GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Zurück in den Alltag : Mütter nach Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit

Gavez, Silvia; Keller, Samuel; Beck, Trudi

2017

https://doi.org/10.25595/1305

Veröffentlichungsversion / published version
Buch / book

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Gavez, Silvia; Keller, Samuel; Beck, Trudi: *Zurück in den Alltag : Mütter nach Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit*. Opladen: Budrich UniPress, 2017. DOI: https://doi.org/10.25595/1305.

Diese Publikation wird zur Verfügung gestellt in Kooperation mit dem Verlag Barbara Budrich.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: https://doi.org/10.3224/86388728

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Silvia Gavez
Samuel Keller
Trudi Beck

Budrich UniPress

Zurück in den Alltag – Mütter nach Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit

Silvia Gavez • Samuel Keller • Trudi Beck

Zurück in den Alltag – Mütter nach Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit

Silvia Gavez
Samuel Keller
Trudi Beck

Zurück in den Alltag – Mütter nach Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit

Budrich UniPress Ltd.
Opladen • Berlin • Toronto 2017

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Diese Studie wurde gefördert vom Schweizerischen Nationalfonds.

© 2017 Dieses Werk ist bei Budrich UniPress erschienen und steht unter folgender Creative
Commons Lizenz: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de/
Verbreitung, Speicherung und Vervielfältigung erlaubt, kommerzielle Nutzung und Veränderung nur mit Genehmigung des Verlags Budrich UniPress.

Dieses Buch steht im OpenAccess Bereich der Verlagsseite zum kostenlosen Download bereit (https://doi.org/10.3224/86388728)
Eine kostenpflichtige Druckversion (Printing on Demand) kann über den Verlag bezogen werden. Die Seitenzahlen in der Druck- und Onlineversion sind identisch.

ISBN 978-3-86388-728-5 (Paperback)
eISBN 978-3-86388-292-1 (eBook)
DOI 10.3224/86388728

Umschlaggestaltung: Bettina Lehfeldt, Kleinmachnow – www.lehfeldtgraphic.de
Typografisches Lektorat: Ulrike Weingärtner, Gründau – info@textakzente.de
Verlag Budrich UniPress Ltd.
http://www.budrich-verlag.de

Geleitwort

Bislang ist wenig darüber bekannt, wie der Alltag von Müttern nach Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit aussieht. Um die speziellen Probleme von alkoholabhängigen Frauen mit Kindern zu untersuchen, wurde die vorliegende Studie vom ehemaligen Chefarzt der Forel Klinik, Dr. Thomas Meyer und dem ehemaligen Leiter Forschung, Dr. Peter Eggli in Kooperation mit dem Departement für Soziale Arbeit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) initiiert.

Die Studie zeigt das Spannungsfeld von Müttern nach Entwöhnungsbehandlung auf, welches sich insbesondere aus der eigenen Entwicklung, der wahrgenommenen Rolle als Frau und Mutter und der Beziehung zum Kind ergeben. Deutlich wird auch, dass Kinder einerseits eine wichtige Motivation sind, um Suchtprobleme anzugehen. Anderseits ergeben sich vor allem für Mütter zusätzliche Belastungen aus der Elternschaft.

Die in der Studie identifizierten Belastungen decken sich weitgehend mit unseren therapeutischen Erfahrungen. Viele unserer Patientinnen mit Kindern erleben sich in ihrer Rolle als Mutter durch ihr Alkoholproblem beeinträchtigt. Diese zusätzliche Belastungsdimension wird oftmals durch Reaktionen und Äußerungen des sozialen Umfelds verstärkt. Schuld- und Versagensgefühle sowie eine fehlende Kinderbetreuung lassen Mütter oft zu lange warten, bevor sie Hilfe suchen. Aber auch die Ängste der Mütter, das Sorgerecht zu verlieren, spielen eine Rolle. Nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung fällt es dann oftmals schwer, die Beziehung zu den Kindern neu zu gestalten. Der Wiederaufbau von Vertrauen zwischen Patientinnen und Umfeld wird aufgrund von Vorurteilen und der oftmals erfahrenen Stigmatisierung von Alkoholproblemen zusätzlich erschwert.

Die Forel Klinik bietet eine Reihe therapeutischer Hilfestellungen an, die speziell frauen- und elternspezifische Belastungen aufgreifen. Künftig soll dieses Angebot – auch aufgrund der Studienergebnisse – weiter ausgebaut und die Schnittstellen zur Nachbetreuung verbessert werden. Auch die Nutzung therapeutischer Module zur Veränderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung alkoholabhängiger Patienten und Patientinnen unter Einbeziehung

der Angehörigen kann zur Auflösung des aufgezeigten Spannungsfeldes beitragen. Dabei sollen neben Müttern auch Väter mit Suchtproblemen in der Wahrnehmung ihrer Rollen in Familie und Partnerschaft unterstützt werden.

Anne Keller,
Chefärztin, Forel Klinik

Vorwort und Danksagung

In dieser Publikation sind die Ergebnisse unserer Studie „Zurück in den Alltag – Mütter nach Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit“ dargestellt. Die Studie wurde an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW in Kooperation mit der Forel Klinik durchgeführt und durch den Schweizerischen Nationalfonds (Verfügung 13DPD3_126870 / 1) finanziert. Dank der Unterstützung verschiedener Personen konnte die Studie erfolgreich durchgeführt werden.

Der größte Dank geht an die 15 Patientinnen, die sich bereit erklärt hatten, über ihre Erfahrungen in der Klinik zu sprechen sowie ein halbes Jahr später von ihrem Alltag zu berichten. Wir haben uns sehr darüber gefreut, dass 14 der 15 Patientinnen, die sich für das erste Interview zur Verfügung gestellt hatten, sich auch ein halbes Jahr später interviewen ließen.

Ohne das Interesse von Dr. Thomas Meyer, dem ehemaligen Direktor und Chefarzt der Forel Klinik, sowie Dr. Peter Eggli, dem ehemaligen Leiter Wissenschaft und Diagnostik an der Forel Klinik, wäre diese Studie nicht zustande gekommen. Ihnen sei herzlich gedankt. Von den Mitarbeitenden der Forel Klinik danken wir herzlich Sonja Stutz, die die Patientinnen rekrutiert hatte und auf alle unsere Anliegen einging. Ein herzliches Dankeschön auch an Dr. Susanne Rösner, Ansprechpartnerin der Forel Klinik, für ihr Interesse und ihre Unterstützung. Auch allen weiteren Mitarbeitenden sei für das Interesse und die Mithilfe, sei dies in Ellikon an der Thur oder in Zürich, gedankt.

Für den steten Austausch mit Fachkräften aus Praxis und Forschung wurde ein wissenschaftlicher Beirat einberufen. Durch den Austausch erhielten wir hilfreiche und wertvolle Inputs zum Verlauf der Studie. Im Beirat vertreten waren Prof. Dr. Peter Rieker, Barbara Willimann, Dr. Nadja Ramsauer, Prof. Dr. Anna Maria Riedi, Dr. Heike Schwemmer, Sonja Stutz und Dr. Susanne Rösner. Auch ihnen sei herzlich gedankt.

Wir danken den engagierten Mitarbeitenden, die mit ihrem Wissen und Können die Auswertungsergebnisse mitgeprägt haben. Dies sind Clara Bom-

bach, Milena Gehrig, Franziska Widmer, Dr. Emanuela Chiapparini und Vera Bäriswyl.

Ein besonderer Dank geht auch an Prof. Dr. Thomas Gabriel, Leiter des Instituts für Kindheit, Jugend und Familie, ZHAW Soziale Arbeit, für die Projektverantwortung sowie fachliche Begleitung. Prof. Dr. Monika Götzö, Leiterin des Instituts Vielfalt und gesellschaftliche Teilhabe, ZHAW Soziale Arbeit, danken wir für die Unterstützung bei der Publikation.

Last but not least: Der Verlag Barbara Budrich ermöglichte die Veröffentlichung der Ergebnisse als Open Access (englisch für offener Zugang). Den Mitarbeiterinnen des Verlags danken wir herzlich für die freundliche und reibungslose Zusammenarbeit.

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort **5**

Vorwort und Danksagung **7**

Inhaltsverzeichnis **9**

1 Einleitung **13**

2 Vom genussvollen zum missbräuchlichen Konsum **17**

3 Alkoholabhängigkeit **23**
3.1 Definition 24
3.2 Physiologische Wirkung von Alkohol und Abhängigkeitspotenzial 25
3.3 Folgen des Alkoholkonsums 27
3.4 Behandlung der Alkoholabhängigkeit 28
3.5 Nach der Behandlung 30
3.6 Geschlechtsspezifische Unterschiede 31

4 Alkoholabhängigkeit bei Frauen **35**
4.1 Gesellschaftliche Erwartungen 35
4.2 Soziale Beziehungen 37
4.3 Mutterschaft 38

5 Kinder aus alkoholbelasteten Familien **41**
5.1 Fetales Alkoholsyndrom 41
5.2 Familiäre Erfahrungen 43

5.3 Körperliche und seelische Gewalt in der Familie 43
5.4 Exposition gegenüber dem elterlichen Trinken und Folgen..... 44

6 Methodisches Vorgehen..... 47
6.1 Forschungsfragen..... 47
6.2 Zugang zum Feld und Sample..... 48
6.3 Interviews mit den Patientinnen..... 49
6.4 Interviews mit den in die Nachsorge involvierten Fachkräften..... 50
6.5 Aufbereitung und Auswertung der Daten 51
6.6 Datenschutz..... 52
6.7 Stärken und Schwächen der Studie..... 53

7 Der neue Alltag: Ergebnisse der Interviews mit den Patientinnen..... 55
7.1 Beschreibung der Patientinnen..... 55
7.2 Drei zentrale Herausforderungen nach dem Klinikaufenthalt..... 65
7.2.1 Herausforderung 1: Positionierung als Frau und Mutter im sozialen Umfeld..... 68
7.2.2 Herausforderung 2: Beziehung zu den Kindern..... 77
7.2.3 Herausforderung 3: Entwicklung und Veränderungen 82
7.3 Die Wege zur ganzheitlichen Balance – Was die Verläufe prägt..... 87
7.4 Ein halbes Jahr später: Der Umgang mit den Herausforderungen 92
7.4.1 Bewältigung: Positionierung als Frau und Mutter im sozialen Umfeld..... 92
7.4.2 Bewältigung: Beziehung zu den Kindern 100
7.4.3 Bewältigung: Entwicklung und Veränderungen..... 108
7.5 Der Verlauf der Erkrankung..... 115
7.5.1 Vier Verläufe..... 120
7.5.2 Zwei kontrastive Fallbeispiele..... 121

8 Ergebnisse der Befragung der Fachkräfte 127
8.1 Beschreibung der involvierten Fachkräfte und die Inanspruchnahme durch die Patientinnen 127
8.2 Themen in der Beratung 128
8.3 Illustration anhand von zwei Beispielen 130

9 Diskussion und Empfehlungen für die Praxis 135
9.1 Zusammenfassung der Ergebnisse 136
9.2 Diskussion 140
9.3 Empfehlungen für die Praxis 143

Literaturverzeichnis 151

1 Einleitung

Die Forel Klinik ist schweizweit die führende Suchtfachklinik und bietet Behandlungen für alkohol-, medikamenten- und tabakabhängige Frauen und Männer an. Neben einem breiten Therapieangebot werden im Fachbereich Forschung und Diagnostik verschiedene Themen untersucht, wie beispielsweise der Verlauf einer Alkoholabhängigkeit. Aus Befragungen zu nachstationären Verläufen bei Patientinnen und Patienten der Forel Klinik geht hervor, dass Frauen nach dem Verlassen der Klinik insgesamt mehr trinken als Männer (Sieber, Hasenfratz, Meyer 2002: 60) . Zudem hängt es davon ab, ob die Personen mit Kindern zusammenleben oder nicht. Diesbezüglich stellt Fehr (2004: 34) einen Geschlechtsunterschied fest. Frauen, die bei der Nachbefragung mit Kindern zusammenleben, werden eher rückfällig als Frauen, die ohne Kinder leben. Bei den Männern verhält es sich umgekehrt. Männer, die mit ihren Kindern im gleichen Haushalt leben, haben eine höhere Abstinenzrate als Männer ohne Kinder.

Ausgehend von diesen Resultaten wollten wir eruieren, wie alkoholabhängige Mütter ihren Alltag mit den Kindern bewältigen. Dabei legten wir den Fokus auf das Zusammenleben mit minderjährigen Kindern und gingen der Frage nach, welche Bedeutung die Kinder im Leben dieser Mütter haben. In Kooperation mit der Forel Klinik führten wir mit 15 Patientinnen sowie mit 4 Fachkräften qualitative Interviews durch. Von den Patientinnen befragten wir 14 zweimal: das erste Mal kurz vor dem Ende der Behandlung und das zweite Mal ein halbes Jahr später. Dabei stellten wir die subjektiven Perspektiven der Patientinnen beim Übergang vom klinischen in den nichtklinischen Alltag in den Vordergrund, ganz im Sinne Goffmans (1973), der in seiner Sensibilität für stigmatisierende Zuschreibungen davon ausgeht, „daß jede Gruppe von Menschen – Gefangene, Primitive, Piloten oder Patienten – ein eigenes Leben entwickelt, welches sinnvoll, vernünftig und normal erscheint, sobald man es aus der Nähe betrachtet“ (ebd.: 7). Goffman ist sich bewusst, dass man mit einem Forschungsfokus beispielsweise auf die Situation psychiatrischer Patienten und Patientinnen stets auch deren Partei – und nicht etwa diejenige der Medizin, der Justiz oder gesellschaftlicher Normen –

ergreife: „Um diese meine Befangenheit zu rechtfertigen, möchte ich geltend machen, dass ich zumindest die ‚richtige' Seite überbetone, denn fast die gesamte wissenschaftliche Literatur über Geisteskranke wurde vom Standpunkt des Psychiaters aus verfasst, und dieser vertritt in sozialer Hinsicht die andere Seite" (ebd.: 8). Die Berücksichtigung der Perspektive dieser Patientinnen in einem explorativen und qualitativen Studiendesign war notwendig, um den Alltag der Mütter mit den Kindern zu verstehen.

Um wie viele Patientinnen handelt es sich eigentlich, die sich wegen ihrer Alkoholabhängigkeit stationär behandeln lassen und mit ihren Kindern wohnen? Zahlen dazu liefern die Erhebungen im stationären Alkohol- und Medikamentenbereich in der Schweiz, die im Jahr 2014 auf Angaben von Klienten und Klientinnen aus 16 teilnehmenden Institutionen beruhen. Daraus geht unter anderem hervor, dass von den 231 alkoholabhängigen Müttern 40 Prozent (n=93) mit ihren Kindern wohnen (Delgrande Jordan 2015: 14). Bei den Vätern beträgt dieser Anteil knapp 25 Prozent (n=107). Vergleicht man diese Zahlen mit denen der Forel Klinik, lässt sich feststellen, dass die Größenverhältnisse ähnlich sind. Dies geht aus einer unveröffentlichten Auswertung der act-info-Daten[1] der Forel Klinik hervor. Hier ließen sich im Jahr 2014 insgesamt 387 Patientinnen und Patienten stationär behandeln. Knapp ein Drittel waren Frauen (n=118; 30,5 Prozent). Von den 67 alkoholabhängigen Müttern wohnten 27 mit ihren Kindern. Dies entspricht einem Anteil von 40 Prozent. Bei den Männern ist dieser Anteil etwas geringer: Von den 125 alkoholabhängigen Vätern lebten 30 Prozent (n=38) mit ihren Kindern zusammen.

Diese Zahlen erlauben eine Schätzung darüber, wie viele Patientinnen, die sich wegen ihrer Alkoholabhängigkeit stationär behandeln lassen, gemeinsam mit ihren Kindern wohnen. Jedoch ist weder aus den Erhebungen im stationären Alkohol- und Medikamentenbereich in der Schweiz noch aus den internen Auswertungen der Forel Klinik das Alter der Kinder ersichtlich. In unserer Studie hatten die teilnehmenden Patientinnen minderjährige Kinder. Dies ist ein wichtiges Kriterium, weil die soziale Situation durch das Zusammenleben mit minderjährigen Kindern im Vergleich zu erwachsenen Kindern anders ist.

1 Vgl. http://www.suchtschweiz.ch/forschung/act-info-residalc/ [zuletzt am 29.8.2016].

In dieser Publikation werden die Ergebnisse unserer Studie „Zurück in den Alltag – Mütter nach Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit“ vorgestellt. Das Buch gliedert sich wie folgt: Im zweiten Kapitel zeigen wir auf, wie aus einem genussvollen ein missbräuchlicher Konsum wird. Dabei greifen wir auf das interaktionistische Gesundheitsverständnis von Hurrelmann und Bründel sowie auf das Dreiecksschema (Soyka, Küfner 2008: 21) zurück. Die Alkoholabhängigkeit ist Thema des dritten Kapitels. Neben der Entwicklung, der Definition, den Folgen, der Behandlung einer Alkoholabhängigkeit gehen wir auf Rückfälle sowie auf geschlechtsspezifische Unterschiede ein.

In Kapitel 4 werden empirische Befunde zum Thema Alkoholabhängigkeit bei Frauen dargestellt. Dabei wird näher auf gesellschaftliche Erwartungen, soziale Beziehungen sowie auf die Mutterschaft eingegangen. Neben der Perspektive von Müttern greifen wir jene der Kinder auf. Eine elterliche Suchtmittelabhängigkeit gilt als ein Risikofaktor für eine gesunde psychische Entwicklung von Kindern. Risiken und Erfahrungen von Kindern aus alkoholbelasteten Familien werden in Kapitel 5 dargestellt.

In Kapitel 6 wird das methodische Vorgehen unserer Studie näher erläutert. Wir zeigen auf, welche Fragen wir mit der Studie verfolgen, wie der Zugang zu den Patientinnen und Fachkräften sichergestellt wurde, wie die Daten erhoben und ausgewertet wurden. Kapitel 7 berichtet anschließend von den Ergebnissen aus den Interviews mit den Patientinnen: Es werden die befragten Patientinnen beschrieben, drei aus den Analysen eruierte Herausforderungen vorgestellt, außerdem soll der Umgang mit diesen Herausforderungen aufgezeigt sowie theoretisch gerahmt und erklärt werden. Weiter werden die fallübergreifenden Verläufe charakterisiert und zwei davon anhand von Fallbeispielen veranschaulicht. Die Ergebnisse der Befragung der vier Fachkräfte sind in Kapitel 8 aufgeführt. Hierbei wird unter anderem exemplarisch aufgezeigt, wie man Belastungen konstruktiv bewältigen könnte.

Abschließend werden im neunten Kapitel die Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert sowie Empfehlungen für die Praxis formuliert.

2 Vom genussvollen zum missbräuchlichen Konsum

Die große Mehrheit der Schweizer Bevölkerung trinkt Alkohol bei alltäglichen Gelegenheiten. Wein, Bier, Spirituosen oder Cocktails genießen die Schweizerinnen und Schweizer bei einer Feier, einem Festessen oder gemütlichen Zusammensein. Die meisten trinken Alkohol in einem Ausmaß, der für die Gesundheit unbedenklich ist. Aber ungefähr jede fünfte Person übertreibt es manchmal oder immer wieder (Bundesamt für Gesundheit, o.J.). So geht aus den Ergebnissen des Suchtmonitoring Schweiz (Gmel, Kuendig, Notari, Gmel 2015: 21) hervor, dass im Jahr 2014 22 Prozent der Bevölkerung mindestens einmal pro Monat risikoreich konsumierten. Das heißt, dass von diesen jede Frau vier Standardgetränke[2] nacheinander zu sich nahm, während es bei den Männern fünf waren. Zudem konsumierten 4,2 Prozent so viel Alkohol, dass sie sich gesundheitlich schadeten: Das bedeutet, dass Frauen im Durchschnitt täglich zwei und Männer vier Standardgläser tranken, was einem chronisch risikoreichen Konsum entspricht.

Ab wann wird der Genuss von Alkohol zur Sucht? Der Übergang vom genussvollen zum unkontrollierten Trinken beginnt schleichend und dauert oft Jahre (Soyka 2009: 18f.). Während es am Anfang nur ein leichtes Bedürfnis ist, ein Bier vor dem Einschlafen zu trinken, kann sich mit der Zeit ein starkes Verlangen nach Alkohol entwickeln. Bei der betroffenen Person verstärkt sich der innere Drang zum Trinken vor allem in Problemsituationen immer mehr. Damit gehen ein häufiger und exzessiver Konsum von Alkohol sowie eine verminderte Kontrolle über das Trinken einher.

Wie kann es nun dazu kommen, dass ein unbedenklicher Konsum bedenklich wird oder man sogar davon abhängig wird? Um diese Frage zu beantworten, greifen wir auf das Gesundheitsverständnis von Hurrelmann (1994) zurück und zeigen, dass Alkohol zum Erhalt der Gesundheit beitragen kann. Gleichzeitig birgt er aber die Gefahr, zum Risikofaktor für die Gesundheit zu werden. Um dies zu erklären, lehnen wir uns an die Überlegungen

2 Ein Standardgetränk entspricht einem kleinen Glas Bier, einem Deziliter Wein, einer Flasche Alkopops, einem Aperitif, einem Gläschen Schnaps etc.

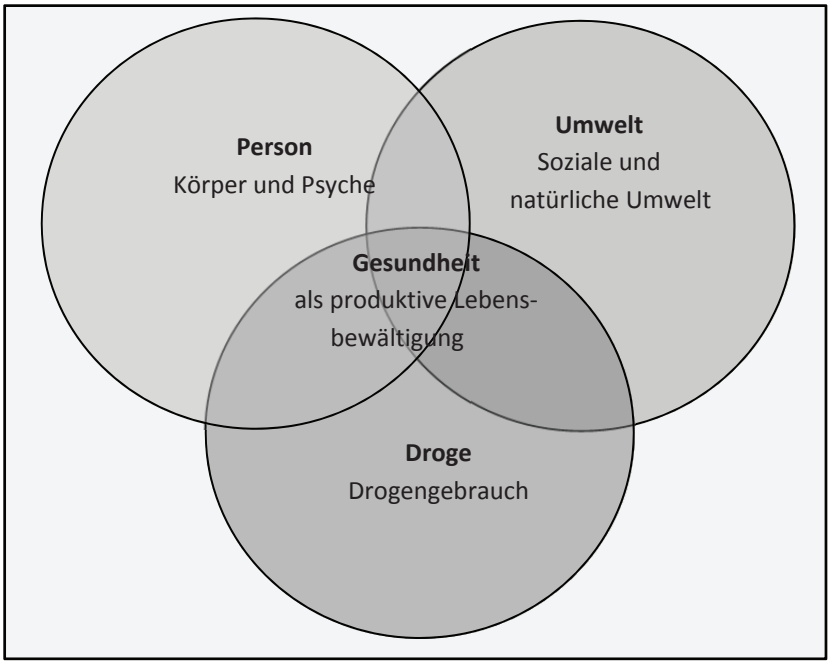
zum Zusammenhang von Gesundheit und Drogengebrauch von Hurrelmann und Bründel (1997) an. Und mögliche Ursachen einer Abhängigkeit werden anhand des Dreiecksschemas (Soyka, Küfner: 2008) der Drogenabhängigkeit verdeutlicht.

Hurrelmann (1994: 16f.) geht von einem Gesundheitsbegriff aus, der sich an der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO orientiert. Dabei wird das Wohlbefinden in allen Dimensionen des täglichen Lebens verankert, wobei die Selbstverantwortung und Selbstbestimmung als wichtige Bestandteile der gesunden Persönlichkeitsentwicklung erachtet werden. Dementsprechend definiert Hurrelmann (1994: 16f.) Gesundheit als „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet.“ Demnach setzt sich Gesundheit aus physischen, psychischen und sozialen Anteilen zusammen, die sich wechselseitig beeinflussen. Gesundheit ist dabei kein passiv erlebter Zustand des Wohlbefindens, sondern muss immer wieder erneut hergestellt werden. Hierbei spricht Hurrelmann von einem Balancezustand. Dieser kann nur erreicht werden, wenn ein Individuum die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes anpassen, die individuelle Selbstbestimmung sichern kann und sozial integriert ist.

Welche Rolle spielt nun der Konsum von Alkohol für diese Gesundheitsbalance? Gemäß Hurrelmann und Bründel (1997: 7ff.) ist der Gebrauch von Drogen[3] in diese Balance einbezogen. Denn er ist als Teil des Prozesses der Gesundheitsbalance zu verstehen, insofern er zu den körperlich-seelischen und den sozial-ökologischen Lebensbedingungen gehört. Als Bestandteil der körperlichen, psychischen, sozialen und ökologischen Faktoren bestimmen Drogen das menschliche Leben. Dies geht aus Abbildung 1 hervor.

3 Alkohol gilt als legale Droge.

Abbildung 1: Die Rolle des Drogenkonsums als Medium zur Herstellung der Gesundheitsbalance

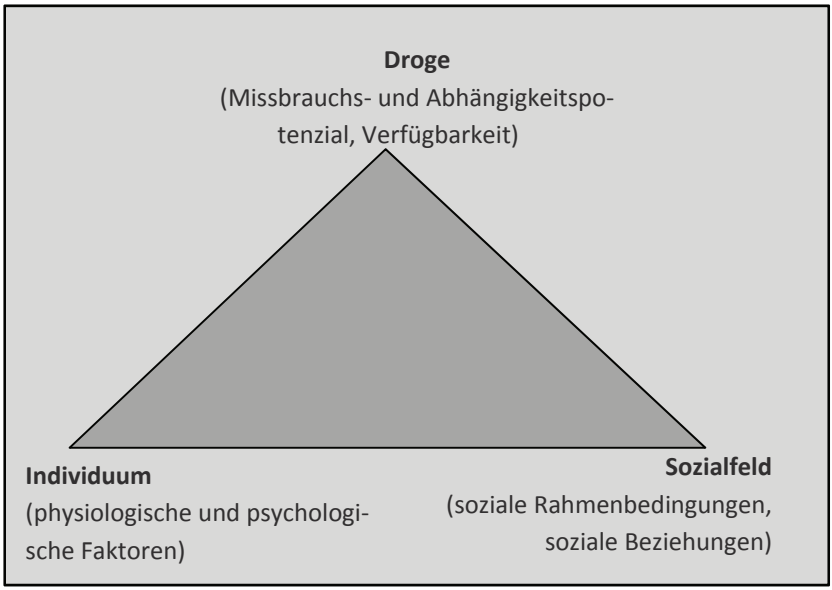


Quelle: Hurrelmann und Bründel (1997: 8)

Faktoren der Person sind beispielsweise die Veranlagung, Wünsche und Bedürfnisse oder das Selbstwertgefühl, in der Umwelt können sie in Bezug auf die Familie, Freunde und Freundinnen, den Beruf, die Wohnumwelt und in Bezug auf ökologische Bedingungen gesehen werden. Der Drogengebrauch kann dabei als Stabilisierung, Beruhigung, Selbstheilung und Stärkung der Bewältigungskapazitäten verstanden werden. Ein gemäßigter und kontrollierter Konsum trägt damit zur Erhöhung und Stabilisierung der Gesundheitsbalance bei. Die Gesundheitsbalance kann aber nur so lange aufrechterhalten bleiben, wie eine körperliche und psychische Kontrolle des Drogenkonsums möglich ist. Kann der Konsum von Alkohol nicht mehr kontrolliert werden, ist dies Ausdruck einer zumindest problematischen Form der Lebensbewältigung. Der Alkohol wird zum Problem und damit zur gesundheitlichen Belastung.

Hurrelmann und Bründel (1997: 21) verstehen die Abhängigkeit von Drogen nicht als individuelles Problem. Neben persönlichen Merkmalen sowie den spezifischen Wirkungen einer Substanz spielen auch die sozialen Bedingungen eine wesentliche Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Sucht. Diese drei Merkmale, die in jeweils unterschiedlichem Ausmaß und in Wechselbeziehung zueinander wirksam werden, sind bereits von Feuerlein (1969) sowie Kielholz und Ladewig (1972) beschrieben. In diesem sogenannten multifaktoriellen Modell lassen sich mögliche Ursachen einer Abhängigkeit anhand eines Dreiecks wie folgt darstellen:

Abbildung 2: Dreiecksschema für Bedingungsfaktoren der Drogenabhängigkeit



Quelle: Soyka und Küfner (2008: 21)

Kein einzelnes Merkmal allein löst die Entwicklung einer Sucht aus, vielmehr geschieht dies in einem dynamischen Wechselspiel mit den anderen Merkmalen. Die drei Merkmale werden im Einzelnen näher beschrieben.

Die spezifische Wirkung des Alkohols: Alkohol zeichnet sich durch eine Vielfalt in seiner Verwendung und Wirkung aus: als Nahrungsmittel, Genussmittel, Rauschmittel oder Gift (Soyka 2009: 78ff.). Zahlreiche Menschen genießen alkoholische Getränke nicht nur wegen des guten Geschmacks, sondern auch ihrer psychischen Wirkung wegen. In kleinen Mengen kann Alkohol helfen, die Stimmung zu verbessern oder Ängste und Spannungen zu mindern. Genau darin liegt die Gefahr des Alkohols. Denn seine antriebssteigernde und entspannende Wirkung trägt zur Suchtentstehung bei.

Das Individuum: Gemäß Feuerlein (2005: 42) zeichnen sich die spezifischen Eigenschaften des Individuums durch seine biologischen und psychischen Faktoren aus, die reifungs- und alterungsbedingten Veränderungen unterliegen. Eine Alkoholabhängigkeit kann dabei Persönlichkeitsmerkmale verändern. Bei einem frühen Beginn problematischen Trinkens kommt es im Vergleich zu einem späteren Beginn rascher zur Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Gemäß Tretter (2012a: 12f.) haben manche Menschen, beispielsweise depressive und ängstliche, ein persönlich hohes Suchtrisiko. Für die Entwicklung einer Abhängigkeit spielen zudem die individuellen Risiko- und Schutzfaktoren eine entscheidende Rolle. So kann ein stabiles soziales Umfeld einer Suchtentwicklung entgegenwirken (ebd.).

Das soziale Umfeld: Laut Feuerlein (2005: 45ff.) zählen dazu neben allgemeinen soziokulturellen und sozioökonomischen Einflüssen auch die Familie, Freunde und Freundinnen sowie die Berufs- und Arbeitssituation. Der Konsum von Alkohol ist in unserer mitteleuropäischen Gesellschaft historisch verankert und breit akzeptiert. Dabei stellen Normen, Werte, Traditionen Rahmenbedingungen dar, die den individuellen Alkoholkonsum modifizieren, begünstigen oder auch einschränken. Für die ersten Erfahrungen mit dem Konsum von Alkohol sind das Trinkverhalten der Eltern und später das der Gleichaltrigen bedeutend. Das Verhalten der gleichaltrigen Jugendlichen hat auch über die ersten Trinkerfahrungen Einfluss auf das Konsumverhalten. In manchen Berufsgruppen ist das Risiko für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit erhöht; beispielsweise in Berufen, die mit der Produktion oder dem Vertrieb alkoholischer Getränke zu tun haben, oder in der Bau- und Metallbranche. Auch spezifische Belastungen in der Arbeitswelt gehen mit einem höheren Suchtrisiko einher, wie unter anderem Schichtarbeit, sozioemotionaler Druck durch Kontrolle, Konkurrenz oder Eintönigkeit. Weitere

andere soziale Faktoren können die Entstehung oder Aufrechterhaltung der Sucht beeinflussen. Darunter zählen die finanzielle Situation oder Wohnungslosigkeit (ebd.).

3 Alkoholabhängigkeit

„Jedes menschliche Verhalten kann süchtig entgleisen.“ Diesem Zitat von Tretter (2012b: 3) zufolge kann jedes Verhalten ein Ausmaß annehmen, das der Gesundheit schadet. In diesem Kapitel wird zuerst dargelegt, wie sich eine Alkoholabhängigkeit entwickelt. Jellinek (1951, zit. nach Soyka 2009: 23ff.) unterscheidet hierbei vier Phasen. Danach wird auf die Definition näher eingegangen und die Wirkung von Alkohol sowie die Folgen einer Abhängigkeit werden dargelegt. Weiter schließen sich Ausführungen an zur Behandlung der Abhängigkeit, zur Zeit danach sowie zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden.

Gemäß Jellinek (ebd.) sind es folgende Phasen, die die Entwicklung einer Abhängigkeit in ihrem zeitlichen Ablauf kennzeichnen: die voralkoholische Phase, die Anfangsphase, die kritische Phase und die chronische Phase. Dabei ist es individuell unterschiedlich, ob es zu einer chronischen Erkrankung kommt und wie lange die einzelnen Phasen dauern.

Die voralkoholische Phase bezeichnet den in unserer Kultur gesellschaftlich verankerten Konsum von Alkohol. Zu diversen Gelegenheiten wie beim Essen oder bei einem Fest wird Alkohol genossen. Die meisten Menschen verbleiben ständig in dieser Phase des gesellschaftlichen Trinkens. Einige wenige Menschen jedoch trinken häufiger und mehr als andere. Dabei beginnen sie, Alkohol auch seiner Wirkung wegen zu trinken, indem er beispielsweise Erleichterung verschafft oder ein Gefühl der Stärke vortäuscht. Damit ist der Weg in die nächste Phase, die Anfangsphase beschritten. Die ersten beiden Phasen werden dabei oft weder von der betroffenen Person noch von den Angehörigen richtig wahrgenommen und erkannt.

Der Schritt in die Abhängigkeit vollzieht sich in der Anfangsphase. In dieser Zeit kann die betroffene Person beim Trinken Gedächtnislücken erleben. Die Gedanken kreisen fast ständig um den Alkohol, und es werden Gelegenheiten gesucht, um Alkohol ohne das Wissen von nahestehenden Personen zu trinken. Gewissensbisse wegen des zunehmenden Konsums führen zu Verunsicherungen und steigern den Konsum weiter. Die betroffene Person beginnt allmählich die Kontrolle zu verlieren.

Anschließend folgt die kritische Phase mit den folgenden typischen Charakteristika: Versuche, das eigene Trinken zu rechtfertigen, ein wachsendes Desinteresse an Freizeitbeschäftigungen, Streit in der Familie und Konflikte am Arbeitsplatz bis hin zum Verlust der Arbeit. Auch Freunde und Freundinnen ziehen sich in der Folge immer mehr zurück, und die alkoholabhängige Person isoliert sich zunehmend. Sie beginnt bereits regelmäßig am Vormittag zu trinken. Beim Absetzen des Alkohols treten Entzugserscheinungen auf und damit ist die betroffene Person körperlich abhängig.

In der chronischen Phase befinden sich die betroffenen Personen in Rauschzuständen, die oft tagelang andauern. Der Konsum verursacht organische Schädigungen des Gehirns, die sich in deutlichen Gedächtnisstörungen und einer Veränderung der Persönlichkeit zeigen. Zudem tritt ein Toleranzbruch ein. Die abhängige Person benötigt nur noch geringe Mengen Alkohol, um so betrunken zu sein, wie sie es vorher mit großen Mengen war. In diesem fortgeschrittenen Stadium sind die Abhängigen meist nicht mehr arbeitsfähig.

3.1 Definition

In diesem Abschnitt wird dargestellt, was unter dem Begriff Abhängigkeit verstanden wird. Die beiden Begriffe Sucht bzw. Abhängigkeit werden synonym verwendet.

Für die Definition einer Sucht bzw. Abhängigkeitserkrankung wird in der Regel auf das internationale Klassifikationssystem der Krankheiten ICD-10, Kapitel V, F10 der WHO verwiesen. Als entscheidendes Charakteristikum einer Abhängigkeit gilt der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen, Medikamente, Alkohol oder Tabak zu konsumieren (Dilling, Mombour, Schmidt 2015: 114). Die Diagnose einer Abhängigkeit kann gestellt werden, wenn mindestens drei der folgenden Kriterien während der letzten zwölf Monate gleichzeitig vorhanden waren:

- ein starker Wunsch oder ein erlebter Zwang, psychotrope Substanzen oder Alkohol zu konsumieren,
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums,

- körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums,
- Nachweis einer Toleranz: es sind höhere Mengen erforderlich, um die bisherigen Wirkungen zu erreichen,
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen, insbesondere, da erhöhter Zeitaufwand besteht, um sich die Substanz zu beschaffen, sie zu konsumieren und sich von den Konsumfolgen zu erholen,
- anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutig schädlicher Folgen, wie z.B. einer Leberschädigung durch exzessives Trinken.

Als weiteres charakteristisches Merkmal wird ein eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit psychotropen Substanzen aufgeführt. Dabei werden beispielsweise alkoholische Getränke werktags in gleicher Weise konsumiert wie an Wochenenden; dies ungeachtet des gesellschaftlich vorgegebenen Trinkmusters (Dilling et al. 2015: 115f.).

Gemäß der Stiftung Sucht Schweiz (2014a: 3) wird von einem episodisch risikoreichen Konsum gesprochen, wenn eine Frau pro Trinkanlass 40 Gramm – das heißt ca. vier Standardgläser – und mehr reinen Alkohol zu sich nimmt. Bei Männern erhöht sich die Toleranz auf eine Menge von 50 Gramm und mehr. Ein chronisch risikoreicher Alkoholkonsum entspricht dem Konsum von mehr als 20 Gramm reinen Alkohol pro Tag bei Frauen. Männer haben auch hier einen größeren Toleranzbereich von mehr als 40 Gramm pro Tag.

3.2 Physiologische Wirkung von Alkohol und Abhängigkeitspotenzial

Der Trinkalkohol (Ethanol C_2H_5OH) ist ein Zellgift. Wie aus der Küche bekannt, können Lebensmittel im Alkohol konserviert werden, da Zellen durch Einlegen in konzentrierte alkoholische Lösungen absterben. Alkohol tritt nach der Einnahme sehr schnell ins Blut über und zeigt erste Wirkungen wie ein Wärmegefühl, die Lösung von Spannungsgefühlen, einen Drang zu kommunizieren etc. Diese Wirkungen sind aufgrund eigener Erfahrungen den meisten Erwachsenen in der Schweiz bekannt. Gemäß dem Bundesamt für

Gesundheit (o.J.) konsumierten im Jahr 2014 88 Prozent der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren Alkohol, wobei gut die Hälfte mindestens einmal pro Woche trank, jede zehnte Person jeden Tag. Je nach Menge pro Trinkereignis können in der Folge Wahrnehmungs-, Konzentrations- und Gleichgewichtsstörungen auftreten bis hin zu Lähmungserscheinungen und einer Vergiftung.

Von Alkohol kann man sowohl körperlich als auch psychisch abhängig sein (Soyka 2009: 16ff.). Anzeichen einer körperlichen Abhängigkeit sind Entzugserscheinungen und Toleranz (siehe drittes und viertes Kriterium der Abhängigkeit, Abschnitt 3.1). Als Folge eines langjährigen, übermäßigen Alkoholkonsums passt sich der Körper an den Alkohol an und entwickelt eine Toleranz. Dies bedeutet, dass die Wirkung von Alkohol nachlässt und der Körper immer mehr Alkohol braucht, um die gleiche Wirkung zu erreichen. Trinkt die Person über eine gewisse Zeit keinen Alkohol, seien es einige Stunden oder Tage, kann sich der Körper nicht umstellen. Folglich treten Entzugserscheinungen wie Zittern, Schweißausbrüche oder Magenkrämpfe auf. Diese Symptome bessern sich oder verschwinden, sobald wieder eine entsprechende Menge Alkohol getrunken wird. Die psychische Abhängigkeit äußert sich in einem starken Verlangen nach Alkohol, wobei die betroffene Person dem Drang kaum mehr widerstehen kann. Dieses Verlangen (engl. craving) wird als zentraler Suchtmechanismus angesehen.

Die psychische Abhängigkeit zeigt sich laut Feuerlein (2005: 43) daran, dass sie auf vielfältige Weise Einfluss auf psychische Funktionen nimmt. Es werden vor allem Stimmung und Wahrnehmung, Antrieb und Motorik beeinflusst. Die Folgen dabei werden sowohl positiv als auch negativ erlebt. So hilft Alkohol dabei, Ängste zu vermindern, was vorteilhaft sein kann. Als negative Effekte können kognitive Beeinträchtigungen oder eine Zunahme von Aggressivität auftreten. Von einer extrem starken Bindung an das Verhaltensspektrum, welches mit der Abhängigkeit einhergeht, spricht in diesem Zusammenhang Treter (2012b: 4). So wird, wie in den Kriterien zur Abhängigkeit erwähnt, die eigene Gesundheit dem Trinkverlangen untergeordnet und es werden in den Trinkphasen praktisch alle Interessen, die nicht mit der Sucht zusammenhängen, vernachlässigt.

3.3 Folgen des Alkoholkonsums

Ein zu hoher Alkoholkonsum schädigt nicht nur die körperliche und psychische Gesundheit. Negative Auswirkungen zeigen sich auch im sozialen Umfeld der betroffenen Person. Als gesundheitliche Folgen sind bekannt:

- Leberschäden bis hin zur Schrumpfleber (Leberzirrhose),
- (chronische) Entzündungen der Bauchspeicheldrüse,
- Blutungen und Geschwüre im Magen-Darm-Bereich,
- Fruchtbarkeitsstörungen,
- ein geschwächtes Immunsystem,
- schwere Hirnschädigungen mit demenzähnlichen Wirkungen.

Ein Zusammenhang von chronischem Alkoholkonsum und Krebserkrankungen ist nachgewiesen und auch die bei maßvollem Alkoholkonsum positive Wirkung auf Herz und Kreislauf kehrt sich um bei risikoreichem Konsum (Sucht Schweiz 2013: 10).

Neben den bekannten somatischen Folgestörungen einer Alkoholabhängigkeit wie beispielsweise Fettleber, Leberzirrhose, Diabetes oder einer erhöhten Krebsrate vor allem der Verdauungsorgane sind auch einige neuropsychiatrische Folgeschäden wie Alkoholdelir, Hirnschädigungen, alkoholinduzierte Amnesien und Alkoholentzugssyndrom bekannt (Soyka 2005). Viele alkoholabhängige Personen leiden an einem einfachen Alkoholentzugssyndrom mit Herz-Kreislauf-Störungen, Schweißausbrüchen, allgemeinem Unwohlsein, Übelkeit, Zittern, psychomotorischer Unruhe und Reizbarkeit (ebd.: 503).

Seelischen Belastungen führen oft zu langen, allenfalls lebenslangen Schädigungen (Sucht Schweiz o.J.). In der Forel Klink werden die psychischen Probleme aller Patientinnen und Patienten erhoben (Stutz, Rösner, Schläfli, Klingemann 2012). Im Jahr 2011 gaben 45 Prozent der Personen bei Behandlungsbeginn an, in den letzten dreißig Tagen an medikamentös behandelten Problemen (19 Prozent), Depression (20 Prozent), Angstzuständen (15 Prozent), kognitiven Problemen (11 Prozent), Problemen mit der Gewaltkontrolle (2 Prozent) und an Suizidgedanken (5 Prozent) gelitten zu haben (Mehrfachnennungen waren möglich). 2 Prozent berichteten gar über Suizidversuche.

Die sozialen Folgen einer Alkoholabhängigkeit sind weitreichend. Neben den Problemen wie Gewalt, Vandalismus und öffentlicher Ruhestörung zählen auch finanzielle Probleme, Probleme am Arbeitsplatz, im Erziehungs- und Schulbereich sowie in der Familie dazu (Soyka, Küfner 2008: 240). Dabei sind gemäß Soyka (2009: 65) die engsten Angehörigen, das heißt der Partner oder die Partnerin und die Kinder, zuerst von den Folgen betroffen. Einerseits leiden sie durch Vernachlässigung und Rückzug der alkoholabhängigen Person, andererseits an deren unangenehmen Persönlichkeitszügen und Verhaltensweisen. Weiter stellen die Zahl der Straßenverkehrsunfälle sowie Gewalttaten unter Alkoholeinfluss immer noch ein beträchtliches Problem dar (Soyka, Küfner 2008: 246f.).

Somit wird deutlich, dass die Probleme in alkoholbelasteten Familien sehr komplex und vielschichtig sind und weit über die medizinisch-biologischen Aspekte von Abhängigkeitserkrankungen hinausgehen.

Für das Verständnis der Probleme von alkoholabhängigen Müttern und ihren Familien sind daher andere Aspekte wichtig. Neben dem Trinkmuster der Frau und den physiologischen Wirkungen von Alkohol im Frauenkörper bzw. auf die Entwicklung des Fötus während der Schwangerschaft stehen vor allem die psychische Abhängigkeit und ihre Folgen für Mutter und Kinder im Vordergrund. Zudem gilt es zu bedenken, dass eine Abhängigkeitserkrankung oft alle Lebensbereiche betrifft und in der Beratung neben körperlichen und psychischen also auch soziale, finanzielle und rechtliche Folgen beachtet werden müssen.

3.4 Behandlung der Alkoholabhängigkeit

Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit umfasst gemäß Kiefer und Mann (2011: 561ff.) vier Schritte, worauf im Folgenden näher eingegangen wird. Der erste Schritt in der Behandlung ist, die alkoholabhängigen Personen zu motivieren, nicht mehr zu trinken. Denn die Abstinenz wird als notwendiges Ziel der Behandlung erachtet. Selbst wenn sich die alkoholabhängige Person für eine Entzugsbehandlung entschlossen hat, ist sie meist ambivalent bezüglich ihres Wunsches, nicht mehr zu trinken. Auf der einen Seite erleben sie die negativen Konsequenzen des Trinkens wie beispielsweise negative Reak-

tionen von den Angehörigen, vom Arbeitgeber oder der Arbeitgeberin. Auf der anderen Seite möchten sie auf die positiven Wirkungen beim Konsum von Alkohol nicht verzichten. Deshalb erachten es die Autoren (ebd.) als eine Aufgabe der Behandlung, die Motivation bei den Patienten und Patientinnen zu fördern und zu stabilisieren. Der zweite Schritt besteht in der qualifizierten Entzugsbehandlung, die in der Regel mit der Entgiftung beginnt. Im Vordergrund steht dabei die Behandlung von Entzugserscheinungen. Diese äußern sich unter anderem durch Zittern, starkes Schwitzen, beschleunigter Puls, aber auch psychische Symptome wie Nervosität, Schlaflosigkeit, Substanzcraving, psychomotorische Unruhe und Ängste können auftreten. In der Regel treten die Symptome sechs bis acht Stunden nach dem letzten Konsum auf. Nach 24 bis 72 Stunden sind die Symptome am stärksten, danach klingen sie ab. Bei circa einem Drittel bis der Hälfte der Patientinnen und Patienten werden die Entzugserscheinungen medikamentös behandelt. Der dritte Schritt in der Behandlung zielt auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz. Es wird auch von einer Rückfallprophylaxe gesprochen. In der Therapie kommen Methoden und Elemente aus verschiedenen Therapierichtungen zum Einsatz. Hierzu gehören die Analyse von Rückfallsituationen, Rollenspiele, das Training sozialer Kompetenz, der Aufbau von Selbstkontrolltechniken sowie angenehmer Aktivitäten. Daneben kommen auch Medikamente zur Minderung des Suchtdrucks zum Einsatz, sogenannte Anticravingsubstanzen. Der vierte und letzte Schritt besteht darin, die Abstinenz aufrechtzuerhalten. Ein Besuch einer Selbsthilfegruppe beispielsweise kann wesentlich zum langfristen Erfolg beitragen.

Sucht Schweiz (o.J.) hebt hervor, dass die Überwindung der psychischen Abhängigkeit eine besondere Herausforderung darstellt. Denn die Überwindung des Konsumwunsches nach Alkohol ist ein langfristiger Prozess, während mit der Entgiftung die körperliche Abhängigkeit in einer Klinik nach einigen Tagen bis wenigen Wochen behandelt ist. Deswegen muss der Nachbetreuung besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Hierbei geht es darum, Ursachen der Abhängigkeit zu erkennen sowie auch Lebensgewohnheiten zu verändern.

3.5 Nach der Behandlung

Ganz im Gegensatz zu früher gilt heute ein Rückfall als Teil der Genesung von einer Alkoholabhängigkeit (Kemper, 2016: 4) . Hat man sich einmal für die Abstinenz entschieden, gilt jeder erneute Konsum von Alkohol als Rückfall. Dies entspricht dem dichotomen Verständnis eines Rückfalles, der in der therapeutischen Praxis überwiegt; entweder ist man abstinent oder rückfällig. Kemper zufolge (2016: 6) ist in den ersten drei Monaten nach einer Behandlung die Wahrscheinlichkeit am höchsten, einen Rückfall zu erleiden. Ein Rückfall sollte nicht als Scheitern verstanden werden. Eher ist die Auseinandersetzung mit dem Rückfall als hilfreicher, manchmal notwendiger Schritt im Krankheitsverlauf anzusehen. Deshalb stellen die Vorbereitung auf Rückfallrisiken und der Umgang mit Ausrutschern notwendige und erfolgversprechende Bestandteile der Suchtarbeit dar (Körkel 2016: 31).

Es gibt eine Reihe von Studien, die der Frage nachgehen, welche Bedingungen oder Faktoren zu einem Rückfall beitragen. Körkel und Schindler (2003: 18ff.) haben einige Studien miteinander verglichen und stellen fest, dass sich die Rückfallbedingungen in drei Gruppen zusammenfassen lassen. Erstens können intrapersonale Faktoren eine Gefährdung bedeuten. Diese beziehen sich auf die persönlichen Merkmale der abhängigen Person. Dazu gehören unangenehme Gefühle, wie beispielsweise Ängste oder Depressionen, unangenehme körperliche Zustände wie beispielsweise Schmerzen, aber auch angenehme Gefühle wie Stolz über eine vollbrachte Leistung. Weiter zählen zu den persönlichen Merkmalen Versuche des kontrollierten Trinkens sowie das Verlangen danach, Alkohol zu konsumieren. Bei der zweiten Gruppe spielen bei der Rückfallentstehung die sozialen Bedingungen eine wichtige Rolle. Dazu zählen Konflikte im privaten oder beruflichen Bereich. Auch Situationen, in denen man mit Personen zusammen ist, die Alkohol trinken oder zum Mitttrinken auffordern, stellen eine Versuchung dar. Hingegen ist das Erleben von positiven Stimmungen im Zusammensein mit anderen Personen weniger bedeutsam, um einen Rückfall auszulösen. Die Integration in einem sozialen Netz ist ebenfalls nicht zu unterschätzen. Hat ein Suchtkranker oder eine suchtkranke keine Arbeit, keine Partnerschaft, keinen Freundeskreis oder fehlt ein sonstiger Anschluss an eine Gruppe, begünstigt dies einen Rückfall. Daher ziehen Körkel und Schindler (2003: 22) den Schluss, dass die Förderung von Kompetenzen, um sich gegen Aufforderun-

gen zum Mittrinken abgrenzen zu können, sowie zum Umgang mit sozialen Konflikten einen wichtigen Teil der Rückfallprävention einnehmen. Die dritten Rückfallbedingungen sind im Behandlungssystem festzumachen. So können Fachleute durch das Vorenthalten notwendiger Unterstützung einen schwereren Verlauf von Rückfällen begünstigen; beispielsweise durch eine fehlende Vorbereitung auf den Umgang mit Rückfällen.

Auch Sieber (2002: 20) weist darauf hin, dass es von zahlreichen Faktoren abhängt, ob eine stationäre Behandlung einer Abhängigkeit den gewünschten Erfolgt bringt. Ein sehr stützendes soziales Umfeld kann zu einem besseren Konsumverlauf beitragen. Eine belastende Lebenssituation nach der Entlassung aus der Klinik kann hingegen zu erneuten Rückfällen führen.

Wie aus obigen Ausführungen hervorgeht, können verschiedene Faktoren einen Rückfall begünstigen. Sie sind gemäß Körkel (2016: 33) als Teil der Genesung einer chronischen Erkrankung anzusehen. Im Umgang damit empfiehlt er zudem Gelassenheit und das Bestreben, sich an bescheidenen Erfolgen zu messen. Dies dürfte in der Sucht- und Rückfallarbeit sowohl der Psychohygiene der Fachkräfte wie auch der Genesung der betroffenen Personen förderlich sein.

3.6 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Unbestritten sind geschlechtsspezifische Unterschiede. Diese finden sich in allen Phasen des Konsums wie dem Einstieg, der Toleranzbildung und der Entwicklung der Abhängigkeit. Auch bezüglich der Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik, des Erscheinungsbildes, des Suchtverlaufs, der Tendenz zu Rückfällen und der Folgen der Erkrankung sowie deren Behandlungsmöglichkeiten können Geschlechtsunterschiede festgestellt werden (Fischer 2010: 149).

Aus dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen DSM-5 (Falkai, Wittchen 2015: 681) geht hervor, dass Männer einen höheren Alkoholkonsum und mehr alkoholbezogene Störungen aufweisen als Frauen. Biologische Geschlechtsunterschiede führen dazu, dass Frauen bei schwerem Konsum ein im Vergleich zu Männern erhöhtes Risiko gesundheitlicher Folgen einschließlich Lebererkrankungen haben. So haben Frauen üblicherweise

ein geringeres Körpergewicht, einen geringeren Anteil an Körperflüssigkeit und weisen einen höheren Anteil an Körperfett auf. Zudem können sie weniger Alkohol in der Speiseröhre und im Magen verstoffwechseln. Deshalb neigen Frauen bei dem Konsum der gleichen Menge Alkohol zu höheren Blutalkoholkonzentrationen als Männer (ebd.).

Franke (2005: 463) verweist auf spezifische Problemlagen von Männern und Frauen bezüglich der Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft. So sind bei Männern häufig Aspekte der Wiedereingliederung in den Beruf wichtig. Bei Frauen hingegen stellen sich die Aspekte vielfältig dar. Unter anderem spielen Themen wie Partnerschaft, Trennung und Scheidung, die Beziehung zu den Kindern, versorgungsrechtliche Aspekte, Gewalterfahrungen, Schuld- und Schamgefühle eine bedeutende Rolle ein. Ein weiteres frauenspezifisches Problem ist zudem die Erfahrung eines sexuellen Missbrauchs (Tretter 2012a: 47; Bischoff, John 2002: 347).

Ebenso weisen Erhebungen im stationären Alkohol- und Medikamentenbereich in der Schweiz auf einige Unterschiede hin. Dabei werden Klienten und Klientinnen von stationären Behandlungen befragt. Die Zahlen aus dem Jahr 2014 weisen beispielsweise darauf hin, dass deutlich mehr Frauen als Männer angaben, Gefühle von Wertlosigkeit oder Schuldgefühle zu empfinden. Während dies 71 Prozent der Frauen bejahten, waren es bei den Männern knapp 50 Prozent. Auch gaben deutlich mehr Frauen (47 Prozent) als Männer (29 Prozent) an, dass sie jeden oder fast jeden Tag Schuldgefühle nach dem Konsum von Alkohol hätten (Delgrande Jordan 2015: 58ff.).

Bischoff (2004) hat in einer Studie Ausstiegsprozesse aus der Alkoholabhängigkeit bei Personen, die sich behandeln ließen, mit denen verglichen, die sich nicht behandeln ließen. Dabei hat er auch überprüft, ob sich Differenzen zwischen den Geschlechtern fanden. Die Ergebnisse zeigen, dass abhängige Männer und Frauen zum Teil sehr unterschiedliche Problematiken aufweisen und dass auch Unterschiede zwischen den Personen festgestellt werden, die mit oder ohne Unterstützung durch Fachkräfte ihre Alkoholabhängigkeit überwinden (ebd.: 145). Die Ergebnisse belegen sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten bei Ausstiegsprozessen aus der Alkoholabhängigkeit, gleichgültig, ob dies mit oder ohne Hilfe geschieht. Der Autor unterstreicht damit die Notwendigkeit, das Geschlecht in der Suchtforschung verstärkt zu berücksichtigen (ebd.: 10).

Ob sich hingegen die Behandlungserfolge von Männern und Frauen unterscheiden, wird kontrovers diskutiert. In einigen Studien wird ein Unterschied ermittelt, in anderen nicht. Körkel und Schindler (2003: 9f.) haben einige Studien miteinander verglichen, die Rückfälle nach einer stationären Alkoholentwöhnung ermitteln. Sie stellen dabei keinen eindeutigen empirischen Trend fest. Während eine Reihe von Studien keine geschlechtsspezifischen Rückfallquoten ermitteln konnte, findet man in anderen Studien ein höheres Rückfallrisiko für Frauen. Die Gründe für die geschlechtsspezifischen Rückfallunterschiede sind bislang nicht geklärt. Einige plausible Gründe sind die nachweislich geringere Teilnahme von Frauen an Nachsorgemaßnahmen, unzureichende oder fehlende frauenspezifische Nachsorgeangebote sowie die häufige Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten bei Frauen (ebd.: 10). Auch Green (2006: 55ff.) hat einige Studien auf Geschlechtsunterschiede hin verglichen. Anhand der Anzahl der Rückfälle stellt sie jedoch fest, dass die Behandlungserfolge der Frauen besser seien als die von Männern. Weiter konstatiert sie, dass die Anlässe für einen Rückfall sich nach Geschlecht unterschieden. Aus den Nachbefragungen an der Forel Klinik geht eindeutig hervor, dass Frauen nach Austritt insgesamt einen ungünstigeren Konsumverlauf haben als Männer (Sieber 2002; Sieber et al.: 2002; Sieber, Riem, Meyer: 2004). Der ungünstigere Verlauf zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung zeigt sich beispielsweise gemäß Sieber (2002) darin, dass Männer weniger Alkohol konsumierten oder dass prozentual mehr Männer abstinent waren. Diese Unterschiede bestanden, obwohl sich die Geschlechter bezüglich Alter, Personenstand, Schulbildung, stationären Vorbehandlungen und Katamnesedauer nicht unterschieden. Sieber et al. (2002: 64) sind die geschlechtsspezifische Bedeutung des familiären bzw. partnerschaftlichen Netzes aufgefallen. Während Partnerschaft und Kinder für Frauen keine unterstützende Funktion haben, ist bei den Männern das Gegenteil der Fall. Bei den Männern ist zudem die berufliche Integration ein Schutzfaktor. Bei den Frauen wirken Vertrauenspersonen und die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation vorbeugend.

4 Alkoholabhängigkeit bei Frauen

Die soziokulturellen und gesellschaftlichen Lebensbedingungen prägen die sozialen Rolle, sei es als Frau oder als Mann. Denn das Geschlecht wird nicht nur in Bezug auf die biologische Kategorie (engl. sex), sondern auch auf die soziale Rolle (engl. gender) als eine wichtige Einflussgröße betrachtet (Leménager, Torchalla 2011: 442). Wie es bereits von Schwarting (2007: 2) gefordert wird, ist es unumgänglich, bei einer Abhängigkeitserkrankung die gesellschaftlichen Lebensbedingungen näher zu beleuchten. Gemäß Fischer (2010: 149) steht die Suchterkrankung für Frauen aus einer traditionellen, konservativen gesellschaftlichen Perspektive im Widerspruch zu ihrem sozialen Auftrag, eine gute und fürsorgliche Mutter und Partnerin zu sein. Das weibliche Suchtverhalten wird mit einem Nichterfüllen dieser sozialen Erwartungen gleichgesetzt, wodurch Frauen von Stigmatisierungsprozessen ungleich stärker betroffen sind als Männer.

Haben alkoholabhängige Frauen Kinder, dürften sich die sozialen Erwartungen noch stärker auswirken. So stellt Schwarting (2007) fest, dass für Frauen mit Kindern das Offenlegen ihrer Abhängigkeit ein Problem darstellt. Die Betroffenen haben neben starken Schuldgefühlen oft Angst vor Stigmatisierungen, eine schlechte Mutter zu sein, und vor dem Verlust ihrer Kinder durch das Eingreifen der Behörden aufgrund einer Gefährdung des Kindswohls.

Im Folgenden wird näher darauf eingegangen, welchen Einfluss das gesellschaftliche Umfeld, soziale Beziehungen und eine Mutterschaft auf das Trinkverhalten bei Frauen haben.

4.1 Gesellschaftliche Erwartungen

Um die Bedeutung des gesellschaftlichen Umfeldes auf das Trinkverhalten bei Frauen aufzuzeigen, werden nun zwei Studien näher beschrieben.

Kuntsche, Knibbe, Kuntsche und Gmel (2011) sind der Frage nachgegangen, inwiefern sich die geschlechtsspezifischen Einkommensunterschiede auf das Trinkverhalten von Müttern auswirken. In einer internationalen Studie wurden 16 Länder miteinander verglichen. Dabei wurden neben dem Konsum von Alkohol folgende Daten erhoben: Partnerschaft, Erwerbstätigkeit und Einkommensunterschiede zwischen den Geschlechtern. Die Ergebnisse zeigen, dass in Ländern mit kleinen Einkommensunterschieden zwischen den Geschlechtern die erwerbstätigen Mütter mit einem Partner weniger Alkohol konsumieren als die nicht erwerbstätigen Mütter. Umgekehrt verhält es sich in Ländern mit großen Einkommensunterschieden zwischen den Geschlechtern. Hier konsumieren die berufstätigen Mütter mit einem Partner mehr Alkohol als Hausfrauen mit Kindern.

Diese Studie zeigt weiter auf, dass alleine das Ausüben einer Erwerbstätigkeit für Mütter weder förderlich noch hinderlich ist. Vielmehr scheinen die sozialen Erwartungen an die Mütter eine Rolle zu spielen. In den Ländern, in denen Männer und Frauen für die gleiche Arbeit einen ähnlichen Lohn erhalten und die Anreize für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf vorhanden sind, scheint sich das positiv auf das Trinkverhalten auszuwirken.

Eine weitere aktuelle Studie, die den Zusammenhang von Alkohol mit den gesellschaftlichen Erwartungen an Frauen untersucht hat, wurde in Schottland durchgeführt. Emslie, Hunt und Lyons (2015) sind in dieser qualitativen Studie der Frage nachgegangen, welche Rolle die Geschlechtsidentität beim Konsum von Alkohol bei Frauen im Alter zwischen 30 und 50 Jahren spielt. Es wurden elf Fokusgruppen gebildet. In fünf gleichgeschlechtlichen Gruppen sowie in sechs gemischtgeschlechtlichen Gruppen diskutierten die Teilnehmenden über ihr Trinkverhalten. Die 34 Frauen, die an der Studie teilnahmen, hatten unterschiedliche sozioökonomische Hintergründe und 24 Frauen hatten Kinder. Die Ergebnisse zeigen, dass bei Frauen der Konsum von Alkohol dazu dient, sich zu entspannen und von ihren Verpflichtungen eine Auszeit zu nehmen. Dabei spielt es keine Rolle, ob sie erwerbstätig, Hausfrau und/oder Mutter sind. Durch das Trinken konnten sie ihre Identität jenseits ihrer Rollen und Verpflichtungen als Frau im mittleren Alter sichern. Die Autorinnen der Studie folgern, dass bei Frauen der Alkohol bei der Bewältigung der alltäglichen Aufgaben eine wichtige Rolle spielt. Dabei sind die gesellschaftlichen Erwartungen, die sich auf die traditionelle Rolle als

Frau beziehen, entscheidend. So wird von den Frauen eher erwartet, sich um andere Menschen zu kümmern.

Wie die beiden Studien aufzeigen, beeinflussen die gesellschaftlichen Erwartungen das individuelle Trinkverhalten. Die gesellschaftlichen Erwartungen an Frauen, insbesondere Mütter, sind höher als an Väter. So steht Müttern – ganz im Gegensatz zu Vätern – weniger freie Zeit zur Verfügung, da von ihnen erwartet wird, neben der Erwerbstätigkeit zusätzlich die Hausarbeit zu erledigen und die Kinder zu betreuen (Connell 2005; zit. nach Emslie, Hunt, Lyons 2015: 443). Zudem scheinen die Mütter für diese Verpflichtungen wenig Anerkennung zu erfahren.

4.2 Soziale Beziehungen

Alkoholabhängige Frauen erfahren eher wenig soziale Unterstützung und sind durch soziale Beziehungen belastet.

Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink und Witte (2001: 118ff.) haben in ihrer Studie Konsumentinnen von verschiedenen Suchtmitteln wie Medikamenten und/oder Alkohol miteinander verglichen. Dabei sind sie unter anderem der Frage nachgegangen, welche Bedeutung soziale Unterstützung und soziale Belastung für den Konsum von Alkohol und Medikamenten haben. Aus der Studie geht hervor, dass – mit Ausnahme der ehemals alkoholabhängigen Frauen – alle abhängigen Frauen sozial stärker belastet sind als nicht abhängige Frauen. Beispielsweise fühlen sich alkoholabhängige Frauen im Vergleich zu ehemaligen Suchtkranken oder zu gesunden Frauen stärker durch Partner und Partnerinnen, durch Verwandte oder Kollegen und Kolleginnen beeinträchtigt. Zudem stellten Franke et al. (2001: 89) fest, dass mehr alkoholabhängige Frauen geschieden sind als Frauen ohne auffälligen Konsum. Der Anteil der Alleinlebenden ist bei alkoholabhängigen Frauen höher als bei nicht abhängigen Frauen.

In der Studie von Rudolf, Bommer und Priebe (1996) wurden alkoholabhängige Frauen unmittelbar nach dem körperlichen Entzug befragt. Unter anderem wurden sie dazu aufgefordert, sich zu aktuellen Sorgen, Belastungen sowie Veränderungen zu äußern, die aus ihrer Sicht mit der Alkoholabhän-

gigkeit zusammenhingen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Lebensveränderungen und Sorgen meist den familiären Bereich betrafen.

Nachdem Vogt (2004: 48) eine Reihe von Studien miteinander verglichen hat, stellt sie fest, dass bei Frauen Probleme in der Partnerschaft, im sozialen Umfeld, in der Beziehung zu den Kindern, in der Arbeitswelt oder in ihrer Rolle als Hausfrau einen Rückfall wahrscheinlicher werden lassen. Wenn es den Patientinnen gelingt, die Probleme zu lösen oder sich von ihnen zu distanzieren, steigt gemäß Vogt (2004) die Wahrscheinlichkeit, dass süchtige Frauen ihre Abhängigkeit überwinden.

4.3 Mutterschaft

Wenige Studien greifen das Thema Alkoholabhängigkeit und Mutterschaft auf. Die Ergebnisse aus den nachfolgend aufgeführten Studien weisen darauf hin, dass Kinder den Behandlungsverlauf ihrer abhängigen Mütter sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können.

Timko, Kaplowitz und Moos (2000) sind in ihrer Studie der Frage nachgegangen, ob und inwiefern sich der Gesundheitszustand der Kinder und die Beziehung zwischen Eltern und Kindern auf das Trinkverhalten der Eltern auswirken. Dabei wurden alkoholabhängige Mütter und Väter in einer Längsschnittstudie miteinander verglichen: Der Gesundheitszustand der Kinder sowie die Beziehung zu den Kindern beeinflussten das Trinkverhalten der Mütter. Bei den Nachfolgeuntersuchungen zeigte sich, dass die Mütter weniger Alkohol konsumierten und in besserer psychischer Verfassung waren, wenn es den Kindern besser ging. Eine gute Beziehung zu den Kindern sowie eine bessere Gesundheit beeinflussten den Verlauf der Alkoholabhängigkeit der Mütter positiv. Diese Zusammenhänge waren bei den alkoholabhängigen Vätern weniger konsistent und weniger ausgeprägt als bei den Müttern. Als eine mögliche Erklärung sehen die Autoren und Autorinnen der Studie, dass Mütter die Hauptverantwortung für die Betreuung der Kinder übernehmen und damit von deren Befinden unmittelbar beeinflusst werden. Das mütterliche Trinkverhalten und die Gesundheit der Kinder verstärken sich gegenseitig und je nachdem führt dies zu einer Abwärts- oder Aufwärtsspirale.

Im Zusammenleben mit Kindern erleben alkoholabhängige Mütter im Vergleich zu nicht abhängigen Müttern größere Belastungen. Aus zwei Studien geht hervor, dass alkoholabhängige Mütter vermehrt Zweifel an ihren erzieherischen Fähigkeiten hegen und mehr Schuldgefühle als nicht abhängige Mütter haben. Zudem sind alkoholabhängige Mütter häufiger von äußeren Lebensumständen beeinträchtigt.

In der Studie von Kröger, Klein und Schaunig (2006) wurden insgesamt 218 Mütter (51 alkoholabhängig, 92 opiatabhängig und in Substitutionsbehandlung sowie 75 ohne Suchtprobleme) zu ihrem Belastungserleben in der Kindererziehung befragt. Das elterliche Stressempfinden wurde anhand eines standardisierten Fragebogens (deutsche Übersetzung des Parenting Stress Index) gemessen. Die Werte der drei Gruppen von Müttern wurden miteinander verglichen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass das Belastungserleben in der Kindererziehung der alkoholabhängigen und substituierten Mütter signifikant höher ausfällt als das der nicht suchtbelasteten Mütter. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass süchtige Mütter stärker durch äußere Lebensumstände als nicht abhängige Mütter eingeschränkt sind. Diese Ergebnisse sind vor dem Hintergrund der soziodemographischen Merkmale zu sehen. So sind mehr nicht abhängige als abhängige Frauen verheiratet und erwerbstätig. Demgegenüber sind mehr alkohol- und opiatabhängige Frauen getrennt lebend bzw. geschieden.

In der Studie von Vogt und Fritz (2006) sind die Gefühle und Einstellungen von Müttern gegenüber ihren Ehemännern und Partnern sowie ihren Kindern erhoben worden. Dabei wurden alkoholabhängige und nicht abhängige Mütter miteinander verglichen. Zwischen den beiden Gruppen von Müttern finden sich keine Unterschiede, wenn es um positive Urteile gegenüber ihren Kindern geht oder um Aussagen, die die Belastung durch Kinder betreffen: beispielsweise ob sie mit den Aufgaben einer Mutter zurechtkommen oder sie die Kinder als Last wahrnehmen. Die Kinder werden überwiegend positiv eingeschätzt. Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ergeben sich lediglich hinsichtlich der Schuldgefühle gegenüber ihren Kindern. Alkoholabhängige Mütter haben mehr Schuldgefühle als nicht abhängige Mütter. Berücksichtigt man die Dauer der Alkoholabhängigkeit, so sind die alkoholabhängigen Frauen mit einer langjährigen Abhängigkeit stärker belastet als Mütter mit einer kurzen Abhängigkeitsphase.

Auch aus der Studie von Sieber et al. (2002: 65f.) geht hervor, dass das Zusammenleben mit Kindern für abhängige Frauen eine Einschränkung bedeutet. In einer Nachfolgeuntersuchung von Patientinnen der Forel Klinik wurden Frauen, die mit ihren Kindern zusammenlebten, mit Frauen, die nicht mit ihren Kindern zusammenwohnten, miteinander verglichen. Es zeigte sich, dass mehr Frauen, die nicht mit ihren Kindern zusammenlebten, abstinent waren als Frauen, die mit ihren Kindern zusammenlebten.

Stellt man die eben aufgeführten Studien gegenüber, lässt sich feststellen, dass eine Mutterschaft per se weder förderlich noch ungünstig das Trinkverhalten beeinflusst. Vielmehr sind es andere Faktoren, die sich auf das mütterliche Trinkverhalten auswirken. So zeigt sich, dass eine gute Beziehung zu den Kindern den Verlauf der Abhängigkeit der Mutter positiv beeinflusst. Alkoholabhängige Mütter sind aber durch das Zusammenleben mit ihren Kindern belastet, sei es durch die Erziehung oder die Schuld- und Schamgefühle wegen der Sucht. Weitere Faktoren, wie beispielsweise die alleinige Verantwortung für die Kinder oder andere beeinträchtigende Lebensumstände dürften diese Spannungen verschärfen. Weiter ist zu berücksichtigen, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien vielerlei Risiken ausgesetzt sind (vgl. hierzu Klein 2008b; Zobel 2006). Als Folge dieser dürften die Kinder ein entsprechendes Verhalten zeigen, sei es, dass sie auffällig sind, sei es, dass sie körperliche oder psychische Probleme haben. Dadurch sind sie in einem besonderen Maße auf Zuwendung und Unterstützung angewiesen. Für die abhängigen Mütter dürften die Belastungen im Zusammenleben mit den Kindern sowie in der Erziehung umso größer ausfallen. Ob die Mütter über die Kompetenzen und Ressourcen verfügen, um auf die Bedürfnisse ihrer Kinder angemessen einzugehen, bleibt offen. Weiterhin ist nach Vogt und Fritz (2006: 35) ungewiss, ob die Vorstellungen und Wünsche der Mütter sich mit den Aufgaben und Pflichten der Mutterrolle decken.

5 Kinder aus alkoholbelasteten Familien

Kinder aus alkoholbelasteten Familien gelten als besonders vulnerable Gruppe. So besteht empirische Evidenz, dass eine elterliche Alkoholabhängigkeit mit vielen Risikofaktoren für eine gesunde psychische und körperliche Entwicklung der Kinder einhergeht (Klein 2008a: 114; Park, Schepp: 2015). Zudem haben sie im Vergleich zu Kindern, deren Eltern nicht trinken, ein sechsfach erhöhtes Risiko, selber an einer Alkoholabhängigkeit zu erkranken (Klein 2001: 118). Das Verschweigen des Alkoholproblems in der Familie führt dazu, dass die Kinder sich diskriminiert fühlen (Haverfield, Theiss: 2016). Kinder aus alkoholbelasteten Familien sind zumeist zahlreichen Belastungen ausgesetzt. Diese äußern sich auf unterschiedliche Art und Weise: u.a. durch ein fetales Alkoholsyndrom, durch familiäre Konflikte und Auseinandersetzungen, durch das Erleben von Gewalt. Im Folgenden wird näher darauf eingegangen. Auch wird dargelegt, wie sich die Belastungen auf die Entwicklung der Kinder auswirken können.

5.1 Fetales Alkoholsyndrom

Da der Alkohol und seine Abbauprodukte die Plazenta ungehindert passieren können, sind Ungeborene dem Alkohol ihrer konsumierenden Mütter in ungeschützt ausgesetzt. Dies kann beim Ungeborenen zu massiven Schädigungen, dem Fetalen Alkoholsyndrom (auch Alkoholembryopathie genannt), führen. Die Frage, ob es unbedenkliche Konsummengen gebe, wird von Fachleuten verneint, da Mütter und Embryonen bzw. Feten eine individuelle Toleranz gegenüber Alkohol zeigen und deshalb keine allgemeinen Aussagen zulässig sind (Zobel 2006: 68). Wie bereits erwähnt ist Alkohol einerseits ein Zellgift und andererseits verfügt der Embryo in den ersten Lebensmonaten noch nicht über eine entwickelte Leber für dessen Abbau. Gemäß Sucht Schweiz (2014b: 3) führt nicht jede Alkoholexposition eines Fetus zu Schädigungen, jedoch wird das Risiko, dass das Kind mit Symptomen des Fetalen

Alkoholsyndroms geboren wird, bei risikoreich konsumierenden Schwangeren auf 30 bis 40 Prozent geschätzt. Gemäß Jones und Bass (2003: zit. nach Zobel 2006: 61) ist Alkoholkonsum in der Schwangerschaft „die häufigste Ursache einer geistigen Entwicklungsverzögerung beim Kind, doppelt so häufig wie das Down-Syndrom und fünfmal häufiger als Spina bifida“. Das Fetale Alkoholsyndrom umfasst folgende Symptome in unterschiedlichem Ausprägungsgrad (Sucht Schweiz 2014b: 3):

- prä- und postnatale Wachstumsverzögerungen,
- spezifische körperliche Auffälligkeiten, insbesondere am Kopf und im Gesicht,
- Dysfunktionen des Zentralen Nervensystems bis hin zur geistigen Retardierung.

Gemäß Zobel (2006) ist auch mit Verhaltensstörungen zu rechnen wie Anzeichen von Hyperaktivität, kurzen Aufmerksamkeitsspannen, Lernstörungen (ähnlich dem Krankheitsbild ADHL). Die Schädigungen des Kindes sind gravierender bei älteren und bereits länger trinkenden Müttern. Die Bedeutung des Fetalen Alkoholsyndroms soll hier mit zwei Zitaten zusammenfassend dargestellt werden:

„Alkoholkonsum in der Schwangerschaft führt nicht nur zu Wachstumsminderung und Gesichtsauffälligkeiten, sondern auch zu Verhaltensstörungen, fehlenden Alltagskompetenzen und kognitiven Defiziten des Kindes“ (Schindler 2014: 4).

„Demnach nimmt Alkohol bei den vorgeburtlichen Schadstoffen insofern eine Sonderstellung ein, als dass keine andere Substanz die Entwicklung des Kindes so häufig und nachhaltig schädigt“ (Zobel 2006: 61).

Die Diagnose des Fetalen Alkoholsyndroms ist schwierig zu stellen, wenn deutliche äußere Missbildungen fehlen. So wird gemäß Zobel (2006: 64) geschätzt, dass in 80 Prozent der Fälle die Störung durch die Ärzteschaft übersehen wird und die Folgen erst etwa ab dem zweiten Lebensjahr oder mit der Einschulung sichtbar werden.

5.2 Familiäre Erfahrungen

Einige belastende Erfahrungen, die die Kinder zu Hause erleben, führt Klein (2008a: 122) auf. So erleben die Kinder mehr Streit und Disharmonie zwischen den Eltern als andere Kinder und werden häufiger in Loyalitätskonflikte verstrickt. Suchtkranke Eltern haben extreme Stimmungsschwankungen, sind auch unberechenbar in ihrem Verhalten. Zudem halten die Eltern ihre Versprechen, Vorsätze sowie Ankündigungen nicht ein. Hinzu kommt, dass verlässliche und klare Abläufe in der Familie fehlen. Die Kinder sind oft sich selbst überlassen und müssen Aufgaben übernehmen, denen sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes noch nicht gewachsen sind. Auch Zobel (2006: 22f.) verweist auf einige beeinträchtigende Aspekte, welche die Beziehung zum trinkenden Elternteil kennzeichnen. Weder interessiert sich der abhängige Elternteil für seine Kinder noch befasst er sich mit ihren Gefühlen oder Problemen. Das Verhalten der Kinder kritisiert er willkürlich, je nachdem wie viel Alkohol er bereits getrunken hat. Somit werden beispielsweise schlechte Leistungen in der Schule bestraft oder nachsichtig behandelt. Zudem setzt er keine klar definierten Grenzen und fördert seine Kinder kaum. Der trinkende Elternteil wendet sich vor allem seinen Kindern zu, damit er etwas bekommt, nicht um etwas zu geben. Die Kinder werden durch dieses unberechenbare Verhalten verunsichert. Da die Erkrankung in den Familien zumeist ein Tabuthema darstellt, können die Kinder nicht über ihre Gefühle sprechen. So werden sie auch nicht ihn ihrer Wahrnehmung unterstützt und bestärkt. Dies kann dazu führen, dass sie ihren eigenen Gefühlen und Wahrnehmungen misstrauen.

5.3 Körperliche und seelische Gewalt in der Familie

Durch eine Vielzahl von Studien ist belegt, „dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien eher als andere Kinder Gewalt und Vernachlässigung erfahren“ (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme sfa/ispa 2007: 14). So gaben nur 21,4 Prozent der zu körperlicher und seelischer Gewalt in der Familie befragten Personen, deren Eltern an einer Abhängigkeitserkrankung leiden oder litten, an, keine körperliche Gewalt in der Kindheit

erfahren zu haben – im Vergleich zu 46,5 Prozent der befragten Personen in der Vergleichsgruppe. Besonders häufig mit insgesamt 59,6 Prozent scheint ausgeprägte seelische Gewalt in Familien mit suchtkranken Eltern vorzukommen gegenüber 19 Prozent bei der Vergleichsgruppe (Zobel 2006: 100). Gemäß der sfa/ispa (2007) sind Jungen deutlich mehr von körperlicher Misshandlung betroffen als Mädchen. Missbrauch bzw. körperliche Gewalt kann durch medizinische Untersuchungen nachgewiesen werden, Vernachlässigung und seelische Gewalt ist sehr viel schwieriger feststellbar.

Auch wenn Kinder nicht selber Gewalt erfahren, sondern Zeugen der Gewalt zwischen den Eltern oder anderen Familienangehörigen sind, sind die Folgen schwerwiegend. Die Annahme, die Kinder würden nichts mitbekommen, welche Mütter oft äußern, entpuppt sich meist als Illusion (IST 2013: 105/13). Die Folgen für die Kinder sind unterschiedlich: Neben existentieller Bedrohung und Ängsten um die Eltern, die jüngeren Geschwister oder sich selber fühlen sie sich oft isoliert, auf sich alleine gestellt und stehen unter Druck, das Geschehen vor Familienmitgliedern wie außenstehenden Personen zu verschweigen. Sie können Schuldgefühle entwickeln, weil sie die Gewalt nicht stoppen oder verhindern können, und erleben tiefgreifende Ohnmachtsgefühle, also negative Selbstwirksamkeitserfahrungen (IST 2013: 107/1).

5.4 Exposition gegenüber dem elterlichen Trinken und Folgen

Klein (2005) hat eine Studie durchgeführt, in der die Situation und die Lebenslagen von Kindern alkoholabhängiger Eltern umfassend erhoben und analysiert worden sind. Dabei wurden folgende drei Gruppen miteinander verglichen: Kinder von behandelten und unbehandelten alkoholabhängigen oder -missbrauchenden Eltern. Die Kontrollgruppe bestand aus Kindern, deren Eltern nicht abhängig waren. Klein (2005: 168) stellt fest, dass die Dauer, in der die Kinder dem elterlichen Trinken ausgesetzt sind, eine entscheidende Rolle für deren psychische Gesundheit spielt. Für manche Kinder sind es Jahre. In der Studie war jedes zweite Kind mindestens vier Jahre lang der Abhängigkeit von Eltern, die sich nicht behandeln ließen, ausgesetzt.

Noch höher war der Anteil bei den Kindern, deren Eltern sich behandeln ließen. So erleben Kinder, die der elterlichen Abhängigkeit länger exponiert sind, häufiger elterliche Auseinandersetzungen und Streit. Dies kann insbesondere bei jüngeren Kindern dazu führen, dass sich diese Umstände negativ auf ihre Entwicklung auswirken. Denn sie spüren die belastende Familienatmosphäre, verstehen aber nicht, worum es geht. Dabei interpretieren sie oft fälschlicherweise, dass die Auseinandersetzungen wegen ihnen stattfänden. Die älteren Kinder hingegen verstehen eher, dass die Gründe für die Auseinandersetzungen bei den Eltern und nicht bei ihnen liegen.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigen Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien in einigen Bereichen Einschränkungen oder Auffälligkeiten. Unterschiede finden sich beispielsweise bei den Selbstwirksamkeitserwartungen, den Kontrollüberzeugungen sowie bei der Lebenszufriedenheit.

Die Kinder von alkoholabhängigen Eltern äußerten in der Studie von Klein (2005: 163) im Vergleich zur Kontrollgruppe eine geringere Wertschätzung sich selber gegenüber. Zudem bewerteten sie sich negativer und empfanden häufiger ihr Leben fremdbestimmt als die Kinder aus der Kontrollgruppe. Kinder von alkoholabhängigen Eltern neigen eher als andere dazu, sich äußeren Umständen hilflos ausgeliefert zu fühlen. Dies kann zu der Überzeugung führen, eigene Handlungsfolgen und die Umwelt wenig beeinflussen zu können. Die geringsten Kontrollüberzeugungen gaben die Kinder von alkoholabhängigen Eltern an, die nicht in Behandlung waren. Klein führt diese Unterschiede zwischen den Kindern aus alkoholbelasteten Familien sowie der Kontrollgruppe auf die Umstände und Konsequenzen der Abhängigkeit zurück. So zeichnen sich beispielsweise Familien, in denen ein Elternteil abhängig ist, in der Regel durch eine stärkere familiäre Desorganisation aus. Dies führt dazu, dass familiäre Prozesse schlechter berechenbar und vorhersagbar sind. Hinzu kommt, dass ein Kind zu seinen Eltern oftmals kaum Vertrauen hat und häufig erlebt, dass es enttäuscht und als nicht wichtig wahrgenommen wird. Diese Erfahrungen können dazu führen, dass sie sich selbst eher als bedeutungslos und störend erachten. Gemäß Klein (2005: 163) wirkt sich dies ungünstig auf die weitere Entwicklung der Kinder aus. Denn bei fehlender Überzeugung, selber ausreichend Kontrolle ausüben zu können, kann sich nur eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung entwickeln und es wird Hilflosigkeit erlernt.

Trotz oder wegen den Belastungen, denen die Kinder ausgesetzt sind, gilt es desto mehr, das Augenmerk auch auf die Ressourcen und Bedingungen zu richten, die die gesunde Entwicklung der Kinder fördern. Gemäß Zobel (2006: 54) versperrt die auf Risiken und Belastungen ausgerichtete Sichtweise den Blick auf die Stärken und Ressourcen der Kinder. Aus der Studie von Klein (2005) geht beispielsweise hervor, dass die Kinder eine gute Beziehung zu ihren Geschwistern haben. Ein wichtiger Beitrag für die gesunde Entwicklung könnte gemäß Klein (2005: 169) darin liegen, die Kinder in ihren Zielen bezogen auf die Schule oder Ausbildung zu unterstützen. In der Studie wurden sie unter anderem gefragt, was sie sich wünschten, wenn sie einen Wunsch für die Zukunft für sich selber frei hätten. Die am häufigsten genannten Wünsche beinhalteten Ziele bezogen auf die Schule oder die Ausbildung. Dabei zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Kindern von alkoholabhängigen Eltern und der Kontrollgruppe.

6 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen orientiert sich weitgehend an den methodologischen Prämissen qualitativer Forschungsmethoden. Denn qualitative Verfahren eignen sich, wenn die Perspektive von Individuen im Vordergrund steht und dabei deren subjektiver Sinn oder Deutungsmuster eruiert werden sollen (Helfferich 2011: 29f.). Darauf basierend wurden teilnarrative Interviews mit den Patientinnen der Forel Klinik sowie Leitfadeninterviews mit den in die Nachsorge involvierten Fachkräften geführt. Für die Beschreibung der Teilnehmerinnen der Studie erhielten wir Daten aus den act-info Eintritts- und Austrittsfragebögen der stationären Abhängigkeitsbehandlungen. Diese werden von allen Patienten und Patientinnen, die sich stationär behandeln lassen, bei der Aufnahme in die Klinik und bei der Entlassung ausgefüllt.

6.1 Forschungsfragen

In der Klinik steht die psychotherapeutische Betreuung und Behandlung im Mittelpunkt. Doch sobald die Patientinnen aus der Klinik entlassen werden, müssen sie sich den praktischen Fragen zur Bewältigung ihres Alltags stellen. Wie ergeht es dabei den Müttern mit minderjährigen Kindern? Erhalten sie dabei genügend Unterstützung? Was prägt den Alltag dieser Mütter? Gleichzeitig wird den Fragen nachgegangen, ob die betroffenen Frauen bereits Unterstützung aus dem familiären und außerfamiliären Umfeld erhalten und ob diese den Bedürfnissen der Frauen entsprechen. Zudem wird die Perspektive der involvierten Fachkräfte – vor allem den Sozialarbeitenden der Beratungsstellen – einbezogen, die im Rahmen der Nachsorge mit den Patientinnen in Kontakt stehen. Deren Perspektive ist hinsichtlich der Beurteilung des Unterstützungsbedarfes im Rahmen der Sozialarbeit von Bedeutung.

Folgenden Fragen sind wir im Rahmen unserer Studie nachgegangen:

- Wie sieht der Alltag der Mütter mit minderjährigen Kindern nach einer stationären oder tagesklinischen Behandlung aus und wie wird dieser bewältigt?
- Lassen sich diesbezüglich Veränderungen über den Zeitraum von einem halben Jahr hinweg feststellen?
- Wie bewerten die Mütter die Nachsorge?
- Wie schätzen die involvierten Fachkräfte den Unterstützungsbedarf der Mütter zur Bewältigung des Alltags ein? Wie gehen sie vor?
- Welche Unterstützung erhalten die Mütter aus dem familiären und außerfamiliären Umfeld?
- Welchen Einfluss hat die Mutterschaft auf die Bewältigung des Alltags?

6.2 Zugang zum Feld und Sample

Alle in Frage kommenden Patientinnen der Forel Klinik wurden von den Therapeuten und Therapeutinnen auf die Studie aufmerksam gemacht. Dabei waren für eine Teilnahme folgende Kriterien relevant: Die Patientinnen waren Mütter von mindestens einem minderjährigen Kind und lebten mit ihm zusammen, sie ließen sich aufgrund einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose nach ICD-10 behandeln, und sie beendeten die Entwöhnungstherapie regulär. Alle in Frage kommenden Patientinnen erhielten schriftliche Informationen zur Studie. Darin waren das Ziel, der Ablauf, die Höhe der Entschädigung für die Teilnahme sowie die Angabe der Kontaktperson festgehalten. Zudem war beschrieben, wie der Datenschutz gewährt wird, und es wurde darauf hingewiesen, dass die Teilnahme freiwillig war und jederzeit widerrufen werden konnte.

Gab eine Patientin ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie, wurde die Projektleiterin informiert. Sie oder eine Projektmitarbeiterin nahmen mit der teilnahmebereiten Patientin Kontakt auf und ein erster Interviewtermin wurde vereinbart. Nach dem zweiten Interview, das ein halbes Jahr nach Beendigung der tagesklinischen oder stationären Behandlung stattfand, wurde die Patientin nach ihrem Einverständnis zum Interview mit der in die Nachsorge involvierten Fachkraft angefragt. Mit dem schriftli-

chen Einverständnis der Patientin nahm die Interviewerin den Kontakt mit der Fachkraft auf. Diese wurde auf die Studie aufmerksam gemacht und um Teilnahme gebeten. Das Interview mit ihr kam dann zustande, wenn auch sie die Einverständniserklärung unterschrieb.

Da nach der Erhebungszeit von einem Jahr die Anzahl der teilnahmebereiten Patientinnen geringer als erwartet war, wurde die Studie um zwei Jahre verlängert, um das anvisierte Sample zu erreichen. Um das Interesse der Patientinnen an der Teilnahme an der Studie zu erhöhen, wurde zudem das Studiendesign etwas angepasst. Beispielsweise entfiel die Einsicht in Krankenakten, da sie als mögliche Ursache für die Nichtteilnahme erachtet wurde. Mit den Anpassungen wurde die angestrebte Samplegröße von mindestens 14 Patientinnen Ende des Jahres 2014 erreicht.

6.3 Interviews mit den Patientinnen

Zentral für die Beantwortung der Projektfragen sind zwei qualitative Interviews, welche teilnarrative wie auch themenzentrierte Elemente enthalten (Helfferich 2011; Schorn 2000). Das erste Interview mit den Patientinnen fand jeweils kurz vor der Beendigung der Behandlung bzw. des Austritts aus der Klinik (Zeitpunkt 1 = t1) statt, das zweite ein halbes Jahr später (Zeitpunkt 2 = t2). Damit konnten mehr Einblicke in die Zeit der Rückkehr in den Alltag und in die Entwicklungen im ersten halben Jahr gewonnen werden. Im zweiten Interview wurden die Frauen deshalb dazu aufgefordert, sich auch zu bestimmten Themen zu äußern, die im ersten Interview genannt wurden.

Das teilnarrative Interview sieht im Unterschied zum narrativen Interview Nach- und Rückfragen durch die interviewende Person explizit vor. Daher können sich Erzähl- mit Frage-Antwort-Passagen abwechseln (Kruse 2015: 152f.). Die Nach- und Rückfragen fokussieren dabei vor allem konkrete Erfahrungen und Erwartungen der Patientinnen. Sowohl die öffnenden (narrativen) Fragen als auch die (teilnarrativen) Nachfragen regen in der Interviewsituation punktuell Erzählungen an zu objektiv beschreibbaren wie auch subjektiv erfahrenen Themen, Veränderungen oder Auseinandersetzungen der Patientinnen mit sich selbst und dem nahen sozialen Umfeld. Die Fragen wurden dabei so formuliert, dass den befragten Patientinnen stets genügend

Raum für die Wahl und Betonung individueller Bedeutung gelassen wurde. Um auch unerwarteten Themen und Erfahrungen im Alltag der Patientinnen begegnen zu können, wurde auf ein standardisiertes Ablaufschema des gesamten Interviews bewusst verzichtet. Allein am Ende des ersten Interviews (Zeitpunkt 1 = t1) wurden Angaben zur Lebenssituation abgefragt. Beim zweiten Interview wurde das aktuelle Konsumverhalten mit ausgewählten geschlossenen Fragen aus dem Austrittsfragebogen erhoben.

Das erste Interview mit den Patientinnen (t1) fand kurz vor Austritt aus der stationären oder tagesklinischen Behandlung und somit vor Ort in der Forel Klinik statt. Das zweite Interview, das ein halbes Jahr später (t2) stattfand, wurde entweder bei der Patientin zu Hause oder in der Forel Klinik durchgeführt – je nach Wunsch der Patientin. Das erste Interview dauerte ungefähr eine halbe Stunde, das zweite circa eine Stunde. Die Erhebungszeit erstreckte sich von März 2011 bis Dezember 2014. Für die Beschreibung der Teilnehmerinnen der Studie erhielten wir bei Einverständnis der Patientinnen Daten aus den act-info Eintritts- und Austrittsfragebögen der stationären Abhängigkeitsbehandlungen.

6.4 Interviews mit den in die Nachsorge involvierten Fachkräften

Bei einigen Patientinnen erfolgte die Nachsorge durch eine ambulante Beratungsstelle. Mit der Befragung der Sozialarbeitenden/Sozialpädagoginnen oder Psychologinnen sollte die Situation der Patientinnen durch eine weitere Sichtweise ergänzt werden. Dabei interessierte insbesondere die Einschätzung sowie Priorisierung des Unterstützungsbedarfs aus deren Sicht. Nach separater Zustimmung der Patientinnen erfolgte das Gespräch mit den in die Nachsorge involvierten Fachkräften. Mit ihnen wurden leitfadengestützte, qualitative Interviews geführt. Dabei wurden Fragen zur Nachsorge sowie zum Unterstützungsbedarf der Patientin gestellt. Der Leitfaden stellte dabei eine Gedächtnisstütze und einen flexiblen Orientierungsrahmen dar (Lamnek, 1989). Das Interview fand in den Büros der Fachkräfte statt und dauerte jeweils circa eine Stunde. Es wurden vier Fachkräfte befragt. Diese geringe Anzahl hat unterschiedliche Gründe: So gingen nicht alle Patientinnen in die

Nachsorge oder sie erteilten kein Einverständnis für das Interview mit der jeweiligen Fachkraft oder die Fachkraft willigte ihrerseits dazu nicht ein.

6.5 Aufbereitung und Auswertung der Daten

Alle Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgenommen und wortwörtlich transkribiert. So wurde Schweizerdeutsch auf Schweizerdeutsch und Hochdeutsch auf Hochdeutsch belassen. Die Auswertung der transkribierten Interviews mit den Patientinnen orientierte sich an den Prämissen qualitativer Forschungsmethoden der Sozialforschung (Strauss 1994) sowie am integrativen, texthermeneutischen Verfahren in Anlehnung an Helfferich und Kruse (2007). Letzteres ist durch die methodisch vertiefende Sensibilisierung für sprachlich-kommunikative Phänomene vorteilhaft. Dabei zeichnete sich die Auswertungsmethode durch die sequentielle Technik aus, das heißt, dass die Interviewsequenzen nacheinander für sich beschrieben und analysiert wurden. Durch diese Vorgehensweise wurden zentrale Themen und Aspekte induktiv aus den Interviews gewonnen. Es wurden keine vordefinierten Kategorien (in einem deduktiven Sinne) an das Material herangetragen.

Auf der Basis von ersten Einzelfallanalysen, welche im Sinne einer analytischen Abstraktion vorläufige Kernaussagen zu den Forschungsfragen in einem Kategorienset festhielten, wurden zunehmend verschiedene, teils kontrastive Einzelfälle aufeinander bezogen, sprich nach intersubjektiven Bedeutungen des (Familien-)Lebens nach dem Klinikaufenthalt gesucht. Aufbauend auf analytischen Vergleichen, Systematisierungen und Hierarchien wurden fallübergreifende Kategorien zur Bewältigung des Alltags entwickelt. Mit zunehmender Einbindung weiterer Einzelfallanalysen über den minimalen und maximalen Vergleich (Schütze 1983: 287f.) konnten entsprechende Kategorien fallübergreifend verdichtet und gesättigt werden (Strauss 1994: 29f.) Dabei waren die Forschungsfragen sowie die subjektiven Umgangs- und Deutungsmuster der Patientinnen in Bezug auf Sucht und Familie leitend. Diese induktiv gewonnenen Kategorien erlaubten es den Forschenden schlussendlich, die Verlaufsgeschichten entsprechend ihrer verlaufseigenen

Charakteristika zu gruppieren, also quasi idealtypische Verläufe zu entwerfen und die Patientinnen diesen zuzuordnen.
Die Auswertungen fanden in verschiedenen Gruppen von mindestens zwei Personen statt. Damit stellten wir sicher, dass die Analysen und Interpretationen stets gemeinsam und nicht von einzelnen Personen durchgeführt wurden. Gemäß Kruse (2015: 557f.) dienen Analysegruppen dazu, über die Einbindung verschiedener subjektiver Perspektiven, Analysen und Interpretationen kollegial zu validieren. Zudem wird eine Sensibilisierung für weitere sprachlich-kommunikative Phänomene gefördert. Dies hilft somit dabei, den eigenen Blick zu erweitern.

Die Angaben aus den Eintritts- und Austrittsfragebögen wurden deskriptiv ausgewertet. Diese Fragebögen wurden nur von den Patientinnen mit stationärer Behandlung ausgefüllt, während die Patientinnen mit tagesklinischer Behandlung diese Bögen nicht ausfüllten. Somit lagen diese Angaben nicht von jeder Patientin vor.

Die Interviews mit den Fachkräften wurden inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring, 2002). Dabei wurden vordefinierte sowie aus den Texten erarbeitete Kategorien angewendet. Danach wurden die Aussagen der Fachkräfte mit den Ergebnissen aus den Interviews mit den Patientinnen verglichen, um inhaltliche Überschneidungen wie auch Unterschiede zwischen den alltäglichen Herausforderungen der Frauen und den Themen der Nachsorge erkennen und diskutieren zu können.

6.6 Datenschutz

Die Informationen, welche die teilnahmebereiten Patientinnen und Fachkräfte erhielten, wurden gemäß den Vorgaben der Kantonalen Ethikkommission des Kantons Zürich erstellt. Auch die Erhebung sowie Auswertung der Daten erfolgte nach deren datenschutzrechtlichen Vorgaben. So wurde unter anderem durch das Vergeben von Kodierungen und das Ersetzen von Namens-, Ortschafts- und Länderangaben gewährleistet, dass keine personenbezogenen Rückschlüsse erkenntlich sind.

Um weitere allfällige Rückschlüsse auf die Patientinnen zu erschweren, werden für diese Publikation zusätzliche Maßnahmen getroffen. Die gelten

ab Abschnitt 7.2, wo die Ergebnisse beschrieben werden. In Abschnitt 7.1 wird dargestellt, wie viele Kinder die Patientinnen tatsächlich haben. Die Mehrheit hat ein Kind. Ab Abschnitt 7.2 haben alle Patientinnen ein Kind. Deren Geschlecht wurde zufällig zugeordnet. Dementsprechend wurden die Auszüge aus den Transkripten angepasst. Zudem sind die Auszüge aus den Transkripten in fehlerfreiem Deutsch dargestellt, auch wenn die Patientinnen nicht fehlerfrei Schweizer- oder Hochdeutsch gesprochen haben.

6.7 Stärken und Schwächen der Studie

Es fand keine Fallauswahl des Samples statt. Um die Heterogenität des Untersuchungsfeldes einzufangen, werden in qualitativen Studien Fälle ausgewählt, die sich durch bestimmte Merkmale auszeichnen (Kruse 2015: 241). Dies war bei unserem Vorgehen nicht möglich, da das Interesse der Patientinnen für die Studie gering war. Deshalb nahmen alle interessierten Patientinnen, die mit mindestens einem minderjährigen Kind lebten, an der Studie teil. Die Teilnahme war freiwillig und ein Selektionseffekt ist nicht auszuschließen. Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal der Teilnehmerinnen von den Nichtteilnehmerinnen dürfte dabei in der Offenheit und Bereitschaft liegen, über die eigene Abhängigkeit und die Erfahrungen nach der Behandlung zu sprechen.

Nicht alle befragten Patientinnen haben sich zu den gleichen Themen gleichermaßen vertieft geäußert. Dies hängt einerseits mit dem offenen Vorgehen zusammen, andererseits waren nicht alle Patientinnen bereit, alle Fragen ausführlich zu beantworten.

Trotz dieser Einschränkungen konnten im Rahmen der Studie aussagekräftige Daten gewonnen werden. Obwohl wir mit unserem Vorgehen keinen Einfluss auf die Heterogenität des Samples nahmen, unterscheiden sich die Patientinnen in einigen Merkmalen: beispielsweise durch ihr Alter, das Alter der Kinder, ob sie in einer festen Beziehung leben, durch den Konsumverlauf usw. (weitere Ausführungen finden sich in Abschnitt 7.1). Daher gehen wir davon aus, dass die Ergebnisse einen gewissen Grad an Verallgemeinerung zulassen, was aber nicht der statistischen Repräsentativität quantitativer Forschung entspricht (Kruse 2015: 57).

7 Der neue Alltag: Ergebnisse der Interviews mit den Patientinnen

7.1 Beschreibung der Patientinnen

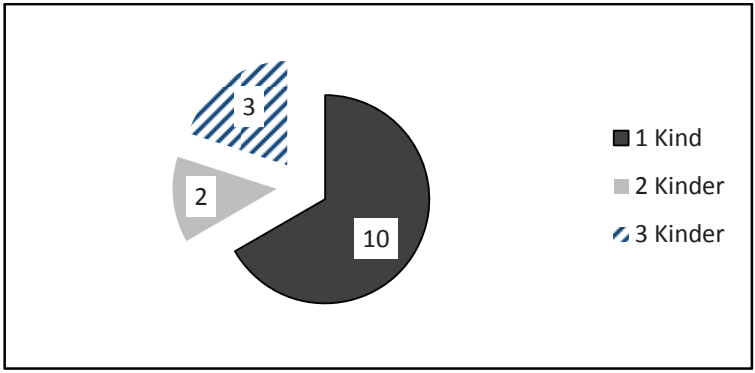
Die Angaben zur Beschreibung der Patientinnen stammen aus unterschiedlichen Quellen. Einerseits wurden die Informationen den beiden Interviews entnommen, andererseits stammen sie aus den Eintritts- und Austrittsfragebögen. Diese wurden jedoch nur von den Patientinnen mit stationärer Behandlung ausgefüllt. Deshalb liegen nicht von allen Patientinnen die Angaben vor, die in diesem Abschnitt beschrieben werden. Hinzu kommt, dass sich von den 15 Patientinnen 14 zweimal befragen ließen.

Von den 15 Patientinnen wurden elf stationär und vier tagesklinisch behandelt. Ihr Alter liegt zwischen 35 und 50 Jahren.

Angaben zu den Kindern

Wie der Abbildung 3 zu entnehmen ist, hatte die Mehrheit, nämlich zehn Patientinnen, ein Kind. Zwei befragte Patientinnen hatten zwei Kinder und drei Patientinnen waren Mütter von drei Kindern.

Abbildung 3: Anzahl eigene Kinder (n=15)



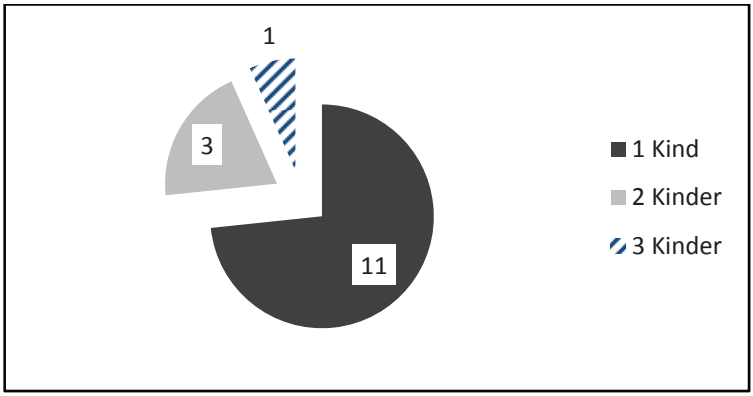
Quelle: eigene Darstellung

Insgesamt hatten die befragten Patientinnen 23 Kinder. Drei Kinder lebten nicht mehr bei ihren Müttern, weil sie bereits ausgezogen waren oder bei nahen Angehörigen wie beispielsweise beim Vater lebten.

Dies bedeutet, dass die befragten Mütter mit insgesamt 20 Kindern zusammenlebten. Von ihnen lebte die Mehrheit, nämlich elf Patientinnen, mit einem Kind zusammen. Dabei verbrachte bei einer Patientin das Kind circa die Hälfte der Woche bei ihr, während es sich die andere Hälfte bei einer Angehörigen aufhielt. Drei Patientinnen lebten mit zwei Kindern und eine mit drei Kindern zusammen.

Abbildung 4 gibt eine Übersicht über die Anzahl der Kinder, mit denen die Patientinnen zusammenlebten.

Abbildung 4: Anzahl der Kinder, mit denen die Patientinnen zusammenlebten (n=15)



Quelle: eigene Darstellung

Das Alter dieser Kinder, mit denen die Patientinnen zusammenlebten, reichte vom Vorschulalter bis zur Mündigkeit. Folgende Auflistung gibt eine Übersicht über das Alter der Kinder. Es handelt sich hierbei um ungefähre Angaben, da lediglich das Geburtsjahr der Kinder erhoben wurde.

- Anzahl Kinder im Vorschulalter (bis 4 Jahre): 2
- Anzahl Kinder im schulpflichtigen Alter, Primarstufe (5 bis 12 Jahre): 9
- Anzahl Kinder im schulpflichtigen Alter (Sekundarstufe 1) oder älter (13 bis 20 Jahre): 9.

Knapp die Hälfte der Kinder war im Primarschulalter, die andere älter. Ein Kind war bereits volljährig. Die Minderheit von zwei Kindern war im Vorschulalter.

Das Geschlecht der Kinder war ausgewogen verteilt: Neun Kinder waren männlich, elf weiblich.

Wohnsituation

Knapp die Hälfte der Patientinnen (n=7) war alleinerziehend. Bei zwei Patientinnen erfolgte die Trennung vom Partner während der Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit oder kurz danach. Die anderen lebten mit dem Ehemann oder dem Partner sowie mit den Kindern zusammen. Bei zwei Patientinnen war der Ehemann bzw. der Partner nicht der Kindsvater. Eine Patientin lebte mit Angehörigen sowie mit einem Kind zusammen.

Staatsangehörigkeit

Zur Staatsangehörigkeit liegen Angaben zu elf Patientinnen vor. Acht Patientinnen waren Schweizerinnen, eine davon hatte eine zweite Staatsangehörigkeit. Zwei Patientinnen stammten aus angrenzenden Nachbarländern, während eine Patientin aus einem europäischen Land stammte, das nicht an die Schweiz angrenzt.

Ausbildung und Erwerbsstatus

Von den 15 Patientinnen verfügte eine Mehrheit, nämlich zwölf, über eine abgeschlossene Berufslehre[4]. Weiter hatten zwei Patientinnen eine Ausbildung an einer höheren Fachschule abgeschlossen und eine verfügte über einen Hochschulabschluss.

4 Gemäß dem Bildungswesen in der Schweiz.

Tabelle 1: Abgeschlossene Ausbildungen der Patientinnen (n=15)

Ausbildung	**Anzahl**
Berufliche Grundbildung: Ausbildung auf Sekundarstufe II	12
Höhere Berufsbildung: Ausbildung auf Tertiärstufe	2
Hochschule: Universität, Pädagogische Hochschule, Fachhochschule: Ausbildung auf Tertiärstufe	1

Quelle: eigene Darstellung

Der Erwerbsstatus der Patientinnen zum ersten Befragungszeitpunkt sieht wie folgt aus: Sieben Patientinnen waren in Teilzeit und zwei in Vollzeit erwerbstätig. Sechs waren nicht erwerbstätig. Von diesen sechs Patientinnen waren vier auf Stellensuche, eine orientierte sich aus gesundheitlichen Gründen beruflich neu, und eine Patientin suchte keine Stelle.

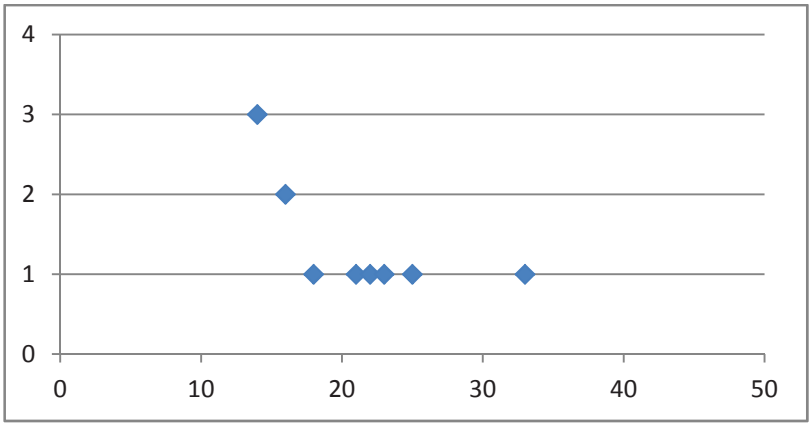
Ein halbes Jahr später hatte sich die Erwerbssituation bei einigen Patientinnen verändert. Durch den Aufenthalt in der Forel Klink bzw. weil sie aus gesundheitlichen Gründen von der Arbeit fernblieb, wurde einer Patientin das Arbeitsverhältnis gekündigt. Einer anderen Patientin wurde die Kündigung angedroht. Zwei Patientinnen hatten eine neue Stelle angetreten.

Konsumverhalten vor der Behandlung

Der übermäßige Alkoholkonsum war bei allen Patientinnen das Hauptproblem. Bei einigen kam hinzu, dass sie ihren Tabak- und/oder Cannabiskonsum oder die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln als problematisch einstuften.

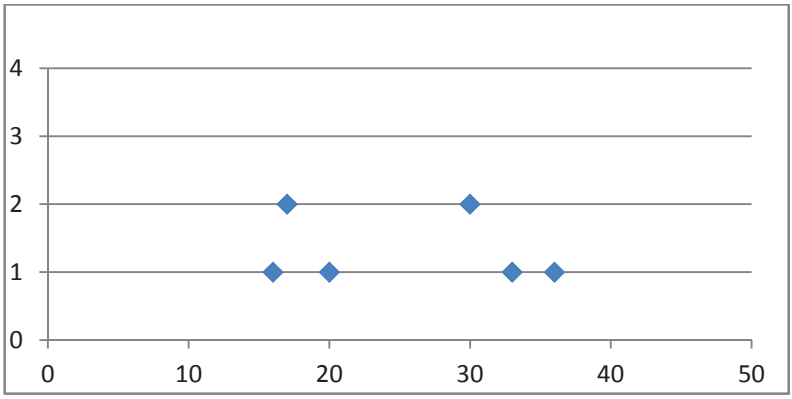
Die Abbildungen 5 bis 7 stellen dar, wann die Patientinnen zum ersten Mal Alkohol tranken und wann sich ein regelmäßiger und auffälliger Konsum von Alkohol entwickelte.

Abbildung 5: Alter bezogen auf den ersten Konsum von Alkohol (n=10)



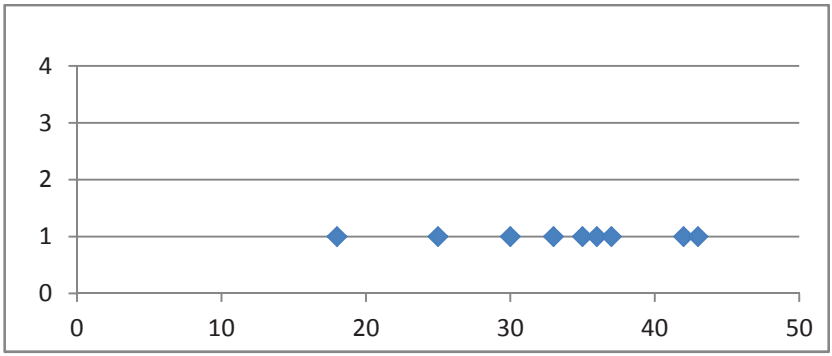
Quelle: eigene Darstellung

*Abbildung 6:*Alter bezogen auf den regelmäßigen Konsum von Alkohol (n=8)



Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 7: Alter bezogen auf den auffälligen Konsum von Alkohol (n=9)



Quelle: eigene Darstellung

Das Alter der Patientinnen, als sie zum ersten Mal Alkohol konsumierten, liegt zwischen 14 und 25 Jahren. Die Altersspanne, in der die Patientinnen regelmäßig Alkohol zu konsumieren begannen, liegt zwischen 16 und 36 Jahren. Zwei Patientinnen zeigten einen auffälligen Konsum, als sie noch relativ jung waren, im Alter von 18 und 25 Jahren. Bei den anderen Patientinnen entwickelte sich ein problematischer Alkoholkonsum in späteren Jahren, als sie 30 Jahre oder älter waren. Diese Angaben weisen auf eine hohe Varianz im Konsumverhalten hin. Einerseits zeigten einige Patientinnen seit dem Jugendalter (18 Jahre) ein problematisches Konsummuster auf, das sich über Jahrzehnte erstreckte, andererseits wiesen einige Patientinnen eine relativ junge Alkoholerkrankung auf.

Konsumziel bezogen auf den Alkohol

13 der 15 Patientinnen hatten sich die definitive Abstinenz zum Ziel gesetzt, wobei zwei der 13 Patientinnen es offen ließen, nach 15 bis 20 Jahren wieder Alkohol zu konsumieren. Eine Patientin strebte nach einer zeitlich befristeten abstinenten Phase den kontrollierten Konsum an. Eine andere hatte vor, nach der Behandlung Alkohol in reduzierten Mengen an mehreren Tagen in der Woche zu trinken.

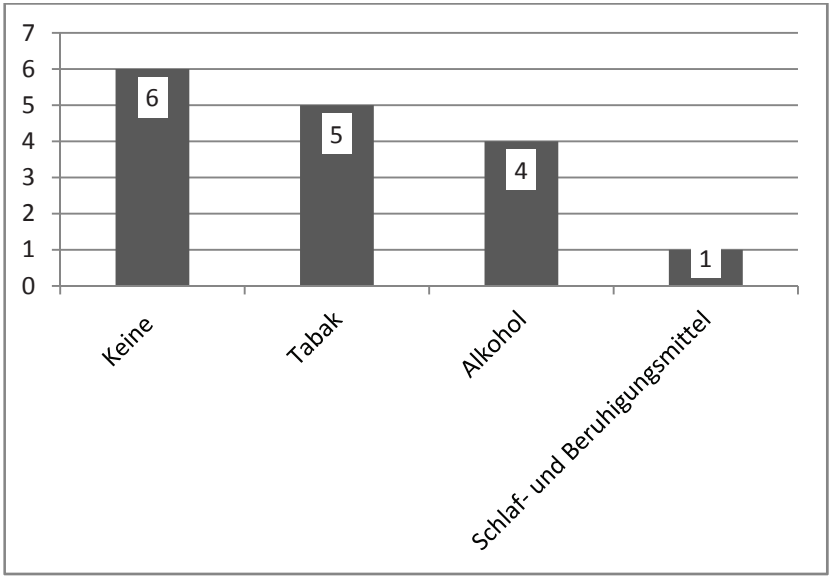
Medikation und komorbide Störungen

Angaben zur Medikation sowie zu möglichen komorbiden Erkrankungen liegen von acht der 14 Patientinnen vor. Fünf von acht Patientinnen bekamen Medikamente verordnet. Vier Patientinnen wiesen neben der Alkoholerkrankung noch eine weitere somatische und/oder psychische Erkrankung auf. Eine Patientin erhielt Schlaf- und Beruhigungsmittel, um die innere Anspannung zu reduzieren. Drei Patientinnen traten aus der Behandlung ohne Austrittsmedikation aus.

Konsumverhalten nach der Behandlung

Abbildung 8 gibt einen Überblick über die Substanzen, welche aus Sicht der Patientinnen ein halbes Jahr nach der Behandlung noch ein Problem darstellten. Das Problem wurde dabei unabhängig vom eventuellen Konsum oder Auftreten von suchtähnlichen Verhaltensweisen betrachtet.

Abbildung 8: Angaben, welche Substanzen ein Problem darstellen (n=13, Mehrfachnennungen)

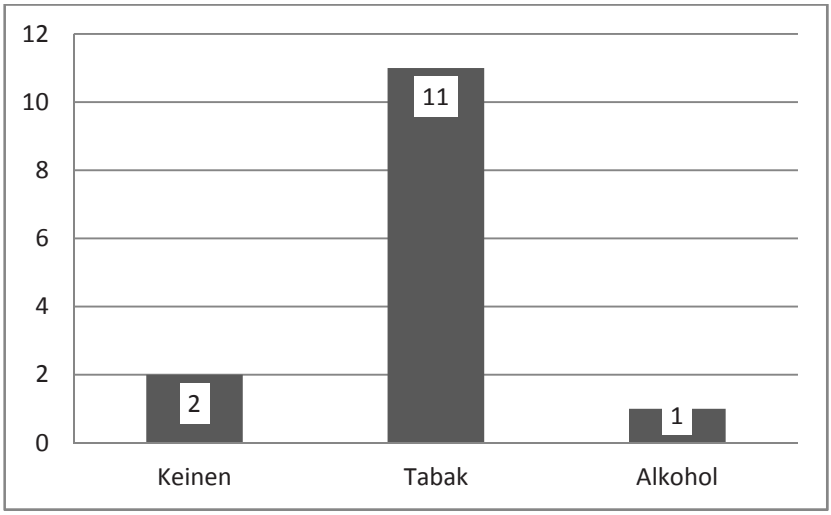


Quelle: eigene Darstellung

Für sechs Patientinnen, also knapp die Hälfte, stellten Suchtmittel kein Problem mehr dar, während vier Patientinnen angaben, dass der Alkohol für sie weiterhin ein Problem sei. Fünf Patientinnen erachteten ihren Tabakkonsum als problematisch. Für eine Patientin gestaltete sich der Umgang mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln als schwierig.

Der nächsten Abbildung ist zu entnehmen, welche Substanzen die Patientinnen in den letzten dreißig Tagen vor der zweiten Befragung einnahmen.

Abbildung 9: Substanzkonsum in den letzten dreißig Tagen (n=13, Mehrfachnennungen)



Quelle: eigene Darstellung

Die Mehrheit, elf von 13 Patientinnen, rauchte mehrmals täglich. Circa die Hälfte davon erachtete dies als problematisch (vgl. *Abbildung 8*). Zwei Patientinnen konsumierten keine Substanzen, die zu suchtähnlichen Verhaltensweisen führen, und eine Patientin hatte in den letzten dreißig Tagen einen Rückfall bezüglich ihrem Ziel, keinen Alkohol mehr zu trinken.

In Tabelle 2 ist aufgeführt, wie viele Patientinnen ein halbes Jahr nach Austritt aus der Behandlung einen Rückfall erlitten sowie die Anzahl der Rückfälle.

Tabelle 2: Anzahl Rückfälle (n=14)

Anzahl Rückfälle hinsichtlich des Alkoholkonsums	**Anzahl Patientinnen**
Kein Rückfall	7
Ein Rückfall	3
Zwei Rückfälle	2
Drei oder mehr Rückfälle	2

Quelle: eigene Darstellung

Die Hälfte der 14 Patientinnen gab an, im letzten halben Jahr keinen Rückfall erlitten zu haben. Dazu zählte auch die Patientin, die sich vorgenommen hatte, Alkohol in reduzierten Mengen zu trinken. Die andere Hälfte der Patientinnen erlebte einen Rückfall oder mehrere Rückfälle, wobei deren Dauer variierte. Bei einigen währte er einen Tag, dabei wurde meist an einem Abend getrunken. Bei den anderen erstreckte sich der Rückfall über mehrere Wochen, in denen viel Alkohol konsumiert wurde. Zwei Patientinnen ließen sich während des halben Jahres nach Verlassen der Forel Klinik erneut stationär behandeln.

Unterstützung durch Fachkräfte

Etwa ein halbes Jahr nach dem Verlassen der Klinik gaben die Patientinnen an, welche fachliche Unterstützung sie erhalten hatten. Die beanspruchten Hilfeleistungen bezogen sich nicht nur auf die Sucht, es handelte sich sowohl um medizinisch-psychiatrische als auch um psychosoziale Behandlung. Einige Patientinnen nahmen diese Hilfe bereits vor der stationären oder tagesklinischen Behandlung in Anspruch, andere erst danach. Tabelle 3 ist zu entnehmen, welcher Art die Hilfeleistungen waren und wie viele Patientinnen sie beanspruchten.

Tabelle 3: Beanspruchte Hilfeleistungen (n=13, Mehrfachnennungen)

Hilfeleistungen	**Anzahl Patientinnen**
Psychiater/in, Psychologe/in, Therapeut/in	9
Suchtberatung	6
Hausarzt/Hausärztin	5
Sozialdienst	4
Stellen für berufliche Integration	3
Kinderpsychiater/in, Kinderpsychologe/in	2
Jugend- und Familienberatung	1
Selbsthilfegruppe	0

Quelle: eigene Darstellung

Mehr als die Hälfte, neun Patientinnen, ließ sich nach dem stationären oder tagesklinischen Aufenthalt ambulant psychiatrisch, psychologisch oder therapeutisch behandeln. Sechs Patientinnen wendeten sich an eine Fachkraft der Suchtberatung und fünf Patientinnen suchten weiterhin den Hausarzt oder die Hausärztin auf. Drei Patientinnen bezogen Dienstleistungen der Sozialhilfe zwecks Existenzsicherung. Von diesen drei Patientinnen befanden sich zwei zusätzlich in Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Integration. Eine Patientin bezog Taggelder der Arbeitslosenversicherung.

Eine Minderheit, insgesamt drei Patientinnen, suchte Hilfeleistungen, die sich explizit an ihre Kinder richteten. Zwei Patientinnen nahmen kinderpsychiatrische/kinderpsychologische Unterstützung in Anspruch, und eine Patientin suchte mit ihrem Kind die Jugend- und Familienberatungsstelle auf. Keine Patientin begab sich zu einer Selbsthilfegruppe, obwohl die Mehrheit im ersten Interview, kurz vor Beendigung der Behandlung vorgehabt hatte, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass am häufigsten Hilfen aus dem medizinisch-psychiatrischen Versorgungsbereich beansprucht wur-

den. Dabei stehen Themen zur persönlichen Entwicklung sowie der Umgang mit der Sucht im Vordergrund. Im Kontrast dazu steht die geringe Anzahl von beanspruchten Hilfen, die die Belange der Kinder aufgreifen.

7.2 Drei zentrale Herausforderungen nach dem Klinikaufenthalt

„[A]lso ich möchte einfach nicht mehr so viele negative Punkte haben im … wie im vorherigen Leben, wie ich gehabt habe mit Alkohol“ (P1, t1, 8). [5, 6]

Diese Aussage einer Patientin verdeutlicht, dass sie sich neben der Abstinenz weitere positive Veränderungen für ihr zukünftiges Leben wünscht. Vielfach werden damit sowohl Ursachen ergründet als auch Konsequenzen des Konsums angesprochen, welche die Patientin künftig abwenden bzw. verändern möchte. Angestrebte Ziele lassen sich im Klinikalltag zumeist gut umsetzen und bereits erreichte Fortschritte erhalten. Ungewiss ist jedoch, wie diese nach der Rückkehr in den Alltag bewältigt werden. Auseinandersetzungen damit beginnen bereits vor dem definitiven Austritt aus der Klinik. Verbringen die Patientinnen bereits vor dem Austritt einige Tage zu Hause, so lassen

5 Alle Zitate sind auf Hochdeutsch übersetzt, d.h. die Satzstellungen wurden wenn möglich belassen, hingegen wurden die Wörter ins Hochdeutsche transkribiert. Diese Variante wurde gewählt, um die Sätze möglichst nahe an der Sprache der interviewten Patientinnen zu belassen und gleichzeitig einer möglichst breiten Leserschaft die Zitate verständlich zu machen. Zusätzlich sind die Zitate so verändert, dass die Patientinnen alle von einem Kind sprechen. Dessen Geschlecht ist zufällig zugeordnet. Das bedeutet, dass „meine Tochter“ gegebenenfalls durch „mein Sohn“ oder „er“ durch „sie“ geändert wurde. Die Gründe dafür sind in Abschnitt 6.6 aufgeführt.

6 Legende der Transkriptauszüge:
- Int: Interviewerin
- IP: Interviewpartnerin
- P: Patientin
- F: Fachkraft
- t1: erster Befragungszeitpunkt
- t2: zweiter Befragungszeitpunkt
- (( )): Charakterisierung nonverbaler Vorgänge
- […]: Auslassung im Transkript
- …: nicht zu Ende geführter Satz
- Nach jedem Zitat sind jeweils in Klammern der Code der Patientin, der Erhebungszeitpunkt sowie der Absatz im Transkript aufgeführt. Bei den Fachkräften (Kap. 8) sind der Code sowie der Absatz angegeben.

sich die erschwerten Bedingungen, die der nichtklinische Alltag nach sich zieht, nicht nur erahnen, sondern auch erfahren.

Während der Behandlung der Alkoholabhängigkeit in der Klinik stehen primär personenbezogene Themen im Fokus wie die Sucht in Verbindung mit biografischen Themen, der strategische Umgang mit alkoholaffinen Situationen, das Verlangen, die körperlichen Folgen oder individuelle Motivationen zur Veränderung des Trinkverhaltens. Auseinandersetzungen mit dem sozialen Umfeld und den Erwartungen und Ängsten als Frau und Mutter spielen zumeist eine untergeordnete bis marginale Rolle. Einerseits ist die Distanz zum Umfeld in gewissen Phasen der Behandlung durchaus beabsichtigt, damit sich die Patientinnen mehr auf sich und den gewählten Weg konzentrieren können: „Oder ich habe einfach wirklich gemerkt, ich muss weg. Ich muss irgendwo einfach einmal versorgt werden und […] ja, und mich entgiften" (P9, t1, 207–209).

Gleichzeitig haben die Patientinnen an sich selbst auch den meist unscharf definierten, aber hohen Anspruch, nach dem Klinikaufenthalt nebst Abstinenz oder kontrolliertem Trinken auch eine bessere Mutter zu werden: „abstinent zu bleiben, weil nur dann bin ich auch [Sprechpause von 4 Sekunden] mich selbst und kann einerseits zu mir richtig schauen und nur dann kann ich auch gut auf die Bedürfnisse meines Sohnes eingehen" (P13, t1, 145).

Andererseits können im Sozialen verankerte Fragen wie nach den Rollen in der Familie, den Wahrnehmungen der Kinder oder der Organisation des Alltags nicht im klinischen Setting geklärt werden. Insbesondere bei den Patientinnen, die sich stationär behandeln ließen und dadurch für mehrere Wochen nicht zu Hause waren, rückten konkrete Themen des Alltags jeweils in weite Ferne. So fühlte sich beispielsweise eine Patientin wie in einem Hotel, da in der Klinik sogar die Wäsche gewaschen wurde:

„[U]nd man muss sich um [Sprechpause von drei Sekunden] um keinen Tagesablauf kümmern, es ist vorgegeben. Sogar die Frotteewäsche im Bad wird gewechselt einmal in der Woche, also wirklich, ja. Fast wie im Hotel, oder?" (P3, t2, 63).

Viele Patientinnen sehen sich nach der Rückkehr aus der Klinik mit folgendem Abwägen konfrontiert: Wie können die Auseinandersetzung mit sich selbst und die alltäglichen Anforderungen vereinbart werden? Die Erwartungen, Bedürfnisse und Reaktionen, die sich aus dem nahen sozialen Umfeld an die Patientinnen richten, greifen hauptsächlich Fragen und Problemstellungen aus der Zeit vor der Entgiftung und Entwöhnung auf und stehen somit den eigenen Vorstellungen eines neuen Lebensabschnitts konträr gegenüber.

Dabei ist nicht immer klar, welche Veränderungen es für eine zufriedenstellende Lebensführung im Familiensetting bedarf und inwiefern sie sich im Alltag umsetzen lassen.
Aus den Interviews mit den vierzehn Patientinnen wurden in den Analysen drei zentrale Herausforderungen eruiert, welche das Nachhausekommen erschweren:

- Die erste Herausforderung, die Positionierung als Frau und Mutter im sozialen Umfeld, ist im Austausch mit dem näheren oder weiteren sozialen Netz zu verstehen.
- Die zweite Herausforderung bezieht sich auf die Beziehung zu den Kindern, auf die Fragen, was die Kinder wohl mitbekommen haben, wie mit ihnen darüber zu sprechen ist und auf den Umgang mit ihnen.
- Schließlich stellt die Beschäftigung mit sich selbst die dritte Herausforderung dar, in der die eigene Entwicklung und angestrebte Veränderungen im Fokus stehen.

Abbildung 10 veranschaulicht die eben beschriebenen Herausforderungen.

Abbildung 10: Die drei Herausforderungen

Quelle: eigene Darstellung

Anschließend soll nun differenzierter auf die drei in den Analysen erarbeiteten Herausforderungen eingegangen werden. Nebst den Ausführungen selbst helfen dabei ausgewählte Zitate aus den Interviews, die in ihrer Dichte die Relevanz der Thematik exemplarisch zuspitzen, den teils sehr komplexen Charakter der neuen Alltagssituation nach dem Klinikaufenthalt aus Sicht der Patientinnen zu veranschaulichen, nachzuvollziehen und zu verstehen. Des Weiteren wird anhand der Herausforderungen deutlich gemacht, welche als widersprüchlich, unvereinbar und/oder hoch belastend wahrgenommenen Themen den neuen Alltag gestalten.

7.2.1 Herausforderung 1: Positionierung als Frau und Mutter im sozialen Umfeld

„Weil gewisse Situationen bleiben gleich, also die Wohnsituation im Moment, Mann und Kind. Aber es sind die kleinen Schritte, wo ich einfach vorwärtskommen möchte“ (P8, t1, 69).

Die stationären oder tagesklinischen Aufenthalte und das damit zusammenhängende Fernbleiben von zu Hause sind bei vielen Patientinnen dafür verantwortlich, dass ein teils über lange Zeit hinweg tabuisiertes Suchtverhalten für andere Menschen plötzlich explizit und greifbar wird. Je nachdem, wen und wie die Patientinnen über die Gründe ihrer Abwesenheit informieren, wird durch den Aufenthalt ein kleines oder größeres soziales Netzwerk darüber in Kenntnis gesetzt, dass sie ihr Trinkverhalten behandeln lassen; und auch darüber, dass Letzteres aus Sicht der Patientin (und wohl auch aus der Sicht von nahestehenden Familienmitgliedern) offenbar über einen gewissen Zeitraum hinweg als problematisch eingestuft wurde. Dies blieb wohl kaum ohne Einfluss auf das Wahrnehmen ihrer Rollen als Frau und Mutter. Das wissende soziale Umfeld wird von sehr vielen interviewten Patientinnen auch nach dem Klinikaufenthalt möglichst klein gehalten und besteht aus Eltern, Schwiegereltern und Geschwistern, manchmal aus Kindsvater und/oder Partner und selten auch aus Freundinnen, Freunden, Kolleginnen, Kollegen oder der Nachbarschaft. In der Regel formiert sich das soziale Umfeld primär um die Betreuung des Kindes bzw. der Kinder, die selbst jedoch häufig nur lückenhaft und zögerlich über die tatsächlichen Gründe informiert und in familienbezogene Auseinandersetzungen miteinbezogen werden.

Dieses zurückhaltende Zugehen auf das soziale Umfeld hängt auch damit zusammen, dass die Patientinnen die Reaktionen ihrer Angehörigen nach Beendigung der Behandlung sehr ambivalent erfahren: Einerseits unterstützt das soziale Umfeld während des Klinikaufenthalts die Frauen mit Kinderbetreuung – die Abwesenheit der Mutter muss in vielen Familien durchgehend ersetzt werden können. Dieses Engagement kann sich auch danach noch fortsetzen, wie beispielsweise bei den Schwiegereltern der folgenden Patientin:

„[…] dass meine Tochter gut aufgehoben ist. Sie ist eigentlich immer bei meinen Schwiegereltern“ (P8, t2, 34).

Andererseits werden mit solchen Hilfestellungen immer wieder auch (versteckte) Vorwürfe transportiert. So wird von den unterstützenden Verwandten und Bekannten verschiedentlich latent ein Vorwurf vermittelt, dass die abhängige Mutter dieser Betreuung über lange Zeit nicht nachgekommen sei und/oder ihr die Gewährleistung des Kindeswohls noch nicht oder nicht mehr zugetraut werde. Hinzu kommt immer wieder auch ein ganz allgemeines Unverständnis gegenüber Alkohol trinkenden Frauen – im Gegensatz beispielsweise zur ausbleibenden Problematisierung, falls der Partner ebenfalls häufig und viel trinkt. Die Angst vor Vorwürfen wiederum hemmt die Patientinnen vor und nach der Rückkehr, Verständnis für ihre Situation oder Unterstützung in weiteren Kreisen einzufordern, die nicht so eng an die Familie angeschlossen sind. Schließlich fällt es den Patientinnen in diesem Umfeld auch schwer, Anmerkungen und Reaktionen nahestehender Personen richtig zu deuten und sich (wieder) auf Beziehungen einzulassen. Unter diesen Umständen finden sie deshalb nur sehr schwer eine definierbare Position im sozialen Umfeld, in der Fremd- und Selbstwahrnehmung nahe beieinander liegen und von der aus sie unverbindlich Unterstützung erfragen und Selbstvertrauen aufbauen könnten. Sowohl als Mutter als auch als Frau fühlen sich viele durch andere (und teils auch durch sich selbst) in Frage gestellt.

Die Positionierung im sozialen Umfeld, sei es als Frau oder Mutter, umfasst folgende Themenbereiche:

Erstens geht es um die Schwierigkeit, wieder Vertrauen aufzubauen. Denn aufgrund von Verhaltensinkonsequenzen, die der Sucht zugerechnet werden können, sind nahestehende Personen immer wieder enttäuscht worden. Daraus entstandene Vorwürfe und Schuldgefühle erschweren das Finden einer Vertrauensbasis. Die Erwartungen aus dem sozialen Umfeld an die

Patientinnen, nun nicht mehr zu trinken und sich in ihren Rollen besonders zu beweisen, dürften durch die Behandlung zunehmen.

Zweitens geht es darum, sich im Familienalltag so zurechtzufinden, dass die Patientin nebst den fremden und eigenen Erwartungen an sie als Mutter und Frau auch die individuellen Bedürfnisse, die oft während des Klinikaufenthalts ersichtlich wurden, einzubringen vermag: eine kreative Beschäftigung, die Auseinandersetzung mit sich selber oder sportliche Tätigkeiten – sie alle benötigen Zeitfenster, die freigehalten werden müssen.

Der dritte Themenbereich greift die kommunikative Ebene der als neu empfundenen sozialen Positionierung auf. Aufgrund der Fragen nach Vertrauen und gelingender Balance der Bedürfnisse und Erwartungen geht es hier um die Unsicherheit darüber, wer aus dem sozialen Umfeld und in welcher Ausführlichkeit über die Erkrankung informiert werden sollte.

Zwischen Vertrauen, Enttäuschung und Schuld

„Ich will meine Familie nicht verlieren, weil das ist mein Ein und Alles, das ich habe" (P10, t1, 368).

Die Positionierung im sozialen Umfeld wird durch folgende Ambivalenz erschwert: einerseits kann Vertrauen zu relevanten, nahestehenden Personen aufgebaut oder darauf zurückgegriffen werden, andererseits besteht die Angst davor, die Erwartungen, nicht mehr zu trinken, zu enttäuschen. Dabei erfüllen die Patientinnen unter anderem auch nicht die Erwartungen, die an eine gute Mutter gestellt werden. Diesbezüglich nehmen sich viele als Versagerinnen oder Schuldige wahr oder fühlen sich so wahrgenommen. Meistens geht es dabei um die Folgen des Alkoholkonsums und den damit einhergehenden Aufwand oder auch die Vertrauensverluste, die Schuldgefühle gegenüber ihren Männern oder nahen Angehörigen wecken, wie die Schilderungen der Patientinnen zeigen:

„Mein Mann hat gewissermaßen noch ein bisschen Vertrauen, dass das, äh, das Vertrauen muss einfach wieder aufgebaut werden. Das dauert, ich kann nicht verlangen, dass äh, dass man mir nach einer Woche wieder vertraut, äh, das Vertrauen ist einfach weg" (P11, t1, 218).

„Ich weiß, dass sie viel mitgemacht haben, und jetzt will ich sie nicht mehr … wieder enttäuschen" (P7, t1, 270).

„Und ein schlechtes Gewissen hatte ich ständig, ein schlechtes Gewissen, gegenüber jedem. Ich fühlte mich minderwertig, will ich wusste, der Nachbar trinkt nicht, mein Mann trinkt nicht, und ich bin eine Trinkerin, also, ich bin wirklich mit gesenktem

Kopf herumgelaufen und und ich habe mir ständig gewünscht, jemand anders zu sein“ (P12, t1, 294).

Viele Patientinnen hoffen oder vermuten, dass ihre Kinder ihr Trinkverhalten nicht einzuordnen wussten. Deshalb heben nur wenige – wie die nachstehenden Zitate aufzeigen – den als schwierig erwarteten Vertrauensaufbau gegenüber ihren Kindern hervor.

„Weil, bevor ich natürlich in die Klinik gegangen bin, als es wirklich schlimm war, hatte sie [die Tochter] natürlich Angst vor mir“ (P8, t2, 44).

„Ja, ich habe mir manchmal schon ein wenig, zum Teil auch Vorwürfe gemacht, dass, dass es wieder hätte sollen, eben Selbstvorwürfe, so dass das wieder so weit hatte kommen müssen. Ich war ja schon einmal in [Name einer Klinik]“ (P4, t2, 219).

Es werden aber nicht nur Vorwürfe der anderen verarbeitet, sondern auch Vorwürfe gegenüber vertrauten Menschen im familiären Umfeld geäußert, die die Patientin in der schwierigen Zeit nicht (mehr) unterstützt hatten:

„[…] einfach Familie war ich sehr enttäuscht, weil sie fast nie nach mir gefragt haben. Aber vielleicht mochten sie auch nicht mehr, das verstehe ich auch“ (P8, t2, 86).

Insbesondere ein gewachsenes Misstrauen gegenüber nahestehenden Menschen verbunden mit einem latenten Schuldgefühl, das sich auf ihr eigenes Verhalten in der Vergangenheit diesen nahestehenden Menschen gegenüber bezieht, hemmt die Frauen häufig, sich auf bestehende Vertrauenspersonen oder neue Beziehungsangebote einzulassen. Unterstützung – insofern diese angeboten wird – wird folglich sehr selten bedingungslos angenommen. Oft kommt hemmend hinzu, dass viele Freundschaften unter der Abhängigkeit gelitten haben, der Fokus aber vorerst auf das familiäre Umfeld, auf den Wohnort, wohin man zurückkehrt, gelegt werden soll bzw. auch gelegt werden muss:

„Ich meine, wenn jemand zu Hause ist und trinkt und seinen Verpflichtungen nicht mehr oder ja nicht mehr nachgehen kann, äh, ist natürlich belastend für alle, die da involviert sind“ (P9, t1, 69).

„Kolleginnen und Freunde habe ich ein bisschen wenig momentan, weil durch das Problem, das ich gehabt habe, habe ich ein paar Freundinnen verloren“ (P7, t1, 73).

Gleichzeitig sind sich die Patientinnen auch bewusst, dass die so entstehenden sozialen Hemmungen wiederum vom sozialen Umfeld wahrgenommen und in einigen Fällen als fehlender Wille oder auch Kritik missverstanden werden könnten.

„Also, ich schaue wirklich, dass ich nicht nur auf meine Familie fixiert bin" (P4, t2, 129).

Die ambivalente Auseinandersetzung mit der Enttäuschung und dem Vertrauensaufbau im familialen Umfeld beinhaltet eine weiterführende Komponente, die sich mit den schwierig zu vereinbarenden Zielen umschreiben lässt, gleichzeitig mehr zur Familie als auch mehr auf sich selbst schauen zu wollen. So stehen während der Behandlung primär personenbezogene Themen im Fokus wie die Sucht in Verbindung mit biografischen Themen, der strategische Umgang mit alkoholaffinen Situationen und dem Verlangen nach Alkohol, körperlicher und psychischer Gesundheit oder individueller Motivation zur Veränderung des Trinkverhaltens. Am deutlichsten wird diese Zentrierung auf die Person bei Patientinnen mit längeren, stationären Aufenthalten: Sie sind über eine gewisse Zeit hinweg fast durchgehend von den Kindern und der Familie getrennt. Das soziale Umfeld spielt in den meisten Fällen eine untergeordnete bis marginale Rolle.

Spätestens nach der Rückkehr in die Familie jedoch ist dieser starke Fokus auf sich selbst, der im klinischen Setting den Umständen entsprechend einfach zu setzen war, nicht mehr mit den alltäglichen Anforderungen vereinbar. Viele Patientinnen müssen demnach abwägen, wie sie den eigenen Bedürfnissen sowie denen der Familie gerecht werden. Dabei wird das soziale Umfeld als nicht veränderbar wahrgenommen. Wie in den nachstehenden Äußerungen ersichtlich ist, wird das Umfeld dann entweder als verständnislos wie im ersten Zitat oder als unterstützend wie im zweiten Zitat wahrgenommen:

„Die Bekannten haben überwiegend keine Kinder […]. Mein Mann geht gerne in die Kneipe" (P11, t1, 122).

Ihr Wunsch ist es deshalb auch, „mit neuen Menschen in Kontakt zu kommen und nicht diejenigen, die, äh, vielleicht in der Kneipe sitzen, oder die, mit denen ich bisher die Kontakte hatte" (P11, t1, 134).

„Also, ich, ich kann von Glück, äh, sprechen, ich habe eine gute Beziehung, einen guten Mann. Also, s'Umfeld stimmt. Das ist sicher eine Hilfe, oder?" (P9, t1, 49)

Viele Patientinnen litten vor dem Klinikaufenthalt an körperlichen Folgen des intensiven Alkoholkonsums wie Alkoholvergiftungen, Verwirrtheit, Magenschleimhautentzündung, Lähmungserscheinungen, Leberzirrhose, epilep-

tischen Anfällen. Entsprechend stehen nicht nur soziale, sondern auch gesundheitliche Themen im Vordergrund:

„[…] bezüglich dem Sport, das will ich auch … einen Teil davon will ich weiter behalten, beibehalten … äh … laufen gehen. Also nicht spazieren, sondern schnell, zügig laufen, ohne Stöcke, aber mit einem gewissen Tempo“ (P3, t1, 31).

Andere äußern ähnliche Vorhaben. Sie würden gerne quasi Inseln im Arbeits- und Familienalltag einrichten, welche es ihnen ermöglicht, den eigenen Bedürfnissen nachzugehen, sei es Malen, Gestalten, Spiritualität oder Sport.

„[A]lso ich habe jeden Morgen jetzt Aktivität, also ich habe mir wirklich ein Programm zurechtgelegt, wo am Montag Joggen ist, am Dienstag ist Joggen, am Mittwoch ist Turnen, am Donnerstag ist Yoga und am Freitag ist Joggen. Also wirklich, ähm … so, wo ich für mich den Ausgleich brauche und …“ (P5, t1, 159).

In Ergänzung zu diesen Absichten, sich vor allem auf sich selbst zu fokussieren, nehmen sich die Patientinnen auch vor, sich – endlich oder wieder oder auch weiterhin – zeit- und beziehungsintensiv mit den Kindern auseinanderzusetzen:

„Ich weiß, ich muss zuerst auf mich schauen, aber [Sprechpause von drei Sekunden] mein Ding war mein Kind. […] und ich muss da handeln. Ich muss etwas machen (P7, t1, 238).

Der Fokus auf sich selbst soll nicht verhindern, einem diffusen Bild einer „normalen Familie“ gerecht zu werden: „Im Grunde ein normales Familienleben wünsche ich mir“ (P11, t1, 120).
Da sie sich beim Austritt aus der Klinik nur auf wenig reale Erfahrungen im Familienalltag stützen können, scheinen den Patientinnen die hohen Anforderungen zumindest latent bewusst zu sein, sowohl sich selbst als auch die Kinder bzw. das Familienleben mehr ins Zentrum zu stellen:

„Jetzt im Moment, wenn ich so ein bisschen daran denke, ist mir so ein bisschen mulmig, aber …“ (P1, t1, 70).

Im geschützten Rahmen der Klinik haben die Patientinnen neue Neigungen beispielsweise im Musischen, im Gestalterischen oder bei körperlichen Aktivitäten entdeckt. Bereits zu diesem Zeitpunkt gehen die Patientinnen in der Regel davon aus, diesen Aktivitäten zu Hause aufgrund der Organisation des Familienlebens nicht mehr oder zumindest nicht mehr im gleichen Umfang nachgehen zu können. Eine Patientin beispielsweise entdeckte für sich, dass sie das „Gestalterische“ mag und dies auch nach dem Klinikaufenthalt gern

weiterverfolgen würde. Nur leider, so vermutete sie, ließen sich solche Freizeitaktivitäten kaum mit einem Kind vereinbaren:

„[…] und da [im gestalterischen Bereich] gerne was machen würde, mit einem Kind ist es natürlich immer ein bisschen schwieriger“ (P11, t1, 44).

Ähnliches stellte eine andere Patientin fest, die Achtsamkeitsübungen gern auch zu Hause durchführen würde.

„Es gibt Übungen dazu, die man eben zu Hause machen sollte, weil man muss es üben, üben, üben […], weil das muss ich in Ruhe machen. […] Das werde ich nicht können, wenn mein Sohn da ist“ (P13, t1, 62–66).

Die nachfolgenden Ausführungen weisen jedoch darauf hin, dass das Finden einer angemessenen Kommunikation über die suchtbelastete Vergangenheit zwar eine Grundlage schafft, um sich im sozialen Umfeld sicher zu positionieren. Allerdings ist dies sehr anspruchsvoll und wird zumeist ohne Vorwissen, ad hoc, gestaltet.

Zwischen offener Kommunikation und Tabuisierung

Wie sich bereits angedeutet hat, prägen folgende Faktoren den Alltag der Patientinnen. Neben der Pflege oder (Wieder-)Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen im sozialen Umfeld müssen sie auch einen angemessenen Ausgleich zwischen individuums- und familienbezogenen Themen finden. Diese Faktoren scheinen jeweils das Finden einer eigen- und selbständigen Rolle als Mutter und Frau mit für sie geeignetem Trinkverhalten (kontrolliert oder abstinent) nach Entzug und Therapie in Frage zu stellen. Es hat sich deutlich gezeigt, dass nach dem Klinikaufenthalt eine solche Rolle nicht mehr nur mit sich selbst ausgehandelt wird, sondern immer auch mit dem nahestehenden sozialen Umfeld ausgemacht wird.

Diesbezüglich ist allen Patientinnen gemein, dass sie ihr soziales Umfeld einteilen in einen kleinen Kreis an Teilhabenden bzw. um die suchtbelastete Vergangenheit Wissenden und einen großen Kreis von nur ansatzweise oder gar nicht informierten Menschen. Diesen gegenüber wird die Absenz während des Klinikaufenthalts dann mit Aussagen begründet, die als besser akzeptiert eingeschätzt werden, wie beispielsweise mit einem Burnout oder einer Kur:

„Und der Freundeskreis weiß einfach, dass ich in einer Klinik stationär bin, und ich habe gesagt, das sei wegen einem Burnout. […] Also ich habe den Alkohol nicht erwähnt“ (P9, t1, 155–157).

„Ich habe einfach gesagt, mir ist es psychisch nicht gut gegangen. Weil ich denke auch, das mit dem Alkohol, das müssen ja wirklich nicht alle wissen“ (P4, t2, 137).

„Ich habe gesagt, ich sei in einer Nervenklinik“ (P7, t2, 187).

Weil viele Angst vor negativen Urteilen und Zuschreibungen haben, die auf eine offene Kommunikation folgen könnten, ziehen sie sich in der ersten Zeit deutlich zurück:

„Weil das immer noch so ein wenig ((lacht)) ein Tabuthema ist irgendwie. Ja, ich habe, ich habe selber ein Schamgefühl, ein Problem damit“ (P9, t1, 161).

Im Gegensatz dazu stehen dann enge Bezugspersonen, die aufgrund entsprechender Erfahrung oder aber spätestens im Rahmen des Klinikeintritts mitwissend geworden sind. Hierzu zählen allerdings trotz anzunehmender Erfahrungen sehr selten die eigenen Kinder, sondern Eltern und Geschwister, Ehemann/Partner und Schwiegereltern und in sehr seltenen Fällen auch Freundinnen oder Nachbarn:

„Meine Familie ist sehr unterstützend, also alle, also die meisten wissen, also meine Familie weiß es. Mein Bruder, mit ihm komme ich sehr gut aus, mit ihm kann ich auch sehr gut reden. Und eben ich habe zwei, drei Freundinnen, die sehr, die mir sehr nahe sind, da kann ich auch immer zu ihnen, also … Es ist nicht so, dass ich da ganz alleine bin, oder?“ (P6, t1, 125)

Sind die Patientinnen erwerbstätig, stellt sich ihnen die Frage, wie sie die mehrwöchige Abwesenheit ihrem Arbeitgeber oder ihrer Arbeitgeberin gegenüber begründen. Verunsicherungen ergeben sich erstens dadurch, wenn sie nicht wissen, wie das Fehlen bei der Arbeit durch die Vorgesetzten bewertet wird; zweitens auch dadurch, wie bei einer Offenlegung der Erkrankung die Reaktionen der Vorgesetzten oder der Mitarbeitenden ausfallen.

„Weil ich hatte ja ein wenig Bedenken, was sagen meine Kollegen, Arbeitskolleginnen und so? […] Und da war dort einfach einmal so ein Moment so eine Unsicherheit“ (P2, t2, 53–55).

Einige Patientinnen waren offen gegenüber ihren Vorgesetzten. Dies war möglich, weil sie auf Unterstützung zählen konnten. Einer der Vorgesetzten ermunterte eine Patientin zur offenen Kommunikation und unterstützte sie auch dabei. Ihren Mitarbeitenden gegenüber hatte die Patientin ihr Alkoholproblem stets verheimlicht. Nun sollte sie nach dem stationären Aufenthalt ihren Arbeitskolleginnen und –kollegen von ihrer Erkrankung erzählen. Dabei sollte sie sich primär auf die Präsentation der Fakten konzentrieren und diese kurz gestalten:

„[…] einfach kurz und bündig sagen. Das Problem, das Sie hatten sagen, wie es jetzt ist und wo Sie bis jetzt waren. Einfach kurz“ (P7, t1, 189).

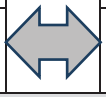
Allgemein deutet sich also an, dass sich die Patientinnen auch hier in einem Feld mit Unvereinbarkeiten und ohne Eindeutigkeiten wiederfinden, wie nun kommunikativ vorzugehen sei. So sind die meisten nach dem Austritt aus der Klinik erstmals überfordert damit, gegenüber wem sie welche suchtbezogenen Themen wie transparent und ausführlich ansprechen können. Denn allen ist bewusst, dass das Stigma der Trinkerin und insbesondere das Stigma einer trinkenden Mutter primär mit negativen, unmoralischen Eigenschaften verbunden wird. Am besten wissen das diejenigen Patientinnen, die durch ihr Trinkverhalten bereits vor dem Klinikaufenthalt entsprechenden Zuschreibungen ausgesetzt waren:

„Ja, dieses, äh, dieses Gerede, äh, ja, äh: ‚Säuft doch‘, oder: ‚Du Alkoholikerin‘“ (P11, t1, 50).

„Weil rundum, man hat’s zur Kenntnis genommen, äh, ja, sie säuft wieder, ist wieder gut, oder?“ (P10, t1, 26).

Abschließend bietet Abbildung 11 nochmals einen Überblick über die erste Herausforderung der Positionierung als Frau und Mutter im sozialen Umfeld. Die schwer zu vereinbarenden und/oder stark belastenden Themen im Alltag nach der Rückkehr aus der Klinik sind einander gegenübergestellt.

Abbildung 11: Positionierung als Frau und Mutter im sozialen Umfeld

Positionierung als Frau und Mutter im sozialen Umfeld		
Vertrauen	**vs.**	***Enttäuschung, Schuld***
Beziehungsqualität, Unterstützung		Aufarbeitung Alkoholvergangenheit, Misstrauen, Scham
Mutterrolle	**vs.**	***Eigene Bedürfnisse***
Familienalltag, Bedürfnisse der Familie		Zu sich selbst schauen, eigene Bedürfnisse wahrnehmen, Biografie, Suchtstrategie, Gesundheit
Offene Kommunikation	**vs.**	***Tabuisierung***
Thematisierung, kaum Stigmatisierungsängste		Verheimlichung, große Stigmatisierungsängste

Quelle: eigene Darstellung

7.2.2 Herausforderung 2: Beziehung zu den Kindern

Es ist anzunehmen, dass die Kinder als nahe Angehörige das mütterliche Trinken und die Folgen auf eine gewisse Art und Weise stets miterlebten, dies unabhängig davon, ob die Mutter heimlich getrunken hat oder nicht. Denn obschon die Patientinnen ihre Erziehungsaufgabe als besondere Verpflichtung wahrnehmen, der sie stets nachzukommen versuchten, war ihnen dies wegen der Sucht nur bedingt möglich. Dies führt zu widersprüchlichen Gefühlen bezüglich der Kinder. Einerseits empfinden die Patientinnen Vorfreude, andererseits Schuld und Scham wegen der Sucht. Diese ambivalenten Gefühle führen zu Unsicherheiten im Umgang mit den Kindern. Was haben sie von der Erkrankung wahrgenommen? Welche Folgen hat die Erkrankung auf das Kind? Wie soll ich mit dem Kind reden? Wie mit ihm umgehen?

Diese Fragen beschäftigen die Patientinnen und prägen die Herausforderung in der Beziehung zu ihnen.

Erstens geht es darum, ob und wie die Aussprache mit den Kindern stattfindet, genauer, wie klar und kindsgerecht die Patientinnen sprechen, ob sie Fragen der Kinder zulassen und diese offen beantworten. Zudem hängt es unter anderem davon ab, inwiefern sie sich bewusst sind, welche Auswirkungen ihre Sucht auf ihr Verhalten gegenüber den Kindern hatte. Zweitens geht es darum, wie die Beziehung zu den Kindern nach dem Klinikaufenthalt konkret gestaltet wird und inwiefern die Abhängigkeit darin vorkommen darf oder im Sinne eines Neuanfangs verdrängt werden soll.

Offene Kommunikation und Eingeständnis versus Tabuisierung und Bagatellisierung

Wenn es um das Sprechen über Erfahrungen und Folgen der Sucht mit den Kindern geht, spielt das Alter der Kinder eine zentrale Rolle in Bezug darauf, ob und wie sie über die Abhängigkeit und die Behandlung informiert werden. Patientinnen mit jüngeren Kindern denken eher, dass ihre Alkoholerkrankung von den Kindern nicht bemerkt wurde. Spätestens wenn die Behandlung der Alkoholerkrankung ansteht, die sich über zwei oder mehrere Wochen erstreckt, werden sie mit den Fragen ihrer Kinder konfrontiert. Die Kinder möchten wissen, wo sich die Mutter befindet und wann sie wieder nach Hause kommt, wie es die folgenden Patientinnen erlebt haben.

„[…] zwei Monate war ich weg, oder? Und sie [die Tochter] hat es richtig gemerkt: ‚Wo ist die Mama?', oder?" (P7, t2, 83)

„[…] ja, er [der Sohn] vermisst ((lacht)) mich auch wieder und fragt ja …: ‚Wann kommst du nach Hause?' Und da habe ich gesagt: ‚Ja, am Freitag.' Zum Beispiel jetzt über die Wochenenden und dann sagt er: ‚Und dann bleibst du zu Hause?' ((lacht)) Da habe ich gesagt: ‚Nein, ich gehe dann noch einmal für eine Woche oder zwei.' Ja. Und da habe ich schon gemerkt, jetzt vermisst er mich langsam" (P9, t1, 281).

Durch vage Andeutungen über den Verbleib in der Klinik versuchen die Patientinnen möglichst wenig preiszugeben. Denn dass vor der Klinik manchmal etwas nicht ganz stimmte, das haben offenbar die Kinder erkannt. Folgende Patientinnen mit Kindern im Primarschulalter erklärten ihre Behandlung wie folgt:

„[I]ch habe ihr einfach gesagt, dass es mir nicht gut geht und dass ich für eine gewisse Zeit in so einer Art Klinik bin, aber dass ich dann wieder nach Hause komme. Aber wie wollen Sie einem Kind sagen, dass ich wegen Alkohol da bin, also das versteht sie ja nicht wirklich. […] In dem Alter, oder?" (P4, t1, 117–119).

„Aber, äh, ja, irgendwie hat sie [die Tochter], haben wir ihr dann versucht zu erklären, dass ich eben, dass es mir nicht gut geht, und darum muss ich jetzt dorthin, und wenn ich zurückkomme, geht's mir dann wieder gut" (P3, t2, 43).

„[E]r [der Sohn] hat gewusst, dass ich eine Therapie mache, weil ich schon so nervlich ein wenig belastet war und psychisch, das hat er gewusst, das habe, das habe ich ihm erzählt" (P12, t2, 115).

Selbst wenn der Wunsch besteht, dem Kind gegenüber offen zu sein, gestaltet sich die Aussprache darüber, das Erklären entsprechender Situationen sehr schwierig. Eine Patientin, Mutter eines Kindes im Vorschulalter, hatte sich gewünscht, mehr Informationen darüber zu erhalten, wie sie mit ihrem Kind darüber sprechen könnte.

„[…] ähm, damit wir es wissen, aber, ähm, gerade, äh, der Umgang, wie erklärt man das, äh, genau, den Kindern und so weiter, wie man sich austauschen kann, ich denke, das könnte eine … etwas sehr Nützliches sein" (P11, t1, 34–37).

Im Unterschied zur Annahme einiger Mütter mit jüngeren Kindern, dass das Verheimlichen des Alkoholkonsums und der Nebenwirkungen ihnen gegenüber gut möglich sei, nehmen Mütter von älteren Kindern und besonders von Kindern in der Pubertät diese Strategie durchgehend als unmöglich wahr. Aus der Alkoholerkrankung der Mutter kann in diesem Alter kein Geheimnis gemacht werden, und die Mütter werden offensichtlich mit den Reaktionen ihrer Kinder konfrontiert. Diese können allerdings unterschiedlich ausfallen. Einige Kinder versuchen, ihren Müttern gegenüber Verständnis aufzubringen, wie es folgende Patientinnen erlebten:

„Und … er [der Sohn] hat's probiert zu verstehen, aber ich glaube, so richtig verstanden hat er es trotzdem nicht, weil er fand, ja, die Mama Friede, Freude, Eierkuchen, den ganzen Tag weg, den ganzen Tag friedlich irgendwo in einer Klinik und dann kommt sie nach Hause und sie soll gefälligst wieder für mich da sein, oder." (P5, t1, 117)

„Also, am Anfang fand er [der Sohn] das gut, dass, dass ich mich zu diesem Schritt entschlossen habe. [Sprechpause von vier Sekunden] Ja, weil er hat natürlich auch ein wenig mitbekommen, dass es mir nicht immer gut gegangen ist und so weiter und so fort. Und jetzt gegen den Schluss habe ich dann schon gemerkt, ja er vermisst ((lacht)) mich auch wieder und fragt ja …: ‚Wann kommst du nach Hause?'" (P9, t1, 281).

Die Kinder zeigten sich demnach zunächst verständnisvoll und unterstützten den Wunsch der Mutter, den Alkoholentzug und die Entwöhnung durchzuführen. Gleichzeitig konnten sie die Konsequenzen nicht überblicken: wie eine mehrwöchige Abwesenheit der Mutter oder Veränderungen, welche die

Mutter nach der Rückkehr aus der Klinik in den Familienalltag einbringen möchte.

Jugendliche zeigen mitunter auch provokativen Reaktionen, indem sie ihren Müttern mit offenem Misstrauen, Respektlosigkeit, Vorwürfen oder Drohungen begegnen.

„[D]a mein Kind ja mich eigentlich nur immer betrunken kennt, also mit dem Alkoholkonsum aufgewachsen ist … hat es ein dementsprechendes Verhalten mir gegenüber, also … und da ich es ja nach [Ort, wo Patientin vorher behandelt wurde] nicht geschafft habe, war das Kind sehr enttäuscht von mir, also hat sich auch dementsprechend verhalten mir gegenüber, also sehr … gemein und also wirklich … und ich will das jetzt eigentlich wieder in den Griff bekommen." (P2, t1, 64).

„„Mach etwas oder zieh … oder ich zieh aus! Deine Säuferei wirft die ganze Familie aus der Bahn!'" (P10, t1, 348)

Wie auch immer die Reaktionen der Kinder ausfallen, prägen sie die Erwartungen der Mütter im Hinblick darauf, ob und wie sie weiter mit den Kindern sprechen und wie sie die Beziehung zu ihnen nach der Behandlung gestalten möchten.

Zwischen Aufarbeitung und Neuanfang

In der Phase der Abhängigkeit zeigten viele Patientinnen ihren Kindern gegenüber ein Verhalten, das sie nun im Nachhinein bereuen und gerne wiedergutmachen würden. Beispielsweise waren sie nicht am Kind interessiert, lösten Versprechungen nicht ein, äußerten sich ihnen gegenüber aggressiv oder waren psychisch abwesend:

„Dass ich sie [die Tochter] nicht mehr vernachlässige. […] Dass ich mich endlich richtig beschäftige mit meinem Kind. Zuhören kann, wenn sie etwas hat. Und nicht irgendwie die Hälfte vergesse, was sie gesagt hat" (P10, t1, 56–60).

Dies kann Schuld- und Schamgefühle auslösen, wie es bei den folgenden Patientinnen der Fall war:

„[…] oder ich ein schlechtes Gewissen habe, weil ich ein bisschen zu wenig gemacht habe mit dem Kind" (P6, t1, 71).

„Also eine Belastung ist sicher so das schlechte Gewissen, das man dem Kind gegenüber hat. […] Wenn man trinkt. […] Und man ist ja dann nicht … ja, nicht wirklich sich selber, oder, in diesen Situationen. [Sprechpause von drei Sekunden] Das finde ich belastend. (P9, t1, 269–273).

„Und, und wenn ich mir jetzt überlege, was ich meiner Familie und überhaupt so rundum … ja, meiner Familie, meinem Mann angetan habe, also, mit meinem Verhalten und Aggressivität vielleicht und so. Das, äh, ich möcht gar nicht dran denken, sonst müsste ich wieder eine Therapie machen, wahrscheinlich." (P12, t1, 384).

Eine Patientin war sich bewusst, welches Leid sie ihrem Kind zugefügt hatte, und hoffte darauf, dass ihr Kind ihr verzeihen würde.

„[I]ch freu mich einfach darauf, wenn sie mir wirklich wieder verzeihen könnte." (P15, t1, 304).

Unabhängig davon, ob die Abhängigkeit angesprochen oder im Sinne eines Neuanfangs verschwiegen wird, ist allen Patientinnen gemeinsam, dass sie die Beziehung zum Kind verbessern bzw. ihm eine gute Mutter sein möchten. Dies bedeutet unter anderem, das Vertrauen (zurück) zu gewinnen oder mehr Zeit mit dem Kind zu verbringen. Die folgenden Feststellungen geben diese Erwartungen und Hoffnungen der Patientinnen wieder:

„[…] dass ich das durchziehen kann, dass ich also nicht noch ein zweites Mal so eine Enttäuschung mitmachen muss und sie [die Tochter] sich dadurch mit ihrem Verhalten mir gegenüber, dass man es … einfach besser haben können. Ja" (P2, t1, 168).

„[…] dass ich wirklich mich mit ihr [der Tochter] hinsetze und […] bastle" (P6, t1, 143).

„Eben klar sein, nicht mehr trinken und da sein für sie [die Tochter]. Dass ich einen besseren, einen besseren Weg finden kann […] Also, mit dem Kindergarten und auch eine gute Mutter" (P7, t1, 59–61).

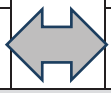
„Oder wenn man ihr [der Tochter] etwas verspricht, dass man es einhält. Das ist für mich ein sehr wichtiger Punkt" (P10, t1, 56–60).

„Ja, dass ich, äh … sicher für mein Kind da bin" (P14, t1, 232).

Das Äußern von Schuld- oder Schamgefühlen deutet darauf hin, dass sich die Patientinnen oft bewusst sind, ihre Kinder auf gewisse Weise vernachlässigt oder ihnen Leid zugefügt zu haben. Jedoch bleiben die Ursachen dieser Schuld- und Schamgefühle meist vage oder werden ganz bewusst nicht zur Sprache gebracht. Auch thematisieren die Patientinnen kaum, wie sie ihren Kindern gegenüberzutreten gedenken, um beispielsweise ihre Schuld- oder Schamgefühle in klärenden Gesprächen abzubauen oder zumindest den Kindern deutlich zu machen.

Abbildung 12 gibt die Herausforderungen in der Beziehung zu den Kindern wider.

Abbildung 12: Beziehung zu den Kindern

Beziehung zu den Kindern		
Offene Kommunikation, Eingeständnis	**vs.**	***Tabuisierung, Bagatellisierung***
Kaum Stigmatisierungsängste		Verheimlichung, große Stigmatisierungsängste vor Kindern und deren Umfeld
Aufarbeitung	**vs.**	**Neuanfang**
Idee gemeinsamer Aufarbeitung, Anknüpfen an vorher		Idee des Vergessens, Von-vorne-Beginnens

Quelle: eigene Darstellung

7.2.3 Herausforderung 3: Entwicklung und Veränderungen

Bei der dritten Herausforderung, die sich auf die persönliche Entwicklung der Patientinnen und Veränderungen bezieht, stehen folgende Themen im Vordergrund: Erstens geht es um die vertiefte Auseinandersetzung mit der Sucht. Hierbei werden die Patientinnen mit den Fragen konfrontiert, welchen Stellenwert der Alkohol im Leben einnimmt und wie sie möglichen Ursachen der Suchtproblematik oder von Rückfallsituationen entgegenwirken können. Zweitens geht es darum, ob die Patientinnen genügend Anerkennung und Wertschätzung erfahren, sei dies als Frau und Mutter, sei es als Partnerin oder Ehefrau, sei es als Hausfrau und Berufstätige.

Zwischen Abstinenz als Voraussetzung und Abstinenz als Ziel

Welchen Stellenwert nahm der Alkohol im Leben der Patientinnen ein? Je nachdem wird die Abstinenz (oder das kontrollierte Trinken) als Ziel oder als Voraussetzung für weiterführende Veränderungen angestrebt. Wird allein die Abstinenz als Ziel verfolgt, setzen sich die Patientinnen eher weniger differenziert damit auseinander, welchen Einfluss bisherige Umstände oder Belas-

tungen auf den problematischen Alkoholkonsum hatten. Schließlich scheinen sie davon auszugehen, dass der Konsum Ursache aller Probleme war und entsprechend kein Konsum auch zur Lösung der Probleme führt. Sind hingegen neben der Abstinenz weitere Veränderungen geplant oder erwünscht, ist die Einsicht vorhanden, dass gewisse Lebensumstände das problematische Trinken begünstigen. Auch hier ist eine eindeutige Positionierung aber unmöglich, da beide Annahmen ihr Berechtigung haben: Während gewisse Probleme als Teil der Ursache des Alkoholkonsums gesehen werden können, sind gewisse andere Probleme deren Konsequenz. Die Zwischenziele beziehen sich dann aber meist auf die eine oder andere Motivation. Bei der folgenden Patientin stand beispielsweise die Veränderung im Fokus, die nun dank der Nüchternheit im Sinne eines ganzheitlichen Neuanfangs angegangen werden könnte:

„Mein Mann geht gerne in die Kneipe, und das ist, einfach, ja so eingespielt, dass, äh, das überall Alkohol im Spiel ist und, äh, es, es würde positiv sein, zumal ich durch den Alkohol und durch die ganze Situation, ähm, natürlich auch Probleme habe und, äh, mir wäre so ein gewisser Neuanfang, ähm … Das wünschte ich mir, […] ähm, sei es jetzt auch mit einem neuen Job, ähm, neue Leute kennenlernen, weil das ist sehr wichtig und nicht wieder in den alten Trott zurückzukommen. Das ist … Das wünsche ich mir, dass das in einem halben Jahr, ähm, so ist“ (P11, t1, 122).

Hier kommt klar zum Ausdruck, dass sich die Patientin einige Änderungen wünschte. Denn so würde es für sie leichter sein, nicht zu trinken. Eine andere Patientin machte sich Gedanken darüber, womit sie das Trinken ersetzen könnte.

„[I]ch muss ja den Alkohol, den ich früher in Unmengen getrunken habe, durch irgendetwas ersetzen. Es kann ja nicht einfach nichts sein, sonst … sonst ist man auch leer und denkt: ‚Ja und jetzt? Was soll das? War das nun das Leben?‘ Oder … Und ich kann das sehr gut … mit Sport ersetzen, auch mit so spirituellen Sachen, mit Yoga, mit so Sachen“ (P5, t1, 169).

Ganz im Gegensatz dazu äußerten sich die Patientinnen, die sich vor allem auf die Abstinenz konzentrierten. Die bisherigen Lebensumstände wurden dabei kaum in Frage gestellt.

„Weil ich [betont] will mich ändern, nicht mein Umfeld muss sich ändern“ (P10, t1, 44).

„Ja, also im Vordergrund ist natürlich schon der Alkohol, das ist klar. Also wegen dem bin ich ja da“ (P3, t1, 85).

Eine Patientin ging davon aus, dass sich allein durch die Abstinenz Veränderungen ergeben würden:

„Veränderung ist ganz sicher … äh … an erster Stelle, keinen Alkohol mehr zu trinken. […] Weil das hat sehr, sehr viel zerstört bei mir im Leben. […] Und das andere, dünkt mich, das kommt so von, von allein“ (P1, t1, 26–30).

Vor allem die Ängste davor, zu Hause wieder mit dem Trinken zu beginnen, zeugen von einer Unsicherheit, den Alltag ohne Alkohol bewältigen zu können. Weil fast allen aufgrund der familiären Verpflichtungen ein Bruch mit der Vergangenheit nicht komplett möglich ist, kehren sie in den alten Kontext zurück. Dabei sind sich die Patientinnen nicht sicher, ob sich die angestrebte Abstinenz (oder das kontrollierte Trinken) auch nach dieser Rückkehr umsetzen lassen wird. Folgende Zitate illustrieren diese Unsicherheiten:

„[M]eine größte Befürchtung ist, dass ich ins alte Muster zurückfalle“ (P2, t1, 156).

„Dass die Sachen, die mich so wieder zum Trinken geführt haben, dass die sich wieder anhäufen und dass ich das irgendwie … wieder nicht in den Griff bekomme und dass dann einfach wieder … (P2, t1, 36).

„Ja, ich bin einfach … gut, am Anfang [beim Nachhausekommen] habe ich auch, es ist ja normal, ein wenig Angst gehabt, dass wieder … wieder gut wird“ (P4, t2, 191).

Trotz der Vorfreude auf das Wiedersehen mit der Familie kann Verunsicherung bestehen.

„Ich freu mich drauf, trotzdem, ähm [Sprechpause von sieben Sekunden] äh, trotzdem habe ich einfach Angst, dass ich wieder in den gleichen Trott reinfallen könnte“ (P11, t1, 92).

Im Folgenden wird nun darauf eingegangen, wie das Thema Anerkennung und Wertschätzung als relevante Bedingung im zu verändernden Alltag die Patientinnen beschäftigt.

Zwischen der Verwirklichung eigener Vorstellungen und der Erfüllung geringschätzender Pflichten

Haushaltspflichten, das Leben mit der Familie und/oder die Erwerbstätigkeit prägen den Alltag der Patientinnen. Je nachdem vermittelt dies ihnen Freude und Anerkennung oder aber wenig Anerkennung und Langeweile. Sei es nun als Frau und Mutter, als Ehefrau/Partnerin oder Alleinerziehende, als Hausfrau und Berufstätige – die Patientinnen beschäftigen sich vor der Rückkehr in den Alltag vertieft damit, inwiefern sie diese Aufgaben mit Zufriedenheit erfüllen. Fehlende Freude oder fehlende Anerkennung bei den Tätigkeiten,

wenig Wertschätzung durch die Familienangehörigen und Gefühle der Langeweile können einen problematischen Alkoholkonsum begünstigen. So verdeutlichen wiederkehrende Aussagen der Patientinnen, dass diese nur noch „funktioniert“ oder sie sich „leer“ gefühlt hätten. Damit weisen sie darauf hin, dass sie in ihren Rollen im bisherigen Alltag wenig Anerkennung und Wertschätzung erfahren hatten. Auch die Erfahrung die Zeit zu Hause als „vorig“ zu erleben, lässt darauf schließen, dass die Patientinnen über Zeit verfügen, die sie nicht mit einer Tätigkeit füllen können, die ihnen sinnvoll erscheint, ihnen Freude oder Anerkennung gibt:

„Dass ich nicht nur irgendwie Mutter bin und, und [Berufsbezeichnung] und arbeite, und ich selber bin gar niemand“ (P5, t1, 161).

„Ähm, das Problem war manchmal ein wenig, dass ich ein wenig zu viel vorige Zeit hatte“ (P3, t1, 23).

„Und ja, ich habe einfach … ich wollte … ja … wie soll ich sagen … Wert, einen Wert haben in meinem Leben“ (P12, t1, 302).

Vor allem die Verpflichtungen zu Hause scheinen mit dem Risiko der fehlenden Anerkennung verbunden zu sein:

„[D]as ist als Mutter einfach ganz anders, oder? Da, da bekommst du noch einen Rüffel, wenn du das falsche Mittagessen gekocht hast, worauf das Kind keine Lust hat, oder? Oder wenn du etwas geputzt hast, dann sagt es nicht danke, sondern es ist in fünf Minuten wieder dreckig. Also, ist jetzt natürlich alles sehr übertrieben gesagt, aber es ist einfach so, oder?“ (P5, t2, 67)

Letztendlich bedeutet ein baldiger Einstieg bzw. eine baldige Rückkehr ins Erwerbsleben deshalb viel mehr als Anschluss oder als bloße Tätigkeit. Vielmehr ist die Erwerbstätigkeit mit Anerkennung verbunden, sie bietet Abwechslung sowie Gelegenheiten, um andere Menschen kennenzulernen.

„Dass man einfach nicht nur zu Hause herumsitzt, sondern wirklich sich langsam auch wieder an die Arbeitswelt einfach gewöhnen tut“ (P4, t2, 47).

„Klar, als Hausfrau hat man immer etwas zu tun, aber ich will auch etwas außerhalb vom Haus machen“ (P12, t1, 56).

„Die Abwechslung und unter die Leute gehen einfach, das brauch ich. […] Nicht mehr das Daheimsitzen und, äh … das bringt’s nicht, ja“ (P1, t1, 56–58).

„Ich hoffe, dass wieder arbeite dann. […] Ja, ich glaube, das ist das Wichtigste dann für mich, also eigentlich … ja“ (P14, t1, 84–87).

Bei der folgenden Patientin hatte die Berufstätigkeit einen weit höheren Stellenwert als die Verpflichtungen zu Hause.

„[…] wo wir Verantwortung haben, wir müssen Abend … im Abenddienst Auto fahren, wir müssen [Aufzählung drei weiterer Tätigkeiten] und und und, dann musst du einfach deinen Kopf hundert Prozent bei der Sache haben. Und das war lange mein Problem, dass ich die Arbeit von [Arbeitgeberin] immer viel mehr gewichtet habe, weder die da mit meinem […] eigenen Kind“ (P5, t1, 244–246).

Jedoch kann das Ausüben eines Berufes oder die Erwerbstätigkeit auch belastend sein; insbesondere dann, wenn Familie und Beruf sich schlecht vereinbaren lassen. Beispielsweise erschweren ein hohes Arbeitspensum oder Schichtdienst die Vereinbarkeit, wie aus den folgenden Schilderungen hervorgeht:

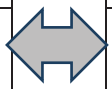
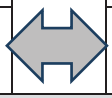
„Nein, das schon nicht, also ich hab den Job ja auch nur angefangen, weil … am Anfang hat er vielversprechend geklungen. Nachher am Schluss hat sich herausgestellt, dass es mit Schichtarbeit verbunden ist, und da ich ja alleinerziehend bin, ich kann ja meine Tochter auch nicht alleinlassen, acht Stunden, und dann hat das ja … hat es halt das auch ein bisschen Konflikte gegeben so … ich will schon arbeiten gehen, aber ich will auch … einfach irgendwie, Familie schaffen, alles zusammen unter einen Hut bringen können und das sollte dann wie … am Schnürchen funktionieren, also …“ (P2, t1, 230).

„Weil, ich arbeitete hundertzwanzig Prozent […,] war ich fast nie zu Hause […,] meine, äh … meine damals zwölfjährige Tochter ist von den Nachbarn betreut worden, und ich habe am Schluss nur noch als Roboter funktioniert, also aufgestanden, Frühstück. Zur ersten Arbeit … Ich hatte zwei Jobs … [Aufzählung einiger Tätigkeiten] mich umziehen, zur anderen Arbeit, um neun Uhr nach Hause. Und das sechs Tage pro Woche anderthalb Jahre“ (P15, t1, 24–28).

„Weil da habe ich nachher drei- … zweieinhalb, drei Tage glaube ich noch gearbeitet pro, und die Kleine habe ich dann in die Krippe gebra… da oben gebracht, […] und das war glaube ich zu viel. Raus und das Kind und drei Tage arbeiten“ (P7, t2, 265).

Abbildung 13 gibt die Auseinandersetzungen in Bezug auf die persönliche Entwicklung und Veränderungen wieder.

Abbildung 13: Entwicklung und Veränderungen

Entwicklung und Veränderungen		
Abstinenz als Voraussetzung	**vs.**	***Abstinenz als Ziel***
Abstinenz als Basis für Veränderungen		Abstinenz bringt automatisch Veränderungen
Verwirklichung eigener Vorstellungen	**vs.**	***Erfüllung geringschätzender Pflichten***
Umdeutung und Umdefinition bisheriger Rollen		Rückzug oder Rückfall in alte, belastende Muster

Quelle: eigene Darstellung

7.3 Die Wege zur ganzheitlichen Balance – Was die Verläufe prägt

Rückt man nicht nur das „neue Nachhausekommen" (P4, t2, 193) nach dem Klinikaufenthalt (t1/Zeitpunkt 1) in den Fokus der Analyse, sondern auch das, was sich im ersten halben Jahr ereignet und verändert hat (t2/Zeitpunkt 2), sind unterschiedliche Entwicklungen und Verläufe auszumachen. Um die Verläufe qualitativ bewerten zu können, bedarf es einer theoretischen Referenzgröße. Aufgrund der Erkenntnisse aus den Interviewanalysen zum Zeitpunkt 1 wurden Parallelen zu Hurrelmanns und Bründels (1997) interaktionistisch geprägtem Person-Droge-Umwelt-Ansatz offensichtlich (vgl. Kap. 2).

So erhalten die drei aus den Daten gewonnenen Herausforderungsebenen (soziales Umfeld – Beziehung zu den Kindern – persönliche Entwicklung und Veränderungen) theoretisch betrachtet eine hohe Aussage- und Differenzierungskraft insbesondere in Bezug auf ein spezifisch auf Mütter angepass-

tes Suchtdreieck in Anlehnung an Hurrelmann und Bründel (1997) Demnach befinden sich die Patientinnen einerseits in einer zu erwartenden permanenten Spannung zwischen persönlicher Individuation (Auseinandersetzung mit persönlicher Entwicklung und Veränderung) und sozialer Integration (Auseinandersetzung mit sozialem Umfeld und Beziehung zu Kindern). Doch insbesondere die soziale Umwelt scheint bei alkoholabhängigen Müttern eine wichtige Rolle zur Erreichung einer Gesundheitsbalance zu spielen.

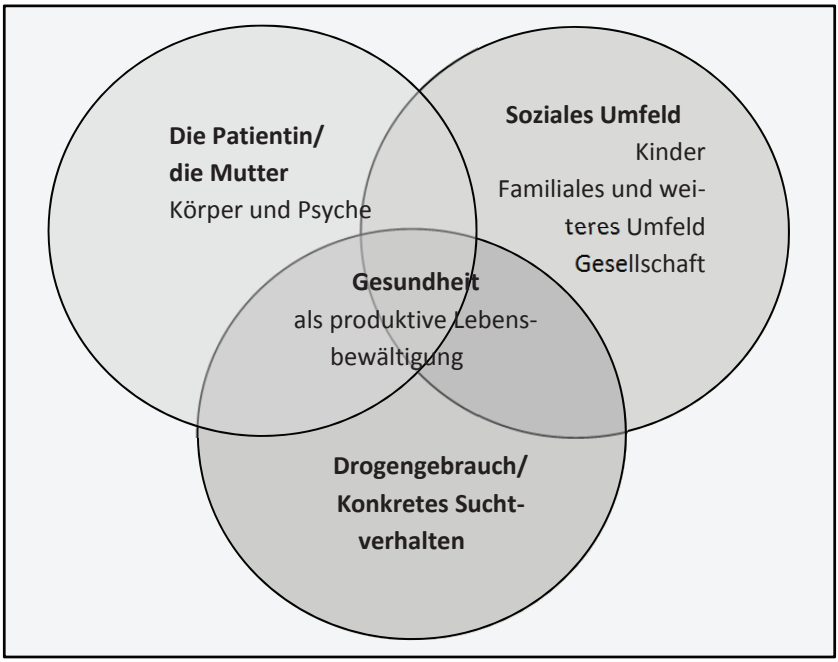
So stellt sich ihnen diese Herausforderung in der Beziehung zu den Kindern und der Positionierung als Frau und Mutter im sozialen Umfeld wie auch in der Gesellschaft gleich doppelt. Darauf scheinen sie jedoch selten ausreichend vorbereitet zu sein – im Gegensatz beispielsweise zur möglichen Konfrontation mit dem Alkohol. Sie stehen zeitlich unter Druck und müssen sich unterschiedlichen Anforderungen stellen, insbesondere sogenannten mütterliche Kompetenzen, der Aufarbeitung der Vergangenheit in Bezug auf nahestehende Personen (besonders in Bezug auf Kinder und Familie) sowie einem beruflichen und gesellschaftlichen (Wieder-)Einstieg.

Ob nach dem Klinikaufenthalt wieder Druck, Stress und Verunsicherung und somit gesundheits- und/oder suchtgefährdende Situationen entstehen können, hängt offensichtlich davon ab, ob und wie eine Balance zwischen Mensch, Umwelt und Droge (Hurrelmann, Bründel 1997: 20) gefunden werden kann. Bezogen auf die drei Herausforderungen lässt sich auch von einer Balance zwischen Patientinnen/Müttern, dem sozialen und familialen Umfeld und dem Alkohol sprechen. Je weniger die genannten personeninternen und personenexternen Balancefaktoren aufgeboten werden können, desto eher kann es zur Überforderung in der Alltags- und Lebensbewältigung der Patientinnen und schließlich zu einem gesundheitsgefährdenden Ungleichgewicht kommen. Und gerade in diesen physischen oder psychischen Überforderungen erscheint der Alkoholgebrauch zur Stabilisierung der Gesundheitsbalance sehr verlockend (Hurrelmann, 2000). Doch muss auch eine hohe Alltagsbelastung der Mütter ohne Konsum als ungesunder Zustand gesehen werden. Das heißt, dass die Patientin in andauernder Dysbalance bzw. in andauerndem Ungleichgewicht keine ganzheitliche Gesundheit mehr aufrechterhalten kann. In der Adaption des Suchtdreiecks (Hurrelmann, Bründel: 1997) an die Erkenntnisse aus den Interviewanalysen ist für Mütter nach dem Klinikaufenthalt zum Erlangen einer ganzheitlichen Gesundheit bzw. eines ganzheitli-

chen und stabilen Wohlergehens eine Balance zwischen nachstehenden Faktoren zu erstreben:

- **Faktor Patientin/Mutter** (vgl. Herausforderung 3, Entwicklung und Veränderung):
  Entscheidende Balancefaktoren sind persönliche Entwicklung, Eingebundensein in den sozialen Kontext, körperliche Konstitution, (Situation am) Arbeitsplatz, Zufriedenheit mit dem eigenen Leben (Diskrepanz zwischen Ideal- und Real-Ich).
- **Faktor soziales Umfeld:**
  a) Kinder (vgl. Herausforderung 2, Beziehung zu den Kindern):
  Entscheidende Balancefaktoren sind verstehender Austausch über die Sucht und das süchtige Verhalten zwischen Mutter und Kind (abhängig von Alter und erlebtem Verhalten), strukturelle Bedingungen des Alltags bezüglich Kinderbetreuung.
  b) Familiales und weiteres soziales Umfeld (vgl. Herausforderung 1, Positionierung als Frau und Mutter im sozialen Umfeld):
  Entscheidende Balancefaktoren sind Akzeptanz des süchtigen Verhaltens (als Frau und Mutter) im Umfeld, Verbreitung des Alkohols im Alltag, strukturelle Bedingungen des (neuen) Alltags wie Arbeitslosigkeit oder Familien- und Partnerschaftssituation.
  c) **Gesellschaft** (vgl. Herausforderung 1, Positionierung als Frau und Mutter im sozialen Umfeld):
  Entscheidende Balancefaktoren sind Frauen- und Mutterbilder bzw. Akzeptanz des süchtigen Verhaltens (als Frau und Mutter) in der Gesellschaft und gesellschaftliche Akzeptanz von Alkohol.
- **Faktor Droge/konkretes Suchtverhalten** (vgl. Herausforderung 3, Entwicklung und Veränderung):
  Entscheidende Balancefaktoren sind Verträglichkeit, Dosis, Griffnähe und anwendbare Strategien im Umgang mit Alkohol.

Abbildung 14: Die Rolle des Drogenkonsums als Medium zur Herstellung der Gesundheitsbalance



Quelle: in Anlehnung an Hurrelmann, Bründel 1997: 8

Herausforderungen im Alltag als unsicherer Balanceakt

Mit Hurrelmanns und Bründels interaktionistischer Herleitung der daraus entstehenden Balance- oder Spannungszustände (1997) können die analysierten Verläufe der Patientinnen im ersten halben Jahr theoretisch gerahmt, verglichen und entsprechend auch voneinander abgegrenzt werden. Nicht nur das Verhältnis zwischen den drei zentralen Herausforderungen ist bedeutend. Vielmehr beeinflusst auch das Verhältnis zwischen den insgesamt acht widersprüchlich und/oder hoch belastend wahrgenommenen Themen innerhalb der Herausforderungen das Erreichen und Halten oder Nichthalten einer gesundheitsförderlichen Balance im Familienalltag.

Im Folgenden wird auf die Bedeutung der drei Herausforderungen in den individuellen Verläufen näher eingegangen. Dabei wird dargestellt, wie Belastungen in den einzelnen Themenbereichen entstanden oder abnahmen. So

verstärkte sich die Belastung im Zusammenspiel der Personen-, Umwelt- und Drogenfaktoren:

- falls darin oder dazwischen widersprüchliche oder unvereinbare Faktoren bestehen blieben oder neue auftauchten,
- falls einzelne Themenbereiche wie beispielsweise Vertrauen versus Schuld und Scham (unabhängig von Widersprüchlichkeit zu anderen Themen) große, unbearbeitete Belastungen aufwiesen,
- falls versucht wurde, Widersprüche oder Belastungen zu verdrängen, diese scheinbare Abwesenheit von Spannungen und Problemstellungen zunehmend labil und prekär wurde.

Die einzelnen Verläufe unterscheiden sich dadurch, wie und in welchem Ausmaß die Patientinnen im ersten halben Jahr in diesen Herausforderungen Belastungen abbauen konnten. Ob und wie dies ihnen gelingt, hängt davon ab, inwiefern Widersprüche minimiert, konkrete Veränderungen des bisherigen Kontextes oder des eigenen Verhaltens aktiv angegangen oder eine andere Haltung sich selbst und/oder anderen gegenüber eingenommen werden kann. Je mehr es den Patientinnen gelingt, einen förderlichen Umgang mit den an sie gestellten widersprüchlichen Herausforderungen zu finden, desto unbelasteter, selbstbestimmter und kongruenter gestalteten sie nach einem halben Jahr ihren Alltag sowie den Alltag mit der Familie. Ereignisse bzw. Bewältigungsmuster oder Wege, die dazu führen, sind in den Verläufen sehr unterschiedlich: beispielsweise neue Lebensfreude, Anpassung von Zielen nach einem Rückfall, systemisch-therapeutische Aufarbeitung der Vergangenheit, ausführliche Aussprachen mit dem Kind, Auszug des Partners, Konfrontation mit den Eltern oder Unterstützung durch die Nachbarschaft.

Hierfür braucht es keine definitive Klärung der Rolle, keinen offenen Austausch mit allen Menschen im nahen und weiteren sozialen Umfeld, keine Aussprachen über alle Details und Kränkungen, die man mit den Kindern durchgemacht hat, und auch keine absolute Kontrolle über das eigene Verhalten oder die individuell beeinflussten Veränderungen. Aber es braucht konstruktive Aushandlungen und Annäherungen. Große Hindernisse bzw. Belastungen, die Aushandlungen und Annäherungen verunmöglichen, gilt es folglich zu minimieren.

7.4 Ein halbes Jahr später: Der Umgang mit den Herausforderungen

„Wenn man dann nach Hause kommt und die alltäglichen Probleme kommen, dann wird es schon schwieriger“ (P8, t2, 10).

Entlang der drei analysierten Herausforderungen wird nun anhand von Zitaten und Beispielen dargestellt, wie die Patientinnen[7] die Herausforderungen bewältigen konnten. Zunächst werden die belastenden, danach die entlastenden Aspekte aufgeführt.

7.4.1 Bewältigung: Positionierung als Frau und Mutter im sozialen Umfeld

Das soziale Umfeld spielt eine wichtige Rolle, ob den Patientinnen[8] im ersten halben Jahr eine stabile, selbstbewusste Positionierung gelingt. Beispielsweise kann der Umgang mit der Ambivalenz zwischen dem gewünschten Vertrauensaufbau einerseits und der Schuld und Scham andererseits durch ein soziales Umfeld, das der Patientin Verständnis oder Versöhnung entgegenbringt, erleichtert werden. Ist das soziale Umfeld hingegen wenig oder kaum bereit, Verständnis oder Vertrauen zu zeigen, so erschwert dies die Bewältigung des gesamten Alltags. Denn den Patientinnen gelingt es kaum oder nur unter erhöhtem Druck, das benötigte Vertrauen zu gewinnen. Weiter hängt es von der Unterstützung des sozialen Umfeldes ab, ob es den Patientinnen gelingt, die eigenen Bedürfnisse im Familienalltag einzubringen. Dies gilt auch für die Kommunikation über die Erkrankung und deren Folgen. Ein wenig verständnisvolles Umfeld wird die Aussprache darüber eher erschweren.

Der Einfluss des sozialen Umfelds ist dabei nicht einseitig, vielmehr steht es mit der Patientin in einer fortwährenden Wechselbeziehung. So wirkt das Verhalten der Patientin auf die Einstellungen und Reaktionen des sozialen

7 Die folgenden Darstellungen beruhen auf den Aussagen der 14 Patientinnen, die sich für beide Interviews zur Verfügung gestellt hatten.

8 Wir bezeichnen die interviewten Patientinnen im Folgenden wegen der besseren Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit weiter als Patientinnen, obwohl sie durch das Beenden der Entwöhnungsbehandlung keine Patientinnen mehr sind.

Umfelds. Das Verhalten des sozialen Umfelds seinerseits beeinflusst die Patientin in ihrer Selbstsicherheit und den Umgang mit der Sucht.

Belastende Aspekte: Zwischen Vertrauen, Schuld und Scham

Belastend ist, wenn es nicht gelingt, das Vertrauen der nahen Angehörigen zu gewinnen und die von Enttäuschungen und Schuldzuweisungen geprägte Vergangenheit aufzuarbeiten bzw. sich davon zu lösen; und zwar unabhängig davon, ob es zu einem erneuten Alkoholkonsum oder Rückfall gekommen ist. Auch wenn die Patientinnen nicht mehr trinken, werden sie stigmatisiert und diskreditiert. Folglich begegnen ihnen die nahestehenden Personen mit Misstrauen und sie werden mit Schuldzuweisungen für vergangene wie auch gegenwärtige Ereignisse konfrontiert. Das Interesse des sozialen Umfelds an ihrem Befinden nimmt dabei ab, der Druck, als Mutter zu funktionieren und vor allem nicht mehr zu trinken, nimmt hingegen zu.

Für eine neue Positionierung als Frau und vor allem auch als Mutter mit einer Suchtvergangenheit fehlt ihnen kurz nach dem Klinikaufenthalt erfahrungsbasiertes Selbstvertrauen, aber auch das Anknüpfen an sozial anerkannten Rollen in der Familie, im Bekanntenkreis, in der Nachbarschaft und im Arbeitsumfeld.

Beispielsweise hat bei einer Patientin nach Jahren heimlichen Trinkens das Eingeständnis ihres Alkoholproblems – indem sie sich stationär behandeln ließ – unweigerlich dazu geführt, dass sie stigmatisiert und auf diese negative Zuschreibung reduziert wurde. Selbst ein halbes Jahr später gelang es ihr nicht, sich von diesen negativen und beschuldigenden Bildern zu lösen.

„[…] haben mich praktisch alle abgestempelt und du bist krank und du bist weg, oder?“ (P8, t2, 350)

Eine andere Patientin traf nach dem Klinikaufenthalt auf ein soziales Umfeld, das ihr Misstrauen entgegenbrachte. Obwohl sie regelmäßig Urinproben abgab und somit durch einen medizinischen Beleg ihre Abstinenz sichtbar zu machen versuchte, wurde ihr kein Vertrauen entgegengebracht und Manipulation vorgeworfen:

„Mein Exfreund und die Mutter haben mir nicht geglaubt, obwohl ich Up [Urinprobe] abgegeben habe. Dann haben sie mir nicht geglaubt. Ich könne das ja manipulieren und so. Und dann habe ich mit dem Arzt geredet. Der hat mir gesagt: ‚Ja gut, dann

nehmen Sie das Antabus [Medikament[9]], dann können sie nichts mehr … also keine dummen Sprüche mehr fallen lassen'" (P14, t2, 96).

Provozierende Kommentare können erneute Schuld- und Schamgefühle auslösen. Einer Patientin wurde beispielsweise die alleinige Schuld für die Schwierigkeiten ihres Mannes bei seiner Arbeit zugeschoben:

„Ähm, einfach von den Schwiegereltern die Kommentare und äh, dass die ganze Schuld auf mich geschoben wurde, dass mein Mann trinkt zum Beispiel, dass, dass er Schwierigkeiten in der Arbeit hat, also alles war im Grunde meine Schuld" (P11, t2, 359).

Unabhängig davon, ob diese Patientinnen getrunken hatten oder nicht, war es für sie bis zu einem halben Jahr nach Austritt nicht möglich, Vertrauen zurückzugewinnen. Das Umfeld wird als verständnislos und wenig unterstützend wahrgenommen – das Gleiche wird vom Umfeld oft auch den Patientinnen vorgeworfen. Die Kritik und Schuldzuweisungen dürften ein passives und zurückhaltendes Verhalten der Patientinnen verstärken. Auch geraten sie unter Druck, sich zu beweisen, nicht rückfällig zu werden, alles wiedergutzumachen. Hier zeigt sich, dass die Patientinnen allein durch die Abstinenz das Vertrauen des sozialen Umfeldes nicht erlangen können.

Bei einigen Patientinnen entstehen zusätzliche Verunsicherungen nicht nur durch ein latentes Misstrauen im Umfeld, sondern durch die ganz konkrete Angst davor, dass ihnen bei einem Rückfall oder anderen Vorfällen das Kind weggenommen würde. So äußerte es folgende Patientin:

„Ja, ich muss, ja. Ich muss daran glauben, es darf nicht mehr passieren. Vor allem auch wegen der Kleinen, sonst habe ich keine Kleine mehr" (P7, t1, 97).

Es kommt auch vor, dass Meldungen an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde[10] durch Angehörige erfolgen.

„[…] dann haben sie mich aber gesehen mit zwei, drei Cüpli[11] am [Familienfest] und dann hat mein Ex gerade den Beistand[12] angerufen. Ein paar Tage später haben sie mir dann den Kleinen weggenommen" (P14, t1, 122).

9 Antabus ist ein Medikament zur Verminderung der Alkoholverträglichkeit. Es wird zur Unterstützung der Abstinenz in der medizinisch-therapeutischen Behandlung einer Alkoholabhängigkeit eingesetzt. Die Wirkung besteht darin, dass der Alkohol in der Leber nicht mehr vollständig abgebaut werden kann und sich ein giftiges Stoffwechselprodukt (Acetaldehyd) anreichert. Wer Antabus nimmt und dennoch Alkohol trinkt, erfährt sehr unangenehme oder gefährliche Unverträglichkeitsreaktionen wie Hitze, Hautrötung, Kopfschmerzen, Atemnot, tiefer Blutdruck etc.

10 Die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde vereint in sich das deutsche Familiengericht und Teilaspekte des Jugendamtes. Für weiterführende Informationen verweisen wir auf das Handbuch Kindes – und Erwachsenenschutz von Rosch, Fountaoulakis und Heck (2016).

Ist das problematische Trinken bei der Behörde und somit offiziell aktenkundig, wird den Patientinnen zusätzlich bewusst, dass es schwierig sein dürfte, auch im Privaten wieder Vertrauen aufbauen zu können. In Bezug auf das elterliche Sorgerecht scheint ihnen klar zu sein, dass ihre Krankheit im Zweifelsfall stets gegen sie ausgelegt werden kann.

Selbst eine Patientin, der die Fachkraft in der Nachsorge das Gegenteil versicherte, konnte nicht davon überzeugt werden. Nach eigener Aussage hätte sie es schwer das Sorgerecht im Falle einer Trennung vom Ehemann zu erlangen.

„[I]ch sehe da ein wenig schwarz. Also, er [die Fachkraft] sieht das ziemlich rosig, er meint, als Mutter hätte man immer Chancen, aber ich meine, mit meiner Vergangenheit" (P8, t2, 148).

Belastende Aspekte: Zwischen Mutterrolle und eigenen Bedürfnissen

Können die eigenen Bedürfnisse mit denen der Familie nicht vereinbart werden, findet ebenfalls selten Entlastung im Alltag statt. So stellte eine Patientin, die während der stationären Behandlung „zu sich finden" konnte, ein halbes Jahr später fest, dass ihr dies in ihrem Alltag kaum gelang.

„[W]eg sein von der Familie, das hat mir, ähm, äh, die Kraft gegeben, irgendwie auch wieder zu mir zu finden. Und gleich natürlich habe ich meine Tochter extrem vermisst, aber ich merke im normalen Umfeld, dass es viel schwieriger ist" (P8, t2, 332).

Auch wenn die Vorstellungen bezüglich des Familienlebens nicht von allen geteilt werden, wird es schwierig, den Familienalltag mit den eigenen Bedürfnissen zu vereinbaren. Bei einer Patientin zeigte es sich, dass sie ihren Alltag, den sie als „Trott" bezeichnete, gern verändert hätte. So nahm sie sich kurz nach ihrem Klinikaufenthalt noch vor, neue Personen kennenzulernen, insbesondere Familien, um mit ihnen gemeinsam die Freizeit zu verbringen. Der Ehemann hingegen verstand diesen Wunsch offenbar ebenso wenig wie andere Unterstützungs- und Verhaltensformen, die den Bedürfnissen seiner Partnerin entgegengekommen wären:

„Weil er es gewohnt ist, am PC oben abends zu sitzen und da sein Bier zu trinken. […] Hauptsächlich am Wochenende und während der Woche am Abend habe ich ja nichts gegen, wenn er in die Kneipe geht und seine zwei, drei Bier trinkt, das ist ja in

11 Ein Cüpli ist ein Glas Sektwein.

12 Im zivilrechtlichen Kindesschutz erhält ein Kind zu seinem Schutz und zur Unterstützung der Eltern eine Beistandsperson. Dem Beistand, der Beiständin werden dabei bestimmte Aufgaben und/oder bestimmte Rechte übertragen.

Ordnung. […] Es ist nur an den Wochenenden dann recht extrem, aber das ist … das mag er, das ist seine Entspannung“ (P11, t2, 113–118).

Auch dieser Patientin gelang es nicht, den Alltag zu entlasten und so zu gestalten, wie es ihrem Bedürfnis nach einer ausgeglichenen Gesundheitsbalance entspräche. Der Ehemann sabotierte durch sein Verhalten die Bemühungen seiner Ehefrau. Denn er teilte die Vorstellungen seiner Ehefrau nicht, gemeinsam mehr Zeit mit der Familie zu verbringen. Es scheint, als stelle er sich gar demonstrativ allen Zielen entgegen. Dies dürfte es der Patientin offensichtlich erschweren, sich ihren Zielen zu nähern.

Belastende Aspekte: Zwischen Offenheit und Tabuisierung

Wie dargelegt wurde, müssen sich die Patientinnen damit auseinandersetzen, wem sie von ihrer Abhängigkeit erzählen und wie transparent und ausführlich sie sein wollen oder dürfen. Ob und wie die Kommunikation erfolgt, hängt nicht zuletzt auch vom Verhalten des sozialen Umfelds ab. Die belastenden Aspekte werden im Folgenden aufgezeigt.

Gesellige Anlässe, an denen in der Regel Alkohol konsumiert wird, können oder wollen manche Patientinnen nicht meiden. Allerdings müssen sich einige dafür rechtfertigen, keinen Alkohol zu trinken. Welche Gründe könnte man dafür angeben? Schließlich will man ja nicht allen vom Alkoholproblem erzählen.

„[…] das sieht ja komisch aus, wenn ich sage: ‚Ich will nicht‘“ (P6, t2, 242).

Eine andere Patientin war sich unsicher, wie sie den Fragen der Nachbarn und Nachbarinnen begegnen sollte, als diese sie nach ihrem Befinden fragten. Die mehrwöchige Abwesenheit warf in der Nachbarschaft offenbar Fragen auf, die eine Antwort verlangten. Die Patientin wollte ihre Sucht nicht offenlegen. Aber dadurch, dass sie keinen plausiblen alternativen Grund für ihre Abwesenheit angeben konnte, erlebte sie die Fragen als unangenehm.

„Ja, am Anfang habe ich auch ein wenig, also vor allem, als ich weg war, wenn man so die Nachbarn trifft, ist es …[…] die haben dann immer gefragt: ‚Ja, wie geht's?‘ Gut, die haben nicht so recht gewusst, ((lacht)) was los ist, sie haben einfach gewusst, dass ich in einer Kur oder irgendwo bin. Aber, äh, jetzt fragt eigentlich niemand mehr danach. Also, sie haben ja gesehen, dass ich wieder da bin“ (P4, t2, 203).

Entsprechend war die Patientin erleichtert darüber, als die Fragen der Nachbarn und Nachbarinnen nachlassen.

Auch wenn die Abhängigkeit kein Geheimnis ist, wird die Aussprache darüber in einem wenig verständnisvollen Umfeld erschwert. Das kann dazu

führen, dass niemand über die Sucht spricht, obwohl das nahe soziale Umfeld davon weiß. Daraus können widersprüchliche Situationen entstehen, wie es anhand einer Patientin aufgezeigt wird. Diese wollte mit ihren nahen Angehörigen über ihr problematisches Trinken reden, jedoch blieb ihr dies verwehrt, da dies den anderen „peinlich" war. Alle in der Familie wussten von der Sucht, aber niemand sprach darüber.

„Ja, meine Schwester weiß es, mein Bruder weiß nur, dass ich nicht mehr trinke, aber wie es war, weiß er … sie haben es alle gewusst eigentlich … also alle haben es gewusst" (P12, t2, 215).

„Aber niemand hat etwas gesagt, weil das macht man nicht, weil in [Herkunftsland] ist das etwas ganz Peinliches, vor allem für, für eine Frau" (P12, t2, 217).

Weil die Patientin in einem schweigenden Umfeld keine Kontrolle darüber haben kann, wer Bescheid weiß und wer nicht, und andererseits die Personen im sozialen Umfeld nicht wissen, wie sie sich verhalten sollen, wird in solchen Konstellationen der Alltag für alle Beteiligten schwer; wie auch im folgenden Beispiel, in dem die Schwester nicht wusste, ob sie beim Essen ein Glas Wein trinken dürfe, worauf die Patientin mit einem Witz reagierte, um die Situation zu entspannen und nicht weiter darüber sprechen zu müssen.

„[I]ch fand das noch lustig, [Frage der Schwester] oder? Und habe zu ihr gesagt: ‚Nein, ich reiße dir gerade das Glas aus der Hand', und … äh" (P12, t2, 207).

Die Schwester wird nun wissen, wie sie sich in dieser Situation verhalten soll. Jedoch bleibt fraglich, ob damit auch auf Dauer Unsicherheiten bei den Angehörigen abgebaut werden können. Darüber hinaus kann die Patientin hilfreiche Beziehungen nicht für sich nutzen. Hierfür bräuchte es einen vertieften und ernsten Austausch über die Erkrankung.

Entlastende Aspekte: Zwischen Vertrauen, Schuld und Scham

Der Umgang mit der Ambivalenz zwischen Vertrauen einerseits und Schuld und Scham andererseits gelingt in einem verständnisvollen und unterstützenden sozialen Umfeld viel besser. Das bedeutet nicht, dass in diesen Verläufen die Menschen im Umfeld keine Schuld- und Vertrauensfragen stellen würden oder kein Aufarbeitungsbedarf bestünde. Aber die Differenz zu den oben beschriebenen Verläufen zeigt sich so, dass die Patientinnen keine Ängste vor Vertrauensverlust haben und auch keine Angst haben müssen, dass sie andere durch ihr Verhalten enttäuschen. Die folgenden Zitate zeigen, dass die Patientinnen vor allem positive Zuwendungen und Ermunterungen erfuhren.

„[S]ie haben auch nicht ein Riesenpapipapo gemacht. Also, klar, dann bin ich umarmt worden: ‚Hey, […] schön, bist du da', und so, aber nicht: ‚Hey, und was ist passiert und wie war es und wie geht's dir?', und bla … sondern einfach so völlig gut, einfach völlig gut, ja" (P5, t2, 139).

„[S]ie sind wirklich auf einer, äh, Basis, wo ich Unterstützung gerne annehme, oder, zum Beispiel, ich weiß auch nicht, wenn jetzt jemand sagen würde: ‚Ja, nein , jetzt hast du ein Glas Wein getrunken', anstatt, ‚Ja, war ja nur eines, ist nicht so schlimm. Das kann man übergehen. Schauen wir, bleiben wir auf dem Fokus'. Also eben, sie sind wirklich so, dass sie, dass sie es auf eine gute Art machen. Dass ich denn auch gern zu ihnen gehe und nicht dass ich denke, dass ich es müsste verstecken quasi" (P6, t1, 131).

„Und auch SMS manchmal geschickt, ja, ähm: ‚Du machst das super, wir sind stolz auf dich', und einfach so, und ich find es gut, dass das [sich stationär behandeln lassen] gemacht hast und so weiter, ja" (P3, t2, 133).

„[…] alle rundum, also sämtliche, ähm, Familienmitglieder, Freunde, Nachbarn, die, die es wissen, alle haben mir, ähm, den Rücken gestärkt" (P3, t2, 113).

Entlastende Aspekte: Zwischen Mutterrolle und eigenen Bedürfnissen

Gelingt es den Patientinnen, die eigenen Bedürfnisse mit den Bedürfnissen der Familie zu vereinbaren, sorgt dies für Entlastung im Alltag. Hierfür müssen jedoch erstens die Bedürfnisse verbalisiert und zweitens Zeit und Raum für die Befriedigung beider Bedürfnisse organisiert werden können. Dies wird anhand von zwei Beispielen aufgezeigt.

Zum Zeitpunkt des ersten Gesprächs hatte sich die Patientin vorgenommen, mehr Zeit für Aktivitäten wie Joggen in ihrem Alltag einzuplanen. Jedoch musste sie bald feststellen, dass sich diese Pläne im Familienalltag nicht umsetzen ließen. Dennoch konnte sie die eigenen Bedürfnisse im Familienalltag einbringen, wenn auch nicht im erwünschten Ausmaß, wie es noch im klinischen Setting möglich gewesen war. Vielmehr hatte sie im Verlauf des ersten halben Jahres ihre Erwartungen und Ziele an die Möglichkeiten in der Familie angepasst. Letztendlich war sie damit zufrieden, weil sie ihre Erwartungen und Ziele nicht ganz aufgegeben musste und ihr so eine gesundheitsförderliche Balance zwischen ihr und dem sozialen Umfeld gelang.

„Ja, sondern es war für mich einfach eine ganz klare logische Erkenntnis, und wenn ich so im Großen und Ganzen, es könnte noch wenig mehr sein, dass ich mir Zeit nehme, um joggen zu gehen, aber es ist, ich würde jetzt sagen, im Großen und Ganzen ist es okay. Also, es ist nicht so, dass ich denke: ‚O nein, jetzt habe ich das und das wieder, ich würde doch gern joggen gehen und' …. das eigentlich nicht, nein. Also, es ist … es ist okay" (P5, t2, 157).

Eine andere Patientin verglich ihre Bedürfnisse und Erwartungen daraufhin, ob sie mit der Lebenssituation zu vereinbaren waren. Als die Patientin aus

der Klinik nach Hause kam, stellte sie die Diskrepanz fest, dass ihre Bedürfnisse nicht mit denen des Ehemannes übereinstimmten. Ein Aushandeln war nicht möglich. Der Ehemann „bestand einfach darauf, dass er seinen Wein hat“ (P10, t2, 128). Er wollte weiterhin zu Hause Wein trinken und stellte diese Gewohnheit über den Wunsch der Frau, die abstinent sein wollte. Für sie hätten jedoch die herumstehenden Weinflaschen eine Versuchung bedeutet. Als Konsequenz trennte sich die Patientin von ihrem Mann. Durch die Trennung konnte sie ihre Bedürfnisse in ihrem Alltag besser umsetzen.

„Und da muss ich sagen: ‚Nein!‘ Jetzt geht er seinen Weg, ich gehe meinen Weg, wir kommen gut aus miteinander, das ist kein Problem, ich bin auch viel bei ihm“ (P10, t2, 130).

Entlastende Aspekte: Zwischen offener Kommunikation und Tabuisierung

Wenn die Patientinnen individuell gut einschätzen können, wem gegenüber sie welche Themen wie transparent und ausführlich ansprechen wollen, um einerseits Unterstützung, andererseits aber auch keine unnötigen Stigmatisierungen zu erfahren, kann dies den Alltag im ersten halben Jahr deutlich entlasten. Zentral scheint dabei auch, dass in der Kommunikation auf Lügengebilden verzichtet wird. Denn die könnten beispielsweise durch andere Erzählungen zusammenstürzen, und die Patientinnen würden in Erklärungsnot geraten. Eine Patientin ließ einen großen Kreis von ihrem Alkoholproblem wissen. Indem sie die Bekannten, Verwandten, Arbeitskolleginnen und -kollegen dazu aufforderte, sie darauf anzusprechen, sollten sie einmal merken, dass es ihr schlecht gehe, nutzte sie dies zugleich auch als Absicherung für einen erneuten Rückfall:

„Wir hatten auch mal noch ein Gespräch, wie es mit der Suchtproblematik aussieht und so, also haben wir übrigens alle drei Monate. Und dann haben wir auch abgemacht, dass auch sie von ihrer Seite, und da bin ich eigentlich auch noch froh um [Arbeitgeberin], weil das ja auch ein wenig Leute sind, die die merken, wenn’s dir mies geht oder wenn du wieder viel trinkst oder ihnen musst du auch nichts vormachen wollen. Das ist so ein wenig wie eine Absicherung für mich“ (P5, t2, 273).

Sie hatte zudem Geschwister, die „sehr viel Verständnis für Suchtproblematiken“ (P5, t2, 255) hatten.

Eine andere Patientin gestand ihrer Chefin, dass sie sich wegen der Sucht hatte behandeln lassen. Dabei konnte sie auf die Verschwiegenheit ihrer Chefin vertrauen. Zugleich wusste sie, wie sie auf die Fragen der Mitarbeitenden antworten sollte.

„Und auch die Arbeitskolleginnen haben mich da nur wegen den Depressionen etwas gefragt, das wegen dem Alkoholproblem ist eigentlich bei der Chefin geblieben, das weiß nur die Chefin und ich. Und die anderen wissen das nicht. Eben, einfach Depressionen, oder." (P2, t2, 61)

Eine ausgeglichene Kommunikationsstrategie muss nicht gleichgesetzt werden mit einer offenen Aussprache mit allen Menschen aus dem sozialen Umfeld. Vielmehr geht es darum, Sicherheit dadurch zu schaffen, dass die Patientinnen wissen, wer in welcher Ausführlichkeit informiert wird. Wichtig ist hierbei, dass es eine Kohärenz gibt, ohne widersprüchliche Verstrickungen oder ohne ungewollte Frustrationen oder Konfrontationen beispielsweise in der Kommunikation mit den Kindern.

Es folgen Ausführungen zur zweiten Herausforderung, der Beziehung zu den Kindern.

7.4.2 Bewältigung: Beziehung zu den Kindern

Wie gehen die Patientinnen im ersten halben Jahr nach dem Klinikaustritt mit widersprüchlichen Gefühlen gegenüber ihren Kindern um? Wie mit ihnen über die Erkrankung reden? Wie gestalten sie die Beziehung zu den Kindern? Dabei erweist es sich insbesondere als schwierig, wie mit schuld- und schambeladenen Ereignissen wegen der Sucht umzugehen ist. Die Vergangenheit kann nicht aus dem Gedächtnis verbannt werden, wie es sich eine Patientin gewünscht hätte.

„Dort hat es schon, dort habe ich zwei, drei Szenen im, im Kopf, wo ich sagen muss, äh, wenn ich die rückgängig machen könnte, dann, dann würde ich es. Oder wo ich irgendwie halb besoffen, nein, nicht halb, sondern ganz in der Stube war und das Kind dort und und … gut, das ist zwei Jahre her, aber das ist gleich. Und ich habe Rotwein getrunken, weil ich kein Bier mehr gehabt habe und dann habe ich den ganzen Rotwein in der Stube über den Teppich erbrochen und das Kind war neben mir […] also, eben es gibt zwei, drei so Szenen, wo ich sagen muss, äh, wenn ich die, äh, aus meinem Leben streichen oder aus meinem Gedächtnis und vor allem aus dem des Kindes, dann würde ich das sofort machen" (P5, t2, 185).

Positive Reaktionen der Kinder können die Patientinnen sehr motivieren, nicht mehr zu trinken. Eine Patientin erlebte es wie folgt:

„Sie hat's auch gemerkt. Eine andere Mama ist da" (P7, t2, 61).

Belastende Aspekte: Zwischen offener Kommunikation, Eingeständnis und Tabuisierung, Bagatellisierung

Wird die Alkoholerkrankung und die Behandlung tabuisiert oder das eigene Verhalten wegen der Sucht bagatellisiert, kommt es kaum zur angemessenen Aussprache mit dem Kind. Wie solch eine Aussprache bezüglich der jeweiligen Vorfälle zu gestalten ist, dazu fehlt den Patientinnen eine Orientierung.

Fehlt eine angemessen Aussprache, erhalten die Kinder als Konsequenz zu unklare oder zu wenig ausreichende Informationen über die Sucht und die krankheitsbedingte Abwesenheit der Mutter. Dies kann bei den Kindern Misstrauen und Fantasien befördern, in welchen sie sich eigene, teils sehr schlimme Gründe für das erlebte Verhalten oder die Abwesenheit der Mutter ausmalen.

Aus unterschiedlichen Gründen sind die Patientinnen nicht fähig oder bereit, ihre Kinder angemessen zu informieren. Beispielsweise kann es die Unsicherheit darüber sein, was das Kind von der Erkrankung mitbekommen hat, was es von der Erkrankung versteht und wie es diese bewertet. Oder es besteht der Wunsch, das Kind nicht mit der Alkoholabhängigkeit zu belasten, damit es wohlbehütet aufwachsen kann. Eine Patientin mit einem Kind im Vorschulalter sah es wie folgt:

„[…] weil der Kleine sollte so wenig wie möglich mitkriegen und seinen Alltag haben mit Freunden, mit Spielplatz, mit Kindergarten, mit seinem Zimmer“ (P11, t2, 154).

Ein weiterer Grund kann sein, dass die Patientinnen schlichtweg nicht wissen, wie sie die Kinder informieren sollen, und den Fragen der Kinder hilflos gegenüberstehen. So erging es folgender Patientin:

„Also, sie [die Tochter] war sehr wahrscheinlich auch froh, dass ich wieder zu Hause war. Also, in der letzten Zeit, als ich in der Forel Klinik war, hat sie manchmal geweint, als ich gegangen bin, und sie hat auch immer wieder gefragt, wann ich nach Hause komme, und das ist mir natürlich auch ziemlich schwergefallen, dann am Sonntagabend wieder zurückzugehen, und ich war wirklich auch sehr froh, dass ich wieder zu Hause bin“ (P4, t2, 89).

Lässt sich die Sucht oder deren Konsequenzen, wie beispielsweise ein Aufenthalt in der Klinik, nicht verheimlichen, kommt es vor, dass die Patientinnen ihren Kindern eine Unwahrheit erzählen. Beispielsweise erklären sie dem Kind, sie hätten arbeiten müssen, während sie sich tatsächlich wegen ihrer Abhängigkeit behandeln ließen. So taten es folgende Patientinnen:

„Dann haben wir miteinander immer telefoniert und da habe ich gesagt: ‚Mama ist hier am Arbeiten, der Papa ist zu Hause.' ‚Und wann kommst du?' ‚Und wann kommst du?', hat sie [die Tochter] immer gesagt. Ich sagte: ‚Nicht mehr lange, nicht mehr lange.' Es war schon ein wenig eine harte Zeit" (P7, t2, 123).

„[D]a hat er [der Sohn] gar nicht, äh, da hat er gar nicht so viel mitgekriegt, also wir haben ihn da ganz ferngehalten, er hat mich auch nicht besucht und, ähm, meine Mutter und mein Mann sagten zu ihm, dass ich arbeiten müsste für ein paar Tage. Also da war das Wort Krankenhaus nicht gefallen" (P11, t2, 93).

Das Ziel dieser Kommunikationsstrategie dürfte sein, die Kinder nicht zu überfordern. Deutlich größer scheint aber das Risiko zu sein, dass die Kinder die Informationslücken selbst schließen, indem sie sich etwas ausdenken. Das kann unter Umständen deutlich beunruhigender sein als die Realität.

„Und am Anfang habe ich richtig … sie hatte Mühe, sie hatte immer Angst, dass ich dann … wenn sie in den Kindergarten ging, sagte sie immer: ‚Mama, bist du dann zu Hause?' Am Anfang war es immer noch so. Sie hatte immer Schiss" (P7, t2, 85).

Das Kind hatte Angst und musste sich immer wieder vergewissern, ob die Mutter nach dem Kindergarten wieder zu Hause sein würde. Die Mitteilung der Mutter, dass sie in der mehrwöchigen Abwesenheit gearbeitet habe – sie sich aber tatsächlich stationär behandeln ließ –, schien dem Kind im Vorschulalter unglaubwürdig.

Fehlt das Eingeständnis der Patientin, dass das Kind das problematische Trinken bemerkt haben könnte, kann dies auch zu einer widersprüchlichen Wahrnehmung führen. Dies geschah etwa bei einer Patientin, die felsenfest davon überzeugt war, dass ihr Sohn nichts von ihrem Alkoholproblem bemerkt hatte. Selbst als der Sohn sie darauf ansprach, dass sie nämlich nach Bier rieche, wollte die Patientin nicht wahrhaben, dass der Sohn etwas bemerkt haben könnte. Trotzdem war die Patientin überzeugt, dass ihr Sohn sie auf ihren Alkoholkonsum ansprechen würde. Hier zeigt sich offensichtlich ein Widerspruch, da der Sohn sie ja bereits darauf angesprochen hatte.

Int: „[U]nd ihr Sohn hat es nicht gemerkt?

IP: Nein, also ein paar Mal hat er gesagt, ich rieche nach Bier, obwohl es Wein war, ich habe ja hauptsächlich Wein konsumiert. Etwa zweimal hat er es gesagt und und, äh, es fällt ihm gar nicht auf, dass ich nicht mehr trinke, es fällt ihm nur auf, dass ich jetzt Tee trinke, Kaffee trinke und so, aber dass ich jetzt keinen Wein mehr trinke, fällt ihm gar nicht auf. […] Sonst hätte er es angesprochen" (P12, t1, 261–264).

Durch Schweigen, vages Andeuten oder Erzählen von Unwahrheiten werden den Kindern klare Informationen vorenthalten. Zwar verschweigen es die Patientinnen in der besten Absicht: sei es zum Schutz des Kindes, sei es aus

Angst, sie zu überfordern, sei es, um den Vertrauensaufbau nicht zu gefährden oder dem Kind trotz der Sucht eine gute Mutter sein zu wollen. Dies scheint jedoch primär dazu zu führen, dass das Verhalten der Mutter aus der Perspektive des Kindes unberechenbar wird. Denn die Erklärungen, die das Kind erhält, stimmen nicht mit seiner Wahrnehmung überein. Dies führt zu einer Diskrepanz zwischen Erzählungen und Erfahrungen. Anstatt dass die Kinder den Müttern vertrauen, tritt als Konsequenz das Gegenteil ein. Die Kinder sind eher misstrauisch oder ängstlich. Dies dürfte eine gemeinsame Vertrauensbasis zwischen Mutter und Kind zunehmend verhindern.

Weiter wird eine Aussprache über die Erkrankung durch die Befürchtungen erschwert, dass das Kind es anderen Kindern weitererzählen könnte. Dadurch könnte die Patientin öffentlich zur Alkoholabhängigen degradiert werden und Gleichaltrige könnten sich deswegen über ihr Kind lustig machen oder es gar ausschließen.

„Nachher habe ich eben, nachher kommt die Schule, nachher eben Kindergarten, nachher fangen Kolleginnen an zu sagen: ‚Du, deine Mama ist so', das will ich nicht. Hm" (P7, t2, 319).

Selbst wenn die Bereitschaft zur Aussprache vorhanden ist, ist es schwierig, das Kind angemessen zu informieren. Dabei ist das Alter des Kindes zu berücksichtigen. Welche Informationen können wie vermitteln, damit das Kind die Abhängigkeit der Mutter und die Folgen versteht? Zweitens ist zu bedenken, was das Kind außerhalb des familiären Kreises erzählen darf und wie man dies dem Kind vermittelt. Für das Kind kann es belastend werden, wenn es von der Erkrankung weiß, aber nicht weiß, was es weitererzählen darf. So brachte eine Patientin ihr Kind in einen Loyalitätskonflikt, als sie es darum bat, in der Schule nicht über ihre Erkrankung zu sprechen.

„[I]ch bat sie, sie solle in der Schule nicht groß darüber erzählen, wo ich sei, oder? Dann hat sie das so aufgefasst, dass sie auch der Lehrerin nichts sagen darf. Und kam dann schaurig in eine Zwickmühle mit sich selber, weil sie, ähm, sie hätte ihr eigentlich gern erzählt, aber Mama hat ja gesagt, sie darf nicht, oder? […] Und ja, das ist, das nagte an ihr dann schon, sie wusste natürlich in dem Alter auch nicht, wie umgehen mit dem, oder?" (P3, t2, 95–97).

Zu einem späteren Zeitpunkt, nach einem Gespräch mit einer Fachkraft, versteht die Patientin das Ausmaß der Konsequenzen für ihr Kind:

„Ja, einfach weil sie, ähm, das Gefühl hatte, wenn sie etwas sich vielleicht verquatscht oder so. Oder wenn sie etwas sagt, und dann merkt sie [die Lehrerin] es, dass, äh, irgendwie kann sie es dann ableiten, wo die Mama ist und so, und dann sagte sie [die

Tochter] lieber gar nichts mehr, oder? Weil sie Angst hatte, sie verplappert sich sonst und … Und mir war das überhaupt nicht bewusst da, als ich ihr das sagte, dass das für ein Kind solche Auswirkungen haben kann. Eben, wenn ich sage: ‚Darfst nicht mehr darüber reden.' Dass … dem folgte sie, natürlich, oder? Aber sie hätte gleich gern mit ihr [die Lehrerin] gesprochen" (P3, t2, 107).

Die Patientin brachte ihr Kind mit ihrem Wunsch, in der Schule nichts zu erzählen, in eine schwierige Situation. Das Kind, das sich seiner Mutter gegenüber loyal verhielt, geriet in einen Konflikt, weil es nicht wusste, wie es dem Wunsch seiner Mutter gerecht werden sollte. Es wusste nicht, wem es was erzählen konnte, und sah als einzigen Ausweg, in der Schule nicht mehr zu reden. Anhand dieses Beispiels wird deutlich, wie ein Kind in ein Dilemma geraten kann, wenn die Aussprache über die Alkoholabhängigkeit nicht angemessen ist.

Im Gegensatz zu den Patientinnen mit jüngeren Kindern denken diejenigen, deren Kinder schon älter sind, dass diese ihr Alkoholproblem bemerkt haben. Auch wenn es außer Frage steht, dass die Kinder die Erkrankung der Mutter wahrgenommen haben, stellt sich die Frage nach der Angemessenheit in der Kommunikation. Eine Patientin versprach ihrem Kind, dass sie nun nicht mehr trinken werde. Dabei wusste sie, dass ihr Kind nicht wollte, dass sie wieder zu trinken beginnt. Trotzdem äußerte sie ihm gegenüber, dass dies sicherlich mit negativen Folgen verbunden sei. Seit sie abstinent sei, könne sie sich besser durchsetzen, da sie nun gegenüber dem Kind keine Schuldgefühle mehr habe:

„Ja, ich sagte ihr auch schon: ‚Gell, das ist Scheiße, dass die Mutter nicht mehr säuft! Jetzt muss ich kein schlechtes Gewissen mehr haben und keine Schuldgefühle mehr gegen dich, dir gegenüber. Jetzt muss ich nicht immer Ja sagen, jetzt kann ich Nein sagen.' Aber sie will trotzdem nicht, dass ich wieder würde anfangen zu trinken" (P2, t2, 169).

Die Information über die Erkrankung ist vorhanden, jedoch weist die Art der Kommunikation auf eine schwierige Beziehungsdynamik zwischen Mutter und Kind hin. Fraglich bleibt, ob diese Art des Austausches dazu führt, das Vertrauen des Kindes zu gewinnen oder die Beziehung zu verbessern. Auch scheint es so, als ob die Patientin durch die Abstinenz ihr schlechtes Gewissen beruhigen könne. Gleichzeitig scheint es offensichtlich zu sein, dass durch die Abstinenz und mit dieser Kommunikationsstrategie dies kaum möglich sein dürfte.

Belastende Aspekte: Zwischen Aufarbeitung und Neuanfang

Allein durch die Abstinenz wird sich die Beziehung zum Kind nicht verbessern. Dies musste eine Patientin mit einem Kind im Pubertätsalter erfahren. So ließ die Jugendliche ihre Mutter deutlich spüren, dass sie nicht daran glaubte, dass ihre Mutter nicht mehr trinken werde. Die Jugendliche hegte diesbezüglich auch keinerlei Erwartungen. Die Patientin nahm dies wie folgt wahr:

„Und da war so ein Misstrauen da. Also etwa: ‚Sie schafft es ja sowieso nicht, sie säuft ja, fängt ja wieder an säu… also trinken', also das habe ich so gespürt, dass …" (P2, t2, 161).

Demnach wirken sich Unsicherheiten darüber, wie mit dem Kind umzugehen sei, wenig förderlich für eine tragfähige Beziehung aus. Ein weiteres Beispiel:

„Ähm, vom schlechten Gewissen und vom Gedanken, dass ich wie etwas nachholen oder aufholen will oder wiedergutmachen, dass ich dann sehr darauf schauen musste, dass ich nicht wirklich zu viel nachgebe" (P3, t2, 89).

Um Schuldgefühle abzubauen oder zu klären, wäre eine teils intensive Aufarbeitung der Vergangenheit zusammen mit den Kindern notwendig. Gleichzeitig bestehen nach der Behandlung von Suchterkrankungen häufig Hoffnungen oder Erwartungen, nun neu, von vorne beginnen zu können. Dafür müsste das Kind, das Zeuge des vergangenen wie auch künftigen Alltags ist, kaum oder wenig vom Konsumverhalten bemerkt haben. Dies dürfte jedoch kaum der Fall sein. Deshalb ist es erforderlich, die Perspektive des Kindes einzubeziehen; beispielsweise wenn man die Erziehungsaufgabe künftig anders wahrnehmen und umsetzen will. So hatte sich eine Patientin zum Ziel gesetzt, ihrem Kind im Pubertätsalter künftig Grenzen zu setzen; und dies ganz im Gegensatz zu vorher:

„Und ich habe ja vorher, als ich noch getrunken habe, ja keine Grenzen gesetzt. Also ich habe ja vielmals ‚Ja' gesagt, nur dass ich meine Ruhe gehabt habe. Oder sie nicht mitbekommen hat, dass ich wieder eines getrunken habe, also keine Grenzen gesetzt. Und jetzt ist halt so, dass ich Grenzen setze. Auch Hausarrest durchziehe. Da kann sie bei mir auf den Knien herumrutschen, es nützt nichts. [Sprechpause von zwei Sekunden] Ja, also, ich bin konsequent ihr gegenüber. Und das lernt sie, muss sie jetzt, hat, ist sie jetzt am Lernen" (P2, t2, 163).

Die Patientin dürfte dieses Vorhaben in der besten Absicht, es sei zum Wohle des Kindes und entspreche einer guten Mutter, umgesetzt haben. Das Kind hingegen, das über Jahre hinweg anderes gewohnt war, wird dieses Verhalten

der Mutter kaum schätzen. Im Gegenteil, man bedenke nur, dass die Pubertät eine Phase ist, in der sich Jugendliche von den Eltern ablösen möchten und Konflikte mit den Eltern dazugehören. Dieses Verhalten der Mutter dürfte jedoch auf Dauer kaum dazu führen, sich den Respekt zu verschaffen und die Beziehung zum Kind zu verbessern. Zudem dürfte sich die Atmosphäre in der Familie kaum verbessern und die konflikthaften Auseinandersetzungen kaum vermindern.

Anhand der eben erläuterten Beispiele wird deutlich, dass die Erfahrungen und Bedürfnisse der Kinder berücksichtigt werden sollten. Denn nur so wird es den Patientinnen gelingen, die Beziehung zum Kind neu, anders als früher zu gestalten. So lange Diskrepanzen bestehen, halten sich auch Verunsicherungen und verunmöglichen eine vertrauensvolle Beziehung.

Wie es zu einer Entlastung in der Beziehung zum Kind kommen kann, wird im Folgenden dargelegt.

Entlastende Aspekte: Zwischen offener Kommunikation, Eingeständnis und Tabuisierung, Bagatellisierung

Durch das offene Ansprechen ihres Befindens ging eine Patientin auf die Ängste ihres Kindes ein und versuchte, es zu beruhigen. Dabei war der Patientin bewusst, dass ihr das Kind nicht vertraute und es eine Zeit dauern dürfte, das Vertrauen zu erlangen. Denn das Kind war durch einen Rückfall der Mutter enttäuscht und verunsichert worden.

„[I]hre [der Tochter] Erwartung war natürlich auch, die Mama kommt nach Hause von einer Klinik, sie ist jetzt geheilt, äh, das Vertrauen war dann wieder da, langsam im Aufbau, und dann war natürlich durch das [einen Rückfall] das Vertrauen wieder weg. Und ich merke es jetzt noch, es ist immer noch langsam, langsam am Aufbauen. Sie fragt mich immer, wenn ich zum Beispiel fortgehe: ‚Mama, trinkst du heute?', oder, äh … es ist so eine Ungewissheit noch da. Aber ich bin offen und erkläre es ihr und sage auch, wie ich mich fühle. Dass sie auch beruhigt sein kann, wenn ich jetzt eben fortgehe, nicht dass sie dann Angst haben muss, wenn die Mama nach Hause kommt, dass sie getrunken hat" (P1, t2, 84).

Es fällt auf, dass die Themen der Kommunikation sowie der Aufarbeitung bzw. des Neuanfangs nicht losgelöst voneinander angegangen werden können. So kann eine gemeinsame Aufarbeitung der vom Alkohol geprägten Zeit nur dann stattfinden, wenn über die Erkrankung gesprochen wird. Dabei ist darauf zu achten, dass eine dem Alter der Kinder entsprechende, offene Kommunikationsform darüber gefunden werden kann. Auch sollte die Mutter fähig und bereit sein, Eingeständnisse zu machen. Eine Kommunikation kann

am besten dann offener gestaltet werden, wenn die Bereitschaft vorhanden ist, in den Neuanfang auch die Kinder mit einzubeziehen und die Vergangenheit aufzuarbeiten.

Entlastende Aspekte: Zwischen Aufarbeitung und Neuanfang

Ein Ansprechen über die Vergangenheit führt dazu, dass die Kinder über das Befinden oder die Gefühle der Mutter informiert werden; wie etwa eine Patientin, die ihrem Kind gestand, dass sie es wegen des Trinkens vernachlässigt hatte. Zudem gab sie sich die Schuld, dass sie ihrem Kind zu viel Verantwortung übergeben hatte.

„Ich habe [Name des Kindes] gesagt: ‚Ja, ich war eine schlechte Mama, ich hab mich schlecht benommen, ich habe getrunken, ich habe dich vernachlässigt, ich ließ dich früher erwachsen werden, als du das eigentlich verdient hast, weil du eigentlich die Rolle von Mama übernommen hast'" (P15, t2, 314).

Anschließend äußerte sie den Wunsch der Wiedergutmachung.

„[…] und das möcht ich jetzt wiedergutmachen" (P15, t2, 316).

Dadurch, dass die Patientin offen ist bezüglich ihrer Erkrankung und auch nicht zu bagatellisieren versucht, was sie ihrem Kind angetan hat, wird dieses in seiner Wahrnehmung ernst genommen. Zugleich wird es darin bestätigt, dass seine Wahrnehmung mit der der Mutter übereinstimmt.

Zudem war sich die Patientin bewusst, dass sie mit ihrem Verhalten das ihres Kindes beeinflussen kann:

„Ich möchte einfach mein Kind gut erziehen und ich möchte ihm den richtigen Weg zeigen. Und das kann ich nur machen, wenn ich nüchtern bin" (P15, t2, 430).

Eine andere Patientin gestaltete die Beziehung zum Kind neu, indem sie ihm zuhört, Interesse an ihm zeigte und es dadurch ernst nahm.

„Ich denke, ich bin einfach wieder Mutter geworden. […] Eben durch das, dass ich mir jetzt die Zeit nehme, ich mir die Zeit nehmen kann, am Abend wenn wir zusammen sind, dem Kind zuzuhören und […] wenn das Kind etwas erlebt hat, mit ihm auch zu reden und offen zu reden, oder?" (P10, t2, 188–192).

Durch das vermehrte Eingehen auf ihre Bedürfnisse werden die Kinder ernst genommen. Erst auf dieser Basis wird es den Patientinnen möglich sein, die Beziehung zu den Kindern neu, anders als früher zu gestalten.

7.4.3 Bewältigung: Entwicklung und Veränderungen

Einerseits können Probleme Teil der Ursache für die Abhängigkeit sein, andererseits entstehen Probleme wegen der Abhängigkeit. Deshalb kann allein schon die Abstinenz einige Veränderungen bewirken: sei es, dass sich die Patientinnen psychisch und körperlich besser fühlen, sei es eine veränderte Wahrnehmung der Umwelt. Die Überwindung der Sucht und das Erlangen einer Gesundheitsbalance sind jedoch langfristige Prozesse, in denen es unter anderem darum geht, sich mit Ursachen der Sucht oder mit Rückfällen auseinanderzusetzen. Weiter geht es darum, Lebensgewohnheiten zu verändern oder Fähigkeiten zu stärken, um den Alltag ohne Alkohol zu bewältigen.

Im Folgenden soll darauf näher eingegangen werden.

Belastende Aspekte: Zwischen Abstinenz als Voraussetzung für Veränderungen und Abstinenz als Ziel

Wird die Abstinenz als wichtigstes Ziel verfolgt, richten sich die Bemühungen weniger darauf, sich mit problematischen Lebens- oder Alltagsthemen zu befassen. Denn es geht vor allem darum, das bisherige Leben ohne Alkohol weiterzuführen.

Wenn die Auseinandersetzung darüber fehlt, inwiefern mit eigenen Handlungsmöglichkeiten das Ziel der Abstinenz beeinflusst werden kann, fehlt auch das Erleben von Selbstwirksamkeit. Dies kann dazu führen, dass ein Rückfall ausschließlich auf externe Ursachen zurückgeführt wird. Die Dauer der Therapie, die Therapie selber oder andere unmotivierte Patienten und Patientinnen werden dann für den Rückfall verantwortlich gemacht. Folgenden Patientinnen schilderten dies wie folgt:

„Zu wenig, ähm [Sprechpause von zwei Sekunden] zu wenig Therapie. Oder zu wenig streng enger Rahmen. Ich habe, ich habe dann manchmal auf dem Heimweg trotzdem etwas gekauft“ (P3, t2, 17).

„[D]araufhin bin ich das zweite Mal dann in die Klinik gegangen, freiwillig und [Sprechpause von vier Sekunden] ja, ich weiß nicht, dass zweite Mal hat mir, äh, gar nicht, äh, gar nicht eigentlich mehr gebracht, das Problem war, dass einfach unmotivierte Personen, äh, dort waren und es eher …“ (P11, t2, 271).

Fehlt die Kontrollfähigkeit für weitere Trinksituationen gänzlich, werden die Patientinnen kaum Einfluss auf den weiteren Verlauf ihrer Erkrankung nehmen können. Dies zeigt sich etwa bei einer Patientin, die wenig Vorstellungen darüber hatte, wann ein Rückfall geschehen und wodurch er ausgelöst

werden könnte. Denn das Verlangen nach Alkohol könnte die Patientin jederzeit überfallen. Sie glaubte jedoch, dass sie nur fünf Minuten diesem Verlangen widerstehen müsse.

„Hm. Das kommt, ab und zu kommt es wieder. Aber eben, viele sagen, es ist nur die fünf Minuten, die … du musst die fünf Minuten durchstehen und nachher denkst wieder anders. Das sind nur die fünf Minuten, wo das da ist, oder?“ (P7, t2, 281)

Nun war dieselbe Patientin in dem Sinne erfolgreich, dass sie seit neun Monaten keinen Alkohol trank. Jedoch führte dies nicht zu mehr Selbstvertrauen im Umgang mit dem Verlangen nach Alkohol. Im Gegenteil, Befürchtungen vor einem Kontrollverlust blieben bestehen, wie es folgendes Zitat aufzeigt:

„Also, ich habe nur Schiss, ein Problem habe ich jetzt nicht. […] Vor dem habe ich noch ein wenig, aber eben, es ist jetzt neun Monate, aber immer habe ich Schiss“ (P7, t2, 395–427).

Hier zeigt sich, dass die Angst im Alltag dominiert. Die Patientin konnte ihre Einstellungen nicht verändern oder andere Bewältigungsstrategien entwickeln.

Sind Veränderungen im Alltag erwünscht, sollte überlegt werden, wie diese zu erreichen sind. Bleibt diese Auseinandersetzung aus, kann dies dazu führen, dass sich nichts verändert. Bei der folgenden Patientin erfüllte sich beispielsweise der Wunsch nicht, ihr soziales Umfeld zu erweitern:

„Und zwar, eben vorher habe ich es ja immer nur durch … mit Alkohol geschafft. Das war ja eigentlich immer jahrelang das Muster, also das ist so … und jetzt, äh, ja, ich bin eigentlich gar nicht so wie als ich getrunken habe, ich bin eigentlich ganz ein anderer Mensch, also. Eben, immer nur alleine zu Hause sitzen, nie etwas unternehmen … Und eben zu zweit oder zu dritt macht’s halt schon mehr Spaß. Und mir fehlt schon ein wenig, dass ((hustet)) dass ich keine Kontakte mehr habe. Eben, vorher hatte ich den Kontakt durch den Alkohol mit den Leuten. Aber jetzt habe ich es noch nicht geschafft, nüchtern … einen nüchternen Bekanntenkreis […] ja, zu schaffen“ (P2, t2, 390).

Auch bei der folgenden Patientin ist fraglich, ob der Wunsch nach einer beruflichen Veränderung umgesetzt wird. Denn sie hatte nur vage Vorstellungen darüber, an welchem Ort sie gerne erwerbstätig wäre.

„Äh, das weiß ich noch nicht genau. Am liebsten, ähm, einfach irgendetwas am Flughafen“ (P3, t2, 247).

Es bestehen einige Unklarheiten, zum Beispiel welchen Interessen sie dabei nachgehen könnte. Weiter ist offen, welche Arbeitgebende konkret in Frage

kommen, ob und wie dieser Wunsch – am Flughafen tätig zu sein – umgesetzt werden kann.

Belastende Aspekte: Zwischen der Verwirklichung eigener Vorstellungen und der Erfüllung geringschätzender Pflichten

Um den Alltag gemäß den eigenen Interessen und Bedürfnissen zu gestalten, muss reflektiert werden, ob die eigenen Rollen und die damit verbundenen Tätigkeiten befriedigend sind. Es sollte also mehr als nur darum gehen, den Alltag zu strukturieren und mit Tätigkeiten zu verplanen, um die freie Zeit für den potenziellen Alkoholkonsum zu verringern.

„Mit der Kleinen immer wenn ich frei habe, immer etwas machen, dass ich nie alleine bin zu Hause und und immer etwas mache zu Hause, auch zu Hause. […] Zum Beispiel eben Sport, putzen, mit der Kleinen fortgehen, ins Museum gehen" (P7, t2, 9–11).

Auch bei einer anderen Patientin nahm die Strukturierung des Alltags eine zentrale Bedeutung ein. Sie gestaltete ihre Woche entlang verschiedener Termine, wie den Gesprächen mit Fachkräften sowie Aktivitäten im musischen und sportlichen Bereich.

„Und das ist immer am Donnerstagabend. Und dann, was, was auch wirklich noch die Nachsorge, also finde ich, ist auch noch ein Punkt, die Nachsorge, äh, dass man eine, wirklich eine Tagesstruktur hat. Ist ganz wichtig" (P3, t2, 191).

Eine klare Strukturierung ist hilfreich bei der Bewältigung des Alltags ohne Alkohol. Dies soll hier keinesfalls in Frage gestellt werden. Dennoch scheinen noch weitere Aspekte entscheidend zu sein, damit sie zu einer befriedigenden Lebensführung beitragen. Werden die Tätigkeiten als zufriedenstellend und sinnstiftend erlebt? Entsprechen sie eigenen Interessen? Vermitteln sie Anerkennung und Wertschätzung?

„Weil ich will nicht zu Hause hocken, eigentlich, es tut mir nicht so gut, also" (P8, t2, 120).

„Ich muss unter die Leute, ich muss raus [aus dem Haus]" (P12, t1, 58).

Auch der Umgang mit einer von einigen Patientinnen als „vorig" erfahrenen und auch so benannten Zeit scheint in engem Zusammenhang mit der Erfahrung von Anerkennung durch andere und sich selbst zu stehen. Bei einer Patientin beispielsweise stellt sich die Frage, weshalb die „vorige Zeit" ein Risiko für einen Rückfall darstellt. Selbst wenn quantitativ gesehen diese „vorige Zeit" bei einer Vollzeitberufstätigkeit und einem Kind vermutlich

nicht bedeutend sein dürfte, wurde sie von der Patientin dennoch als gefährlich in Bezug auf den problematischen Alkoholkonsum wahrgenommen.

„[J]etzt, da ich hundert Prozent arbeite und dann nach Hause komme, ich habe meine Zeit dann trotzdem, oder? [Sprechpause von zwei Sekunden] Und das ist dann genau die gefährliche Zeit. […] Und das ist die gefährliche Zeit, einfach, die, die gefährliche Zeit, wenn man alleine ist, wenn man [Sprechpause von drei Sekunden] Ja, sei das bei einem kleineren Kind, wenn das Kind im Bett ist, bei einem großen Kind wie sie zum Beispiel, wenn sie […] wenn sie abends weggeht oder, oder ja, oder ihren Hobbys nachgeht" (P10, t2, 459–465).

Hier wird deutlich, dass diese „vorige Zeit" nicht nur den Aspekt der Quantität, sondern ebenso der Qualität beinhaltet. Das bedeutet, dass es den Patientinnen nicht gelingt, gewissen Tätigkeiten oder Phasen im Alltag, die zu Hause stattfinden, einen Sinn oder eine positive Erfahrung abzugewinnen, wie beispielsweise Erholung oder Muße, wenn alle Arbeiten erledigt sind. Oder es gelingt ihnen auch nicht, die Zeit zu Hause so zu gestalten, dass sie einer befriedigenden oder sinnstiftenden Tätigkeit nachgehen können. Offenbar kommen sich einige Patientinnen in dieser „vorigen" Zeit auch selbst vorig, sprich überflüssig vor. Vor der Behandlung wurde in dieser Zeit oft Alkohol konsumiert. Letztendlich basiert eine als zufriedenstellend erlebte Zeit nicht nur auf positiven Zuschreibungen durch andere, sondern auch darauf, ob man sich selber anerkennt und wertschätzt.

Entlastende Aspekte: Zwischen Abstinenz als Voraussetzung für Veränderungen und Abstinenz als Ziel

Einerseits können bereits durch die Abstinenz positive Veränderungen eintreten. Andererseits sind aber auch Gewohnheiten, Verhaltensweisen oder Einstellungen zu verändern, die als Teil der Ursache des problematischen Alkoholkonsums erkannt werden.

Folgende positive Erfahrungen machten einige Patientinnen alleine durch die Abstinenz:

„Eben schon mal das, dass ich alles wahrnehme, ich habe vorher sehr wenig wahrgenommen um mich herum, äh, überhaupt alles, Gegenstand und Menschen! Und und, äh, äh, Haushalt und so, das nehme ich jetzt richtig wahr und es macht mir Freude. Und ich habe Freude an den Menschen, ich habe Freude am Alltag, ich habe kein schlechtes Gewissen mehr" (P12, t2, 24).

„Und eine sehr wichtige Erfahrung ist auch, dass s'Leben besser läuft, wenn man nicht trinkt" (P9, t2, 184).

„[…] dass man gut ohne Alkohol leben kann. Dass es einem besser geht. […] Also aufgestellter ist, natürlich mehr motiviert" (P14, t2, 427–429).

Solche Erfahrungen können die Patientinnen bei ihrem Vorhaben, nicht mehr zu trinken, bestärken. Ebenso gilt dies für alternative Handlungsweisen zum Alkoholtrinken, seien es Gespräche in der Therapie oder die Bewegung an der frischen Luft.

„[…] spreche ich mit dem Psychiater, dass natürlich im Leben geht einem vieles auf den Nerv und, äh, ähm, wir gucken einfach, wie ich das beseitigen kann, ohne an Alkohol zu denken, und das gelingt mir eigentlich jetzt schon ganz gut“ (P11, t2, 82).

„Entweder etwas spazieren gehen oder frische Luft schnappen, das bringt genau so viel, oder?“ (P8, t2, 276)

Durch das Erkennen von Problemlagen und eine vertiefte Auseinandersetzung damit können sich die Patientinnen entwickeln und Veränderungen vornehmen: sei es, dass sie ihre Fähigkeiten im Umgang mit Problemen erweitern, dass sie belastende Lebensumstände vermindern oder beseitigen. Solche positiven Entwicklungen oder Veränderungen können in vielerlei Hinsicht stattfinden: im Beruf, in der Partnerschaft, in der Familie oder auf der persönlichen Ebene.

Wie die vertiefte Auseinandersetzung mit den bisherigen Problemen sowie ein anderer Umgang damit erfolgte, schilderten drei Patientinnen mit folgenden Worten:

„Man hat da viel irgendwie unter den Teppich gewischt und hat gesagt: ‚Ja, ja, jetzt ist es eben so‘, aber jetzt … ich nehme die Situationen ernster jetzt. Weil es mir auch ernst ist, etwas zu verändern“ (P1, t2, 286).

„Ja, dass ich einfach gelernt habe, wie schlecht dass es mir gegangen ist. Also, was […] ich mir angetan habe und und, ähm … einfach die ganzen Prozesse, einfach es wegstecken wollen und nicht richtig anzuschauen all die Probleme, die ich gehabt habe und und jetzt, äh, bin ich mit offenen Augen, gehe ich jetzt durchs Leben und es, es geht mir viel, viel, viel besser“ (P6, t2, 19–21).

„Aber eben, die Probleme sind die gleichen geblieben, aber ich bin wie … ja jetzt ((lacht)) wie soll ich das erklären, anders, also [Sprechpause von drei Sekunden] Ja eben, ich bin klar, ich betrinke mich nicht mehr jeden Tag, ähm, ich sehe, was ich zu tun habe, und ich freue mich eigentlich darauf“ (P9, t1, 39).

Klar scheint zudem zu sein, dass die Auseinandersetzung mit suchtbezogenen Themen sowie der Umgang mit bisherigen Problemen sich über eine längere Zeit erstrecken werden:

„Also, ich muss ganz sicher noch weiter an dieser Suchtproblematik arbeiten. […] das ist nie fertig. Das ist gar nie fertig“ (P5, t2, 275).

„Und wie komme ich, eben, vom dem Verlangen, vom dem Craving nicht in die Aggression, sondern [Sprechpause von drei Sekunden] schalte noch um, oder? […]

Das war ein großes Thema […] und wieso und warum und […] Das ist natürlich schon … Das sind Riesenthemen. […] Die werden mich noch lange, lange begleiten" (P10, t2, 303–311).

Erwünschte Veränderungen auf der Beziehungsebene wurden durchgeführt, wie beispielsweise die Trennung vom Ehemann.

„[…] sonst hat sich an meiner Lebenssituation nichts geändert, außer dass der Mann ausgezogen ist, aber das wollte ich eigentlich" (P6, t2, 270).

Die folgenden Patientinnen erkannten den ungünstigen Einfluss ihrer Partner auf ihren Wunsch nach einem abstinenten Leben oder dem nicht schädlichen Konsum. Durch das Beenden der Partnerschaft konnten sich die Patientinnen diesem Einfluss entziehen.

„Ja, das wär nicht mehr gegangen. Und er [der Partner] ist dann auch wieder rückfällig geworden, ist immer noch am Trinken, und ich habe … meine Vernunft hat dann einfach gesagt: ‚Was bringt das, wenn ich jetzt auf einem guten Weg bin?' Ähm, ja und die Gefühle sind auch nicht mehr da und die Liebe, es ist irgendwie alles … bin ich alleine jetzt, ja, mit dem Kind" (P1, t2, 104).

„[…] das mit dem Trinken, dass ich dann wirklich wie gemerkt habe: Hey, jetzt musst aufpassen, weil jetzt reißt er [der Partner] dich dann irgendwann plötzlich mit, oder? Also, oder dann bist natürlich … er konnte dann locker am, am Morgen um acht, neun einmal zuerst einmal ein Bier trinken, oder? Und dann nachher musste ich auch sagen: ‚Hey, das brauch ich eigentlich wirklich nicht.' Und ich habe dann gemerkt, dass ich … eben, das ist die schmale Gratwanderung, dass ich nicht schauen muss, dass ich kippe. Und dann … ja, ist es dann sonst auch nicht mehr so gut gegangen und dann habe ich dann gefunden: ‚Hey, ähm, komm, das ist jetzt besser, wir … wir beenden die Beziehung'" (P5, t2, 229).

Somit konnten diese Patientinnen das eigene Wohlbefinden und ihre Gesundheit in den Vordergrund stellen.

Eine Patientin konnte bei ihren Angehörigen um Hilfe fragen und diese auch annehmen. Dabei empfand sie Dankbarkeit und – im Gegensatz zu vorher – nicht mehr Schuld.

„Ich nehme auch die Hilfe an, ich sage nicht mehr: ‚Ich will niemanden belasten', ich frage nach: ‚Habt ihr heute Zeit zum Fahren oder …?' Ja" (P1, t2, 106).

Indem sie sich die Hilfe selber organisierte und ihren Bedürfnissen anpasste, konnte sie ihren Alltag erleichtern.

Entlastende Aspekte: Zwischen der Verwirklichung eigener Vorstellungen und der Erfüllung geringschätzender Pflichten

Ein Leben ohne Alkohol bzw. mit unproblematischem Konsum gelingt eher, wenn Belastungen reduziert werden können oder wenn man durch die alltäg-

lichen Tätigkeiten Anerkennung erfährt und Zufriedenheit erlangt. Bedeutend hierbei dürfte sein, inwiefern es den Patientinnen gelingt, die eigenen Erwartungen und Bedürfnisse mit denen, die vom sozialen Umfeld an sie gerichtet werden, zu vereinbaren. Dies kann die Rolle als Mutter, als Ehefrau/Partnerin oder als Erwerbstätige betreffen.

Wie wird beispielsweise der Wunsch nach mehr Zufriedenheit und Anerkennung mit den Verpflichtungen zu Hause in Einklang gebracht, die eher als langweilig und eintönig wahrgenommenen werden?

Ein besseres Wohlbefinden und mehr Zufriedenheit mit ihrem Leben erlangte eine Patientin, indem sie ihr Arbeitspensum erhöhte. Dies wirkte sich positiv auf ihren Umgang mit Alkohol aus.

„Ähm, meine Arbeit, also meine Arbeit, die ich auswärts habe, also ich arbeite ja [Arbeitgeberin]. Dort habe ich auch meine Prozentzahlen erhöht, also ich arbeite jetzt fünfzig Prozent, und das bringt mir eine wahnsinnige Stabilität. Und auch so einen Rückhalt und auch eine Freude und … also das Arbeiten ist für mich im Moment, muss ich sagen, seit ich von der […] [K]linik weg bin, also seit fast einem Jahr, die beste Therapie“ (P5, t2, 35).

Die Erwerbstätigkeit kann zur Anerkennung und Wertschätzung beitragen, wie es eine Patientin schilderte:

„Also, ich meine, für eine [Berufstätigkeit] wirst du bezahlt, das ist einmal das Erste, oder? Da hast du oder bekomme ich sehr viel Anerkennung und merke, dass meine Arbeit wahnsinnig geschätzt wird, und und ich darf, glaube ich, auch sagen, dass ich merke, dass mich die Klienten sehr gern haben und Freude haben, wenn ich komme. Und sich für alles immer bedanken“ (P5, t2, 67).

Auch bei einer anderen Patientin führte die Erwerbstätigkeit zu einem höheren Wohlbefinden. Obwohl sie ein höheres Pensum bevorzugt hätte, ist sie mit ihrer Stelle zufrieden, weil sie Freude daran hat:

„Eigentlich hätte ich etwas auf fünfzig Prozent gesucht, na ja, aber es macht mir Spaß und, äh, ja, ist lässig“ (P9, t2, 212).

Die Tatsache, dass die Patientin mit einem Pensum von 30 Prozent erwerbstätig ist, wird nicht zur Belastung. Sie klagt nicht über zu wenig Einkommen für den Lebensunterhalt. Die Patientin kann ihre Ansprüche mit ihren Lebensbedingungen vereinbaren.

Wenn die Vereinbarkeit von Beruf und Familie gelingt, kann dies auch den Alltag erleichtern. Durch das Entgegenkommen der Vorgesetzten gelang es zwei Patientinnen, Beruf und Familie besser zu vereinbaren. Die eine konnte die Arbeitszeiten ihren Bedürfnissen anpassen:

„Ja, also ich konnte es so regeln, ich musste ja vorher auch immer Spätschicht arbeiten und an den Wochenenden arbeiten. Das war immer so ein Kampf, wo bringe ich die Tochter hin? Und ich arbeite auch, ich habe dann mit der Chefin abgemacht, dass ich nicht mehr jedes Wochenende arbeite“ (P2, t2, 83–89).

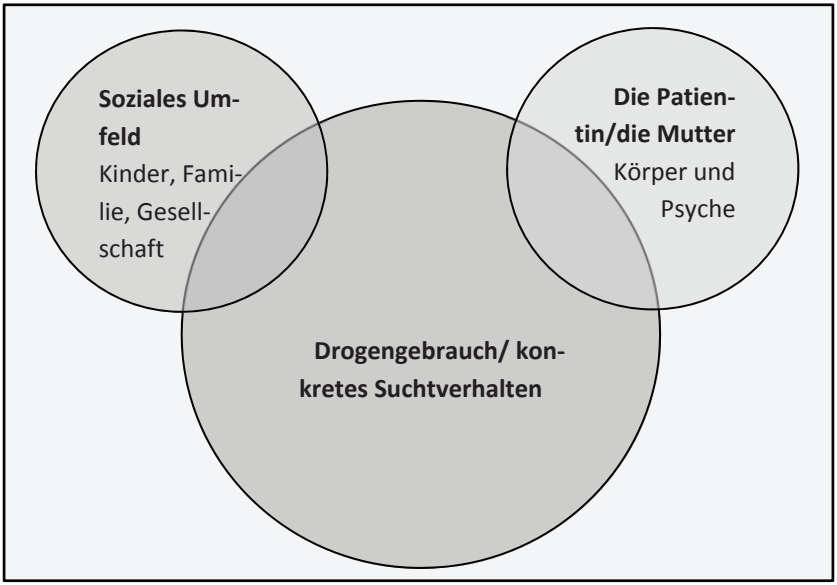
Die andere konnte das Arbeitspensum reduzieren.

„Und darum hat der Chef gesagt: ‚Nein, jetzt machen wir es so, nur am Samstag, für den Moment, oder? ‘“ (P7, t2, 267)

7.5 Der Verlauf der Erkrankung

Beim Eintritt in die Klinik kann bei allen Patientinnen von einer ausgeprägten Dysbalance ausgegangen werden, die auf eine Dominanz der Droge Alkohol über die psychischen und/oder physischen Bedingungen der Person wie auch des sozialen Umfelds zurückzuführen ist (vgl. Abbildung 15).

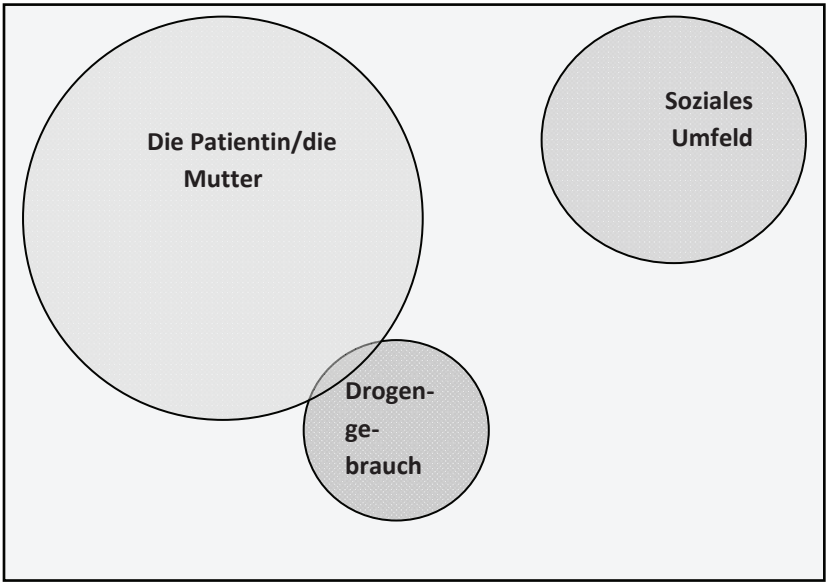
Abbildung 15: Gesundheitsbalance zum Zeitpunkt Eintritt Klinik (t0)



Quelle: in Anlehnung an Hurrelmann, Bründel 1997: 8

Zum Zeitpunkt direkt nach dem Klinikaufenthalt (vgl. *Abbildung 16*) nimmt das konkrete Suchtverhalten vorerst wenig Platz ein. Allerdings sehen sich alle Patientinnen mit sehr ähnlichen Herausforderungen in Bezug auf das Nachhausekommen, auf die Gestaltung der Mutterrolle und des Familienalltags, den Umgang mit dem sozialen Umfeld und sich selbst konfrontiert (Positionierung als Frau und Mutter im sozialen Umfeld, Beziehung zu den Kindern, Entwicklung und Veränderungen).

Abbildung 16: Gesundheitsbalance Zeitpunkt Austritt Klinik (t1)

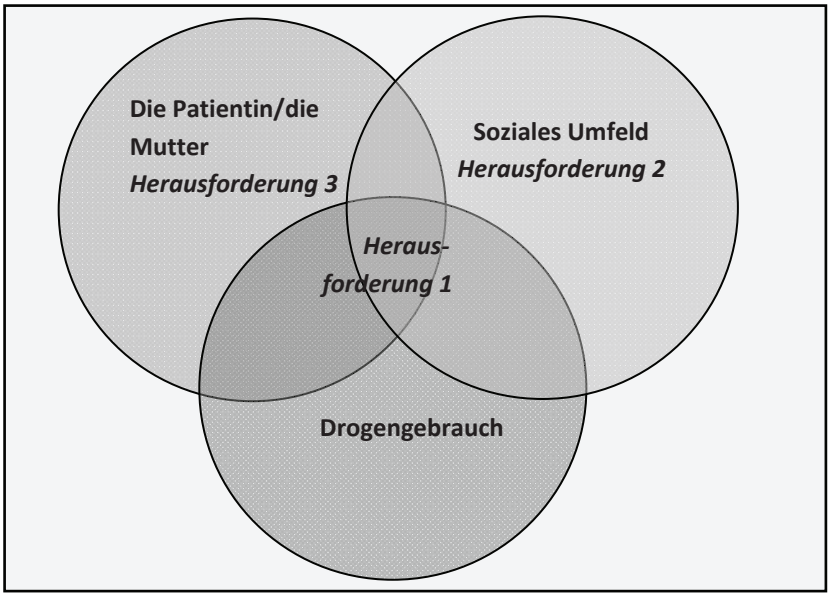


Quelle: in Anlehnung an Hurrelmann, Bründel 1997: 8

Blickt man beim zweiten Interview (vgl. *Abbildung 17*) gemeinsam mit den Patientinnen auf das halbe Jahr seit dem Verlassen der Klinik zurück, zeichnet sich allerdings ab, dass sie mit den zu Beginn ähnlich erfahrenen Herausforderungen unterschiedlich umgehen. Aufgrund stark variierender personeninterner und personenexterner Ressourcen unterschieden sich auch der Umgang mit den genannten Herausforderungen sowie Veränderungen im ersten halben Jahr stark. Entweder erzeugten Umgang und Ereignisse mehr Belastung oder sorgten für zunehmende Entlastung im Alltag der Patientinnen oder blieben unverändert. Entsprechend prägten der Umgang und die Veränderun-

gen so die Situation und das Befinden der Patientinnen nach einem halben Jahr entscheidend mit. Erst die rückblickenden Aufschlüsse machten – nebst den Herausforderungen direkt nach dem Verlassen der Klinik – übergreifende Veränderungen und Verläufe sichtbar. Und diese ermöglichen letztlich Rückschlüsse auf entlastende und belastende Aspekte der Patientinnen in ihrem Alltag bezüglich des Ausbalancierens von personen–, rollen–, umfeld– und suchtbezogenen Einflüssen und Widersprüchen.

Abbildung 17: Zentrale Herausforderungen der Gesundheitsbalance ein halbes Jahr nach dem Verlassen der Klinik (t2)



Quelle: in Anlehnung an Hurrelmann, Bründel 1997: 8

Die individuell nachvollzogenen Verläufe innerhalb des ersten halben Jahres weisen des Weiteren darauf hin, wie entscheidend es ist, dass diejenigen Alltagsthemen neutralisiert bzw. ausbalanciert werden, die vor dem Verlassen der Klinik zu Widersprüchlichkeiten, Belastungen oder Ängsten geführt hatten. So können beispielsweise Widersprüchlichkeiten zwischen den eigenen Bedürfnissen und der wahrgenommenen Rolle als Frau und Mutter ab- oder zugenommen haben. Wie der *Abbildung 17* zu entnehmen ist, ergibt sich

diese Herausforderung 1 aus der Schnittmenge der Kreise Patientin/Mutter, soziales Umfeld und Drogengebrauch. Unter Umständen hat sich auch die Furcht vor den Aufarbeitungen der Vergangenheit mit den Kindern verstärkt, weil auch ein halbes Jahr später vieles zwar unausgesprochen, aber dennoch präsent ist.

Können die Patientinnen einen individuellen Umgang finden, der alle Aspekte berücksichtigt und verbindet, stehen Erwartungen und Einfluss seitens ihrer Person, des sozialen Umfeldes und der Droge mehr im Gleichgewicht. Gelingen übergreifende Klärungen und Verknüpfungen jedoch nicht, nehmen als Konsequenz Spannungen, Belastungen, Verunsicherungen und Rollenkonflikte im Alltag zu. Diese wiederum können ein selbstwirksames Handeln, eine angemessene Kommunikation und vertrauensvolle Interaktion mit dem nahen sozialen Umfeld erschweren.

Die Gründe, weshalb es im ersten halben Jahr zur Reduktion widersprüchlicher, belastender Alltagsthemen kam, gestalteten sich jeweils sehr unterschiedlich aus. Je nachdem konnte die Entlastung auf dem Auszug des Partners, einer Aussprache mit dem Kind, offenen Konfrontationen mit den Eltern, einem Rückfall oder auf einer unverhofften Unterstützung der Nachbarschaft beruhen. Wenn diese doch sehr heterogenen Ereignisse eine der Herausforderungen aufgreifen und abschwächen konnten, hatte dies allerdings stets die gleiche Konsequenz: Die Patientinnen empfanden danach weniger Druck, weniger Misstrauen und Vorwürfe oder weniger Verlust- oder Rückfallängste. Sich mit den ursächlichen Problemzusammenhänge im ersten halben Jahr nach der Klinik zu befassen, was manchmal geplant, häufig aber auch zufällig geschah, bedeutete mehr Vertrauen in das Umfeld, die Kinder und in sich selbst in Bezug auf das Finden einer Rolle als Mutter und Frau, die Alltagsgestaltung ohne Alkohol und ein stabiles Wohlergehen. Wie diese Entwicklungen der Patientinnen und ihres sozialen Umfeldes trotz Heterogenität systematisch verstanden und zugeordnet werden können, soll anschließend in der Erarbeitung von typischen Verläufen dargelegt werden. Ein zentrales Unterscheidungsmerkmal liegt insbesondere darin, inwiefern die Entwicklungen für ein umfassendes Wohl der Patientinnen als förderlich oder hinderlich bewertet werden können.

Hierfür wurden die einzelnen Verläufe der Patientinnen miteinander verglichen. Bei deren Bewertung orientierten wir uns wie bei den individuellen Verläufen daran, ob und wie Annäherungen an eine Gesundheitsbalance

zwischen Person, sozialem Umfeld und Drogengebrauch stattfanden. Dabei war maßgeblich, inwiefern es den Patientinnen gelungen ist, Widersprüche zwischen den Feldern zu minimieren oder Belastungen in einzelnen Feldern zu reduzieren. Dabei fällt auf, dass ein gelingender Umgang mit widersprüchlichen Themen oder Belastungen nicht damit gleichgesetzt werden kann, dass Widersprüche endgültig aufgelöst oder beseitigt werden. Vielmehr geht es darum, sich der Balance zwischen den drei Faktoren – Person, soziales Umfeld und Konsumverhalten – zu nähern, die voneinander abhängen oder sich gegenseitig bedingen. Aus diesem Grund wurden auch Rückfälle nicht automatisch als misslingender Verlauf gewertet. Unabhängig davon, ob die Patientinnen einen Rückfall hatten, konnte ein gelingender Umgang mit den Herausforderungen erfolgen (vgl. Abschnitt 9.1).

Insgesamt konnten schließlich vier Verläufe unterschieden werden, die sich durch den Umgang und die Unterstützungsmöglichkeiten der Patientinnen mit ihren jeweiligen Herausforderungen voneinander unterscheiden lassen. Kam es in fast allen Herausforderungsbereichen (Positionierung als Frau und Mutter im sozialen Umfeld, Beziehung zu den Kindern, persönliche Entwicklung und Veränderungen) zu positiven und entlastenden Entwicklungen (Verlauf a), hatte die Patientin oft proaktiv, von sich aus Veränderungen angestoßen, sie war offen gegenüber vertrauten Dritten und erfuhr auch unterschiedliche Unterstützung. Konnten im ersten halben Jahr zumindest Tendenzen festgestellt werden, die die Patientinnen in ihrer (neuen) Alltagsgestaltung zunehmend entlasteten (Verlauf b), hing das mit einer zuversichtlichen und an Umgestaltung interessierten Einstellung zusammen, die jedoch in einzelnen Herausforderungen immer wieder verunsichert oder auch in Frage gestellt wurde. Kam es bei der Annahme von zwei Herausforderungen im ersten halben Jahr zu Stagnation oder Rückschritten (Verlauf c), so konnten die Patientinnen zwar ihr Befinden bzw. ihre Gesundheitsbalance noch irgendwie aufrechterhalten. Aber das zunehmend labile Gleichgewicht sorgte auch dafür, dass die Sorge um die Umsetzung konkret entlastender Veränderungen anwuchs. Kam es schließlich in keinem der drei Herausforderungsbereichen zu positiven Entwicklungen (Verlauf d), ging das einher mit zunehmend labilen Gemütszuständen und Eigenwahrnehmungen wie auch mit ausbleibenden Unterstützungsangeboten durch Dritte oder auch direkten Stigmatisierungen.

Diese vier Verläufe werden im Folgenden nochmals kurz wiedergegeben.

7.5.1 Vier Verläufe

a) Patientin verhält sich proaktiv, offen und wird unterstützt – Verlauf mit positiven Entwicklungen

Die vier Patientinnen, die diesem Verlauf zugeordnet werden, zeichnen sich dadurch aus, dass es ihnen während des halben Jahrs gelingt, einen vorteilhaften Umgang mit zwei oder drei Herausforderungen zu finden. Die Patientinnen beeinflussen ihre persönliche Entwicklung in positiver Weise oder setzen Veränderungen in ihrem Umfeld um, zum Beispiel durch die aktivere Auseinandersetzung mit sich selbst, die Trennung vom Partner oder eine berufliche Neuorientierung. Vor allem bei der Herausforderung der Positionierung als Frau und Mutter im sozialen Umfeld können sie auf ein stützendes soziales Netz zählen. Die Beziehung zu den Kindern ist zudem geprägt davon, dass ein Eingeständnis über die Konsequenzen der Sucht vorhanden ist. Bei einigen findet eine angemessen offene Aussprache statt. Dementsprechend gestalten sie die Beziehung zu den Kindern neu.

b) Patientin ist zuversichtlich, interessiert, aber unsicher – Verlauf mit entlastenden Tendenzen

Diese Patientinnen, insgesamt waren es zwei, können bei zwei oder drei Herausforderungen Widersprüche minimieren oder Belastungen reduzieren. Im Gegensatz zu den Patientinnen mit klar positiven Entwicklungen schaffen sie es vorerst jedoch nicht, eine förderliche Balance herzustellen und Belastungen gänzlich abzubauen. Aber sie setzen sich aktiver mit den eigenen Bedürfnissen sowie den Bedürfnissen ihrer Kinder auseinander und gestalten die Beziehungen im sozialen Umfeld neu.

c) Patientin ist stabil, aber zurückgezogen und besorgt – Verlauf mit hinderlichem Umgang in Bezug auf zwei Herausforderungen

Insbesondere in der Beziehung zu den Kindern können vier Patientinnen die Herausforderungen nicht reduzieren und ebenso wenig neu gestalten. Bei mindestens einer Herausforderung finden sie im ersten halben Jahr einen förderlichen Umgang: sei es, dass ihnen Personen beistehen, die sie unterstützen, oder dass sie zentrale Themen angehen, beispielsweise die aktive Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit oder die vermehrte Achtsamkeit auf eigene Bedürfnisse.

d) Patientin ist labil, wird kaum unterstützt und stigmatisiert – Verlauf mit hinderlichem Umgang hinsichtlich allen drei Herausforderungen

Vier Patientinnen gelingt es nicht, Widersprüche zu minimieren, Belastungen zu reduzieren oder einen Ausgleich zwischen den Themenbereichen herzustellen. Sie können kaum auf Unterstützung im sozialen Umfeld zählen. Im Gegenteil, sie werden im ersten halben Jahr zunehmend stigmatisiert und von unterschiedlichen Seiten (teils auch durch sich selbst) unter Druck gesetzt, nicht mehr zu trinken und eine besser Frau, Mutter oder Arbeitnehmerin zu sein. Unter anderem auch aufgrund dieses belastenden Gesamtkontextes kann die Beziehung zu den Kindern nicht neu gestaltet werden. Es finden keine Entwicklungen und Veränderungen statt, die ihnen eine Annäherung an die Gesundheitsbalance erlauben würden, sondern eher Rückschritte. Eine solche Situation wäre beispielsweise, wenn das soziale Umfeld ausschließlich belastend auf die Patientin wirkt und sie sich gleichzeitig von den Themen entfernt, die sie tatsächlich beschäftigen.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich schlussfolgern: Die meisten Patientinnen können ihre persönliche Entwicklung auf positive Weise beeinflussen und/oder angestrebte Veränderungen umsetzen. Die wenigsten positiven Veränderungen lassen sich in der Beziehung zu den Kindern feststellen. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass sich die Patientinnen während der Behandlung der Alkoholabhängigkeit vor allem mit sich selbst und dem Umgang mit der Sucht beschäftigen.

7.5.2 Zwei kontrastive Fallbeispiele

Die folgenden Fallbeispiele illustrieren den unterschiedlichen Umgang mit den Herausforderungen. Im ersten Beispiel geht die Patientin wenig förderlich mit den Herausforderungen um: So setzt sie sich kaum mit den Ursachen ihrer Abhängigkeit auseinander und ist wenig bestrebt, etwas an ihrer Lebenssituation zu verändern. Das zweite Fallbeispiel hingegen zeigt auf, wie die Patientin eine positive Lösung in Bezug auf alle drei Herausforderungen findet und es somit zu einer Entlastung in ihrem Alltag kommt. Die beiden Fallbeispiele wurden so verändert, dass sie nicht einer Person zugeordnet werden können. Angaben zur Abhängigkeit und zum Verlauf sowie damit zusammenhängende Probleme sind fast durchweg den Erzählungen der interviewten Patientinnen entnommen.

Fallbeispiel 1: Frau A

Frau A lebt mit ihrem Partner sowie ihrem einjährigen Kind zusammen. Bis zur Geburt ihrer Tochter arbeitete sie in einer Bank und verrichtete dabei eine anspruchsvolle Tätigkeit. Frau A wollte nach dem Mutterschaftsurlaub gern auf 50 Prozent reduzieren. Der Arbeitgeber lehnte dies jedoch ab und beharrte darauf, dass sie weiterhin zu 100 Prozent arbeitet. Nach langem Abwägen, ob sie nun wieder zu 100 Prozent erwerbstätig sein oder die Stelle aufgeben soll, kündigte sie das bestehende Arbeitsverhältnis. Als Mutter eines kleinen Kindes wollte sie keine Vollzeitstelle. Obwohl sie sich wünschte, in Teilzeit berufstätig zu sein, suchte sie vorerst nicht nach einer neuen Stelle. Frau A, die über viele Jahre einer Vollzeitberufstätigkeit nachging, verbringt nun die Zeit zu Hause mit ihrer Tochter. Dabei hat sie kaum Kontakte zu anderen Familien. Sie hat bereits zuvor regelmäßig Alkohol getrunken, aber nun beginnt das Trinken problematisch zu werden. Zeitweise trinkt sie so viel, dass sie offensichtlich nicht mehr die Betreuung der Tochter übernehmen kann. Die Patientin entscheidet sich für eine stationäre Behandlung. Während des Aufenthalts in der Klinik wird die Betreuung des Kindes durch ihre Schwester, durch ihren Partner sowie dessen Eltern gewährleistet.

Das Motiv für die Behandlung ist vor allem ihr Kind, das sie nicht verlieren möchte. Im Hinblick auf die Rückkehr hegt sie einerseits Freude, die Angehörigen und insbesondere ihr Kind wiederzusehen. Andererseits erkennt sie auch einige Schwierigkeiten in ihrem Leben, die sie gern beseitigen möchte. Denn dies würde es ihr erleichtern, nicht mehr zu trinken. Sie wünscht sich insbesondere wieder berufstätig zu sein und Kontakte zu anderen Familien zu knüpfen, um mehr Zeit mit ihnen zu verbringen. Zudem erhofft sie sich von ihrem Mann, dass er weniger Alkohol trinkt. Er hat ihr zwar zugesichert, dass er sie unterstützt, jedoch ist sie nicht sicher, ob er dies auch umsetzt.

Im Vorfeld ist sich Frau A bewusst, dass es für sie schwierig sein wird, das Vertrauen der nahen Angehörigen zu gewinnen. Ihr Partner und ihre Schwester sind misstrauisch und vor allem die Schwester setzt sie unter großen Druck, nicht mehr zu trinken. Beispielsweise droht ihre Schwester damit, sich an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde zu wenden, sollte sie wieder trinken.

Nach der Rückkehr beginnt Frau A schon nach wenigen Wochen wieder Alkohol zu trinken. Da sie phasenweise trinkt, also auch Tage ohne Alkohol verbringen kann, erachtet sie ihr Verhalten nicht als problematisch. Zudem kann sie alle ihre Aufgaben wahrnehmen. Mit der Zeit merkt sie, dass es für sie immer schwieriger wird, abstinent zu sein. Sie erhält kaum Unterstützung von ihrem Partner, obwohl er ihr dies zugesichert hatte. So ist er weder bereit, seinen eigenen Alkoholkonsum einzuschränken, noch nur noch außer Haus zu trinken. Hinzu kommt, dass ihre Schwester heftige Vorwürfe an sie richtet, dass sie nicht fähig sei, auf ihr Kind aufzupassen. Und der Partner spricht ihr die Schuld an den finanziellen Schwierigkeiten zu. An einem Abend, nachdem ihre Schwester sie zum wiederholten Mal beschuldigt hat, dass das Kind wegen ihres Trinkens leide und dass sie sich an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde wenden werde, beginnt Frau A wieder viel zu trinken. Dies setzt sie in den darauffolgenden Tagen fort. Als ihr die Schwester dann androht, dass sie sie nun bei der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde anzeigen werde, hört Frau A mit dem Trinken abrupt auf. Dies löst jedoch einen epileptischen Anfall aus und Frau A wird als Notfall in die Klinik eingewiesen und dort behandelt. Nach wenigen Tagen kann sie wieder nach Hause gehen. Körperlich geht es Frau A gut und sie ist sehr motiviert, nicht mehr zu trinken. Schon allein der Gesundheit wegen möchte sie kein Risiko eingehen. Der epileptische Anfall hat in ihr Ängste ausgelöst und einen weiteren Anfall will sie unbedingt vermeiden. Durch den starken Fokus auf ihr körperliches Wohlbefinden setzt sie sich weniger damit auseinander, welche Veränderungen für ihren Alltag oder ihr Leben wichtig wären. Zwar geht sie einmal pro Woche zu einer Therapeutin in die Nachsorge und thematisiert dort, was sie beschäftigt. Als ihr die Therapeutin rät, sie solle ihren Partner verlassen, ansonsten könne sie ihre Probleme nicht lösen, nimmt das Frau A zur Kenntnis. Jedoch ist sie der Meinung, dass sie stark genug sei, um ihre Probleme ohne Alkohol zu bewältigen. Eine Trennung vom Partner kommt für sie nicht in Frage. Sie bemüht sich noch, mit alten Freunden und Freundinnen wieder Kontakt aufzunehmen sowie auch Kontakte zu anderen Familien zu knüpfen. Zudem ist Frau A auf der Suche nach einer Teilzeitstelle. Jedoch ist ihr bewusst, dass es in ihrem angestammten Beruf schwierig sein dürfte, eine Stelle zu finden.

Fallbeispiel 2: Frau B

Frau B lebt als alleinerziehende Mutter mit ihrer zehnjährigen Tochter zusammen. Die Beziehung zum Exmann, dem Vater der Tochter, ist gut. Das Sorgerecht ist geregelt, und ein einvernehmlicher Austausch hinsichtlich der Belange der Tochter ist möglich. Frau B hat eine Vollzeitstelle und muss immer wieder Überstunden leisten. Das heißt, dass sie immer wieder bis spätabends oder auch am Samstag arbeiten muss. Wenn Frau B am Abend oder an den Wochenenden nicht zu Hause ist, kann die Tochter zu den Nachbarn gehen. Jedoch fühlt sich Frau B des Öfteren überlastet und es wird für sie schwierig, Abstand zu ihrer Arbeit zu gewinnen. Nach einer Zeit stellen sich Schlafprobleme ein. Um sich zu entspannen und um schlafen zu können, beginnt sie, vor dem Schlafen Wein zu trinken. Etwa nach einem Jahr leert sie für gewöhnlich vor dem Zubettgehen fast eine Flasche Wein. Eines Abends, als sie betrunken in den Keller steigt, stürzt sie und bricht sich ein Bein. Sie wird von ihrer Tochter aufgefunden und danach als Notfall in die Klinik gebracht und behandelt.

In der Klinik findet eine Wende statt. Frau B hatte vorher immer geglaubt, sie könne ihre Probleme mit der Hilfe ihrer Familie allein lösen. Nun wird ihr klar, dass sie professionelle Hilfe benötigt. Noch während des Aufenthalts in der Klinik entscheidet sie sich, ihre Alkoholabhängigkeit mit professioneller Hilfe, stationär zu behandeln.

Die Schwester sowie ihr Ehemann stehen Frau B bei. Ihre Tochter kann sich während des Aufenthalts in der Klinik sowie während der stationären Behandlung abwechselnd bei der Schwester und deren Mann und ihrem Exmann aufhalten. Dies bedeutet Frau B sehr viel und gibt ihr großen Halt.

Während der Entwöhnungstherapie in einer Klinik setzt sie sich mit ihren Problemen auseinander und erkennt, dass sie versucht hat, mit Alkohol ihre Probleme zu verdrängen. Damit sie die Betreuung ihrer Tochter besser gewährleisten kann, möchte sie ihre Stelle wechseln. Dabei will sie einer geregelten Arbeitszeit nachgehen und an den Abenden sowie an den Wochenenden für ihre Tochter da sein.

Nach der Behandlung sucht sie eine neue Stelle und geht weiterhin regelmäßig in die Therapie. Sie beginnt sich auch zu fragen, wie sie sich ihrer Tochter gegenüber verhielt, als sie noch trank. Dies verursacht ihr ein schlechtes Gewissen. Dies sowie die kräfteraubende Suche nach einer neuen

Arbeitsstelle führen erneut dazu, dass sie sich überlastet fühlt und nicht mehr abschalten kann. Wieder hat sie Schlafprobleme. Beim Hausarzt lässt sie sich Benzodiazepine – Schlaf- und Beruhigungsmittel mit Abhängigkeitspotenzial – verschreiben und nimmt diese zu lange und zu hoch dosiert ein. Eines Abends fühlt sich Frau B rastlos sowie nervös und sie hat unkontrollierte Krampfanfälle. Dies ängstigt sie und am nächsten Morgen sucht sie umgehend ihren Hausarzt auf.

Frau B erkennt, dass sie wieder überfordert ist. Um nicht wieder in die Abhängigkeit zu geraten, sei es vom Alkohol oder von den Medikamenten, will sie sich intensiv mit ihren persönlichen Problemen auseinandersetzen. Ihr Exmann ist bereit, die Tochter die nächsten zwei Wochen bei sich aufzunehmen. In dieser Zeit beschäftigt sie sich vertieft mit ihren Problemen und mit Ideen, wie sie diese ohne Suchtmittel lösen kann. Durch die Aussicht auf eine Stelle, die ihr sehr zusagen würde, ist sie sehr motiviert, nicht zu Alkohol oder Medikamenten zu greifen.

Mit ihrer Schwester und deren Mann, ihrem Vater sowie einer Freundin bespricht sie offen ihre Probleme. Dabei erfährt sie, dass diese Menschen zu ihr stehen und ihr Rückhalt geben. Auch mit der Tochter redet sie über ihre Probleme und ihre Sucht. So gesteht Frau B ihrer Tochter, dass sie sie vernachlässigt und ihr zu viel zugemutet hatte. Sie bittet sie um Entschuldigung. Frau B möchte wissen, welche Erwartungen die Tochter an sie hat. Dabei stellt sie fest, dass ihre Tochter ihr mehr von sich erzählt. Beide vertrauen einander mehr. Frau B widmet ihrer Tochter vermehrt Zeit und hofft, dass die Schuldgefühle wegen der Sucht mit der Zeit abnehmen und die positiven Erfahrungen mit ihrer Tochter überwiegen. Mit ihr hat Frau B auch besprochen, was sie außerhalb des familiären Kreises erzählen soll. Sollte jemand nach dem Befinden der Mutter fragen oder weshalb sie abwesend sei, weiß die Tochter, was sie zur Antwort geben wird. Der Mutter gehe es gut, sie sei wegen einer beruflichen Neuorientierung stark gefordert und müsse unter anderem eine Weiterbildung absolvieren.

8 Ergebnisse der Befragung der Fachkräfte

Um Einblicke in Sichtweisen und Deutungsmuster der Nachsorgepraxis zu erhalten, wurden vier in die Nachsorge involvierte Fachkräfte interviewt. Die Informationen aus diesen vier Interviews zeigen tendenziell wichtige Aspekte für die Nachsorge von Müttern, welche in die Empfehlungen einfließen (siehe Kap. 9.3). Auch bieten die exemplarischen Einblicke eine gute Folie, um Herausforderungen, die aus den Interviews mit den Patientinnen abgeleitet werden konnten, in das Feld zu übersetzen. Hierfür werden zuerst die involvierten Fachkräfte kurz beschrieben und gezeigt, wie häufig die Patientinnen die Beratung in Anspruch nahmen. Danach wird dargestellt, welche Themen die Fachkräfte in Zusammenhang mit ihren Erfahrungen mit den alkoholabhängigen Patientinnen aufgriffen. Anhand von zwei Beispielen wird abschließend aufgezeigt, wie Mütter in schwierigen Situationen oder bei Unsicherheiten mit ihren Kindern unterstützt werden könnten.

8.1 Beschreibung der involvierten Fachkräfte und die Inanspruchnahme durch die Patientinnen

Es wurden vier in die Nachsorge involvierte Fachkräfte befragt. Diese arbeiteten bei einer Suchtberatungsstelle. Der berufliche Hintergrund der Fachkräfte ist die Soziale Arbeit, Psychologie oder Pädagogik. Zwei der vier Suchtberatungsstellen befinden sich im Kanton Zürich, während die anderen zwei Suchtberatungsstellen sich in zwei angrenzenden Kantonen befinden.

Drei Patientinnen gingen nach dem Austritt aus der stationären oder tagesklinischen Behandlung in die Suchtberatung, während eine Patientin bereits seit einigen Jahren die Suchtberatung in Anspruch nahm.

Die Patientinnen nutzten das Beratungsangebot sehr unterschiedlich. Während einige das Beratungsangebot über ein halbes Jahr regelmäßig – mindestens einmal im Monat – wahrnahmen, fanden bei einer Patientin die

Termine in unregelmäßigen Abständen statt und bei einer weiteren kamen insgesamt circa zehn Beratungstreffen zustande.

In der Regel gingen die Patientinnen allein in die Beratung. Zwei Fachkräfte luden auch die Angehörigen bzw. die Kinder zu einem Beratungsgespräch ein, und es kam zu je einem bis zwei Treffen mit den Angehörigen bzw. mit den Kindern. Bei den anderen zwei Fachkräften gingen die Patientinnen immer allein in die Beratung. Obwohl eine Fachkraft der Patientin das Angebot machte, das Kind in die Beratung einzubeziehen, kam ein gemeinsames Treffen nicht zustande.

8.2 Themen in der Beratung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Patientinnen viele unterschiedliche Themen in der Beratung einbrachten, die auch Teil der übergreifenden Herausforderungen darstellen. Im Fokus stehen dabei vor allem Gesundheit und Ressourcen der Patientin sowie ihre Beziehung zum Kind. Im Einzelnen sind es Fragen zu Existenzsicherung, Gesundheit und Sucht, zur Stärkung der persönlichen Ressourcen und zum sozialen Umfeld, insbesondere zu den eigenen Kindern. Dementsprechend sind die Unterstützungsleistungen durch die Fachkräfte vielfältig:

- Existenzsicherung: Hilfe beim Bezug von Leistungen von Sozialversicherungen, beim Finden einer Arbeitsstelle oder einer neuen Wohnung;
- Gesundheit und Sucht: Unterstützung beim Umgang mit dem Suchtdruck sowie mit dem kontrollierten Trinken, beim Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören, beim Umgang mit depressiven Verstimmungen oder mit Ängsten, sei es die Angst vor einer bestimmten Situation im Alltag oder vor einer psychischen Erkrankung, bei der Stärkung der psychischen Gesundheit, der Steigerung des persönlichen Wohlbefindens. Hierzu wurden beispielsweise Entspannungsübungen vermittelt und die Freizeitgestaltung besprochen. Dabei richteten sich die Bemühungen der Fachkräfte dahin, dass die Patientinnen den eigenen Bedürfnissen vermehrt nachgehen können. Folgende Zitate verdeutlichen dies:

„[I]hr Sohn […], also der ist sehr im Zentrum. Äh, und für sich selber macht sie eigentlich nicht so viel. Und, äh … oder könnte man noch mehr machen. Das ist einfach immer wieder so Selbst… Selbstfürsorge, das ist, äh, das Thema“ (F1, 49).

„[…] sich auch Zeit für sich nehmen, Raum für sich nehmen, strukturieren, so dass sie Platz für sich hat. Neben Mama sein und arbeiten“ (F3, 80).

- Soziales Umfeld: Der Umgang mit den Angehörigen und Bekannten, seien es die Eltern, sei es der Expartner, seien es die Kinder, wurde diskutiert. Auch das Eingehen einer neuen Beziehung wurde thematisiert. Insbesondere die Kinder waren in der Beratung immer wieder ein Thema, wie es eine Fachkraft schilderte:

„Also, das ist, ist auch regelmäßig Thema in der Beratung, […] was mit dem Kind läuft“ (F1, 91–93).

In der Beziehung zu den Kindern wurden die Patientinnen dabei unterstützt, wie sie ihre Erziehungsaufgabe wahrnehmen können, wie sie den Bedürfnissen der Kinder gerecht werden können, wie sie mit Problemen umgehen oder wie sie auf Ängste der Kinder eingehen könnten; beispielsweise wenn Kinder Ängste vor einem Rückfall der Mutter zeigen oder wenn ein Kind im Jugendalter sich nicht motiviert zeigt, eine Lehrstelle zu suchen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich in der Nachsorge besprochene Themen mit denen überschneiden, die in den Interviews mit den Patientinnen als zentrale Herausforderungen ersichtlich wurden: sei es die Positionierung als Frau und Mutter im sozialen Umfeld, die Beziehung zu den Kindern oder eigene Entwicklungen und Veränderungen.

Die Fachkräfte wurden im Interview auch gebeten, sich zu ihren Erfahrungen zu äußern, die sie generell mit alkoholabhängigen Müttern machen. Ihnen zufolge handelt es sich zumeist um Mütter mit Mehrfachbelastungen, wie beispielsweise beruflichen, sozialen, ökonomischen und/oder gesundheitlichen Problemen. Die Befürchtung, ob sie als alkoholabhängige Mütter angemessen für ihre Kinder sorgen können, führt zu Fragen zum Kindeswohl bzw. zu dessen Gefährdung. Daher haben die Mütter Angst, ihre Kinder zu verlieren, weil ihnen die Obhut (Aufenthaltsbestimmungsrecht) oder die elterliche Sorge entzogen werden könnte. Das bewirkt, dass die Mütter aus Angst vor einem Eingriff wegen einer Kindeswohlgefährdung weniger offen in der Beratung sind, wenn es um ihre Kinder geht. Eine weitere Angst der Frauen betrifft ihren Gesundheitszustand. Sie befürchten, dass ihnen wegen

ihres Alkoholkonsums etwas zustoßen könnte und sie dann aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr für ihre Kinder sorgen könnten.

Weiter wurden Themen genannt, die die persönlichen Belange der Patientinnen aufgreifen. Hier geht es darum, dass die Patientinnen wieder lernen müssen, auf sich selber zu schauen (Selbstfürsorge), ihre Freizeit zu gestalten, soziale Kontakte zu knüpfen und mehr Zeit für persönliche Bedürfnisse aufzubringen, die ihnen im Alltag mit den Kindern oft fehlt. Diese Erfahrungen bestätigen viele der genannten Herausforderungen in den vorherigen Kapiteln.

Neben diesen zahlreichen belastenden Faktoren wurden auch zwei positive Faktoren aufgeführt, die die Fachkräfte übergreifend im Kontakt mit alkoholkranken Müttern erfahren haben. Erstens nehmen sich die Patientinnen als kompetente Mütter wahr, wenn sie nicht mehr trinken und auch konkrete Erfahrungen machen können, dass sich die Beziehung zu den Kindern dadurch auf positive Art und Weise verändert. Zweitens machte eine Fachkraft die Erfahrung, dass sich Mütter, wenn sie sich einmal für die Veränderung entschieden haben, nicht mehr zu trinken, diesen Schritt viel schneller verwirklichen, als es beispielsweise Väter tun.

8.3 Illustration anhand von zwei Beispielen

In diesem Abschnitt wird nun anhand von zwei Schilderungen von Fachkräften aus der Nachsorge exemplarisch aufgezeigt, wie man mit Herausforderungen umgehen könnte, um die Situation zu entlasten. Beim ersten Beispiel ist die Mutter aus Sicht der Fachkraft durch das kontrollierende Verhalten ihres Kindes verunsichert. Bei einer anderen Patientin geht es darum, wie die Beziehung zum Kind neu gestaltet werden könnte.

Im ersten Beispiel zweifelt das Kind daran, ob seine Mutter wirklich nicht mehr trinkt. Die Fachkraft schildert dies wie folgt:

„[I]hr Sohn [der Patientin], der hat wirklich, ähm, der zweifelt manchmal dran, dass sie wirklich abstinent ist und kommt dann immer mal wieder ein wenig kontrollieren oder nachfragen, zum Beispiel, ähm, wenn sie sich mal hin… also einmal, ähm, [Sprechpause von drei Sekunden] sich hinlegt am Nachmittag, kommt er und fragt: ‚Hast du wieder etwas getrunken?' […] da kann sie … aber ich glaube, sie tut das ihm sehr gut erklären dann, aber das sind Sachen, die sie beschäftigen. Das hat er auch so ein wenig bestätigt das letzte Mal in der Beratung, dass er eben manchmal schon

unsicher ist. Einmal gab es Fondue[13], und da hat sie mit alkoholfreiem, ähm, Most hat sie das gemacht, und da wollte er probieren von dem zum Sichersein, dass es wirklich keinen Alkohol drinnen hat, und war dann beruhigt, als sie ihm denn auch ein Glas zum Trinken gab, solche Sachen, wo er, wo aber auch, äh, wo er jetzt auch die Bestätigung bekommen hat, dass er das auch wirklich darf. Dass das absolut okay ist, wenn er das macht. Aber das sind Sachen, die sie natürlich, also die sie manchmal beschäftigen" (F1, 41–43).

In der Beratung bestätigt die Fachkraft dem Kind, dass es dieses Verhalten weiterhin zeigen darf. Die fachliche Frage ist jedoch, was diese Erlaubnis zur Kontrolle, die das akute Trinkverhalten der Patientin vielleicht beeinflussen kann, für die Mutter-Kind-Beziehung bedeutet. Das Kind wird vermutlich seine Mutter weiterhin kontrollieren und sich immer wieder bestätigen lassen, dass sie nicht trinkt. Offen bleibt, ob und wann es seiner Mutter wieder vertrauen wird und umgekehrt. Muss sie einige Monate abstinent sein oder Jahre? Was geschieht, wenn die Mutter wieder rückfällig wird?

Die Erkenntnisse der Studie deuten vielmehr darauf hin, dass eine Aufarbeitung der Vergangenheit notwendig wäre, damit das Kind das kontrollierende Verhalten nicht mehr zeigen muss, das letztlich die Verunsicherung seitens der Patientin steigert. Dies bedeutet eine offene Aussprache über die Vergangenheit, in der die Mutter trank. Ziel dabei ist, dass das Kind über die Erkrankung informiert wird und die Mutter an den Erfahrungen des Kindes teilnimmt. Dadurch verstehen beide das Verhalten der anderen Person besser. Die Mutter würde verstehen, dass ihr Kind das kontrollierende Verhalten zeigt, da es zuvor bereits enttäuscht wurde oder weil es sich um das Wohlergehen der Mutter sorgt. Hier müsste dem Kind auch klargemacht werden, dass es nicht für die Handlungen und für die Gesundheit der Mutter verantwortlich ist. Zudem sollte es auch wissen, dass trotz seiner Kontrolle jederzeit ein Rückfall auftreten kann, dass dies gemäß aktuellem Wissensstand zum Genesungsprozess aus der Abhängigkeit gehört. Bei einem Rückfall sollte das Kind wissen, wie es sich zu verhalten hat: An wen kann es sich wenden, wohin kann es gehen? Dabei ist zu beachten, dass es einerseits mit jemandem (außer der Mutter) über seine Ängste und Sorgen sprechen kann. Andererseits ist zu gewährleisten, dass es keine Verantwortung für die Gesundheit der Mutter übernimmt. Die gegenseitigen Erwartungen und Bedürfnisse sollten in diesem Falle fortlaufend geklärt werden. Ein angemessener

13 Dieses Schweizer Käsegericht wird in der Regel mit Weißwein und/oder einem Schuss hochprozentigen Alkohol angerichtet.

Einbezug der Perspektive des Kindes ermöglicht es der Mutter, die Handlungen des Kindes zu verstehen und die Beziehung zum Kind neu, anders zu früher, zu gestalten.

Nun folgt das zweite Beispiel:

„Mit dem Kind hat sie [die Patientin] es eher schwieriger, aber das hat sich so in letzter Zeit auch eher geändert, also dass sie ihm auch gesagt hat, wenn es ihm nicht passt, kann er ausziehen. […] der auch so in der Zeit, in der sie getrunken hat, sich angewöhnt hat, respektlos mit ihr umzugehen, sich auch … so wie diese Parentifizierung ein Stück weit, dass er [der Sohn] so das Gefühl hat, er müsse jetzt so den Mann raushängen lassen, und sie konnte ihn dann im Laufe der Zeit so, nach der Forel Klinik auch wieder so ein bisschen an seinen Platz verweisen" (F4, 124).

An diesem Beispiel zeigt sich, dass die Fachkraft die Perspektive der Mutter einnimmt und sie dabei unterstützt, das Kind an „seinen Platz" zu verweisen. Die Perspektive des Kindes wird dabei kaum berücksichtigt. Um die Beziehung zum Kind zu verbessern, das in der offenen Konfrontation (wohl auch aufgrund des Jugendalters) einen anderen Weg als die Kontrolle wie im ersten Beispiel gewählt hat, wäre auch hier eine gemeinsame Aufarbeitung notwendig, wie sie im ersten Beispiel dargelegt wurde. So sollte das Kind nicht nur aufgrund seines Verhaltens kritisiert werden, sondern es müsste darum gehen, der Mutter verständlich zu machen, weshalb das Kind sich so verhält, worauf es damit reagiert und was es damit vielleicht bezweckt. Vielleicht ist das Verhalten des Kindes auch auf die fehlende psychische Präsenz der Patientin in der Vergangenheit zurückzuführen. Während das Verhalten des Kindes in der Vergangenheit gebilligt wurde, wird es nun zurückgewiesen. Möglicherweise erlebt das Kind die Mutter wegen ihrer Zurückweisung als unberechenbar, und dies dürfte kaum zu einer besseren Beziehung beitragen.

An beiden Beispielen wird deutlich, dass in vielen Fällen nicht nur die Patientin im Zentrum der Nachsorge stehen sollte und beim Angehen der Herausforderungen in der Beziehung zu den Kindern deren Perspektive zu berücksichtigen ist – insofern der Miteinbezug freiwillig geschieht. Ohne eine angemessene Berücksichtigung der Erfahrungen des Kindes, seiner Bedürfnisse und seiner Erwartungen wird es den Müttern kaum gelingen, die Beziehung zu ihren Kindern auf eine neue und tragfähige Basis zu stellen. Das Gleiche könnte auch für die Perspektive anderer relevanter Menschen aus dem sozialen Umfeld gelten. Die Bedeutung von Idealbildern von Müttern und Frauen auf die Selbstwahrnehmung und -einschätzung nach dem Klini-

kaufenthalt wäre zudem eine weitere Thematik, die trotz Allgegenwärtigkeit noch kaum Gegenstand der Nachsorge zu sein scheint.

9 Diskussion und Empfehlungen für die Praxis

In Anlehnung an das Schema des Suchtdreiecks geht man davon aus, dass erst ein komplexes Geflecht von Bedingungen zum individuellen Konsumverhalten führt, das schließlich in der Klinik therapiert wird. Entsprechend ermöglicht es auch, Zusammenhänge zwischen Herausforderungen im Alltag der Patientinnen nach deren Klinikaufenthalt besser strukturieren und vor allem auch nachvollziehen zu können. So deuteten die qualitativen Analysen der Interviews mit den Patientinnen bereits früh darauf hin, dass insbesondere ein prozesshaftes, dynamisches und soziales Verständnis von Sucht erkenntnisbringend ist, um die spezifische Situation von Müttern besser zu verstehen. So schienen die Analysen auf vergleichbare Herausforderungen nach dem Klinikaufenthalt zu verweisen, jedoch weder auf einheitliche Ursachen oder Bedingungen, noch auf nur einen Konsumentinnentypus. Zudem besteht gemäß dem multifaktoriellen Modell ein gelingender Umgang mit widersprüchlich wirkenden oder belastenden Alltagsthemen auch nicht darin, dass diese endgültig aufgelöst oder beseitigt werden. Dieser (Ideal-)Zustand wäre ein halbes Jahr nach dem Klinikaufenthalt im komplexen Gewebe des Familienalltags quasi nirgends anzutreffen gewesen. Vielmehr geht es darin um fortwährende Balanceakte zwischen den wichtigen Themen der Person, dem sozialen Umfeld und dem Konsumverhalten, die voneinander abhängen und sich gegenseitig bedingen. Das bedeutet auch, dass Belastungen oder fehlende Ressourcen in einem Bereich durch Ressourcen in einem anderen erfolgreich entgegengewirkt werden kann.

Es folgen eine Zusammenfassung der Ergebnisse sowie eine Diskussion. Diese gliedern sich entlang den Forschungsfragen (siehe Abschnitt 6.1). Abschließend werden Empfehlungen, die sich aus den Ergebnissen ableiten, aufgeführt.

9.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Bewältigung des Alltags nach Behandlung der Alkoholabhängigkeit

Für die Patientinnen erwiesen sich drei Herausforderungen als relevant, die den Alltag nach der Behandlung prägten. Diese beziehen sich auf die Positionierung als Frau und Mutter im sozialen Umfeld, auf die Beziehung zu den Kindern sowie auf die eigene Entwicklung und Veränderungen. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie im Alltag der Patientinnen für übergreifende Spannungsverhältnisse verantwortlich sind. Spannungen entstehen dann, wenn sich widersprüchliche Alltagsthemen nicht vereinbaren lassen, einzelne Themenbereiche Belastungen aufweisen oder wenn Problemstellungen verdrängt werden und so der Umgang damit labil und prekär bleibt.

Die Bewältigung des Alltags unterscheidet sich dadurch, wie und in welchem Ausmaß die Patientinnen im ersten halben Jahr nach dem Verlassen der Klinik Belastungen abbauen können. Ob und wie ihnen dies gelingt, hängt unter anderem davon ab, ob und inwiefern Widersprüche minimiert und konkrete Veränderungen des bisherigen Kontextes oder des eigenen Verhaltens proaktiv angegangen werden. Je mehr eine Entlastung im Alltag gelingt, desto unbelasteter, selbstbestimmter und kongruenter gestalten die Frauen nach einem halben Jahr den Alltag mit der Familie. Ereignisse, die dazu führen, sind in den Verläufen von sehr unterschiedlicher Natur: beispielsweise neue Lebenslust, Anpassung von Zielen nach einem Alkoholrückfall, systemisch-therapeutische Aufarbeitung der Vergangenheit, ausführliche Aussprachen mit den Kindern, Auszug des Partners, Konfrontation mit den Eltern oder Unterstützung durch die Nachbarschaft. Die nachfolgenden Erläuterungen beziehen sich auf die drei Herausforderungen.

Positionierung als Frau und Mutter im sozialen Umfeld

In der Zeit nach dem Klinikaufenthalt stellt für alle Patientinnen das Finden einer anerkannten Position als Frau und Mutter im sozialen Umfeld eine Herausforderung dar: sei es gegenüber den Kindern, den (Schwieger-)Eltern oder den Geschwistern, sei es gegenüber dem Kindsvater oder Partner oder seltener gegenüber Freunden und Freundinnen, Berufskollegen und -kolleginnen sowie der Nachbarschaft.

Ob es diesbezüglich zu einer Entlastung kommt, hängt primär von der Auffassung von guter Mutterschaft im Umfeld ab: Die Verbindlichkeit der strukturellen Unterstützung im engen sozialen Umfeld, sprich von Eltern und Geschwistern im Sinne der Kinderbetreuung, ist meist hoch. Gleichzeitig sind die Patientinnen wegen Schuld- und Schamgefühlen verunsichert, wieder Vertrauen aufzubauen. Entsprechend bleibt häufig die Hemmschwelle gegenüber den Personen im Familienkreis erhöht, die Erkrankung und ihre Folgen zu thematisieren. Und obschon der Familienkreis – abgesehen von den Kindern – häufig eingeweiht ist, stehen im ersten Halbjahr Themen wie Abstinenz, Ablenkung, körperliche Betätigung oder Freizeit im Vordergrund. Die zentrale Stellung dieser individuumszentrierten Alltagsgestaltung geht dabei auf Kosten von familienbezogenen Themen.

Beziehung zu den Kindern

Die Beziehung zu den Kindern stellt bei allen Müttern die am wenigsten bearbeitete Herausforderung dar. Unsicherheiten und Ängste, die in vielen Fällen auch kaum Veränderungen zulassen, rühren von diffus wahrgenommenen Erwartungen und Reaktionen der Kinder oder auch deren Netzwerken her.

Diesem steten Infragestellen des Mutterseins und der eigenen mütterlichen Werte und Pflichten begegnen die Patientinnen nach dem Klinikaufenthalt häufig mit Tabuisierungen und Bagatellisierungen der vergangenen Sucht und Suchterscheinungen gegenüber den Kindern – anstatt dass mit Gesprächen oder Akzeptanz der eigenen Schuld Veränderungen ermöglicht würden. Das mündet in einer prekären Position, in dem jederzeit eine Diskreditierung und somit eine Aberkennung einer vertrauensbasierten Mutter-Kind-Beziehung befürchtet wird. Auch ist es so vielen Müttern nicht möglich, die Vergangenheit adäquat mit den Kindern aufzuarbeiten. Stattdessen hoffen sie trotz der gemeinsamen, vom Alkohol geprägten Zeit mit den Kindern möglichst ohne Erinnerungen an die Vergangenheit neu beginnen zu können. Doch lässt sich die Idee eines Neuanfangs in der Beziehung zu den Kindern nicht umsetzen. Darüber hinaus ist die Kommunikation dem Alter der Kinder anzupassen – sehr spezifisch und sensibel gestaltet sich dieses Feld.

Entwicklung und Veränderungen

Die letzte Herausforderung zeichnet sich dadurch aus, dass nach dem Klinikaufenthalt alle Mütter mit der Frage konfrontiert werden, ob und wie sie in der Lage sind, Veränderungen selbst einzuleiten und mitzugestalten, die möglichen Ursachen der Suchtproblematik oder Rückfallsituationen entgegenwirken. Darauf sind die Patientinnen nach dem Klinikaufenthalt allerdings am besten vorbereitet, im Unterschied zu den anderen beiden Herausforderungen.
Veränderungen bisheriger Problemstellungen im Kontext (Beruf, Beziehungen, Familien- oder Wohnsituation) und in der Eigenwahrnehmung treten demnach am meisten dann ein, wenn die Abstinenz als Basis für weitere zentrale Entwicklungen der Lebensumstände und nicht als Ziel gesehen wird und wenn eigene Rollen definiert werden können, die weder abwertend ausfallen noch auf Rückzug und Isolation angewiesen sind.

Veränderungen nach einem halben Jahr

Die Bewertung der Veränderungen erfolgte in Anlehnung an die Gesundheitsbalance von Hurrelmann und Bründel (1997) (siehe Abschnitt 7.3). Das heißt, dass wir das Auftreten von Rückfällen nicht bewertet haben. Denn erstens sind Rückfälle, wie die Ausführungen in Abschnitt 3.5 zeigen, ein zu erwartendes Ereignis im Genesungsprozess. So kann ein Rückfall einen positiven Entwicklungsprozess anstoßen und somit als hilfreicher Schritt im Genesungsprozess angesehen werden. Bleibt er aus, kann dies nicht alleine auf einen entlastenderen Alltag zurückgeführt werden. Auch andere Gründe sind möglich wie die Einnahme von Medikamenten zur Unterstützung der Abstinenz. Zweitens erscheint die Dauer eines halben Jahres zu kurz, um Aussagen darüber zu machen, ob ein entlastender Alltag zu weniger Rückfällen führt. Letztendlich dürfte er langfristig zur Folge haben, dass Rückfälle immer weniger auftreten, bis sie ganz ausbleiben.

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass sieben der 14 befragten Patientinnen innerhalb eines halben Jahres einen Rückfall hatten. Diese waren unterschiedlicher Art. Einige Patientinnen tranken an einem Abend zu viel, während andere Patientinnen über mehrere Wochen zu viel tranken und sich erneut einer stationären Behandlung unterzogen. Inwiefern die Rückfälle

dabei zu einer anderen Einstellung oder sich positiv auf den weiteren Trinkverlauf auswirkten, muss offen bleiben.

Mit Bezugnahme auf Hurrelmann ist darauf hinzuweisen, dass die Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Rückfällen oder problematischem Trinkverhalten. Vielmehr ergibt sie sich aus einer Balance, die sich daneben auch aus den persönlichen und den gesellschaftlichen Anforderungen ergibt. Ein entlastender Alltag dürfte dazu führen, dass sich die Patientinnen der Gesundheitsbalance annähern, sei dies durch den Aufbau von sozialen Beziehungen, die aktive Auseinandersetzung mit den Problemen und deren Bewältigung oder durch eine bessere Beziehung zu den Kindern. Dies dürfte einem prozesshaften, dynamischen und sozialen Verständnis von Gesundheit gerecht werden.

Bewertung der Nachsorge

Nicht alle Patientinnen waren zum zweiten Interviewzeitpunkt in der Nachsorge. Wenige hatten es gar nicht vor, während einige die Nachsorge zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch nehmen wollten. Am meisten Patientinnen, neun von 13, nahmen therapeutische Hilfen an (vgl. Tabelle 3). Sechs Patientinnen suchten eine Suchtberatungsstelle auf und fünf den Hausarzt oder die Hausärztin. Hilfeleistungen, die sich speziell an Kinder richteten, wurden am wenigsten in Anspruch genommen. Vereinzelt wurde die Jugend- und Familienberatung oder eine Kinderpsychologin aufgesucht. Obwohl fast alle Patientinnen beim ersten Interview geäußert hatten, dass sie sich gerne einer Selbsthilfegruppe anschließen würden, hatte dies ein halbes Jahr später niemand umgesetzt. Als Gründe wurde die fehlende Zeit genannt, dass es keine Gruppe in der Nähe des Wohnortes gab oder dass die Selbsthilfegruppe den Erwartungen nicht entsprach.

Bezüglich der Nachsorge weisen diese Ergebnisse darauf hin, dass die Patientinnen in der Nachsorge vor allem die Fachkräfte aufsuchten, die auf suchtbezogene Themen spezialisiert waren. Damit bleibt der Fokus in der Nachsorge vor allem bei den individuellen Themen. Wenige Patientinnen nahmen auch Hilfen in Anspruch, die die Belange der Kinder aufgriffen.

In Anlehnung an das Suchtdreieck, in dem neben den individuellen auch die sozialen Aspekte eine Rolle spielen, müsste es in der Behandlung auch darum gehen, sich mit dem sozialen Umfeld, also auch den Kindern, auseinanderzusetzen.

Ergebnisse aus den Interviews mit den Fachkräften

In der Beratung wird eine Vielfalt an Themen aufgegriffen. Neben der Existenzsicherung, der Gesundheit und der Sucht, der Stärkung der persönlichen Ressourcen und des sozialen Umfelds sind es auch die eigenen Kinder. Wie aus den Beispielen in Abschnitt 8.3 hervorgeht, sprechen die Patientinnen in der Beratung auch Schwierigkeiten an, die das Kind oder die Beziehung zu ihm betreffen. Für einen förderlichen Umgang mit den Kindern ist es wichtig, dass die Fachkräfte nicht nur die Perspektive der Mütter einnehmen, sondern auch die des Kindes berücksichtigen. Das heißt, dass auch deren Erfahrungen, Bedürfnisse und Erwartungen einbezogen werden. Dies dürfte das gegenseitige Verständnis fördern.

9.2 Diskussion

Unterstützung aus dem sozialen Umfeld

Wie aus verschiedenen Studien hervorgeht, sind alkoholabhängige Frauen häufig stark durch soziale Beziehungen belastet. Beispielsweise haben sie im Vergleich zu alkoholabhängigen Männern häufiger Probleme im sozialen Bereich (Franke 2005). Oder wie aus der Studie von Sieber et al. (2002) hervorgeht, boten Partnerschaft und Familie für alkoholabhängige Frauen keine Unterstützung im Genesungsprozess; ganz im Gegensatz zu alkoholabhängigen Männern, die vom familiären oder partnerschaftlichen Netz bestärkt wurden. Ähnlich sieht es aus, wenn man alkoholabhängige Frauen mit nicht oder ehemals abhängigen vergleicht. So sind alkoholabhängige Frauen sozial stärker belastet (Franke et al. 2001). Haben sie Kinder, dürften sich die Belastungen noch zusätzlich verschärfen: einmal dadurch, dass sie als suchtkranke Mütter von den gesellschaftlichen Erwartungen an ein Mutterideal abweichen (Fischer 2010: 149), zum anderen, dass sich durch das Zusammenleben mit den Kindern Belastungen ergeben. Beispielsweise sind alkoholabhängige Mütter im Vergleich zu nicht abhängigen Müttern stärker durch die Erziehungsaufgaben (Kröger et al. 2006) oder durch das gehäufte Auftreten von Schuldgefühlen (Vogt, Fritz 2006) belastet. Auch aus unserer Studie geht hervor, dass sich den Patientinnen nach der Behandlung Herausforderungen in der Beziehung zu den Kindern stellen können. So wissen sie zum Beispiel

nicht, wie sie mit ihnen über ihre Erkrankung sprechen oder wie sie die Beziehung zu ihnen gestalten sollen. Aufgrund der Schuld- und Schamgefühle und der Unsicherheiten im Umgang mit den Kindern kann es sein, dass diese Herausforderungen letztendlich zu einer Belastung werden.

Mütter sind aufgrund der eben aufgeführten Gründe in verstärktem Maße auf ein stabiles soziales Umfeld angewiesen, das ihnen Unterstützung bietet: sei es dadurch, dass sie trotz ihrer Sucht Zuwendung und Wertschätzung erfahren oder dass sie in der Betreuung der Kinder sowie in der Beziehungsgestaltung unterstützt werden.

Wie bei der Entstehung einer Abhängigkeit beeinflusst das soziale Umfeld auch den Krankheitsverlauf von abhängigen Personen. In Anlehnung an Hurrelmanns und Bründels Suchtverständnis ist eine Abhängigkeit nicht nur als individuelles Problem zu verstehen, sondern ergibt sich aus dem Wechselspiel zwischen der Person, ihrem sozialen Umfeld und der Droge. Deshalb ist es erforderlich, in der Behandlung und vor allem in der Nachsorge das soziale Umfeld mitzuberücksichtigen. Durch die soziale Unterstützung dürfte es den Patientinnen leichter fallen, einen positiven Umgang mit den mannigfaltigen Herausforderungen zu finden. Damit dürften sie sich auch der Gesundheit, verstanden als produktive Lebensbewältigung, nähern. Das soziale Umfeld kann es aber auch erschweren, dass sich die Patientinnen der Gesundheitsbalance annähern können: beispielsweise durch das andauernde Äußern von Schuldzuweisungen, durch die Verweigerung von Ermutigungen oder konkreter Unterstützung.

Als Teil des sozialen Umfelds ist insbesondere den Kindern Beachtung zu schenken. Das Zusammenleben mit ihnen kann als belastend erlebt werden. Gleichzeitig können Kinder eine große Motivation sein, um den Weg aus der Abhängigkeit zu finden. Wenn die Kinder beispielsweise positiv auf die Abstinenz und deren Folgen reagieren, kann dies die Mütter in ihrem Ziel der Abstinenz bestärken. Deshalb müsste es vermehrt darum gehen, die Belastungen im Zusammenleben mit den Kindern zu reduzieren. Einige Patientinnen benötigen zusätzliche Unterstützung in der Betreuung, andere möchten vor allem die Beziehung zu den Kindern verbessern, Verunsicherungen im Umgang mit ihnen oder Scham- und Schuldgefühle abbauen. Trotzdem der Fokus auf die Erkrankung und das Befinden der Patientinnen gerichtet ist, darf nicht vergessen werden, dass die Kinder vermutlich ebenso unter der Sucht ihrer Mütter leiden. Deshalb ist das Wohl der Kinder zu gewährleisten,

unabhängig davon, ob die Mütter davon profitieren oder nicht. Allerdings weiß man aus der Forschung, dass Mütter einen Vorteil aus dem Wohlbefinden ihrer Kinder ziehen. Eine gute Beziehung zu den Kindern sowie eine bessere Gesundheit können demnach den Verlauf der Alkoholabhängigkeit auf positive Weise beeinflussen, wie Timko et al. (2000) feststellen. Sie (ebd.) haben in einer Längsschnittstudie alkoholabhängige Mütter und Väter miteinander verglichen. Dabei zeigte sich, dass die Mütter weniger Alkohol konsumierten und in besserer psychischer Verfassung waren, wenn es den Kindern besser ging.

Dies unterstreicht die Notwendigkeit, in der Behandlung von alkoholabhängigen Müttern vermehrt auch die Kinder einzubeziehen. Werden die Kinder thematisiert oder noch besser miteinbezogen, benötigen die Fachkräfte allerdings neben methodischem Rüstzeug auch eine theoretisch fundierte, erhöhte Sensibilität für mögliche Spannungen: Einerseits basiert ihre Nachsorge- und Beratungsaufgabe auf Vertrauen. Andererseits stellen sich möglicherweise kritische Fragen zum Kindeswohl, die unter Umständen mit dem Vertrauensverhältnis schwierig vereinbar sind. Es sollte darum gehen, wie die Mutter das Kindeswohl gewährleisten und wie sie bei Bedarf dabei unterstützt werden kann.

Einfluss der Mutterschaft auf die Bewältigung des Alltags

Das gesellschaftliche Umfeld hegt höhere Erwartungen an Mütter als beispielsweise an Väter. Kommt eine Abhängigkeit hinzu, dürften Frauen von Stigmatisierungsprozessen stärker betroffen sein als Männer. Denn das weibliche Suchtverhalten wird damit gleichgesetzt, dass Frauen ihren sozialen Auftrag nicht erfüllen, nämlich eine fürsorgliche Mutter und Partnerin zu sein (Fischer 2010: 149). Dies kann dazu führen, dass Mütter weniger bereit sind, sich ihre Erkrankung einzugestehen. Auch Ängste, dass ihnen das Sorgerecht entzogen wird, können das Eingeständnis erschweren. Dabei wäre es wichtig, dass das Eingeständnis und das Annehmen von Hilfen bei Bedarf früh erfolgen. Da Mütter für die Betreuung der Kinder oftmals zuständig sind, sind sie allein deswegen vermehrt auf Unterstützung angewiesen. Dies wird offensichtlich, wenn die Mütter sich behandeln lassen möchten und die Frage nach der Kinderbetreuung im Raum steht. Weitere Belastungen ergeben sich im Zusammenleben mit den Kindern. Wie aus der Studie von Kröger et al. (2006) hervorgeht, hegen alkoholabhängige Mütter mehr Zweifel an ihren

erzieherischen Fähigkeiten und sind durch äußere Lebensumstände stärker belastet als nicht abhängige Mütter. Zudem ist davon auszugehen, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien mehr gesundheitliche Probleme oder psychische Auffälligkeiten zeigen. Viele empirische Studien belegen dies (vgl. Kapitel 5). Die Anforderungen an die Erziehungsaufgaben dürften deshalb steigen. Das Zusammenleben der Mütter mit ihren Kindern dürften die Herausforderungen aus folgenden Gründen verschärfen: Erstens sind die Patientinnen nach dem Verlassen der Klinik in der Regel mit sich selbst, ihrer Genesung beschäftigt, wie sie beispielsweise im Alltag abstinent bleiben können. Die Prozesse, um aus der Abhängigkeit herauszukommen, dauern lang und dürften die Patientinnen noch eine Weile beanspruchen. Zweitens wollen sie auch auf die Bedürfnisse der Kinder eingehen. Die Kinder jedoch benötigen möglicherweise für eine optimale Entwicklung ein ganz besonders sensibles und stützendes Umfeld. Drittens besteht die gesellschaftliche Erwartung an die Mutter, die Kinder zu betreuen. Hier zeigt sich deutlich eine kumulierte Problemlage, da den Müttern krankheitsbedingt die benötigten Ressourcen häufig fehlen. Sind soziale Ressourcen im Sinne einer emotionalen und funktionalen Unterstützung vorhanden, dann dürfte es Müttern leichter fallen, die Herausforderungen im Alltag zu bewältigen.

9.3 Empfehlungen für die Praxis

Basierend auf den Erkenntnissen aus den qualitativen Analysen der Interviews mit den Müttern, der Berücksichtigung wichtiger Aussagen der Fachkräfte sowie basierend auf den Erkenntnissen aus dem aktuellen Forschungsstand lassen sich Empfehlungen für die Praxis formulieren. Dabei stehen insbesondere diejenigen Fachkräfte im Fokus, die Übergänge aus der Klinik in den Alltag vorbereiten und begleiten oder in unterschiedlicher Form in die Nachsorge involviert sind. Selbstverständlich sollen sie auch weitere Kreise beteiligter Akteure für die relevanten Themen sensibilisieren und im Sinne der Patientinnen zu einer gelingenden Bewältigung des Alltags nach dem Klinikaufenthalt beitragen.

Dabei legen wir den Fokus auf die Beziehung zwischen den Müttern und ihren Kindern.

Positionierung als Frau und Mutter im sozialen Umfeld

Die Untersuchung hat gezeigt, dass es für die interviewten Frauen von großer Bedeutung ist, wie sie sich einerseits selber definieren als Frau in der Partnerschaft und als Mutter und andererseits wie ihr soziales Umfeld sie diesbezüglich wahrnimmt und bewertet. Daher gilt es, in der Beratung

- das Selbstbild und die eigenen Ansprüche und Erwartungen an das Frau- und Muttersein zu thematisieren,
- wichtige Unterstützungsmöglichkeiten zu definieren,
- und sowohl Ressourcen als auch Risiken im sozialen Umfeld zu reflektieren.

Die unterschiedlichen Rollen, sei es als Frau, als Mutter oder als Arbeitnehmerin, sollen im Beratungsprozess angesprochen werden. Weiter ist zu reflektieren, wie sich die Erwartungen des Umfeldes verändern oder erfüllen lassen. Insbesondere sind die Beziehungen zu den wichtigen Personen (Kindern, Partnern, Angehörigen und Arbeitgebern/innen) zu überdenken, die von der Erkrankung wissen.

Vertrauen versus Schuld und Scham

Bei diesem Thema ist zu besprechen, welchen Personen aus dem Umfeld die Patientin vertrauen kann und will. Welche Beziehungen im sozialen Umfeld kann die Patientin nutzen, um sie auf ihrem Weg aus der Abhängigkeit zu unterstützen? Bei wem befürchtet sie, mit Misstrauen, Kritik oder Schuldzuweisungen konfrontiert zu werden? Wie möchte die Patientin den Personen begegnen? Dies gilt es gemeinsam mit der Patientin zu reflektieren, damit sie tragfähige Beziehungen aufbauen, für sich nutzen und sich mit einem Argumentarium auch kritischen Fragen selbstbewusst stellen kann.
Sollte die Kindes- oder Erwachsenenschutzbehörde involviert sein, ist auch die aktuelle Situation zu besprechen. Die Patientin sollte wissen, welche Konsequenzen ihre Entscheidungen nach sich ziehen.

Mutterrolle und eigene Bedürfnisse

Zur Überwindung der Abhängigkeitserkrankung ist es wichtig, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse (z.B. Sport, kreative Tätigkeiten, Teilnahme an sozialen Anlässen etc.) zu erkennen und sie so weit wie möglich im Alltag zu

befriedigen. Alleinerziehende, Mütter von Kleinkindern und Frauen, deren Partner sich nicht in der Betreuung der Kinder engagieren, haben diesbezüglich eingeschränkte Möglichkeiten. In der Beratung stellen sich deshalb folgende Fragen: Kann die Patientin die eigenen Bedürfnisse mit dem Familienalltag vereinbaren? Gibt es die Möglichkeit, wiederkehrende bzw. fixe Freiräume für die eigenen Bedürfnisse zu schaffen?

Es empfiehlt sich, zusammen mit den Müttern konkrete Verantwortungsbereiche, Aufgaben und Zeiträume zu definieren und von nahestehenden Personen verbindliche Zusagen einzuholen. Damit kann das Ziel, Zeit für sich selbst freizuhalten ohne schlechtes Gewissen und ohne das Gefühl, die Bedürfnisse von Kindern, Partner oder Eltern zu vernachlässigen, erreicht werden. Unter Umständen bedeutet dies, dass auch Familienangehörige bereit sein müssen, sich auf Veränderungen einzulassen, damit die Bedürfnisse der Mutter befriedigt werden können.

Information des sozialen Umfeldes

Es gilt zu klären, mit wem über die Sucht und den Klinikaufenthalt gesprochen werden soll. Was erzählt die Frau wann und wie der Verwandtschaft, dem erweiterten Bekanntenkreis, den Nachbarn und Nachbarinnen, dem Umfeld des Kindes (Kindergarten, Schule, Hort), dem Arbeitgeber, der Arbeitgeberin?

Weder eine offene Kommunikation mit allen noch eine komplette Tabuisierung sind zielführende Kommunikationsstrategien. Dies wird dem sozialen Umfeld der Frauen nicht gerecht. Vielmehr scheint es notwendig, das soziale Umfeld differenziert zu kategorisieren. Mit wenigen vertrauenswürdigen, nahestehenden Menschen kann ein offener, uneingeschränkter Austausch gepflegt werden. Gegenüber weiteren Personen braucht es Überlegungen, welche Informationen weitergegeben werden können, ohne alles preiszugeben oder zu lügen. So können sich die Frauen vor möglichen Vorwürfen oder Stigmatisierungen schützen und müssen keine Angst davor haben, dass ungewollt weitere Personen von ihrer Erkrankung erfahren. Ein spezielles Augenmerk sollte auch auf die Informationen, welche das Kind weitergeben kann, gelegt werden. Hierzu braucht es eine altersangepasste und klare Kommunikation mit dem Kind.

Die Beziehung zu den Kindern

In der Beziehung zu den Kindern gibt es vielfältige Aspekte, die eine Mutter beschäftigen. Vielleicht möchte sie das Kind vor der eigenen Abhängigkeit schützen, die Beziehung zu ihm verbessern, das Kind vor nachteiligen Konsequenzen wegen der Sucht bewahren oder ihm einfach eine gute Mutter sein. Möglicherweise ärgert sie ein bestimmtes Verhalten des Kindes. So kann es sein, dass die Patientinnen in der Beratung von sich aus ein Thema ansprechen, das die Kinder betrifft. Das sind gute Anknüpfungspunkte. Im Hinblick auf die Kommunikation sowie auf die Aufarbeitung und den Neuanfang erscheint uns wichtig, auf folgende Themen einzugehen:

Die Kommunikation mit dem Kind beinhaltet neben der Information über Suchtmittel und Aufklärung vor allem auch das Gespräch, das heißt den gegenseitigen Austausch zwischen Mutter und Kind. Dabei sollte die Vergangenheit thematisiert werden, Erwartungen geklärt sowie allfällige gemeinsame Ziele festgelegt werden. Hierbei ist es erforderlich, dass das Kind an einem oder mehreren Gesprächen teilnimmt. Gibt es mehrere Kinder in der Familie, sollten sie einbezogen werden. Auch weitere Familienmitglieder können am Gespräch teilnehmen. Nun folgen ausführlichere Anregungen, wie man ein Gespräch führen kann.

Das Kind altersgerecht über Sucht und Alkohol informieren

Hierbei geht darum, das Kind altersgerecht über Alkohol und Abhängigkeitserkrankungen (eventuell auch über Nikotin und Benzodiazepine) zu informieren und seine Fragen sachlich zu beantworten. Das Kind benötigt dieses Wissen, um seine Erfahrungen in der Familie in einem größeren Kontext einzuordnen und das Verhalten der Mutter verstehen zu lernen. Ängste können so abgebaut und allfällige Fantasien beseitigt werden. Allenfalls kann ein Kind so auch von Schuldgefühlen gegenüber der Mutter entlastet werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass eine Alkoholabhängigkeit eine chronische Erkrankung ist und mit Entzug und Entwöhnung noch nicht geheilt ist, dass Rückfalle vorkommen können und zum Genesungsprozess dazugehören. Zur Unterstützung des Kindes ist es zudem erforderlich zu klären, wie es sich bei einem Rückfall verhalten soll. Kann es beispielsweise zu jemandem gehen, kann es jemanden anrufen? Dabei ist sicherzustellen, dass die gemeinsam erarbeitete Lösung dem Kind Sicherheit gibt und es von der Erkrankung der Mutter entlastet. Weiter können als Unterstützung Kin-

der- und Jugendsachbücher zum Thema Abhängigkeitserkrankung von Eltern hinzugezogen werden.

Mit dem Kind über die aktuelle Familiensituation sprechen
Neben der Wissensvermittlung ist es auch empfehlenswert, die aktuelle Situation nach der Entwöhnung zu klären. Das heißt, die Mutter bespricht mit den Familienmitgliedern ihre kurzfristigen Ziele, zum Beispiel in Bezug auf die Gestaltung des Familienalltags, auf die Situation im Beruf oder auf die geplante professionelle Beratung. Das Kind soll altersentsprechend einbezogen werden, indem ihm ermöglicht wird, seine Fragen zu klären und seine Anliegen rund um den Familienalltag einzubringen.

Gemeinsam mit dem Kind die Vergangenheit anschauen
Möglicherweise haben die Mütter Scham- und Schuldgefühle, da ihre Alkoholabhängigkeit in der Vergangenheit zur Vernachlässigung von Kleinkindern und zu inkonsistentem Erziehungsverhalten geführt hat. Den Kindern fehlte dementsprechend Konstanz und Verlässlichkeit im Familienalltag und somit das Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit. Möglichweise haben die Kinder auch Gewalt erlebt oder hatten manchmal Angst um die Gesundheit der Mutter. Aus diesen Gründen ist die Aufarbeitung der Vergangenheit sehr wichtig für einen Neubeginn bzw. für einen anderen Umgang innerhalb der Familie. Jedoch stellt die Aufarbeitung auch eine große Herausforderung im Beratungsprozess dar.

Hier geht es um einen gegenseitigen Austausch darüber, wie die einzelnen Familienmitglieder die Vergangenheit erlebt haben. Alle Gefühle und Wahrnehmungen sollen gehört, anerkannt und respektiert werden. Niemand soll übergangen werden. Dabei wird nicht das Ziel verfolgt, einen Konsens herzustellen. Vielmehr geht es darum, dass die Mutter die Erfahrungen des Kindes anhört und umgekehrt. Die beratende Fachkraft nimmt hier eine Mediatorenfunktion ein und sorgt dafür, dass sich jedes Familienmitglied äußern kann. Sie greift ein, wenn die vorher festgelegten Gesprächsregeln nicht eingehalten werden.

Je nach Alter der Kinder könnten neben dem Gespräch auch andere Formen des Austauschs gewählt werden, damit das Kind sein Erleben ausdrücken kann, zum Beispiel mit Hilfe von Rollenspielen, Familienfotografien, Geschichten und Spielfiguren.

Unbedingt sollten auch positive Erlebnisse und Situationen gesucht und ausgetauscht werden oder auch Entschuldigungen einen angemessenen Platz finden.

Die gegenseitigen Erwartungen klären

Was haben die einzelnen Angehörigen für Erwartungen an die Zukunft? Auch zu dieser Frage sollte sich jedes Familienmitglied äußern können. Je nachdem, wie diese ausfallen, gibt es folgende Möglichkeiten:

Bestehen große Diskrepanzen zwischen den Erwartungen der einzelnen Familienmitglieder, dann sollte die Fachkraft das Verständnis fördern bzw. aufzeigen, weshalb das Kind ein bestimmtes Verhalten zeigt. Wenn zum Beispiel die Mutter die Erwartung hat, dass das Kind das kontrollierende Verhalten nicht mehr zeigt, sollte die Fachkraft dies erklären. Das Kind, das möglicherweise aus Angst vor einem Rückfall die Mutter kontrolliert, wird dieses Verhalten nicht automatisch ablegen, obwohl die Mutter abstinent ist. Die Ängste des Kindes sind anzusprechen und es soll überlegt werden, wie man mit dieser Angst umgehen kann: Beispielsweise indem man dem Kind die Verantwortung abnimmt, es aufklärt, dass die Mutter die Verantwortung für ihre Gesundheit und ihr Trinkverhalten übernimmt. Auch könnte man klären, ob sich das Kind für ein Gespräch an jemanden wenden kann. Das kann eine vertraute Person sein oder eine Fachkraft.

Gibt es kaum Diskrepanzen zwischen den Zielen der Mutter und des Kindes, kann man nun klären, welche Ziele angestrebt werden sollen und wie sich diese konkret im Alltag äußern. Ist es beispielsweise ein Ziel, die Beziehung zu verbessern, dann kann gemeinsam festgelegt werden, wie sich das im Alltag zeigt und wie die Veränderungen gemessen werden können.

Die Fachkraft sollte die Beteiligten vor überhöhten Erwartungen schützen. Zu bedenken ist hierbei, dass die Mutter sich auf dem Weg aus der Abhängigkeit befindet. Dies kann bedeuten, dass ihr weniger Ressourcen zur Verfügung stehen als notwendig, um die Bedürfnisse der Kinder umfassend zu berücksichtigen. Möglicherweise wird dieses Ungleichgewicht dadurch verschärft, dass das Kind auf intensive Betreuung oder Zuwendung angewiesen ist; beispielsweise wenn es ein fetales Alkoholsyndrom hat oder ein auffälliges Verhalten zeigt, aufgrund von Belastungen, die es in der Vergangenheit erlebt hat.

Allgemeine Hinweise zum Beratungsprozess

Im Allgemeinen hat die Fachkraft bei diesem Gespräch die Aufgabe, mit Hilfe einer wertschätzenden Haltung eine solide Arbeitsbeziehung mit Vertrauensbasis zu schaffen, damit es den einzelnen Familienmitgliedern möglich wird, über ein schwieriges Thema zu sprechen. Möglicherweise benötigt das Kind zusätzliche Unterstützung. Dies sollte man ansprechen und gemeinsam nach einer Lösung suchen oder auf weitere Unterstützungsmöglichkeiten verweisen.

Gibt es Veranstaltungen, Angebote wie eine Kindergruppe oder Bücher zum Thema, könnten diese empfohlen werden. Broschüren oder institutionalisierte Angebote haben den Vorteil, dass sie nicht stigmatisierend wirken.

Für weitere Hinweise zur Gesprächsführung verweisen wir auf das Buch von Glistrup (2016), in welchem von Fallbeispielen aufzeigt wird, welche Aspekte in einem Gespräch wichtig sind. Die Fallbeispiele basieren auf Familienberatungen, die die Autorin in Kliniken in Dänemark durchführt. Ihr Modell für Familiengespräche hat sie während ihrer Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen entwickelt. Die Familiengespräche dienen vor allem dazu, zwischen Eltern und Kindern ein offenes Klima zu schaffen. Dabei wird den Kindern erklärt, an welcher psychischen Erkrankung die Eltern leiden, und sie erhalten Zuwendung. In dem Buch finden sich unter anderem Beispiele, wie man Eltern zu einem Gespräch einladen kann, welche Abklärungen im Vorfeld zu tätigen sind, wie man ein Gespräch beginnen kann und wie man es beendet. Die Beispiele tragen dazu bei, das eigene Verhalten zu reflektieren und regen dazu an, wie sich Gespräche zwischen Eltern und Kindern gestalten lassen.

Eine etablierte Methode der Gesprächsführung im Suchtbereich ist Motivational Interviewing (MI). „Ziel von MI sind Veränderungen in Verhalten, Denken und Einstellungen des Gesprächspartners durch Stärkung von dessen Eigenmotivation“ (Körkel 2012: 108). Diese Gesprächsführungsmethode korrespondiert mit dem Anspruch der Fachkräfte, im Gespräch keine „Wahrheiten“ aufdecken oder Verhaltensempfehlungen abgeben oder den Beratungsprozess kontrollieren zu wollen, und konnte sich damit im Suchtbereich durchsetzen. Zum „Geist“ dieser Methode gehört explizit die Achtung vor den Klienten und Klientinnen und deren Autonomie. Dies zeigt sich darin, dass eine partnerschaftliche Beziehung zum Klienten oder zur Klientin aufgebaut wird. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen in Bezug auf ihr

Verhalten und ihre Ziele oft ambivalent – und nicht unmotiviert – sind und ein prinzipielles Veränderungspotenzial vorhanden ist. Im Kontext von Abhängigkeitserkrankungen heißt das, im Gespräch die Ambivalenzen rund um den Suchtmittelkonsum auszuloten, Vor- und Nachteile des Konsums abzuwägen und die Bereitschaft zur Veränderung zu stärken.

Literaturverzeichnis

BISCHOF, G. 2004. *Ausstiegsprozesse aus der Alkoholabhängigkeit mit und ohne formelle Hilfe: ein Geschlechtervergleich,* Freiburg im Breisgau, Lambertus.

BISCHOF, G. & JOHN, U. 2002. Suchtmittelabhängigkeit bei Männern und Frauen. *In:* HURRELMANN, K. & KOLIP, P. (Hrsg.) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich.* Bern: Hans Huber.

BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT. o.J *Alkohol*. Online verfügbar unter: http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/index.html?lang=de [Zugriff: 19.08.2016].

BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT BAG. o.J. *Faktenblatt. Alkoholkonsum in der Schweiz im Jahr 2014*. Online verfügbar unter: http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwi0_cCWvaXPAhXIxRQKHXwTC6MQFggpMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fsuchtmonitoring%2F14361%2Findex.html%3Flang%3Dde%26download%3DNHzLpZeg7t%2Cln p6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCMeoB3f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--&usg=AFQjCNHKoXoS8WAiNZfOGlYnULdiqtIloQ&bvm=bv.133700528,d.bGs [Zugriff: 23.09.2016].

DELGRANDE JORDAN, M. 2015. Stationäre Behandlung der Alkoholabhängigkeit – Ergebnisse der KlientInnenbefragung act-info 2014 – Deskriptive Statistik. Lausanne: Sucht Schweiz.

DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M. H. (Hrsg.) 2015. *Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien,* Bern: Hogrefe AG.

EMSLIE, C., HUNT, K. & LYONS, A. 2015. Transformation and time-out: The role of alcohol in identity construction among Scottish women in early midlife *International Journal of Drug Policy,* 26, 437-445.

FALKAI, P. & WITTCHEN, H.-U. (Hrsg.) 2015. *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 (deutsche Ausgabe),* Göttingen: Hogrefe.

FEHR, M. 2004. Geschlechtsunterschiede in den Untersuchungen der Forel Klinik. *abhängigkeiten,* 10. Jg., 33-37.
FEUERLEIN, W. 1969. Sucht und Süchtigkeit. *Münch. med. Wschr.,* 111, 2593.
FEUERLEIN, W. 2005. Individuelle, soziale und epidemiologische Aspekte des Alkoholismus. *In:* SINGER, M. V. & TEYSSEN, S. (Hrsg.) *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen – Diagnostik – Therapie.* 2., vollst. überarbeit. und aktual. Aufl. Heidelberg: Springer.
FISCHER, G. 2010. Sucht und Gender. *Sucht,* 56, 149-151.
FRANKE, A. 2005. Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit bei Frauen. *In:* SINGER, M. V. & TEYSSEN, S. (Hrsg.) *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen – Diagnostik – Therapie.* 2., vollst. überarbeit. und aktual. Aufl. Heidelberg: Springer.
FRANKE, A., MOHN, K., SITZLER, F., WELBRINK, A. & WITTE, M. 2001. *Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren,* Weinheim, Juventa.
GLISTRUP, K. 2016. *Sag mir die Wahrheit. Helfende Gespräche mit Kindern bei Krankheit oder Krise der Eltern,* Weinheim, Beltz.
GMEL, G., KUENDIG, H., NOTARI, L. & GMEL, C. 2015. Suchtmonitoring Schweiz – Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2014. Lausanne: SuchtSchweiz.
GOFFMAN, E. 1973. *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen,* Frankfurt a.M., Suhrkamp.
GREEN, C. A. 2006. Gender and Use of Substance Abuse Treatment Services. *Alcohol, Research & Health,* 29, 55-63.
HAVERFIELD, M. C. & THEISS, J. A. 2016. Parent's alcoholism severity and family topic avoidance about alcohol as predictors of perceived stigma among adult children of alcoholics: Implications for emotional and psychological resilience. *Health Communication,* 31, 606-616.
HELFFERICH, C. 2011. *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews,* Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
HELFFERICH, C. & KRUSE, J. 2007. Vom „professionellen Blick“ zum „hermeneutischen Ohr“. Hermeneutisches Fremdverstehen als eine sensibilisierende Praxeologie für sozialarbeiterische Beratungskontexte. *In:* MIETHE, I., FISCHER, W., GIEBELER, C., GOBLIRSCH, M. & RIEMANN, G. (Hrsg.) *Rekonstruktion und Intervention. Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung.* Opladen: Barbara Budrich.

HURRELMANN, K. 1994. *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf,* Weinheim, Juventa.

HURRELMANN, K. & BRÜNDEL, H. 1997. *Drogengebrauch – Drogenmissbrauch. Eine Gratwanderung zwischen Genuss und Abhängigkeit,* Darmstadt, Primus.

IST INTERVENTIONSSTELLE GEGEN HÄUSLICHE GEWALT DES KANTONS ZÜRICH. 2013. *Häusliche Gewalt – Manual für Fachleute.* Online verfügbar unter: http://www.kapo.zh.ch/internet/sicherheitsdirektion/kapo/de/praevention/ist/info_fachpersonen/manual/_jcr_content/contentPar/downloadlist/downloaditems/kurzmanual_3_auflage.spooler.download.1393498771437.pdf/20131212_Kurzmanual+Internetversion.pdf [Zugriff: 1.09.2016].

KEMPER, U. 2016. Rückfall: Vorfall, Unfall oder Notwendigkeit? *SuchtMagazin,* 42, 4-10.

KIEFER, F. & MANN, K. 2011. Therapie der Alkoholabhängigkeit *In:* SINGER, M. V., BATRA, A. & MANN, K. (Hrsg.) *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen.* Stuttgart: Georg Thieme.

KIELHOLZ, P. & LADEWIG, D. 1972. *Die Drogenabhängigkeit des moderenen Menschen,* München, Lehmann.

KLEIN, M. 2001. Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. *Suchttherapie,* 2, 118-124.

KLEIN, M. 2005. *Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung. Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen,* Regensburg, Roderer.

KLEIN, M. 2008a. Kinder aus alkoholbelasteten Familien. *In:* KLEIN, M. (Hrsg.) *Kinder und Suchtgefahren.* Stuttgart: Schattauer.

KLEIN, M. (Hrsg.) 2008b. *Kinder und Suchtgefahren,* Stuttgart: Schattauer.

KÖRKEL, J. 2012. 30 Jahre Motivational Interviewing: Eine Übersicht und Standortbestimmung. *Suchttherapie,* 13, 108-118.

KÖRKEL, J. 2016. Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das Programm „S.T.A.R.“. *SuchtMagazin,* 42, 31-33.

KÖRKEL, J. & SCHINDLER, C. 2003. *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R,* Heidelberg, Springer.

KRÖGER, C., KLEIN, M. & SCHAUNIG, I. 2006. Sucht und elterliche Stressbelastung: Das spezifische Belastungserleben in der Kindererziehung von alkoholabhängigen Müttern und substituierten opiatabhängigen Müttern. *Suchttherapie,* 7, 58-63.

KRUSE, J. 2015. *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz,* Weinheim, Beltz Juventa.

KUNTSCHE, S., KNIBBE, R. A., KUNTSCHE, E. & GMEL, G. 2011. Housewife or working mum – each to her own? The relevance of societal factors in the association between social roles and alcohol use among mothers in 16 industrialized countries. *Addiction,* 106, 1925-1932.

LAMNEK, S. 1989. *Qualitative Sozialforschung. Band II: Methoden und Techniken,* München, Psychologische Verlagsunion.

LEMÉNAGER, T. & TORCHALLA, I. 2011. Alkohol und Tabak bei Frauen. *In:* SINGER, M. V., BATRA, A. & MANN, K. (Hrsg.) *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen.* Stuttgart: Thieme.

MAYRING, P. 2002. *Einführung in die qualitative Sozialforschung,* Weinheim, Beltz.

PARK, S. & SCHEPP, K. G. 2015. A Systematic Review of Research on Children of Alcoholics: Their Inherent Resilience and Vulnerability. *Journal of Child and Family Studies,* 24, 1222-1231.

ROSCH, D., FOUNTOULAKIS, C. & HECK, C. (Hrsg.) 2016. *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute,* Bern: Haupt.

RUDOLF, H., BOMMER, I. & PRIEBE, S. 1996. Alkoholabhängige Frauen nach der körperlichen Entgiftung – Wie bewerten sie ihre Lebenssituation? . *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung,* 19, 47-53.

SCHINDLER, G. 2014. Die Fetale Alkoholspektrum-Störung. Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis. Berlin: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit.

SCHORN, A. 2000. Das „themenzentrierte Interview". Ein Verfahren zur Entschlüsselung manifester und latenter Aspekte subjektiver Wirklichkeit. *Forum: Qualitative Sozialforschung,* 1, Art. 23.

SCHÜTZE, F. 1983. Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis,* 13, 283 - 293.

SCHWARTING, F. 2007. *Was leisten suchtkranke Frauen? Gender, Arbeit und Sucht*. Online verfügbar unter: https://www.suchthilfe.de/veranstaltung/jt/2007/07_schwarting.pdf [Zugriff: 30.08.2016].

SCHWEIZERISCHE FACHSTELLE FÜR ALKOHOL- UND ANDERE DROGENPROBLEME. 2007. *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Eine Zusammenfassung des Forschungsstandes*. Online verfügbar unter: http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Kinder_

aus_alkoholbelasteten_Familien_Zusammenfassung_2007.pdf [Zugriff: 16.09.2016].
SIEBER, M. 2002. Forschung und Entwicklung in der Alkoholismusbehandlung. *SuchtMagazin Sonderdruck Forelklinik*, 20-25.
SIEBER, M., HASENFRATZ, U. & MEYER, T. 2002. Schutz- und Risikofaktoren des nachstationären Verlaufs bei Patientinnen und Patienten der Forel Klinik. *abhängigkeiten,* 2, 60-69.
SIEBER, M., RIEM, M. & MEYER, T. 2004. Die Erfassung des Konsumverhaltens bei den Katamnesen der Forel Klinik. *abhängigkeiten*, 1, 34-49.
SOYKA, M. 2005. Alkohol und Psychiatrie. *In:* SINGER, M. V. & TEYSSEN, S. (Hrsg.) *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen – Diagnostik – Therapie.* 2., vollst. überarbeit. und aktual. Aufl. Heidelberg: Springer.
SOYKA, M. 2009. *Wenn Alkohol zum Problem wird. Suchtgefahren erkennen – den Weg aus der Abhängigkeit finden,* Stuttgart, TRIAS.
SOYKA, M. & KÜFNER, H. (BEGRÜNDET VON WILHELM FEUERLEIN) 2008. *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit,* Stuttgart, Thieme.
STRAUSS, A. 1994. *Grundlagen qualitativer Sozialforschung,* München, Fink.
STUTZ, S., RÖSNER, S., SCHLÄFLI, K. & KLINGEMANN, H. 2012. Act-info Patientenmonitoring 2011. Executive Summary – Forel Klinik. Forel Klinik & atf Schweiz
SUCHT SCHWEIZ. 2013. *Alkohol und Gesundheit*. Online verfügbar unter: http://shop.addictionsuisse.ch/de/alkohol/228-alkohol-und-gesundheit.html [Zugriff: 16.09.2016].
SUCHT SCHWEIZ. 2014a. *Im Fokus 2014 – Alkohol*. Online verfügbar unter: http://shop.addictionsuisse.ch/download/2189b3c0b7ba82e5c562e4bca16fd07216ae6404.pdf [Zugriff: 16.09.2016].
SUCHT SCHWEIZ. 2014b. *Im Fokus 2014 – Alkohol und Schwangerschaft*. Online verfügbar unter: http://shop.addictionsuisse.ch/de/substanzen-und-verhalten/92-im-fokus-alkohol-und-schwangerschaft.html [Zugriff: 16.09.2016].
SUCHT SCHWEIZ. o.J. *Abhängigkeit*. Online verfügbar unter: http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/substanzen-und-sucht/abhaengigkeit/ [Zugriff: 14. Juni 2016].

TIMKO, C., KAPLOWITZ, M. S. & MOOS, R. 2000. Children's Health and child-parent relationships as predictors of problem-drinking mothers' and fathers' long-term adaptation. *Journal of Substance Abuse,* 11, 103-121.

TRETTER, F. 2012a. Ursachen. *In:* TRETTER, F. (Hrsg.) *Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis.* 2., aktual. und erweit. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

TRETTER, F. 2012b. Allgemeines. *In:* TRETTER, F. (Hrsg.) *Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis.* 2., aktual. und erweit. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

VOGT, I. 2004. Frauen und Sucht. Versuch einer Bilanz der letzten 30 Jahre. *abhängigkeiten,* 10. Jg., 38-51.

VOGT, I. & FRITZ, J. 2006. Alkoholabhängige Mütter und ihre Gefühle gegenüber ihren Kindern. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis,* 38, 17-38.

ZOBEL, M. 2006. *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen,* Göttingen, Hogrefe.