

Psychische Erkrankungen in der Beratung und Umgang mit Alkoholkranken in der Beratung

Dokumentation der niedersächsischen Fachtagung
vom 4.10.2011
an der Landvolkshochschule in Oesede

1. Teil: Erfahrungen aus der ländlichen Familienberatung

Ludger Rolfes leitet die aktuelle Runde ein. Er stellt fest, dass die Beratungsprozesse länger geworden sind (sie sind von durchschnittlich 3,4 Beratungen auf 5,6 Beratungssitzungen pro Familie gestiegen).

Ebenso haben die komplexen psychischen Problemlagen zugenommen, daher wird die Fachtagung zu diesem Thema durchgeführt.

Statements der „Aktuellen Runde“:

- „Als sie das Ziel aus den Augen verloren hatten, verdoppelten sie ihre Anstrengungen!“ spiegelt, wie sehr die Menschen an Grenzen kommen, nicht mehr können, müde, leer und „burn-out-nah“ sind.
- (Gefühlte) Perspektivlosigkeit der ratsuchenden ländlichen Familien nimmt zu! Äußerungen wie „Ich kann nicht mehr...ich weiß nicht, wie es weitergehen soll..“ spiegeln den steigenden Druck der Familien, der von verschiedenen „Baustellen“ ausgeht:
 - Wo geht es politisch hin?
 - Wie groß müssen wir noch werden, um wirtschaftsfähig zu sein?
 - Wie verkraften wir all das als Familie?
- Wir müssen noch viel mehr Öffentlichkeitsarbeit machen, damit die Bevölkerung wach wird und damit die Landwirtschaftfamilien wissen, dass es uns (LFB und MOTE) gibt!
- Die Ausbilder und Supervisoren bestätigen die Zunahme der Komplexität der Problemlagen und bestätigen den Beraterinnen und Beratern ein hohes fachliches und emotionales Engagement, das aus der Beratungslandschaft gar nicht mehr wegzudenken ist. Der „Erfolg“ der Beratungsarbeit und die Erfahrung, etwas hoch SINN-volles zu tun, bereichert auch persönlich und macht das hohe Ehrenamt attraktiv.
- Auch die BeraterInnen kommen an Grenzen, wenn sie den komplexen Erfahrungen von Depressions- und Burn-out-Zuständen begegnen und begrüßen diese fachspezifische Tagung, die auch der eigenen Weiterbildung und Abgrenzung und der professionellen Vernetzung mit anderen Hilfsangeboten dient.
- Denn: Die eigene Burnout-Prophylaxe der ehrenamtlichen BeraterInnen ist wichtig.

- Viele Ratsuchende begegnen den Beratern mit der Erwartungshaltung, jetzt DIE Patentrezepte für die Lösung ihrer Probleme zu erhalten, - dabei rufen sie leider oft erst sehr spät an, „Wenn das Kind schon in den Brunnen gefallen ist“.
- Das spiegelt sich auch in der Erfahrung, dass die Wartezeiten von bis zu 6 Wochen von den Familien als zu lang empfunden werden: WENN sie ihren Hilferuf abgeben, dann muss auch sofort Hilfe kommen. Oder das Thema ist „erledigt“, weil in der Zwischenzeit z.B. die junge Frau schon ausgezogen ist.
- Die Beratungsarbeit ist als Familien begleitender Prozess zu verstehen, in dem es um die zentralen Fragen des Lebens geht: Wie soll es jetzt weiter gehen? Wie können konkrete Schritte aussehen? Wer in der Familie will was? Es geht eben um existenzielle Ängste, wie Angst vor Versagen, Hofaufgabe, familiärer Zusammenbruch durch komplexe Konflikte, mit denen sie erst mal nicht konstruktiv umgehen können. Die BeraterInnen begleiten, hören zu, sortieren und ermutigen die Familien, ihre Situation anzuschauen und gemeinsam nach tragfähigen Lösungen zu suchen.
- Es zeigt sich, dass sich die Hemmschwelle der Landwirte, psychosoziale Hilfe in Anspruch zu nehmen, verlagert hat: Wo früher erst mal „nur“ anonym angerufen wurde, wird immer häufiger um direkte Familienberatung auf den Höfen gebeten.
- Ein Berater bringt die Zuspitzung des Beratungsalltags mit dem Bild eines liegengebliebenen Autos mit leerem Tank auf den Punkt: In den Familien ist auch oft der „Tank leer“ und der „Motor läuft nicht mehr“: Es fehlt der „Sprit“, oder der „Spirit“ = der „Geist“, die Begeisterung, die antreibt und Kraft gibt! – wie in den guten Zeiten! Mit den Beratern gehen die Familien auf Entdeckungsreise danach, wo sie heute neuen „Sprit“ bekommen können, wo sie „tanken“ können und wohin die „Reise“ dann gehen soll..
- Die „depressiven Verstimmungen“ häufen sich, v.a. in Lebenswenden, dann, wenn Entscheidungen getroffen werden müssen und die Familienmitglieder sich positionieren müssen.
- Dabei begegnen uns diese Phänomene besonders auch in Familienbetrieben, die „brummen“, die sich verdreifacht haben und sich wirtschaftlich hervorragend entwickelt haben. Nur: die persönliche „Entwicklung“ ist häufig auf der Strecke geblieben, etwas zentral Menschliches zu kurz gekommen und es kommt zu inneren psychischen und familiären Problemen.
- Dabei entwickeln sich häufig heftigste Generationskonflikte, die die unterschiedlichen Positionen zw. Alt und Jung so verfestigen, dass es auch für die Berater schwer ist, mit der Familie eine Atmosphäre zu entwickeln, in der miteinander konstruktive Lösungen entwickelt werden können.
- So manch einer erlebt den anstrengenden Spagat zwischen dem erfolgreichen Agrarindustriellen und dem menschlich einsamen Einzelkämpfer.

- Viele Landwirte sind auch z.B. durch das Internet bestens informiert und fachlich „up to date“, aber sie kommen nicht nach, es menschlich zu verarbeiten und ihre persönlichen Wünsche für ihr Privatleben zu entwickeln und dann Prioritäten bewusst zu setzen. Stattdessen „brennen sie durch“ (= burn-out = ausgebrannt).
- Schwierig kann es sein, wenn schon viele Hilfsangebote in Anspruch genommen wurden und werden, die nicht aufeinander abgestimmt sind: es werden in der Not eben alle Register gezogen.
- Und: manchmal wird sich lieber an der Schwiegermutter abgearbeitet, als sich den eigenen Themen zu stellen.
- Die Hilflosigkeit mit psychischen Problemen umzugehen, äußert sich gleichermaßen in der Zunahme von Gewalt zwischen den Familienmitgliedern, in der auch das Thema Suizid eine Rolle spielt.
- Johannes Buß greift das biblische Bild von „Maria und Martha“ auf: Die BeraterInnen sind dann die „Marias“, die zuhören, entschleunigen und ganz für die Familien (die Marthas) da sind und deren Alltag unterbrechen.
- Der Geschäftsführer des Sorgentelefon aus Rastede, Hennig Hölscher sieht den hohen Bedarf, diese psychosoziale Seite der Probleme von Landwirtschaftsfamilien viel mehr zu veröffentlichen, damit diese Themen aus der Tabuzone rauskommen und sich die Menschen frühzeitig Hilfe holen. Dafür sind die landwirtschaftlichen Sorgentelefone und die Ländliche Familienberatung mittlerweile unverzichtbar.
- Der GF Ludger Rolfes unterstreicht das! Die Auswertungen der freiwilligen anonymen Fragebögen nach der Beratung zeigen, dass die landwirtschaftlichen Hintergründe aller BeraterInnen eine hohe Wertschätzung bei den Familien finden. Das nimmt die Hemmschwelle und fördert die Akzeptanz der Berater als „kompetent“ für die Besonderheit der Problemlagen zwischen Landwirtschaft und Familie.
- Interessant ist, dass immer mehr Ratsuchende angeben, dass sie durch das Internet auf die „Ländliche Familienberatung“ aufmerksam wurden.
- Dabei ist das „Einstiegsthema“ oft nur vordergründig und erst im Beratungsprozess offenbart sich die Vielschichtigkeit der Problemlagen.
- Es fällt auf, dass die Heftigkeit der konflikthafter Themen zugenommen hat und nicht selten mit den existenziellen Fragen verbunden wird: Aus „Lohnt sich diese Investition noch?“ wird „Wozu das alles. Macht doch alles keinen Sinn mehr...!“

2. Teil: Psychische Erkrankungen in der Beratung

Ludger Rolfes begrüßt Prof. Dr. Wolfgang Weig, Chefarzt der Magdalenen - Klinik Osnabrück, eine Niels-Stensen-Fachklinik für psychische und psychosomatische Erkrankungen, der über psychische Erkrankungen in der Beratung referieren wird. Rolfes erläutert noch mal kurz das Konzept der ehrenamtlichen Familienberatung:

- a) immer zu zweit auf die Höfe
- b) alle 6-8 Wochen Fallsupervision und
- c) 3 Fortbildungen im Jahr

Er bringt nochmal die Ergebnisse der aktuellen Runde auf den Punkt und übergibt das Wort mit: „Herr Prof. Dr. Weig – herzlich willkommen! Sie sind hier heute mit Ihren Themen genau richtig!“

Prof. Dr. Weig, gebürtiger Bayer, ist seit 1986 in Osnabrück und leitet dort die Magdalenenklinik mit 24 Plätzen. Der Aufenthalt in der Klinik dauert in der Regel 6 Wochen und bietet Menschen mit psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankheitsbildern eine ganzheitliche stationäre Therapie, die leider (noch) nicht von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannt ist.

Dazu gehört eine Ambulanz zur Diagnostik, um z.B. zu überprüfen, ob ein stationärer Aufenthalt angezeigt ist.

Weig referiert sehr kurzweilig, dass es zwar einerseits internationale Klassifikationssysteme (ICD) für psychische und psychiatrische Erkrankungen gibt, um z.B. die klassische Schizophrenie von der Angststörung abzugrenzen, aber dennoch nicht die psychischen Erkrankungen gibt, sondern dass viele Facetten existieren, die es individuell zu erkennen und zu behandeln gilt.

Im Vordergrund seiner Ausführungen stehen die Depressionen und Burnout-Erkrankungen, wobei der Referent Wert auf eine saubere diagnostische Differenzierung legt:

Geht es bei dem Patienten um eine Krankheit oder um ein „gefühltes Elend“, da die Person z.B. krisenbedingt (durch Unfalltod ihres Mannes oder plötzliche Arbeitslosigkeit) aus dem Gleichgewicht ist und nicht weiß, wie es weitergehen soll?

Die Symptome sind oft ähnlich und es gilt zu differenzieren, ob der Patient sich nur noch hoffnungslos am Boden fühlt oder ob die aktuelle Situation hoffnungslos erscheint.

Manche Menschen haben vom Typ her einen eher trüben Blick auf ihre Wirklichkeit und es geht darum, in der Beratung diese Menschen so zu begleiten, dass sie ihre Chancen entwickeln, um besser mit ihrer Lebenssituation umzugehen und diese in kleinen Schritten zu verbessern. Das fördert die Resilienz (die Widerstandskraft), auch zukünftig schwierigen Lebenssituationen besser zu begegnen. „Wir sind viel zu schnell dabei, etwas als Depression zu bezeichnen, was gar keine Krankheit ist.“

So ist z.B. die „depressive Verstimmung“ eine normale Reaktion auf Trauer, schwere Schicksalsschläge und Lebenskrisen und erfüllt damit die wichtige Funktion der Verarbeitung.

Diese Trauer braucht Raum! Sie darf nicht weggeredet werden, sondern muss begleitet und normalisiert werden! Sonst kann sie sich verselbständigen und auch zur Krankheit werden. Dazu ist die (medizinische) Kunst der Unterscheidung notwendig:

Hinweise für eine krankhafte Variante sind:

andauernde Traurigkeit,

schlechte Stimmung

innerlich wie tot sein

Keine Gefühle haben, z.B. nicht trauern und sich auch nicht freuen können
sich ausgebrannt fühlen.

Es gibt weiterhin die „somatisierte Depression“, bei der die Patienten über Druckgefühle in der Brust, Appetitlosigkeit oder Heißhunger, Verstopfung, Störungen der Sexualfunktionen, Lustlosigkeit, Schlafstörungen usw. klagen.

Sie erscheint nicht selten wie eine „Pseudo-Demenz“, bei der sich die Menschen blockiert fühlen, sie nicht konzentrieren können und sich für nicht arbeitsfähig halten. Das kann sich steigern bis zum Wahn, der sich in unangemessenen Verarmungsängsten, Verfolgungswahn usw. äußert. Wenn jemand dies so extrem erlebt, besteht Suizidgefahr.

Suizidale Handlungen haben - so Weig - häufig Appellcharakter im Sinne eines Hilferufes: „So kann es nicht weitergehen...SO will ich nicht mehr leben...!“

Er unterscheidet die sog. „reaktive Depression“, bei der es häufig ein auslösendes Ereignis gibt, von der „endogenen Depression“, die eine körperliche Veranlagung voraussetzt. Dabei sind eher die typbedingt traurig-gedämpften Menschen, die das Leben eher als anstrengend wahrnehmen, betroffen.

Von der sog. Salutotherapie können wir lernen, nicht „die Krankheit“ zu bekämpfen, sondern die Gesundheit, die positiven Kräfte und Ressourcen zu stärken!

Das sog. „Burnout“ ist nach Weig eigentlich keine Krankheit, sondern eine Problembeschreibung. Der amerikanische Psychoanalytiker H. Freudenburger umschrieb 1974 mit Burnout das seelische Befinden von SozialarbeiterInnen an der Grenze von Gesundheit und seelischer Erkrankung, von hohem persönlichen Engagement und beruflicher Überforderung und Erschöpfung, dem Gefühl des Ausgebranntsein (= burnout).

Heute wird der Begriff so ausgeweitet, dass die ursprüngliche Bedeutung nicht mehr trifft.

Typische Symptome von burnout sind:

Die Betroffenen verlieren ihre Freude am Beruf, werden lustlos
haben chronische Überforderungsgefühle
sind weniger leistungsfähig
haben keine positiven Gefühle
haben das Gefühl von „es kotzt mich alles an...“

Folgen sind Schwierigkeiten im privaten und beruflichen Umfeld, bis hin zum Mobbing.
Daraus kann sich ein Teufelskreis entwickeln, der zur inneren Kündigung und zum
Ausstieg aus dem Erwerbsleben (Frühverrentung) führt.

Achtung: aus fortgeschrittener Burnoutproblematik kann eine Depression mit
Krankheitswert werden!

3 Tipps an die Beraterinnen und Berater:

Schulen Sie Ihre Sensibilität und Ihre Kompetenz, Krankhaftes zu erkennen, um ggf.
professionelle Hilfe anzubahnen!

Entstigmatisierung: Die Betroffenen leiden und schämen sich, als „psychisch krank“ zu
gelten. Es ist keine Schande, Probleme zu haben und sich fachlich behandeln zu lassen.
Helfen Sie mit, Vorurteile über psychiatrische Behandlungen abzubauen.

Bewahren Sie professionelle Distanz! Bedenken Sie, dass auch Sie burnout gefährdet
sind und entwickeln Sie die Haltung: ich tue, was ich kann – mehr nicht!“
Ich bin für Sie da - aber nicht als Freund und Geliebter, sondern als BeraterIn - zu
vereinbarten Terminen. Kommunizieren Sie das als Angebot, was die Ratsuchenden
annehmen können - oder auch nicht.

Bei Suizidgefahr, wenn Gefahr für das Leben des Klienten und/oder für andere gesehen
wird, sollte man beruhigend in Kontakt gehen und bleiben.

Es gibt dabei eine rechtliche und eine persönliche Verantwortung: gesetzlich ist
geregelt, dass jeder Bürger die Polizei einschalten sollte, wenn eine „unabwendbare
Gefahr“ für das Leben besteht.

Berater/innen müssen diese Gefahr einschätzen und dementsprechend aktiv werden
und die Polizei oder den sozialpsychiatrischen Dienst verständigen.

Diese „Last der Einschätzung“ kann niemand nehmen, da das Spannungsfeld bleibt:
Die Freiheit des Menschen ist ein hohes Gut und bei aller Fürsorge kann ich einen
Menschen langfristig nicht daran hindern, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen.

Suizidale Haltungen und Handlungen haben viele „depressive Anteile“:

Die Klienten fühlen sich nicht durchsetzungsfähig und nehmen eher die Opfer- oder
Verliererhaltung ein. Sie sind nicht unbedingt „krank“, sondern niedergeschlagen,
kraftlos und „lebensmüde“:

Sie brauchen Hilfe und Begleitung, ihre Ressourcen wieder zu finden und zu stärken.

Diese Ressourcen und Resilienzfaktoren fallen immer mehr weg, durch:

Weniger verlässliche Bindungen in nahen Beziehungen und im Dorfgefüge
Weniger Kirchengemeinschaft und damit weniger Kraft und Ermutigung aus dem Glauben

Weniger berufliche oder private Perspektiven: der traditionell „freie Bauer“ erlebt sich zunehmend als abhängig von Politik und Märkten.

Evt. Schwierige Kinder, Familiäre Konflikte zwischen den Generationen und/oder in der Ehe

Finanzielle Probleme

Für die Beratung ist es wichtig, den Menschen zuzuhören und ihnen zu signalisieren:

Ich begleite Sie und kann auch diese Schwere aushalten und mittragen.

Weiterhin sollte den Betroffenen ggf. klargemacht werden, dass es „Notwendig“ ist, weitere professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Dabei hat die letzte Verantwortung immer der Klient.

Das A und O für Berater/innen ist die eigene Weiterbildung und Psychohygiene, sie fördert die Resilienz! Diese Erfahrungen können für die Beratung genutzt werden, z.B. für den Perspektivwechsel: „Was hat Ihnen früher Freude gemacht? Was könnte Ihnen jetzt gut tun?“ Oder: „Angenommen, Sie würden aus Ihrem Sessel aufstehen und die Depression bliebe sitzen,

wie würden Sie sich dann fühlen....Und was würden Sie dann gerne tun?“

Hintergrund ist die Erfahrung, dass Menschen sich manchmal bewusst von ihrer Depression verabschieden müssen, damit sich die Trauer, die depressive Verstimmung nicht für immer in das Leben und Denken eines Menschen einnistet.

3. Teil: Zum Umgang mit Alkoholkranken in der Beratung

Zu diesem Aspekt referiert Fr. Martha Niemöller, Chefarztin der Suchtklinik der Niels-Stensen-Kliniken Bramsche. In ihrem engagierten Vortrag bezieht sie auch den Umgang mit den sog. „Co-Abhängigen“ ein und plädiert für eine wertschätzende Grundhaltung gegenüber Suchtkranken.

Gleich zu Beginn geht sie der Frage nach, worin denn die Motivation liegen könne, überhaupt zum Alkohol als „Helfer“ zu greifen? Der Griff zur Flasche diene aus Perspektive des Trinkenden zunächst einmal dem Gedanken der „Selbstheilung“, so Niemöller.

Untersuchungen zeigen, dass 80 % zum Alkohol greifen, um sich zu erleichtern, besser schlafen zu können, sich zu entspannen und sich wohler und angstfreier zu fühlen.

Ca 20 % werden durch Gewohnheits- und Gelegenheitstrinken zu Alkoholikern. Diese Zahlen sollten alarmieren, denn noch immer ist es „normal“, best. Anlässe zu begießen und z.B. die Pause bei bestimmten Berufsgruppen mit Schnäpsen einzuleiten.

Erschreckend sind auch die Trinkgewohnheiten Jugendlicher, welche vom Verführungs-trinken, über das gesellige „Vorglühen“ bis zum exzessiven Komasaufen reichen.

Dabei sind 4 Stufen der Suchtentstehung zu beschreiben, die vom

Genuss über den
Missbrauch in die
Gewohnheit bis in die
Abhängigkeit führen könne.

Die Suchterkrankung entwickelt sich nicht von heute auf morgen, sondern ist ein fließender, oft unbemerkter Prozess.

Sucht beinhaltet das Gefühl, von etwas nicht lassen können, an etwas zu kleben und ist zunächst eine Erkrankung der Seele, der Psyche und hat die gleiche Wurzel wie die Entstehung der Depressionen.

Weiterhin gibt es viele Erklärungsansätze, die Ursachen von Suchterkrankungen zu verstehen,

u.a. auch durch die genetische Veranlagung des Betroffenen.

Bei einem Suchtkranken verändern sich die körperlichen Prozesse so, dass die Betroffenen die Kontrolle verlieren. Alkohol ist ein zerstörerisches Zellgift, das tödlich ist.

Wesentliche Bedingungsfaktoren für die Suchterkrankung sind zum einen die Persönlichkeit, die jemand mitbringt und die Erfahrungen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens machen und verarbeiten muss.

So zeigen Untersuchungen, dass ca. 60 – 80 % der Suchtkranken missbraucht und/oder misshandelt wurden.

In ihrer Herkunftsfamilie konnten sie oft kein gesundes Selbstwertgefühl entwickeln und leiden oft als Erwachsene auch noch massiv unter Minderwertigkeitsgefühlen.

Es gibt zwar auch ein Suchtgen;- dieses ist aber völlig untergeordnet. Ggf. wirkt es eher wie eine „Schwachstelle“, wenn andere Faktoren dazukommen.

Grundsätzlich sind Männer öfter betroffen und Menschen, denen es schwer fällt, glücklich zu sein. Diese brauchen eben Stimuli, die sie anregen oder auch enthemmen.

Von wirklicher Abhängigkeit spricht man erst ab der Pubertät. Jede Form von Suchterkrankung braucht Hilfe von außen, da z.B. bei einem Alkoholabhängigen schon nach dem 1. Glas der Kontrollverlust einsetzt. Von Abhängigkeit wird gesprochen, wenn das Suchtverhalten zwanghaft wird und der Mensch sich wie fremdgesteuert fühlt. „Ich kann mich nicht beherrschen, der Alkohol beherrscht mich!“.

Auch die Hirnforschung belegt, dass es sich, - selbst bei nicht stoffgebundenen Süchten wie die Spielsucht- um Abhängigkeitserkrankungen handelt.

Wir haben in unserem Gehirn z.B. ein Sucht-, ein Schmerz-, ein Gewalt-....und ein Frustgedächtnis, das nicht löschar ist. Mit dem entsprechenden Suchtmittel (oder spezifischen Stimuli) wird es sofort aktiviert und der Kontrollverlust setzt ein.

Suchtkranke brauchen - neben der Entgiftung- v.a. klare Strukturen. In dem qualifizierten Entzug in der Niels-Stensen-Klinik in Bramsche leben die Patienten nach einem Stundenplan, der neben der Psychotherapie auch Körpertherapie und Freizeitmöglichkeiten bietet, um den ganzen Menschen mit all seinen Sinnen anzusprechen. Sie dürfen eine neue Lebensqualität erfahren, die „Geschmack“ auf abstinentes Leben macht.

Daher ist die Entgiftung in Bramsche immer kombiniert mit Psychotherapie, zumal das Risiko bei einer körperlichen Entgiftung zu sterben, bei ca. 20 % liegt.

Suchtverhalten ist auch immer Ausdruck einer Beziehungsstörung, - die Betroffenen fühlen sich unzufrieden und unfrei.

Die Identität eines Menschen kann man sich als ein Gebilde auf Säulen vorstellen: die Säulen der Gesundheit, der sozialen Kontakte, der Freizeit, der persönlichen Werte und Sicherheiten und die der Arbeit. Wenn eine oder mehrere Säulen einbrechen, - z.B. durch Arbeitsplatzverlust oder persönliche Krisen, dann sind Suchtkranke rückfallgefährdet.

Ein Rückfall ist kein Versagen, sondern ein Symptom der Erkrankung! - so Niemöller. Wichtig ist, dass die Betroffenen über ihre Gefühle, ihre Ängste reden und neue Strategien entwickeln mit ihren Problemen umzugehen.

Gerade im Übergang nach der Therapie sind die Erkrankten durch bestimmte Schlüsselreize besonders gefährdet, z.B. bei der traditionellen Kegelfahrt oder auch in sehr einsamen Situationen. Erst nach zwei Jahren spricht man von einer gewissen „stabilen Abstinenz“, vorher „schreien die Rezeptoren im Körper nach ihrem Suchtmittel“ beschreibt die Referentin eindrucksvoll die Sucht.

Für Betroffene und ihre Angehörige ist es wichtig, die persönlichen Schlüsselreize zu kennen, um ihnen nicht zu verfallen.

Dabei spielen auch die Angehörigen, die ein Co-Verhalten entwickelt haben, eine wichtige Rolle, da sie ein Teil des Suchtsystems sind.

Co- abhängig wird nach Niemöller in der Regel das gesamte Umfeld, auch der Hausarzt, der immer wieder krankschreibt, fördert das Suchtverhalten und blockiert damit den Gesundungsweg. Genauso die Ehefrau, die ihren Ehemann immer wieder beim Arbeitgeber oder den Nachbarn entschuldigt, oder die Mutter, die ihren Kindern gegenüber das Verhalten ihres Vaters vertuscht, ausgleicht und erklärt, dass „Papa es ja alles nicht so meint.“

Letztlich werden die Betroffenen damit klein gehalten, da sie nicht in die Verantwortung für ihr Trinkverhalten genommen werden. Die Alkoholerkrankung wird zum Familiengeheimnis, das die Familie nach außen hin verleugnet.

Oft wird die Problematik auch lange nach innen verleugnet und die Realität nicht wahrgenommen;- z.B. wenn die Frau heimlich die Flaschen ihres Mannes entsorgt und ihn immer wieder entschuldigt, weil er doch eigentlich so ein lieber und herzenguter Mann ist.

Co-Abhängige wollen helfen und übernehmen dabei zu viel Verantwortung. Sie kommen damit ebenfalls in ein abhängiges Verhalten, welches sie nicht mehr kontrollieren können.

Co-Abhängige brauchen auch eine Therapie und müssen lernen, ihre Co-Abhängigkeit loszulassen und die Verantwortung da zu lassen, wo sie hingehört. Erst dann können sich die Beziehungen wieder normalisieren und auch die Kinder dürfen ihren Gefühlen von Wut, Trauer und Scham Ausdruck verleihen. So kann die Familie nach und nach wieder eine Balance herstellen, die tragfähig ist.

Die LFB kann diese familiären Prozesse Ressourcen orientiert begleiten, niemals aber eine Therapie ersetzen.

Autorin:

Helga Rolfes, Systemische Familienberaterin, Supervisorin und Organisationberaterin (DGSv)