

**Angehörige von suchtkranken Menschen**  
Inanspruchnahme psychosozialer Beratung

**Dependants of People with Addictions**  
Utilisation of Psychosocial Counseling

Masterarbeit  
zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Arts**

Fachhochschule Vorarlberg  
Masterstudiengang Klinische Soziale Arbeit

Betreut von  
Prof.<sup>in</sup> (FH) Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Erika Geser-Engleitner

Vorgelegt von  
Julia Stimpfl, BA  
PKZ: 2010584025

Dornbirn, 30.11.2022

## **Kurzreferat**

### **Angehörige von Suchtkranken Menschen**

#### Inanspruchnahme Psychosozialer Beratung

Die Tatsache, dass Angehörige von suchtkranken Menschen in den Suchtprozess involviert sind wird in sämtlichen Fachliteraturen thematisiert. Sie sind direkt von der Sucht betroffen und es herrscht nicht selten ein physischer oder psychischer Leidensdruck. Spezifische Beratungsangebote für Angehörige in Vorarlberg sind zwar vorhanden, werden allerdings nur mäßig nachgefragt. Forschungen im deutschsprachigen Raum zur Inanspruchnahme von Beratung durch Angehörige gibt es kaum.

In der vorliegenden Masterthesis wird das Inanspruchnahmeverhalten von psychosozialen Beratungsangeboten durch Angehörige, bezogen auf die Soziallandschaft Vorarlbergs, aufgegriffen. Es wird untersucht, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit es seitens der Angehörigen zu einer Inanspruchnahme kommt. Außerdem werden Barrieren der Inanspruchnahme genauer behandelt.

Anhand einer qualitativen Erhebung durch sieben Angehörigeninterviews werden die fördernden und hindernden Faktoren, die für die Inanspruchnahme einer psychosozialen Beratung ausschlaggebend sind, erforscht. Die Masterthesis zeigt wesentliche Erkenntnisse auf und soll inspirieren sowie anregen, sich vertieft mit der Thematik auseinanderzusetzen.

**Schlagnworte:** Angehörige von suchtkranken Menschen, Inanspruchnahme, psychosoziale Beratung, fördernde Faktoren, hindernde Faktoren

## **Abstract**

### **Dependants of People with Addictions**

#### Utilisation of Psychosocial Counseling

The fact that relatives of people suffering from addiction are involved in the process of addiction is widely discussed in literature. They are afflicted by the addiction themselves and often suffer from physical or mental conditions. Specific counseling offers for relatives in Vorarlberg are available, but there is only moderate demand. There is hardly any research in German-speaking countries regarding the utilisation of counselling by relatives of people suffering from addiction.

This master's thesis addresses the utilisation of counseling services by relatives of people suffering from addiction respective for the social landscape of Vorarlberg. It is being examined which conditions must be met in order for the relatives to utilise counselling. In addition, barriers to utilization are taken into account.

Based on a qualitative survey from interviewing seven relatives, the supporting and hindering aspects that are decisive for the use of psychosocial counseling are explored. This master's thesis shows essential insights and is intended to inspire and encourage people to research this topic more profoundly.

**Keywords:** relatives of addicts, utilisation of counselling, psychosocial counselling, promoting factors, hindering factors

# Inhaltsverzeichnis

<b>Darstellungsverzeichnis</b>	<b>VI</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1 Ausgangslage und Problemstellung	1
1.2 Aktueller Forschungsstand	3
1.3 Forschungsfrage und Zielsetzung	3
1.4 Aufbau der Arbeit	4
<b>2 Co-Abhängigkeit</b>	<b>5</b>
2.1 Einführung in die Thematik	5
2.2 Phasen der Co-Abhängigkeit	6
2.3 Anzeichen von Co-Abhängigkeit und Auswirkungen auf das Leben	8
<b>3 Psychosoziale Beratung</b>	<b>11</b>
3.1 Grundverständnis zur psychosozialen Beratung	11
3.2 Wirkung von psychosozialer Beratung	14
3.3 Klinische Soziale Arbeit	15
<b>4 Inanspruchnahme</b>	<b>17</b>
4.1 Sozialpädagogische Nutzerforschung	17
4.2 Modelle zum Inanspruchnahmeverhalten	21
4.2.1 Mental-Health-Literacy	21
4.2.2 Health Belief Model	22
4.2.3 Health Action Process Approach	23
<b>5 Sozialarbeitswissenschaftliche Bezüge</b>	<b>25</b>
5.1 Biopsychosoziales Modell nach Egger	25
5.2 Systemische Perspektive nach Staub-Bernasconi	28
<b>6 Methodik</b>	<b>31</b>
6.1 Forschungsdesign	31
6.2 Erhebungsinstrument	36
6.3 Sampling	38
6.4 Durchführung der Studie	42
6.5 Datenaufbereitung und Auswertung	44

<b>7 Ergebnisse</b>	<b>46</b>
7.1 Darstellung der Ergebnisse	46
7.1.1 Physisch fördernd (K1)	47
7.1.2 Psychisch fördernd (K2)	47
7.1.3 Sozial fördernd (K3)	53
7.1.4 Sonstiges fördernd (K4)	62
7.1.5 Psychisch hindernd (K5)	65
7.1.6 Sozial hindernd (K6)	70
7.1.7 Sonstiges hindernd (K7)	78
7.2 Interpretation der Ergebnisse	79
7.2.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	79
7.2.2 Theoretischer Bezug	83
<b>8 Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>89</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>94</b>
<b>Anhang</b>	<b>99</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung</b>	<b>113</b>

## Darstellungsverzeichnis

Darstellung 1:	Barrieren der Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen	19
Darstellung 2:	Adaptiertes Modell gesundheitlicher Überzeugungen, angewendet auf Inanspruchnahmeverhalten. (Aus Henshaw u. Freedman-Doan 2009)	23
Darstellung 3:	Qualitativer Stichprobenplan	39
Darstellung 4:	Daten aus Kurzfragebogen	42
Darstellung 5:	Kategorienübersicht	46

# 1 Einleitung

Zu Beginn der vorliegenden Masterthesis wird ein erster Einblick in die Thematik gewährt. Die Ausgangssituation und die Problemlage, gefolgt vom Forschungsstand sowie der Fragestellung samt Zielsetzung und zuletzt der Aufbau der Masterarbeit werden folglich erläutert.

## 1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Bei der Auseinandersetzung mit der Thematik Angehörige von suchtkranken Menschen wird deutlich, dass die negativen Auswirkungen einer Sucht auf nahe Bezugspersonen unumstritten sind. (Gallus 2018, S. 5) Angehörige leiden häufig an psychischen sowie psychosomatischen Beschwerden und Erkrankungen. Hierzu zählen vor allem Depressionen, Angststörungen und ein allgemein reduzierter Gesundheitszustand, welcher sich häufig in Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und Verdauungsstörungen äußert. Zudem sind sie einer permanenten Stresssituation ausgesetzt, aufgrund der ständigen Sorge um den:die Suchtkranke:n sowie der Angst vor möglichen Konsequenzen der Sucht. (Caritas Vorarlberg 2019, S. 14)

Der Blick auf epidemiologische Daten von Suchterkrankungen in Österreich zeigt auf, dass rund fünf Prozent der Bevölkerung einen problematischen, behandlungsbedürftigen Alkoholkonsum aufweisen. (Vorarlberger Suchtbericht 2018, S. 6) Spezifisch dargestellt gelten 350.000 Menschen in Österreich als alkoholabhängig, wobei rund 700.000 gefährdet sind, in eine Abhängigkeit zu geraten. (Mechtcheriakov 2021, S. 7) Die Anzahl der Personen, die als Medikamentenabhängig gelten, wird österreichweit auf 90.000-130.000 geschätzt, Glückspielabhängige auf 38.000 und rund 28.500 Personen betrifft eine Abhängigkeit von Opiaten. (Institut Suchtprävention 2021)

In Vorarlberg liegen die Schätzungen bei fünf Prozent der Bevölkerung, welche manifeste, substanzgebundene Abhängigkeitserkrankungen (ohne Nikotinkonsum) aufweisen. Davon werden rund 3 Prozent den Alkoholsüchten zugeschrieben, 1,2 Prozent zu Medikamentenabhängigkeiten und rund 1 Prozent fallen auf illegale Drogen.

Verhaltenssüchte sind aufgrund der großen Streubreite sowie der hohen Dunkelziffern nicht erfasst. (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2018, S. 49)

Diese statistischen Daten geben einen groben Überblick über die Situation in Österreich sowie Vorarlberg. Die Tatsache, dass mehr Menschen im direkten sozialen Umfeld von Suchtkranken leben als es Suchtkranke selbst gibt, zeigt das Ausmaß der Thematik auf. (Klein 2018)

Trotz der hohen Betroffenheit und den starken Belastungen sowie Krankheiten, denen Angehörige ausgesetzt sind, erhalten diese im Vergleich zu den Suchtkranken wenig Aufmerksamkeit. (Caritas Vorarlberg 2019, S. 14) Dies zeigt sich beispielsweise in mangelnder Einbeziehung von Angehörigen suchterkrankter Personen in den suchtpolitischen Leitlinien. Sowohl die Auswirkungen von Suchterkrankungen auf das soziale Umfeld, als auch Verweise auf Behandlungsangebote für Angehörige werden darin nur beschränkt thematisiert.

Im Bericht der Caritas Vorarlberg wird erläutert, dass rund 10 Prozent der Vorarlberger:innen, Angehörige eines Menschen mit Suchtproblematik sind. (Caritas Vorarlberg 2019, S. 14) Zu den Angehörigen zählen jene Menschen, die sich in einem engen, dauerhaften und emotionalen Verhältnis mit einer suchtkranken Person befinden. Häufig handelt es sich dabei um deren Partner:innen, Kinder, Eltern oder Geschwister. (Klein 2018)

Zudem wird am Beispiel der ambulanten Suchtberatungsstellen der Caritas Vorarlberg ersichtlich, dass die Beratungsstellen in den Jahren 2012 bis 2017 von jährlich 900 bis 1.300 Klient:innen (Betroffene und Angehörige) aufgesucht wurden, um eine langfristige Beratung aufgrund einer Alkoholproblematik in Anspruch zu nehmen. Von diesen Klient:innen waren 87 Prozent Betroffene und 13 Prozent Angehörige. (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2018, S. 6) Der geringe Anteil der Angehörigen als Klient:innen zeigt, dass Angebote zwar bestehen, diese aber nur mäßig nachgefragt und genutzt werden. (Fachverband Sucht 2021)

## **1.2 Forschungsstand**

In zahlreichen Studien und Berichten werden statistische Daten zu verschiedenen Suchterkrankungen präsentiert. Kaum beleuchtet werden allerdings Daten zum sozialen Umfeld. Bezüglich Angehöriger suchtkranker Menschen gibt es wenig Forschung, zudem gibt es keine repräsentativen Zahlen über die Anzahl der Betroffenen, was ebenfalls die Unterbelichtung dieses Themas deutlich macht. (Gutiérrez-Lobos 2012, S. 8)

In Deutschland wurde im Jahre 2017 durch das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein eine qualitative Studie zu den Belastungen, Ressourcen sowie Versorgungsbedarfen von Angehörigen durchgeführt. In dieser Studie wurde neben den Unterstützungsbedarfen, auch die Barrieren der Inanspruchnahme von Hilfe, durch den Einsatz von qualitativen sowie quantitativen Vorgehensweisen, untersucht. (Gallus et al. 2017, S. 4)

Der Fachverband Sucht zeigt 2015 im Evaluationsbericht *Angebote für Angehörige von suchtbetroffenen Menschen* auf, dass die Thematik Angehörige von Suchtkranken in der Deutschschweiz zu wenig Beachtung findet. Ausgangslage für die durchgeführte Online-Umfrage ist unter anderem die Problematik, dass suchtspezifische Angebote von den Betroffenen schlecht genutzt werden. Das Ziel fokussiert sich - neben der Erzeugung eines breitgefächerten Wissensstandes über die Angebote in der Deutschschweiz - auf die Inanspruchnahme der Angebote. (Fachverband Sucht 2015, S. 3)

Eine Studie bezogen auf Vorarlberg oder Österreich, welche das Inanspruchnahmeverhalten von Beratungsangeboten durch Angehörige untersucht, konnte nicht gefunden werden. Verweisend auf die beschriebene Problemstellung und der offensichtlichen Forschungslücke wird das Thema aufgegriffen.

## **1.3 Fragestellung und Zielsetzung**

Auf Basis der Auseinandersetzung mit der Thematik, der erläuterten Datenlage sowie den beschriebenen Erkenntnissen, wurde folgende Fragestellungen abgeleitet:

- *Welche biopsychosozialen Faktoren fördern erwachsene Angehörige von Menschen mit Substanzabhängigkeit eine ambulante, psychosoziale Beratung in Vorarlberg in Anspruch zu nehmen?*
- *Welche biopsychosozialen Faktoren hindern erwachsene Angehörige von Menschen mit Substanzabhängigkeit eine ambulante, psychosoziale Beratung in Vorarlberg in Anspruch zu nehmen?*

Ziel der Masterthesis ist es, die Gesellschaft hinsichtlich den Belastungen Angehöriger suchtkranker Menschen zu sensibilisieren und zu einer Enttabuisierung beizutragen. Zudem sollen fördernde sowie hemmende Faktoren, welche für die Inanspruchnahme eines psychosozialen Beratungsangebotes ausschlaggebend sind, aufgezeigt werden. In weiterer Folge könnte durch das Sichtbarmachen der Ergebnisse ein Abbau von Barrieren und eine Stärkung der begünstigenden Faktoren stattfinden, um damit das Inanspruchnahmeverhalten von Angehörigen zu fördern.

#### **1.4 Aufbau der Arbeit**

Die vorliegende Masterarbeit ist in acht Hauptkapitel mit den jeweiligen Unterkapiteln eingeteilt. Zu Beginn erfolgt eine Auseinandersetzung mit dem Begriff Co-Abhängigkeit und den verschiedenen Problemlagen, die sich für Angehörige ergeben. Anschließend wird ein Einblick in die psychosoziale Beratung geschaffen und es wird erklärt, weshalb diese Interventionsform in Bezug auf Angehörige als wichtig erachtet wird. Kapitel 3 befasst sich mit beeinflussenden Faktoren der Inanspruchnahme und in Kapitel 4 wird das Beschriebene in einen sozialarbeitstheoretischen Rahmen gefasst. Das Methodenkapitel beschreibt das konkrete Vorgehen im Forschungsprozess. Abschließend werden die Ergebnisse und deren Interpretation ausgeführt. Die Diskussion auf inhaltlicher, methodischer und sozialarbeiterischer Ebene schließen die Arbeit ab.

## **2 Co-Abhängigkeit**

Im vorliegenden Kapitel wird aufgezeigt, welche Bedeutung der Begriff Co-Abhängigkeit hat und wie sich Co-Abhängigkeit äußert. Anschließend werden Problemlagen vorgestellt, von denen Angehörige suchtkranker Menschen häufig betroffen sind.

### **2.1 Einführung in die Thematik**

Im Verlauf von Recherche zum Thema Angehörigen von suchtkranken Menschen stößt man unweigerlich auf den Begriff Co-Abhängigkeit. Dieser Terminus wurde von Wegschneider (1988) geprägt. Seither wurden zahlreiche kontroverse Diskussionen über die Bedeutung von Co-Abhängigkeit geführt und einhergehend damit wurden sämtliche Definitionsänderungen vorgenommen. (Waldhelm-Auer 2016, S. 207)

Zu Beginn sollte durch die Verwendung des Begriffes Co-Abhängigkeit das Leid von Partner:innen oder anderen Bezugspersonen zum Ausdruck gebracht werden. Außerdem sollte darauf aufmerksam gemacht werden, dass nicht nur suchtkranke Menschen Unterstützung brauchen, sondern auch deren Angehörige belastet sind. Die Erkenntnis, dass nicht nur das Handeln der suchtkranken Person Auswirkungen auf die Bezugspersonen hat, sondern auch umgekehrt, rückte zunehmend die Assoziation des Terminus Co-Abhängigkeit mit falschen Verhaltensweisen der Bezugspersonen in den Fokus. Angehörige wurden als Schuldige betrachtet, deren Persönlichkeitsstörung die Sucht beeinflusst oder sogar verstärkt. (Mechtcheriakov 2021, S. 175)

Aktuell wird das Konzept der Co-Abhängigkeit thematisiert, in dem suchtfördernde Verhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmale von Bezugspersonen zum Ausdruck gebracht werden. In den USA wird darunter nicht nur suchtförderndes Verhalten verstanden, sondern gilt Co-Abhängigkeit als eine eigenständige Krankheit. (Rennert 2012, S. 120) Der Terminus selbst hat sich zwar weitgehend in den Suchtberatungsstellen etabliert, dennoch sollte mit deren Verwendung sensibel umgegangen werden. Aufgrund der unklaren Definitionen entstehen nicht selten Missverständnisse bei der Interpretation und die Gefahr der Stigmatisierung von Angehörigen besteht. Diskussionen über das Ersetzen des

Begriffes *Co-Abhängigkeit* durch *suchtförderndes Verhalten* sind in Gange. (Puhm, Uhl 2015, S. 10)

Co-Abhängiges oder auch suchtförderndes Verhalten äußert sich beispielsweise durch das Schützen der süchtigen Person vor negativen Konsequenzen, durch Kontrolle des Suchtverhaltens sowie durch Übernahme von Aufgaben für den:die Abhängige:n. Weitere suchtfördernde Verhaltensweisen sind die Rechtfertigung des Suchtverhaltens, die Finanzierung sowie die Beschaffung von Konsummitteln, den:die Suchtkranke:n retten zu wollen und sich für die Person nützlich zu machen.

Als suchtförderndes Verhalten wird es deshalb bezeichnet, da die suchtkranke Person durch die schützenden Verhaltensweisen der Angehörigen keine negativen Konsequenzen spüren und für den:die Suchtkranke:n daher auch keine Verhaltensänderung notwendig ist. (Laging 2020, S. 150)

Häufig werden von Angehörigen mehrere suchtfördernde Verhaltensweisen ausgeübt, eine davon dominiert jedoch meist. Unter der Suchtkrankheit einer Person leiden meist mehrere Personen. In Familiensystemen nimmt häufig jene Person, welche ein besonders enges emotionales Verhältnis zu der abhängigen Person hat, die Rolle des *primary-enabler* ein. Das bedeutet, dass vor allem diese Bezugsperson unbewusst ein Verhalten einnimmt, das die Sucht durch suchtfördernde Verhaltensweisen unterstützt. (Rennert 2012, S. 83) Aufgrund des noch teils stark verankerten Rollenbildes der Frau, die die Familie zusammenhält und für emotionale Unterstützung sorgt, sind weibliche Personen für co-abhängiges Verhalten prädestiniert. (Waldhelm-Auer 2016, S. 207)

## **2.2 Phasen der Co-Abhängigkeit**

Die Entstehung von Co-Abhängigkeit wird als schleichender Prozess beschrieben, welcher parallel zur Sucht verläuft und vorerst unauffällig ist. Dabei kommt es im Laufe der Zeit immer häufiger zu co-abhängigem Verhalten, das sich zu zwanghaften Verhaltensweisen entwickelt. (Rennert 2012, S. 88) Weiters kann die Entstehung von Co-Abhängigkeit in vier Phasen eingeteilt werden.

In der ersten Phase, der Lernphase, wird noch nicht erkannt, dass ein Suchtproblem vorliegt, es werden lediglich vermehrt Spannungen und Konflikte wahrgenommen. (Rennert 2012, S. 77, 78)

Vermuten Angehörige, dass es sich um süchtiges Verhalten handelt, nehmen eindeutige Anzeichen einer Sucht allerdings nicht wahr, dann handelt es sich um die Suchphase. Die Sucht wird verleugnet, indem beispielsweise häufige Alkoholräusche als Teil des Erwachsenwerdens gesehen werden. (Rennert 2012, S. 78)

Im Verlauf zeichnet sich immer deutlicher ab, dass süchtiges Verhalten vorliegt und die Suchtproblematik die Ursache für bestehende Probleme ist. Während sich die süchtige Person mit der Aufrechterhaltung der Sucht beschäftigt, beispielsweise mit der Beschaffung von Substanzen, entwickeln die Angehörigen zunehmend Bewältigungsstrategien. Es entsteht ein nicht der Realität entsprechender Irrglaube, die Sucht kontrollieren zu können. Zudem sind bei den Angehörigen eigene Schuldzuweisungen präsent. (Rennert 2012, S. 78,79)

Es folgt die schädliche Phase, in der sich zwanghafte Verhaltensweisen der Bezugspersonen und auch des:der Betroffenen manifestieren. Angehörige finden sich in unterschiedlichen Rollen wieder, wodurch ihr Verhalten berechenbar wird. Diese Automatisierungen wirken sich wiederum zum Schutz der süchtigen Person aus. Negative Gefühle werden unterdrückt und es herrscht eine Verzerrung der Realität vor, indem Angehörige die Situation als akzeptabel betrachten. Erst wenn die Situation untertragbar ist, wird nach Lösungswegen gesucht. (Rennert 2012, S. 79, 80)

Die letzte Phase wird die Fluchtphase genannt. Spätestens in diesem Stadium werden die Folgen des Suchtverhaltens spürbar. Für die Angehörigen werden sämtliche Problemlagen finanzieller und sozialer Art erkennbar, welche lange Zeit für sie normal erschienen. Es folgen Trennungen sowie die Entstehung von Suizidgedanken und/oder psychosomatische Erkrankungen bei den co-abhängigen Personen. (Rennert 2012, S. 80, 81)

Wut, Angst, Schmerz, Scham und Einsamkeit spielen beim Prozess der Co-Abhängigkeit eine bedeutende Rolle, denn diese Gefühle stehen in Wechselwirkung zueinander und ähneln einem spiralförmigen Kreislauf, der sich immer weiter zuspitzt. Um die Situation zu

ertragen, eigenen sich Bezugspersonen unbewusst Schutzmechanismen an, welche in der Regel bei den ersten Konsequenzen der Sucht einsetzen. (Rennert 2010, S. 76)

Eine dieser Schutzstrategien wird als *zu gut* bezeichnet, worunter verstanden wird, dass Kränkungen unterdrückt werden und versucht wird, der abhängigen Person alle Aufgaben abzunehmen. Bei der Strategie der Rebellion fallen Personen durch ihr Verhalten negativ auf. Häufig kommt dies bei Geschwistern vor, also beispielsweise, wenn der Bruder oder die Schwester in eine Abhängigkeit gerät. Wird nicht oder kaum auf die Suchtproblematik reagiert und diese verharmlost, handelt es sich um den Schutzmechanismus Apathie. Spezifisch die Varianten *zu gut* und *Apathie* wirken sich fördernd auf das Suchtverhalten aus, da die Sucht einerseits durch die Aufgabenübernahme, andererseits durch Gleichgültigkeit ungebremst weitergeführt werden kann. (Rennert 2010, S. 76, 77)

## **2.3 Anzeichen von Co-Abhängigkeit und Auswirkungen auf das Leben**

**Zuerst werden nun die fünf Anzeichen von Co-Abhängigkeit beschrieben:**

Beim ersten Symptom handelt es sich um die Schwierigkeit, sich selbst achten zu können. Darunter verstanden wird die Überzeugung eines Menschen, dass er:sie wertvoll und gut genug ist auch ohne etwas Besonderes zu leisten. Bei co-abhängigen Menschen ist die Selbstachtung häufig niedrig bis nicht bestehend. (Mellody 2010, S. 27-29)

Eine weitere Schwierigkeit besteht im Setzen von intakten Grenzen. Diese können als unsichtbare Barrieren betrachtet werden, durch die sich gesunde Menschen von ungewollten Aktionen anderer Personen schützen. Äußere Grenzen beziehen sich auf körperliche sowie sexuelle Handlungen, insbesondere die Regelung von Nähe und Distanz. Die inneren Grenzen schützen das eigene sowie fremde Gedanken- und Gefühlsleben. Schwierigkeiten äußere Grenzen einzuhalten, zeigen sich bei co-abhängigen Personen beispielsweise durch das Zulassen von Gewalt. Bei den inneren Grenzen zeigt sich ein beschädigtes System zum Beispiel durch ein nicht wahrhaben von seelischen Verletzungen oder Überfürsorge für andere Personen. (Mellody 2010, S. 31-35)

Die eigene Realität wahrzunehmen und über sie zu verfügen, stellt der dritte herausfordernde Aspekt dar. Die eigene Realität bildet sich aus der eigenen Körperwahrnehmung

sowie dem eigenen Denken, Fühlen und Handeln. Co-abhängige haben teilweise Schwierigkeiten wie sie selbst über etwas Denken oder wie sie sich fühlen. Zudem stellt es sich oft als Herausforderung dar, welche Verhaltensweisen als angemessen oder unangemessen erachtet werden. Ein möglicher Grund dafür liegt darin, von nahen Bezugspersonen in der eigenen Realität nicht angenommen, ignoriert oder durch Ausdruck dieser angegriffen zu werden. (Mellody 2010, S. 41-43)

Alle Menschen haben bestimmte Grundbedürfnisse und jede erwachsene Person ist für deren Erfüllung selbst zuständig. Schwierigkeiten zeigen sich bei co-abhängigen Personen insofern, dass sie ihre eigenen Bedürfnisse nicht erkennen oder nichts für deren Befriedigung tun. (Mellody 2010, S. 48)

Als letztes Kernsymptom wird die Herausforderung, die Realität angemessen zu erfahren und auszudrücken, beschrieben. Die Schwierigkeit liegt dabei im stark konträren Denken, Fühlen und Handeln, die Perspektive des Mittelmaßes fällt somit weg. Das rührt aus dem Zusammenleben mit einer Person, die sich ständig in Extremsituationen befindet. (Mellody 2012, S. 55, 56)

**Nun werden fünf Aspekte von Auswirkungen auf das Leben erläutert:**

Unabhängig davon geht Mellody (2010) davon aus, dass durch die Symptome individuelle, sowie Probleme in Kontakt mit anderen Personen entstehen. Die erste Auswirkung, die negative Kontrolle, äußert sich durch Eingreifen in die Realität von anderen Personen, also Einfluss nehmen auf deren Körper, Denken, Fühlen und Verhalten sowie das Zulassen des Eingreifens von außen auf das Selbst. Es fällt schwer, eigene Entscheidungen für sich selbst zu treffen, umso mehr wird über andere bestimmt. (Mellody 2010, 64-65)

Unter Groll wird verstanden, dass Co-abhängige sich häufig von Personen angegriffen fühlen, obwohl andere Personen möglicherweise nur für ihre eigenen Bedürfnisse eintreten. Dadurch entstehen Wut und Rachegefühle, welche auch an Bezugspersonen weitergegeben werden und dafür sorgen, dass sich diese von der co-abhängigen Person distanzieren. (Mellody 2010, S. 68, 69)

Spiritualität, also der Glaube an eine höhere Macht, die das Selbst annimmt wie es ist, es leitet sowie tröstet, ist bei co-abhängigen Personen verzerrt oder nicht bestehend.

Das folgt aus der Tatsache, dass die eigene Ablehnung oder die Nichtakzeptanz von Defiziten, das Zulassen von Spiritualität verwehrt. (Mellody 2010, S. 71, 72)

Das unbewusste Flüchten in eine Sucht, in physische oder psychische Erkrankungen sind die Folge der Realitätsvermeidung. Unangenehme Gefühle und Gedanken, Ängste und Stress sollen durch das Vermeidungsverhalten unterdrückt werden. Körperliche Erkrankungen zeigen sich dabei oft durch chronische, somatische Störungen. (Mellody 2010, S. 73, 74)

Zuletzt werden noch kurz Probleme beim Zulassen von Intimität beschrieben. Darunter verstanden wird die Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung, welche sich in verbalem sowie körperlichem Austausch äußert und bei intakten Beziehungen eine Ausgewogenheit von Geben und Nehmen stattfindet. Durch die Schwierigkeit, die eigene Realität zu erkennen und eigene Bedürfnisse wahrzunehmen, kann es zu asymmetrischen Austauschbeziehungen kommen. (Mellody 2010, S. 76, 77)

Ergänzend wird auch auf mögliche, allgemein gehaltene Belastungsfaktoren von Partner:innen Suchterkrankter eingegangen. Angehörige leiden stark unter einer Suchtkrankheit und sind ständigen Sorgen ausgesetzt sind. Eine derart belastete Lebenslage wirkt sich häufig auf verschiedene Lebensbereiche aus, beispielsweise auf die Beeinträchtigung der biopsychosozialen Gesundheit. Die partnerschaftliche Beziehung ist mit Problemen behaftet und es herrscht eine angespannte Atmosphäre. Oft kommt es zur Vernachlässigung sozialer Kontakte, oder sogar zur sozialen Isolation. Die Angst vor gesellschaftlicher Stigmatisierung und dem Fortschreiten der Sucht sowie die Angst vor Rückfällen ist ein ständiger Begleiter. Auch Gewalttaten stellen ein Belastungsfaktor dar. (Laging 2020, S. 147, 148)

Im nächsten Hauptkapitel wird aufgezeigt, welche Bedeutung die psychosoziale Beratung in Bezug auf Angehörige und deren Problemlagen hat.

## **3 Psychosoziale Beratung**

In den Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens wächst der Bedarf an allgemeinen sowie spezifischen Beratungsangeboten stetig an. Reine Informationsangebote sowie Psychotherapie decken die vorhandenen Bedarfe der Menschen schon seit Langem nicht mehr ab. (Beushausen 2020, S. 21, 22) Gerade wenn es sich um Personen mit komplexen, multiplen sozialen Problemlagen handelt, benötigt es spezifische Beratungsangebote sowie professionelle Mitarbeiter:innen, welche sich ihrer Komplexität annehmen. Die Klinische Soziale Arbeit ist auf dieses Gebiet spezialisiert. (Deloie et al. 2014, S. 8)

### **3.1 Grundverständnis zur psychosozialen Beratung**

Der Begriff Beratung ist sehr beliebt, er ist sehr breit gefasst und kommt daher oft zum Einsatz. Im Gegenzug dazu, steht die psychosoziale Beratung für alle unterstützenden Interaktionen zwischen Mitarbeiter:innen unterschiedlicher Professionen und Klient:innen, die in einem psychosozialen Arbeitskontext stattfinden und auf folgende Aspekte abzielen: Es erfolgen Hilfestellungen an Klient:innen, in dem Strategien zum Umgang mit psychosozialen Belastungen, Krisen- und Ausnahmesituationen vermittelt werden und bei der Bewältigung der Problemlagen unterstützt wird. Auch die Vornahme der Diagnostik gehört dazu. (Lübeck, Wälte 2018, S. 24)

Das Klientel, das psychosozial beraten wird, befindet sich häufig in schwierigen Lebenssituationen mit multiplen Problemlagen. Häufig kommt es vor, dass neben psychosozialen Krisen, Konflikten, oder anderen Defiziten, auch starke gesundheitliche Probleme hinzukommen. In der Regel wird psychosoziale Beratung in Österreich von verschiedenen Sozialinstitutionen angeboten und dort von den entsprechenden Trägern (teil-) finanziert. Die meist kostenlosen Angebote haben den Vorteil, dass alle Menschen Zugang zur Beratung haben und damit die Chancengleichheit sichergestellt ist. (Pauls 2013, S. 255, 256)

Durch zwei bedeutende **Professionalisierungskriterien** gelingt eine Unterscheidung zwischen psychosozialer Beratung und Hilfsangeboten, die ein geringeres Qualifikationsniveau aufweisen. Die Kriterien setzen sich aus dem Vorliegen einer **handlungsfeldspezifischen Wissensbasis** (beispielsweise Gesetze, spezifisches problembezogenes Wissen) und aus einer **feldübergreifenden Kompetenzbasis** (beispielsweise durch die Anwendung geeigneter Methoden) zusammen. (Lübeck, Wälte 2018, S. 25)

Ein erweitertes Kriterium stellt die **Prozesskompetenz** dar, welche erreicht wird, wenn eine Balance der Professionalisierungskriterien in der Klient:innenberatung geschaffen wird. Um das zu erreichen, muss mit einer gewissen Flexibilität auf die facettenreichen Geflechte von Beratungskonstellationen (Problemlage, Setting, Leid, etc.) eingegangen werden. Es können sich unterschiedliche Kontexte ergeben, denn die psychosoziale Beratung variiert hinsichtlich der Komponenten Zeit, der Zielgruppe sowie dem Setting. Das bedeutet, dass es sich um eine kurz- oder auch längerfristige Beratung handeln kann. Die psychosoziale Beratung kann eine zentrale Aufgabe einer psychosozialen Einrichtung darstellen, oder auch nur einen kurzen Auftrag haben. Von Kindern bis über ältere Personen, von Einzel- über Familien- und Gruppentermine, alle Konstellationen sind möglich. Außerdem kann psychosoziale Beratung ambulant, stationär oder teilstationär stattfinden. (Lübeck, Wälte 2018, S. 25) In der vorliegenden Arbeit wird allerdings der Fokus auf die ambulante Beratung gerichtet.

Aufgrund der vielfachen Problemlagen der Klient:innen in der psychosozialen Beratung, bedarf es der Anwendung spezifischer Konzepten und Methoden. Es haben sich die aus der Psychotherapie stammenden Ansätze der gesprächspsychotherapeutischen, der kognitiven-verhaltenstherapeutischen, der psychodynamischen und der systemischen Beratung bewährt. (Borg-Laufs, Wälte 2018, S. 13) Auf das genauere Eingehen der einzelnen Ansätze wird verzichtet, da dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass psychosoziale Beratung spezifische Angebote für verschiedene Zielgruppen anbietet, welche laufend den Gegebenheiten und Bedarfen angepasst werden. Die Bereiche in denen psychosozial gearbeitet wird, sind breit gefächert und reichen von der Suchthilfe bis hin zur Erziehungsberatung.

Den Kern dieser Beratungsform bilden schwierige sowie komplexe Problemlagen von Klient:innen, wobei das soziale Umfeld häufig einbezogen wird. Zudem wird alltagsnah gehandelt, um Klient:innen bestmöglich bei der Bewältigung ihres Alltages zu unterstützen. Die Problem- sowie Krisenbewältigung, Präventionsarbeit oder Rehabilitation stellen Ziele der psychosozialen Beratung dar. (Lübeck, Wälte 2018, S. 25)

Für Angehörige von suchtkranken Menschen bietet sich aus folgenden Gründen eine psychosoziale Beratung ideal an:

In der Einleitung sowie in Kapitel 2 wurde beschrieben, dass Angehörige direkt von der Suchtkrankheit ihrer Bezugsperson betroffen sind und sich häufig multiple Problemlagen auf biopsychosozialer Ebene entwickeln. Nicht selten leiden Angehörige, neben psychischen und sozialen Problematiken, auch an physischen Erkrankungen. Es handelt sich somit meist um multiple Problemlagen. Das meist kostenlose Beratungsangebot bietet allen Angehörigen die Möglichkeit, eine psychosoziale Beratung in Anspruch zu nehmen – auch jenen, welche möglicherweise finanzielle Engpässe haben. Zusätzlich ist anzumerken, dass ein spezifisches Modell für die Angehörigenberatung vorhanden ist, nach dem in der psychosozialen Beratung gearbeitet werden kann.

In Hinblick auf die Vorarlberger Soziallandschaft bieten beispielsweise die Suchtfachstellen Caritas, Clean oder die Fähre - neben der psychosozialen Beratung für Menschen mit Suchterkrankung - auch Beratungsangebote für Angehörige von Suchtkranken an. Durch die Beratung soll den Angehörigen Orientierung, und Halt gegeben werden und es soll Entlastung stattfinden. Zudem wird Aufklärungsarbeit geleistet. Das Erkennen und Setzen von Grenzen, die eigene Bedürfnisbefriedigung sowie die Steigerung der Lebensqualität stellen weitere Inhalte dar. (Caritas Vorarlberg 2022)

Um verstärkt aufzuzeigen, weshalb die Inanspruchnahme einer psychosozialen Beratung von Bedeutung ist, wird im folgenden Unterkapitel ein kurzer Überblick über die Wirkfaktoren geschaffen. Im Zuge dessen wird das CRAFT-Modell vorgeschellt, welches in der Angehörigenberatung Anwendung findet und dessen Wirkung sich bewährt hat.

## 3.2 Wirkfaktoren psychosozialer Beratung

Die Wirkung von psychosozialer Beratung weist ein großes Spektrum auf, da Menschen auf bestimmte Dinge unterschiedlich reagieren und Methoden unterschiedlich wirken. Wirkung wird als das Ergebnis einer Ursache beschrieben. Eine eindeutige Erkennung und Bewertung von Ursachen sind in der Sozialen Arbeit nicht möglich, da lebendige Systeme nicht zu berechnen sind. Dennoch können Prozess- und Kontextmerkmalen Aufschluss auf die Wirksamkeit geben. (Beushausen 2020, S. 253)

Grawe (1995) beschreibt folgende fünf (psycho-)therapeutische Wirkfaktoren, die auch bei psychosozialen Interventionen Anwendung finden:

Ein Faktor, der sich nach wissenschaftlichen Erkenntnissen positiv auf Klient:innen auswirkt, ist die **Ressourcenaktivierung**. Dabei wird mit den Potentialen gearbeitet, wobei Beziehungen der Klient:innen als besonders wertvolle Ressourcen erachtet werden. Bei der **Problemaktualisierung** werden Probleme gegenwärtig bearbeitet, beispielsweise durch den Einbezug von weiteren Familienmitgliedern oder durch das Einsetzen von Rollenspielen. Die **Aktive Hilfe zur Problembewältigung** soll bei der Bearbeitung von Problemen Unterstützung leisten und zu einer gelingenderen Problembewältigung beitragen. Der vierte Faktor bezieht sich auf die **therapeutische Klärung**. In dieser wird mit den Klient:innen das Zusammenspiel ihres Erlebens und Verhaltens mit ihren Zielen sowie Werten bewusst gemacht. Zuletzt wird die **therapeutische Beziehung** als wichtigster Faktor genannt, der wiederum von vielen weiteren Faktoren abhängig ist. Hierzu zählen unter anderem das professionelle Handeln, ein angemessener Kommunikationsstil, die Beziehungsgestaltung und ein soziales Netzwerk, das zur Kooperation bereit ist.

Allerdings ist die Wirksamkeit von Interventionen, mit einem Prozentsatz von 40-50 grundsätzlich stark vom Partizipieren der Klient:innen abhängig.  
(Beushausen 2020, S. 255-257)

Bezugnehmend auf ein spezifisch angepasstes Konzept für die Zielgruppe Angehörige von suchtkranken Menschen, wird das CRAFT-Modell (Community Reinforcement Ansatz basierende Familientraining) kurz erläutert.

Es handelt sich dabei um ein Therapiemodell, welches sich in der praktischen, systemischen Arbeit mit direkten Angehörigen von Suchtkranken mit Substanzabhängigkeit, bewährt hat. Die Ausgangssituation zur Anwendung des Modelles ist der erfolglose Versuch, die suchtkranke Person zu einer Verhaltensveränderung zu bewegen. Es werden drei Ziele verfolgt, wobei das Erste darauf abzielt, die suchtkranke Person zur Inanspruchnahme einer Suchtberatung zu führen. Zweitens soll der Substanzkonsum verringert werden. Das dritte Ziel stellt dar, eine Verbesserung der Lebensqualität der angehörigen Person zu schaffen. Für die Erreichung der genannten Ziele sind acht Schritte zu deren Umsetzung vorgesehen, welche aufgrund der Einschränkung der Arbeit nicht weiter ausgeführt werden. (Meyer 2013, S.17, 21)

### **3.3 Klinische Soziale Arbeit**

*„Ihr Gegenstand sei die ‚Behandlung psycho-sozialer Störungen und körperlicher Beeinträchtigungen mit dem Ziel der Heilung, Linderung und Besserung.“*  
(Pauls 2013, S. 16, 17)

Die Klinische Soziale Arbeit zeichnet sich spezifisch durch ihre beratend-behandelnden Tätigkeiten aus, welche in den verschiedensten Kontexten ausgeübt werden. Durch ihre primäre Zielsetzung, die psychosozialen Lebensbedingungen der Klient:innen zu verbessern und zu stärken, ist die Klinische Soziale Arbeit Expertin in der psychosozialen Beratung, Behandlung und Prävention von Menschen in prekären Situationen. Um diese Ziele zu erreichen, soll eine Optimierung der Passung von Klient:innen und deren sozialen Umfeld erreicht werden. Zur psychosozialen Diagnostik und Intervention der Klinischen Sozialen Arbeit gehören unter anderem die psychosoziale Beratung, die Soziale Therapie, das Case-Management und die Krisenintervention. (Pauls 2013, S. 16, 17)

Die psychosoziale Beratung wird als eine konstituierende Komponente in der Klinischen Sozialen Arbeit betrachtet, welche verschiedene Gestalt annehmen kann. Zum Klientel zählen in erster Linie Menschen mit multiplen Problemlagen.

Das können unter anderem Personen sein, die von einer Form von Gewalt betroffen sind, Menschen mit Suchterkrankungen, Traumatisierungen, psychischen Erkrankungen oder starken emotionalen Belastungen. (Pauls 2013, S. 16-17, 255)

Die Abgrenzung der Klinischen Sozialen Arbeit zur Psychotherapie findet in der psychosozialen Arbeit insofern statt, dass die Klinische Soziale Arbeit auch den Fokus auf schwer erreichbare Menschen mit schweren Erkrankungen und komplexen psychosozialen Problemlagen setzt. Es werden somit auch jene erreicht, die durch reine Psychotherapie nicht mehr erlangt werden (hard-to-reach Klient:innen). (Beushausen 2020, S. 23)

Die Problemlagen, in die Angehörige geraten können und die psychosoziale Beratung als geeignete Intervention wurden nun beschrieben. Im folgenden Kapitel wird darauf eingegangen, welche Faktoren das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen.

## 4 Inanspruchnahme

Die Sozialpädagogische Nutzerforschung dient in dieser Masterthesis als wichtige Grundlage zur allgemeinen Erklärung der Inanspruchnahme von sozialen Dienstleistungen durch Klient:innen. Zur Ergänzung werden verschiedene Modelle vorgestellt, die sich spezifisch auf die Inanspruchnahme psychosozialer Beratungsangebote beziehen.

### 4.1 Sozialpädagogische Nutzerforschung

*„Der Forschungsansatz der Sozialpädagogischen Nutzerforschung konzentriert sich darauf, die Frage zu beantworten, ob und ggf. welchen Nutzen diejenigen, die Angebote Sozialer Arbeit in Anspruch nehmen, bzw. nehmen müssen, von eben diesen Angeboten haben oder auch nicht haben.“ (Oelrich, Schaarschuch 2013, S. 85)*

In den achtziger Jahren entwickelte sich dieser Ansatz durch heftige Kritik der Selbsthilfobewegungen sowie der Sozialen Arbeit an der bestehenden Sozialpolitik. Der grundlegende Gedanke war, dass sich sozialpolitische Maßnahmen aus den Problemlagen und Bedürfnissen der Klient:innen ergeben müssen, nicht umgekehrt. Klient:innen sollten somit nicht mehr als Opfer, sondern als Objekte von Sozialpolitik gesehen werden. In weiterer Folge rückte der Begriff Subjektorientierung verstärkt in den Fokus, worunter verstanden wird, dass es die Klient:innen selbst sind, die ihr Leben gestalten, ihre Probleme bearbeiten und somit direkt in den Dienstleistungsprozess involviert sind. Obwohl Menschen selbst Gestalter:innen ihrer Lebensverhältnisse sind, sind Betroffene häufig stark von sozialpolitischen Regelungen abhängig, was wiederum eine Auseinandersetzung mit diesen erfordert. (Oelrich, Schaarschuch 2013, S. 85, 86)

Die Theorie Sozialer Dienstleistungen ist die Grundlage der Sozialpädagogischen Nutzerforschung. Im Gegensatz zur Theorie Sozialer Dienstleistungen, die sich auf Begründungen des professionellen Handelns fokussiert, hat die Sozialpädagogische Nutzerforschung Aneignungsprozesse durch Einzelpersonen oder Gruppen im Visier. Der Gebrauchswert stellt darin ein bedeutender Terminus dar. Er soll durch das Aufzeigen eines möglichen Nutzens

von sozialen Dienstleistungen verdeutlicht werden. Dabei werden nutzenfördernde- sowie verhindernde Aspekte in Zusammenhang mit den Aneignungsprozessen der Klient:innen fokussiert. (Oelrich, Schaarschuch 2013, S. 88, 89)

Im Aneignungsprozess werden die Rollen der Klient:innen sowie der professionellen Mitarbeiter:innen deutlich. Denn die Nutzer:innen bestimmen ihr Leben durch eigenständiges Handeln und eignen sich die verschiedenen Bestandteile ihres Lebens (beispielsweise Gesundheit, Bildung) selbständig an. Professionelle hingegen können lediglich bei der Lebensgestaltung beratend sowie unterstützend tätig sein und werden somit als Ko-Produzent:innen betrachtet. Nutzer:innen sind zugleich die Produzent:innen, also jene, die den Prozess lenken. Daraus ergibt sich, dass das Erbringungsverhältnis als professionelles Handlungskonzept gesehen wird. (Oelrich, Schaarschuch 2005, S. 11, 12)

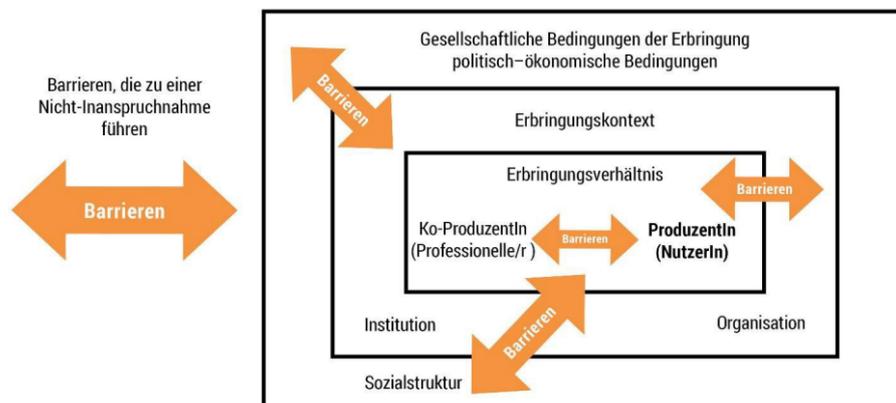
Das Erbringungsverhältnis ist in den Erbringungskontext, also den Institutionen sowie Organisationen und in den gesellschaftlichen sowie politischen Kontext eingebettet und wird von diesen Ebenen beeinflusst. Durch Einflüsse auf Mikro, Meso und Makro Ebene, kann das Aneignen von Dienstleistungen je nachdem erleichtert oder erschwert werden. Häufig finden Einwirkungen statt, die sich in Aneignungsprozessen für bestimmte Personengruppen als erschwerend oder gar behindernd auswirken. (Oelrich, Schaarschuch 2005, S. 11, 12)

Es ist eine Passung zwischen den angebotenen sozialen Dienstleistungen und den Voraussetzungen sowie Bedürfnissen von Nutzer:innen notwendig, damit es zu einer Inanspruchnahme kommt. Zudem können sich Barrieren auf allen Ebenen zeigen und zu einer Nichtinanspruchnahme führen. Auch die individuelle Lebenssituation kann eine Barriere darstellen, wenn beispielsweise zu wenige Ressourcen vorhanden oder die Präferenzen andere sind. (Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung 2019, S. 5)

Unter dem Terminus Barriere wird verstanden, dass es sich dabei um Faktoren handelt, welche die Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen erschweren, begrenzen oder sogar behindern. Wie bereits beschrieben können Hindernisse auf allen Ebenen und zu verschiedenen Zeitpunkten im Prozess der Inanspruchnahme auftreten. Ziel ist es somit, Barrieren zu reduzieren, indem der Fokus auf die Passung von Angeboten auf Klient:innen ge-

setzt wird. Im Erbringungsverhältnis könnte eine erste Reflexion über die Passung stattfinden. (Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung 2019, S. 6, 7) Die Barrieren müssen im Blickfeld der Professionen stehen und gegebenenfalls muss in dieser Hinsicht interveniert werden. Professionelles Handeln stellt eine Ressource dar, wodurch sich für Klient:innen ein Gebrauchswert, also ein Nutzen ergibt. (Oelrich, Schaarschuch 2005, S. 11, 12) Der Gegenstand der Theorie bildet somit die Gebrauchswerthaltigkeit der professionellen Tätigkeit, also den Nutzen, der aus Sicht der Nutzer:innen besteht. (Oelrich, Schaarschuch 2013, S. 90)

Zum Verständnis des Beschriebenen erfolgt dazu die bildliche Veranschaulichung der verschiedenen Ebenen:



Darstellung 1: Barrieren der Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen  
Quelle: Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung (2019), S. 6

Der subjektive Nutzen der Klient:innen ist in der Nutzerforschung ein zentraler Aspekt. In Folge dessen stellt sich die Frage, wie Dienstleistungen gestaltet sein müssen, dass Nutzer:innen sie für sich als nützlich erachten. Durch die Rekonstruktion der Nutzer:innenperspektive kann dies herausgefunden werden. Die Gebrauchswerteigenschaft spielt im Sinne des Nutzens für Klient:innen eine entscheidende Rolle. Eine Analyse der Nutzung ist insofern wichtig, damit Inanspruchnahmeprozesse verständlich und in gewisser Weise nachvollziehbar werden. (Oelrich, Schaarschuch 2013, S. 90, 91)

Um den Nutzen zu erfassen, ist die Kategorisierung in zwei Sparten hilfreich. Der erste Aspekt besteht aus dem Nutzen aus Sicht der Nutzer:innen, also die Gebrauchswerthaltigkeit. Der Zweite setzt sich aus der Nutzung, wie sich Klient:innen soziale Dienstleistungen aneignen, oder auch nicht aneignen (können), zusammen. (Oelrich, Schaarschuch 2013, S. 91-92)

Einen Nutzen kann sich für Klient:innen auf drei verschiedenen Ebenen ergeben. Auf der materialen Dimension in Form von materiellen (Geld) und informellen (Umgang mit Geld) Leistungen. Auf personaler Ebene durch zwischenmenschliche Beziehung von Klient:in und Berater:in und auf der infrastrukturellen Dimension durch die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Beratung. (Oelrich, Schaarschuch 2013, S. 92-93)

Die Nutzung fokussiert sich auf die Handlungsweisen der Nutzer:innen, das beinhaltet die Aufklärung, wie Klient:innen im Inanspruchnahmeprozess mit Barrieren umgehen und wie sie sich soziale Dienstleistungen aneignen. Daraus lassen sich die Nutzungsstrategie und die Aneignungsweisen ableiten. In der Nutzungsstrategie geht es um konkrete Handlungen von Klient:innen, die auf spezifische Teile der sozialen Dienstleistungen gerichtet sind. In dieser Hinsicht tendieren Klient:innen entweder in Richtung Vermeidung, in der Hilfe nur teilweise oder mit starker Vorsicht angenommen wird, oder in Richtung Kooperation, bei der aktiv an den Zielen gearbeitet wird. Bei den Aneignungsweisen handelt es sich um Veränderungen von Verhaltens- und Handlungsweisen, die die Nutzer:innen gemeinsam mit ihrer Fachkraft erarbeiten. (Oelrich, Schaarschuch 2013, S. 93)

Damit eine soziale Dienstleistung für Klient:innen einen Nutzen darstellt, müssen die Angebote für sie als passend und relevant erachtet werden. Der subjektive Relevanzkontext bezieht sich auf die Klient:innen, also wie sie ihre Situation samt deren Problemlagen wahrnehmen und welche Hilfestellung sie für sich als nützlich ansehen. Im Gegenzug dazu ist der institutionelle Kontext durch die verschiedenen Angebote, Strukturen und Arten sowie Formen der spezifischen Hilfeleistung in der Entscheidung über den (Nicht-)Nutzen ausschlaggebend. (Oelrich, Schaarschuch 2013, S. 95)

## 4.2 Modelle zum Inanspruchnahmeverhalten

Das Inanspruchnahmeverhalten von gesundheitsbezogenen Angeboten wird im Folgenden durch die Erläuterung dreier Modelle in Bezug auf psychosoziale Versorgungsstrukturen erklärt.

### 4.2.1 Mental-Health-Literacy

Das Konzept *Mental-Health-Literacy* nach Jorm (1997) richtet sich an das Wissen zu psychischen Erkrankungen, das im Idealfall zu gesundheitsbezogenem Handeln führt. Es wird davon ausgegangen, dass die Voraussetzung für gesundheitsbezogenes Handeln in diesem Konzept liegt. Die Förderung der psychischen Gesundheit soll durch die Betroffenen selbst, oder durch Einlenken von Bezugspersonen erreicht werden. (Jorm 2020, S. 146) Im Folgenden werden nun sechs Faktoren beschrieben, die einerseits das Erkennen sowie Vorbeugen einer psychischen Erkrankung und andererseits die Bewältigung dieser beeinflussen. Die Faktoren geben durch ihren Kontext auch Aufschluss auf das Inanspruchnahmeverhalten und sind somit für die vorliegende Arbeit relevant. (Baschin et al. 2011, S. 8)

Der erste Aspekt bezieht sich auf das Erkennen einer psychischen Erkrankung sowie des Wahrnehmens von intensiven Stresssituationen. Im Zweiten geht es darum, einen möglichen Auslöser für das Krankheitsbild festzustellen und Annahmen zu etwaigen Risiken zu entwickeln. Bei den nächsten beiden Faktoren steht das Wissen zu den Möglichkeiten der Selbsthilfe sowie der professionellen Angebote im Fokus. Anschließend wird die persönliche Haltung als fünfter Einflussfaktor genannt, die in Anbetracht des Erkennens der psychischen Erkrankung (nicht) zum Aufsuchen von Hilfe führt. Als letzter Aspekt wird das Informationsbeschaffungswissen zu den ortsnahen psychosozialen Beratungsangeboten angeführt. (Baschin et al. 2011, S. 8, 9)

Das beschriebene Modell nach Jorm (1997) zählt somit wichtige Faktoren auf, die das Inanspruchnahmeverhalten in Zusammenhang mit Annahmen und Wissen zu gesundheitsbezogenem Verhalten beeinflussen. Sämtliche weitere relevante Merkmale (beispielsweise die vorhandenen Ressourcen) werden in diesem Modell nicht berücksichtigt.

Auch wie die Merkmale in Relation oder Wechselwirkung zueinander stehen, werden nicht genauer erläutert. (Baschin et al. 2011, S. 9)

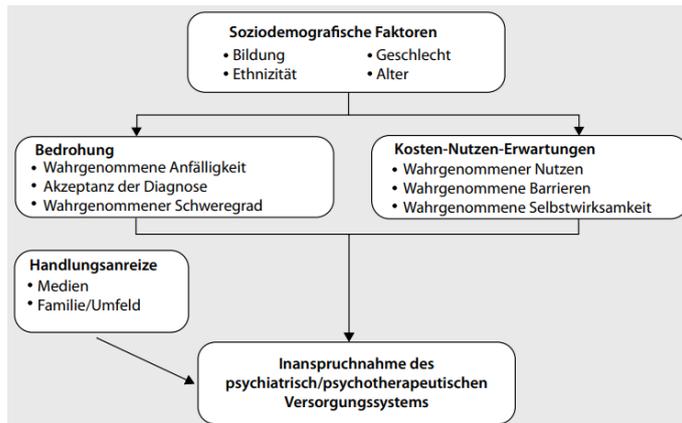
#### **4.2.2 Health Belief Model**

Das *Health Belief Model*, auch Modell gesundheitlicher Überzeugung genannt, entstand in den fünfziger Jahren durch Rosenstock (1966) und wurde seither von verschiedenen Autoren weiterentwickelt. Es zählt zu den bedeutendsten Modellen, welches die Nachvollziehbarkeit von gesundheitsbezogenem Handeln von Individuen erklärt. (Noibinger 2001, S. 5)

Adaptiert und weiterentwickelt wurde das Modell unter anderem von Henshaw und Freedman-Doan (2009). Die Beiden nehmen in ihren Ausführungen psychosoziale Beratungsangebote in den Blick und erläutern schematisch, welche Faktoren das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen. In ihrem adaptierten Modell wird beschrieben, dass sich soziodemografische Merkmale zwar indirekt auf die Inanspruchnahme auswirken, sie allerdings einen direkten Effekt auf die subjektiv wahrgenommene Bedrohung sowie die Kosten-Nutzen-Erwartungen haben. Die realisierte Bedrohung und die Erwartungen, plus die Handlungsreize wirken sich direkt auf das Nutzungsverhalten aus. (Baschin et al. 2011, S. 8-10)

Zu einer wahrgenommenen Bedrohung zählen die registrierte Anfälligkeit und in weiterer Folge die Akzeptanz zum Krankheitsbild sowie der Schweregrad der Beschwerden. Das Abwägen von Vor- und Nachteilen setzt sich aus den subjektiven Erwartungen an eine hilfreiche Beratung, die Wahrnehmung bevorstehender Hindernisse und der Selbstwirksamkeit, also eine positive Veränderung für sich schaffen zu können, zusammen. Handlungsanreize sind als Impulse zu verstehen, die an die Erkrankung und deren Leid erinnern sollen. Diese können von sozialen oder medialen Reizen ausgehen. (Baschin et al. 2011, S. 8-10)

In der folgenden Grafik werden die Einflussfaktoren noch einmal übersichtlich dargestellt.



Darstellung 2: Adaptiertes Modell gesundheitlicher Überzeugungen, angewendet auf Inanspruchnahmeverhalten. (Aus Henshaw u. Freedman-Doan 2009)

Quelle: Baschin, Kirsten et al. (2011), S. 8

Anzumerken ist, dass die Integration weiterer Faktoren, beispielsweise das Erkennen einer psychischen Erkrankung - wie es im *Mental-Health-Literacy* nach Jorm (1997) beschrieben ist - auch in dieses Modell integriert werden könnten. (Baschin et al. 2011, S. 9)

#### 4.2.3 Health Action Process Approach

Das Modell *Health Action Process Approach* (HAPA) nach Schwarzer (2004), auch sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitshandelns genannt, stellt die Stadien sowie den Prozess von gesundheitsbezogenem Verhalten dar. Durch die Einteilung des Modelles in drei Phasen wird erklärt, welche Aspekte in den jeweiligen Stadien ausschlaggebend für das in Anspruch nehmen eines gesundheitsbezogenen Angebotes sind. (Baschin et al. 2011, S. 11)

Im ersten Teil des Prozesses sind Personen hinsichtlich dem Entscheid Hilfe aufzusuchen noch un schlüssig. Erwartungen bezogen auf die Selbstwirksamkeit und der Ergebnisse, sowie Überlegungen zu möglichen Risiken, spielen in der ersten Phase eine entscheidende Rolle. Um eine Veränderung zu wagen, benötigt es die Auseinandersetzung mit etwaigen Vor- und Nachteilen sowie ein positives Selbstbild, das die Person in ihrem Können bestärkt.

Wurde der Entschluss für das Aufsuchen eines gesundheitsbezogenen Angebotes gefasst, kommt es zum zweiten Stadium. Konkrete Ziele und die Planung einer realistischen Umsetzung erfolgen nun. In der letzten, der aktiven Phase, erfolgt der Versuch der praktischen Durchführung des Planes. Begleitet wird dieses Stadium von Kontroll- und Feedback-Prozessen, welche das Beibehalten des Vorhabens und somit die Verhaltensentscheidung beeinflussen. Auch die Beendigung des Geplanten ist hier noch möglich und würde, falls es dazu kommt, als Disengagement bezeichnet werden. Zu den Einflussfaktoren der zweiten und dritten Phase zählen auch die Selbstwirksamkeit und die damit verbunden Hoffnungen oder Ängste. Zudem können auftretende Hindernisse im Prozess sowie vorhandene Ressourcen über das weitere Verhalten entscheiden. (Baschin et al. 2011, S. 11; Borgetto, Krugmann 2020, S. 9)

Nach einem Einblick in die Einflussfaktoren der Inanspruchnahme wird im folgenden Kapitel der (klinisch-)sozialarbeiterische Kontext behandelt.

## **5 Sozialarbeitswissenschaftliche Bezüge**

Das biopsychosoziale Modell nach Egger sowie Elemente der Systemtheorie nach Staub-Bernasconi bilden den sozialarbeitstheoretischen Rahmen für die vorliegende Arbeit.

### **5.1 Biopsychosoziales Modell nach Egger**

Erste Entwicklungen des biopsychosozialen Modelles erfolgten aus Erkenntnissen der Systemtheorie. George L. Engel (1976) trug wesentlich bei der Erstellung sowie Ausgestaltung des Modelles bei, welches als Basis für die psychosomatische Medizin diente. Heute gehört das biopsychosoziale Modell zu den wichtigsten Konzepten hinsichtlich der Erklärung von Gesundheit und Krankheit von Menschen. (Egger 2005, S. 3)

Im biopsychosozialen Modell wird der Mensch mit seinem physischen Dasein sowie dem Erleben und Verhalten, bestehend aus einer Vielzahl von Systemen sowie Subsystemen, als Ganzes betrachtet. Es wird davon ausgegangen, dass eine hierarchische Ordnung verschiedener Systemebenen basierend auf einem Kontinuum bestehen. Die kleineren Systeme sind in den Großen enthalten, wobei jedes ein eigenständiges dynamisches Geschehen aufweist und mit den anderen Ebenen in Verbindung stehen. Gesundheit und Krankheit wird daher nicht als Zustand, sondern als dynamischer Ablauf betrachtet, bei dem Gesundheit stets erarbeitet werden muss. Da alle Systemebenen miteinander verbunden sind, bringen Veränderungen auf einer Ebene auch Auswirkungen auf anderen Ebenen mit sich. Zwischen den Ebenen findet ein Prozess statt, der von permanenten Wechselwirkungen geprägt ist. (Egger 2005, S. 4, 5)

Unter dem Terminus Gesundheit wird im biopsychosozialen Modell verstanden, dass schädliche Einflüsse, welche auf die verschiedenen Systemebenen eines Menschen einwirken, selbständig behoben werden können. Im Gegensatz dazu wird als Krankheit bezeichnet, wenn der Mensch die auf ihn einwirkenden Störfaktoren nicht automatisch regulieren kann. Durch Überforderung oder Ausfall relevanter Mechanismen kann es zum Eintritt von Krankheit kommen.

Es spielt dabei weniger eine Rolle auf welcher Systemebene eine Störung auftritt, sondern vielmehr welchen negativen Einfluss sie hat. (Egger 2005, S. 5)

Da die Polarisierungen von völliger Gesundheit sowie Krankheit nicht greifbar sind, erfolgt die Kategorisierung von Gesundheit und Krankheit in jeweils drei Bereiche:

1. Biomedizinisch (Außenperspektive): bezogen auf das (nicht-)Vorhandensein eines medizinischen Befundes (Vorliegen einer körperlichen Störung versus körperliche Unauffälligkeit)
  2. Psychologisch (Innenperspektive): bezogen auf das Erleben und Verhalten (sich gesund/krank fühlen)
  3. Ökosozial (Metaebene): person-in-environment (Passung des Menschen in die Umwelt)
- Sowohl das biopsychosoziale Gesundheitsverständnis, als auch der biopsychosoziale Krankheitsbegriff setzen sich aus allen drei Dimensionen zusammen, welche der hierarchischen Ordnung unterliegen und von einem dynamischen Prozess getrieben werden. (Egger 2005, S. 6, 7) Beeinträchtigungen auf allen Ebenen begünstigen die Anfälligkeit für Krankheiten. (Pauls 2013, S. 20)

Folglich wird auf die Inanspruchnahme von Hilfen aus Perspektive des biopsychosozialen Modelles eingegangen. Erstens wird darin davon ausgegangen, dass das Wahrnehmen einer Krankheit in erster Linie an der Person selbst liegt. In weiterer Folge ist der Umgang und das Vorgehen bei Erkennen eines Symptomes - neben medizinischen Aspekten - primär von der sozialen Ebene abhängig. Dazu zählen nahe Bezugspersonen, das Umfeld, in das eine Person gebettet ist und die Gesellschaft. Der soziale Aspekt spielt somit auch über den Entscheid, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, eine wesentliche Rolle. (Pauls 2013, S. 18)

Trotz der Bedeutsamkeit des biopsychosozialen Modelles in der psychosomatischen Forschung, bedarf es der Berücksichtigung bestimmter Kritikpunkte. Anhand des Modelles kann der Krankheitsprozess in Zusammenhang mit den verschiedenen Systemebenen erklärt werden. In dieser Hinsicht fehlt es derzeit noch an Begrifflichkeiten, die dieses Phänomen in einer einheitlichen Sprache beschreiben.

Konkret wird darunter verstanden, dass eine Verbindung zwischen der psychologischen sowie der medizinischen Fachsprache geschaffen werden muss. Abgesehen davon wird kritisiert, dass keine wissenschaftliche Erklärung für die Verbindungen zwischen Geist und Hirn vorliegt. In erster Linie stellt sich dabei die Frage, wie der nicht physisch existierende Geist (beispielsweise in Form von Gedanken), einen Einfluss auf das von Materie bestehende Hirn haben kann. (Egger 2005, S. 8)

Das erweiterte biopsychosoziale Modell, also die Integration der Leib-Seele Identitätstheorie nach Spinoza in das biopsychosoziale Modell, soll die Kritikklücke der Geist-Hirn Verbindung füllen. Grob erklärt wird in der Identitätstheorie davon ausgegangen, dass psychophysische Prozesse bestehen, welche die reale Wirklichkeit bilden. Gemäß ihrer Theorie benötigt es, um die Realität zu erfahren, die Perspektive der Beobachtung sowie jene des Subjektes, welches die Situation erlebt. (Egger 2005, S. 8-10)

Zusammenfassend ist zu sagen, dass das biopsychosoziale Modell trotz der noch nicht geklärten Zusammenhänge der stattfindenden Wechselwirkungen auf den verschiedenen Ebenen eine bedeutende, sich noch entwickelnde Theorie ist. Außer Frage steht, dass der Körper von sozialen sowie psychologischen Charakteristika geprägt ist und von diesen Dynamiken fundamental beeinflusst wird. Die Einbettung des Krankheitsbegriffes in biopsychosozial erfolgt aus der Erkenntnis, dass soziale Erfahrungen in Form von soziopsychischen und psychobiologischen Vorgängen auf das Körpersystem wirken. Zudem weist das Modell daraufhin, den Fokus auf die menschlichen biopsychosozialen Bedürfnisse und nicht nur auf Krankheit, sondern auch auf die Gesundheit zu lenken. (Pauls 2013, S. 27)

In Bezug auf das gerade theoretisch erläuterte Verständnis von Gesundheit und Krankheit und deren Prozesse, wird nun der mögliche Verlauf von Co-Abhängigkeit aus Sicht des biopsychosozialen Modelles dargestellt:

In der Einleitung sowie in Kapitel 2 wurde bereits dargelegt, dass Angehörige von suchtkranken Menschen einem permanenten Stresszustand sowie sämtlichen Belastungen ausgesetzt sind. Abgeleitet lässt sich die Entstehung einer Co-Abhängigkeit anhand des biopsychosozialen Modelles folgendermaßen erklären:

Es ist anzunehmen, dass zeitgleich mehrere Belastungsfaktoren auf die angehörige Person einwirken. Belastungen können sich durch ständige Sorgen, Angst sowie permanente Stresszustände auf psychischer Ebene zeigen. Schwierigkeiten in der Beziehung und Konflikte zur abhängigen Person sowie Probleme in Kontakt mit anderen Personen stellen mögliche Belastungen auf sozialer Ebene dar. Auf physischer Ebene könnte es durch eine vermehrte Aufgabenübernahme an körperlicher Regeneration fehlen oder das Bedürfnis nach Unversehrtheit aufgrund von Gewalterfahrungen entstehen.

Die erklärten Wechselwirkungen des biopsychosozialen Modelles könnten mit dem spiralförmigen Kreislauf, welcher in Kapitel 2.2 beschrieben ist, verglichen werden. Durch angenommene negative Einwirkungen auf allen drei Dimensionen, ist die Gefahr zu erkranken für Angehörige besonders hoch.

## **5.2 Systemische Perspektive nach Staub-Bernasconi**

Die Verfasserin der Prozess- und Systemtheorie Silvia Staub-Bernasconi geht in ihrem Werk davon aus, dass alles Lebendige auf Erden auf dem prozessual-systemischen Aspekt basiert. Darunter versteht sie, dass alles Bestehende entweder Teil eines Systems oder ein System selbst ist, welches wiederum in Verbindung zu anderen Systemen steht. Zudem sagt der prozessual-systemische Begriff aus, dass alles vergänglich und in Bewegung ist und jederzeit Veränderung stattfinden kann. Es wird vom Bestehen einer Vielzahl an unterschiedlichen Systemen ausgegangen. Individuen werden in der Theorie als selbstwissensfähige Biosysteme betrachtet, die Teil von sozialen Systemen (der Gesellschaft) sind. Der Mensch als ein an sich eigenes System, hat bestimmte essentielle Bedürfnisse, deren Erfüllung es bedarf. Durch die ganzheitliche Befriedigung der Bedürfnisse, das bedeutet auf biopsychosozialer Ebene, ist das Individuum auf andere Personen und die Gesellschaft angewiesen. Häufig kommt es vor, dass Bedürfnisse von Menschen aufgrund ungleich verteilter Ressourcen oder Machtstrukturen nicht erfüllt werden. Daraus entstehen soziale Probleme, die zugleich auch den Gegenstand dieser Theorie bilden. (Klus, Schilling 2018, S. 156, 157)

Staub-Bernasconi beschreibt vier fundamentale Rubriken sozialer Probleme. Probleme die bei der Ausstattung entstehen, in Bezug auf Beschränkungen an der Beteiligung an psychischen, sozialen sowie kulturellen Ressourcen. Austauschprobleme treten auf, wenn der Mensch jene Bedürfnisse nicht erfüllen kann, bei denen er/sie zur Befriedigung auf andere Individuen oder das soziale System angewiesen ist. Dies passiert durch ein asymmetrisches Verhältnis einer Beziehung, dementsprechend ein ungleicher Austausch von Geben und Nehmen. Als drittes soziales Problem wird Macht genannt, welche durch das (nicht) Vorliegen von Machtquellen (beispielsweise auf körperlicher oder sozioökonomischer Ebene) entsteht und Menschen begrenzen und behindern kann. Zuletzt werden Kriterien zu sozialen Problemen, wenn Werte von Individuen verletzt werden. (Klus, Schilling 2018, S. 158)

Um soziale Problemlagen erklären zu können, sowie auch um die Probleme professionell bearbeiten zu können, gibt es die allgemein normative Handlungstheorie. Das vorhandene Handlungsmodell basiert auf fünf in Fragen formulierte Wissensformen, die ein strukturiertes Vorgehen erlauben und professionelles Arbeiten darstellen. Diese Fünf inkludieren das Beschreibungs- und Erklärungswissen (Frage nach dem Problem und der Problemstellung), Wissen in Bezug auf Werte und Kriterien (positive und negative Aspekte der Situation), sowie das Verfahrens- und Evaluationswissen (Frage in Bezug auf die Veränderung und Reflexion der herbeigeführten Veränderung). (Klus, Schilling 2018, S. 159, 160)

In Staub-Bernasconis Theorie, Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession, wird die Notwendigkeit sozialarbeiterisch tätig zu werden, mit dem Tripelmandat begründet. Das Doppelmandat (Hilfe und Kontrolle) wurde durch das professionelle Mandat, welches Beschreibungs- und Erklärungswissen aufweist sowie sich auf den Ethikkodex stützt, erweitert. (Klus, Schilling 2018, S. 161)

Aus der Sicht von Rennert (2012) ist die Sucht ein systemischer Prozess, der in ständiger Bewegung ist und sich auf die einzelnen Lebensbereiche auswirkt. Der Suchtverlauf wird stark von Verhaltensweisen der Personen des sozialen Umfeldes beeinflusst. Umgekehrt nimmt auch das Suchtverhalten Einfluss auf die Angehörigen. (Rennert 2012, S. 40)

Flassbeck (2014) beschreibt die Sucht als ein soziales System. Die Selbstlosigkeit der Angehörigen und die Selbstsüchtigkeit der suchtkranken Person würden zu einem funktionierenden sozialen System führen, weshalb es die Einbindung aller naher Beteiligten in die Beratung bedarf. (Flassbeck 2014, S. 55)

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Angehörigen ebenso in den Suchtprozess involviert sind. In *Kapitel 2.3* wurde beschrieben, dass die Phasen der Co-Abhängigkeit parallel zur Sucht verlaufen. Um den erläuterten, sich zuspitzenden Kreislauf zu durchbrechen, stellt die Inanspruchnahme einer psychosozialen Beratung eine Möglichkeit dar. Denn wie die Systemtheorie aussagt, zieht die Veränderung einer Komponente eines Systems, auch Veränderungen der anliegenden Komponenten - somit auch dem (Sucht-)System - mit sich.

Es wird nun auf das nächste Hauptkapitel, die Methodik, in der auf die Forschungsmethode sowie den gesamten Forschungsprozess beschrieben wird, verwiesen.

## 6 Methodik

Zu Beginn wird das Forschungsdesign erklärt und weshalb eine qualitative Forschung gewählt wird. Zudem werden die Grundsätze der qualitativen Forschung, Forschungs- und Wissenschaftsethik sowie die Gütekriterien in diesem Teil thematisiert. Im nächsten Schritt wird das Erhebungsinstrument und das Sampling, also die Auswahl der Stichprobe, beschrieben. Die letzten beiden Kapitel zeichnen sich durch das Schildern des Vorgehens im Forschungsprozess und die Datenaufbereitung sowie deren Auswertung aus.

### 6.1 Forschungsdesign

In der vorliegenden Masterthesis wird auf Basis der folgenden Fragestellungen ein qualitatives Forschungsdesign gewählt:

- *Welche biopsychosozialen Faktoren fördern erwachsene Angehörige von Menschen mit Substanzabhängigkeit eine ambulante, psychosoziale Beratung in Vorarlberg in Anspruch zu nehmen?*
- *Welche biopsychosozialen Faktoren hindern erwachsene Angehörige von Menschen mit Substanzabhängigkeit eine ambulante, psychosoziale Beratung in Vorarlberg in Anspruch zu nehmen?*

Anhand des qualitativen Vorgehens können die subjektiven Sichtweisen der Angehörigen eingeholt und Generalisierungen abgeleitet werden. Die qualitative Empirie zeichnet sich vorrangig durch die Darstellung und Erklärung sozialer Phänomene aus, die auf der Erfassung von persönlichen Sichtweisen und Erfahrungen beruhen. (Bortz, Döring 2016, S. 63, 64)

Um ein besseres Verständnis von qualitativer Forschung zu schaffen, werden im nächsten Abschnitt fünf Grundprinzipien qualitativer Forschung beschrieben, denen ein hoher Stellenwert zugeschrieben wird und in der vorliegenden Masterthesis berücksichtigt wurden. Im Anschluss daran wird auf die Forschungs- und Wissenschaftsethik sowie die Gütekriterien qualitativer Forschungen eingegangen.

**Ganzheitliche Untersuchung:** Die Wirklichkeit soll und kann erfasst werden, indem die alltäglichen Lebenswelten von Angehörigen von Suchtkranken erforscht werden. Durch den Austausch mit den Beteiligten über deren Sichtweisen sowie Erfahrungen und der anschließend detailgenauen und verständlichen Beschreibung dieser individuellen Erzählungen, soll eine ganzheitliche Analyse erzielt werden. (Bortz, Döring 2016, S. 64, 65)

**Reflektierte Offenheit:** Im Sinne der qualitativen Forschung besteht die Gewinnung von Erkenntnissen in erster Linie aus der Entwicklung neuer Hypothesen und Theorien, die gezielt auf den Untersuchungsgegenstand passen. Daher soll der Forschungsprozess nicht starr von Vorwissen geleitet sein, sondern es erfordert eine reflektierte Haltung, die neuen, unerwarteten Erkenntnissen offen gegenübersteht. (Bortz, Döring 2016, 67)

**Zirkularität und Flexibilität:** Darunter ist zu verstehen, dass es sich bei diesem Forschungsdesign um einen zirkulären – nicht linearen - Prozess handelt. Das bedeutet, dass flexibel vorgegangen und nur ein Stückweit nach Plan gearbeitet wird. Dabei kann es im Laufe des Prozesses zur Anpassung des Designs, der Fälle, der Erhebungsinstrumente- sowie der Datenanalyse kommen. (Bortz, Döring 2016, S. 68)

**Kommunikation und Kooperation:** Die Kommunikation zwischen der forschenden Person und den Teilnehmer:innen ist für den Erkenntnisgewinn ausschlaggebend. Voraussetzung für eine offene Kommunikation ist die Kooperation beider Parteien. Dazu muss der:die Forscher:in versuchen, eine vertrauensvolle Begegnung zu schaffen und die beforschte Person muss sich gewissermaßen in den Prozess einlassen können. (Bortz, Döring 2016, S. 69)

**Selbstreflexion:** Aufgrund von subjektiven Einflüssen der Forscher:innen in Bezug auf das persönliche Verhältnis zum Gegenstand sowie zu den Teilnehmer:innen, ist eine kritische Selbstreflexion in der qualitativen Forschung essentiell. (Bortz, Döring 2016, S. 70)

### **Forschungs- und Wissenschaftsethik**

Die vorliegende Arbeit wurde unter Beachtung der Forschungs- sowie wissenschaftsethischen Grundsätzen nach Bortz und Döring (2016, S. 123-128) konzipiert.

Wie mit diesen Kriterien im Forschungsvorgehen konkret umgegangen wurde, wird im Folgenden geschildert.

### **Freiwilligkeit und informierte Einwilligung**

Die Angehörigen wurden telefonisch im Vorhinein über den Inhalt und dem Ziel der Masterarbeit, sowie dem Ablauf eines Interviews und dem Datenschutz informiert. Nach Zustimmung der Teilnehmerinnen wurde der Interviewtermin vereinbart. Vor der Durchführung des Interviews wurde allen Interviewteilnehmerinnen das Forschungsvorhaben ein weiteres Mal erklärt und ihnen Raum für Fragen eingeräumt. Nach dem Interview wurde die Einverständniserklärung (siehe Anhang) erklärt und diese bei Einwilligung durch die Angehörigen unterzeichnet.

### **Schutz vor Beeinträchtigung und Schädigung**

Es wurde davon ausgegangen, dass die Teilnehmer:innen durch die Befragung keine Beeinträchtigungen oder Schädigungen davon tragen. Es wurde von einem Minimalrisiko ausgegangen, bei dem eine kurzfristige negative Stimmung bei den befragten Personen eintreten könnte, welche vergleichbar mit alltäglichen Stimmungsschwankungen sind.

### **Anonymisierung und Vertraulichkeit**

Im gesamten Forschungsprozess wurde auf die Wahrung der Anonymität der interviewten Personen geachtet. Die Audiodateien der Interviews wurden auf mit Passwort geschützten Geräten verwahrt, auf welche nur die Forscherin Zugang hatte. Auch bei der Aufbereitung des Datenmaterials wurde spezifisch darauf geachtet, dass alle Merkmale, welche Rückschluss auf eine Person geben könnten, anonymisiert wurden. Es wurde eine separate Datei angefertigt, in dem alle Pseudonyme aufgelistet wurden.

### **Gütekriterien**

Die Ergebnisse von Forschungsarbeiten basieren auf Gütekriterien, durch welche Rückschlüsse auf die Qualität von Forschungsarbeiten gezogen werden können. Mittels Anwendung spezifischer Verfahren wie unter anderem der Reliabilität (die Genauigkeit) und der Validität (die Gültigkeit), werden die Ergebnisse überprüft.

Gemäß Mayring (2002) bedarf es in der qualitativen Forschung individuell angepasste Gütekriterien, die den Zielen und dem Vorgehen der Arbeit entsprechen. Außerdem sollen die Ergebnisse argumentativ anhand von Literatur diskutiert und begründet werden. (Mayring 2002, S. 140-142)

Es werden nun die sechs allgemeinen Gütekriterien für qualitative Forschungen angeführt und deren Berücksichtigung in der vorliegenden Masterthesis dargelegt.

### **Verfahrensdokumentation**

Um die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses zu gewährleisten, benötigt es eine detaillierte Beschreibung über das Vorgehen. (Mayring 2002, S. 144, 145)

Das konkrete Forschungsvorgehen der vorliegenden Arbeit wird in den folgenden Kapiteln (6.2 – 6.5) beschrieben.

### **Argumentative Interpretationsabsicherung**

Interpretationen sind ein wesentlicher Teil der qualitativen Forschung. In dieser Hinsicht gibt es allerdings einige Kriterien zu beachten. Die Interpretation muss bezüglich ihres Entstehens nachvollziehbar begründet werden und in sich schlüssig sein. Unschlüssige Interpretationen müssen ebenfalls erklärt werden. (Mayring 2002, S. 145)

Im Kapitel Interpretation der Ergebnisse (7.2) wurde dieses Gütekriterium bedacht.

### **Regelgeleitetheit**

Trotz den Spielräumen, welche die qualitative Forschung ermöglichen, ist ein systematisches, regelgeleitetes Vorgehen im Forschungsprozess notwendig. (Mayring 2002, S. 145, 146)

Dass dieses Kriterium eingehalten wurde, erweist sich durch das theoriegeleitete Vorgehen im Forschungsprozess. Die Transkription erfolgt nach den inhaltlich-semantischen Regeln nach Dresing, Pehl (2018). Hinsichtlich der Datenaufbereitung und Auswertung wurde nach der inhaltlich strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) vorgegangen. (siehe Kapitel 6.5)

### **Nähe zum Gegenstand**

Unter diesem Gütekriterium wird verstanden, dass sich die Forscher:innen für die Durchführung ihrer Forschung Orte überlegen, die möglichst nahe an den Alltag der Teilnehmer:innen anknüpfen. Außerdem sollte nicht nur die Forschung und deren Ziele im Vordergrund stehen, sondern auch die Interessen der Befragten bedacht werden. (Mayring 2002, S. 146)

Die Nähe zum Gegenstand wurde den Angehörigen insofern eingeräumt, dass es ihnen selbst überlassen war, an welchem Ort sie das Interview führen möchten. Seitens der Forscherin wurde den Teilnehmer:innen lediglich räumliche Vorschläge (Feldkirch und Dornbirn) zur Durchführung des Interviews unterbreitet. Auf das Interesse der Befragten wurde eingegangen, in dem exemplarisch einer Angehörigen nach dem Interview mögliche Anlaufstellen für Angehörige aufgezeigt wurden.

### **Kommunikative Validierung**

Das Gesagte der Teilnehmer:innen soll durch die kommunikative Validierung im Gespräch bestätigt werden. Eine andere Variante stellt dar, die analysierten Ergebnisse mit den befragten Personen im Nachhinein durchzusprechen, um etwaige Fehlinterpretationen auszubessern. Die Gültigkeit der Ergebnisse wird dadurch gefestigt. (Mayring 2002, S. 147)

Bei der Durchführung der Interviews wurde bei nicht eindeutigen Aussagen nachgefragt, ob diese richtig aufgefasst wurden.

### **Triangulation**

Durch die Analyse der Ergebnisse mit verschiedenen Methoden und Theorien und durch mehrere Forscher:innen kann eine hohe Qualität der Forschung erreicht werden. Es kann ein Vergleich der Resultate stattfinden und allfällige Unterschiede aufgezeigt werden. Auch etwaige Vor- und Nachteile der verschiedenen Methoden können verdeutlicht werden. (Mayring 2002, S. 147, 148)

Die vorliegende Arbeit weist durch die Einbindung der Perspektiven dreier Theorien eine Theorietriangulation auf. (siehe Kapitel 7.2) Eine Methodentriangulation hätte den Rahmen der vorliegenden Masterthesis gesprengt, weshalb dieses Kriterium nicht erfüllt wurde.

Auch eine Triangulation an Forscher:innen ist nicht gegeben, da es sich um eine Einzelarbeit handelt.

## **6.2 Erhebungsinstrument**

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde entschieden die subjektiven Sichtweisen der Angehörigen mittels eines leitfadengestützten Interviews einzuholen. Hinsichtlich der konkreten Art des Interviews wurde das problemzentrierte Interview herangezogen. Die von Witzel (2000) stammende Interviewform richtet sich primär auf eine möglichst unvoreingenommene Erfassung von subjektiven Problemsichtweisen, bezogen auf ein gesellschaftliches Phänomen. Das problemzentrierte Interview stellt einen Mittelweg zwischen stark leitfadenfokussierten und unstrukturierten Interviews dar und ermöglicht gezieltes Nachfragen im Dialog. Der Erkenntnisgewinn wird sowohl durch deduktives als auch durch induktives Vorgehen angestrebt. (Witzel 2008)

In Bezug auf das Thema und der Fragestellungen der vorliegenden Masterthesis bot sich das problemzentrierte Interview optimal an, da den Teilnehmer:innen durch die narrativen Elemente die Möglichkeit gegeben wurde, frei und offen über ihre Erfahrungen und Sichtweisen zu sprechen. Dennoch gab der Leitfaden Struktur und unterstützte den Erhalt von fragestellungsrelevanten Aussagen. Zudem konnte durch die halbstrukturierte Form bei relevanten Aspekten gezielt nachgefragt werden, um detailliertere Antworten zu erhalten.

Für die Erstellung des Leitfadens wurde nach dem SPSS-Verfahren nach Helfferich (2009) vorgegangen. Auf Grundlage dessen wurde zuerst in einem Brain-Storming-Prozess alle möglich relevanten Fragen in einer Mind-Map aufgeschrieben (S). Im nächsten Schritt wurden alle Fragen gestrichen, die sich nach deren Prüfung als ungeeignet erwiesen haben (P). Anschließend wurden die Fragen thematisch sortiert und auf deren Offenheit geprüft (S). Zuletzt fand die strukturierte Einordnung der Fragen in den Leitfaden statt, wobei die letzten zwei Phasen in einem zirkulären Prozess stattfanden (S). (Kruse 2015, S. 227)

Im letztendlich festgelegten Leitfaden ergaben sich die Themenblöcke (biopsychosoziales-) Wohlergehen, Kosten-Nutzen, Umfeld, Versorgungsstruktur und Sonstiges. Bezüglich der Leitfadenerstellung wurde neben den Kriterien nach Helfferich (2009) auch spezifisch darauf geachtet, dass die Vorgaben des problemzentrierten Interviews erfüllt wurden. Die soziodemographischen Daten wurden daher vor dem Interview anhand eines Kurzfragebogens erfasst. Des Weiteren wurde die Einstiegsfrage, wie es im problemzentrierten Interview vorgesehen ist, narrativ gestaltet. Aufrechterhaltungs- sowie Steuerungsfragen, welche dazu dienen den Redefluss aufrecht zu erhalten, wurden bei der Durchführung der Interviews bedacht. Auch ein Postskriptum wurde zur Erfassung von Eindrücken und Auffälligkeiten nach Durchführung des Interviews erstellt. (Bortz, Döring 2016, S. 377) Außerdem wurde auf die Erstellung von induktiven sowie deduktiv abgeleiteten Fragestellungen geachtet. (Witzel 2008) Der Kurzfragebogen sowie das Postskriptum befinden sich im Anhang.

Um einen möglichst erzählgenerierenden (narrativen) Einstieg zu schaffen, wurden zuerst Fragen zur Erfassung des (biopsychosozialen-) Wohlbefindens während der Suchtproblematik in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme gestellt. Der aus der Theorie abgeleitete Themenblock Kosten-Nutzen hat zum Zweck, Informationen zum Entscheidungsprozess der Beratungsinanspruchnahme, zu erhalten. Das Abfragen von Vor- und Nachteilen zielte darauf ab, Barrieren sowie fördernde Faktoren der Inanspruchnahme eruieren zu können. Der Themenbereich Umfeld sollte Aufschluss darüber geben, inwiefern das nahe soziale Umfeld und die Gesellschaft bei der Inanspruchnahme von Beratung eine Rolle spielen und ob Stigmatisierungsprozesse sich hindernd auf die Inanspruchnahme auswirken. Konkrete, induktiv erstellte Fragen zu den Versorgungsstrukturen in Vorarlberg dienten dazu, mehr Klarheit über die Wahrnehmung der Beratungslandschaft zu bekommen. Zuletzt sollte die Kategorie Sonstiges Aufschluss über noch fehlende, allerdings noch relevante Informationen geben.

Um den Interviewleitfaden auf Verständlichkeit der Fragen zu prüfen, wurden vor dem ersten Interviewtermin zwei Pretests mit Studienkolleg:innen durchgeführt. Im Anschluss daran wurden kleine Veränderungen im erstellten Leitfaden vorgenommen.

Zuletzt wird angemerkt, dass die Interviewfragen im Laufe der Befragungsphase minimal angepasst wurden.

### 6.3 Sampling

Die Fallauswahl stellt nicht nur in der quantitativen, sondern auch in der qualitativen Forschung eine wichtige Komponente dar. (Kruse 2015, S. 237) Durch theoretische Vorüberlegungen hinsichtlich der bewussten Auswahl von relevanten Fällen werden große Verzerrungen in den Ergebnissen vermieden. In dieser Hinsicht gibt es in der qualitativen Forschung drei Varianten, auf Basis derer die Fallauswahl nach bestimmten Kriterien (Fallkontrastierung) gesteuert werden kann. Erstens die Fallkontrastierung anhand von Gegenbeispielen (Entwicklung von Hypothesen durch Gegenevidenz), zweitens das theoretische Sampling (Fälle werden im Prozess nach und nach ausgewählt) und zuletzt das selektive Sampling (Voraberstellung von Stichprobenplänen). (Kelle, Kluge 2010, S. 42, 43)

Aufgrund der vorliegenden Fragestellung, die theoretischen Vorkenntnisse sowie dem persönlichen Wissen über das Untersuchungsfeld, wurde das *selektive Sampling* für die Fallauswahl ausgewählt. Es wurde somit ein Stichprobenplan erstellt, welcher auf Basis der folgenden drei Kriterien nach Kelle und Kluge (2010) aufgebaut wurde: Die relevanten Merkmale bei der Fallauswahl, die Merkmalsausprägungen und die Stichprobengröße. (Kelle, Kluge 2010, S. 50)

Der Stichprobenplan wurde bewusst mit wenigen Unterscheidungen festgelegt, da gemäß Expert:innen der Suchtberatungsstellen in Vorarlberg die Erreichbarkeit von Angehörigen eher schwierig sei und die Stichprobengröße mit sechs Interviewpartner:innen niedrig angesetzt ist. In der Einleitung wird die Anzahl von Menschen mit Alkoholproblematik und weiteren Drogen thematisiert, weshalb der Stichprobenplan eine Unterscheidung von Angehörigen dieser beiden Suchtarten aufweist. Zudem wird in der Einleitung beschrieben, dass zu den Angehörigen alle Menschen zählen, die sich in einem engen, dauerhaften und emotionalen Verhältnis mit einer suchtkranken Person befinden. Da es sich dabei um verschiedene Personengruppen handeln kann, wurde eine Unterscheidung hinsichtlich dem Wohnverhältnis zwischen der Angehörigen und der suchtkranken Person vorgenommen.

Der Sichtprobenplan wird folglich dargestellt.

Wohnverhältnis	Suchtart	
	Alkohol	Andere Drogen
Gemeinsamer Haushalt	X	X
Kein gemeinsamer Haushalt	X	X

Darstellung 3: Qualitativer Stichprobenplan

Quelle: Eigene Darstellung

Durch die Festlegung der unterschiedlichen Merkmale im Stichprobenplan wurde eine relative Heterogenität der Forschung erzielt. Die Merkmalsausprägungen wurden auf Grundlage von Modalkategorien ausgewählt. Das bedeutet, dass es sich um Personen mit Merkmalen handelt, von denen angenommen wird, dass sie in der Praxis häufig anzutreffen sind. (Kelle, Kluge 2010, S. 50-55) Der Umfang der Stichprobe wurde vor Durchführung der Studie auf sechs Interviews angesetzt.

Abgesehen davon war ursprünglich geplant, die Rekrutierung von Interviewpersonen über Gatekeeper:innen vorzunehmen. Gatekeeper:innen, auch Türsteher:innen genannt, sind in Institutionen oder Organisationen anzutreffen und werden seitens der Forscher:innen beauftragt, passende Interviewpartner:innen zu finden. (Kruse 2015, S. 250, 251)

Der Stichprobenplan wurde vorerst nur der Leitung der Suchtberatungsstelle Clean, zuständig für die Regionen Feldkirch und Bregenz, zugesandt. Gemäß der Rückmeldung der Führungskraft erklärten sich auf Anfrage der Mitarbeiter:innen von Clean sechs Angehörige für ein Interview bereit. Aus datenschutzrechtlichen Gründen war es nicht möglich, die Angehörigen, welche sich für ein Interview bereit erklärten, persönlich zu kontaktieren. Den Angehörigen wurde daher die Telefonnummer der Forscherin ausgehändigt, damit diese die Kontaktaufnahme herstellen können. Auf diesem Wege meldete sich eine Angehörige, mit dieser ein Interview geführt wurde.

Um weitere Angehörige zu erreichen, erfolgte schließlich die Kontaktaufnahme mit Personen der Suchteinrichtungen Caritas Vorarlberg, Lukasfeld, Maria Ebene, Pro Mente, Die Fähre, Selbsthilfe Vorarlberg: Gruppe Angehörige von Alkoholiker:innen (möchten anonym bleiben), Selbsthilfe Vorarlberg: Drogenselbsthilfegruppe, do it yourself.

Seitens der Einrichtungen zeigte sich deutliches Interesse am Untersuchungsgegenstand und die Führungskräfte sowie Mitarbeiter:innen setzten sich teils sehr engagiert ein, um Angehörige für ein Interview zu gewinnen. Die Vorgehensweise war dieselbe wie am Beispiel vom Clean, das bedeutet die Telefonnummer der Forscherin wurde bei Interesse den Angehörigen ausgehändigt. Auf diesem Wege konnte eine Angehörige durch die Suchtberatungsstelle Caritas und eine weitere Angehörige über Pro Mente gewonnen werden.

Parallel zu den Anfragen bei den Sozialeinrichtungen wurde versucht, Angehörige über Multiplikator:innen, also Personen die bei einer interviewrelevanten Person einen Vertrauensvorschuss genießen, zu erreichen. (Kruse 2015, S. 250, 251) Zwei Angehörige wurden über diesen Zugang erreicht.

Da gegen Ende bereits zahlreiche Kontaktaufnahmen zu verschiedenen Suchteinrichtungen erfolgten stellte sich die Frage, wie die gemäß Stichprobenplan vorgenommene, sechste angehörige Person erreicht werden kann. Im Zuge dessen wurde entschieden eine direkte Recherchestrategie zur Rekrutierung anzuwenden. (Kruse 2015, S. 252, 253) Das Forschungsvorhaben wurde daher auf der social media Plattform Facebook, in der öffentlichen Gruppe *Frag Vorarlberg* gepostet.

Der gepostete Beitrag wurde von zahlreichen Gruppenteilnehmer:innen geteilt, geliked und kommentiert. Nach einigen Minuten meldete sich die erste Angehörige per Privatnachricht. Zehn Angehörigen wendeten sich innerhalb eines Tages per Privatnachricht an die Forscherin, woraufhin der Beitrag am darauffolgenden Tag wieder gelöscht wurde. Alle dieser Personen waren weiblich. Aufgrund des hohen Rücklaufs wurde entschieden, die Stichprobengröße auf acht Personen auszuweiten. Per Telefonat und per Chat wurde mit den Angehörigen in einen Austausch getreten, indem das konkrete Forschungsvorhaben vorgestellt wurde. Es wurden jene drei Angehörigen zu einem Interviewtermin eingeladen, welche am ehesten die Kriterien des Stichprobenplanes und des Forschungsvorhabens erfüllten. Eine dieser drei Angehörigen musste aus beruflichen Gründen kurzfristig absagen.

**Die zahlreichen Rückmeldungen auf den veröffentlichten Beitrag in der social media Gruppe bestätigen, dass seitens der Angehörigen suchtkranker Menschen der Bedarf hoch ist, über das Thema zu sprechen. Die Bedeutsamkeit des Aufgreifens der Thematik und der Fokus auf die Zielgruppe wird dadurch unterstrichen. Außerdem wird die Schnelligkeit und Reichweite von social media deutlich.**

Insgesamt wurden sieben Angehörige in einem Zeitraum von April bis Juni 2022 interviewt, alle davon sind weiblich. Das Alter liegt zwischen 36 und 63 Jahren. Drei der Angehörigen sind Elternteile eines suchtkranken Kindes, drei Partnerinnen, eine weitere Angehörige ist das Kind einer alkoholkranken Person. Eine angehörige Mutter und eine Partnerin erwähnten, dass sie bereits in der Kindheit mit einem suchtkranken Elternteil aufgewachsen sind.

Drei Personen gaben als Suchtform ausschließlich Alkohol an, wobei zwei davon mit der suchtkranken Person im selben Haushalt wohnten. Nur eine Person gab ausschließlich illegale Drogen als einzige Suchtform an. Bei den restlichen wurden mehrere Süchte angegeben, wie Drogen, Alkohol und Spielsucht.

Zur übersichtlicheren Darstellung der erhobenen Daten des Kurzfragebogens auf der folgenden Seite eine tabellarische Abbildung.

<b>Interview Nr.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Weiblich (w)</b> <b>Männlich (m)</b>	w	w	w	w	w	w	w
<b>Alter</b>	41	45	47	51	61	63	36
<b>Höchster Bildungsabschluss</b> Mittelschule (MS) Berufsschule (BS) Matura (Mat.)	Mat.	BS	Mat.	Mat.	BS	MS	Mat.
<b>Beziehungsverhältnis</b> Partner:in (P) Elternteil (E) Kind (K)	E	P	E	K	E + (K)	P	P + (K)
<b>Suchtform</b> Alkohol (A) Andere Drogen (D) Spielsucht (Sp)	A+D	D	A+D+Sp	A	A+D+Sp	A	A
<b>Gemeinsamer Haushalt</b> Ja (J) Nein (N)	J	J	J	N	N	J	N
<b>Kenntnis über Suchtproblem</b> Jahre (J)	2 J	2 J	3 J	40 J	6 J	5 J	1 J
<b>Dauer Beratung</b> Jahre (J) Monate (Mo)	3 J	-	7 Mo	-	6 Mo	3 Mo	1 Anruf

Darstellung 4: Daten aus Kurzfragebogen  
Quelle: Eigene Darstellung

Der weitere Forschungsprozess wird im nächsten Kapitel erläutert.

## 6.4 Durchführung der Studie

Die Interviewpartnerinnen wurden im Zuge der Kontaktaufnahme über das konkrete Forschungsinteresse und dessen Ziel, sowie den Ablauf des Interviews und den Datenschutz informiert. Nach Zustimmung der Teilnahme am Interview wurde der Termin sowie Ort der Befragung vereinbart.

Den Interviewpartnerinnen stand es offen, den Ort des Interviews auszusuchen. Allerdings wurde allen Teilnehmerinnen angeboten das Interview in einem Raum der Fachhochschule Vorarlberg durchzuführen, um den Angehörigen einen geschützten Rahmen zu bieten. Bis auf eine Ausnahme wurden alle Interviews an der Fachhochschule geführt.

Aufgrund des örtlichen Wohnsitzes einer Angehörigen bot es sich an, das Büro bei der Arbeitsstelle der Forscherin für das Interview zu nutzen.

Vor der Durchführung der Interviews wurde auf eine angemessene, räumliche Gestaltung geachtet. Nach einem kurzen Smalltalk wurden die Angehörigen erneut über das Forschungsvorhaben und den konkreten Ablauf des Interviews informiert. Erklärungen zum Ablauf des Interviews inkludierten der Grund der Aufzeichnung des Interviews per Handyaudioapp, die Möglichkeit das Interview jederzeit zu beenden, den Kurzfragebogen, den Datenschutz sowie die Möglichkeit des Widerrufs der Zustimmung sowie der Umgang mit dem Interviewmaterial und das weitere Vorgehen. Vor Beginn des Interviews wurde den Teilnehmerinnen Raum für Fragen eingeräumt.

Der Kurzfragebogen wurde den Angehörigen vor dem Interviewbeginn ausgehändigt. Alle Befragten füllten die soziodemographischen Daten direkt aus. Das Interview selbst wurde per Handyaudioapp aufgezeichnet.

Nach der Durchführung des Interviews wurde den Teilnehmerinnen die Anonymitätserklärung ausführlich erklärt und die Zustimmung schriftlich eingeholt. In Anschluss daran wurde noch ein kurzes Gespräch geführt, indem unter anderem der Beweggrund für die Teilnahme am Interview erfragt wurde. Direkt nach der Verabschiedung von der befragten Person wurde das Postskript ausgefüllt, um Eindrücke, Beobachtungen oder Störungen festzuhalten.

Die Atmosphäre bei den Interviews wurde seitens der Forscherin im Allgemeinen als entspannt wahrgenommen. Eine Ausnahme gab es bei einem Interview, bei dem die Schwere der Thematik deutlich spürbar war, aufgrund der Suchterkrankung.

Eine Teilnehmerin bat um Zusendung der Ergebnisse nach Fertigstellung der Masterarbeit, um zu sehen, ob andere Angehörige von derselben Systemlücke betroffen sind. Weiters erhoffte sich eine Befragte nach dem Interview Informationen zu möglichen Anlaufstellen für Angehörige zu erhalten. Aufgrund eines unvorhergesehenen Termines hatte eine Angehörige nur 40 Minuten Zeit für das Interview. Es wird vermutet, dass das Interview durch den Zeitdruck beeinflusst war. (Antworten sind teils kurz ausgefallen)

Eine der Angehörigen erklärte, dass ein persönliches Interview zu führen eine große Hürde für sie darstellte, da die Angst im ländlichen Vorarlberg erkannt und dadurch öffentlich stigmatisiert zu werden groß sei.

## 6.5 Datenaufbereitung und Auswertung

Die Datenaufbereitung sowie Auswertung erfolgte mittels der computerunterstützten Software MAXQDA. Zuerst wurden die Audiodateien in MAXQDA hochgeladen und die Interviews verschriftlicht. Dabei wurden die inhaltlich-semantischen Transkriptionsregeln nach Dresing, Pehl (2018) angewendet, bei denen wörtlich gesprochen transkribiert wird. (Dresing; Pehl 2018, S. 21, 22) Zur Anonymisierung der Interviewdaten wurden für erwähnte Namen, Orts- sowie Zeitangaben Pseudonyme verwendet. In dieser Hinsicht wurde darauf geachtet, dass Namen mit dem Geschlecht übereinstimmen. Bei Nennung von Vorarlberger Städten wurde der Begriff *Kleinstadt* herangezogen, bei Gemeinden der Begriff *Dorf*. Kalendarische Daten wurden in vier Jahreszeiten und dem entsprechenden Jahr angegeben. Es wurde eine separate Datei erstellt, in der die Pseudonyme tabellarisch aufgelistet wurden. Da es sich bei der vorliegenden Masterthesis um ein sensibles Thema handelt, wurden die Transkripte nicht veröffentlicht.

Nach der Transkription erfolgte die Auswertung des Interviewmaterials anhand einer inhaltlich strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse, dessen Vorgehen sich in zahlreichen Forschungsarbeiten bewährt hat. (Kuckartz, Rädiker 2022, S. 129) Es wird dabei nach Kuckartz und Rädiker (2022) vorgegangen. Im Gegensatz zur qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, welche sich stärker auf die Theorie und Struktur fokussiert, erfolgt bei Kuckartz eine intensivere Ausrichtung am Interviewmaterial. (Pehl 2021) Der Ablauf der Datenauswertung wurde zufolge des Modells zum Ablauf einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse vorgenommen, welche sieben Phasen des Prozesses umfasst. (Kuckartz, Rädiker 2022, S. 132) Folglich werden diese Phasen bezogen auf den konkreten Auswertungsprozess beschrieben.

Im ersten Schritt wurden kurze Fallzusammenfassungen angefertigt, welche in Dokumentenmemos festgehalten wurden. Zudem erfolgte die Durchführung der initiierenden Textarbeit, bei der wichtige Textpassagen mit Farbe markiert wurden. Außerdem wurden Memos zu Gedankengängen und Hypothesen, sowie darauffolgend Hauptkategorien erstellt, welche sich an der Forschungsfrage sowie der Theorie orientieren (deduktiver Zugang). Zugleich wurde ein Kodierleitfaden erstellt, in dem die einzelnen Kategorien definiert und Ankerbeispiele festgehalten wurden. Dieser befindet sich im Anhang der Masterarbeit. Der Kodierleitfaden sorgte für die Erreichung einer gewissen Trennschärfe zwischen den einzelnen Bereichen. Als nächstes wurde der erste Kodierprozess vorgenommen, in dem die Codes den erstellten Hauptkategorien vorgenommen wurden.

Die Subkategorien, welche den Hauptkategorien subsumiert wurden, erfolgten aus dem gewonnenen Interviewmaterial (induktives Vorgehen). Vor dem zweiten Kodierprozess wurden die Definitionen der einzelnen Subkategorien festgelegt und Ankerbeispiele im Kodierleitfaden festgehalten. Die Einordnung der Codes fand nicht in einem linearen, sondern einem zirkulären Prozess statt. Im Laufe des Prozesses wurden auch ähnliche Kategorien zusammengefasst. Abschließend erfolgte die Analyse der Ergebnisse entlang der Hauptkategorien, welche nach diesem Prinzip verschriftlicht wurden.

Es wird nun auf das nächste Kapitel verwiesen, in dem die Ergebnisse entlang der Hauptkategorien dargestellt werden. Auch ein theoretischer Diskurs und eine Diskussion finden sich im Ergebnisteil wieder.

## 7 Ergebnisse

Die Interviewergebnisse werden strukturiert anhand von sieben Hauptkategorien und den jeweiligen Subkategorien aufgelistet und beschrieben. Im Anschluss daran werden in einem Teilkapitel die Interpretationen der Ergebnisse diskutiert und im Zuge dessen wird die Forschungsfrage dezidiert beantwortet. Abschließend erfolgt eine Diskussion auf inhaltlicher, methodischer und sozialarbeiterischer Ebene.

### 7.1 Darstellung der Ergebnisse

Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die erstellten Haupt- sowie Subkategorien. Deren Definitionen sind dem Anhang (Kategoriensystem) zu entnehmen. In der linken Spalte sind die Fördernden, in der Rechten die hindernden Faktoren zur Inanspruchnahme von Beratung zu finden.



Darstellung 5: Kategorienübersicht

Quelle: Eigene Darstellung

Anschließend werden nun zuerst alle Kategorien beschrieben, welche sich fördernd auf das Inanspruchnahmeverhalten auswirken. Danach wird auf die hindernden Faktoren eingegangen. Es wird nochmals darauf hingewiesen, dass die Zitate anonymisiert wurden und beispielsweise angeführte Namen nicht der Realität entsprechen.

### **7.1.1 Physisch fördernd (K1)**

Die Interviewpartnerinnen geben in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Beratungsangeboten spezifische sowie unspezifische körperliche Beschwerden als Begründung an. Zu den unspezifisch genannten Gründe wird beispielsweise angegeben, dass es den Personen körperlich nicht gut gegangen oder es ihnen an die Substanz gegangen sei. Des Weiteren werden spezifische körperliche Aspekte genannt, beispielsweise Schlafprobleme, ein Hörsturz oder eine Rheumaerkrankung.

*„Ich habe dann auch einen Hörsturz gehabt, also ich höre auf der rechten Seite gar nichts mehr und ich denke mir es hat halt mein Körper auch ein Zeichen gegeben, dass irgendwas ja, dass ich (...) dass ich auch auf die Bremse/.“ (Interview5, Position: 2)*

Knapp die Hälfte der Interviewpartnerinnen geben an, dass ihre schlechte körperliche Verfassung ein ausschlaggebender Grund für die Kontaktaufnahme einer Beratungsstelle und infolgedessen einer Inanspruchnahme von Beratung gewesen seien.

### **7.1.2 Psychisch fördernd (K2)**

Die Kategorie *psychisch fördernd* wird in folgende Subkategorien gegliedert: Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, Belastung, Verzweiflung und Ohnmacht, Angst, Hoffnung, Bedürfnis nach Information, Nutzen Beratung 1 sowie Sonstiges.

#### **Auswirkung psychische Gesundheit (K2.1)**

Beinahe alle Teilnehmerinnen berichten von Auswirkungen ihrer Situation auf die psychische Gesundheit, welche im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Beratung stehen. Mehrere Angehörige äußern dies mit den Worten, dass es ihnen (psychisch) schlecht

gegangen sei. Andere Personen wählen die Worte, dass die Situation sie fertig gemacht habe, dass es auf die Psyche geschlagen habe oder dass man kaputt gehe.

*„Und das ist ja, das geht ja auf die eigene Psyche auch.“ (Interview1, Position: 48)*

Zudem werden Erkrankungen wie Depression, Burnout und Schlafstörungen genannt. Eine Teilnehmerin gibt an, dass sie durch die Situation mit dem Suchtkranken dünnhäutiger geworden sei. Eine andere Teilnehmerin berichtet von einem Sinnverlust, den sie durch die Suchterkrankung und das Einwirken weiterer Belastungen erlebte.

In Kapitel 2.3 wird beschrieben, dass Co-Abhängigkeit verschiedene Auswirkungen auf das Leben haben kann. Die Realitätsvermeidung wird als eine dieser möglichen Auswirkungen beschrieben. Negative Emotionen und Stress, die im Zusammenhang mit der Sucht stehen, werden durch Vermeidungsverhalten unterdrückt. (Mellody 2010, S. 73, 74) Die Folge davon können Sucherkrankungen der Angehörigen, physische sowie psychische Erkrankungen sein. Es ist anzunehmen, dass die aufgezählten physischen und psychischen Erkrankungen, Folgen der Co-Abhängigkeit sind.

## **Belastung (K2.2)**

Der Großteil der Angehörigen berichtet von starken Belastungen, die durch die Suchtproblematik entstanden sind. Die Belastungen werden vor allem im Kontext der physischen und psychischen Gesundheit, im Zusammenhang mit der suchtkranken Person oder des sozialen Umfeldes und im Kontext von zusätzlichen Belastungen erwähnt. Eine Person berichtet, dass nach Inanspruchnahme der Angehörigenberatung auch für die Beraterin deutlich sichtbar gewesen sei, dass die Angehörige und ihr Mann durch die Situation sehr belastet gewesen sind.

*„Sie hat gesagt sie hat halt zuerst einfach den Handlungsbedarf bei uns gesehen oder weil wir halt einfach wirklich arg belastet waren und sie gesagt hat, jetzt seid einmal ihr dran, weil ihm geht es jetzt eigentlich nicht schlecht oder. Euch geht es schlechter wie ihm blöd gesagt.“ (Interview3, Position: 81)*

Drei der Interviewpartnerinnen geben starke Belastungen als einen ausschlaggebenden Grund für die Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle und infolgedessen der Inanspruchnahme von Beratung an.

Im einleitenden Kapitel wird beschrieben, dass Angehörige von suchtkranken Menschen starken Belastungen ausgesetzt sind. Diese Tatsache zeigt sich auch in den Ergebnisse der vorliegenden Masterthesis.

### **Verzweiflung und Ohnmacht (K2.3)**

In den Interviews werden vom Großteil der befragten Personen Verzweiflung und Hilflosigkeit angesprochen. Neben der Verzweiflung werden auch die Gefühle der Ohnmacht deutlich, die von den Angehörigen in Bezug auf die Einsicht und dem Verhalten der suchtkranken Personen bestehen. Die Angehörigen sprechen von der Hilflosigkeit, beim Suchtverlauf zuschauen zu müssen oder auf der Stelle zu treten und nicht weiter zu kommen.

*„Du musst was TUN und du probierst und probierst und du schaffst es nicht selber, du merkst immer der 'driftet' immer noch weiter ab.“ (Interview1, Position: 14)*

Zwei der Teilnehmerinnen beschreiben auch ihre Ohnmacht, die sie gegenüber einem Krankenhaus erlebten. Die Ohnmacht äußert sich indem trotz Nachfrage seitens der angehörigen Personen, keine Auskunft auf einerseits des Zustandes der suchtkranken Person gegeben und andererseits keine Informationen zu Hilfsmöglichkeiten für die suchtkranken- oder die angehörigen Personen gegeben wurden.

Eine Person nennt ihre Verzweiflung als Anlass, Kontakt mit der Suchtberatungsstelle Caritas aufzunehmen.

*„[...] aus Verzweiflung eigentlich suchst du dann Kontakt oder denkst halt darüber nach was könnte ich machen. Und eigentlich aus Verzweiflung rufst du dann bei diesen an, bei der Caritas an ja. Das war auch so, ich war im Büro und ich war verzweifelt und dann habe ich einfach die Türe zugemacht und habe mir gedacht OK ich rufe jetzt da an.“ (Interview7, Position: 84)*

### **Angst (K2.4)**

Von knapp der Hälfte der interviewten Angehörigen werden Ängste formuliert, bei denen es sich um Ängste um die suchtkranke Person sowie vor unvorhersehbaren Ereignissen oder behördlichen Konsequenzen der Sucht handelt.

Eine der interviewten Personen nennt die Angst als einer der Hauptgründe für die Inanspruchnahme von Beratung. Sie erklärt, dass sie kein normales mehr Leben führen konnte, da ihr Leben von Angst geprägt war.

*„[...] du hast immer Angst. Du hast eigentlich immer Angst. Du hast Angst wenn das Telefon klingelt, du hast Angst wenn du zum Briefkasten gehst, du hast Angst wenn er weg geht, du hast Angst wenn du also wenn ich weggehen habe wollen. (...) Du fürchtest dich auch immer wieder was kommt als Nächstes oder. Und da ist ja immer wieder irgendetwas gekommen und es war ja auch immer wieder irgendetwas. (...) Denkst immer, ja was kommt jetzt als Nächstes, was kann noch kommen, was/ (...) Und (...) ich fürchte mich auch heute noch dass er sich einfach zu Tode säuft.“ (Interview5, Position: 17 – 20)*

### **Hoffnung (K2.5)**

Aus den Schilderungen der Interviewpersonen geht hervor, dass vor dem in Erwägung ziehen einer Inanspruchnahme von Beratung, schon sämtliche eigenständige Lösungsstrategien ausprobiert worden sind. Nach sämtlichen erfolglosen Lösungsversuchen tritt die Hoffnung in den Vordergrund, durch die Inanspruchnahme von Beratung eine Stabilisierung der Situation zu erreichen. Für die Mehrheit der Befragten ist die Hoffnung ein Beweggrund für die Inanspruchnahme von Beratung. Es werden Aspekte erwähnt wie das Hoffen, dass die Beratung auch tatsächlich hilft sowie das Hoffen, dass in weiterer Folge die suchtkranke Person in Beratung geht.

### **Bedürfnis nach Informationen (K2.6)**

In den Ergebnissen wird deutlich, dass seitens der Angehörigen ein hoher Bedarf an Informationsvermittlung bezogen auf den Umgang und das Verhalten, sowie auf die Sucht und die Therapiemöglichkeiten besteht.

Alle Befragten geben von sich aus an, dass vor allem der Umgang mit der suchtkranken Person ein wichtiger Aspekt darstellt, der auch ein entscheidungsrelevanter Faktor bei der Inanspruchnahme von Beratung ist. Die Angehörigen möchten wissen, wie sie adäquat mit der Situation und der suchtkranken Person umgehen können. Beispielsweise was sie tun können oder wie sie damit umgehen, wenn der:die Süchtige Drogen konsumiert.

Im Zusammenhang mit dem Umgang mit der suchtkranken Person erwähnen die Teilnehmerinnen beispielsweise den Umgang mit Lügen seitens der Süchtigen oder mit (behördlichen) Konsequenzen der Sucht. Eine Person widmet sich der Frage nach dem Umgang mit der Situation nach außen hin. Eine andere Teilnehmerin erklärt, dass Angehörige nicht gut mit der Situation umgehen können, da die Emotionen stark mitwirken würden.

Von manchen anderen wird angemerkt, dass sie wissen möchten, inwiefern ihr Verhalten gegenüber der suchtkranken Person richtig oder falsch ist.

*„Und einfach zum Wissen was ist richtig von mir aus, darf ich sauer sein oder mache ich es dann schlimmer, darf ich den Alkohol verstecken, darf ich das Geld verstecken, das sind lauter so blöde Sachen wo einem dann in den Sinn kommen, weil du willst eigentlich nicht das es noch einmal passiert, aber du weißt auch nicht was ist das richtige Verhalten in diesem Moment [...].“ (Interview7, Position: 6)*

Zwei der befragten Personen geben an, dass die Informationsvermittlung zum Thema Alkohol/illegale Drogen (deren Wirkung und Folgen) ein ausschlaggebendes Kriterium zur Inanspruchnahme der Beratung war. Einer Person ist es wichtig, Ratschläge zu bekommen, um sich selbst nicht in (finanzielle) Schwierigkeiten zu bringen.

### **Nutzen Beratung 1 (K2.7)**

Mit der Ausnahme von einer Person wird grundsätzlich ein (oder mehrere) Nutzen in der Inanspruchnahme einer Beratung gesehen. Aus den Ergebnissen lässt sich der Nutzen auf zwei Dimensionen ableiten. Erstens den Nutzen während der Phase des Inanspruchnahmeprozesses. Zweites betrifft den Nutzen, den die Angehörigen während der Inanspruchnahme der Beratung wahrgenommen haben.

Eine der interviewten Personen nimmt für sich selbst keinen Nutzen von einer Angehörigenberatung wahr. Dennoch gibt jene Angehörige an, dass sie die Möglichkeit einer Angehörigenberatung generell gut finde. Diese Beratungsform sei vermutlich besonders hilfreich, wenn man sich in der Lage eines Elternteiles befinde, dessen Kind suchtkrank ist.

#### Nutzen vor der Inanspruchnahme

In der Vor-Kontakt-Phase wird der Nutzen einer Beratung in folgenden Bereichen gese-

hen: die Verarbeitung der Ereignisse, Vermeiden vieler Ängste und Sorgen, den Alltag bewältigen und Halt erlangen, der Stärkung der elterlichen Paarbeziehung, die persönliche Weiterentwicklung sowie die Weiterentwicklung mit der suchtkranken Person, mit einer Fachkraft über die Situation sprechen zu können.

Eine Angehörige nennt die persönliche Weiterentwicklung sowie die Weiterentwicklung gemeinsam mit ihrem suchtkranken Ehemann als Beweggrund für die Kontaktaufnahme bei der Caritas Suchtberatungsstelle.

*„Dass du es verarbeitest und lassen kannst. Also das ist GANZ ein wichtiger Punkt gewesen, weil ich eigentlich einen guten Mann habe und ja und das auch wieder miteinander so herbringen können oder. Und wenn beide dran sind (...) dann ist auch eine Chance da, finde ich. Also das ist für mich der Beweggrund gewesen zum das machen.“*

(Interview6, Position: 4)

#### Nutzen während der Inanspruchnahme

Alle Angehörigen die eine Beratung in Anspruch genommen haben, nehmen Vorteile der Beratung wahr. Grundsätzlich wird berichtet, dass die Beratung für ihre Situation hilfreich ist. Einzelne Personen berichten von positiven Entwicklungen hinsichtlich der Beziehung zur suchtkranken Person sowie dessen Verhalten.

*„Und wir sind eigentlich von diesem Weg gekommen, es hat sich viel verändert seit wir dort sind, er hat jetzt tatsächlich seit letzter Woche (lacht) die Lehre in der Hosentasche (lacht).“*

(Interview3, Position: 15)

Eine weitere Interviewpartnerin gibt an, dass es ihr durch die Informationsvermittlung zum Thema Sucht sowie Vorschläge zu Verhaltensweisen besser ergangen sei. Diese Person berichtet, dass sie lange geglaubt habe die Situation selbständig bewältigen zu können. Aus jetziger Sicht glaube die Angehörige aufgrund der starken Belastungen nicht mehr, dass eine derartige Situation eigenständig zu bewältigen sei.

Wiederum schildert eine andere Angehörige, dass es für sie sehr schwierig war, die Situation mit ihrem minderjährigen Sohn unter Kontrolle zu halten. Die Beratung habe ihr in dieser Zeit geholfen. Weiters berichtet sie, dass sie es zu schätzen wisse mit einer Fachperson zu sprechen, die ihre Fragen beantworte und sie ernstgenommen werde.

## **Sonstiges 1 (K2.8)**

In der Kategorie Sonstiges werden einzelne Aussagen erfasst, die nicht in die Subkategorien der Hauptkategorie *psychisch fördernd* codiert werden konnten. Sonstige fördernde Aspekte auf psychischer Ebene stellen beispielsweise die Intention, handeln zu müssen, dar. Es wird auch erwähnt, es sich selbst Wert zu sein in eine Beratung zu gehen. Eine Person äußert ihre Einstellung gegenüber der Gesellschaft, indem sie sagt, dass sie die Gestaltung ihres Lebens stets nach ihren eigenen Vorstellungen richtet und dies auch heute noch so mache. Eine weitere Befragte ist der Überzeugung, dass wenn die suchtkranke Person und die Angehörigen die Situation wirklich bewältigen wollen, dass dies auch gelinge.

### **7.1.3 Sozial fördernd (K3)**

Auf Basis der Ergebnisse der Kategorie *Sozial fördernd*, wird eine Einteilung der Subkategorien in die Ebenen Mikro, Meso und Makro vorgenommen, welche jeweils weitere Unter-codes enthalten.

#### **Sozial fördernd Mikro (K3.1)**

Es werden im Folgenden die Ergebnisse der vier Unterkategorien akute Situationen, Beziehung zur suchtkranken Person, soziales Umfeld und der Suchtverlauf als fördernde soziale Faktoren auf der Mikroebene dargestellt.

##### **Akute Situationen (K3.1.1)**

Über die Hälfte der befragten Personen nennen spezifische, akute Situationen, die sie veranlassten, Kontakt mit einer Beratungsstelle aufzunehmen oder geben an, dass sie zu diesem Zeitpunkt eine Beratung gebraucht hätten. Es wurden beispielsweise Situationen der suchtkranken Person genannt, die in Zusammenhang mit Suizidäußerungen bzw. -versuchen, randalierendes Verhalten, Probleme bei der Arbeit oder betrunkenes Autofahren ohne Führerschein, standen.

*„Er hat dann eine neue Lehre angefangen wo es am Anfang auch gut gegangen ist, wo es jetzt eigentlich Knopf auf Spitz wieder gestanden ist, dass er es wieder in den Sand setzt vor dem Lehrabschluss und das war eigentlich der Zeitpunkt wo wir dann die Beratungsstelle aufgesucht haben.“ (Interview3, Position: 13)*

Eine der Teilnehmerinnen berichtet, dass sie die Beratung nicht ausschließlich aufgrund der suchtkranken Person in Anspruch genommen habe. Es sei zu diesem Zeitpunkt einfach alles zu viel gewesen.

Zudem hieß es von einer Angehörigen, dass neben der Suchtproblematik auch ihre Partnerschaft gefährdet war. Aus dem Kontext des Interviews ergibt sich, dass sich auch dieser Faktor fördernd auf die Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle ausgewirkt hat.

### **Beziehung zur suchtkranken Person (K3.1.2)**

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass die Beziehung zwischen der angehörigen- und der suchtkranken Person einen Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten hat. Drei der Interviewten sind Angehörige eines suchtkranken Kindes. Die Sorgen und Bemühungen der Elternteile um ihre Kinder sind merklich sichtbar, einhergehend damit wird auch ihre Verantwortung gegenüber dem Kind erkennbar. Jene Angehörige, die keinen Nutzen für sich selbst in einer Angehörigenberatung sieht, merkte an, dass sie eine Beratung für Eltern eines suchtkranken Kindes als sinnvoll erachte. Für sie als Partnerin sehe sie keinen Grund in eine Beratung zu gehen.

Zwei weitere Angehörige, welche in einer partnerschaftlichen Beziehung zur suchtkranken Person stehen, würden ebenfalls zur Beratung gehen. Beide geben an, dass jede:r selbständig entscheiden müsse, ob es ihm:ihr der Wert sei, für die Beziehung mit der suchtkranken Person zu kämpfen. Beim Entscheid der Inanspruchnahme käme es darauf an, wie viel der:die Süchtige der angehörigen Person bedeute.

*„Es ist glaube ich immer wichtig wie wichtig dir die Person ist, ich glaube wenn dir die Person wichtig ist dann gehst du eher in eine Beratungsstelle“. Ich glaube es kommt immer darauf an, wie eng das Verhältnis zu dieser Person ist.“ (Interview7, Position: 78)*

### Soziales Umfeld (K3.1.3)

Neben der Beziehung zur suchtkranken Person kann auch das soziale Umfeld einen positiven Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten haben. Dies zeigt sich zum einen in der Einstellung zur Beratung von Personen des Umfeldes und deren Unterstützung. Zum anderen spielen Empfehlungen einer Beratung durch das soziale Umfeld eine zentrale Rolle.

Einerseits wird angegeben, dass das soziale Umfeld die Angehörigen beim Aufsuchen von Hilfe bestärkt hat. Das äußert sich beispielsweise durch positives Zureden für eine Beratung. Zwei der Befragten erklären, dass das soziale Umfeld zwar Unterstützung geben könne, aber, dass bei komplexeren Problemen die Unterstützung durch die Familie nicht immer ausreicht. Für eine Angehörige stellte ihr Ehemann eine bedeutende Stütze bei der Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle dar, da sie es zu diesem Zeitpunkt aus eigener Kraft nicht geschafft hätte, bei der Beratungsstelle anzurufen.

*„Angetrunken, ohne Führerschein oder es sind immer so Sachen (seufzt) wieder passiert und dann habe ich tatsächlich zum Mann dann gesagt, bitte ruf du an, ich schaffe das jetzt nicht und dann hat er telefoniert und hat den Termin ausgemacht.“ (Interview3, Position: 33)*

Auf der anderen Seite gibt eine befragte Person an, als alleinerziehende Mutter niemanden gehabt zu haben der sie unterstützt und sie deshalb eine Beratung gebraucht hätte. Bei dieser Person stellt auch das unmittelbare familiäre Umfeld ein fördernder Faktor für eine Inanspruchnahme dar, da ihr suchtkrankes Kind durch den illegalen Drogenbesitz für ihre weiteren Kinder eine Gefährdung darstellt.

*„Er hat das Päckchen Drogen in der Geldtasche gehabt und die Geldtasche hat er zu Hause gehabt. Und er hat eine kleine Schwester die ist sechs, ich meine wenn die da ein bisschen rumgewühlt hätte. Das sind Amphetamine und Kokain gewesen, ich meine die fliegt um, die ist tod. Also wenn die meint das ist irgendwie Zucker oder so.“ (Interview1, Position: 42)*

Drei der interviewten Personen erklärten auf Empfehlung einer Person ihres sozialen Umfeldes ein Beratungsangebot in Anspruch genommen zu haben. Die Angehörigen hätten durch diese Personen erfahren, dass es Beratungsangebote für Angehörige gibt und an welche Stelle sie sich wenden können. Zwei dieser Personen des sozialen Umfeldes waren ursprünglich selbst Angehörige einer suchtkranken Person, welche den interviewten Angehörigen ihre positiven Erfahrungen bezüglich der Beratung propagierten.

Nach Erhalt dieser Informationen hätten sich die interviewten Angehörigen zeitnah bei der Beratungsstelle gemeldet.

*„Und dann habe ich eigentlich selber aufgrund von einer Empfehlung von einer Freundin bei Pro Mente angerufen. Weil die gesagt haben, ihr Sohn komme so gut mit diesen zurecht.“  
(Interview1, Position: 11)*

Bei der dritten Person des sozialen Umfeldes handelt es sich um den Bruder der Angehörigen, welcher in einer Suchtberatungsstelle beruflich tätig ist und ihr eine Beratung empfohlen hat. Außerdem berichtet eine weitere Angehörige, dass sie durch die Psychologin, die sie vom beruflichen Kontext kennt, die Clean-Suchtberatungsstelle empfohlen bekommen hätte.

### **Suchtverlauf 1 (K3.1.4)**

Ausnahmslos alle Personen berichten sehr ausführlich über den Verlauf der Sucht und die erlebten Ereignisse. Es ist erkennbar, dass es sich bei den situativen Ereignissen der Angehörigen um problematische, belastende Vorkommnisse handelt, die sich häufen und bis zur Eskalation zuspitzen. Der Suchtverlauf und deren biopsychosoziale Folgen auf die suchtkranke, sowie auf die angehörige Person, werden in den Interviews deutlich. (siehe Kapitel 5.2, indem der systemische Prozess von Sucht und Co-Abhängigkeit beschrieben wird)

*„Ganz am Anfang sind wir (...) ist es so gewesen, er hat geklaut. Im Einkaufszentrum und man hat mich angerufen und hat mir gesagt, wenn du ihn abholst, dann zeigen wir ihn nicht an. Und so hat es angefangen. Und dann hat er mir gesagt, ja er, irgendwie er möchte sich umbringen. Dann sind wir ähm in die Jugendpsychiatrie gegangen (...) und dann habe ich mir dort ein bisschen Beratung geholt, was soll ich tun.“ (Interview1, Position 11)*

Mehr als die Hälfte der Interviewten teilen mit, dass die suchtkranke Person nicht nur von einer Sucht betroffen ist. (siehe Kapitel 6.3, Daten aus Kurzfragebogen)

In zwei der Interviews werden verschiedene Arten der Alkoholsucht genannt. In einem Fall handelt es sich um einen Quartalstrinker, der über mehrere Tage hintereinander exzessiv getrunken habe. In einem weiteren Interview erklärt die Angehörige, dass die Mutter jahrelang Spiegeltrinkerin gewesen und daher immer gut gelaunt gewesen sei. Die Suchtart habe sich bei der Mutter im Laufe der Jahre zu exzessivem Trinken gewandelt.

*„Ich sage, immer wenn jemand ein Spiegeltrinker ist, ja dann ist er halt eher immer gut aufgelegt und halbwegs normal. Aber wenn jemand immer volle Kanne trinkt und fast immer bewusstlos ist, ja, man kann kein Gespräch führen und/.“ (Interview4, Position: 114)*

Das exzessive Trinken und die damit verbundenen Zustände der Mutter sowie weitere Belastungen hätten dazu geführt, dass sie schließlich Hilfe angenommen hat.

Für eine der Angehörigen ist der Anlass zur Inanspruchnahme einer Beratung, dass sich ihr Ehemann nach einer eskalierenden Situation zu einer stationären Therapie entschieden hat und sie sich mit ihm weiterentwickeln wolle.

Dem Gegenüber erläutert eine der Interviewpartnerinnen den Suchtverlauf und deren Vorkommnisse zwar detailliert. Diese Person sieht trotz gravierenden Vorkommnissen keinen Nutzen in einer Beratung, wodurch sich auch das Inanspruchnahmeverhalten nicht fördernd ausgewirkt hat. Daher konnte dieses Interview für dieses Interview nicht berücksichtigt werden.

In Kapitel 2.2 *Phasen der Co-Abhängigkeit* wird angemerkt, dass der Suchtverlauf parallel zu den Phasen der Co-Abhängigkeit verläuft. Manche Angehörige berichten vom schleichenden Prozess der Sucht (siehe Kapitel 2.2) und vom Zeitpunkt oder Anlass, an dem sie eine Beratung in Anspruch genommen haben oder eine Beratung gebraucht hätten.

### **Sozial fördernd Meso (K3.2)**

Aussagen zur Kontaktaufnahme, zum systemischen Einfluss sowie Elemente auf die Beratungsstellen bezogen, bilden diese Kategorie.

#### **Kontaktaufnahme (K3.2.1)**

Im Zuge der Kontaktaufnahme mit den Beratungsstellen ist folgendes aufgefallen: Alle drei befragten Angehörigen deren suchtkranke Personen sich noch nicht in Beratung befanden, geben an, dass sie aus Gründen - die suchtkranke Person in Beratung zu bringen – bei der ambulanten Suchtberatungsstelle angerufen hätten.

*„Ich habe mich dann mit dem Clean in Verbindung gesetzt, aber eigentlich in der Hoffnung dass halt geht.“ (Interview5, Position: 2)*

Aus den Schilderungen einzelner geht hervor, dass wenn die Beratungsstellen bekannt sind und der Schritt zur Kontaktaufnahme geschafft wurde, die Rahmenbedingungen zur tatsächlichen Inanspruchnahme grundsätzlich gut sind. Dies inkludiert eine einfache Suche von Beratungsstellen über das Internet, sowie unbürokratische, schnelle und flexible Terminangebote bei verschiedenen Standorten.

### **Systemischer Einfluss 1 (K3.2.2)**

#### Sozial- und Gesundheitseinrichtungen:

Einzelne Personen sprechen über Sozial- und Gesundheitseinrichtungen, über die sie Beratung oder Informationen zu Beratungsangeboten erhalten haben. Exemplarisch berichtet eine Person über die Beratung, die sie durch den Alkoholentzug ihrer Mutter im Krankenhaus Maria Ebene erhielt. Es habe Familientage gegeben, bei denen auch Angehörige an den Therapiesitzungen teilgenommen hätten. Auch Informationen zu Beratungsstellen für Angehörige habe die befragte Person im Krankenhaus Maria Ebene bekommen. Ebenfalls berichtet diese Interviewpartnerin, dass ihr durch den Suizidversuch der suchtkranken Person und dem damit verbundenen Aufenthalt im Krankenhaus, von der Krankenhauspsychologin ein Gespräch angeboten worden sei.

*„Weil sie sich einmal versucht hat zum Umbringen mit Tabletten halt und Alkohol war sie dann halt im Spital und dann kommt auch gleich die Psychologin oder und fragt ja, die Angehörigen und so.“ (Interview4, Position: 110)*

#### Arbeitsstelle:

Die Arbeitsstelle stellt für mehr als die Hälfte der Angehörigen ein bedeutender, einflussnehmender Faktor im Inanspruchnahmeprozess dar. In dieser Hinsicht lassen sich verschiedene Perspektiven aufzeigen. Eine Person berichtet, dass sie direkt bei der Berufspsychologin der Firma Beratung bekommen und diese auch über einen längeren Zeitraum in Anspruch genommen habe. Zwei der interviewten Personen meinen, dass ihnen die Beratungsstelle, bei der sie Hilfe in Anspruch genommen haben, durch den beruflichen Kontext (Arbeit im Sozialbereich) bekannt war.

*„Weißt ich habe viele Jahre bei der Sozialeinrichtung gearbeitet und durch das ‘mei’ da liegt viel auf und weißt dann einfach auch was bei der Sozialeinrichtung, weil wir haben ja bei dieser Sozialeinrichtung mit der Sozialeinrichtung gearbeitet auch. (...) Und darum habe ich eigentlich gewusst, dass es das auch gibt, weil ich mich sowieso mit dem schon auseinandergesetzt habe.“ (Interview6, Position: 5 – 7)*

Für eine weitere Angehörige stellt die Arbeitsstelle ihres Bruders ein bedeutender Faktor dar, aufgrund dass dieser bei einer Suchtberatungsstelle tätig ist und ihr eine Beratungsstelle empfohlen habe.

### **Beratungsstelle (K3.2.3)**

#### Bekanntheit der Beratungsstellen:

Einzelne Personen gehen davon aus, dass die Bekanntheit von Beratungsstellen für Angehörige in der Bevölkerung gegeben ist. Dass die letzten 10-15 Jahre ein Wandel bei den Beratungsangeboten stattgefunden habe, wird von einer Befragten erwähnt. Der Fokus sei heutzutage nicht mehr nur auf der suchtkranken Person, sondern auch auf die Angehörigen.

#### Kosten der Beratung:

Zu den Kosten der Inanspruchnahme geben zwei Personen an, dass sie davon ausgehen, dass die Beratungen kostenlos sind. Eine weitere Angehörige berichtet, dass sie über das kostenlose Beratungsangebot, welches sie in Anspruch genommen hat, überrascht war.

#### Kontakt zum:zur Berater:in:

Drei der Angehörigen berichten über positive Erfahrungen mit dem:der Betreuer:in nach der Erstkontaktaufnahme. Die Aufklärung über das Vorgehen und die Auswirkungen der Angehörigenberatung durch die Beratungsperson, wird von einer Befragten positiv ange-merkt. Diese Angehörige führt zudem aus, dass sich die Betreuungsperson sehr engagierte, eine positive Wendung ihrer Situation zu erreichen.

Zwei der Personen geben an, dass die Beziehung/Sympathie zur Betreuungsperson stimmen muss.

*„ICH meine halt einfach es muss, es ist wie immer im Leben, die Sympathie so kann ich reden, das muss da sein. Weil es ist wirklich etwas wo, etwas Intimes was du erzählst, oder du erzählst ja von dir VIEL, wo du sonst nicht rausgehst reden aber/ (...) Ja das muss es ja sein sonst kommst du ja nicht weiter, sonst passiert ja nichts wenn du, meine ich. (lacht) Ja mal das hat jetzt auch GANZ gut gepasst und ich habe jetzt, gerade jetzt auch wo ich bei der Caritas bei der Michaela, mir gefällt das Junge, das Dynamische, diese Energie und ja einfach auch das Wissen, wo mir vielemals geholfen hat.“ (Interview6, Position: 34)*

### **Sozial fördernd Makro (K3.3)**

Die Makroebene inkludiert den systemischen Einfluss, den gesellschaftlichen Aspekt und die Medien.

#### **Systemischer Einfluss 2 (K3.3.1)**

Aus drei der Interviews wird deutlich, dass die Bereitschaft eine Beratung in Anspruch zu nehmen erhöht ist, wenn die Folgen der Sucht durch staatliche Konsequenzen spürbar werden. In den Interviews werden die staatliche Konsequenzen durch den Konsum illegaler Drogen, alkoholisiertes Autofahren, Vernachlässigung der Abgabe von Harnproben und in Folge Verlust des Führerscheines, Randalen und die damit verbundenen finanziellen Strafen, genannt. In Verbindung gebracht mit den Phasen der Co-Abhängigkeit (siehe Kapitel 2.2), wird deutlich, dass es sich hierbei um die letzte Phase - der Fluchtphase - handelt, in der unter anderem die Konsequenzen des Suchtverhaltens spürbar werden.

*„Aber natürlich das, dass man ihn jetzt da mit Drogen erwischt hat, das haut mir schon wieder einen Hund rein. Jetzt würde ich natürlich so eine Drogenberatungsstelle schon wieder brauchen (lacht), wo da das nochmals aufgreift und sagt hey was machen wir jetzt. Also das ist jetzt so frisch mit der Polizei, die Sache, und da wird auch einiges noch kommen, mit Amtsarzt, Bezirkshauptmannschaft, Staatsanwaltschaft, da werde ich sicher Beratung brauchen. Und das werde ich auch in Anspruch nehmen.“ (Interview1, Position: 42)*

Zwei weitere Angehörige erwähnen die guten Versorgungsstrukturen Österreichs, die sich durch eine Vielzahl an Hilfsangeboten auszeichnen würden. Beratungsangebote hätten die letzten Jahre wesentlich zugenommen. Es gäbe viel mehr Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen, an die man sich wenden könne. Auch Vorträge und Bücher würde es wesentlich mehr geben.

### **Gesellschaft 1 (K3.3.2)**

Es habe die letzten 10-20 Jahre ein starker gesellschaftlicher Wandel in Bezug auf das Thema Sucht stattgefunden, erzählen drei der interviewten Personen. Zwar stelle die Sucht auch heute noch ein gewisses Tabuthema dar, dennoch sei das Problem heutzutage von der Gesellschaft anerkannt und im Bewusstsein der Menschen verankert. Diverse Medien hätten in der Vergangenheit und würden auch heute für Aufklärung von Suchtkrankheiten und auch anderen psychischen Erkrankungen sorgen. Die Jüngste der befragten Angehörigen teilt im Interview mit, dass sie die Sucht ihres Partners offen kommuniziere. Seitens der Gesellschaft würde ihr Interesse für das Thema entgegengebracht und sie würde von den Menschen eher bestärkt werden.

*„Ich habe eher das Gefühl die Leute finden es gut wenn man es offen kommuniziert. Weil es halt früher Tabuthema war ja und jetzt (...) man interessiert sich mehr für das Problem. Also zumindest vom Gefühl her. Ja und man fragt auch immer, also man ist auch neugierig wie geht es weiter oder was hat sich verändert. Ja so in die Richtung eher ja.“ (Interview7, Position: 87 – 88)*

Von einer befragten Person wird aufgezeigt, dass es sich bei Alkohol um eine gesellschaftlich akzeptierte Droge handelt. Suchkranke Menschen würden es aufgrund der hohen Akzeptanz und Verfügbarkeit schwierig haben ihr Konsumverhalten zu verändern. Die Suchtproblematik ihrer Bezugsperson sei überall bekannt gemacht worden, das heißt im Bekanntenkreis und in den Gasthäusern.

Eine weitere Angehörige schildert ihre Erfahrungen bezüglich der Bagatellisierung von Cannabis von Jugendlichen zur heutigen Zeit. Dieser Eindruck sei durch Gespräche mit Personen ihres Bekanntenkreises bestärkt worden. Ihr komme es vor, als wäre das normale Rauchen unter Jugendlichen von früher, wie der Cannabiskonsum unter Jugendlichen heute.

### **Medien 1 (K3.3.3)**

Medien stellen ein fördernder Faktor zum Inanspruchverhalten dar, woraus sich zwei Richtungen ableiten lassen. Zum einen ist anzunehmen, dass die Medien einen merklichen Einfluss auf die Aufklärungsarbeit der Suchtthematik (gehabt) haben.

Andererseits stellen Medien ein bedeutendes Mittel bei der Verbreitung von Informationen zu Beratungsstellen- und angebot dar.

Wie bereits in der vorigen Subkategorie *Gesellschaft* angemerkt, habe die letzten Jahre ein gesellschaftlicher Wandel hinsichtlich der Sucht stattgefunden. Es wird abgeleitet, dass dieser Wandel der medialen Informationsvermittlung zurückzuführen ist. Die mediale Kommunikation zum Thema Sucht oder die Verbreitung diverser Hilfsangebote wird von mehreren Befragten angesprochen. Das Entstehen für die eigene Sucht in den Medien wird von einer Interviewperson genannt. Konkret meint sie damit Prominente, die zu ihrem Suchtverhalten stehen und dadurch die Scham der Abhängigkeit entstigmatisieren. Ebenso wird auf die mediale Berichterstattung verwiesen, welche zu Zeiten der Corona Pandemie auf die steigenden Zahlen von suchtkranken Menschen aufmerksam gemacht hätten.

*„Wobei ich glaube, dass es da schon einen Wandel stattfindet oder einfach weil man weiß, ich meine das ist auch viel in den Medien wie viele da letztendlich wirklich betroffen sind oder, gerade jetzt mit diesen Lockdowns und so wo man sagt, dass der Alkoholkonsum so gestiegen ist und eben die Spielsüchte und Handysüchte und weiß was ich, also ich glaube das ist schon jetzt im Bewusstsein von den Leuten, dass das/.“* (Interview3, Position: 57)

Die mediale Publikation von Beratungsstellen sowie Beratungsangeboten stellen ein wesentlicher Faktor bei der Inanspruchnahme von Hilfe dar. Zum einen wird bekannt, dass es spezifische Hilfsangebote gibt, zum anderen können die Angehörigen Informationen zu den Angeboten und Beratungsstellen erhalten. Aus den Angaben der interviewten Personen wird ersichtlich, dass das Internet ein beliebtes Medium ist, durch das Informationen und Kontaktdaten zu den Beratungsstellen einfach und unkompliziert ausfindig gemacht werden können.

#### **7.1.4 Sonstiges fördernd (K4)**

Dieses Kapitel beinhaltet fördernde Faktoren, die nicht spezifisch in die bio-psycho-sozialen Kategorien eingeordnet werden können. Zuerst werden zusätzliche Belastungen und Auswirkungen auf das Leben der Angehörigen beschrieben. Anschließend werden die formulierten Wünsche der Angehörigen erläutert.

Es wird davon ausgegangen, dass die Wunschvorstellungen der Angehörigen einen fördernden Einfluss haben, weshalb die Subkategorie Wünsche, der Sparte fördernd zugeordnet wurde.

### **Zusätzliche Belastungen und Auswirkungen (K4.1)**

Teils berichten die Angehörigen von zusätzlichen Belastungen, die zeitgleich mit der Sucht vorherrschen. Auch Auswirkungen der Sucht auf das eigene Leben werden angesprochen. Diese Aussagen werden in die Kategorie aufgenommen, da sie im Kontext gesehen nicht konkret eine der Ebenen (bio-psycho-sozial) zugeordnet werden können, da zwei oder alle Ebenen betroffen sind.

In zwei der Fälle wird davon berichtet, dass alles zusammengekommen und alles zu viel gewesen sei.

*„Ja wie gesagt es ist dann halt so ausgeartet vor zwei Jahren, dass ich eben halt (...) selber nicht mehr können habe und darum bin ich dann halt zu einer Psychologin gegangen. Aber jetzt nicht direkt wegen Sucht, sondern halt einfach wegen mir, weil ich ja, kein Weg mehr gewusst habe wie ich irgendwie, weil ich bin grundsätzlich sehr positiv, aber es ist dann irgendwie alles ja, zusammengebrochen und war zu viel.“ (Interview4, Position: 37)*

Es werden zusätzliche Belastungen wie die Pflege der Schwiegereltern und in Folge deren Versterben, die Arbeitsstelle, psychische Probleme und physische Krankheiten, der Haushalt, im zunehmenden Alter nicht mehr so belastbar zu sein, Schwierigkeiten in der Partnerschaft, Erledigungen für die suchtkranke Person, genannt.

In Bezug auf die Auswirkungen auf das eigene Leben werden dezidiert folgende Punkte angesprochen: Die Sucht dominiert den Alltag und das Leben, Verlust des Interesses am sozialen Leben aufgrund von physischen und psychischen Problemen, grübeln zum Suchen von Ausreden um bei sozialen Aktivitäten nicht teilnehmen zu müssen, finanzielle Belastungen.

### **Wünsche (K4.2)**

Aus den Interviews gehen sämtliche Wünsche hervor, die sich primär auf die Sozial- und Gesundheitsstrukturen beziehen und individuell formuliert sind.

Zwei der interviewten Personen äußern sich mit dem Wunsch der Bewusstseinsbildung in der Gesellschaft zur Thematik Sucht samt deren Folgen für Angehörige. Außerdem erhoffen sie sich, die Reichweite der Bekanntheit von Beratungsangeboten für Angehörige zu erweitern. Es solle publik gemacht werden, dass es für Angehörige sinnvoll wäre, schon vor der Entstehung großer Sorgen eine Beratung in Anspruch zu nehmen. Dadurch könnten viele Probleme der angehörigen- sowie der suchtkranken Person, die durch die Sucht entstanden sind, abgefedert werden.

*„Viele meinen es gibt Stellen wo dem Süchtigen geholfen wird, aber dass jetzt das für Angehörige so zum Problem wird, dass sie es alleine gar nicht mehr schaffen und dass es da auch Leute gibt, wo ein bisschen oder halt darauf schauen und Beratung, das wissen ja die Allerwenigsten. (...) Das/ (...) Und ich finde, dass das schon auch angesprochen gehört.“ (Interview5, Position: 113)*

Von einer Angehörigen wird der Wunsch geäußert, dass mehr systemisch gearbeitet werden sollte. Dies bezieht sich primär auf den stationären Aufenthalt ihres Sohnes im Krankenhaus, nachdem er Suizidgedanken äußerte. Die Angehörige hätte sich gewünscht, dass eine qualifizierte Fachkraft vom Krankenhaus oder eine externe Person aus der Suchtberatung mit ihrem Sohn spricht, da ihr Sohn erstens minderjährig gewesen sei und zweitens es bekannt gewesen sei, dass er illegale Drogen nimmt. Auch sie als Angehörige hätte sich gewünscht, vor Ort Informationen zur Angehörigenberatung zu bekommen. Diese Angehörige merkte zudem die Schwierigkeit als Elternteil an, einerseits die Verantwortung für das Kind und andererseits keine Handhabe zu haben, dass das Kind eine Behandlung annimmt. Es brauche dafür einen anderen gesetzlichen Rahmen.

*„Und vor allem, ich finde auch wenn jetzt das soweit kommt, das ein Kind sogar in eine Klinik muss, spätestens DORT, spätestens im Spital, sollte das hergenommen werden und (...) wenn es heißt es sind Drogen mit im Spiel, müsste einfach ins Spital ein Suchtberater kommen. Mit den Eltern sich einen Suchtberater treffen der die Eltern anruft, oder das man sagt, oder das man den Eltern sagt da ist die Nummer, das ist der Suchtberater, der hat mit deinem Kind geredet, melde dich bei diesem, der möchte mit dir sprechen. Das man DAS SO in diesem Dreierkonstrukt oder zusammen dann mit dem Spital irgendwie überlegt, was könnte man jetzt tun, aber in diesem Moment macht man einfach gar nichts und man hat nichts.“ (Interview1, Position: 52)*

Zudem wünsche sie sich eine Elternberatung, unabhängig von der Teilnahmebereitschaft ihres Sohnes, in Anspruch nehmen zu können.

### **7.1.5 Psychisch hindernd (K5)**

Es werden in Bezug auf *psychisch hindernd* sechs Subkategorien gebildet, die sich aus Angst, Scham und Schuld, die Sucht bagatellisieren oder nicht realisieren, Therapie für die suchtkranke Person, eigenständige Problemlösung, Einstellung/Kosten Beratung und die Hoffnung aufgeben, zusammensetzen.

#### **Angst, Scham, Schuld (K5.1)**

Auf die Frage, was die Gründe sein könnten für die Nichtinanspruchnahme einer Beratung durch Angehörige, wird von den befragten Personen unter anderem die Gefühle Angst, Scham und Schuld genannt. Angst, über das Thema zu sprechen oder vor Schuldzuweisungen. Zwei Personen erwähnen die Scham. Beispielsweise die Scham, eine partnerschaftliche Beziehung mit einer (drogen-)süchtigen Person eingegangen zu sein.

Außerdem die Scham in die Beratungsstelle zu gehen mit dem Risiko, erkannt zu werden.

*„Ja man hat schon Scham irgendwie auch und denkst dir hoffentlich sieht jetzt keiner das ihr da reingeht gerade weil ich in der Kleinstadt halt auch arbeite oder und mich kennt.“*  
(Interview3, Position: 41)

Von zwei Personen wird die Schuld im Sinne von, den Fehler in Bezug auf das Suchtverhalten bei sich selbst suchen, genannt. Aus dem Kontext der Interviews ergibt sich, dass Selbstvorwürfe bei jenen Angehörigen, die in der Elternrolle sind, präsent sind.

Verweisend auf das Theoriekapitel *Phasen der Co-Abhängigkeit* (2.2) wird angemerkt, dass die Gefühle der Angehörigen bei der Entwicklung von Co-Abhängigkeit eine wesentliche Rolle spielen.

#### **Sucht bagatellisieren/nicht realisieren (K5.2)**

Diese Subkategorie erfährt eine hohe Zustimmung, dass das Bagatellisieren oder das nicht wahrhaben wollen, das eine Sucht vorliegt, einen hindernden Einfluss auf das Verhalten der Inanspruchnahme hat. Fast alle Personen äußern sich jeweils dazu, dass die Sucht einerseits bagatellisiert wird und andererseits, dass sie die Problematik lange nicht wahrhaben wollten.

## Bagatellisieren

*„Ich habe mir dann auch gedacht man was soll jetzt ICH da in Beratung gehen, so schlimm ist es ja gar nicht oder, das/.“ (Interview5, Position: 101)*

Das Bagatellisieren zeigt sich etwa auch in Aussagen der Verharmlosung vom Suchtmittelkonsum und den damit erlebten Situationen. Außerdem durch das Benennen von illegalem Drogenkonsum durch Jugendliche als ein Ausprobieren und eine Phase die vorübergeht.

Neben dem Bagatellisieren der Sucht wird von einer Angehörigen angesprochen, dass sie rückblickend früher in die Beratung gegangen wäre. Sie meint, dass sie sich dadurch vermutlich einige Problematiken erspart hätte. Sich widersprechend merkt sie an, dass sie sich zum früheren Zeitpunkt wahrscheinlich nicht getraut hätte in eine Beratung zu gehen wegen so etwas Banalem.

## Nicht realisieren

*„Ich kann mir gut vorstellen, dass das viele Leute nicht realisieren möchten, und sich nicht eingestehen möchten zum sagen, JETZT (...) bin ICH betroffen, von dieser schrecklichen Symptomatik, von dieser, von dem Drogenmilieu. Das ist ja so wie Prostitution. Wenn man auf einmal draufkommt, die Tochter prostituiert sich, das ist ja ähm (...) oder, schlimm. (...) Und so ist es mit den Drogen auch, man will vielleicht das nicht so wahrhaben, dass dieses Kind, wo man eigentlich die ganze Liebe und die Opfer bringt und das alles reinsteckt, dass DEIN Kind so etwas macht. Und dann muss man zuerst einmal ein bisschen wach werden, und das annehmen, und auch verstehen das ist jetzt so, und ich glaube dann kann man gehen. Aber solange man es nicht realisieren möchte und das immer so ein bisschen abtut.“ (Interview1, Position: 44)*

Eine Interviewpartnerin beschreibt den Weg zum Erkennen und Eingestehen der Sucht als einen Prozess. Dadurch, dass Alkohol eine gesellschaftlich akzeptierte Droge darstelle und das Betrunkensein keine Abnorm sei, hätte der Prozess bis zum Realisieren der Sucht eine gewisse Zeit gedauert.

Ebenso wird angesprochen, dass aufgrund von Manipulation durch die suchtkranke Person am eigenen Verstand gezweifelt wird.

*„Du denkst halt vielleicht bilde ich mir das alles nur ein, vielleicht ist es gar nicht so schlimm. Du wirst halt auch ähm manipuliert finde ich von diesen Personen. Ja du verlierst ein bisschen so das, also du weißt nicht mehr was ist richtig und was ist falsch [...].“ (Interview7, Position: 84)*

Von einer weiteren befragten Angehörigen, welche die Suchtproblematik ihres Sohnes lange nicht wahrhaben hat wollen, wird abschließend des Interviews als Wichtigkeit angemerkt, nicht zu lange die Augen vor der Sucht zu verschließen. Die Suchtproblematik zeichne sich schon früh ab.

In Zusammenhang mit der Theorie wird auf Kapitel 2.2 die Phasen der Co-Abhängigkeit verwiesen, in dem beschrieben wird, dass es häufig erst ab der dritten Phase, der schädlichen Phase, zum Realisieren der Sucht kommt.

### **Therapie für suchtkranke Person (K5.3)**

Aus den Interviews geht grundsätzlich hervor, dass Angehörige sich sehr engagieren die suchtkranke Person zu einer Therapie oder Beratung zu bewegen. Die Meisten sind anfangs der Meinung, der:die Suchtkranke müsse eine Beratung in Anspruch nehmen, nicht jedoch sie selbst. Die Sucht wird primär nicht auch als das eigene Problem betrachtet, sondern jenes der suchtkranken Person.

*„Und das war schon so vor, was hätte ich gesagt, vielleicht vor einem Jahr eineinhalb schon einmal so die Überlegung irgendwas müssen wir tun und MEIN Gedanke war eigentlich immer, ich wollte ihn immer oder, ihn in Therapie bringen oder ich habe ihn öfters konfrontiert und habe gesagt du brauchst einfach Hilfe, er hatte dort noch Null Einsicht bezüglich seiner Süchte, wenn man ihn fragt hat er alles im Griff.“ (Interview3, Position: 15)*

Zudem wird von einzelnen Personen angesprochen, dass einem als Angehörige:r die Hände gebunden seien, wenn die suchtkranke Person keine Therapie machen wolle. Der:die Suchtkranke:r müsse eine Beratung oder Therapie selber wollen, ansonsten sei man machtlos.

*„Er muss das selber wollen, er muss selber sagen ich will clean werden und ich will das schaffen und ich will aus dieser ‘Scheiße’ raus. Solange er das selber nicht will, kannst du das abhaken.“ (Interview2, Position: 16)*

### **Eigenständige Problemlösung (K5.4)**

Etwas weniger als die Hälfte der befragten Personen geben an, dass die Einstellung oder der Wille einer eigenständigen Problemlösung ein Hindernisgrund darstellt, eine Beratungsstelle aufzusuchen.

Die Angehörigen seien anfangs der Meinung gewesen, dass sie die Problemlagen selbstständig bewältigen können. Bezüglich eigenständiger Problemlösung fielen auch die Worte, die Suchtproblematik im engen Kreis der Familie bewältigen zu wollen. In einem Interview wird auch die Verantwortlichkeit gegenüber dem Kind angesprochen. Also sich persönlich verantwortlich fühlen dem Kind zu helfen und anfangs die Einstellung es allein bewältigen zu können.

*„Ein Grund ist einmal das, dass man sich denkt, wir sind stark genug und das schaffen wir. Und das die wenigstens berücksichtigen das eigentlich mit dem ‘das Schaffen wir’, das wird ja immer weniger oder, also das, sicher denkst du am Anfang ja das Schaffen wir schon, ja warum sollen wir das nicht schaffen, wir haben andere Sachen auch geschafft.“*  
(Interview5\_61, Position: 101)

Eine weitere Angehörige erklärt, dass sie aufgrund der jahrelang bestehenden Alkoholsucht der Mutter, nie etwas anderes kannte, als selbstständig das Leben zu regeln. Aus diesem Grund habe sie auch lange nie an eine Beratung für sich selbst gedacht. Aufgrund der Muster, die sie von der Erziehung her kannte, habe sie zuerst lernen müssen, über ihre Probleme sprechen.

### **Einstellung/Kosten Beratung (K5.5)**

Aus den Interviews werden sämtliche Aussagen zur Einstellung sowie zu den Kosten (im Sinne der Kosten-Nutzen-Kalkulation) deutlich, welche sich hindernd auf die Inanspruchnahme einer Beratung auswirken.

Von mehr als der Hälfte der befragten Personen werden Äußerungen zum Nicht-Nutzen von Beratungsangeboten angemerkt. Zwei Personen meinen gar nie das Gefühl gehabt zu haben, eine Beratung zu brauchen oder es sei ihnen erst gar nicht in den Sinn gekommen. Des Weiteren folgen Äußerungen wie beispielsweise, dass die Beratung den Angehörigen auch nicht weiterhelfen hätte können. Oder dass der:die Berater:in auch nichts anderes hätte sagen können als die Freundin.

*„Klar für mich war es auch nicht leicht aber (...) eine Beratungsstelle hätte mir nichts anderes sagen können wie mir meine Freundin gesagt hat oder wie mir mein (...) logischer Hausverstand eh schon gesagt hat. Also von dem her bin ich jetzt halt sag' ich jetzt einmal so klar gewesen, dass ich keine Beratung gebraucht habe.“* (Interview2, Position: 24)

Eine Person gibt an lange gedacht zu haben, dass sie aufgrund ihres korrekten Verhaltens gegenüber der suchtkranken Person keine Beratung braucht.

Zwei der befragten Personen erklären, dass die Inanspruchnahme einer Beratung mit einem hohen Energieaufwand verbunden sei. Für eine der beiden Interviewten habe die Energie bisher nicht ausgereicht, eine Beratungsstelle aufzusuchen und über ihre komplexe Thematik zu berichten. Dies habe damit zu tun gehabt, dass neben der Suchterkrankung noch weitere schwierige Situationen zu bewältigen waren.

Außerdem berichten drei Angehörige, dass das Sprechen über die Situation nicht einfach sei. Die Suchtthematik bekomme durch deren Aussprechen vor einer fremden Person eine andere Dimension, welche besonders nach einem Vorfall schwer falle. Zudem würden persönliche Teile des Lebens preisgegeben werden und es würde über Bereiche gesprochen werden, die möglicherweise noch mit niemandem besprochen worden sind.

*„Weil es ist wirklich etwas wo, etwas Intimes was du erzählst, oder du erzählst ja von dir VIEL, wo du sonst nicht rausgehst reden aber/.“ (Interview6, Position: 34)*

Die eigenen Bedürfnisse zurückzustellen und den Fokus auf andere Personen zu setzen wird von zwei Personen angemerkt. Eine einzelne Befragte teilt mit, dass sie selbst immer eine positive Lebenseinstellung gehabt habe und sich selbst als stark betrachtet, weshalb sie lange keine Beratung aufgesucht habe.

Psychologisches Hintergrundwissen aufgrund einer eigenen psychischen Erkrankung zu haben, einen logischen Hausverstand zu besitzen und über das Internet über die Suchtthematik recherchiert zu haben, wurde von einer Person als Grund für die Nichtinanspruchnahme genannt.

Weitere einzelne Aussagen sind beispielsweise zu glauben, die Einzige mit dem Problem zu sein, kostenlose Beratungsangebote als weniger wirkungsvoll zu betrachten als private Beratungsangebote, die selbst bezahlt werden müssen und, dass die Inanspruchnahme von Hilfe mit Unannehmlichkeiten verbunden ist.

*„Und wer geht denn schon gerne zum Psychologen oder.“ (Interview4, Position: 130)*

## **Hoffnung aufgeben (K5.6)**

Betrachtet auf einen Einzelfall wird ersichtlich, dass wenn eine Sucht schon viele Jahre vorhanden ist, dass irgendwann die Hoffnung auf Besserung aufgegeben wird. Aus diesem Fall kann zugleich abgelesen werden, dass die Beratung für Angehörige mit der Besserung der Sucht verbunden wird. Durch die Aufgabe der Hoffnung auf eine positive Wendung, sinkt zugleich das Inanspruchnahmeverhalten, da keinen Nutzen in einer Angehörigenberatung gesehen wird.

Eine weitere Angehörige - welche neben ihrem suchtkranken Partner jahrelang einen suchtkranken Vater hatte – merkt an, dass sie aus Gründen der Hoffnungslosigkeit mit Anhalten der Sucht nicht mehr an die Inanspruchnahme einer Beratung durch Angehörige glaube.

*„Ich glaube umso länger du mit dem Thema zu Tun hast umso weniger nimmst du glaube ich eine Beratung in Anspruch. [...] ich glaube irgendwann gibst du einfach auf und, oder du distanzierst dich von dem Ganzen, ich weiß es nicht, das ist jetzt mein Gefühl ja.“ (Interview7, Position: 76)*

Daraus lässt sich erschließen, dass in der Fluchtphase das Inanspruchnahmeverhalten nicht nur steigt, sondern nach langem Andauern der Sucht, die Bereitschaft eine Beratung anzunehmen auch sinken kann.

## **7.1.6 Sozial hindernd (K6)**

Wie in Kapitel 7.1.3 *sozial fördernd*, erfolgt auch hinsichtlich der Hauptkategorie *sozial hindernd* eine Einteilung auf die Ebenen Mikro, Meso und Makro. Die jeweiligen Ebenen enthalten weitere Unterkategorien.

### **Sozial hindernd Mikro (K6.1)**

Die Mikroebene wird in die drei Subkategorien Verschleierung der Sucht, Suchtverlauf und soziales Umfeld unterteilt.

### **Verschleierung der Sucht (K6.1.1)**

Fast alle der befragten Personen berichten darüber, etliche Male von der suchtkranken Person, in Bezug auf die Sucht und dem damit verbundenen Suchtmittelkonsum, angelogen worden zu sein.

*„Sich in Lügen verstrickt, vor lauter Lügen hat er selber schon nicht mehr gewusst was Lüge oder was Wahrheit ist.“ (Interview2, Position: 4)*

Aus den Interviews wird entnommen, dass Lügen insbesondere in Bezug auf die Häufigkeit des Konsums, das Beschaffen und dem darauffolgenden Konsum von Suchtmitteln erfolgen. Auch das Abstreiten der Sucht durch Bagatellisieren oder Lenken auf andere Problematiken, wie psychische Probleme, wird genannt. Einige Interviewpartnerinnen sprechen darüber, dass die suchtkranken Personen sehr geschickt gewesen seien, sie mit ihren Lügen und Ausreden um den Finger zu wickeln, sie zu manipulieren und zu blenden. Der Suchtmittelkonsum habe verdeckt stattgefunden und es sei stets versucht worden, den Konsum und die damit verbundene Sucht zu verheimlichen.

*„Das man sagt, ja es war einmal nur oder, ja ich habe halt mitgemacht oder so. Dabei steckt man schon so tief drinnen (...) und man will halt nicht das es die Eltern mitbekommen oder. Versucht es zum Verstecken und dann geht das Ganze so weiter.“ (Interview1, Position: 44)*

Es ist anzunehmen, dass sich die Verschleierung der Sucht indirekt auf das Verhalten der Inanspruchnahme auswirkt, da durch das Verheimlichen und den Lügen die Angehörigen lange im Zweifel gelassen werden, ob ein Suchtproblem vorherrscht oder nicht. Durch die Verschleierungsversuche kann der Zeitpunkt des Realisierens der Sucht von den Angehörigen lange hinausgezogen werden. Die Verschleierung der Sucht seitens des:der Süchtigen, steht somit im Zusammenhang mit dem Realisieren der Sucht seitens der Angehörigen (siehe 7.1.5. psychisch hindernd).

### **Suchtverlauf 2 (K6.1.2)**

In Kapitel 7.1.3 *sozial fördernd* wird beschrieben wie sich der Suchtverlauf fördernd auswirken kann. Wie sich der Suchtverlauf hindernd auf das Inanspruchnahmeverhalten auswirkt, wird in diesem Unterkapitel beleuchtet.

Von einigen Angehörigen wird vom schleichenden Prozess der Sucht gesprochen. Anfangs wird die vermutete Problematik seitens der suchtkranken Person, sowie seitens der Angehörigen nicht realisiert oder bagatellisiert. (siehe 7.1.5 *Sucht bagatellisieren/nicht realisieren* und 7.1.6 *Verschleierung der Sucht*)

*„Weißt es hat so schleichend angefangen. Wo du zuerst gedacht hast ok das ist, er hat, weißt eh, man hat einmal probiert zum Zigaretten Rauchen oder so. Und dann denkst du dir ok, passiert vielen, die probieren es halt dann oder. Und irgendwann kommst du dann drauf, die Kollegen haben sich zusammen getroffen, die haben dann zusammen gekiffert. [...] Und im Nachhinein kommt man dann aber drauf, es ist regelmäßig und es ist öfters und irgendwann sieht man es dann auch an den Augen und ja.“ (Interview1, Position: 1)*

Dem vorigen Kapitel 7.1.3 *Suchtverlauf 1* ist zu entnehmen, dass die Bereitschaft eine Beratungsstelle aufzusuchen nach akuten Situationen oder wahrnehmen von Konsequenzen besonders hoch ist. Aus den Erzählungen einiger Angehöriger kann entnommen werden, dass es sich beim Suchtverlauf um ein Auf und Ab handelt. Setzt sich nach einer akuten Situation oder ähnlichem wieder eine Stabilisation ein, sinkt die Bereitschaft zur Inanspruchnahme.

*„Weil dort hat er dann gerade die Lehre gewechselt, da war es eigentlich halbwegs im Rahmen und dann hat man nicht so das Gefühl jetzt müssen wir unbedingt etwas machen oder.“ (Interview3, Position: 15)*

Ein weiterer, möglicher hindernder Faktor stellt dar, wenn die suchtkranke Person nur dann konsumiert oder berauscht ist, wenn er:sie alleine ist und der Konsum keine weitreichenden Konsequenzen mit sich zieht. Diese Perspektive wird von einer Angehörigen eingebracht.

*„Der Otto hat das immer eher für ihn selber so ein bisschen gemacht. Wenn ich nicht zu Hause gewesen bin, wenn ich mit den Frauen weg gewesen bin. Und das ist eher dann passiert auch. Er ist nicht am Morgen gegangen und hat am Morgen angefangen und ist, hat arbeiten nicht vernachlässigt oder, so ist es nicht, er hat IHN vernachlässigt.“ (Interview6, Position: 22)*

Von einer weiteren Angehörigen wird ähnliches berichtet. Und zwar, dass ihre Mutter viele Jahre Spiegeltrinkerin gewesen sei und das Leben einigermaßen im Griff gehabt habe. Zu dieser Zeit sei der Bedarf zur Inanspruchnahme einer Beratung gering gewesen.

### **Soziales Umfeld 2 (K6.1.3)**

Die Ergebnisse der Interviews zeigen auf, dass das soziale Umfeld sich auch hindernd auf das Inanspruchnahmeverhalten auswirken kann. In dieser Hinsicht werden von den befragten Personen verschiedene Aussagen gefällt. Für mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen spielt die Stigmatisierung eine Rolle. Beispielsweise die Suchtproblematik im inneren Kreis der Familie behalten wollen und diese in der Familie klären zu wollen. Auch nicht nach außen hin darüber zu sprechen. Eine Angehörige wird auch seitens ihrer Familie mit Urteilen gegenüber der suchtkranken Person konfrontiert.

*„Und dann ist es oft so, dass auch vom familiären Umkreis, also gewisse Leute, jetzt nicht alle, aber gewisse Leute haben dann auch gesagt ja du, er ist einfach faul. Er möchte nicht. Ist so ein kein Bock Kind, oder, hat keine Lust Schule machen, hat keine Lust zum Arbeiten gehen und so.“ (Interview1, Position: 50)*

Durch diese Urteile habe man eine Erklärung für das Verhalten der suchtkranken Person, woraufhin es dann auch keine Beratung mehr brauche, weil man eine Erklärung für das Problem habe.

Zwei der befragten Personen geben an, die Suchtthematik entweder mit der Familie und Freunden oder nur mit der Freundin besprochen zu haben und sich bei ihnen Ratschläge geholt zu haben.

### **Sozial hindernd Meso (K6.2)**

Die folgende Kategorie setzt sich aus der Bekanntheit der Beratungsstelle, dem fehlenden Informationsfluss zur Angehörigenberatung, dem Nutzen von Beratung und sonstigen Aussagen zusammen.

#### **Bekanntheit Beratungsstellen (K6.2.1)**

Beinahe alle befragten Personen sind der Ansicht, dass Beratungsangebote für Angehörige generell schlecht bekannt sind. Es sei bekannt, dass es Beratungsstellen gibt, an die man sich wenden könne wenn man ein Problem hat.

Teilweise können auch einzelne Suchtberatungsstellen genannt werden. Die Suchtberatungsstellen werden allerdings mit einer Beratung für die suchtkranke Person, nicht jedoch auch für Angehörige, verbunden.

*„Viele meinen es gibt Stellen wo dem Süchtigen geholfen wird, aber dass jetzt, dass das für Angehörige so zum Problem wird, dass sie es alleine gar nicht mehr schaffen und dass es da auch Leute gibt wo ein bisschen oder halt darauf schauen und Beratung, das wissen ja die Allerwenigsten.“ (Interview5, Position: 113)*

Eine Befragte meint, dass man nicht die Beratungsstellen mehr bekannt machen müsste, sondern, dass es grundsätzlich Beratung für Angehörige gibt. Eine weitere Angehörige erklärt, man müsse die Hilfe aktiv suchen, dann würde man sie irgendwann finden.

### **Fehlender Informationsfluss (K6.2.2)**

In einzelnen Interviews kann ein fehlender Informationsfluss von Institutionen an die Angehörigen als ein hindernder Faktor festgestellt werden. Zwei Personen berichten von der stationären Unterbringung ihres suchtkranken Kindes in einem Krankenhaus. Trotz, teils intensivem Kontakt mit dem Krankenhauspersonal und Nachfrage nach Hilfe, hätten die Angehörige keinerlei Infos zu Beratungsstellen, an die sie sich wenden können, erhalten.

*„Niemand ist da wo dich ein bisschen irgendwie auffängt obwohl man weiß, und ich habe gebettelt im Spital dort, habe gesagt ich hätte, ich brauche eine Beratung, ich brauche jemand für den Max, ja die Ärzte haben sich ihn angeschaut, sie finden er ist nicht mehr suizidgefährdet, und mit dem war es abgehandelt.“ (Interview1, Position: 32)*

Aus einem Einzelfall wird ersichtlich, dass eine angehörige Person trotz andocken an die verschiedensten Sozialberatungsstellen aufgrund der Sucht und der psychischen Erkrankung ihres Sohnes keinerlei Wissen hatte, dass es eine Angehörigenberatung gibt. Hinzu kommt, dass durch die Beendigung der psychosozialen Beratung für die suchtkranke Person aufgrund des Nichteinhaltens von Terminen, auch die Elternberatung für die Angehörige beendet worden ist. Dass vor Beendigung der Elternberatung Informationen zur Angehörigenberatung vermittelt worden sind, ist aus dem Interview nicht erkennbar.

Aus dem Kontext zweier weiteren Interviews werden ähnliche Erfahrungen mitgeteilt. Bei einer der beiden wird ein fehlender Informationsfluss insofern deutlich, da die Angehörige sich bereits telefonisch bei einer Suchtberatungseinrichtung erkundigt hat aber nicht konkret die Info erhalten hat, dass es auch für sie als Angehörige eine Beratung gibt. Diese Angehörige gibt an, dass sie die Angehörigenberatung sofort angenommen hätte, wenn sie die Information gehabt hätte.

*„Ich hätte mir gewünscht, dass ich es beim ersten Mal gewusst hätte. Dann wäre ich nämlich gleich gegangen. Weil ich habe mir echt schwer getan zum die Entscheidung treffen. Also ich habe mir richtig schwer getan zum das selber entscheiden. Und ich glaube ich hätte mir viel Ärger und Kummer erspart, wenn ich das gewusst hätte ja. Also ich hätte es gleich gemacht. (laut) Ich würde es auch jetzt noch machen.“ (Interview7, Position: 38)*

### **Nutzen Beratung 2 (K6.2.3)**

In den vorherigen Kategorien wird erläutert, dass sich der erwartete Nutzen versus Nicht-Nutzen von Beratung allein hindernd auf das Inanspruchnahmeverhalten auswirkt, indem die Angehörigenberatung wenig bekannt ist und eher damit verbunden wird, der suchtkranken Person zu helfen. Daraus folgt, dass durch die Unbekanntheit auch keinen großen Nutzen oder Erwartungen an eine psychosoziale Beratung gestellt wird.

*„Oder warum in Beratung gehen, die können mir eh nicht helfen oder.“ (Interview5, Position: 101)*

Aus den Interviews wird ersichtlich, dass jene Angehörigen, welche im Endeffekt eine ambulante psychosoziale Beratung in Anspruch genommen haben, keine spezifischen Erwartungen an die Beratung gehabt haben. Der Nutzen einer psychosozialen Beratung wird von den Angehörigen im Vorhinein nicht erkannt.

*„Da habe ich keine großen Erwartungen gehabt, ich habe mir gedacht, also ich habe ehrlich gesagt nicht gedacht, dass es (...) wie soll ich sagen also ich habe schon gedacht, dass es uns guttut als Eltern und als Paar zum mit der Situation umgehen, aber dass es tatsächlich auch Auswirkungen hat darauf wie es dem Sohn geht, damit hätte ich nicht gerechnet.“ (Interview3, Position: 73)*

Eine Angehörige berichtet sich telefonisch bei einer Suchtberatungsstelle gemeldet und um Hilfe gebeten zu haben.

Ihre Hoffnungen, Hilfestellung zu ihrer Situation und professionelle Ratschläge zu bekommen, sind nicht erfüllt worden. Aus dem telefonischen Gespräch ergibt sich für sie somit keinen Nutzen und kein Motiv, die Beratungsstelle persönlich aufzusuchen.

*„Wie soll ich sagen, es ist mir nicht so professionell vorgekommen irgendwie also. Gewünscht hätte ich es mir, erwarten würde ich es mir eigentlich auch, aber so vom Gefühl her, es war wie wenn ich mit einem Kollegen darüber spreche über das Problem, die Ratschläge, es war nicht so, es ist mir einfach nicht so professionell vorgekommen.“*  
(Interview7, Position: 46)

## **Sonstiges 2 (K6.2.4)**

Neben den unter die Kategorie *sozial hindernd Meso* fallenden Subkategorien, werden folglich einzelne Aussagen hervorgehoben, die in keine der Subkategorien eingliederbar waren.

Beispielsweise wird genannt, dass es der befragten Person vor Inanspruchnahme der Angehörigenberatung nicht bekannt gewesen sei, dass die Beratung kostenlos ist. Diese Interviewperson schildert das als möglicher Hindernisgrund eine Beratungsstelle aufzusuchen. Eine weitere Befragte merkt hinsichtlich der Kosten an, dass sie sich eher von einer selbst bezahlten Fachkraft beraten lässt, da sie davon ausgeht, dass diese sich mehr Mühe macht. Der Preis für eine private Fachkraft habe allerdings ihren Preis und dies könne manche abschrecken.

Einzelne weitere Aussagen beziehen sich auf die Beziehung zur Fachkraft. Die Chemie zwischen der angehörigen Person und der Fachkraft müsse stimmen. Ein weiterer Hindernisgrund, der trotz eines vereinbarten Termines zur Nicht-Inanspruchnahme der Beratung geführt habe, sei ein Fahrradunfall der Fachkraft nur wenige Minuten vor dem Termin, gewesen.

*[...] „hatten wir sogar schon einen Termin (lacht), vor der Tür gestanden und dort hat blöderweise der Betreuer wo für uns zuständig gewesen wäre hat einen Fahrradunfall gehabt, gerade auf dem Weg zu uns her. Wir sind vor verschlossenen Türen gestanden und dann war das aber so, dass es dann, also sie waren TOTAL voll und sie haben gesagt, wenn der Hut nicht brennt wäre es ihnen recht wir warten bis der wieder aus dem Krankenstand heraus ist, zum uns wieder melden und da hat sich unser Sohn so sage ich stabilisiert gehabt.“*  
(Interview3, Position: 15)

## Sozial hindernd Makro (K6.3)

Primär wird die Gesellschaft in dieser Subkategorie beleuchtet. Aufgrund der geringen Aussagen zu den Medien, wurden die Kategorien Gesellschaft und Medien zusammengefasst.

### Gesellschaft und Medien 2 (K6.3.1)

#### Gesellschaft

Aus den Interviews ist zu entnehmen, dass für beinahe alle der befragten Personen das Thema Sucht auch heute noch ein gewisses Tabuthema darstellt. In Bezug auf das gesellschaftliche Tabu werden Aspekte genannt wie das Gefühl von Scham, Angst vor Bekanntwerden der Suchtproblematik und Angst vor Schuldzuweisungen, einen Stempel aufgedrückt bekommen, Schein nach außen – alles soll in Ordnung sein, todschweigen und verdrängen des Themas. Eine Angehörige stellt einen Vergleich der Stigmatisierung von Suchtproblematiken und Eheproblemen auf.

*„[...] man kriegt natürlich schon ein bisschen so ein, wie soll ich sagen, so ein bisschen einen Stempel oder weil, das ist so wie Scheidungskinder. Scheidungskinder sind gleich O GOTT die SCHEIDUNGSKINDER. Oder. Ähm natürlich schert der aus, natürlich kommt der vom Weg ab oder [...].“ (Interview1, Position: 46)*

*„Es soll alles in Ordnung sein, jeder soll meinen es ist alles gut und dann nimmt man Hilfe nicht in Anspruch die man eigentlich dringend brauchen würde.“ (Interview1, Position: 48)*

*„Die schieben das irgendwo unter den Teppich, das WAR einmal, über das will ich NIE mehr reden, das will ich nie mehr anschauen, das ist vergessen und vorbei.“ (Interview2, Position: 48)*

Eine andere Befragte erklärt, nicht mit anderen Angehörigen über die Sucht zu sprechen, da sie der Meinung ist, dass jede Person selbst ihren Weg finden muss damit umzugehen und es ein Thema ist, über das man nicht sprechen will. Man wolle niemanden belasten.

## Medien

Jene Angehörige, die der Angehörigenberatung skeptisch gegenübersteht, argumentiert dies unter anderem mit der Informationsquelle Internet.

*„Kann ich mir nicht vorstellen, dass sie mir etwas gebracht hätte, weil ich einfach so klar gewesen bin und ich alles über dieses Thema so selber recherchiert habe und ich mich selber so informiert habe.“ (Interview2, Position: 34)*

### **7.1.7 Sonstiges hindernd (K7)**

Dieser Hauptkategorie werden alle Aussagen zugeordnet, die nicht spezifisch in die biopsychosozialen Ebenen eingliederbar sind, da mehrere der Ebenen gleichzeitig betroffen sind. Es handelt sich bei den Aussagen insbesondere um zusätzliche Belastungen, die sich hindernd auf das Inanspruchnahmeverhalten auswirken. Einzelne Angehörigen berichten, dass alles zu einem Zeitpunkt zusammengekommen und die Kraft und Zeit nicht da gewesen sei, Beratung in Anspruch zu nehmen.

Welche Bedeutung die Ergebnisse in Bezug auf die Beantwortung der Forschungsfrage und in Bezug auf die Theorie haben, wird nun in der Interpretation beschrieben.

## 7.2 Interpretation der Ergebnisse

Im Folgenden werden zuerst die zusammenfassenden Ergebnisse beschrieben und anschließend wird auf die Theorie Bezug genommen.

### 7.2.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Zuge der Zusammenfassung der Ergebnisse werden folgende Forschungsfragen beantwortet:

- *Welche biopsychosozialen Faktoren fördern erwachsene Angehörige von Menschen mit Substanzabhängigkeit eine ambulante, psychosoziale Beratung in Vorarlberg in Anspruch zu nehmen?*
- *Welche biopsychosozialen Faktoren hindern erwachsene Angehörige von Menschen mit Substanzabhängigkeit eine ambulante, psychosoziale Beratung in Vorarlberg in Anspruch zu nehmen?*

#### Fördernde Faktoren

##### Bio

Gesundheitliche Probleme auf physischer Ebene stellen einen fördernden Faktor bei der Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung dar. Es wurden jeweils sehr individuelle körperliche Beschwerden genannt wie beispielsweise Schlafstörungen, Rheuma oder ein Gehörsturz infolge Taubheit auf einem Ohr.

##### Psychisch

Grundsätzlich sind Angehörige durch die Suchterkrankung ihrer Bezugsperson stark belastet. Für einige sind die vielen Belastungen einer der Hauptgründe zur Inanspruchnahme von Beratung.

Ein weiterer fördernder Faktor sind die negativen Auswirkungen der Sucht, die sich bei den Angehörigen durch Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit zeigen.

In dieser Hinsicht werden individuelle gesundheitliche Probleme genannt wie Depressionen, Burnout oder Nennungen wie *auf die Psyche schlagen*.

Ängste um die suchtkranke Person und Angst vor Konsequenzen der Sucht sowie Hoffnungen, dass sich durch die Inanspruchnahme von Beratung die Situation zum Positiven wendet, fördert das Inanspruchnahmeverhalten. Stark präsent sind auch Verzweiflung und Ohnmacht, also nichts tun zu können.

Grundsätzlich ist das Bedürfnis, Informationen zur Suchtthematik zu erhalten und einen angemessenen Umgang mit der suchtkranken Person zu erlernen, hoch. Fast alle der befragten Personen sehen auch einen Nutzen in der Beratung, welcher von Person zu Person unterschiedlich ist.

### Sozial

#### *Mikroebene:*

Die Beziehung zwischen der suchtkranken und der angehörigen Person spielt bei der Inanspruchnahme einer Beratung eine bedeutende Rolle. Dabei kommt es darauf an, wie eng das Verhältnis ist und wie wichtig der:die Suchtkranke:r dem:der Angehörigen ist. Es lässt sich ableiten, dass Elternteile vieles in Kauf nehmen, um ihr Kind aus der Sucht zu verhelpfen und dass sich infolgedessen auch eine hohe Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer Beratung zeigt.

Der Suchtverlauf wirkt sich insofern fördernd aus, dass es durch die Häufung von Problemen in Kombination mit den bisherig gescheiterten Lösungsversuchen immer mehr in Richtung des Aufsuchens einer Beratungsstelle hinausläuft. Der Zeitpunkt der Inanspruchnahme ist oft mit akuten, also mit sich zuspitzenden Situationen verbunden. In Bezug auf den Inanspruchnahmeprozess stellt auch das soziale Umfeld ein wichtiger Aspekt dar. Die Bekanntheit der Angehörigenberatung basiert mehrheitlich durch Mundpropaganda, also durch Empfehlungen von Personen des sozialen Umfeldes.

#### *Mesoebene:*

Die Kontaktaufnahme der Angehörigen mit den ambulanten Suchtberatungsstellen erfolgt häufig mit dem Motiv, im Zuge dessen die suchtkranke Person zur Inanspruchnahme einer

Beratung zu bewegen. Der Zugang zu den Beratungsstellen ist grundsätzlich gut. Gesundheitseinrichtungen sowie der Arbeitsplatz stellen insofern ein fördernder Faktor dar, wenn Angehörigen entweder direkt psychosoziale Beratung erhalten oder sie in deren Kontext über Angehörigenberatung erfahren. Hinsichtlich der Beratungsstellen selbst wirken sich deren Bekanntheit, die Kostenlosigkeit der Inanspruchnahme und ein positiver Eindruck von der Betreuungsperson fördernd aus.

#### *Makroebene:*

Gesetzliche Konsequenzen des Konsums haben einen deutlichen, fördernden Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten von Angehörigen. In Bezug auf die Gesellschaft stelle Sucht noch ein gewisses Tabuthema dar, dennoch sei die Problematik im Bewusstsein der Menschen und es gebe viele Anlaufstellen und Hilfsmöglichkeiten. Medien bedeuten ein wichtiger Faktor hinsichtlich der Bewusstseinsbildung zur Thematik und eine wichtige Informationsquelle.

#### Sonstiges

Zusätzliche Belastungen, die unabhängig von der Situation mit der suchtkranken Person bestehen, und die Vielzahl an Auswirkungen der Sucht auf Angehörige, können sich fördernd auf das Inanspruchnahmeverhalten auswirken. Es bestehen sämtliche individuelle Wünsche der Angehörigen, beispielsweise die Publizierung der Folgen der Sucht auf Angehörige und die Bekanntmachung, dass es auch für Angehörige Beratungsangebote gibt.

#### **Hindernde Faktoren**

Auf der physischen Ebene sind keine Faktoren festgestellt worden, welche die Angehörigen daran hindern, eine Beratung in Anspruch zu nehmen.

#### Psychisch

Ein maßgeblicher, hindernder Faktor stellt das Bagatellisieren oder nicht realisieren der Sucht dar. Auch wenn bereits deutliche Anzeichen einer Sucht vorliegen, möchten Angehörige lange nicht wahrhaben, dass es sich tatsächlich um eine Suchtproblematik handelt. Wird im Laufe der Zeit die Problematik erkannt, gehen Angehörige davon aus, dass die suchtkranke Person professionelle Hilfe braucht, nicht jedoch sie selbst. Einige sind auch lange der Überzeugung, dass sie das Suchtproblem eigenständig bewältigen können.

Zusätzlich wirken auch Gefühle wie Angst, Scham und Schuld sich hindernd im Prozess der Inanspruchnahme aus. Beispielsweise in Form von Angst, über das Thema zu sprechen, Scham Beratung in Anspruch zu nehmen, oder sich an der Suchterkrankung die Schuld zu geben. Ein weiterer Hindernisgrund stellt dar, dass wenn kein Nutzen in der Beratung gesehen wird oder die Kosten der Inanspruchnahme (beispielsweise Energieaufwand) als zu hoch betrachtet werden. Wird die Hoffnung auf eine Besserung der Situation aufgegeben, fehlt damit einhergehend auch das Motiv Beratung in Anspruch zu nehmen.

## Sozial

### *Mikroebene*

Die suchtkranke Person versucht die Sucht durch Ausreden und Lügen zu verstecken. In dieser Hinsicht ist abzuleiten, dass ein Zusammenhang mit dem Nicht-Realisieren der Sucht seitens der Angehörigen besteht. Der Suchtverlauf, der einen achterbahnartigen Verlauf nimmt, stellt in den ersten Phasen der Co-Abhängigkeit (der Lernphase und der Suchtphase) ein hindernder Faktor dar, da die Problematik häufig nicht erkannt wird. Auch zu stabileren Zeiten und führen eines gesellschaftlich gesehenen ‚normalen‘ Lebens, wird eher keine Beratung in Anspruch genommen. Auch das soziale Umfeld kann sich hindernd auswirken, beispielsweise wenn die Suchtproblematik im inneren Kreis der Familie bleiben und gelöst werden soll.

### *Mesoebene*

Dass es psychosoziale Beratung spezifisch für Angehörige von Suchtkranken gibt, ist eher wenig bekannt und stellt somit ein maßgeblich hindernder Faktor dar. Zum Teil werden seitens von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen Informationen über eine bestehende Angehörigenberatung an Angehörige nicht weitergegeben. Generell gibt es auch keine großen Erwartungen und einhergehend damit auch keinen großen Nutzen einer Angehörigenberatung.

### *Makroebene*

Das Thema Sucht ist nach wie vor ein gewisses Tabuthema und mit Stigmatisierung verbunden. Hindernd wirkt es sich aus, wenn aus diesem Grund nicht mit anderen Personen über das Suchtproblem gesprochen wird und somit auch keine Mundpropaganda stattfin-

det (siehe Kapitel 7.1, Soziales Umfeld K3.1.3) oder die Schwelle in eine Beratung zu gehen zu hoch ist.

### Sonstiges

Zusätzliche Belastungen können sich hindernd auf das Inanspruchnahmeverhalten auswirken, beispielsweise wenn der Fokus auf einen anderen Bereich des Lebens gesetzt wird oder die Zeit und Kraft, eine Beratungsstelle aufzusuchen, nicht vorhanden ist.

## **7.2.2 Theoretischer Bezug**

### Co-Abhängigkeit

In den Interviews wird der Sog der Co-Abhängigkeit bei den Angehörigen teilweise sehr deutlich. Alle suchtfördernden Verhaltensweisen, die in Kapitel 2.1 beschrieben werden, zeigen sich in mindestens einem der Interviews. Konkret werden das Schützen der suchtkranken Person, Beschaffung von Suchtmittel, Rechtfertigungen, Kontrollverhalten, retten und sich nützlich machen sowie unterstützen genannt. Die suchtkranke Person unterstützen oder helfen zu wollen kommt am häufigsten vor.

Der Suchtverlauf der suchtkranken Person kann einen fördernden, aber auch hindernden Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten von Angehörigen haben, da Sucht und Co-Abhängigkeit parallel verlaufen und sich gegenseitig beeinflussen. (siehe Kapitel systemische Perspektive 5.2) In Zusammenhang des Einflusses von Co-Abhängigkeit auf das Inanspruchnahmeverhalten, werden die Phasen der Co-Abhängigkeit als besonders bedeutend erachtet (siehe Kapitel 2.2). Denn zuallererst muss seitens der Angehörigen realisiert werden, dass es sich um eine Suchtproblematik handelt. In der Lernphase sowie der Suchphase wird das Problem meist noch nicht erkannt. Die Verschleierung der Sucht seitens der suchtkranken Person tragen zum Nichterkennen der Sucht bei.

Es wird angenommen, dass in der schädlichen Phase - spätestens in der Fluchtphase der Gedanke, eine Beratungsstelle aufzusuchen, aufkommt.

Wenn es durch Angehörige zu einer Kontaktaufnahme mit einer Beratungsstelle kommt, befinden sich die Angehörigen in einer der letztgenannten Phasen. In Kapitel 2.2 wird erläutert, dass sich in der schädlichen Phase Verhaltensweisen manifestieren, welche sich schützend auf die suchtkranke Person auswirken. Angenommen wird, dass eine schützende Verhaltensweise auch der Anruf bei einer Suchtberatungsstelle sein kann. (Therapie für suchtkranke Person)

Zudem wird interpretiert, dass in der Fluchtphase, in der ein eindeutiges Problembewusstsein der Sucht vorhanden ist, sowie die Konsequenzen der Sucht spürbar werden, es häufig zum Aufsuchen einer Beratungsstelle kommt – insofern unter anderem ein Nutzen in der Beratung gesehen wird. Außerdem wird davon ausgegangen, dass die akuten Situationen, welche das Inanspruchnahmeverhalten fördern, in den zuletzt genannten Phasen vorkommen.

Abgesehen davon wirken Angst, Schuld, Scham und Hoffnung sowohl bei der Entwicklung von Co-Abhängigkeit, als auch beim Prozess der Inanspruchnahme fördernd und hindernd mit. Dass Angehörige durch die Suchterkrankung stark belastet sind und die Sucht Auswirkungen auf die physische sowie psychische Gesundheit sowie das Sozialleben hat, zeigt sich auch in den Interviews. Es ist zu erschließen, dass Folgeerkrankungen der Co-Abhängigkeit sich eher fördernd auf das Inanspruchnahmeverhalten wirken.

Die in Bezug auf Co-Abhängigkeit als besonders relevant erachteten Codes:

Suchtverlauf (fördernd und hindernd), Sucht bagatellisieren/nicht realisieren, Verschleierung der Sucht, Kontaktaufnahme (für suchtkranke Person), Belastung, Auswirkung psychische Gesundheit, Gefühle wie Angst, Scham, Schuld, Hoffnung (-aufgeben), Verzweiflung und Ohnmacht.

### Inanspruchnahme

Eingehend auf die sozialpädagogische Nutzerforschung zeigen sich bei den Ergebnissen fördernde Faktoren und Barrieren auf allen Ebenen (Erbringungsverhältnis, Erbringungskontext, politisch/gesellschaftliche Ebene).

Einen fördernden Einfluss zeigt sich auf politischer Ebene durch behördliche Konsequenzen der Sucht (beispielsweise Verlust des Führerscheins, Konsum von illegalen Drogen). Die gesellschaftliche Bewusstheit zum Thema Sucht hat ebenfalls einen fördernden Einfluss. Im Erbringungskontext wirkt beispielsweise die Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle fördernd mit, auch wenn das Motiv des Anrufes eine Therapie für die suchtkranke Person ist. Zudem ist das systemische Arbeiten von Suchteinrichtungen, also das Einbeziehen der Angehörigen in die Therapie, ein direkter fördernder Faktor. In Bezug auf das Erbringungsverhältnis kann sich Sympathie und eine gute Beziehung zum:zur Berater:in positiv auswirken. Daneben weist die individuelle Lebenssituation sämtliche weitere fördernde Aspekte auf. Dazu zählt unter anderem der Suchtverlauf, das individuelle Bedürfnis nach Information oder die körperliche Gesundheit. Zur weiteren Ausführung wird auf die Kategorien aus Kapitel 7.1.1, 7.1.2 und 7.1.3 verwiesen.

Barrieren auf politisch/gesellschaftlicher Ebene zeigen sich durch die stets vorhandene gesellschaftliche Stigmatisierung bezüglich dem Thema Sucht. Auf Ebene des Erbringungskontextes werden seitens der Angehörigen Unkenntnis über Angehörigenberatung oder fehlender Informationsfluss seitens Institutionen an Angehörige bezüglich Beratungsangeboten genannt. Auch das Erbringungsverhältnis kann sich hindernd auswirken. Dies wird bei einem Einzelfall sichtbar, bei dem sich der telefonische Erstkontakt mit der Suchtberatungsstelle hindernd auswirkte. (siehe Nutzen Beratung 2)

Weiters kann sich die individuelle Lebenssituation hindernd auswirken. Diesbezüglich wird auf die Co-Abhängigkeit sowie die Kategorien 7.1.5 psychisch hindernd und sozial hindernd Mikro 7.1.6 verwiesen. Ein Beispiel, wie sich Co-Abhängigkeit und der Nicht-Nutzen einer Beratung hindernd auswirken kann, zeigt sich in der folgenden Aussage:

*„Das Einzige wo MIR geholfen hätte (...) wäre höchstens jemand gewesen wo vielleicht in dieser Zeit wo ich nicht auf ihn aufpassen habe können, dass jemand anders auf ihn aufgepasst hätte [...].“ (Interview2, Position: 16)*

Abgesehen davon wird in der Theorie beschrieben, dass eine Passung zwischen der sozialen Dienstleistung und den Bedürfnissen von Nutzer:innen notwendig ist, damit es zu einer Inanspruchnahme kommt.

In Hinblick auf die Ergebnisse der Masterarbeit stellt sich die Frage, wie an eine Passung gedacht werden kann, wenn der Zielgruppe die Angebote, gar nicht bekannt sind. (siehe 7.1.6 Bekanntheit Beratungsangebote) Hinzukommend ist anzumerken, dass die individuelle (Mikroebene) von Klient:innen im Modell der *Barrieren der Inanspruchnahme* nicht berücksichtigt werden.

Kurz eingehend auf die psychosozialen Modelle aus Kapitel 4.2, ergeben sich folgende Erkenntnisse:

Im Mental-Health-Literacy wird als einer der sechs Faktoren für gesundheitsbezogenes Handeln angeführt, dass es das Erkennen einer psychischen Erkrankung und das Wahrnehmen von intensiven Stresssituationen bedarf. Da Angehörige oft Schwierigkeiten haben, die eigene Realität wahrzunehmen, (siehe Kapitel 2.3) zeichnet sich hier ein hindernder Aspekt ab. Auch aus den Interviews ist erkennbar, dass die Problematik, welche die Angehörigen selbst betrifft, häufig von den Angehörigen vor der Inanspruchnahme einer Beratung nicht erkannt wird. (siehe Therapie für suchtkranke Person K5.3)

*„[...] ich habe nicht das Gefühl gehabt, dass ich für mich jetzt eine Beratung brauche. Ich bin ja gesund (lacht), ich bin ja nicht süchtig gewesen.“* (Interview2, Position: 14)

Die im Health Belief Model beschriebenen Handlungsreize (Medien, soziales Umfeld), welche das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen, erweisen sich auch in den Ergebnissen als Einflussfaktoren. Das soziale Umfeld wirkt sich fördernd und hindernd auf die Inanspruchnahme aus, der mediale Einfluss hingegen fast ausschließlich fördernd.

Empfehlungen eine Beratungsstelle aufzusuchen durch Personen des sozialen Umfeldes stellen in den Ergebnissen einen sehr wichtigen Faktor bei der Inanspruchnahme einer Beratung dar. Erstens werden die Angehörigen auf diesem Weg informiert, dass es Beratungsangebote für Angehörige gibt und wo sie diese finden. Zweitens wird seitens dieser Person über Erfahrungen zur Beratung berichtet, was bei positiven Feedbacks (welche in den Interviews als mehrheitlich positiv formuliert werden) das Inanspruchnahmeverhalten zusätzlich fördert.

Beim Health Action Process Approach gibt es Parallelen zwischen dem Modell und den Ergebnissen in Bezug auf die Komponenten Ängste und Hoffnungen. Bei den Ergebnissen zeigen sich diesbezüglich fördernde und hindernde Einflüsse im Prozess der Inanspruchnahme.

### Biopsychosoziales Modell (siehe Kapitel 5.1)

In den Interviews werden die Auswirkungen der Sucht auf die Angehörigen auf biopsychosozialer Ebene gut ersichtlich. Zum Teil sind in den Interviews auch Wechselwirkungen zwischen verschiedenen (allen) Ebenen erkennbar. Das folgende Beispiel zeigt Wechselwirkungen auf der biologischen, psychischen und sozialen Ebene auf:

*„Weil dann ziemlich viel zusammengekommen ist, ich habe halt immer mehr und mehr Krankheiten bekommen und im Job ist es dann auch nicht so gerade gegangen. Und (...) mit der Partnerschaft nicht so und dann ist halt, dann habe ich halt eine leichte Depression gehabt.“ (Interview4, Pos. 23)*

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass es seitens der Angehörigen oft erst zur Inanspruchnahme von Hilfe kommt, wenn bereits (mehrere) Probleme auf mehreren Ebenen vorliegen. Von einigen Angehörigen wird auch formuliert, dass sie aus heutiger Sicht viel früher eine Beratungsstelle aufsuchen und diese in Anspruch nehmen würden.

Fördernde Faktoren zur Inanspruchnahme einer Beratung sind auf biopsychosozialer Ebene zu finden, vermehrt aber auf psychosozialer Ebene. Hindernde Faktoren finden nur auf der psychischen und sozialen Ebene statt, es wird kein hindernder physischer Faktor genannt.

### Systemtheorie

Neben der in Kapitel 5.2 beschriebenen systemischen Entwicklung von Sucht und Co-Abhängigkeit, wird auch die Bedeutsamkeit des Systems hinsichtlich der (Nicht-) Inanspruchnahme von Beratung durch Angehörige erkennbar.

Wie vorig im biopsychosozialen Modell beschrieben hat die süchtige Person Einfluss auf die:den Angehörige:n und deren Gesundheit sowie auf das soziale Leben.

Abgesehen von negativen Auswirkungen der Sucht auf die physische und psychische Gesundheit der angehörigen Person, sind aus systemischer Sicht folgende Aspekte in Bezug auf die Inanspruchnahme von Beratung relevant:

Der Suchtverlauf und das Verhalten der suchtkranken Person samt den akuten Situationen sowie die Konsequenzen des Konsums. Außerdem spielen die Beziehung zur suchtkranken Person, das soziale Umfeld, die Gesellschaft und Medien eine wesentliche Rolle. Auch der institutionelle Kontext (Bekanntheit von Beratungsstellen, Kontaktaufnahme mit Beratungsstelle, Verweisung auf Hilfsangebote) stellen bedeutende Faktoren im Inanspruchnahmeprozess dar. Abgesehen davon können Belastungen, die neben dem Suchtproblem bestehen, sich fördernd oder hindernd auswirken.

*„Ich war einfach völlig am Boden oder, die Arbeit, der Haushalt, die Schwiegereltern pflegen, das mit dem Sohn, das ist einfach alles (...). Eine zu große Belastung gewesen.“*  
(Interview3, Pos. 22 – 23)

Abschließend werden im Folgenden die Ergebnisse der Masterthesis diskutiert.

## 8 Diskussion der Ergebnisse

Es erfolgt nun die Diskussion der Ergebnisse auf methodischer sowie inhaltlicher Ebene. Zuletzt wird auf die Bedeutung der Ergebnisse für die (Klinische-) Soziale Arbeit eingegangen.

### Methodische und inhaltliche Diskussion

Das gewählte qualitative Forschungsdesign zur Erhebung der Forschungsfrage, die biopsychosozialen fördernden sowie hindernden Faktoren zur Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung durch Angehörige von Suchtkranken, erweist sich als gut geeignete Methode. Auf diesem Wege konnten die subjektiven Sichtweisen der Angehörigen eingeholt und die Fragestellung beantwortet werden. Auch die inhaltlich strukturierte Auswertung nach Kuckartz und Rädiker (2022) erweist sich als stimmig. Rückblickend ist es in Erwägung zu ziehen, die Forschungsfrage auf jeweils die psychosozialen Faktoren einzuschränken. Denn in den Ergebnissen konnten vergleichsweise wenig fördernde physische Faktoren und keine hindernden physischen Faktoren zur Inanspruchnahme von Beratung festgestellt werden.

Ebenso stellt sich die Wahl des problemzentrierten Interviews, welches semistrukturiert aufgebaut ist, als passend heraus. Durch die narrative Einstiegsfrage gelang es, die Teilnehmerinnen in einen Redefluss zu führen. In Bezug auf die Durchführung der Interviews könnte kritisch angemerkt werden, dass die Interviews teils sehr offen geführt wurden. Dies führte in einzelnen Interviews zu kurzzeitigem Abschweifen vom Thema. Zudem ist zu anmerken, dass im Verlauf der Interviews immer wieder geschlossene Fragen gestellt wurden und auch Suggestivfragen sowie Themensprünge vorkommen.

Hinsichtlich des Zuganges zum Feld ist die Erkenntnis abzuleiten, dass Angehörige von suchtkranken Menschen über Beratungsstellen eher schwierig zu erreichen sind. Wie in Kapitel 6.3 Sampling beschrieben, ist die Zielgruppe über social media Plattformen wesentlich leichter anzutreffen. Erneut wird betont, dass die in kurzer Zeit erhaltenen Rückmeldungen zum Aufruf auf der social media Plattform Facebook zeigen, dass das Thema

Angehörige von suchtkranken Menschen in Vorarlberg präsent ist. Seitens der Angehörigen ist somit der Bedarf vorhanden, über die Suchtproblematik zu sprechen. Abgesehen davon deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die spezifischen Beratungsangebote den Angehörigen eher wenig bekannt sind. Der Bedarf darüber zu sprechen und die mangelnde Bekanntheit der Beratungsangebote unterstreichen die Wichtigkeit des Aufgreifens des Themas und die Auseinandersetzung mit diesem.

Weiters ist auffallend, dass sowohl die Probandinnen als auch alle persönlichen Rückmeldungen auf Facebook von weiblichen Personen stammten. Kontaktaufnahme mit einem männlichen Angehörigen gab es daher nicht. Es liegt nahe, dass die Begründung dafür auf dem teils noch stark verankerten Rollenbildes der Frau beruht, bei dem die Frau für den Familienzusammenhalt sowie emotionale Unterstützung zuständig ist und für Co-Abhängigkeit besonders empfänglich ist. (Waldhelm-Auer 2016, S. 207)

Die Kriterien des Stichprobenplanes (siehe Kapitel 6.3) konnten dennoch weitgehend erfüllt und einhergehend damit eine gewisse Heterogenität der Interviewteilnehmerinnen erreicht werden.

Hinsichtlich der Einhaltung der Forschungsethik sowie der Gütekriterien wird auf das Kapitel 6.1 verwiesen, in dem diese beschrieben werden. Im Sinne des Versuchs der Vervollständigung einer Methodentriangulation (siehe Gütekriterien Kapitel 6.1) hätte beispielsweise eine weitere Perspektive durch die zusätzliche Befragung von Expert:innen der Suchtberatungsstellen eingeholt werden können. Aus zeitlichen Gründen und der Einschränkung des Umfanges der Masterthesis wurde auf die Einholung einer weiteren Perspektive verzichtet.

Zuletzt wird noch auf die Mikroebene des Modelles *Barrieren der Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen* aus Kapitel 4.1 eingegangen. Denn in diesem Modell werden die Barrieren auf der Mikroebene nur im Rahmen zwischen dem/der fachlichen Berater:in und dem/der Klient:in thematisiert. In den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit sind auf der Mikroebene weitaus mehr hindernde und fördernde Faktoren erkennbar als nur jene zwischen Berater:in und Klient:in, weshalb die Mikroebene in einem erweiterten Ausmaß Anwendung findet (nicht nur auf sozialer, sondern auch auf der individuellen Ebene).

### (Klinisch-)Sozialarbeiterische Diskussion

Das theoretische Wissen, dass Angehörige starken Belastungen ausgesetzt und häufig von Multiproblemlagen betroffen sind, wurde auch in den Interviewgesprächen mit den Angehörigen deutlich. Der Klinischen Sozialen Arbeit, welche Expertin für die Beratung und Behandlung von Klient:innen in prekären Lebenssituationen ist, kommt somit ein Auftrag zu. Durch die klinisch-sozialarbeiterische Intervention in Form von psychosozialer Beratung – beispielsweise im Kontext der Suchtberatungsstellen – könnten die Lebenslagen der Angehörigen verbessert und gestärkt werden. Der positive Nutzen einer psychosozialen Beratung zeigte sich in einzelnen Interviews mit Angehörigen, welche eine Beratung in Anspruch genommen haben. Allerdings müsste zur Verfestigung dieser Behauptung die Fragestellung gezielt auf diesen Fokus gerichtet werden.

In Kapitel 3.3 wurde beschrieben, dass einer der Aspekte hinsichtlich der Abgrenzung von Klinischer Sozialer Arbeit und Psychotherapie ist, dass Klinische Soziale Arbeit den Fokus auch auf die Erreichung von hard-to-reach Klient:innen setzt. Des Weiteren wurde in der Einleitung beschrieben, dass die Angehörigenberatung von den Angehörigen nur mäßig nachgefragt wird. Demnach könnte interpretiert werden, dass es sich bei Angehörigen von suchtkranken Menschen um hard-to-reach Klientel handelt. Daraus würde sich für die Klinische Soziale Arbeit der Auftrag ergeben, im Sinne einer nachgehenden Arbeit sich gezielt damit auseinanderzusetzen, welche Bedarfe diese Zielgruppe hat und wie sie gegebenenfalls erreicht werden könnte.

Wird der Blickwinkel auf die Erkenntnisse dieser Masterthesis gerichtet, ergeben sich folgende Denkanstöße für die Klinische Soziale Arbeit:

Seitens der Angehörigen ist grundsätzlich der Bedarf vorhanden, über das Thema zu sprechen. Die Schlussfolgerung, dass Beratungsangebote für Angehörige in Vorarlberg eher wenig bekannt sind, weitere hindernde Faktoren bei der Inanspruchnahme hinzukommen, aber grundsätzlich die Offenheit zur Inanspruchnahme einer Beratung besteht, stellt sich folgende Frage: Sind es die Angehörigen, welche für die Klinische Soziale Arbeit hard-to-reach sind, oder sind die Beratungsangebote für die Zielgruppe schwer erreichbar?

In der Sozialpädagogischen Nutzerforschung wird beschrieben, dass es eine Passung zwischen den Angeboten und den Bedürfnissen der Klient:innen bedarf, damit es zu einer Inanspruchnahme kommt. Aus Sicht der Autorin müsste in der Angehörigenthematik schon viel früher angesetzt werden.

Neben der (Un-)Bekanntheit der Beratungsangebote ist den Ergebnissen zu entnehmen, dass Angehörige sich selbst häufig lange gar nicht als jene betrachten, die Hilfe benötigen. Die Ergebnisse deuten auch darauf hin, dass Angehörige häufig erst nach eskalierenden Situationen und bei Vorliegen starker physischer und psychischer Belastungen aktiv Hilfe aufsuchen. Dies weist darauf hin, dass das Wissen zu den Belastungen für Angehörige samt der Co-Abhängigkeit kaum verbreitet ist. Es bräuchte daher eine Bewusstseinsbildung in der Gesellschaft, in der aufgezeigt wird, dass Angehörige ebenso von der Sucht betroffen sind. Im Zuge dessen könnten auch die vorhandenen, zielgruppenspezifischen Beratungsangebote für Angehörige ins kollektive Bewusstsein gerückt werden.

Durch die frühere Inanspruchnahme von Beratung könnte der Sog der Co-Abhängigkeit zu einem früheren Zeitpunkt unterbrochen werden. Sämtliche Belastungen oder gar Erkrankungen der Angehörigen könnten dadurch abgefedert werden. Vermutlich würde es - durch die in der Beratung erlernten Verhaltensänderungen der Angehörigen gegenüber der suchtkranken Person - zu einer früher Problem- und Behandlungseinsicht des:der Suchtkranken kommen.

Die Klinische Soziale Arbeit könnte sich somit - neben ihrer beratenden Funktion - im Sinne von Präventionsarbeit, der Sensibilisierung der Gesellschaft widmen. Konkret könnten hierfür mediale Kampagnen (Printmedien, TV, Radio, Flyer) erstellt werden. Spezifisch bezogen auf Suchtkampagnen ist anzumerken, dass es bei der Thematisierung der Sucht selbstverständlich sein sollte, auch die Angehörigen anzusprechen. Dies gilt auch bezogen auf Workshops beispielsweise in Betrieben und Schulen, in denen zum Thema Sucht aufgeklärt wird.

Außerdem ist zu betonen, dass durch social media Plattformen eine große Masse schnell, einfach und kostengünstig angesprochen werden könnte. Somit bieten diese ein großes, noch ausbaufähiges Potential zur Erreichbarkeit von Angehörigen.

In dieser Hinsicht könnte beispielsweise an einen Chatroom für Angehörige, oder eine Online-Beratung (zur Erstkontaktaufnahme) gedacht werden. Im heutigen Internet-Zeitalter könnte eine Online-Beratung, welche die Anonymität wahrt, einen niederschweligen Einstieg vor der persönlichen Kontaktaufnahme mit einer Beratungsstelle darstellen.

Die Sozialpädagogische Nutzerforschung besagt auch, dass zur Förderung der Inanspruchnahme die Barrieren reduziert werden sollen. Es wird davon ausgegangen, dass allein durch die Bewusstseinsbildung und die Bekanntmachung der Beratungsstellen- und angebote für Angehörige sämtliche Barrieren reduziert werden könnten. Die Entstigmatisierung der Suchtthematik würde weiter gefördert werden. Es würde ein Problembewusstsein in Bezug auf die eigene Betroffenheit geben und weniger zum Bagatellisieren der Sucht kommen. Negative Emotionen (Angst, Scham, Schuld) welche in Bezug auf die Sucht und die Inanspruchnahme von Beratung bestehen, würden vermutlich verringert werden. Auch das Aufzeigen des Nutzens von Angehörigenberatung, würde das Inanspruchnahmeverhalten fördern.

Eine weitere Anregung richtet sich an die Fachkräfte des Sozial- und Gesundheitswesens einerseits zu reflektieren, inwiefern systemisch gearbeitet wird und Verweisungswissen zu relevanten Beratungseinrichtungen stattfindet. Andererseits zu reflektieren, welche Informationen die (telefonischen) Erstkontakte beinhalten müssen, dass es auch zur (zu einer weiteren) persönlichen Inanspruchnahme kommt.

Das Ausmaß des Effektes der Reduzierung von Barrieren auf die fördernden Faktoren und das Inanspruchnahmeverhalten, würde sich in der Praxis zeigen. Diesbezüglich wird abschließend angeregt und ermutigt, sich zukünftig weiterhin mit der Thematik auseinanderzusetzen.

## Literaturverzeichnis

- Amt der Vorarlberger Landesregierung (2018): Vorarlberger Suchtbericht. Online im Internet: <https://vorarlberg.at/documents/302033/472085/Voralberger+Suchtbericht+2018.pdf/d491bba8-817c-7432-963e-3bce43e9ce8d> (Zugriff am: 25.11.2021).
- Badura, B. et al. (2007): 6. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 2. Nationaler Präventionskongress. Online im Internet: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11553-007-0085-x.pdf> (Zugriff am: 4.2.2022).
- Bareis, Ellen (2012): „Nutzbarmachung und ihre Grenzen – (Nicht-)Nutzungsforschung im Kontext von sozialer Ausschließung und der Arbeit an der Partizipation.“ In: Kritisches Forschen in der Sozialen Arbeit. Gegenstandsbereiche – Kontextbedingungen – Positionierungen - Perspektiven. Herausgegeben von Schimpf, Elke; Steh, Johannes. 11. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH. S. 291-314.
- Baschin, Kirsten et al. (2011): „Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsstrukturen. Theoretisches Modell für Personen mit Migrationshintergrund.“ In: Psychotherapeut, 2012, Heft 1, S. 7-14.
- Beushausen, Jürgen (2020): Beratung lernen. Grundlagen Psychosozialer Beratung und Sozialtherapie für Studium und Praxis. 2. Auflage. Opladen & Toronto: Barbara Budrich.
- Borg-Laufs, Michael; Wälte, Dieter (2018): „Grundlagen Psychosozialer Beratung.“ In: Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. Herausgegeben von Michael Borg-Laufs; Dieter Wälte. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Borgetto, Bernhard; Krugmann, Susanne (2020): Gesundheitsförderliche Kommunikation. Bedingungen eines gesunden Austausches im Alltag. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH.
- Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2016): Forschungsmethoden und Evaluation. In den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. Auflage. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Caritas Vorarlberg (2019): „Suchterkrankungen belasten Familien.“ In: Arzt im Ländle, 2019, S. 14. Online im Internet: AIL Juli/August 2019 ([arztinvorarlberg.at](http://arztinvorarlberg.at)) (Zugriff am: 25.11.2021).
- Caritas Vorarlberg (2022): Angehörigenberatung. Online im Internet: <https://www.caritas-vorarlberg.at/hilfe-angebote/sucht/angehoerige-kinder/beratung> (Zugriff am: 22.09.2022).
- Deloie, Dario et al. (2014): „Integrative Sozialtherapie. Sozialtherapie – ein hoch aktuelles Konzept.“ In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. (2014) Heft 2, S. 8.

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg: Eigenverlag.

Egger, J.W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychologische Medizin. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Engel, Frank et al. (1999): Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Fachverband Sucht (2015): Umfrage zu Angeboten für Angehörige von suchtbetroffenen Menschen in der Deutschschweiz. Evaluationsbericht. Online im Internet: Bericht\_zur\_Bestandesaufnahme\_Angebote\_Angehrige (fachverbandsucht.ch) (Zugriff am: 30.11.2021).

Fachverband Sucht (2021): Angehörige suchtkranker Menschen. Online im Internet: <https://fachverbandsucht.ch/de/fachwissen/themen/angehorige-suchtkranker-menschen> (Zugriff am: 30.11.2021).

Flassbeck, Jens (2014): Ich will mein Leben zurück. Selbsthilfe für Angehörige von Suchtkranken. Stuttgart: Klett-Cotta.

Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung e.V. (2019): Barrieren der Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen. Online im Internet: [https://www.fgw-nrw.de/fileadmin/user\\_upload/FGW-Studie-VSP-23-Schaarschuch-2019\\_05\\_14-komplett-web.pdf](https://www.fgw-nrw.de/fileadmin/user_upload/FGW-Studie-VSP-23-Schaarschuch-2019_05_14-komplett-web.pdf) (Zugriff am: 26.01.2022).

Gallus et al. (2017): Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker: ein multimodaler Ansatz (BEPAS). Online im Internet: 171109\_Abschlussbericht\_BEPAS.pdf (bundesgesundheitsministerium.de) (Zugriff am: 31.01.2022).

Gutiérrez-Lobos, Karin (2012): Die Radiodoktor Infomappe. Online im Internet: <https://www.trabe-therapie.at/wp-content/uploads/2020/02/Co-Abh%C3%A4ngigkeit-RADIODOKTOR.pdf> (Zugriff am: 31.01.22).

Herzog, Kerstin; Van Rießen Anne (2017): „Institutionelle Blockierungen und Begrenzungen von Angeboten Sozialer Arbeit. Eine Rekonstruktion aus der Perspektive der (Nicht-) Nutzer\_innen.“ In: Widersprüche gesellschaftlicher Integration. Zur Transformation Sozialer Arbeit. Herausgegeben von Bilgi, Oktay et al. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH, S. 129-148.

Hoffmann, Stefan (2012): „Psychologische Grundlagen des Gesundheitsmarketing. Ein Überblick über sozial-kognitive Modelle.“ In: Der Betriebswirt, 2012, Heft 3, S. 10-14.

Institut Suchtprävention (2021): Statistische Kennzahlen und Studien zum Thema Sucht. Online im Internet: <https://www.praevention.at/sucht-vorbeugung/statistiken-und-studien> (Zugriff am: 30.11.21).

Jorm, Anthony F. (2020): „Eine Einführung in das Konzept Mental Health Literacy.“ In: Health Literacy im Kindes- und Jugendalter. Ein- und Ausblicke. Herausgegeben von Bollweg, Thorsten M. et al. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH, S. 145.

Kelle, Udo; Kluge, Susann (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2. Auflage Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Klein, Michael (2018): Angehörigenarbeit in der Suchthilfe. Online im Internet: [https://www.addiction.de/wp-content/uploads/2019/07/Angeh%C3%B6rige\\_Hochstadt\\_Gespr%C3%A4che\\_060618.pdf](https://www.addiction.de/wp-content/uploads/2019/07/Angeh%C3%B6rige_Hochstadt_Gespr%C3%A4che_060618.pdf) (Zugriff am: 30.11.21).

Klus Sebastian; Schilling, Johannes (2018): Soziale Arbeit. Geschichte – Theorie – Profession. 7. Aufl. München: Ernst Reinhardt.

Kruse, Jan (2015): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Kuckartz, Udo; Rädiker, Stefan (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 5. Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Laging, Marion (2020): Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen – Konzepte – Methoden. 2. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Lübeck, Anja; Wälte, Dieter (2018): „Was ist psychosoziale Beratung?“. In: Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. Herausgegeben von Michael, Borg-Laufs; Dieter, Wälte. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. S. 24-25.

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mechtcheriakov (2021): Alkohol. „Zwischen Genuss und Gefahr“. 4. Auflage. Wien: Med-Media Verlag und Mediaservice Ges.m.b.H.

Mellody, Pia (2010): Verstrickt in die Probleme anderer. Über Entstehung und Auswirkung von Co-Abhängigkeit. 10. Auflage. München: Verlagsgruppe Random House.

Meyer, Robert J.; Smith Jane Ellen (2013): Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

- Noibinger, Anna (2001): Gesundheitsbezogenes Verhalten verstehen. Seminar für Fachliteratur. Universität Wien. Wien. Online im Internet: [https://homepage.univie.ac.at/michael.trimmel/gesundheitspsych\\_ss2001/noibinger.pdf](https://homepage.univie.ac.at/michael.trimmel/gesundheitspsych_ss2001/noibinger.pdf) (Zugriff am: 17.03.2022).
- Oelerich, Gertrud; Schaarschuch, Andreas (2005): Vorwort der Herausgeber. In: Oelerich, Gertrud; Schaarschuch, Andreas (Hrsg.) (2005): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlage. S. 7.
- Oelerich, Gertrud; Schaarschuch, Andreas (2013): „Sozialpädagogische Nutzerforschung.“ In: Adressaten, Nutzer, Agency. Akteursbezogene Forschungsperspektiven in der Sozialen Arbeit. Herausgegeben von Graßhoff, Gunther. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH, S. 85-99.
- Pauls, Helmut (2013): „Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität.“ In: Resonanzen E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 2013 (2013), Heft 1, S. 15 – 31. Online im Internet: <https://widerspiegeln.resonanzenjournal.org/index.php/resonanzen/article/view/191> (Zugriff am 16.12.2021).
- Pauls, Helmut (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Pehl, Thorsten (2021): Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring oder nach Kuckartz?. Online im Internet: <https://www.audiotranskription.de/qualitative-inhaltsanalyse-nach-mayring-oder-nach-kuckartz/>. (Zugriff am: 13.10.2022).
- Psychotherapiepraxis.at (2022): Der Info-Point rund um Psychotherapie, Coaching, Paartherapie und Sexualtherapie. Online im Internet: <https://www.psychotherapiepraxis.at/pt-forum/viewtopic.php?t=30584&hilit=Co+Abh%C3%A4ngigkeit%3F>. (Zugriff am: 07.02.2022).
- Puhm, Alexandra; Uhl, Alfred (2015): Co-Abhängigkeit. Ein populärer Ausdruck der mehr Verwirrung als Klarheit stiftet. In: SUCHT. (2015), Heft Nr. 96, S. 10.
- Rennert, Monika (2012): Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. 3. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Schubert, Franz-Christian et al. (2019): Beratung. Grundlagen – Konzepte – Anwendungsfelder. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Staub-Bernasconi, Silvia (1995): Systemtheorie, soziale Probleme und soziale Arbeit: lokal, national, international. oder: vom Ende der Bescheidenheit. Bern (u.a.): Haupt.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2018): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität. 2. Auflage. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Waldhelm-Auer, Bettina (2016): Geschlecht und Co-Abhängigkeit. Das Schicksal von Partnerinnen in Suchtbeziehungen. Online im Internet: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11620-016-0364-7.pdf> (Zugriff am: 08.12.2021).

Witzel, Andreas (2008): Forum qualitative Sozialforschung. Das problemzentrierte Interview. Online im Internet: Blick auf das problemzentrierte Interview | Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research ([qualitative-research.net](http://qualitative-research.net)) (Zugriff am: 20.04.2022).

## **Anhang**

A1	Interviewleitfaden	100
A2	Kurzfragebogen	101
A3	Einverständniserklärung	102
A4	Postskript	103
A5	Kodierleitfaden	104

## A1 Interviewleitfaden

### 1. Wohlergehen

- Wenn Sie an den Suchtverlauf ihres:r Angehörigen denken und wie es Ihnen damit ergangen ist, wie kam es dazu, dass Sie zur Beratung gegangen sind?
  - Wie war der Suchtverlauf für Sie? / Was hat es mit Ihnen gemacht?
  - Was hat Sie schließlich dazu bewegt, in Beratung zu gehen?
  - An welchem Punkt haben Sie sich für Beratung entschieden?

### 2. Kosten-Nutzen

- Beschreiben Sie mir den Weg vom ersten Gedanken in eine Beratung zu gehen, bis sie dann tatsächlich vor Ort in der Beratung waren.  
(Zeitdauer, Gedanken, Gefühle)
- Wenn Sie jetzt daran denken, wie Sie zur Beratung gekommen sind, was war da hilfreich?
  - Was hat sie bestärkt diesen Schritt zu machen?
  - Welche Vorteile haben Sie in der Beratung gesehen?
- Wenn Sie jetzt daran denken, wie Sie zur Beratung gekommen sind, welche Hindernisse gab es da?
  - Von welchen Risiken sind Sie ausgegangen?
  - Welche Nachteile haben Sie gesehen?

### 3. Umfeld

- Welche Rolle spielt die Gesellschaft/Umfeld, wenn es um das Annehmen von Hilfe/das Aufsuchen von Beratung geht?  
Welches Bild hat die Gesellschaft von Angehörigen von Suchtkranken?
  - Wie denken/reden andere über Angehörige Suchtkranker?
  - Spielt das Image eine Rolle bei der Inanspruchnahme von Hilfe? Wenn ja, inwiefern?
- Inwieweit hat Sie Ihre Familie beim Aufsuchen von Hilfe bestärkt?
- Inwieweit waren weitere Bezugspersonen eine Unterstützung?
  - Wenn nicht, warum nicht?

### 4. Versorgungsstrukturen

- Wie erleben Sie die Versorgungsangebote für Angehörige in Vorarlberg?  
(Bekanntheit, Angebotsspektrum, Standorte, Erreichbarkeit, Wartezeit, Terminlegung)
- Wie sind Sie auf die Beratungsstelle aufmerksam geworden?
- Wie haben Sie die erste Kontaktaufnahme erlebt?
- Was war/ist Ihnen wichtig in Bezug auf die Beratungsangebote?

### 5. Sonstiges

- Was glauben Sie, was hindert andere Angehörige in eine Beratung zu gehen?
- Was müsste sich (bei den Beratungsangeboten) verändern, dass mehr Angehörige kommen?

A2 Kurzfragebogen

**Kurzfragebogen**

1. Geschlecht:

- Weiblich
- Männlich
- Sonstiges

2. Alter: \_\_\_\_\_

3. Höchster Schulabschluss: \_\_\_\_\_

4. Angehörig:r einer Bezugsperson folgender Suchtproblematik:

- Alkohol
- Illegale Drogen: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

5. Beziehung zur suchtkranken Person:

- Partner:in
- Elternteil
- Kind
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

6. Mit der suchtkranken Person zusammen wohnend:

- Ja
- Nein

7. Kenntnis über die Suchtproblematik seit (ca.): \_\_\_\_\_

8. In Beratung seit (ca.): \_\_\_\_\_

Einverständniserklärung zum Interview

Masterthema: Angehörige von suchtkranken Menschen – Inanspruchnahme von Beratung  
Betreuung: Dr. Erika Geser-Engleitner  
Interviewerin: Julia Stimpfl BA  
Befragte:r: \_\_\_\_\_  
Interviewdatum: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich dazu bereit, im Rahmen der genannten Masterarbeit an einem Interview teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Forschungsprojekts informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und in Schriftform gebracht wird. Die Audiodateien werden anschließend archiviert. Die Transkripte der Interviews werden anonymisiert, d.h. ohne Namen und Personenangaben gespeichert. Die wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes erfolgt durch die Interviewerin. Die Interviewerin wurden auf das Datengeheimnis verpflichtet. Gearbeitet wird dabei nach den Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze aus den Transkripten, die nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche und unterrichtende Zwecke genutzt werden können. Meine Teilnahme an der Erhebung und meine Zustimmung zur Verwendung der Daten, wie oben beschrieben, sind freiwillig.

Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Zustimmung zu widerrufen. Durch Verweigerung oder Widerruf entstehen mir keine Nachteile. Ich habe das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung und Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch gegen die weitere Verarbeitung sowie auf Datenübertragbarkeit meiner personenbezogenen Daten. Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben, und bin damit einverstanden, dass es aufgezeichnet, verschriftlicht, anonymisiert und ausgewertet wird.

\_\_\_\_\_ Ort, Datum, Unterschrift Interviewte:r

\_\_\_\_\_ Ort, Datum, Unterschrift Interviewerin

## Protokollbogen

**Datum:**

**Uhrzeit:**

**Interviewnummer:**

Räumlichkeit:

Zusammentreffen:

Gesprächsatmosphäre:

Störungen:

Verhaltensbeobachtung:

A5 Kodierleitfaden

	Subkategorie	Code	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K1 Physisch fördernd			Physisch: Den Körper und deren Beschaffenheit betreffend. Das Leidensbild spielt sich auf der physischen Ebene ab.	„Also in erster Linie, also einmal das, dass es mir körperlich nicht mehr gut gegangen ist“. (Interview5, Position: 71 – 72)	Aussagen bezogen auf die physische Gesundheit, die zur Kontaktaufnahme mit einer Beratungsstelle oder zur Inanspruchnahme von Beratung beigetragen haben.
Kategorie	Subkategorie	Code	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K2 Psychisch fördernd		K2.1 Auswirkung psychische Gesundheit	Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem Angehörige ihre Fähigkeiten ausschöpfen, normale Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten können.	„Ja es war dann wirklich so mit Schlafstörungen und einfach wirklich halt nur im Nervenkostüm oder“. (Interview3, Position: 24 – 25)	Aussagen, die in Zusammenhang mit dem Inanspruchnahmeverhalten stehen und in denen: - Angehörige angeben, dass es ihnen durch die Situation schlecht ergeht - von psychischen Erkrankungen erzählt wird - Auswirkungen auf die psychische Gesundheit ableitbar sind.
		K2.2 Belastung	Äußere Stressoren wirken auf die angehörige Person ein.	„Weil ich gemerkt habe, erstens ist es mir an die Substanz gegangen, das ist für mich eine große Belastung gewesen“. (Interview1, Position: 13 – 14)	Aussagen, bei denen von belastenden Ereignissen oder Belastungen gesprochen werden oder wenn aus dem Kontext auf eine Belastung geschlossen werden kann und diese sich fördernd auf die Inanspruchnahme von Beratung auswirkt.
		K2.3 Verzweiflung und Ohnmacht	<u>Verzweiflung</u> : Ein Zustand völliger Hoffnungslosigkeit. <u>Ohnmacht</u> : Mangelnde Einflussmöglichkeiten.	„[...] du bist auch verzweifelt weil du weißt gar nicht ähm, war das jetzt nur ein Mal, oder hast du irgendetwas falsch interpretiert, weil die Menschen lügen dich auch an“. (Interview7, Position: 84)	Aussagen in denen Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit oder Hilflosigkeit geäußert werden, oder die genannten Emotionen aus dem Kontext des Interviews abgeleitet werden können und sich fördernd auswirken.

		K2.4 Angst	Inkludiert Anspannung, Besorgtheit, Nervosität, innere Unruhe und Furcht vor zukünftigen Ereignissen.	„Aber ich habe dann auf einmal eine wahnsinnige Angst um ihn bekommen“. (Interview5, Position: 71 - 72)	Aussagen in denen Angst ausgedrückt wird, oder diese Emotion aus dem Kontext des Interviews abgeleitet werden kann, die sich fördernd auf die Inanspruchnahme auswirkt.
		K2.5 Hoffnung	Zuversicht und Vertrauen in die Zukunft.	„Ja du gibst halt die Hoffnung schon nicht auf/(...) Probierst auch viele Sachen [...]“. Interview5, Position: 2)	Aussagen die sich auf die Hoffnung beziehen, dass durch die Inanspruchnahme von Beratung eine Stabilisation der Situation erreicht wird.
		K2.6 Bedürfnis nach Information	Informationsbedarf aufgrund der Lebenssituation.	„Auf jeden Fall, ich habe natürlich selber auch müssen mit dem umgehen lernen, was ist Alkohol“. (Interview6, Position: 24)	Aussagen in denen der Bedarf an Informations- oder Wissensvermittlung ermittelt werden kann. Dies inkludiert auch Informationen zum Umgang mit der Situation.
		K2.7 Nutzen Beratung 1	Eine Beratung als förderlich ansehen. (subjektive Sichtweise)	„Pro Mente war super weil ich eine Elternberatung gehabt habe. Und die habe ich gebraucht“. (Interview1, Position: 12)	Aussagen bei denen sich ein konkreter Nutzen von Beratung ableiten lässt. Aussagen die in die vorigen Kategorien (zB Bedürfnis nach Information) eingeordnet wurden und sich nicht dezidiert auf die Beratung beziehen, werden nicht nochmals codiert.

		K2.8 Sonstiges 1	Sonstige psychische Aspekte, welche sich fördernd auswirken.	„Und kämpfen müssen halt beide, eines alleine bekommt es nicht hin“. (Interview6, Position: 36)	Aussagen der Kategorie psychisch fördernd, welche in keine der Subkategorie untergeordnet werden können.
Kategorie	Subkategorie	Code	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K3 Sozial fördernd	K3.1 Sozial fördernd Mikro	K3.1.1 Akute Situationen	Vordringliche/unmittelbare Verhältnisse oder Umstände, in der sich eine Person befindet.	„Und dann hat er mir gesagt, ja er, irgendwie er möchte sich umbringen. Dann sind wir in die Jugendpsychiatrie gegangen (...).“ (Interview1, Position: 11)	Aussagen bei denen sich zuspitzende Situationen deutlich werden und einen fördernden Faktor darstellen.
		K3.1.2 Beziehung zur suchtkranken Person	Verbindung/Kontakt zwischen der angehörigen- und der suchtkranken Person.	„Man hat einen direkten Bezug zu diesem Menschen, man weiß wie der Mensch ist ohne Drogen (...).“ (Interview1, Position: 34)	Aussagen aus den geschlossen werden kann, dass die Beziehung zur suchtkranken Person ein fördernder Faktor zur Inanspruchnahme von Beratung darstellt.
		K3.1.3 Soziales Umfeld 1	Sämtliche Lebensbereiche in denen ein Mensch lebt. Das sind die Familie, Schule oder Arbeit sowie der Freundes- und Bekanntenkreis.	„Ich hatte niemand gehabt wo mich irgendwie unterstützt, auch, wie soll ich mit der ganzen Sache umgehen oder“. (Interview1, Position: 13 – 14)	Aussagen bezogen auf die Gegebenheiten des sozialen Umfeldes oder Aussagen von Personen aus dem sozialen Umfeld, die ein fördernder Faktor darstellen.

		K3.1.4 Suchtverlauf 1	Die Richtung, in der die Sucht verläuft oder die Art, wie sie sich erstreckt.	„Die letzten 10 Jahre ist es wieder ganz schlimm, also sie ist nicht nur Spiegeltrinkerin, sondern ganz extrem, sie hört dann gar nicht mehr auf“. (Interview4, Position: 39)	Aussagen zum Verlauf der Sucht (inklusive den Ereignissen), bei denen sich aus dem Kontext ein fördernder Faktor ergibt. Gesetzliche Konsequenzen der Sucht werden nur codiert, wenn sie im Kontext des Suchtverlaufes stehen.
Kategorie	Subkategorie	Code	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K3 Sozial fördernd	K3.2 Sozial fördernd Meso	K3.2.1 Kontaktaufnahme	Handlung, bei der seitens der Angehörigen Kontakt zu einer Beratungsstelle hergestellt wird.	„Ich habe mich dann ähm mit dem Clean in Verbindung gesetzt [...]“. (Interview5, Position: 2)	Aussagen, die sich auf die Erstkontaktaufnahme mit einer Beratungsstelle beziehen.
		K3.2.2 Systemischer Einfluss 1	Beeinflussende, fördernde Wirkung seitens von Einrichtungen (Mesoebene) auf Angehörige.	„[...] weil sie sich einmal versucht hat zum Umbringen mit Tabletten halt und Alkohol, war sie dann halt im Spital und dann kommt auch gleich die Psychologin oder und fragt ja, die Angehörigen und so“. (Interview4, Position: 110)	Aussagen, die in Zusammenhang mit Sozial- und Gesundheitseinrichtungen oder der Arbeitsstelle stehen und sich fördernd auswirken.
		K3.2.3 Beratungsstelle	Stelle, bei der sich die Angehörigen Rat holen können.	„[...] sie hat mit mir geredet und sie hat mich auch weiterentwickelt ist mit mir weitergegangen den Weg [...]“. (Interview6, Position: 58)	Aussagen die sich auf die Beratungsstelle beziehen und einen fördernden Faktor darstellen. Inkludiert die Bekanntheit von Beratungsstellen, Infos zu den Kosten und die Beziehung zu Berater:innen. Wird auch codiert, wenn sich Personen schon in Beratung befinden. Ausgelassen werden alle Aussagen, die sich auf die Kontaktaufnahme beziehen.

Kategorie	Subkategorie	Code	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K3 Sozial fördernd	K3.3 Sozial fördernd Makro	K3.3.1 Systemischer Einfluss 2	Beeinflussende, fördernde Wirkung (auf gesetzlich-politischer Ebene) auf Angehörige	„Also das ist jetzt so frisch mit der Polizei, die Sache, und da wird auch einiges noch kommen, mit Amtsarzt, Bezirkshauptmannschaft, Staatsanwaltschaft, da werde ich sicher Beratung brauchen“. (Interview1, Position: 42)	Aussagen, bei denen die staatlichen Gegebenheiten, Konsequenzen etc. sich fördernd auf die Inanspruchnahme auswirken.
		K3.3.2 Gesellschaft 1	Größere Gruppe von Menschen, die unter bestimmten Verhältnissen innerhalb eines räumlich begrenzten Gebiets (Vorarlberg) zusammenleben.	„Also ich glaube jetzt nicht das der Ruf darunter schadet (laut) wenn man jetzt so eine Beratung in Anspruch nimmt [...]“ (Interview7, Position: 72)	Aussagen die sich auf die Gesellschaft beziehen und die sich fördernd auf die Inanspruchnahme auswirken.
		K3.3.3 Medien 1	Es handelt sich dabei um Produkte, die dazu beitragen, Informationen einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen.	„[...] Ich habe es gegoogelt. Also ich habe Suchtstelle gegoogelt, ich habe sie auch schon im Fernseher gesehen und so“. (Interview7, Position: 17 – 18)	Aussagen die sich auf Medien beziehen (TV, Zeitung, Internet) und ein fördernder Faktor darstellen.
Kategorie	Subkategorie	Code	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K4 Sonstiges fördernd		K4.1 Zusätzliche Belastungen und Auswirkungen	(Neben den Belastungen durch die Suchterkrankung) weitere Stressoren von außen die auf die Angehörigen einwirken oder Folgen der Sucht, welche die Angehörigen spüren.	„Weil dann ziemlich viel zusammengekommen ist, ich habe halt immer mehr und mehr Krankheiten bekommen und im Job ist es dann auch nicht so gerade gegangen. Und (...) mit der Partnerschaft nicht so und dann ist halt, dann habe ich halt eine leichte Depression gehabt“. (Interview4, Position: 23)	Aussagen bei denen zusätzliche Belastungen neben der Sucht genannt werden (auch Mehrfachbelastungen). Aussagen die sich auf negative Auswirkungen der Sucht auf das Leben von Angehörigen beziehen und sich fördernd auswirken.

		K4.2 Wünsche	Begehren seitens der Angehörigen in Bezug auf das Thema Sucht.	„[...] auch wenn jetzt ein Kind rausfällt, wenn man sagt OK, man kann aus so einem Vollvertrag wo man macht für das Kind, so ein Teilvertrag machen, wo wenigstens die Eltern irgendwie einen Teil in Betreuung betreut werden [...] (Interview1, Position: 18)	Aussagen die Wünsche an die Beratungslandschaft oder die sozialen/politischen Strukturen enthalten.
Kategorie	Subkategorie	Code	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K5 Psychisch hindernd		K5.1 Angst, Scham, Schuld	Angst: siehe Definition K2.4 Scham: Gefühle durch das Bewusstsein versagt zu haben oder sich die Blöße gegeben zu haben. Schuld: Verantwortlichsein für etwas Unangenehmes	„Also ich könnte mir nur vorstellen, dass ganz viele Leute halt nicht zu so einer Beratung gehen, weil sie sich schämen“. (Interview2, Position: 24)	Aussagen die sich auf eine der drei Emotionen beziehen und sich im Inanspruchnahmeprozess hindernd auswirken.
		K5.2 Sucht bagatellisieren/nicht realisieren	Die Sucht als geringfügige Angelegenheit sehen (wollen) oder nicht das Bewusstsein darüber, dass es sich um eine Suchterkrankung handelt.	„Ich glaube man will es sich selber nicht eingestehen. Und ich glaube man hat das zu realisieren, oh Gott, MEIN Kind“. (Interview1, Position: 43 – 44)	Aussagen in Bezug auf das Bagatellisieren oder nicht realisieren der Sucht.
		K5.3 Therapie für suchtkranke Person	Therapie beinhaltet alle Maßnahmen um Krankheiten, Verletzungen oder seelische Traumata positiv zu beeinflussen.	„Er muss das selber wollen, er muss selber sagen ich will clean werden und ich will das schaffen [...]“. (Interview2, Position: 16)	Aussagen aus denen hervorgeht, dass die suchtkranke Person etwas verändern muss, zum Beispiel eine Therapie/Beratung in Anspruch zu nehmen.
		K5.4 Eigenständige Problemlösung	Das Suchtproblem auf eigener Grundlage fußend, lösen wollen.	„Ja ich war einfach der Meinung das schaffe ich schon“. (Interview5, Position: 24)	Aussagen aus denen hervorgeht, dass die angehörige Person ihre vorherrschenden Probleme eigenständig, ohne professionelle Hilfe, bewältigen möchte.

		K5.5 Einstellung/ Kosten Beratung	Einstellung: Meinung, Ansicht, inneres Verhältnis, das die Angehörigen zur Beratung haben. Kosten im Sinne von "etwas erfordern".	„[...] eine Beratungsstelle hätte mir nichts anderes sagen können wie mir meine Freundin gesagt hat [...]“ (Interview2, Position: 24)	Aussagen zu(r) Einstellung/Kosten von Beratung, welche ein hindernder Faktor darstellen. Wurde die Aussage schon in eine der Kategorien von <i>psychisch hindernd</i> eingeordnet und gibt es keine weiteren Erkenntnisse, wird die Aussage nicht erneut codiert.
		K5.6 Hoffnung aufgeben	Aufgabe von Vertrauen und Zuversicht in die Zukunft.	„Ich glaube umso länger du mit dem Thema zu Tun hast, umso weniger nimmst du glaube ich eine Beratung in Anspruch. [...] irgendwann gibst du einfach auf“. (Interview7, Position: 76)	Aussagen in denen deutlich wird, dass keine Zuversicht hinsichtlich des Suchtverhaltens vorherrscht und es in diesem Zusammenhang ein hindernder Faktor darstellt.
Kategorie	Subkategorie	Code	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K6 Sozial hindernd	K6.1 Sozial hindernd Mikro	K6.1.1 Verschleierung der Sucht	Seitens der suchtkranken Person wird versucht die Sucht zu verbergen.	„Ja und mit der Zeit kommst du dann auch drauf, sie lügen dich halt einfach auch an [...]“. (Interview5, Position: 2)	Aussagen bezogen auf das Verbergen der Sucht seitens der suchtkranken Person (zum Beispiel durch Lügen).
		K6.1.2 Suchtverlauf 2	Die Richtung, in der die Sucht verläuft oder die Art, wie sie sich erstreckt.	„[...] da denkst du dir ja die probieren alle mal so aus, aber das hat sich dann halt so eingeschlichen, dass das dann halt immer öfter war [...]“. (Interview3, Position: 13)	Aussagen zum Verlauf der Sucht (inklusive den Ereignissen), bei denen sich aus dem Kontext ergibt, dass es sich hindernd auf das Inanspruchnahmeverhalten auswirkt.
		K6.1.3 Soziales Umfeld 2	Sämtliche Lebensbereiche in denen ein Mensch lebt. Das sind die Familie, Schule oder Arbeit sowie der Freundes- und Bekanntenkreis.	„Und dann hat man ein Umfeld wo dann sagt, O GOTT. Ich hätte nie gedacht, dass IHR in sowas hineinruscht“. (Interview1, Position: 46)	Aussagen zu den Gegebenheiten des sozialen Umfeldes oder Aussagen von Personen aus dem sozialen Umfeld, welche ein hindernder Faktor darstellt.

Kategorie	Subkategorie	Code	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K6 Sozial hindernd	K6.2 Sozial hindernd Meso	K6.2.1 Bekanntheit Beratungsstellen	Das Bekanntsein von Beratungsstellen für Angehörige von Suchtkranken.	„Ich glaube, dass es die meisten gar nicht wissen, dass es das gibt“. (Interview7, Position: 73 – 74)	Aussagen bei denen das Nicht-Bekanntsein von Beratungsstellen für Angehörige angesprochen wird.
		K6.2.2 Fehlender Informationsfluss	Seitens Gesundheits- und Sozialeinrichtungen fehlende Weitergabe von Informationen zu Beratungsstellen/Beratungsangebote für Angehörige.	„Ich hätte mir gewünscht, dass ich es beim ersten Mal gewusst hätte. Dann wäre ich nämlich gleich gegangen“. (Interview7, Position: 38)	Aussagen bei denen aus dem Kontext entnommen werden kann, dass Angehörige seitens Gesundheits- und Sozialeinrichtungen keine Informationen zu Beratungsstellen/angeboten erhalten haben.
		K6.2.3 Nutzen Beratung 2	Eine Beratung als förderlich ansehen. (subjektive Sichtweise bezogen auf die Angehörigenberatung)	„[...] habe schon gedacht, dass es uns guttut als Eltern [...] zum mit der Situation umgehen, aber dass es auch Auswirkungen hat darauf wie es dem Sohn geht, damit hätte ich nicht gerechnet“. (Interview3, Position: 73)	Aussagen, die sich auf den (Nicht)Nutzen einer Angehörigenberatung beziehen und ein hindernder Faktor darstellen. Aussagen die in eine der Kategorien <i>psychisch hindernd</i> eingeordnet wurden, werden nicht erneut codiert.
		K6.2.4 Sonstiges 2	Weitere Aspekte welche nicht in die vorigen Kategorien zu sozial hindernd Meso einordenbar sind.	„[...] bei der Fähre hatten wir sogar schon einen Termin, vor der Tür gestanden und [...] der Betreuer wo für uns zuständig gewesen wäre, hat einen Fahrradunfall gehabt, gerade auf dem Weg zu uns her“. (Interview3, Position: 15)	Weitere Aussage der Kategorie sozial hindernd Meso, welche in keine der vorigen Subkategorien einordenbar sind.

Kategorie	Subkategorie	Code	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K6 Sozial hindernd	K6.3 Sozial hindernd Makro	K6.3.1 Gesellschaft und Medien 2	Gesellschaft: siehe Definition K3.3.2 Medien: siehe Definition K3.3.3	„Es soll alles in Ordnung sein, jeder soll meinen es ist alles gut und dann nimmt man Hilfe nicht in Anspruch die man eigentlich dringend brauchen würde“. (Interview1, Position: 48)	Aussagen aus denen geschlossen werden kann, dass sich gesellschaftliche oder mediale Aspekte hindernd auf die Inanspruchnahme auswirken.
Kategorie	Subkategorie	Code	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K7 Sonstiges hindernd			Weitere hindernde Aspekte, die nicht spezifisch in die Hauptkategorien bio-psycho-sozial eingliederbar sind.	„Bei uns ist das im Winter gewesen, da ist alles zusammengekommen“. (Interview1, Position: 42)	Aussagen die nicht in die Hauptkategorien bio-psycho-sozial eingliederbar sind, aber sich hindernd auf die Inanspruchnahme auswirken.

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Stellen sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in gleicher noch in ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Dornbirn, am 30.11.2022, Julia Stimpfl



Julia Stimpfl

---

Zeichenanzahl inklusive Lehrzeichen: 182.485