.
3	Phase der Vorbereitung : Ernsthafte Absichten für Veränderungen, konkrete Planungen werden unternommen, das Zielverhalten in den nächsten 30 Tagen angestrebt.	Förderung der Änderungskompetenz : Eine Strategie entwickeln, Teilziele und -schritte festlegen, gute Handlungsweisen erarbeiten, Risikosituationen identifizieren.
4	Phase der aktiven Handlung : Das Suchtproblem wird aktiv angegangen (Therapie, Selbsthilfegruppe, Selbstheilungsversuch, ...).	Begleitung : Hilfestellungen bei der Umsetzung der Handlungspläne. Erfolge aufzeigen, Vorteile herausarbeiten, Risikosituationen bearbeiten.
5	Phase der Aufrechterhaltung : Das Erreichte über Jahre hinweg stabilisieren (Erlernen von Strategien und Genussmöglichkeiten, die eine zufriedene Abstinenz sichern).	Begleitung : Erarbeitung von gesunden Alternativen zur bisherigen Funktion der Sucht, um eine zufriedene Abstinenz zu erreichen. Hilfen in Krisensituationen.
6	(Umgang mit Rückfällen): Die Herausforderung ist, die Rückfallsituation baldmöglichst zu verlassen und wieder in die Phase der Handlung oder Aufrechterhaltung zurückzukehren.	Krisenintervention : Rückfallgefahren vorab thematisieren, einen Hilfevertrag schließen, Rückfall als Lernchance sehen, ermutigen, die Veränderungsbemühungen wieder aufzunehmen.

Einzelne Phasen werden oft mehrmals durchlaufen, bis eine stabile Abstinenz erreicht ist. Im ersten Anlauf gelingt das selten.

Insgesamt besteht die **Herausforderung** für den Angehörigen bei der Einflussnahme nach Pol 2 darin, gegen ein sich selbst verstärkendes Suchtverhalten anzuarbeiten. Das ist **anstrengend** und erfordert viel Kraft. Deswegen sind Abstand und positive Erlebnisse (wie im Pol 1 gefördert) ganz wichtig!

Sich anzustrengen für jemanden, der Dinge nicht auf die Reihe bekommt, die man von jedem normalen Erwachsenen erwarten würde, das ist eine echte Zumutung und setzt viel **Liebe** und **Vergebungsbereitschaft** voraus! Gleichzeitig korrigiert dieses Vorgehen aber falsches Mitleid und Konfliktscheu, die Suchtverhaltensweisen des IP erleichtern oder gar ermöglichen.

4 Arbeitsmaterialien

A Verstrickte oder überverantwortliche Beziehungen
Die folgenden Fragen helfen, verstrickten Beziehungen auf die Spur zu kommen. Sie laden gleichzeitig dazu ein, sich dazu mit einem Freund / einer Freundin oder Berater auszutauschen.
1. Gibt es Beziehungen, in denen es mir besonders schwerfällt, ich selbst zu sein und zu meinen Bedürfnissen und Gefühlen zu stehen? (Und gibt es andere Beziehungen, in denen es mir leicht[er] fällt?)
2. Was darf in dieser „schwierigen“ Beziehung keinesfalls passieren – was möchte ich um jeden Preis verhindern (und gerate deshalb ins Kontrollieren oder in Überverantwortung)?
3. Was <u>tue</u> ich daher „für die Menschen und nicht für Gott“? (Kol.3:23: „Alles, was ihr tut, das tut von Herzen für den Herrn und nicht für Menschen.“)
4. Worunter leide ich? <input type="checkbox"/> nicht mehr richtig wahrgenommen zu werden? <input type="checkbox"/> ständig etwas zu tun, für das eigentlich der andere zuständig ist? <input type="checkbox"/> dass mich die Sucht des anderen finanziell schwer schädigt <input type="checkbox"/> der Problematik des anderen hilflos ausgesetzt zu sein <input type="checkbox"/> immer wieder enttäuscht zu werden, Vertrauen zu verlieren? <input type="checkbox"/> das Fehlverhalten des anderen vor Dritten entschuldigen zu müssen? <input type="checkbox"/> mir ständig Sorgen um den anderen machen zu müssen <input type="checkbox"/> fast verrückt zu werden angesichts der Verleugnung der Probleme <input type="checkbox"/> selbst krank zu werden vor lauter Sorgen? Wenn ich eine oder mehrere dieser Fragen bejahe, leide ich unter der Problematik meines Angehörigen und sollte dringend etwas für mich tun!
5. Werde ich ... <input type="checkbox"/> immer mehr zum alleinigen Ansprechpartner für Dritte? <input type="checkbox"/> immer mehr zur „Kanzlerin“ und „Finanzministerin“ der Familie? <input type="checkbox"/> immer häufiger von Dritten gelobt für meinen Einsatz, mein Opfer? Wenn ich eine dieser Fragen bejahe, profitiere ich in gewisser Weise von der Schwäche meines Angehörigen, erlebe einen familiären Machtzuwachs. Wenn ich diese Rolle beibehalte, hat der andere keinen Grund, etwas zu ändern.

(Punkte 4 und 5 nach DHS, 2020a:51f)

B Was will ich – mit Gottes Hilfe – verändern?

Träume

Was möchte ich alles tun, was mir früher gefallen hat? Was möchte ich Neues ausprobieren? Wobei geht mein Herz auf? Ich lasse meinen Sehnsüchten und Wünschen freien Lauf, notiere jede Idee, lasse alle stehen (Joel 3,1b).

Bedenken

Dann werde ich zum Kritiker: Auf einem zweiten Blatt notiere ich zu meinen Ideen alle Schwachpunkte und jede Hürde bei der Umsetzbarkeit. Als Kritiker darf ich alle meine Ängste, Sorgen und Zweifel „rauslassen“.

Leben

Nun frage ich: Wie sieht Gott mich? Ich denke praktisch: Was braucht es dazu, damit scheinbar Unmögliches machbar wird? In dieser Haltung schaue ich meine bisherigen gegensätzlichen Notizen an. Wie wären Hürden überwindbar? Nicht gleich alle, aber ein paar? Ich notiere meine Ideen und entwickle daraus einen möglichst genauen Schritt-für-Schritt-Plan. Der erste Schritt darf klein sein, damit ich ihn sofort tun kann. (nach DHS, 2020a:61)

C Funktionale Analyse „Konsumverhaltens eines Angehörigen“

Äußere Auslöser	Innere Auslöser	Konsumverhalten	Kurzfristige positive Konsequenzen	Langfristige negative Konsequenzen
<p>Mit wem ist Ihr Angehöriger normalerweise während des Konsumierens zusammen?</p>	<p>Was denkt Ihr Angehöriger unmittelbar vor dem Konsum Ihrer Meinung nach?</p>	<p>Was konsumiert Ihr Angehöriger üblicherweise?</p>	<p>Was glauben Sie, mag Ihr Angehöriger an dem Konsum?</p> <p>mit wem?</p> <p>wo?</p>	<p>Was glauben Sie, sind die negativen Auswirkungen des Konsums in den folgenden Lebensbereichen:</p> <p>zwischenmenschlich</p> <p>körperlich</p>
<p>Wo konsumiert er/sie gewöhnlicherweise?</p>	<p>Was fühlt Ihr Angehöriger unmittelbar vor dem Konsum Ihrer Meinung nach?</p>	<p>Wieviel konsumiert er/sie üblicherweise?</p>	<p>wann?</p> <p>Welche angenehmen Gedanken hat er/sie während des Konsums?</p>	<p>emotional</p> <p>juristisch</p>
<p>Wann konsumiert er/sie gewöhnlicherweise?</p>	<p>Biograf. Erfahrungen / Grundannahmen / Bewältigungsstrategien, die den Konsum mit auslösen?</p>	<p>Über welchen Zeitraum konsumiert er/sie üblicherweise?</p>	<p>Welche angenehmen Gefühle hat er/sie während des Konsums?</p>	<p>beruflich</p> <p>finanziell</p> <p>andere</p>

Bearbeitet nach Ellen Smith & Robert J. Meyers (2013): *Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit.* Köln (Psychiatrie Verlag) S.110f.

D Funktionale Analyse „Erwünschtes Verhaltens eines Angehörigen“

Äußere Auslöser	Innere Auslöser	Erwünschtes Verhalten	Kurzfristige negative Konsequenzen	Langfristige positive Konsequenzen
<p>Mit wem ist Ihr Angehöriger normalerweise zusammen, wenn er/sie sich so verhält?</p>	<p>Was denkt Ihr Angehöriger unmittelbar, bevor er/sie sich so verhält?</p>	<p>Worin besteht das Verhalten Ihres Angehörigen?</p>	<p>Was glauben Sie, mag Ihr Angehöriger nicht an dem Verhalten?</p> <p>Mit wem?</p> <p>Wo?</p>	<p>Was glauben Sie, sind die positiven Auswirkungen des Verhaltens in den folgenden Lebensbereichen:</p> <p>zwischenmenschlich</p> <p>körperlich</p>
<p>Wo ist er/sie normalerweise, wenn er/sie sich so verhält?</p>	<p>Was fühlt Ihr Angehöriger normalerweise unmittelbar, bevor er/sie sich so verhält?</p>	<p>Wie oft führt er/sie es aus?</p>	<p>Wann?</p> <p>Welche unangenehmen Gedanken hat Ihr Angehöriger, während er/sie sich so verhält?</p>	<p>emotional</p> <p>juristisch</p>
<p>Wann verhält er sich normalerweise so?</p>	<p>Biograf. Erfahrungen / Haltungen / Einstellungen, die dies Verhalten ermöglichen oder stärken?</p>	<p>Über welchen Zeitraum hält das Verhalten an?</p>	<p>Welche unangenehmen Gefühle hat Ihr Angehöriger, während er/sie sich so verhält?</p>	<p>beruflich</p> <p>finanziell</p> <p>andere</p>

Bearbeitet nach Ellen Smith & Robert J. Meyers (2013): *Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit.* Köln (Psychiatrie Verlag) S.216f.

E Regeln für eine positive Kommunikation

1 Formulieren Sie das Problem kurz.

„Hast du keine Möglichkeit gehabt, die Anrufe zu erledigen? Hast du jetzt Zeit, dich hinzusetzen und sie zu machen?“

2 Formulieren Sie positiv, vermeiden Sie alle anschuldigenden Aussagen.

„Es ist schön, dich in Gesellschaft anderer zu haben, wenn du nüchtern bist, weil dein großer Sinn für Humor dann durchkommt.“

3 Formulieren Sie das Problem klar und präzise.

„Ich würde es wirklich schätzen, wenn du nach dem Abendessen das schmutzige Geschirr in die Spülmaschine stellen würdest.“

4 Formulieren Sie ein dazugehöriges Gefühl.

„Ich werde nervös und kann nicht aufhören, daran zu denken, wenn ich sehe, dass die Rechnungen nicht rechtzeitig bezahlt worden sind. Ich frage mich, ob du mir da nicht helfen könntest?“

5 Zeigen Sie Verständnis. Versuchen Sie, das Problem aus Sicht des Gegenübers zu sehen.

„Es ist bestimmt komisch für dich, dass die Kinder nicht mit uns zu Abend essen. Aber ich dachte, dass es im Moment, solange du Schwierigkeiten hast, besser so ist.“

6 Akzeptieren Sie, dass Sie einen Teil der Verantwortung für das entstandene Problem tragen, statt Ihr Gegenüber allein verantwortlich zu machen.

„Du hast den Handwerker nicht angerufen? Weißt du, als ich zur Arbeit kam, dachte ich, dass ich als Erinnerung für dich einen Zettel auf dem Küchentisch hätte liegen lassen können.“

7 Machen Sie ein Hilfeangebot.

„Wenn ich die Flasche Wein ersetze, die du für die Party aufgehoben hast, sollte ich sie vielleicht auf der Arbeit aufbewahren, damit sie dich hier nicht in Versuchung führt.“ (nach Smith et al., 2013:156-161)

F Problemlöse-Schritte	
1	Das Problem kurz beschreiben (nur eines ... und bleiben Sie konkret)
2	Mögliche Lösungen gemeinsam erarbeiten (kreativ, je mehr, desto besser)
3	Unerwünschte Vorschläge streichen (was nicht praktisch / nützlich scheint)
4	Eine mögliche Lösung auswählen (welche erscheint für den Anfang richtig gut?)
5	Mögliche Hindernisse identifizieren (auflisten: was könnte im Wege stehen?)
6	Jedes Hindernis besprechen (wenn sie keines der Hindernisse beseitigen können, suchen Sie eine neue Lösung aus und beginnen erneut mit Punkt 5)
7	Sich für eine Aufgabe entscheiden (Plus: wann und wie werden Sie es tun?)
8	Ergebnis auswerten (ggf. Veränderungen auflisten und es erneut versuchen.) (nach Smith et al, 2013:263)

5 Literatur

- Bischof, Gallus; Bischof, Anja (2024): *Mythos Co-Abhängigkeit. Belastungen Angehöriger von Menschen mit Suchterkrankungen und das Co-Abhängigkeitsmodell*. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12054-024-00667-y> (ges. April 2024)
- **Cloud, Henry; Townsend, John (2008): *Nein sagen ohne Schuldgefühle: Gesunde Grenzen setzen***. Holzgerlingen (Hänsler)
- **DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2020a): *Frau-Sucht-Gesundheit. Informationen, Tipps und Hilfen für Frauen, deren Angehörige Probleme mit Rausch- und Suchtmitteln haben***. Hamm
- **DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2020b): *Suchtprobleme in der Familie. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen***. Hamm
- **DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2023a): *Ein Angebot an alle, die einem nahestehenden Menschen helfen möchten. Alkohol, Medikamente, Tabak, illegale Drogen, süchtiges Verhalten***. Hamm
- Klein, Michael (2001): *Das personale Umfeld von Suchtkranken*. In: F. Tretter, A. Müller (Hrsg.): *Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Göttingen (Hogrefe), S. 201-229
- Klein, Michael; Bischof, Gallus (2013): *Angehörige Suchtkranker – der Erklärungswert des Co-Abhängigkeitsmodells*. *Sucht*, 59 (2), 2013:65-68
- **Miller, William R.; Rollnick, Stephen (2015): *Motivierende Gesprächsführung***. 3. Auflage in Deutsch. Freiburg (Lambertus)
- Nowak, Manfred (1997): *Kapitulation – nicht unser Weg*. In: EK-Informationen 1/1997. Bundesverband der Elternkreise, Berlin
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C. (1986): *Toward a comprehensive Model of Change*. New York (Plenum)
- **Smith, Jane Ellen; Meyers, Robert J. (2013): *Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit***. Köln (Psychiatrie Verlag)

- **Schneider, Ralf (2022): *Die Suchtfibel*. *Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit*. 21. überarbeitete Edition. Hohengehren (Schneider)**