

**Geschwister von  
drogenabhängigen Personen  
und ihre Sicht auf die Sucht**

**Sandra Eigenbauer**

Diplomarbeit  
eingereicht zur Erlangung des Grades  
Magistra(FH) für sozialwissenschaftliche Berufe  
an der Fachhochschule St. Pölten  
im Mai 2007

Erstbegutachterin:  
DSA Karin Goger

Zweitbegutachterin:  
DSA Barbara Fellöcker

### **Abstract**

**Sandra Eigenbauer**

### **Geschwister von drogenabhängigen Personen und ihre Sicht auf die Sucht**

Diplomarbeit, eingereicht an der Fachhochschule St. Pölten im Mai 2007

Die vorliegende Diplomarbeit gliedert sich in zwei Teile. Der erste beinhaltet die theoretische Hinführung zum Begriff „Geschwister“. Es werden die Rollen „gesunder“ Geschwister beschrieben. Ebenso wird auf Co-Abhängigkeit, Bedürfnisse und Angebote in der Angehörigenarbeit eingegangen. Der zweite Teil umfasst die empirische Forschung, im Zuge derer Leitfadenterviews mit Geschwistern von Drogenabhängigen durchgeführt und in Anlehnung an das Kodierparadigma der „Grounded Theory“ ausgewertet wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass Geschwister von Drogenkranken zahlreichen Belastungen und Ängsten ausgesetzt sind, diese aber mit diversen Copingstrategien ausgleichen können. Prinzipiell kann festgestellt werden, dass der Wunsch nach einer „heilen Welt“ besteht, dies aber oftmals mit der realen Welt kollidiert und die „gesunden“ Geschwister einer Art „Zerreißprobe“ ausgesetzt sind. Für sie dreht sich (im Gegensatz zu den Eltern) nicht alles nur um die suchtkranke Person. Es besteht ein starkes Bedürfnis, die Mutter zu entlasten und zu schützen. Innerhalb der Familie entsteht dadurch ein Spannungsfeld. So sollen Erwartungen erfüllt werden, andererseits stellen sich Gefühle von Eifersucht und Neid ebenso ein und die Rolle des Propheten und Vermittlers wird eingenommen. Ein zentraler Aspekt ist Angst, in der Arbeit als „Minenfeld“ formuliert. Die Geschwister Suchtkranker haben Angst ein Familienmitglied – möglicherweise durch Tod – zu verlieren. Sie haben ebenso Angst, sich jemandem anzuvertrauen, weil oftmals ein Gefühl von Scham besteht und sie sich alleingelassen fühlen. Allerdings sind auch Copingstrategien zu erkennen, zum einen, dass sie selbst eine Therapie machen, zum anderen möchten sie Distanz zur/zum Süchtigen gewinnen. All diese Phänomene machen es für den/die in der Drogenarbeit tätigen SozialarbeiterIn unabdingbar, sich auch theoretische Grundkenntnisse über Angehörigenarbeit anzueignen. SozialarbeiterInnen müssen den Eltern bewusst machen, dass sie auch auf ihre „gesunden“ Kinder nicht „vergessen“ dürfen. Die Geschwister sollten in die resultierenden Begebenheiten und Auswirkungen eingebunden und informiert werden.

## **Brothers and sisters of drug-dependent persons, and their view of addiction**

Diploma thesis, submitted at the University of Applied Science, St. Pölten in May 2007.

This Diploma work is structured into two parts. The first part contains the theoretical exposition on the subject of “brothers and sisters”. It describes the roles of the “healthy” brothers and sisters. Beyond this, it explores the areas of co-dependency, needs and offers in working with relatives. The second part covers research under which guided interviews with the brothers and sisters of drug-dependent persons were conducted and then evaluated, drawing on the coding paradigms of “Grounded Theory“. The results show that the brothers and sisters of those with drug problems are confronted with numerous stresses and fears, but that they are able to compensate for these with various coping strategies. The results of the research show that there is a desire for a “mended world”. They show that the “healthy” children are exposed to a kind of “test of breaking strength”. This turns not only on the drug-dependent family member, but also on the strong desire which exists to relieve the burden on and to protect the mother. The family itself becomes a field of conflict. Expectations have to be fulfilled, feelings of jealousy and envy arise, and the role of the prophet and go-between is taken on. One key aspect in this is the minefield of fear. The brothers and sisters are afraid of confiding in someone else, and a sense of helplessness and fear for the death and loss of a family member arise. Coping strategies (such as undergoing some kind of therapy, distancing oneself from the drug-dependent person, or speaking about the situation) can be identified. Lastly, there are some implications arising from this for social work: it turns out that in the field of drugs social work agents should have basic knowledge in working with relatives. Among other things social work agents should advise the parents that they must not forget their other children, if they exist. Parents have to involve them in all facets around the drug problem.

## **DANKSAGUNG**

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die durch ihre fachliche und persönliche Unterstützung zum Gelingen dieser Diplomarbeit beigetragen haben.

Besonderer Dank gilt meiner Diplomarbeitsbetreuerin, Frau DSA Karin Goger, die mich kontinuierlich fachlich und emotional unterstützt und begleitet hat!

Ich bedanke mich weiters bei Frau DSA Barbara Fellöcker, die es mir ermöglicht hat in der Angehörigengruppe für Drogen- und Medikamentenabhängige in St. Pölten teilzunehmen wodurch ich einiges im Bereich der Angehörigenarbeit lernen und erfahren konnte.

Einen weiteren großen Dank möchte ich einer sehr guten Freundin, Mag.<sup>a</sup> (FH) Barbara Dirnberger, aussprechen, die viel Zeit und Wissen investiert hat, um mich bei der Interviewauswertung zu unterstützen!

Darüber hinaus danke ich meiner besten Freundin Andrea, die mich durchgehend emotional unterstützt hat!

Einen weiteren Dank möchte ich noch meinem Freund René aussprechen, der mir bei diversen „technischen Schwierigkeiten“ weitergeholfen hat.

Last but not least bedanke ich mich bei allen meinen InterviewpartnerInnen, die mir Einblick in ihre Gefühle und Wahrnehmungen gewährt haben und mir dadurch die vorliegende Untersuchung ermöglicht haben.

# INHALT

<b>1. EINLEITUNG</b>	<b>8</b>
<b>I THEORETISCHE HINFÜHRUNG ZUM THEMA</b>	<b>10</b>
<b>2. BEGRIFFE UND DEFINITIONEN</b>	<b>10</b>
2.1 Geschwister	10
2.2 Die Geschwisterbindung	11
<b>3. DIE WICHTIGKEIT VON GESCHWISTERBEZIEHUNGEN</b>	<b>13</b>
3.1 Identifikationsmuster von Geschwistern	13
3.1.1 Enge Identifikation	14
3.1.2 Teilidentifikation	14
3.1.3 Geringe Identifikation	15
4.1 Rollen der „gesunden“ Geschwister nach Cleveland	17
4.1.1 Das Elternkind	17
4.1.2 Das brave Kind	18
4.1.3 Das symptomatische Kind	18
4.3 Versuch einer Gruppentherapie mit den „gesunden“ Geschwistern	19
4.3.1 Empfehlung einer Familientherapie	21
4.4 Loyalität unter Geschwistern	22
5.1 Was ist Co-Abhängigkeit?	23
5.2 Grundmuster von Co-Abhängigkeit	24
5.3 Merkmale von Co-Abhängigkeit	25
5.4 Die fünf Kernsymptome der Co-Abhängigkeit	26
5.4.1 Kernsymptom 1 - Schwierigkeiten mit angemessener Selbstachtung	26
5.4.2 Kernsymptom 2 – Schwierigkeiten, intakte Grenzen zu setzen	26
5.4.3 Kernsymptom 3 – Schwierigkeiten, über die eigene Realität zu verfügen	27
5.4.4 Kernsymptom 4 – Schwierigkeiten, die eigenen Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen und zu erfüllen	28
5.4.5 Kernsymptom 5 – Schwierigkeiten, die Realität angemessen zu erfahren und auszudrücken	28
6.1 Definition von Bedürfnis	29
6.2 Definition Bedürfnisbefriedigung	31
6.3 Die Verschiedenheiten der Bedürfnisse	31
6.4 Kategorien der Bedürfnisse nach Melody	32
6.5 Bedürfnisse und Wünsche erkennen und erfüllen	33

<b>7. ANGEBOTE DER ANGEHÖRIGENHILFE INNERHALB DER SUCHTHILFE</b>	<b>34</b>
7.1 Angehörigengruppen – Selbsthilfegruppen	34
7.1.1 Entstehung von Selbsthilfegruppen	35
7.1.2 Kennzeichen von Selbsthilfegruppen	35
7.1.3 Grenzen einer Selbsthilfegruppe	36
7.1.4 Wirkung von Selbsthilfegruppen	36
7.2 Psychotherapie	37
<b>8. DER FORSCHUNGSPROZESS</b>	<b>39</b>
8.1 Ausgangslage der Untersuchung	39
8.2 Die Forschungsfrage	40
8.3 Die Erhebungsmethode – Das Qualitative Interview	40
8.3.1 Das Leitfadeninterview	41
8.4 Kontaktaufnahme mit meinen Interviewpartnern	41
8.5 Durchführung und Ort der Interviews	43
8.6 Auswertung der Interviews nach der „Grounded Theory“	43
<b>9. DARSTELLUNG DER FORSCHUNGSERGEBNISSE</b>	<b>46</b>
9.1 Der Wunsch nach einer heilen Familie	46
9.1.1 Alles soll wieder so sein wie früher	46
9.1.2 Das andere, gesunde Kind aus allem raushalten wollen	47
9.1.3 Außerhalb der Kernfamilie	48
9.1.4 Verdrängung	49
9.2 Das „gesunde“ Kind in der Zerreißprobe	49
9.2.1 Mitgefühl und Mitleid mit der Mutter	49
9.2.2 Mutter entlasten und schützen	50
9.2.3 Die drogenkranken Geschwister werden zum Lebensthema	51
9.2.4 Das Geschwisterverhältnis verändert sich	52
9.2.5 Das Familienverhältnis ändert sich	53
9.2.6 Alles dreht sich um das Drogenproblem	54
9.2.7 Enttäuschung	55
9.2.8 Die Sucht mit(er)leben	55
9.3 Spannungsfeld Familie	56
9.3.1 Die Rolle des Vaters	57
9.3.2 Erwartungen müssen erfüllt werden	58
9.3.3 Gefühle von Neid und Eifersucht treten auf	59
9.3.4 Die Rolle des Propheten und Vermittlers	60
9.4 Das „Minenfeld“ der Angst	61
9.4.1 Reaktionen im Minenfeld	62
9.4.2 Angst sich jemanden anzuvertrauen – Gefühl der Hilflosigkeit	63

9.4.3 Angst vor Verlust und Tod	64
9.5 Copingstrategien	65
9.5.1 Darüber sprechen hilft	65
9.5.2 Wissen und Information hilft	66
9.5.4 Distanz zur/zum Süchtigen gewinnen	67
9.6 Implikationen für Sozialarbeit	68
<b>10. RESÜMEE</b>	<b>70</b>
<b>11. LITERATUR</b>	<b>73</b>
<b>12. ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>76</b>

## 1. EINLEITUNG

Die Geschwisterthematik ist selbst noch heute ein vernachlässigtes Thema in der Forschung. In den meisten, auch neueren und auflagestarken entwicklungspsychologischen Standardwerken und Lehrbüchern fehlt das „Geschwisterthema“ als solches de facto. So wird auf die Geschwister Suchtkranker als Thema entweder gar nicht, oder wenn doch, dann bestenfalls in ein paar Zeilen repliziert. Theorien, welche die Persönlichkeitsentwicklung berücksichtigen, sind in fast allen Fällen elternzentriert: Zwar zumeist unter Berücksichtigung der „der weiteren Umwelt“, aber ohne explizite Berücksichtigung der Geschwister.

Prinzipiell sind entwicklungspsychologische Forschungsarbeiten zur Mutter-Kind-Beziehung häufiger zu finden als zur Kind-Kind-Beziehungen. Die empirische Erforschung der Geschwisterbeziehung steckt hingegen bis heute in den Kinderschuhen. Frick etwa machte, basierend auf seinen psychologischen Beratungen, Kursen und Vorlesungen, über Jahre hinweg die Erfahrung, dass die Geschwisterthematik völlig unterrepräsentiert ist. So wies er nach, dass im Zeitraum von 1977 bis 1998 zwar 17.399 Publikationen zum Thema Kinder und Jugendliche gegeben hat, dass sich aber im selben Zeitraum nur 189 explizit mit dem Thema „Geschwister“ befassten (vgl. Frick 2004:23f).

In der heutigen Drogenarbeit gilt es als Standard, nicht nur mit der suchtkranken Person selbst zu arbeiten, sondern auch die Angehörigen miteinzubeziehen. Wie ich im Zuge meiner mehrmonatigen Teilnahme an einer Angehörigengruppe von Drogen- und Medikamentenabhängigen feststellte, wurde das Angebot von Geschwistern kaum wahr- bzw. angenommen.

Diese Erfahrung und das Interesse an den Geschwistern führten mich zu meiner Forschungsfrage wie Geschwister die Sucht erleben. Darüber hinaus stellte sich die Frage, ob und – wenn ja – inwieweit auch Geschwister vom Phänomen der Co-Abhängigkeit betroffen sind. Welche Bedürfnisse entwickeln sie unter diesem Aspekt, welche Bewältigungsstrategien wenden sie an?



Diesen Fragen nähere ich mich im ersten Teil auf theoretischer Ebene, während der zweite Teil der empirischen Forschung vorbehalten ist.

Am Beginn der Arbeit werden zunächst die Begriffe „Geschwister“ und „Geschwisterbindung“ näher erläutert und definiert. In weiterer Folge wird auf die Bedeutung von Geschwisterbeziehungen ebenso eingegangen wie auf die Rolle der „gesunden“ Geschwister. Schließlich wird das Phänomen der Co-Abhängigkeit behandelt sowie Zweck, Nutzen, Bedürfnisse und Angebote der Angehörigenarbeit untersucht.

Im empirischen Teil wird die Forschungsmethode erläutert, also die Ausgangslage der Untersuchung, Ausführungen über das qualitative Leitfadeninterview, die Kontaktaufnahme mit den InterviewpartnernInnen, die Durchführung der Interviews an sich und die Auswertungsmethode nach dem Kodierparadigma der „Grounded Theory“ erläutert. Abschließend werden die Forschungsergebnisse der Untersuchung ausgewertet, welche sich in folgende sechs Kategorien aufteilen:

- Der Wunsch nach einer heilen Familie
- Das „gesunde“ Kind in der Zerreißprobe
- Spannungsfeld Familie
- Das Minenfeld der Angst
- Copingstrategien
- Implikationen für die Sozialarbeit

Ein Resümee fasst auf kompakte Weise die Forschungsergebnisse noch einmal zusammen.

## **I THEORETISCHE HINFÜHRUNG ZUM THEMA**

Geschwisterbeziehungen können aufgrund ihrer Manigfaltigkeit, den familiären Gegebenheiten und nicht zuletzt der Persönlichkeitsstruktur der Geschwister an sich, verallgemeinert werden. Zum besseren Verständnis lassen sie sich in drei Identifikationsmuster einteilen.

Es zeigt sich, dass „gesunde“ Kinder im Familienkontext verschiedene Rollen übernehmen, auf die im Theorieteil näher eingegangen wird.

Zuletzt werden die Themen Co-Abhängigkeit, Bedürfnisse und Angebote in der Angehörigenarbeit angeführt.

## **2. BEGRIFFE UND DEFINITIONEN**

### **2.1 Geschwister**

Bruder, Schwester, Geschwister – die sprachgeschichtliche Entwicklung dieser Begriffe ist für ihr heutiges Verständnis in der jeweiligen Sprachfamilie nach Sohni, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, sehr aufschlussreich. Im indoeuropäischen Sprachraum bezeichnen „Bruder“ und „Schwester“ zunächst „brüderliche“ oder „schwesterliche“ Zusammengehörigkeit in sozialen Gemeinschaften. Die Griechen bildeten als erste einen eigenen, neuen Begriff „Geschwisterlichkeit“ im Sinne leiblicher Verwandtschaft von Bruder und Schwester.

In vielen europäischen Sprachen wurde kein dem Deutschen entsprechendes Wort für „Geschwister“ gebildet. So sagt man im Französischen „frères et sœurs“ für „Geschwister“, im Englischen spricht man von „brothers and sisters“. Es gibt also, wie Sohni herausgearbeitet hat, in unserer Kultur keinen einheitlichen Begriff für Geschwister. (vgl. Sohni 2004:12)

## 2.2 Die Geschwisterbindung

Bank und Kahn, haben in ihrer Untersuchung über die lebenslange Beziehung zwischen Geschwistern nachgewiesen, dass es verschiedenste Arten von Bindungen zwischen Geschwistern gibt. Eine klar definierbare, schlichte, althergebrachte, gesellschaftlich anerkannte, allumfassende Geschwisterbeziehung könne man nicht definieren, stattdessen bestünden eine Vielzahl von Bindungen, die sich zu einer bestimmten Anzahl vorhersagbarer Muster formen lassen.

„Bindung“ kann man demnach bedeuten:

- ein Band, das vereinigt,
- eine Verpflichtung oder Übereinkunft,
- eine Beziehung oder ein Beziehungssystem.

„Gebundenheit“ ist dabei einen Zustand von Versklavung oder Gefangenschaft in einer Bindung. All diese Charakteristika können die emotionalen Transaktionen von Geschwistern beschreiben.

Bank und Kahn sehen die Geschwisterbindung als – intime wie öffentliche – Beziehung zwischen dem Selbst von zwei Geschwistern: die „Zusammensetzung“ der Identitäten zweier Menschen. Die Bindung kann sowohl warm und positiv als auch negativ sein. Auch bei rivalisierenden Geschwistern, die sich vielleicht sogar gegenseitig hassen, kann man dennoch von einer „Bindung“ sprechen, weil sie sich auf der Identitätsebene beeinflussen.

Die Geschwisterbeziehung vermittelt dabei prinzipiell ein Gefühl für die eigenständige Persönlichkeit sowie ein Gefühl von Konstanz durch das Wissen um Bruder oder Schwester als berechenbare Person. Selbst wenn die Emotion unangenehm ist, entsteht das Gefühl einer vertrauten Präsenz, so problematisch und schwierig sie auch sein mag.

Die schwankende Beziehung zwischen Geschwistern findet ihren Höhepunkt in Zeiten von Stress und Mutation. Die Beziehung schwankt demnach, je nach dem

jeweiligen Entwicklungsstand der Geschwister, zwischen Perioden der Ruhe einerseits und intensivsten Aktivitäten andererseits. Am deutlichsten sind Geschwisterbeziehungen in der Kindheit und in der Jugend, danach „ruhen“ sie, wenn etwa neue, eigene Familien gegründet werden und eigene Kinder dazukommen. Sind jedoch die eigenen Kinder erwachsen, wird der Geschwisterprozess wieder aktiviert, vor allem, wenn die alt gewordenen Eltern versorgt werden müssen. (vgl. Bank/Kahn 1991:21f)

### **3. DIE WICHTIGKEIT VON GESCHWISTERBEZIEHUNGEN**

Geschwister zählen zu den wichtigsten Bezugspersonen von Kindern. Die Beziehung zwischen Geschwistern ist einzigartig. In Anlehnung an den ironischen Ausspruch aus dem Volksmund: „Freunde kann man sich aussuchen, die Familie nicht!“ können Geschwister eben nicht frei gewählt werden – man „hat“ sie einfach.

Geschwisterbindungen entwickeln sich dabei durch Kontinuität und Zeit. Sie bestehen in der Regel länger als eine Eltern-Kind-Beziehung. Man ist somit in diesem Sinne länger Schwester oder Bruder als Tochter oder Sohn.

Wilk und Zartler (2004:97) kamen mittels einer Befragung von Geschwistern zu der Erkenntnis, dass für die meisten Kinder ihre Geschwister sehr wichtig sind und sie diese gern haben. Die Besonderheit der Geschwisterbeziehung besteht darin, dass sie von Ambivalenzen und Widersprüchlichkeiten geprägt ist. Sie umfasst Zuneigung wie Abneigung gleichermaßen, Solidarität wie Rivalität, Verbundenheit wie Distanz, Liebe wie Hass.

Von einer ambivalenten Beziehung zwischen Geschwistern spricht auch Jacobsen (vgl. zit. in Kast 1996:133ff). Sie geht in ihrer Theorie davon aus, dass Ambivalenz ebenfalls in diesem Zusammenhang Liebe und Hass bedeuten kann.

#### **3.1 Identifikationsmuster von Geschwistern**

Zwischen den Polen Ähnlichkeit und Differenz gibt es bei fast allen Geschwisterbeziehungen einige wesentliche, vorübergehende oder lebenslange Identifikationsprozesse, die Bank und Kahn (1991:85) folgendermaßen zusammengefasst haben:

- Enge Identifikation: mit viel Ähnlichkeits- und wenig Differenzgefühlen.
- Teilidentifikation: Ähnlichkeit in manchen Bereichen, Differenz in anderen.

- Distanzierte Identifikation: Die Geschwister empfinden große Differenz und wenig Ähnlichkeit.

Im Folgenden sollen diese Identifikationsprozesse näher umrissen werden.

### 3.1.1 Enge Identifikation

Diesbezüglich unterscheiden Bank und Kahn (1991:85f) drei Muster enger Identifikationen, die wiederum zu drei Beziehungstypen führen:

- Zwillingsbildung (symbiotische Beziehung)
- Verschmelzung (verschwommene Beziehung)
- Idealisierung (Heldenverehrung)

In sämtlichen Fällen fühlt sich zumindest eines der Geschwister dem anderen sehr ähnlich oder wünscht sich eine Ähnlichkeit.

### 3.1.2 Teilidentifikation

Die für die enge Identifikation zwischen Geschwistern charakteristische, fast totale Betonung der Ähnlichkeit ist relativ selten. Nach Bank und Kahn liegt der Schwerpunkt der Identifikation auf der Ebene der Subidentität. Die Geschwister spüren, dass sie in manchen Aspekten ihrer Persönlichkeit einem Bruder oder einer Schwester ähnlich sind. Das können offensichtliche Ähnlichkeiten, zum Beispiel im Aussehen, in Verhaltensweisen oder in Interessengebieten sein.

Teilidentifikationen lässt sich aber auch in nach außen hin nicht ohne weiteres erkennbaren Bereichen. Geschwister verbünden sich etwa miteinander aufgrund der genauen Kenntnis der jeweiligen Eigenschaften des anderen (zum Beispiel: „sie ist schlau“, „er ist stark“) und kompensieren damit manch eigene Unsicherheit. Das Wissen „ich bin in mancher Beziehung wie du“ hat zudem Ergänzungsfunktionen und füllt eigene Lücken. Es erlaubt aber auch die Wahrnehmung der Unterschiede.

Im Muster der „Teilidentifikation“ existiert das Gefühl von Ähnlichkeit neben der Einsicht, dass Unterschiede wünschenswert sind. Die Beziehung ist lebendig, weil sie relativ offen für Veränderung ist. Die auf beiden Seiten vorhandenen Emotionen von Nähe und Ähnlichkeit geben Trost und Rat, während das Gefühl von Distanz und Differenz den Geschwistern die Freiheit lässt, ihr Schicksal selbst zu bestimmen.

Diese Prozesse partieller Identifikation sind auch Grundstein für die Bündnisse und Affinitäten unter Geschwistern, für ihre Loyalität. Als Retter, FreundIn, BeschützerIn oder KollaborateurIn des Bruders oder der Schwester befriedigt man sein Bedürfnis nach Selbstbewusstsein. Die Haltung „du darfst meinem Bruder/meiner Schwester nichts tun“ entsteht oft aus der Erkenntnis heraus, dass das Unrecht, das dem Bruder oder der Schwester angetan wird, einen letztlich auch selbst treffen kann. Gegenseitige Hilfe und gemeinsamer Widerstand gegen die Eltern knüpft das Band der Identifikation und Affinitäten zwischen den Geschwistern. Die Erwartungen auf Basis dieser Identifizierung, dass man sich auf den Bruder oder die Schwester verlassen kann, ist Teil der allgemeinen Erwartungen an die Person des anderen. (vgl. Bank und Kahn 1991:93)

### 3.1.3 Geringe Identifikation

Das Muster der „geringen Identifikation“ beschreiben Bank und Kahn (1991:102) derart, dass einander entfremdete Geschwister mit wenig Ähnlichkeiten glauben, sie hätten nichts gemeinsam und können sich nicht leiden. Sie bilden also das andere Extrem der Geschwisterbeziehung. Dabei lassen sich folgende Identifizierungsprozesse und Beziehungsmuster konstatieren:

- Polariserte Ablehnung (starr differenzierte Beziehung):  
„Du bist ganz anders als ich. Ich will nicht von dir abhängig sein und nie so werden wie du“.  
Keiner möchte dem anderen ähnlich sein und lehnt die Eigenschaften des anderen total ab.

- De-Identifikation (verleugnete Beziehung):  
„Wir sind absolut verschieden. Ich brauche dich nicht, ich mag dich nicht, und es ist mir egal, ob ich dich je wiedersehe oder nicht“.  
De-identifizierte Geschwister wollen so wenig wie möglich miteinander zu tun haben. Sie streiten in der Regel ab, dass es auch nur die geringste Gemeinsamkeit zwischen ihnen gibt. De-Identifizierung kann sowohl einseitig wie auch gegenseitig sein. In Familien, in denen ein Kind stark bevorzugt wird, ist die Verleugnung in der Regel einseitig auf das bevorzugte Kind beschränkt, während das benachteiligte Kind neidisch und voll Groll bleibt.

In beiden Fällen ist die Entfremdung zwischen den Geschwistern so groß, dass sie ihre Probleme nicht selbst lösen können.



## 4. DIE „GESUNDEN“ GESCHWISTER IM ABSEITS

Rennert (1989:81f) befasst sich mit Geschwistern von Drogenabhängigen und gelangt zu der Ansicht, dass Geschwister von Drogenabhängigen sehr im Abseits professioneller Aufmerksamkeit stehen.

Die Autorin erwähnt, dass das Suchtverhalten des abhängigen Kindes im Vordergrund steht und die Bedürfnisse der Geschwister häufig unberücksichtigt bleiben. Wenn das Suchtverhalten aufgrund einer Behandlung „entfernt“ wird, so wird eine Familie oft einer Erschütterung ausgesetzt. Ohne eine Arbeit mit allen betroffenen Familienmitgliedern kann sich das Suchtverhalten sehr rasch wieder einstellen. Die Familie kann sich auflösen, oder ein anderes Familienmitglied kann eine Störung entwickeln.

### 4.1 Rollen der „gesunden“ Geschwister nach Cleveland

Cleveland hat im Zuge ihrer Studien drei Rollen herausgearbeitet, die sich stark auf die Familienstruktur auswirken (Cleveland, zit. in Rennert 1989:83): Die Rolle des *Elternkindes*, des *braven Kindes* und des *symptomatischen Kindes*.

#### 4.1.1 Das Elternkind

Das *Elternkind* übernimmt laut Cleveland in seiner Familie Funktionen, die eigentlich im Aufgabenbereich der Eltern liegen. Elternkinder kommen vor allem in großen Familien, Familien mit nur einem Elternteil und Familien mit einem schwerkranken Kind vor. Sie tragen Verantwortung für die jüngeren Geschwister und entlasten die Eltern. Diese Kinder werden von Cleveland derart beschrieben, dass sie sehr hohe Ansprüche an sich selbst haben und vorzeitig erwachsen werden müssen.

#### 4.1.2 Das brave Kind

„Das *brave Kind* richtet sich nach familiären und gesellschaftlichen Regeln. Sie sind fleißige und strebsame Schüler. Sie versuchen ihr Bestes zu leisten, um damit den von den Eltern in sie gesetzten hohen Erwartungen gerecht zu werden. Sie glauben stets, dass es ihre Aufgabe ist, die Familie in den Augen anderer Leute als erfolgreich erscheinen zu lassen.“ (Cleveland, zit. in Rennert 1989:83).

Obwohl Cleveland die Rolle des Eltern- und die des braven Kindes voneinander trennt, beschreibt sie gleichzeitig, dass oft ein- und dasselbe Kind beide Rollen auf sich vereinigt.

#### 4.1.3 Das symptomatische Kind

Das *symptomatische Kind* ist in den von Cleveland (zit. in Rennert 1989:84) untersuchten Familien das drogenabhängige Kind, das im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht. Oft kommt es vor, dass zwar auch die „gesunden“ Kinder auffällig sind (zum Beispiel durch Schule schwänzen, aggressives Verhalten,...), ihnen aber aufgrund der Drogenabhängigkeit des Bruders oder der Schwester keine oder nur sehr wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Es kann sogar der Fall eintreten, dass dieses „vernachlässigte“ Kind dann, wenn sich etwa die Drogensucht des Geschwisterteiles einstellt oder dieses während einer langfristigen Therapie außer Haus ist, in dessen Rolle schlüpft, um „endlich“ selbst im Mittelpunkt stehen zu können.

## **4.2 Rollen der „gesunden“ Kinder nach Wegscheider**

Wegscheider unterscheidet die Rollen von Kinder aus Familien mit suchtkranken Mitgliedern folgendermaßen (Wegscheider zit. in Längle 1996:177):

- Der Held ersetzt Funktionen und ist eine große Hilfe. Oft ist der Held das erstgeborene Kind und unterstützt die Eltern.
- Der Sündenbock lenkt die Aufmerksamkeit auf sich und ist ein Problemkind. Für Wegscheider meist das zweitgeborene Kind.
- Das verlorene Kind kommt niemandem in die Quere. Es handelt sich um problemlose und fast unsichtbare Kinder, die keine Bedürfnisse anmelden.
- Das Maskottchen sorgt für Erleichterung und Spannungsabfuhr. Immer heiter lenkt es in einer Art Clown-Rolle von Problemen ab.

## **4.3 Versuch einer Gruppentherapie mit den „gesunden“ Geschwistern**

Die Literatur zu Geschwistern drogenabhängiger Personen ist spärlich gesät. Man gewinnt den Eindruck, als spielen sie weder in der Forschung noch für ExpertInnen der Suchtarbeit eine besondere Rolle.

Sandra B. Coleman (1986) beschreibt ein Projekt von zweijähriger Dauer, das speziell für jüngere Geschwister von Drogensüchtigen eingerichtet wurde, um die traditionelle Arbeit in der Familientherapie zu verbessern. Auch sie „beklagt“, dass es nur äußerst wenige Veröffentlichungen und Forschungsdaten über die Geschwistersituation in diesem Bereich gibt, obwohl der Einfluss von Süchtigen hinsichtlich eines möglichen Drogenkonsums ihrer Geschwister groß sein kann. Coleman fordert so denn, dass in der Familientherapie gerade auch diesem Personenkreis entsprechende Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass Colemans Ausführungen vor mittlerweile 20 (!) Jahren geschrieben wurden, und es bis dato noch keine relevanten Forschungsdetails über diese Geschwister gibt!

Coleman stellt fest (1986:142f, vgl. zit. in Kaufmann und Kaufmann), dass von dem Zeitpunkt an, an dem die Eltern die Sucht eines ihrer Kinder bemerken, ganz mit diesem Problem und seiner Lösung beschäftigt sind. Ihre Hauptsorge gilt dem/der Süchtigen. Die Geschwister müssen in Folge häufig Verantwortung übernehmen, worauf sie wenig vorbereitet sind. An sie werden viele Anforderungen gestellt, ohne dass die Eltern sie weiter beachten würden. Da sie keine offensichtlichen eigenen Probleme haben, werden sie zu passiven Beteiligten einer Entwicklung. Ihr persönliches Trauma wird dabei übersehen. Coleman hat zudem herausgefunden, dass selbst in familientherapeutischen Sitzungen, im Zuge derer Therapeuten um eine strukturelle Veränderung von Positionen und Interaktionen in der gesamten Familie bemüht sind, Geschwister die am schwersten zugänglichen Personen darstellen. Sie entwickeln zwar teilweise Bindungen an den/die TherapeutIn, weigern sich aber häufig von sich etwas preiszugeben. Die Vermutung liegt nahe, dass solche rigiden Abwehrmechanismen, die Unterdrückung und die Verdrängung ihrer Abhängigkeitsbedürfnisse sowie die Modellwirkung eines drogenabhängigen Bruders oder einer Schwester, das Risiko einer künftigen eigenen Sucht groß werden lassen.

Die Gruppe mit den Geschwistern, die Coleman beschreibt, sollte zu einer offeneren und konstruktiveren Kommunikation zwischen den Therapeuten und den Geschwistern führen. Im Vordergrund standen präventive Ziele, und die Aufgabe der TherapeutInnen lag darin, die Heranwachsenden bei der Implementierung neu erlernter Verhaltensweisen in ihre jeweiligen Familien zu unterstützen. Es gab drei allgemeine Schwerpunkte für diese Gruppe:

Erstens sollte der Ausdruck von Gefühlen in der Gruppe gefördert werden. Zweitens sollte der Gruppenprozess als eine Möglichkeit genutzt werden, interpersonelle Reaktionen, Verhalten und dergleichen zu reflektieren.

Drittens sollte eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen werden, in der Probleme mit der Familie, der Schule und Gleichaltrigen besprochen werden und einer Lösung zugeführt werden können.

Coleman beschreibt weiters, dass sich die Geschwister in den ersten Monaten extrem ängstlich zeigten und ihre inneren Spannungen mit Prügelein abreagierten.

Die ersten Versuche der TherapeutInnen, diese Hyperaktivität in konstruktive und akzeptable Bahnen zu lenken, schlugen fehl. So wurden Freizeitaktivitäten initiiert, damit die Gruppe ihre Hyperaktivität ablegen sollte. Obwohl sich die Gruppe nach einigen Sitzungen „beruhigte“, währte dies nicht lange. Immer wieder gab es Personen, die im Mittelpunkt stehen wollten. Dies verleitete dann die anderen Gruppenmitglieder ebenfalls auffallen zu wollen. Erst nach einiger Zeit gelang es den TherapeutInnen konstruktive Sitzungen zu schaffen. Die Gründe dafür ließen sich nicht eruieren, die Mitglieder artikulierten aber endlich spontan von sich aus ihre Probleme.

Ein häufiges und oft wiederkehrendes Thema war im übrigen der „Tod“, entweder symbolisch oder real. Auch sexuelle Funktionen und sexuelles Verhalten waren wichtige Themen. Weitere Probleme ergaben sich aus Konflikten mit der eigenen Geschlechterrolle.

Die TherapeutInnen kamen jedenfalls zu dem Schluss der therapeutischen Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit solcher Geschwistergruppen und betonten deren präventive Wirkung haben. (Coleman vgl. zit. in Kaufmann und Kaufmann 1986:142f)

Auch Huberty und Huberty unterstreichen die wesentliche Funktion „gesunder“ Geschwister für die Aufrechterhaltung der symptomatischen Familienstruktur.

Insgesamt stimmen die hier genannten Autorinnen und Autoren überein, dass die Geschwister sowohl bei der Unterstützung als auch bei der Genesung von Sucht eine wichtige Rolle spielen und daher in die Behandlung miteinbezogen werden müssten. Nicht nur für die Genesung des abhängigen Kindes, sondern für die Genesung aller Beteiligten.

#### 4.3.1 Empfehlung einer Familientherapie

Huberty und Huberty (zit. in Rennert 1989:87) empfehlen für Familien mit jungen Drogenabhängigen eine Familientherapie, in welcher die suchtspezifische

Ausprägung der jeweiligen Rolle der Geschwister berücksichtigt wird. Sie verweisen insbesondere darauf, wie das Festhalten an diesen Rollen die Genesung des abhängigen Kindes gefährdet. Die Bedeutung eines suchtkranken Kindes für die Entwicklung von Selbstwert und Identität seiner Geschwister darf auf keinem Fall unterschätzt werden.

Auch Czisch (vgl. in Längle 1996:178), der sich mit familiären Problemen Abhängiger auseinandersetzt, empfiehlt familientherapeutische Interventionen. Wichtig erscheint ihm ein verbesserter Umgang mit rückfallgefährdenden Situationen innerhalb der Familie, um diese auf etwaige Rückfälle des/der Süchtigen vorzubereiten. Weiters solle die Kommunikation innerhalb der Familie über tabuisierte Themen in Gang gebracht werden und eine Veränderung dysfunktionaler Kommunikationsmuster angestrebt werden.

#### **4.4 Loyalität unter Geschwistern**

Geschwister oder ein Teil der Geschwister halten gegen die Außenwelt zusammen, auch wenn sie in der Familie streiten und sich bekämpfen (solange Geschwister miteinander noch streiten, sind sie auch miteinander verbunden). Beschimpfungen und Drohungen in der Öffentlichkeit gegen die Schwester oder den Bruder werden nicht toleriert. Zu Hause, innerhalb der Familie, kann es jedoch sehr wohl vorkommen, dass die Schwester oder der Bruder ihre/seine Geschwister beschimpft. (vgl. Frick 2004:145)

Frick beschreibt die Loyalität unter Geschwistern so, dass sie sich bei Bedarf zwar gegenseitig unterstützen, aber sich emotional nicht nahe sind. (vgl. Frick 2004:232)

## 5. CO-ABHÄNGIGKEIT

### 5.1 Was ist Co-Abhängigkeit?

„Als coabhängig bezeichnet man Menschen, die in enger Beziehung zu Suchtkranken stehen, allerdings durch ihr sehr am Helfen orientiertes Verhalten keine Lösung aus den Suchtmechanismen bewirken, sondern eine Verfestigung, suchterzeugenden Verhaltens erlauben und fördern.“ (BMI für Gesundheit und Frauen 2004:59)

Die Bezeichnung „Co-Abhängigkeit“ ist sehr heikel, weil Eltern, Geschwister oder Partner ihr Bestreben immer als gut für die suchtkranken Angehörigen erleben und „ja nur das Beste“ wollen. Eltern tun vordergründig alles, damit ihr Kind wieder auf den „rechten“ Weg kommt. Kein/Keine Partner/Partnerin wird behaupten wollen, gerade durch die Abhängigkeit des/der Lebenspartners/Lebenspartnerin psychisch zu profitieren. Der Hinweis auf eine Co-Abhängigkeit wird – ohne Erklärung – als böswillige Unterstellung erlebt.

Co-Abhängigkeit bedeutet laut Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2004:59) ein Mitagieren durch Verhaltensweisen, die es dem Betroffenen extrem erschweren, aus seiner Sucht auszusteigen und selbständig zu werden. Zum Beispiel, indem sie die Schuld für die Sucht immer „außerhalb“ suchen oder sich durch ihr Mitleid leiten lassen. Das Erkennen und Eingestehen des Mitagierens soll aber keineswegs den Angehörigen die Schuld am Suchtverhalten ihres suchtkranken Familienmitgliedes zuweisen, sondern vielmehr die Chance auf eine echte Veränderung erhöhen. Die meisten Familienmitglieder empfinden es als große Kränkung, wenn sie sich trotz unerschöpflicher Geduld und Aufopferung für den Süchtigen eine Mitbeteiligung an seinem Suchtverhalten eingestehen sollen.

## 5.2 Grundmuster von Co-Abhängigkeit

Das Grundmuster von Co-Abhängigkeit besteht in der „Abhängigkeit von der Abhängigkeit Nahestehender“ sowie im zunehmenden Aufgeben eigener Entscheidungen und eigener Selbständigkeit – alles, um dem Süchtigen zu „helfen“. Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2004:59f) sieht das Hauptkriterium dieser „Hilfe“ darin, dass sie über mehrere Jahre hinweg keine echte Veränderung, insbesondere keine Verbesserung der Situation bringt. Die Verhaltensweisen des co-abhängigen Menschen verändern sich trotz dieser Erfahrungen nicht, sondern verstärken sich eher noch.

Die Verstrickung in eine Co-Abhängigkeit geht – so wie die Suchtentwicklung beim Abhängigen – prozesshaft und fortschreitend vor sich. Das anfangs ganz verständliche Helfenwollen entwickelt sich zu einer immer enger werdenden Spirale. Der Endpunkt ist das Gefühl, dass die eigene Person nur mehr als unermüdliche/r HelferIn, ohnmächtige/r Kontrolleurln und BestraferIn existiert.

Es kann festgestellt werden, dass viele von Co-Abhängigkeit Betroffene eine Phase der Verwirrung und schmerzlicher Enttäuschung durchleben, sobald sie die Symptome der Co-Abhängigkeit in ihrem Leben erkennen. ExpertInnen und Betroffene berichten davon, dass dieser schmerzliche Teil der Genesung schließlich von innerer Gelassenheit abgelöst werden kann, wenn es gelingt, Verantwortung für das eigene Handeln und die eigene Befindlichkeit zu übernehmen.



### 5.3 Merkmale von Co-Abhängigkeit

„Jeder Mensch kann der Co-Abhängigkeit verfallen – unabhängig von Alter, Geschlecht, Hautfarbe und sozialem Status.“ (Wilson Schaef 1986:53)

Anne Wilson Schaef zählt einige Wesenszüge der Co-Abhängigkeit auf, deren Unvollständigkeit sie ebenso betont wie ihre Repräsentativität.

- Unehrlichkeit (Verleugnung, Projektion, Wahn)
- Ein gestörtes Gefühlsleben (Gefühlsstarre, abgespaltene Gefühle, verzerrte Gefühle)
- Kontrollverhalten
- Verwirrung
- Gestörte Denkstrukturen (verwirrtes Denken, zwanghaftes Denken, Überbewertung des linearen, logischen, analytischen Denkens, dualistisches „Entweder-Oder“ - Denken)
- Perfektionismus
- Außenorientierung (Fremdbestimmtheit, geringes Selbstwertgefühl, Eindrucksschinden, Unterwürfigkeit)
- Abhängigkeitsprobleme
- Angst
- Rigidität
- Moralisierendes Verhalten
- Depression
- Unterlegenheits- / Überlegenheitsgefühl
- Selbstbezogenheit
- Verlust der inneren Moral, verunsicherte Wertvorstellung, Verlust der eigenen Spiritualität
- Gefühlsstau
- Negativismus

Diese Wesenszüge stellen lediglich Schlagworte dar, welche im interfamiliären System betrachtet werden sollten. Sie verleiten zu vorurteilsbehafteten Diagnosen

von Geschwisterteilen. Trotzdem bieten sie konkrete Hilfestellung beim Erfassen und Orientieren im Problemfeld dar.

## **5.4 Die fünf Kernsymptome der Co-Abhängigkeit**

Pia Mellody erkennt fünf Kernsymptome einer Co-Abhängigkeit, auf die näher eingegangen werden soll.

### **5.4.1 Kernsymptom 1 - Schwierigkeiten mit angemessener Selbstachtung**

Mellody (2006:27) beschreibt gesunde Selbstachtung als die innere Erfahrung vom eigenen Wert und der Einzigartigkeit als Person. Sie wurzelt in der Person selbst und zeigt sich in ihren sozialen Beziehungen. Die Selbstachtung von Co-Abhängigen ist niedrig oder nicht existent. Sie meinen weniger wert zu sein als andere oder erscheinen arrogant und überheblich.

### **5.4.2 Kernsymptom 2 – Schwierigkeiten, intakte Grenzen zu setzen**

Grenzsysteme sind nach Melody unsichtbare und symbolische „Zäune“, die drei Funktionen erfüllen. Erstens sollen andere davon abgehalten werden in die eigene Sphäre einzudringen und zu verletzen. Zweitens soll die eigene Person abgehalten werden, in die Sphäre anderer einzudringen und diese zu verletzen. Drittens dienen sie dazu, das Gefühl zu verkörpern „wer man ist“.

Weiters bestehen die Grenzsysteme aus zwei Teilen – einem äußeren und einem inneren Teil. Die äußere Grenze ermöglicht die Distanz zu anderen Menschen zu wahren und befähigt, anderen Berührungen zu verweigern. Die Außengrenze hält den eigenen Körper zudem davon ab, jemand anderen körperlich zu bedrängen. Die innere Grenze schützt Gedanken, Gefühle und Handlungen und ermöglicht es, Verantwortung für das Denken, Fühlen und Handeln zu übernehmen und sich von anderen abzugrenzen, statt sie für das eigene Erleben verantwortlich zu machen.

Weiters erlauben die inneren Grenzen, nicht die Verantwortung für die Gedanken, Gefühle und Handlungen anderer zu übernehmen. (Melody 2004:31f)

#### 5.4.3 Kernsymptom 3 – Schwierigkeiten, über die eigene Realität zu verfügen

Co-Abhängige haben Schwierigkeiten, die eigene Realität, also das Erleben des eigenen Körpers, das Denken, das Gefühlserleben und das eigene Verhalten zu reflektieren. Um sich selbst zu erfahren, muss die eigene Realität anerkannt werden. Für Melody (2004:41f) gibt es dazu vier Komponenten:

- Der Körper in seinem Aussehen und seiner Funktionsweise
- Das Denken, also die Verarbeitung von Informationen
- Die Gefühle und Emotionen
- Das Verhalten

Aus diesen vier Bestandteilen besteht nach Melody's Definition die eigene „Realität“. Co-Abhängige haben Schwierigkeiten, über einige oder alle diese Bestandteile zu verfügen – und zwar auf folgende Weise (2004:42):

- Der Körper: Sie haben Schwierigkeiten, ihr Aussehen realistisch zu sehen oder sich ihrer Körperfunktionen bewusst zu sein.
- Das Denken: Sie haben Schwierigkeiten, eigene Gedanken zu erkennen, und wenn sie diese erkennen, sie mitzuteilen. Zudem werden Informationen verzerrt gedeutet.
- Die Gefühle: Sie haben Schwierigkeiten, zu erkennen, was sie fühlen, oder sie werden von Emotionen überwältigt.
- Das Verhalten: Sie haben Schwierigkeiten, sich bewusst zu machen, was man tun oder unterlassen soll, oder, wenn sie sich dessen bewusst sind, Probleme ihr Verhalten und dessen Wirkung auf andere zu akzeptieren.

#### 5.4.4 Kernsymptom 4 – Schwierigkeiten, die eigenen Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen und zu erfüllen

Jeder hat individuelle Grundbedürfnisse, die das Überleben sichern und die jede/jeder selbst befriedigen muss. Als Beispiele seien Nahrung, Schlafen u.ä, genannt. (siehe auch **6. BEDÜRFNISSE**)

#### 5.4.5 Kernsymptom 5 – Schwierigkeiten, die Realität angemessen zu erfahren und auszudrücken

Das offensichtliche Symptom von Co-Abhängigkeit ist nach Mellody (2004:55f), nicht zu wissen, was Mäßigkeit ist. Co-Abhängige scheinen entweder völlig begeistert oder völlig desinteressiert, absolut glücklich oder absolut unglücklich. Der/die Co-Abhängige glaubt nicht, dass eine gemäßigte Reaktion auf eine Situation „genug“ ist: Nur zu viel ist genug. Dieses Symptom manifestiert sich in allen vier Bereichen (Körper, Denken, Gefühle, Verhalten) der Realität.

## 6. BEDÜRFNISSE

„Mögen tät ich schon wollen, aber dürfen hab ich mich nicht getraut“

(Karl Valentin)

### 6.1 Definition von Bedürfnis

„Bedürfnis (engl. need) ist die Bezeichnung für ein subjektives Begehren, das Gefühl eines Mangels, verbunden mit dem Streben, diesen zu beseitigen. Bedürfnisse sind plastisch, sie wachsen den Handlungen nach; so kann es beliebig viele Bedürfnisse nach Gütern geben. Die Grundbedürfnisse (basic needs) dagegen sind begrenzt und überwiegend immateriell. (...)“

Bedürfnisse tauchen im Bewusstsein auf, werden erlebt und erfüllt, treten wieder zurück und machen anderen Bedürfnissen Platz. Ein nachhaltig unerfülltes Grundbedürfnis aber wird zum inneren Defizit und prägt das Verhalten, es bleibt dominant, blockiert andere Gefühle oder färbt sie ein. Eine Lösung des Problems ist nur dadurch zu erreichen, dass die Person das Defizit verarbeitet. Bleibt es bestehen, sucht die Person nach Kompensation, um mit ihm leben zu können. Eine häufige Form der Kompensation ist die Regression, die Fixierung auf ein Bedürfnis niedrigerer Stufe; so mag zum Beispiel ein Mangel an Zuwendung in den Entwicklungsjahren lebenslang durch sexuelle Eroberungen oder Zufuhr von Nahrung kompensiert werden. Die Regression hindert den Menschen daran, die elementaren Bedürfnisse in den Zustand der Hintergrund Erfüllung treten zu lassen und sich den Wachstumsbedürfnissen zuzuwenden. Denn die Kompensation eines unerfüllten Bedürfnisses beseitigt das Defizit nicht und verlangt daher nach immer neuer Kompensation, sie bewirkt Unersättlichkeit und Sucht. (...)“ (Wörterbuch der Soziologie 2002:42)

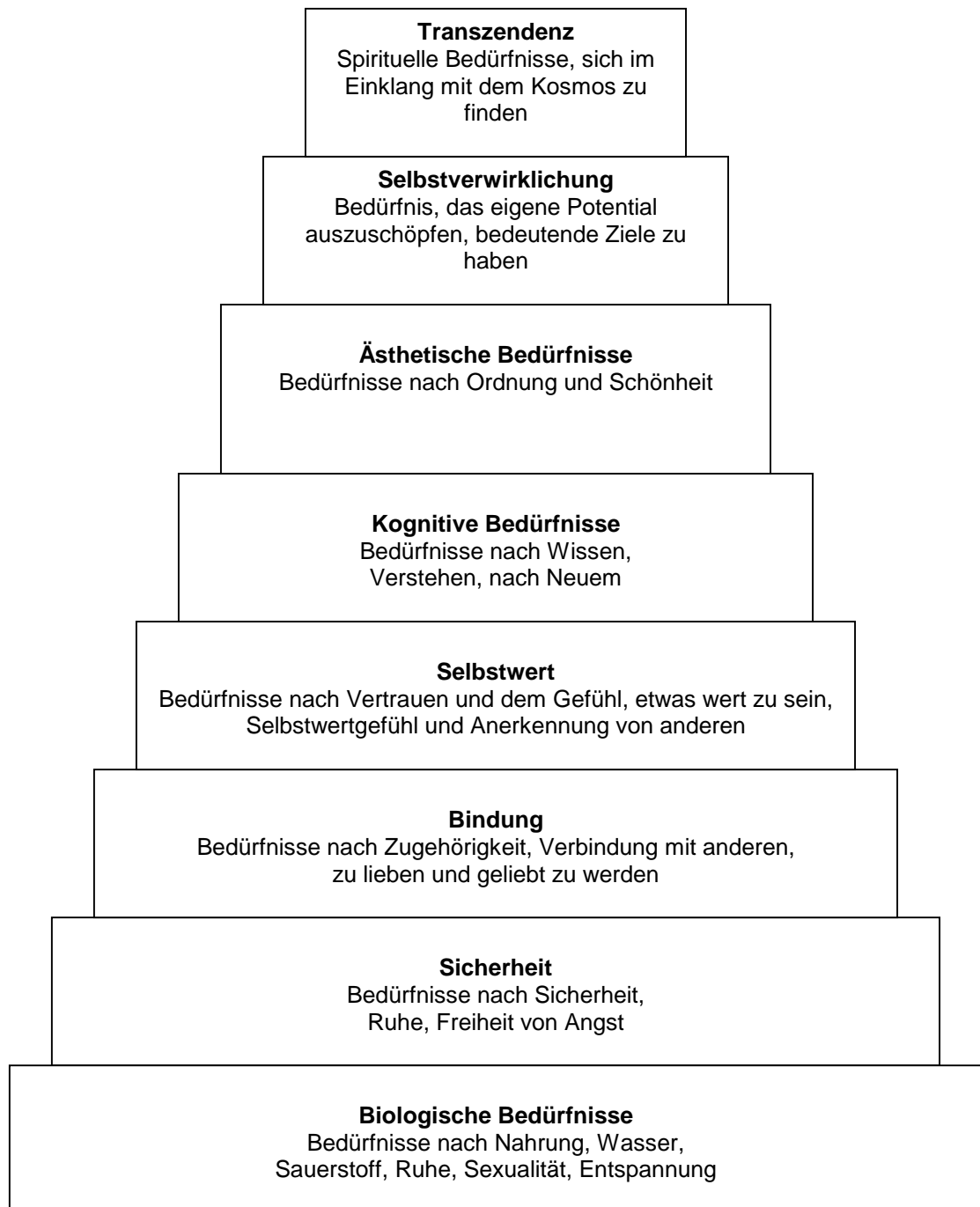


Abbildung 1: Bedürfnispyramide nach Maslow (vgl. Fellöcker 2005:7)

Maslow teilt Bedürfnisse in „Stufen“ ein. Er ist der Ansicht, dass erst wenn die Bedürfnisse der unteren Stufen gestillt sind, der Mensch nach Bedürfnissen der nächsthöheren Stufe weiterstrebt. Dies bedeutet, dass zuerst die Grundbedürfnisse gesichert werden und die Menschen erst dann in weiterer Folge nach Sicherheit, Bindung, Selbstwert usw. streben.

Wenn auch diese Einteilung der Bedürfnisse bis heute nicht in ihrer starren Abgrenzung und Linearität bestätigt werden konnte und auch von Maslow (vgl. Maslow 1981:79-82) selbst als nicht streng hierarchisch angesehen wird, so bietet die Bedürfnispyramide doch einen Überblick von wesentlichen Bedürfnisgruppierungen und ihren Bezug zueinander. Zudem werden die meisten Bedürfnisse, speziell die Grundbedürfnisse, beim durchschnittlichen Menschen eher unbewusst als bewusst wahrgenommen.

## **6.2 Definition Bedürfnisbefriedigung**

Bedürfnisbefriedigung meint eine „Handlung zur Lösung einer durch ein Bedürfnis hervorgerufenen Spannung beziehungsweise der Zustand der bewirkten Spannungslösung.“ (Psychologisches Wörterbuch 2004:110)

## **6.3 Die Verschiedenheiten der Bedürfnisse**

Viele Personen haben Schwierigkeiten, die eigenen Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen und zu erfüllen. Jeder/jede hat individuelle Bedürfnisse, so beschreibt es Pia Mellody (2006:48f), die er/sie selbst befriedigen muss. Sie bezeichnet die Grundbedürfnisse als diejenigen, die unser Überleben sichern, wie zum Beispiel Nahrung, Obdach, Kleidung, medizinische Versorgung, körperliche und emotionale Zuwendung, Sex und finanzielle Angelegenheiten.

Alle Menschen, Kinder wie Erwachsene, haben Abhängigkeitsbedürfnisse. Der Unterschied zwischen einem kindlichen Abhängigkeitsbedürfnis und dem eines Erwachsenen besteht darin, dass das des Kindes anfänglich von einer Hauptbezugsperson befriedigt wird und ihm im Laufe der Sozialisation beigebracht werden soll, wie es das selbst tun kann. Von einem/einer Erwachsenen wird erwartet zu wissen, wie jedes einzelne Bedürfnis behandelt werden muss und wie er/sie um Hilfe bittet, wenn er/sie Bedürfniserfüllung benötigt.

Es gibt Bedürfnisse, die nur durch Interaktion mit einer anderen Person befriedigt werden können, wie körperliche und emotionale Zuwendung. Nach Melody sollten Erwachsene sich darüber im Klaren sein, dass sie selbst dafür verantwortlich sind, diese Bedürfnisse zu erkennen und jemanden Passenden zu bitten, diese zu befriedigen. Dazu müsse auch erlernt werden, die Bedürfnisse anderer zur angemessenen Zeit und unter angemessenen Umständen zu befriedigen. Dies meint der Begriff wechselseitige Abhängigkeit.

#### **6.4 Kategorien der Bedürfnisse nach Melody**

Melody teilt Wünsche in zwei Kategorien - große und kleine - auf. (2006:49): Kleine Wünsche versteht sie als Vergünstigungen: Es handelt sich dabei um Dinge, die nicht wirklich gebraucht werden, die aber Freude bereiten. Große Wünsche hingegen führen das Leben in eine bestimmte Richtung und schenken Erfüllung, wie zum Beispiel „Ich möchte einmal Pilot werden“.

„Jeder Mensch erlebt Bedürfnisse und Wünsche auf unterschiedliche Weise. Vielleicht ist man sich seiner Wünsche nicht bewusst. Man kann sich nicht vorstellen, was man gerne hätte. Zugleich ist man von seinen Bedürfnissen zu abhängig, weiß, was man braucht, wartet aber, dass jemand anderer sich darum kümmert. Wenn man sich also um seine Bedürfnisse und Wünsche nicht kümmert, ist oft eine niedrige Selbstachtung (Scham) der Grund.“ (Melody 2006:50)

Wann immer sich solche Personen bedürftig fühlen oder sich etwas wünschen, flackert Scham auf. Diese Scham entstand, als Bedürfnisse und Wünsche des Kindes von Bezugspersonen negativ beantwortet wurden – auch wenn die Erinnerung daran schon lange vergessen und nicht mehr bewusst ist. Ein Co-Abhängiger findet sich schrecklich selbstsüchtig, wenn er etwas braucht oder wünscht, wie gerechtfertigt es auch sein mag. (vgl. Melody 2006:50)



## **6.5 Bedürfnisse und Wünsche erkennen und erfüllen**

Kinder, um deren sämtliche Bedürfnisse und Wünsche sich die Eltern kümmern, anstatt ihnen beizubringen, die Befriedigung ihrer Bedürfnisse selbst in die Hand zu nehmen, werden als Erwachsene gewöhnlich zu abhängig, schreibt Melody (2006:51).

Im Gegensatz dazu gibt es Kinder, deren Bedürfnisse und Wünsche von den Bezugspersonen ignoriert oder zu wenig beachtet wurden. Sie fühlen sich als Erwachsene meist bedürfnis- und wunschlos. Solche Kinder sind sich laut Melody (2006:51f) der eigenen Bedürfnisse nicht einmal bewusst, weil sie niemals benannt wurden. Als Erwachsene arbeiten sie oft schwer, um die Bedürfnisse anderer zu befriedigen, ohne den eigenen auch nur die geringste Beachtung zu schenken.

## **7. ANGEBOTE DER ANGEHÖRIGENHILFE INNERHALB DER SUCHTHILFE**

Im Folgenden werden einige Angebote innerhalb der Angehörigenhilfe erläutert. Im Speziellen beschreibe ich die Entstehung, die Kennzeichen, die Grenzen und die Wirkungen von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen. Weiters wird das Angebot der Psychotherapie definiert.

### **7.1 Angehörigengruppen – Selbsthilfegruppen**

„Selbsthilfegruppen sind überschaubare, lose Zusammenschlüsse von Menschen, die unter vergleichbaren Belastungen leiden und von denen sie entweder selbst oder als Angehöriger betroffen sind. Die Aktivitäten einer Selbsthilfegruppe sind auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, Behinderungen, psychischen Problemen und/oder schwierigen Lebenssituationen ausgerichtet.“ (Fonds Gesundes Österreich 2006:7)

Der Fonds Gesundes Österreich (2006:8) führt weiters aus, dass Selbsthilfegruppen die Selbständigkeit ihrer Mitglieder sowie eine gegenseitige Entlastung zum Ziel haben. Deshalb schaffen sie sich einen Arbeitsrahmen, in dem ein gleichberechtigtes Miteinander für alle Beteiligten möglich ist. Zu diesem Zweck arbeiten Selbsthilfegruppen nach den Prinzipien der Freiwilligkeit, Eigenverantwortlichkeit, Gleichberechtigung und Gegenseitigkeit. Ihre Methode ist das regelmäßige Gruppentreffen mit oder ohne professionelle Leitung.

Selbsthilfegruppen bieten meist keine Dienstleistungen an und orientieren sich in ihrer Arbeit ausschließlich an ihren persönlichen und gemeinsamen Bedürfnissen. Die Aktivitäten werden nach innen, in die Gruppe gerichtet.

Auch Vogt und Winkler (1996:165) sind der Ansicht, dass Selbsthilfegruppen für Angehörige sehr wichtig sind. In einer Beratungsstelle kann zwar „viel erzählt“ werden, aber wenn andere Betroffene selbst von ihren Erfahrungen reden, sind sie näher an der Situation der Co-Abhängigen als die professionellen Helfer. Selbst dann, wenn Co-Abhängige nicht über sich, sondern über die süchtige

Person reden wollen, empfinden sie die Vermittlung zu einer Selbsthilfegruppe als Chance zur Unterstützung der Angehörigen.

### 7.1.1 Entstehung von Selbsthilfegruppen

Die Idee der Selbsthilfegruppe ist modern, historisch betrachtet aber nicht neu. So finden sich Formen der Selbsthilfe bereits in mittelalterlichen Gilden. Ende des 19. Jahrhunderts konstituierten sich die ersten großen Betroffenenverbände im Gesundheits- und Behindertenbereich, indem sich unter anderem Blinde und Schwerhörige zu Interessengemeinschaften zusammenschlossen.

Als Beginn der modernen Geschichte der Selbsthilfegruppen wird meist das Jahr 1935 genannt, als sich in den USA die ersten Gruppen der Anonymen Alkoholiker bildeten. Ab Ende der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts hat sich auch in Österreich eine Form der Selbsthilfe entwickelt, welche die psychosozialen Aspekte der jeweiligen Problematik in den Mittelpunkt stellt.

### 7.1.2 Kennzeichen von Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind nach dem Fonds Gesundes Österreich (2006:8) folgendermaßen gekennzeichnet:

- nach der Betroffenheit: entweder selbst oder als Angehörige/r
- nach der Gruppengröße von sechs bis zwölf Personen
- nach regelmäßigen Gruppentreffen, meist auf regionaler Ebene
- nach Art der Teilnahme: freiwillig, regelmäßig und aktiv, gleichberechtigt
- nach der Orientierung der Gruppenarbeit an den Bedürfnissen der Betroffenen

### 7.1.3 Grenzen einer Selbsthilfegruppe

Abgesehen von den spezifischen Kennzeichen und nach dem Nutzen grenzt der Fonds Gesundes Österreich Selbsthilfegruppen aber auch noch nach folgenden Kriterien von anderen Unterstützungsangeboten ab:

- Selbsthilfegruppen sind keine Dienstleistungseinrichtungen, die beliebig und passiv konsumierbar sind. Von den Teilnehmenden wird eine aktive Mitarbeit gefordert.
- Selbsthilfegruppen können eine medizinische oder therapeutische Behandlung nicht ersetzen, sie können diese aber sinnvoll ergänzen und unterstützen.
- Selbsthilfegruppen stellen keine Basisversorgung für die Bevölkerung dar, da die Existenz von Selbsthilfegruppen vom Engagement, den Möglichkeiten und Ressourcen ihrer Teilnehmenden abhängig ist. Sie sind daher auch nicht planbar und ebenso wenig geeignet als Ersatz für eine professionelle Versorgung.
- Selbsthilfegruppen sind keine „Beratungsstellen“. Wer nur eine fachliche Frage hat oder eine einmalige Auskunft wünscht, aber nicht selbst aktiv mitarbeiten kann oder möchte, sollte sich besser an ExpertInnen im Sozial- und Gesundheitsbereich oder an relevante Einrichtungen wenden. (Fonds Gesundes Österreich 2006:10)

### 7.1.4 Wirkung von Selbsthilfegruppen

Die Wirkung von Selbsthilfegruppen hängt laut Fonds Gesundes Österreich (2006:10f) entscheidend von der konkreten Arbeitsweise und von den Zielen der Selbsthilfegruppe ab.

Folgende Wirkungen werden der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe nachgesagt:

- Rückgang von Symptomen im psychischen Bereich (weniger Ängste, Depressionen, Kontaktstörungen).

- Besserung von psychosomatischen Beschwerden.
- Verbesserung der Kenntnisse über die persönliche Erkrankung beziehungsweise das persönliche Problem.
- Das Erleben als „Experte/Expertin in eigener Sache“, wodurch professionelle Hilfe gezielter, kritischer und damit effizienter in Anspruch genommen werden kann.
- Neue Wege im Umgang mit der Erkrankung können entdeckt werden.
- Stärkung der sozialen Kompetenz – TeilnehmerInnen an einer Selbsthilfegruppe lösen sich aus der persönlichen Isolation. Damit wird ihre Selbständigkeit und Eigenverantwortung gefestigt.

„Wichtig ist, dass die Angehörigen loslassen und bereit werden, ihr Gefühlsleben von dem des Süchtigen zu trennen. In Selbsthilfegruppen wird dies zu Beginn oft als Gefühlskälte oder Gleichgültigkeit missverstanden.“ (Kolitzus: 2004:175)

## **7.2 Psychotherapie**

Psychotherapie ist eine Behandlungstechnik, die mit unterschiedlichen Methoden Leidenszustände und Verhaltensstörungen von Einzelpersonen, Gruppen und Systemen behandelt. Im Gegensatz zu einem freundschaftlich geführten Gespräch gelten für die Psychotherapie Bedingungen, bei deren Einhaltung eine Vergleichbarkeit und eine Absicherung des Patienten gegenüber Missbrauch gewährleistet sind. In der Psychotherapie wirkt im Wesentlichen die Beziehung zwischen einem oder mehreren Patienten und einem oder mehreren Therapeuten. Diese Therapeuten haben eine standardisierte Ausbildung durchlaufen. In Österreich wird die Qualität dieser Ausbildung durch den Berufstitel Psychotherapeut gesichert.

Angewandt werden vorwiegend psychologische Mittel, das heißt im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht die Kommunikation zwischen Patient und Therapeut, und zwar sowohl verbale als auch nonverbale Anteile.

Die Grundlage der anerkannten psychotherapeutischen Richtung ist eine lernbare Technik auf Basis theoretischen Wissens über normales und abnormales Verhalten sowie ebensolchem Empfinden. Teil der psychotherapeutischen Behandlung ist auch die Definition eines Behandlungszieles. Diese sehr allgemein gehaltene Definition erlaubt es, dass ganz unterschiedliche psychotherapeutische Schulen wie Psychoanalyse, Verhaltenstherapie oder Familientherapie gleichwertig nebeneinander bestehen können.

Die meisten therapeutischen Schulen bauen auf einer sehr allgemeinen Formulierung der psychotherapeutischen Grundhaltung gegenüber den PatientInnen: Der/die Patient/Patientin kann auf ein wertfreies Akzeptieren seiner Person bauen, das heißt, der/die Therapeut/Therapeutin urteilt nicht nach Kriterien wie gut oder schlecht, unschuldig oder schuldig. Der/die Therapeut/Therapeutin bemüht sich einfühlsam, die Gefühlswelt des/der Patienten/Patientin zu verstehen (Empathie). Er gibt keine direkten Ratschläge, sondern lässt den/die Patienten/Patientin im Rahmen der Psychotherapie seine/ihre eigenen Lösungsansätze für seine/ihre Probleme entwickeln. Diese Methode wird nicht greifen, wenn der/die Therapeut/Therapeutin sich seiner/ihrer eigenen Gefühle und Einstellungen nicht bewusst ist oder nur scheinbar auf den/die Patienten/Patientin eingeht. Ein wesentliches Kriterium ist daher die Echtheit der therapeutischen Grundhaltung. (vgl. BMI für Gesundheit und Frauen 2004:126)

## **II EMPIRISCHER TEIL**

Im empirischen Teil dieser Arbeit wird zunächst der gesamte diesbezügliche Forschungsprozess erläutert sowie in Fortführung auf die spezifischen Forschungsergebnisse eingegangen.

### **8. DER FORSCHUNGSPROZESS**

Im Forschungsprozess beschreibe ich die Ausgangslage der Untersuchung und meine Forschungsfrage. Dem hinzu füge ich die von mir gewählte Erhebungsmethode, beschreibe die Kontaktaufnahme mit meinen InterviewpartnerInnen und erläutere die Durchführung und den Ort der Interviews. Anschließend erkläre ich die Auswertungsmethode der Interviews nach der „Grounded Theory“.

#### **8.1 Ausgangslage der Untersuchung**

Bei meinem letzten Praktikum im Jahr 2006 in der Caritas Suchtberatung, nahm ich regelmäßig an der Angehörigengruppe von Drogenabhängigen in St. Pölten teil. Dabei fiel mir auf, dass diese Gruppe so gut wie ausschließlich von Eltern suchtmittelkonsumierender Personen besucht und nur in Einzelfällen auch von Geschwistern in Anspruch genommen wurde.

Ich begann mich näher mit dem Angehörigenbereich, im Speziellen mit der Situation der Geschwister auseinander zu setzen. Dabei stellte sich heraus, dass es kaum Angebote für Geschwister in der Suchthilfe gibt. Auch in der Literatur findet man nur sehr wenig über diesen Themenbereich, also über die Geschwister Drogenabhängiger sowie deren emotionale Bindung an den Drogenabhängigen/die Drogenabhängige. Ich gehe jedoch davon aus, dass die Einbeziehung der Geschwister in die Behandlung des Drogenabhängigen wichtig ist, da sie Teil des engeren familiären Netzes sind.

## **8.2 Die Forschungsfrage**

Aufgrund der Tatsache, dass es in der Literatur wenig bis gar keine Arbeiten über das Erleben der Sucht von Geschwistern drogenabhängiger Personen gibt, stellte sich die Forschungsfrage als äußerst komplex und vielschichtig dar:

Wie erleben Geschwister die Sucht von Drogenabhängigen?

Diese Forschungsfrage wird nach folgenden Detailaspekten strukturiert und aufgearbeitet:

- Wie gestalten sich die Bedürfnisse der Geschwister im Familiengefüge durch die Sucht?
- Wie nimmt das gesunde Kind die einzelnen Familienmitglieder im Kontext der Problemsituation wahr?
- Welche Rolle nimmt es selbst ein?
- Welche Bewältigungsstrategien haben sie?
- Was verändert sich für den gesunden Bruder bzw. die gesunde Schwester durch die Sucht?
- Wie weit lässt sich das oft beschriebene Phänomen der Co-Abhängigkeit an den Geschwistern erkennen?

## **8.3 Die Erhebungsmethode – Das Qualitative Interview**

Der empirische Teil dieser Arbeit stützt sich auf qualitative Interviews. Hier folge ich der Methode von Bortz und Döring (2006:308), welche die Besonderheit qualitativer Befragungen darin erblicken, dass der Gesprächsverlauf weniger von dem/der Interviewer/Interviewerin als vielmehr von der interviewten Person gesteuert und gestaltet wird.

Zu Beginn des Interviews führte ich meine InterviewpartnerInnen mit einer vorbereiteten Einstiegsfrage zum Thema hin. Damit sollte auch der/die Interviewte einen Überblick über das geplante Thema bekommen.



Ich habe mich weiters dafür entschieden ein Leitfadeninterview zu führen. Dieses soll dem/der Befragten helfen, ihn/sie genauer zur Fragestellung hinzuführen. Der Interviewleitfaden beinhaltet allerdings keine ausformulierten Fragen, sondern dient lediglich als Orientierung, um keine wesentlichen Aspekte zu vergessen.

### 8.3.1 Das Leitfadeninterview

Nach Bortz und Döring (2006:314) ist das Leitfadeninterview die gängigste Form qualitativer Befragungen. Durch den Leitfaden sowie die darin angesprochenen Themen kann ein Gerüst für Datenerhebungen und die Datenanalyse gewonnen werden, das die Ergebnisse unterschiedlicher Interviews vergleichbar macht. Gleichzeitig lässt diese Interviewmethode genügend Spielraum, um spontan aus der Interviewsituation heraus neue Fragen und Themen einzubringen oder bei der Interviewauswertung auch Themen herauszufiltern, die bei der Leitfadenerstellung vielleicht gar nicht angedacht wurden.

Weiters werden zu Beginn oder am Ende eines qualitativen Interviews einige statistische Daten aufgenommen (zum Beispiel Alter, Geschlecht, Haushaltssituation...)

## 8.4 Kontaktaufnahme mit meinen Interviewpartnern

Bereits die Suche nach Interviewpartnern/Interviewpartnerinnen, nämlich Geschwistern von drogenabhängigen Personen, erwies sich als äußerst schwierig.

Zunächst ging ich davon aus, dass ich in der Angehörigengruppe von Drogen- und Medikamentenabhängigen in St. Pölten einige Geschwister antreffen könnte. Jedoch musste ich schon bald zur Kenntnis nehmen, dass die Gruppe fast ausschließlich nur von Eltern besucht wurde. Lediglich ein Mädchen kommt regelmäßig mit ihrer Mutter in die Gruppe. Ich konnte sie auch für mein erstes Interview gewinnen.

Mein nächster Versuch, in Kontakt mit Geschwistern zu kommen, war das Ersuchen von teilnehmenden Eltern, ihre anderen Kinder (so vorhanden) über mein Vorhaben zu informieren und bei Interesse mit mir in Kontakt zu treten. Dieser Versuch scheiterte, da sich nie jemand bei mir meldete. Unklar ist, ob die Eltern mein Anliegen nicht an die Geschwister weitertrugen oder ob diese sich weigerten. Jedenfalls war die Hemmschwelle offensichtlich zu groß.

So stand ich vor dem Problem, keine Geschwister für meine Interviews zu finden. Nur durch Zufall sprach ich mit einer Kollegin vom Psychosozialen Dienst. Sie bot mir spontan an, dass sie eine Bekannte von ihr fragen werde. Schon einen Tag später bekam ich deren Telefonnummer und konnte mir mit ihr einen Interviewtermin vereinbaren.

Kurz darauf bot mir eine Freundin an, ihre Tochter zu fragen, ob sie für ein Interview mit mir bereit wäre. Auch dieses Interview kam kurz darauf zustande.

Den Kontakt zu meinem vierten Interviewpartner wurde über meine Diplomarbeitbetreuerin, DSA Karin Goger, hergestellt.

	<b>Interviewp. 1</b>	<b>Interviewp. 2</b>	<b>Interviewp. 3</b>	<b>Interviewp. 4</b>
<b>Alter</b>	16	16	22	45
<b>Geschlecht</b>	Weiblich	weiblich	weiblich	männlich
<b>Beruf</b>	arbeitslos	Angestellte	Angestellte	selbstständig - war selbst in der Suchtarbeit tätig.
<b>Geschlecht Suchtkranke/r</b>	männlich	männlich	männlich	weiblich
<b>Gleicher Haushalt</b>	nein	nein	nein	nein
<b>Wo steht die/der Suchtkranke im Moment</b>	Stationäre Therapie	arbeitet wieder	arbeitslos	Invaliditätspension

Abbildung 2: Interviewpartner/Interviewpartnerinnen

## **8.5 Durchführung und Ort der Interviews**

Alle Interviews wurden von mir im Zeitraum Dezember 2006 bis Jänner 2007 durchgeführt. Die Dauer der Interviews betrug im Durchschnitt 70 Minuten. Die Interviews wurden mittels eines mp3 Players aufgezeichnet, damit keine Daten verloren gehen und ich sie in weiterer Folge transkribieren konnte.

Die ersten beiden Interviews wurden in meinem Büro in der Suchtberatung geführt, um eine angenehme und freundlich Atmosphäre zu gewährleisten. Weiters konnten diese Interviews ohne Störung äußerer Einflüsse erfolgen.

Meine dritte Interviewpartnerin lud mich zu sich in die Wohnung ein, wo wir uns in Ruhe und für sie in vertrauter Umgebung ungestört unterhalten konnten.

Beim letzten Interview lud mich mein Interviewpartner zu sich ins Büro ein, wo ich in einem Besprechungsraum das Interview durchführen konnte.

## **8.6 Auswertung der Interviews nach der „Grounded Theory“**

Bei der Grounded Theory handelt es sich um ein Verfahren zur Entwicklung und Überprüfung von Theorien, das eng am vorgefundenen Material arbeitet beziehungsweise in den Daten verankert (grounded) ist. Nach Bortz und Döring (2006:332f) wird ein vorurteilsfreies, induktives und offenes Herangehen an Texte propagiert und gleichzeitig durch die Vorgabe, das Textmaterial nach explizierten „Faustregeln“ zeilenweise durchzuarbeiten, diszipliniert. Der Grounded Theory-Ansatz zielt auf eine feine Vernetzung von Kategorien und Subkategorien ab.

Ziel einer Inhaltsanalyse nach der Grounded Theory ist die Identifikation der Kernkategorie oder Schlüsselkategorie des untersuchten Textes, die in ein hierarchisches Netz von Konstrukten (die Theorie) eingebettet ist. Die Identifikation der Konstrukte wird in mehreren Kodierphasen vorgenommen.

Nachdem ich alle vier von mir geführten Interviews vollständig transkribiert hatte, begann ich mit der Datenauswertung. Weiters verfasste ich Gesprächsprotokolle

und Memos, die in den Anfangsphasen der Untersuchung dazu beitragen sollen, dass gesamte Spektrum der Forschungsfrage abzudecken (vgl. Böhm 2003:476).

Danach wird mit der ersten Phase des Kodierens begonnen, dem Verfahren des offenen Kodierens. Offenes Kodieren bedeutet den Indikatoren (Wörtern, Satzteilen oder Sätzen) Konstrukte, also abstraktere Ideen, zuzuweisen und den Text sukzessive „aufzubrechen“, wobei jegliches Vorgehen mitnotiert werden soll (vgl. Bortz und Döring 2006:333). Dafür wurden von mir Theorie- und Konzeptmemos angefertigt, sowie die vorläufigen Auswertungen in die erste Maske des offenen Kodierens eingetragen.

Konzept	Eigenschaft	Dimension

Abbildung 3: Maske 1 - Offenes Kodieren

In der nächsten Phase, dem sogenannten axialen Kodieren, wird eine Verfeinerung und Differenzierung des vorhandenen Materials und der entwickelten Konzepte vorgenommen. Dabei geht es darum, eine aus dem vorherigen Prozess generierte Kategorie in den Mittelpunkt zu stellen und ein Beziehungsnetz rund um sie herum zu spinnen (vgl. Böhm, 2003:479).

Für den diesen Schritt erstellte ich eine zweite Maske (vgl. Brandstetter 2006:14+16)

Konzept	Ursache	Kontext	Strategie	Konsequenz

Abbildung 4: Maske 2 - Axiales Kodieren

Beim axialen Kodieren werden die Daten durch das Erstellen von Verbindungen zwischen den Kategorien auf eine neue Art zusammengesetzt. Dies wird mittels Einsatz eines Kodierparadigmas erreicht, das aus Konzept, Ursache, Kontext, Strategie und Konsequenz besteht. Es erfolgen, wie beim offenen Kodieren, Vergleiche und das Stellen von Fragen. Beim axialen Kodieren ist jedoch der Einsatz dieser Vorgehensweise fokussierter und auf das In-Beziehung-Setzen von Kategorien ausgerichtet. Jede Kategorie wird in Bezug auf die ursächlichen Bedingungen, die zu dieser Kategorie führen, in Bezug auf die dimensionalen Ausprägungen dieses Phänomens hinsichtlich seiner Eigenschaften, in Bezug auf den Kontext, auf die Strategien, die eingesetzt werden, um auf das Phänomen zu reagieren, damit umzugehen und es zu bewältigen und bezüglich der Konsequenzen jeder ausgeführter Handlung entwickelt (vgl. Corbin/Strauss 1996:84-93)

## 9. DARSTELLUNG DER FORSCHUNGSERGEBNISSE

Die Forschungsergebnisse lassen sich in 6 Konzepten darstellen:

- „Wunsch nach einer heilen Familie“
- „Gesundes Kind in der Zerreißprobe“
- „Spannungsfeld Familie“
- „Minenfeld – Angst vor falschen Worten und ungewollten Reaktionen“
- „Copingstrategien“
- „Implikationen für die Sozialarbeit“

Die Ergebnisse beschreiben die Situation der Geschwister aus deren eigener Sicht und Blickwinkel, auch wenn auf die Familien und die Dynamik eingegangen wird. Deshalb muss berücksichtigt werden, dass alle Interpretationen nur aus dieser Perspektive zulässig und schlüssig sind und auf den Bedürfnissen der Geschwister beruhen.

### 9.1 Der Wunsch nach einer heilen Familie

*„I hob ma oft docht, kaun i net einschlofn und beim aufwochen is ollas wieder guad?“ (Interview 2 2007:476-477)*

Die Inszenierung der „heilen Familie“ erfolgt mit unterschiedlichen Mitteln: Die Idee, dass dadurch anderen Familienangehörigen und dem außerfamiliären Netzwerk die Problemlage verheimlicht wird und der Eindruck der glücklichen sowie sorgenfreien Familie erhalten bleibt, zählt ebenso dazu wie die Idealisierung der Vergangenheit als problemfrei und harmonisch.

#### 9.1.1 Alles soll wieder so sein wie früher

Bei drei von vier Geschwistern, die interviewt wurden, wird dieser Wunsch nach der „heilen Familie“ ganz evident. Sie möchten, dass die drogenkranke Schwester

oder der drogenkranke Bruder wieder gesund werden soll und alles so sein möge wie es früher einmal war. Ein Wunsch also, dass alles „wieder normal wird“.

*„I wünsch ma, dass mit eam ollas wieda passt. Wohnung und dass er a Oabeit hod wos eam gfreit“ (Interview 1 2006:444)*

*„...das er einfach weg ist von den Drogen. (...) Ich mein, ich hoff, dass er sich mal ändert – ich mein, irgendwann muss er sich ja ändern“ (Interview 3 2007:436, 440-441)*

Auch Frick schreibt, dass er die Erfahrung gemacht hat, dass bei einer ernsthaften Erkrankung eines Kindes fast immer die Gefahr besteht, dass die Eltern ihre ganze Aufmerksamkeit diesem Kind schenken. Die „gesunden“ Geschwister fühlen sich vernachlässigt und manche von ihnen wünschen sich, dass alles wieder so sein möge wie früher. (vgl. Frick 2004:121f)

Auch im Zuge meiner Interviews wurde ersichtlich, dass seit der Suchterkrankung der Schwester oder des Bruders eben dieser/eben diese in den Mittelpunkt des Familieninteresses rückte. Das Problem einer Einzelperson wurde zur Last für die ganze Familie.

#### 9.1.2 Das andere, gesunde Kind aus allem raushalten wollen

Die Mehrheit meiner InterviewpartnerInnen hält fest, dass sie zu Beginn der Suchterkrankung ihres Geschwisterteils nicht in das „Geschehen“ eingebunden wurden. Die Mutter versuchte das Problem zu verheimlichen bzw. es von den „gesunden Kindern“ fernzuhalten, sie also damit nicht zu konfrontieren bzw. sie rauszuhalten. In einigen Fällen führte diese Nichtinvolvierung zu Ärger und auch Vorwürfen gegenüber der Mutter, weil die Kinder sehr wohl merkten, dass „etwas nicht stimmt“. Sie fühlten sich ausgeschlossen.

*„Sie hod mir eigentlich goa nix erzöt“ (Interview 1 2006: 183)*

*„Also wenn jemanden was nicht erzählt wurde, dann war das mir!“ (Interview 4 2007:122)*

*„Aufressen woa i irgendwie, weus ma net sogt wos is“ (Interview 1 2006:397)*

*„Na i glaub de hod glaubt, dass i des eh net mitkriag“ (Interview 1 2006:409)*

Wie bereits im Theorieteil angeführt schreibt Rufo (vgl. 2002:192), dass das Schweigen der Eltern gegenüber den „gesunden“ Kindern sehr oft auf Unverständnis stößt. Sie sehen, dass es Schwierigkeiten mit ihrem Bruder oder ihrer Schwester gibt und dass sich die Eltern intensiv mit dem Geschwister beschäftigen. Dieses Unwissen kann zu Angst und Eifersucht führen.

### 9.1.3 Außerhalb der Kernfamilie

Außerhalb der Kernfamilie wird im Wesentlichen nicht über das „Problem“ der Suchterkrankung der Schwester oder des Bruders gesprochen. Überlegungen wie *„Vor meina Oma haum mas a verheimlicht. Zur Oma woit i eigentlich goa nix sogn, weu vielleicht kennt sie de a net so aus – haglich woa des (...)“ (Interview 1 2006:204-205)* spielen eine Rolle. Es wird lieber geschwiegen und verheimlicht, als jemanden außerhalb der Kernfamilie einzubinden und mit dieser Person über die Situation zu sprechen.

Auch Verleugnen spielt bei den Geschwistern eine wesentliche Rolle als Bewältigungsstrategie. So wird anderen Personen gegenüber der Eindruck vermittelt, dass es keine Probleme oder Konflikte in der Familie gibt: *„So tuan ois ob nix wa. (...) wie waun eh ois passen tat.“ (Interview 1 2006: 208-209)*

Selbst wenn die/der Süchtige sich bereits in einer Therapiestation befindet, wird dies verheimlicht und alternative Erklärungen werden gegeben. *„Und wie er do augfaunga hod in da Zukunftsschmiede [stationäre Langzeit-Therapiestation] und imma waun mi wea gfrogt hod wo a is, hob i imma gsogt – der mocht irgendan Kurs oda so.“ (Interview 1 2006:388-390)*



#### 9.1.4 Verdrängung

Oft wird die Suchterkrankung der Schwester oder des Bruders verdrängt. Vor allem zu Beginn der Suchterkrankung will man einfach nicht glauben oder wahrhaben, dass die Schwester/der Bruder drogenabhängig ist. Erinnerungen an den Suchtbeginn werden teilweise aus dem Gedächtnis gestrichen. Im Falle jener Geschwister, deren suchtkranke Schwester oder deren suchtkranker Bruder den körperlichen Entzug bereits hinter sich hat und sich in einer Langzeittherapie befindet, wird meist gar nicht mehr über die Sucht betreffenden Erlebnisse gesprochen.

*„(...) Und ich wollt das am Anfang nicht glauben, weil ich dacht hab, mein Bruder macht das nicht. (...) das glaub ich nicht, dass kann nicht sein (...) (Interview 3 2007:19-25)*

### 9.2 Das „gesunde“ Kind in der Zerreißprobe

Aus Sicht der Geschwister wird die eigene Familie als Spannungsfeld erlebt. Einerseits ist da die drogenabhängige Schwester oder der drogenabhängige Bruder, auf der anderen Seite ist die Mutter, die ebenfalls leidet und Unterstützung braucht. Das „gesunde“ Kind fühlt sich hin und her gerissen. „Zerreißprobe“ meint hier einen persönlichen Zwiespalt, der durch ein starkes Zugehörigkeitsgefühl zu zwei hilfsbedürftigen Seiten, die sich gegenseitig aufreiben und schuldig fühlen, ausgelöst wird.

#### 9.2.1 Mitgefühl und Mitleid mit der Mutter

Bei allen Geschwistern, die ich interviewt habe, hat sich gezeigt, dass sie sich Sorgen um die Mutter machen und mit ihr mitleiden. Die Mutter ist zentraler Punkt im gesamten Gefüge. Auch wenn es der Schwester oder dem Bruder wieder gut geht, so denken manche Geschwister dennoch insbesondere an die Mutter und ihr Befinden.

*„Obwohl ich mir immer Sorgen um meine Mutter mache, weil sie noch immer mit ihm leben muss. Und er macht's einem ja nicht grad einfach.“ (Interview 3 2007:153)*

*„Naja ich hab sie dann in den Arm genommen und sie hat dann geheult und das hätte eigentlich umgekehrt sein sollen. Und ich hab versucht sie zu beruhigen und hab versucht sie zum Aufbauen. Ich hab immer die Starke spielen müssen, obwohl ich mir manchmal dacht hab, ich möchte am liebsten einmal heulen. Aber ich hab einfach nicht anders können. Sie hat mir einfach so leid getan.“ (Interview 3 2006:354-358)*

Die interviewte Person erzählt, dass sie ihre Mutter in den Arm genommen hat und sie versucht hat ihre Mutter zu trösten. Gleichzeitig ist sie jedoch der Meinung, dass „dies umgekehrt hätte sein sollen“. Sie ist der Ansicht, dass dies eigentlich die Aufgabe der Mutter ist. Die Mutter müsste ihrer Meinung nach die Starke sein und sie sollte die Tochter in den Arm nehmen und trösten.

#### 9.2.2 Mutter entlasten und schützen

Wie bereits vorher erwähnt, spielt die Mutter eine wichtige Rolle im Spannungsfeld Familie. Die Geschwister kümmern sich nicht nur um den drogenkranken Bruder, die drogenkranke Schwester, sondern – und vor allem auch – um die Mutter.

Mit der Mutter wollen sie deshalb über vieles gar nicht mehr reden, weil sie der Ansicht sind, dass sie bereits in einer schlechten psychischen Verfassung ist und sie diese nicht noch zusätzlich belasten wollen. Für die Interviewpartner ist es im übrigen ganz selbstverständlich, dass sie sich verstärkt um die Mutter kümmern. Einige haben das Bedürfnis bzw. fühlen die Verpflichtung, dass sie die Mutter entlasten, in den Arm nehmen und trösten müssen. Ein Interviewpartner, der in der Drogenarbeit tätig ist, hat seine eigene Mutter beraten und über Sucht und ihre Folgen aufgeklärt. Er beschreibt, dass er *„Angehörigenarbeit gemacht hat – die ist zwar nicht immer gut angekommen, aber schlussendlich seine Mutter die Unterstützung oder Angehörigenarbeit geschützt hat“* (Interview 4 2007:44-46)

*„Ich hab mich dann eher drauf konzentriert, meiner Mutter zu helfen. Für sie war das ein schwerer Schock. Ich hab das als meine Aufgabe gesehen, sie zu stützen und zu unterstützen soweit es geht.“ (Interview 4 2007:31-34)*

*„... da ich zur Bezugsperson von meiner Mutter geworden bin. Fast wie eine Therapeutin“ (Interview 3 2007:220)*

### 9.2.3 Die drogenkranken Geschwister werden zum Lebensthema

Obwohl sich die Geschwister einerseits sehr stark um die Mutter annehmen, wird auch die suchtkranke Schwester oder der suchtkranke Bruder nicht im Stich gelassen. Sie sind einem steten Hin- und Herpendeln zwischen den Familienmitgliedern ausgesetzt. *„Na i hob ma nua docht, waun er irgendwos braucht oda so, daun probier is ollas das i eam höfn kaun, das er des schafft und so.“ (Interview 1 2006:359-369)*

Bei einigen der befragten Geschwistern stellt sich heraus, dass sie die süchtige Schwester oder den süchtigen Bruder oft decken. Oft vertrauen sich die suchtkranken Geschwister den „gesunden“ Geschwistern an, sehen sie als Vertrauensperson. Es werden Gespräche zwischen den beiden Geschwistern geführt, die den Eltern nicht weitererzählt werden.

*„Amoi hob i von da Oma 20 Schilling kriagt, und daun hob i ihr [der Mutter] de 20 Schilling ins Gödbeasl einegebn. Weu mei Bruada hod ihr imma a Göd obgschnorrt und do hob i ma denkt, das net so auffoit gib i ihr die 20 Schilling ins Gödbeasl.“ (Interview 1 2006:278-281)*

Es besteht diesbezüglich auch eine gewisse Angst, die Schwester oder den Bruder einmal verraten zu müssen.

*„I man wos i scho ghobt hob, woa de Aungst, das irgendwaun mi wer zur Polizei hoid und i muass ma daun überlegen, wos deaf i sogn und wos net. Des woa für*

*mi scho oft so, das i ma docht hob – na hoffentlich kum i nie in die Situation, das i do quasi mein Bruader verrodnen muas oda so.“ (Interview 2 2007:103-106)*

Die süchtige Schwester oder der süchtige Bruder wird nicht nur gedeckt, sondern auch kontrolliert. Ein Teil der Befragten hat schon nach Drogen bei der süchtigen Person gesucht. Auch wird kontrolliert, ob der betroffene Geschwisterteil in der Arbeit ist. Teilweise wird dem süchtigen Bruder bzw. der süchtigen Schwester auch mitgeteilt, dass man jetzt auf sie aufpasse und sie und ihr Tun im Auge behalten werde.

*„Oba i bin a dahinter, das i ima a bissl schau auf eam. (...) hob i eam a gsogt, er muas se jetzt afoch drauf eistön, das er unter Anführungszeichen beobachtet wird“ (Interview 2 2007:50, 52-53)*

*„I hob scho sehr oft des Gföh ghobt, i muas a bissl aufpassn auf eam.“ (Interview 2 2007:57)*

*„... und do hob i, wie i in da fruah in die schui gfoan bin mitn bus – is der do vorbeigfoan – und i hob ima geschaut, ob sei auto duat steht und er eh in da oabeit is.“ (Interview 1 2006:75-76)*

#### 9.2.4 Das Geschwisterverhältnis verändert sich

Hinsichtlich der Beziehung zum suchtmittelabhängigen Geschwister wird eine klare Unterscheidung zwischen „vor der Sucht“ und „seit der Sucht“ markiert. Die Sucht stellt einen Einschnitt dar, nach dem nichts mehr so ist wie früher. Dabei verändert sich die Beziehung in den untersuchten Fällen durchaus in unterschiedliche Richtungen und zwar sowohl hin zu einem distanzierten Verhältnis als auch hin zu einer engeren Bindung.

Bei zwei InterviewpartnerInnen war die Schwester vor der Sucht die Lieblingsschwester, beziehungsweise war der Bruder der beste Freund. Dieses

Verhältnis hat sich nach Beginn der Suchterkrankung ins Gegenteil verändert, indem der Kontakt abgebrochen wurde.

*„...bevor das alles angefangen hat, haben wir uns ziemlich gut verstanden. Wir sind wirklich immer gemeinsam weggegangen. Es war nicht so, dass das mein kleiner nerviger Bruder war, sondern dass er eher wie mein bester Freund war.“* (Interview 3 2007:35-36)

*„... Wobei sie schon meine Lieblingsschwester war.“* (Interview 4 2007:6)

Bei den anderen beiden Interviewpartnerinnen stellte sich heraus, dass sie vor der Sucht nur sehr wenig Kontakt zueinander hatten, hingegen im Laufe der Suchterkrankung näher zusammengewachsen sind. Es besteht jetzt ein regelmäßiger Kontakt zwischen den Geschwistern. Sie telefonieren und schreiben einander.

*„Er hod söba gsogt, i bin sei große Schwester, obwoi i sei klane Schwester bin. (...) Es is irgendwie von Gschwister die Gschwister san – zu Gschwister de a Freind san.“* (Interview 2 2007:352-353)

*„Mit da Zeit is ma mei Bruada imma wichtiga woan für mi.“* (Interview 1 2006:118)

#### 9.2.5 Das Familienverhältnis ändert sich

Bei allen Befragten hat sich seit der Suchterkrankung eines Geschwisterteils das Familienverhältnis insgesamt stark verändert und zwar in dem Sinne, dass es mehr zusammengewachsen und zusammengeschweißt wurde. Einige Geschwister können jetzt sogar vernünftiger miteinander reden als zuvor. Die befragten Geschwister gaben auch an, dass vor der Suchterkrankung die meisten Familienmitglieder untereinander nur sehr wenig persönlichen Kontakt zueinander hatten.

*„I glaub das afoch des Vertrauen inerhoib unserer gaunzn Familie und de Beziehung durch des schon vü bessa gwordn is. Des hod irgendwie a an positiven Aspekt ghobt. Na waun i jetzt de Beziehung in unsera Familie vergleich jetzt und vorher – des kaun ma net verlgeichn.“ (Interview 2 2007:349-352)*

*„Irgendwie ist das Verhältnis zwischen mir und meiner Mutter inniger geworden“ (Interview 3 2007:218-219)*

#### 9.2.6 Alles dreht sich um das Drogenproblem

Der Großteil der befragten Geschwister gibt an, dass sie das Drogenproblem und alles damit Zusammenhängende sehr beschäftigt. Man gewinnt den Eindruck – mit Ausnahme eines Befragten - dass die Geschwister sich in Gedanken praktisch ununterbrochen mit der süchtigen Schwester oder dem süchtigen Bruder auseinandersetzen und in Gedanken bei ihm/ihr sind.

*„I hob ununtabrochen an eam denken miassn. Do hob i mi a nie recht konzentriern kena in da schui. Di meiste Zeit hob i an eam docht wies eam geht, obs eam eh guad geht.“ (Interview 1 2006: 381-382)*

*„I hob übahaupt net obschoitn kena. I hob eam ima im Kopf ghobt. I hob übahaupt net obschoitn kena.“ (Interview 2 2007:209)*

Im Zuge der Interviews wurde auch evident, dass die Geschwister oft die Verpflichtung empfinden, auf die Schwester bzw. den Bruder aufpassen zu müssen. Aus Angst, dass sie/er sonst wieder eine „Dummheit“ begeht.

*„Ich war halt dann immer eine Zeit lang bei ihm, weil ich mir dacht hab, ich muss auf ihn aufpassen, wenn er einen Scheiß macht. (...) Da hab ich mir dacht, wen ich jetzt nicht auf ihn aufpass, dann passiert irgendwas.“ (Interview 3 2007:92-93, 98-99)*

Auch Mitleid und Mitgefühl kommen bei der Mehrheit der Befragten zum Ausdruck. Die Geschwister wollen der Schwester bzw. dem Bruder helfen, weil sie sich Sorgen machen. Sorgen, wie es weitergeht, Sorgen um den großen Schuldenberg des Geschwisterteils. Am intensivsten ist dieses Gefühl, wenn die Drogenkranken in Kontakt mit der Polizei kommen, oder wenn die „gesunden“ Geschwister miterleben, welche Folgen der Entzug zeitigt.

Zudem besteht die stete Angst, dass die/der Süchtige nach erfolgtem Entzug einen Rückfall erleidet.

*„Mia hod er voi lad dau irgendwie, wie er ausgschaut hod und wia eam de Mama auseghaut hod.“* (Interview 1 2006:144-145)

### 9.2.7 Enttäuschung

Zum Gefühl des Mitleids und des Mitgefühls gesellt sich oftmals aber ebenso eines von Enttäuschung: *“(…) Des woa daun wo i irgendwie entteischt woa von mein Bruada, weu er mocht, das da Mama net guad geht.“* (Interview 1 2006:531-532)

Auch in diesem Zusammenhang spielt also die Sorge um die Mutter eine wichtige Rolle.

### 9.2.8 Die Sucht mit(er)leben

Drei der befragten Geschwister sahen sich praktisch zeitgleich mit der Erkenntnis der Suchterkrankung der Schwester bzw. des Bruders mit persönlichen körperlichen Auswirkungen bzw. Symptomen konfrontiert. Diese äußerten sich etwa in Panikattacken, Angstträumen und Ähnlichem.

Auch in der Literatur wird auf das Phänomen einer Art „Symptom-Übertragung“ bei Geschwistern hingewiesen. Es kommt vor, dass sich Symptome gleichzeitig

ausbreiten und identisch sowie parallel verlaufen. Symptom-Imitation kann sich auf alle Verhaltensmuster erstrecken (vgl. Bank und Kahn 1991:221)

*„na zum Beispiel wie er sich sei Nosn operiern lossn hod, hod mir mei Nosn ima so weh tau. Des hob i irgendwie komisch gspiat. Oda wies eam schlecht gaunga is, is ma a schlecht gaunga. Des woa voi komisch irgendwie.“* (Interview 1 2006:349-351)

*„Oba des interessante woa, das i haargenau zu der söbn Zeit, wie des mit meinem Bruada augfaunga hod, söba so Panikattacken ghabt hob ... und des wirklich genau parallel zu mein Bruada augfaunga hod. ... Oba es woa wirklich genau zu der Zeit!“* (Interview 2 2007:210-214)

Auch negative Gedanken wie *„i wü nima leben“* (Interview 2 2007:296) kommen bei den Befragten vor. Weiters geben einige der Befragten an, dass sie nichts mehr freue: *„Do hod mi nix mehr gfreit und lasch woa i voi.“* (Interview 1 2006:98)

### **9.3 Spannungsfeld Familie**

Im Folgenden beschreiben die Geschwister, was sich seit Suchtbeginn in der Familie verändert hat. Das Familienleben wird immer mehr zum Spannungsfeld. Die häusliche Atmosphäre gestaltet sich als sehr bedrückend und emotional „geladen“, wenn die oder der Drogenkranke zu Hause ist. Sämtliche Familienmitglieder sind leicht reizbar, es herrscht so etwas wie eine „wiederkehrende Ausnahmesituation“. Durch diese stete Überforderung kommt es immer wieder zu Auseinandersetzungen.

Einige der Befragten geben an, sich in der Öffentlichkeit für ihre drogenkranke Schwester/ihren drogenkranken Bruder zu schämen, da es durch deren/dessen inadäquates Verhalten zur Eskalation kommen kann. Das Verhalten des/der Süchtigen wird als weder gesellschaftsfähig noch als „familientauglich“ erachtet. Die Hälfte der Befragten gab an, dass sie und andere Familienangehörige ihr Geld vor Diebstahl durch den/die Süchtige, schützen müssen.



Durch häufigen Aufenthalts- und Wohnungswechsel des/der Suchtkranken wird das eigene Gefühl der Unsicherheit und Verwirrung noch gesteigert. Dieser Zustand wird als unerträglich geschildert.

### 9.3.1 Die Rolle des Vaters

Alle Interviewten erwähnen die Rolle des Vaters separat. Sie betonen, dass sich dieser wenig bis gar nicht um das drogenkranke Kind kümmert oder verantwortlich fühlt. Die Gefühle reichen von Enttäuschung bis Entsetzen gegenüber dem Vater, da es ihm (aus Sicht der Geschwister) egal ist, was mit dem kranken Geschwisterteil passiert. Die Kinder werfen ihm vor, gefühllos zu sein, was Wut auf ihn nach sich zieht.

Ein Vater schließt sich jedoch der Meinung des vierten Interviewpartners an, *„...und war eher für ein rigides Vorgehen meiner Schwester gegenüber.“* (Interview 4 2007:197-198).

*„...eigentlich woa mei Papa imma der, der am meisten gschimpft hod. Des hod mia am meisten weh tau, waun er [der Vater] so schlecht über eam [den Bruder] gred hod und so. (...) Und des ärgste woa – do is a [der Vater] amoi hamkuma, und des woa wie mei Mama mein Bruad auseghaut hod ... und des hods mein Papa erzöt und er hod daun gsogt, es warad eh gscheitda, waun er [der Bruder] stirbt... Und do hob i ma denkt PAPA, des is jo voi oag! ... Seitdem mog i mein Papa irgendwie nima so. I man des is scho oag das a des sogt!“* (Interview 1 2006:221-223)

Dem Anschein nach zwingt die durch die Sucht entstandene Extremsituation alle Familienmitglieder in bestimmte Rollen. Der Vater scheint sich aus dem Familiengefüge herauszunehmen, nimmt aber eingehend betrachtet eine stark rational ökonomische Rolle ein. Dies bedeutet, dass erst durch Exklusion eines kranken, die Familie gefährdenden Mitgliedes, der Fortbestand der Familie gesichert werden kann. Ist dies nicht möglich, steht die Selbsterhaltung im Mittelpunkt.

*„Mei Papa hod daun a a Zeit laung gred, dass er se wegrammt, weu er gsogt hod, des hod eh ois kann Sinn. Daun hod er gsogt, er verlosst uns und mei Mama.“*  
(Interview 2 2007:242-243)

Da die Mutter eine emotionale und sehr irrationale Haltung einnimmt und ihre Verfassung somit durch kleinste Ereignisse verschlechtert werden kann, wird aus Sicht der gesunden Geschwister das Verhalten des Vaters als kühl und hartherzig erlebt. Wie schon beschrieben, nehmen „gesunde“ Kinder ihre Rolle als Stütze des schwachen Elternteiles wahr und teilen somit die Auffassung der Mutter. Die Rolle einer streng rationalen Position in der Familie ist zur Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit unerlässlich und wird speziell dann erforderlich, wenn zu starke emotionale Involviertheit Krise und „Tunnelblick“ verursachen.

### 9.3.2 Erwartungen müssen erfüllt werden

Besonders eine Interviewpartnerin betonte immer wieder, dass sie bereits von klein auf das Gefühl hatte, sie müsse die Erwartungen der Eltern erfüllen. Ängste, die Eltern enttäuschen zu können, stehen bei einigen im Vordergrund. Vor allem mit der Sucht der Schwester oder des Bruders verstärkt sich dieser Druck, weil sie ohnedies schon den belasteten Eltern nicht auch noch durch ihr Verhalten enttäuschen möchten.

*„I hob grundsätzlich von kla auf imma des Gfüh ghobt, i muas brav sei und i muas – jo i woa ima de Brave und mei Bruada woa der, um den ma se Sorgn mochn hod miasn. Und des hod se daun imma mehr a nu verstärkt.“* (Interview 2 2007:32-34)

In der Literatur spricht man diesbezüglich vom „braven Kind“. Diese Kinder richten sich nach familiären und gesellschaftlichen Regeln und sind fleißige sowie strebsame Schüler. Sie versuchen ihr Bestes zu leisten, um damit den von den Eltern in sie gesetzten Erwartungen gerecht zu werden. Sie glauben, es sei ihre Aufgabe, die Familie in den Augen anderer Leute als erfolgreich erscheinen zu lassen. (vgl. Cleveland zit. in Rennert 1989:83)

Auch Frick (vgl. 2004:121f) ist der Ansicht, dass die „gesunden“ Geschwister durch die Suchterkrankung eines ihrer Geschwister das Bedürfnis bzw. den Selbstdruck entwickeln, dass sie jetzt besonders erfolgreich sein und die Wünsche und Erwartungen der Eltern verstärkt erfüllen müssen.

### 9.3.3 Gefühle von Neid und Eifersucht treten auf

Im Zuge der Interviews wurde auch ersichtlich, dass die meisten Geschwister ihren suchtkranken Brüdern bzw. Schwestern gegenüber Gefühle von Neid und Eifersucht entwickeln.

Der Großteil der Befragten räumt ein, dass sie die süchtige Schwester bzw. den süchtigen Bruder oftmals sogar beneiden, weil sie/er so unbesorgt dahinleben kann. Eine Interviewte gab zu, dass sie manchmal auch den Wunsch hegt, so leben zu dürfen wie ihr „unbesorgter“ Bruder und sie *„...a amoi Scheiße bauen deaf, weu irgendwie – i deaf des goa net. Des Privileg hod nur mei Bruada!“* (Interview 2 2007:480-481)

*„I hob eam a teilweise drum beneidet, das er so a Leben führt, wie ma hoid a Leben führt in da Pubertät. Und i hob ma imma überlegn miasn, wos woin de aundan von mir.“* (Interview 2 2007:44-45)

Es wird kritisiert, dass für die/den Süchtige/n alles gemacht wird, vom Kochen übers Bügeln bis hin zum Putzen. Die/der Kranke wird vor allem von der Mutter stets um- und versorgt. Die Mutter ruft sogar täglich an, um sie/ihn für die Arbeit zu wecken. Mit der Mutter gerät man deshalb auch in Konflikt, auch mit dem Hinweis, dass ihr Verhalten der kranken Person nicht helfe.

*„Ich hab zu meiner Mutter gesagt, weil sie ja sein Bett macht, sie kocht für ihn, sie bügelt seine Wäsche. Da haben wir oft gestritten, weil ich einfach nicht verstehen kann, wieso sie ihm einfach alles macht. Das hat mich sehr geärgert! (...) Und ich bin immer angeschnauzt worden, wenn ich mein Zimmer nicht aufgeräumt hab – was bei ihm nicht so ist!“* (Interview 3 2007:383-385, 387)

Dies deutet auf eine, durch die Sucht stabilisierte Symbiose zwischen Mutter und drogenabhängigem Kind hin. Das „gesunde“ Kind wird von der Mutter in diesem Verhältnis möglicherweise nicht nur als Stütze, sondern unterbewusst vielleicht auch als „Störenfried“ betrachtet.

Auch aus der Literatur (vgl. Bank/Kahn 1991:102) geht hervor, dass in Familien, in denen ein Kind stark bzw. einseitig bevorzugt wird, das benachteiligte Kind neidisch und voll Groll bleibt. Bank und Kahn sprechen diesbezüglich von bereits genannter De-Identifizierung.

#### 9.3.4 Die Rolle des Propheten und Vermittlers

Das suchtmittelabhängige Kind bildet den Bezugspunkt und somit eine eigene Position im Spannungsfeld. Dem „gesunden“ Kind fällt die Rolle zu, beweglich zu bleiben, das heißt, sich dort zu positionieren, wo es gebraucht wird und ausgleichend wirkt.

Diese Position manifestiert sich etwa, indem die Geschwister die „Rolle“ des/der TherapeutIn oder VermittlerIn einnehmen. *„Mei Rolle woa daun hoid irgendwie die Therapeutin (...) Oiso waun irgndwos is, daun versuach i a bissl die Vermittlerin zu spün“* (Interview 2 2007:343+400)

*„Ich hab immer versucht zu schlichten, oder sie [meine Mutter] zu beruhigen oder zu schauen, dass alles harmonisch abläuft.“* (Interview 3 2007:129-130)

Eine weitere, schon gesteigerte Manifestation der beweglichen Position ist die Rolle des „Propheten“. Sozusagen wird der Familie bereits gesagt, was auf sie zukommen wird – dennoch werden diese Voraussagungen nicht wahr- bzw. angenommen.

*„Das Orakel zu Delphi, oder noch weniger schmeichelhaft, die Cassandra, da sie ja auch das große Pech gehabt hat, dass sie die großen Entwicklungen, die in Troja anstehen, vorausgesehen hat, aber ihr keiner geglaubt hat. Sozusagen hab*

*ich auch gewusst, was auf die Familie zukommen wird.“ (Interview 4 2007:205-210)*

#### **9.4 Das „Minenfeld“ der Angst**

Ich spreche deshalb über „Minenfeld der Angst“, weil sämtliches Tun, Handeln und Denken der Geschwister auch von Ängsten geprägt und getragen ist. Bis auf einen Befragten bestätigen alle, Angst vor „falschen Worten“ und infolge dessen auch Angst vor ungewollten Reaktionen zu haben.

Drei von vier Geschwistern trauen sich also nicht, ihre Schwester oder ihren Bruder explizit auf deren Drogenproblem anzusprechen und zwar deshalb nicht, weil sie Angst vor der Reaktion haben. Einerseits möchte man die Süchtige oder den Süchtigen nicht noch zusätzlich mit Vorwürfen belasten bzw. den Moralapostel spielen, andererseits haben die Geschwister auch Angst, dass sich die/der Süchtige von ihnen abwendet, wenn sie sich in ihr Leben einmischen. Oftmals wollen sie auch gar nicht alles so genau wissen, weil sie umgekehrt noch immer vieles im Bezug auf das Drogenproblem des Geschwisterteils verdrängen bzw. negieren.

*„Na des hob i eam nie gsogt. I hob ma denkt, waun i eam sog das i merk wauns eam schlecht geht, geht's eam nu schlechter weu er was das is merk und mia net guad geht.“ (Interview 1 2006:486-487)*

Die Befragte hat also Angst bzw. beschreibt es als solche, dass sie ihren Bruder zusätzlich belasten könnte, wenn sie ihn auf seine Sucht und seine Probleme anspricht. Es könne ihm dann noch schlechter gehen, wenn er merkt, dass es auch ihr wegen ihm schlecht geht.

*„I hed maunchmoi scho gern mit eam gred, oba I hob mi net traut, weu I a Aungst ghobt hob vor seiner Reaktion. (...) Weu I woa imma der Moralapostel und hob ma docht, ok des nervt eam.“ (Interview 2 2007:127-128, 131)*

#### 9.4.1 Reaktionen im Minenfeld

Ein Thema, das immer wieder vorkommt, betrifft das Ausborgen von Geld und anderen Gegenständen. Hier ergibt sich ein geteiltes Bild: So gaben zwei der Befragten an, ihrem drogenkranken Bruder bzw. der drogenkranken Schwester mit Geld und diversen anderen Gegenstände auszuhelfen. Für sie sei es ganz selbstverständlich – zumal Geld und Gegenstände vorhanden, wie z.B. ein Auto - dem Geschwisterteil zu helfen und sie fragten auch nicht nach, wofür das Geld gebraucht werde.

*„Jo Göd ausborgen woit er sich scho imma. Des hob i eam glaub i eh geben. Do hod er mi gfrogt ob i fünf Euro hob oda so.“* (Interview 1 2006: 128-129)

Bei diesen Beiden wird auch ein „nicht-zurückbekommen“ entschuldigt.

*„Do hob i so a klane Dosn ghobt, do hob i imma mei Göd einigem waun i wos kriagt hob. (...) Und do hob i amoi einigschaut und auf amoi woa nix mehr drinnan. (...) I hob ma hoid docht, waun a so wos mocht, daun wird er des schon notwendig brauchen.“* (Interview 1 2006:249-251, 258)

Ein anderes Beispiel:

*„Es woa amoi so, dass der gsogt hod, er braucht 400 Euro. Und i hob ma hoid docht, ok i hobs, i werds überleben, waun i des net soboid zruckkriag. I gibts eam hoid.“* (Interview 2 2007:362-364)

Die beiden anderen befragten Geschwister hingegen sind sehr strikt und lehnen ein „Geldborgen“ stets und konsequent ab. Sie grenzen sich in dieser Beziehung stark ab, sodass deren Schwester beziehungsweise Bruder das weiß und auch gar nicht nach Geld fragt.

*„Ich hätt ihm auf keinen Fall Geld geborgt“* (Interview 3 2007:327) oder, wie es der vierte Interviewte formuliert *„Nein Geld hab ich ihr nie geborgt, dass hat sie bei den anderen gemacht.“* (Interview 4 2007:240)

#### 9.4.2 Angst sich jemanden anzuvertrauen – Gefühl der Hilflosigkeit

*„Launge Zeit woas so, dass i überhaupt kan wos gsogt hob, sondern dass i afoch nur gread hob und teilweise a von der Schui daham bliem bin.“* (Interview 2 2007:267-268)

Die Mehrheit der Geschwister gibt an, dass sie über das „Drogenproblem ihres Geschwisterteils“ mit niemandem reden können bzw. wollen. Auf der einen Seite besteht die Angst, prinzipiell nicht verstanden zu werden, auf der anderen Seite die Befürchtung, etwas „Falsches“ zu sagen und damit außenstehende Personen zu belasten. Es wird genau ausgelotet, wem man was sagt. *„I hob daun scho a söba ausgelotet, wos i weidasog und wos net.“* (Interview 2 2007:347-348).

Viele behalten überhaupt alles, was mit der Suchterkrankung ihres Geschwisterteils zu tun hat, für sich: *„Jo und daun hob i aufgheat irgendwaun, dass i goa nix mehr gsogt hob. I sog liaba goa nix, bevor i wos sog, wos i net sogn deaf.“* (Interview 1 2006:537-538)

Außerhalb der eigenen Familie werden „beste“ Freunde und/oder der eigene Partner als stärkende Stützen und Vertrauenspersonen erlebt.

*„I hob daun ana Freindin, meiner bestn Freindin drüber erzöht. Oba de hod des a net verstaundn.“* (Interview 1 2006:189-190)

*„Mia kenan meine Schuifreindinnen net höfn, weu i eana net dazön kena hob, warums ma so schlecht geht. De vasthen mi sicha net und de finden des deppat.“* (Interview 2 2007:297-298)

*„Ja mit meinem Freund red ich, aber er regt sich dann auch immer auf und dann fangen wir eh zum diskutieren an.“* (Interview 3 2007:281.282)

Das Gefühl der kranken Schwester oder dem kranken Bruder nicht helfen zu können, führt bei allen zu einer Art Ohnmacht. Ein in der Drogenarbeit tätiger Interviewpartner meint etwa, *„...dass die eigene Ausbildung bei den Geschwistern*

*überhaupt nichts zählt (...) und Weisheiten, die man in der Klientenarbeit anwendet, in der eigenen Familie keine Bedeutung haben.“ (Interview 4 2007:66-69)*

Auch die anderen InterviewpartnerInnen wollen helfen, wissen aber nicht wie. Sie fühlen sich dem Problem gegenüber machtlos. Sie wissen, dass sie keinen Einfluss auf den Drogenkonsum haben. *„Jo weu i net gwusst hob, wie i doa soi mit eam. (...) und i kaun eam eh net au.“ (Interview 2 2007:256,258)*

#### 9.4.3 Angst vor Verlust und Tod

Der stets im Raum stehende Gedanke an Verlust oder Tod der süchtigen Schwester bzw. des süchtigen Bruders – ebenso anderer Familienmitglieder - löst starke Angstgefühle aus: Tut sich der Bruder oder die Schwester etwas an? Wird er/sie die Nacht überleben? Kann ihm/ihr etwas zustoßen?

*„Ich weiß nicht wie oft meine Schwester vom Tod betroffen war, und das natürlich immer fürchterlich dramatisch war – weil wird sie die Nacht überleben, wird sie die Blutvergiftung überleben.“ (Interview 4 2007:273-275)*

*„Wo ich Angst ghabt hab, war, wenn sie nach Wien gefahrn sind mitn Auto – ohne Führerschein und nie nüchtern. Da hab ich Angst ghabt, dass sie einen Unfall haben. Da war ich dann immer froh, wenn er wieder zu Hause war.“ (Interview 3 2007:399-402)*

*„...do hob i in da Nocht imma dramt, das er [der Bruder] stirbt. Jede Nocht hob i des dramt.“ (Interview 1 2006:86-87)*

Aber auch die Angst um andere Familienmitglieder ist ein Thema. So berichtet eine Interviewpartnerin, dass ihre Mutter aufgrund von Panikattacken des Öfteren vom Notarzt geholt wurde: *„I hob Aungst ghobt – wos is waun di Mamsch jetzt stirbt. Wos is daun mit mein Bruada? Weu da Papa kümmert sich jo net so wirklich um eam.“ (Interview 1 2006:198-199)*



Selbst in dieser Situation macht man sich also auch Sorgen um den Bruder und dessen Zukunft. Es zeigt sich, dass die Schwester oder der Bruder im Mittelpunkt im Leben des gesunden Geschwisterteils steht und sich stets um sie/ihn Sorgen gemacht werden!

## 9.5 Copingstrategien

Alle hier beschriebenen Copingstrategien haben etwas mit Kommunikation bzw. mit „Nicht-Kommunikation“ zu tun. Wobei „Nicht-Kommunikation“ in diesem Zusammenhang bedeutet, dass die gesunden Geschwister den Kontakt zum/zur Süchtigen abbrechen. Die angeführten Copingstrategien dienen mehr der Erhaltung und Wiedererlangung der Handlungsfähigkeit, denn der Bewältigung der Situation.

Ursachen für die Einseitigkeit der Copingstrategien lassen sich aus dem Forschungsmaterial nicht erschließen. Die hier angebotenen Erklärungen stellen lediglich Inputs dar:

- Möglicherweise sind ihnen andere Strategien nicht bewusst und werden deshalb nicht erwähnt.
- Hat der/die Süchtige das Problem der Abhängigkeit, so hat das gesunde Geschwisterteil das „Problem“ der Verbundenheit und Nicht-Nachvollziehbarkeit. Das hebt das Problem auf eine kommunikative Ebene.

### 9.5.1 Darüber sprechen hilft

Ganz deutlich zeigt sich in der Forschung, dass schon ein nur „darüber reden“ einem sehr weiterhelfen kann. Vor allem wird die Mutter als Ansprechperson herangezogen. Sie ist aus Sicht der Geschwister genauso in „das Problem“ involviert und wird somit auch als wichtige, sowie über „allwissende“ Bezugsperson betrachtet. Wenn keine fremde Hilfe in Anspruch genommen wird,

ist feststellbar, dass mit der Mutter über alles das Drogenproblem Betreffende gesprochen wird. „*Ich red sonst nur mit meiner Mutter*“ (Interview 3 2007:282)

Es wird als Erleichterung empfunden, sich jemandem anzuvertrauen und nicht mehr so tun zu müssen, als sei alles in Ordnung.

#### 9.5.2 Wissen und Information hilft

Aus Sicht der Geschwister hilft es sichtlich weiter, wenn sie um das Thema Drogen im Allgemeinen sowie um die Folgen von Drogensucht bescheid wissen. Einige eignen sich ihr Wissen über Bücher an, andere lernen darüber in der Schule. Ein Interviewpartner betont, dass er besser mit dem Drogenproblem seiner Schwester umgehen kann, weil er bereits „*Erfahrungen aus anderen Beratungskontexten*“ gemacht hat und somit weiß, was auf ihn und seine Familie noch alles zukommen wird. (Interview 4 2007:39)

In der Untersuchung der beiden Psychologen Bank und Kahn (vgl. 1991:210f) stellte sich heraus, dass viele der „kranken“ Menschen Geschwister haben, von denen ein nicht geringer Prozentsatz (den sie aber nicht nennen) in helfenden Berufen (wie zum Beispiel Arzt, Psychotherapeut oder Krankenpfleger) tätig sind.

Offensichtlich vermitteln Informationen über Suchtmittel und Suchtverhalten, Sicherheit und Halt. Ängste um die Familie und den/die Drogenabhängige/n lassen sich auf Basis von mehr Wissen besser einschätzen und von einer irrationalen auf eine rationalere Ebene transformieren.

#### 9.5.3 Therapie als Strategie

Eine wichtige Ressource, um das Problem zu bewältigen, ist Hilfe von außen, wie zwei der befragten Geschwister angaben. Sie nehmen professionelle fremde Hilfe in Anspruch und geben an, dass es ihnen dadurch besser geht. Auch wenn sie

lange brauchten, um sich dazu „aufzuraffen“, entschieden sich diese beiden letztlich eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen.

Gründe, warum man professionelle Hilfe in Anspruch nimmt:

- Die eigenen Copingstrategien sowie die des Familienverbandes werden als unzureichend erlebt.
- Zusätzliche Belastung der Mutter oder anderer Familienmitglieder kann dadurch vermieden werden.
- Infolgedessen vermitteln professionelle Einrichtungen den Eindruck von Stärkung der eigenen Belastbarkeit. Dort stattfindende Gespräche verursachen keine Schuldgefühle, wie sie z. B. jene mit der Mutter, dem Partner, etc.
- Erfahrung und Wissen von ExpertInnen lösen Vertrauen, Sicherheit und Hoffnung aus.

*„Jo oiso vorher voit i nie und daun is ma irgendwie imma schlechta gaunga und do bin i draufkuma, dass i geh soit [zu einer Therapeutin] – und daun bin i gaunga.“* (Interview 1 2006:95-96)

Eine weitere externe Einrichtung, die in Anspruch genommen wird, ist eine Angehörigengruppe für Drogen- und Medikamentenabhängige. Die Befragten geben an, dass es ihnen einfach gut tut, wenn sie hören, dass sie nicht die einzigen Betroffenen sind. In der Gruppe erfahren und lernen sie, wie sie am Besten mit dem Drogenproblem der Schwester oder des Bruders umgehen sollen.

#### 9.5.4 Distanz zur/zum Süchtigen gewinnen

*„Ich hab mich dann irgendwann abgewandt von ihm, weil ich ihn einfach nicht verstanden hab.“* (Interview 3 2007:110-111)

Aus allen Interviews geht hervor, dass sich von der drogenkranken Schwester oder Bruder „zu distanzieren“ sehr hilfreich sein kann. Es zeigt sich, dass ein

Ausziehen aus dem gemeinsamen Haushalt (*„Ich glaub einfach, dass war eine sehr gute Entscheidung, dass ich ausgezogen bin, für mich. Es ist herrlich nicht mehr dort zu Wohnen“* (Interview 3 2007:268-270) oder dass man getrennte Wege geht (*„Sie ist mir aus dem Weg gegangen und ich hab ihre Nähe nicht gesucht.“* (Interview 4 2007:92) Raum für Erholung und Distanz schafft.

Auch „flüchten“ schafft eine (vorrübergehende) Distanz. *„I schnapp ma mei Auto und foa a bissl herum. I bin daun schon a de, de maunchmoi flüchtet.“* (Interview 2 2007:406)

Wenn Strategien, die der Erklärung und Nachvollziehbarkeit dienen, nicht mehr als ausreichend erachtet werden, wird das Gegenteil zur Strategie: Der Kontakt zum süchtigen Geschwisterteil wird komplett abgebrochen, jedes Verständnis verweigert und Empathie als Überforderung empfunden.

## **9.6 Implikationen für Sozialarbeit**

Aufgrund meiner Forschungsergebnisse ergeben sich für die Profession „Sozialarbeit“ Interventionen, auf die ich nun im Folgenden eingehen möchte.

Eine wichtige Erkenntnis ist, dass meiner Ansicht nach Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen, die in der Drogenarbeit tätig sind, unbedingt Grundkenntnisse in der Angehörigenarbeit besitzen sollten. Es ist wichtig, dass in der Drogenarbeit der Fokus nicht ausschließlich auf die drogenkranke Person gerichtet wird, sondern auch die Angehörigen, im speziellen die Geschwister, berücksichtigt und involviert werden.

Meist wird in Publikationen - sei es nun in Foldern, in denen auf Angehörigenarbeit hingewiesen wird, oder in diesbezüglichen Büchern und Zeitschriften - immer „nur“ von Angehörigen im Allgemein gesprochen. Fußend auf meinen Forschungen wäre es aber ohne jeden Zweifel sinnvoll und zielführend, die jeweilige Zielgruppen ganz explizit und einzeln anzusprechen, also auch „Geschwister“ als Terminus in der Angehörigenarbeit einzuführen.

Im Hinblick auf die oftmalige Tabuisierung des Drogenproblems innerhalb der Familie (insbesondere zu Beginn) und des damit zusammenhängenden falschen Reflexes der Eltern, das Problem von den „gesunden“ Kindern fernzuhalten, sollten Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen Eltern im Rahmen der Beratung gerade explizit darauf hinweisen, auch die „gesunden“ Kinder miteinzubeziehen. Zudem sollen die Eltern auf die Gefahr der etwaigen Vernachlässigung der „gesunden“ Kinder hingewiesen werden. Nicht zuletzt soll auf das Angebot von Angehörigengruppen aufmerksam gemacht werden.

Da häufig die Mutter und das „gesunde“ Kind eine Art Rollentausch der Fürsorge erleben, muss klar sein, dass die direkte Arbeit mit der Mutter indirekt auch Wirkung auf die Geschwister zeitigt. Wenn also die Mutter dahingehend sensibilisiert wird, auch auf die „gesunden“ Kinder nicht zu vergessen, indem sie diese zum Beispiel regelmäßig nach ihrem Wohlbefinden und ihren Bedürfnissen fragt, wird damit den Kindern selbst einiges an Druck genommen.

Neben diesem Druck sind die Geschwister, wie die Forschung gezeigt hat, auch Ängsten sowie häufig dem Gefühl der Überforderung ausgesetzt. Die Implikationen für die Sozialarbeit lassen sich diesbezüglich aus den ohnehin angewandten Copingstrategien ableiten: Wichtige Aufgabe professioneller Helfer ist die Legitimation dieser Copingstrategien, weil sie von den Geschwistern selbst oft als verantwortungslos empfunden werden. Sich etwa von nahestehenden Personen zu distanzieren, wenn es über die eigenen Kräfte geht, ist das ein gesundes Verhalten und stellt keinen „Verrat“ dar. Dies sollte im Beratungsgespräch unbedingt vermittelt werden.

Die Angst vor Verlust und Tod eines Familienmitgliedes wurde von allen InterviewteilnehmerInnen als sehr bedrohlich empfunden. Diesbezüglich bieten sich außenstehende Professionisten an, um Halt zu geben, weil sie keine persönliche Involvierung aufweisen und so dem Thema rational begegnen können. Dadurch wird in der gemeinsamen Aufarbeitung ein Erfassen der Ängste ermöglicht.

## 10. RESÜMEE

Um das Thema „Geschwister von drogenabhängigen Personen und ihre Sicht auf die Sucht“ aufzuarbeiten, erschien es mir wichtig, die Betroffenen selbst – also die Geschwister - als Experten/Expertinnen ihrer Lebenswelt zu Wort kommen zu lassen. Angesichts dessen führte ich qualitative Leitfadeninterviews mit ihnen durch, die ich in Anlehnung an das Kodierparadigma der „Grounded Theory“ auswertete.

Im Zuge der Literaturrecherche wurde evident, dass es sich hierbei um ein bislang vernachlässigtes und wenig erforschtes Gebiet im Rahmen der Drogenforschung handelt. Explizite Literatur über Geschwister von Drogenabhängigen war mit einigen wenigen Ausnahmen – zumeist Publikationen der Forscher Bank und Kahn, Coleman oder Rennert, wobei selbst diese sich mit Geschwisterbindungen eher im Allgemeinen auseinandersetzen – praktisch nicht zu finden.

Mich interessierte insbesondere die Frage, wie Geschwister die Sucht von Drogenabhängigen erleben. Um dies auszuleuchten, richtete sich der Fokus auf Bewältigungsstrategien und Bedürfnisse im Familiengefüge sowie die Frage, inwieweit sich Co-Abhängigkeit erkennen lässt.

Anzeichen von Co-Abhängigkeit wurden von den InterviewpartnerInnen selbst nicht als solche identifiziert, waren aber dennoch vorhanden. Nach Mellody lassen sich diese folgendermaßen einordnen:

**Kernsymptom 2: Schwierigkeiten intakte Grenzen zu setzen**

Dieses Phänomen wurde vor allem in der Verbindung zur Mutter offenbar, ebenso aber auch zum süchtigen Geschwisterteil.

**Kernsymptom 3: Schwierigkeiten über die eigene Realität zu verfügen**

Dies konnte man auf Ebene des Denkens, Fühlens und den daraus resultierenden Verhaltensmustern wahrnehmen (abermals in Bezug auf die Mutter und das suchkranke Geschwisterteil)

Kernsymptom 4: Schwierigkeiten die eigenen Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen und zu erfüllen

Hier war eine eindeutige Unterordnung des gesunden Kindes unter die Bedürfnisse der Familie beziehungsweise der Mutter festzustellen. Der Leidensdruck der Familie löst Druck und Erlösungswünsche im Kind aus.

Fast alle Befragten prägten die zeitlichen Begriffe „vor der Sucht“ und „seit der Sucht“. Bei allen hat sich das Verhältnis zum Bruder bzw. der Schwester verändert. Sei es, dass er oder sie *vor der Sucht* noch die Lieblingsschwester/Liebblingsbruder war, oder dass das Geschwisterverhältnis *seit der Sucht* sogar besser und intensiver geworden ist.

Im Weiteren ist das Kind oftmals einer Art „Zerreißprobe“ ausgesetzt. Die Mutter ist dabei zentraler Punkt im Geschehen. So haben zum Beispiel alle Befragten von der Mutter von der Sucht ihres Bruders bzw. ihrer Schwester erfahren. Der Großteil der Untersuchungsgruppe gibt an, sich große Sorgen um die Mutter zu machen und die Mutter so weit als möglich unterstützen und entlasten zu wollen. Im Laufe der Suchterkrankung ist das Geschwisterverhältnis einer großen Metamorphose unterworfen. Die Sucht gewinnt allmählich allumfassenden Stellenwert in der Beziehung. Auch Enttäuschung über den/die Suchtkranke kann in zunehmendem Maße um sich greifen, und das Verhältnis trüben.

Die Geschwister erleben die Familie zumeist als Spannungsfeld. Sie setzen sich oftmals dem Druck aus, Erwartungen erfüllen zu müssen. Auch Gefühle von Neid und Eifersucht können auftreten. Verschiedenste Rollen werden von den „gesunden“ Geschwistern eingenommen, etwa jene des Propheten oder des Vermittlers. Andererseits war im Zuge der Forschung die Entdeckung interessant, dass in den meisten Fällen die Familie durch die Sucht sogar stärker zusammengewachsen ist.

Angst ist ein allumfassendes Phänomen, mit dem die Geschwister von Suchtkranken konfrontiert sind. Sie haben Angst sich jemandem anzuvertrauen, Angst den Bruder/die Schwester (durch Tod) zu verlieren oder auch eines der

anderen Familienmitglieder. Ein Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit wird empfunden.

Als Bewältigungsstrategien werden verschiedenste Copingstrategien angewandt: Dies reicht vom Besuch einer Therapie über das Aneignen von Wissen über Sucht und ihre Folgen (etwa durch das Lesen von Büchern sowie der Nutzung anderer Informationskanäle) bis hin zum Schaffen bewusster Distanz zum Drogenabhängigen, um mit der Situation besser umzugehen. Manchen hilft es auch einfach, wenn sie mit jemanden über die Situation sprechen.

Auf Basis all dieser Erkenntnisse ergeben sich für die Sozialarbeit einige grundlegende Implikationen, die berücksichtigt werden sollten.

Zunächst sollte Angehörigenarbeit im Rahmen der Drogenarbeit nicht vergessen werden. Insbesondere muss auch das Bewusstsein Niederschlag finden, dass auch Geschwister explizit angesprochen und involviert werden müssen. Des Weiteren müssen Eltern in den Beratungsgesprächen auf die Gefahr der Vernachlässigung der „gesunden“ Kinder aufmerksam gemacht werden.

In letzter Konsequenz erscheint die Gründung eigener Geschwistergruppen von Vorteil, da sie dort mit „Ihresgleichen“ über das Drogenproblem und allen Begleitumständen sprechen können. Auch über die Situation gegenüber den Eltern, die sie wohl in einer gemeinsamen Gruppe mit diesen, aus Scham oder Angst sie zu verletzen, wahrscheinlich nicht formulieren würden.

Neben der Beantwortung der Forschungsfragen, bleibt mit dieser Untersuchung noch offen, ob die Einbeziehung der Geschwister in die Behandlung des Drogenabhängigen nicht nur wichtig, sondern auch erfolgreich ist beziehungsweise sein wird? Es bedarf also weiterer eingehender Forschung, sich noch viel intensiver in der Forschung mit den Angehörigen, in diesem Falle den Geschwistern, auseinander zu setzen.



## 11. LITERATUR

BANK, Stephan P. / KAHN, Michael D. (1991): Geschwisterbindung. 2. Auflage. Paderborn.

BÖHM, Andres (2003): Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Flick, U./ Kardoff, E./ Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg.

BORTZ, Jürgen / DÖRING, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Auflage. Heidelberg.

BRANDSTETTER, Manuela (2006): Überblick Erhebungs- und Auswertungsverfahren. Skriptum Wintersemester 2005/2006.

BROSCH, Werner (1994): Psychiatrie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und andere professionelle Helfer. Wien.

BRÜSEMEISTER, Thomas (2000): Qualitative Forschung. Ein Überblick. Wiesbaden.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN (aktualisierter Nachdruck 2004): Zum Thema Sucht. Betroffene und deren Angehörige. Wien.

CORBIN, Juliet / STRAUSS Anselm (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim.

FAKLER, Vito / SCHMID Tom (2006): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Weimar.

FELLÖCKER, Kurt (2005): Krisenintervention und Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Skriptum Wintersemester 2005/2006.

FONDS GESUNDES ÖSTERREICH (2006): Aus Erfahrungen lernen. Ein Orientierungsrahmen für die Gründung, den Gruppenalltag und die Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Wien.

FRICK, Jürg Prof. Dr. (2004): Ich mag dich – du nervst mich! Geschwister und ihre Bedeutung für das Leben. Bern.

FROSCHAUER, Ulrike / LUEGER, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Wien.

KANIK-URBAN, Christine / LEX-KACHEL Andrea (2005): Wenn Geschwister streiten. Lösungswege, die funktionieren. München.

CAST, Verena (1996): Neid und Eifersucht. Die Herausforderung durch unangenehme Gefühle. Zürich.

KAUFMANN, Edward / KAUFMANN, Pauline N. (1986): Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau.

KOLLITZUS, Helmut (2004): Ich befreie mich von deiner Sucht. Hilfen für Angehörige von Suchtkranken. 4. Auflage. München.

LÄNGLE, Gerhard / MANN, Karl / BUCHKREMER Gerhard (1996): Sucht. Die Lebenswelten Abhängiger. Tübingen.

MASLOW, Abraham Harold (1981): Motivation und Persönlichkeit, Reinbeck bei Hamburg.

MELLODY, Pia (2006): Verstrickt in die Probleme anderer. Über Entstehung und Auswirkung von Co-Abhängigkeit. 8. Auflage. München.

PALLENBACH, Ernst Dr. / DITZEL, Peter (2003): Drogen und Sucht. Suchtstoffe – Arzneimittel – Abhängigkeit – Therapie. Stuttgart.

PSYCHOLOGISCHES WÖRTERBUCH (2004), Hrsg. Häcker und Stapf, 14. Auflage, Bern.

RENNERT, Monika (1989): Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg im Breisgau.

RUFO, Marcel (2004): Geschwisterliebe Geschwisterhass. Die prägendste Beziehung unserer Kindheit. Zürich.

SOHNI, Hans (2004): Geschwisterbeziehungen in Familien, Gruppen und in der Familientherapie. Göttingen.

VOGT, Irmgard / WINKLER, Klaudia (1996): Beratung süchtiger Frauen. Konzepte und Methoden. Freiburg.

WILSON SCHAEF Anne (1986): Co-Abhängigkeit. Sie Sucht hinter der Sucht. 15. Auflage. München.

WÖRTERBUCH DER SOZIOLOGIE (2002): Hrsg. Endrust, Günter / Trommsdorff, Gisela, 2. Auflage, Stuttgart.

ZARTLER, Ulrike / WILK Liselotte (2004): Leben mit Stiefeltern. Wie Kinder sich fühlen und was sie brauchen. Wien.

## **12. ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

Abbildung 1: Bedürfnispyramide nach Maslow

Abbildung 2: Interviewpartner/Interviewpartnerinnen

Abbildung 3: Maske 1 - Offenes Kodieren

Abbildung 4: Maske 2 - Axiales Kodieren