



Perspektiven von Partnerinnen suchtkranker Männer

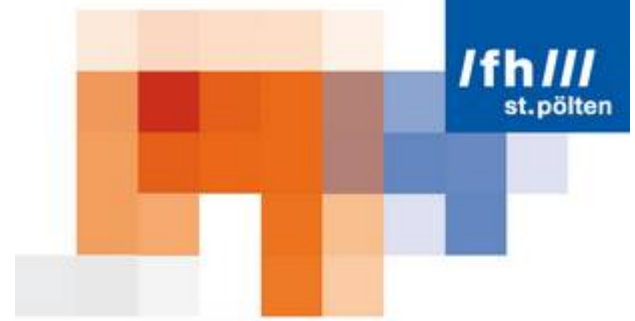
Wie sie leben, wie sie fühlen

Johanna Nöbauer

Diplomarbeit
eingereicht zur Erlangung des Grades
Magistra (FH) für sozialwissenschaftliche Berufe
an der Fachhochschule St. Pölten
im November 2009

Erstbegutachterin:
Mag^a DSA Karin Goger

Zweitbegutachterin:
Mag^a (FH) Sonja Kirchweger



Kurzzusammenfassung

Ausgehend von der Forschungsfrage, wie Partnerinnen von suchtkranken Männern diese Beziehung erleben wird in der Arbeit die Situation aus Sicht der Partnerinnen beschrieben und mit der bestehenden Literatur verglichen. Schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts gab es Studien über die Partnerinnen von vorwiegend alkoholkranken Männern. Bis in die Gegenwart hielt sich der Trend nach Gründen und Ursachen zu suchen, weshalb Frauen eine Partnerschaft mit einem suchtmittelabhängigen Mann eingehen. Die dazu verfassten Werke orientieren sich allerdings meist nicht an wissenschaftlichen Studien, sondern basieren auf Erfahrungsberichten. Daher kann empirisch fundierte Literatur als sehr rar bezeichnet werden. Die Situation aus Sicht der Frauen wissenschaftlich zu betrachten ist somit von immenser Bedeutung. Aufgrund dieser Ausgangslage zielt diese Arbeit darauf ab mittels narrativer Interviews die subjektive Sicht der Partnerinnen aufzuzeigen. Die Datenanalyse der Interviews zeigt, dass die erste gemeinsame Zeit als prägend und stützend für die Phase danach beschrieben werden kann. In den ersten Wochen bis Monaten der Beziehung zeigt sich der Partner von seiner „netten“ Seite, nach dieser Zeit sehen sich die Partnerinnen in den „furchtbaren“ Zeiten danach. Mit dem Erkennen der Suchtproblematik des Partners beginnt auch die Herausforderung. Die anfängliche Motivation, das Suchtproblem des Partners durch Liebe und Unterstützung in den Griff zu bekommen, wird bald durch Rückschläge seitens des Partners begraben. Es kommt zur Verantwortungsübernahme der Partnerinnen im Alltag, und der Partner wird zum Lebensinhalt. Das Leben im Auf und Ab der Suchtkrankheit hinterlässt Spuren bei den Partnerinnen – so werden sowohl körperliche als auch psychische Auswirkungen beschrieben. Die Ausweglosigkeit ist den Partnerinnen durchaus bewusst, es werden aber Gefühle geschildert, die es nicht zulassen, sich vom Partner zu trennen. So schlittern die Partnerinnen immer mehr in einen Teufelskreis – sie können nicht ohne ihren Partner, aber auch nicht mit der Sucht leben - aus denen es ihrer Ansicht nach keinen Ausweg mehr gibt. Es können Ansätze für suchtförderndes Verhalten seitens der Frauen festgestellt werden. So gibt die Partnerin dem Partner durch ihre Aufopferung, das Zurückstecken der eigenen Bedürfnisse, meist keinen Grund am Suchtverhalten etwas zu ändern. Die Konsumation der Droge ist häufig an keine Konsequenzen von Seiten der Partnerinnen geknüpft. Als Nutzen, den die Frauen aus der Suchtkrankheit ziehen können, kann die Trennung zwischen Mann und Droge beschrieben werden. Die Suchtkrankheit bietet die Möglichkeit, schlechte Verhaltensweisen des Partners der Droge zuzuschreiben, so kann der Partner unbescholten bleiben. Jede der interviewten Frauen ist in professioneller Betreuung, welche als essentiell dafür beschrieben werden kann, die genannte Ausweglosigkeit durchbrechen zu können.



Executive Summary

The research of this thesis focuses on how women live in a relationship with a drug-addicted partner looking at the situation from the women's point of view and comparing their statements with literature about this topic. Since the beginning of the 20th century there have been trends to find out why women enter into partnership with drug-addicted men. The current literature is not very specific and mostly not scientifically proven. The perspective of the women concerned has not really been researched systematically.

The initial period of the relationship with the men, to be in love, to do something together, is very important for the further development of the partnership. In hard times the women remember this time and know the partner can be nice and friendly. This helps to get through the bad times of the relationship. In the beginning the women were motivated to help their men to become clean, this motivation decreased quickly after they saw that the partners continued to take drugs. So the life of the women can be described with some ups and a lot of downs. Psychological and physiological problems are results of living in a vicious circle – they cannot live with the drug and they cannot live without their men.

There is evidence to suggest that these women can also benefit from the drug. The drug abuse offers the possibility to attribute bad behaviours of the man to the drug. So the man himself is unblemished. Another result of the research is that the women do everything for the relationship and their men. So for the men there is no sense to stop the drugs or to think about the consequences before they take the drugs, because there is no consequence from the women. This behaviour can be described as rudiments of women's behaviour to support the drug addiction.

The partners are not able to trust their own perception and so support from outside is very important for these women to handle the situation.



Danksagung

An dieser Stelle sei allen gedankt, die durch ihre Unterstützung das Schreiben dieser Diplomarbeit ermöglicht haben. Besonders hervorheben möchte ich meine Interviewpartnerinnen selbst. Nur durch ihre Offenheit und Gesprächsbereitschaft war es mir möglich, diese Arbeit zu verfassen.

Danke auch an

- den Verein Dialog für das Beantworten zahlreicher Fragen und zur Verfügung stellen der Interviewpartnerinnen
- den Verein Blaues Kreuz für die Möglichkeit der Teilnahme an einem Gruppentreffen
- Maria und Susi für die Hilfe bei der Korrektur meiner Diplomarbeit
- meine Familie und Freund/innen für die Unterstützung während meiner Studienzeit
- meine Diplomarbeitbetreuerin Frau Karin Goger für die zahlreichen Hilfestellungen und Ratschläge beim Schreiben der Diplomarbeit

Inhalt

1. EINLEITUNG.....	8
2. BEGRIFFSERKLÄRUNGEN	10
2.1. Sucht und Abhängigkeit	10
2.2. Beziehungen - Partnerschaft	11
2.2.1. Kennen lernen des/der Partners/in	11
2.2.1.1. Verliebt sein	11
2.2.1.2. Das Phänomen Liebe.....	13
2.2.1.3. Liebe nicht ausreichend für Beziehungsaufnahme.....	15
2.2.2. Das Abgrenzungsprinzip	16
2.2.3. Konflikte in einer Beziehung	17
2.2.4. Die Geschlechterrolle.....	18
3. PARTNERINNEN SUCHTMITTELABHÄNGIGER MÄNNER.....	19
3.1 Partnerinnen als eigenständige Zielgruppe	19
3.2. Historische Modelle zu Partnerinnen von Suchtkranken	20
3.2.1. Modell der gestörten Persönlichkeit (entwickelt in den 30iger - 50iger Jahren)	20
3.2.2. Das Stressmodell von Jackson (1954).....	20
3.3. Das Modell der Co-Abhängigkeit.....	21
3.3.1. Ursprünge der Begrifflichkeit der Co-Abhängigkeit.....	22
3.3.2. Definitionen der Co-Abhängigkeit	23
3.3.2.1. Verschiedene Konzepte der Co-Abhängigkeit.....	23
3.3.3. Die Funktion des Co-Abhängigkeitsbegriffes	26
3.3.4. Der Forschungsmangel des Co-Abhängigkeitskonzeptes	26
4. DIE DARSTELLUNG DER FORSCHUNG.....	28
4.1. Die Ausgangslage	28
4.2. Beschreibung der Beratungsstellen Dialog und Blaues Kreuz.....	28
4.2.1. Angebote der Beratungsstelle Hegelgasse	29
4.2.2. Angehörigengruppe des Blauen Kreuzes.....	30
4.3. Das Forschungsinteresse	30
4.4. Die Erhebungsmethode	30
4.4.1. Beschreibung des narrativen Interviews	31
4.5. Kontaktaufbau mit den Interviewpartnerinnen	31
4.6. Die Durchführung der Interviews	31
4.7. Die Interviewpartnerinnen.....	32
4.7.1. Die Partner der Befragten.....	32
4.8. Datenauswertung mittels der „Grounded Theory“	33

5. DIE FORSCHUNGSERGEBNISSE.....	34
5.1 Verliebtheit als Grundstein der Beziehung	35
5.1.1. Das erste Kennen lernen.....	35
5.1.2. Verliebtheit und Faszination gegenüber dem Partner.....	36
5.2. Belastungsprobe Sucht	38
5.2.1. Die Kehrseite der Medaille.....	38
5.2.2. Die Dreiecksbeziehung im Alltag	39
5.2.2.1. Die Droge als Konkurrenz	40
5.2.2.2. Berufstätigkeit versus Beziehung.....	43
5.2.2.3. Schuldenübernahme	44
5.2.2.4. Anwendung von Gewalt	45
5.2.2.5. Sexuelle Probleme	46
5.2.3. Überlebensstrategien der Partnerinnen	47
5.3. Die Partnerinnen im Teufelskreis	51
5.3.1. Kein Leben ohne Partner.....	52
5.3.2. Meine Schmerzen Deiner Sucht	56
5.3.3. Auswege aus dem Teufelskreis	58
5.4. Der Rettungsanker	58
5.4.1. Verwandtschaft und Freundeskreis.....	58
5.4.2. Professionelle Hilfestellungen.....	59
5.5. Meine Co-Abhängigkeit.....	62
6. RESÜMEE.....	63
7. LITERATUR.....	66
8. WEITERE QUELLEN.....	72
9. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	73

1. Einleitung

„Es gibt mehr Angehörige (Partner und Kinder), die im Umfeld von Suchtkranken leben als Suchtkranke selbst. ... Von 11.394 Patienten, die im Jahre 1998 in einer stationären Entwöhnungseinrichtung des Fachverbands Sucht e.V. eine Behandlung begannen, lebten mindestens 52,5 % in einer festen Partnerschaft“ (Bachmeier et al. [1999:7 zit. in: Klein 2002:3]). Legt man diese Angaben nun auf die 2,5 Millionen behandlungsbedürftigen alkoholkranken Personen in Deutschland (vgl. Hüllinghorst 1996:o.S. zit. in Klein 2002:3) um, so ergibt sich eine Zahl von cirka 1,3 Millionen Menschen, die in einer Partnerschaft mit einer alkoholkranken Person leben. Bei Partner/innen von Personen, die von illegalen Substanzen abhängig sind, kann von einem ähnlichen Prozentsatz ausgegangen werden. Laut dem Gesundheitsministerium für Gesundheit und Frauen, das 2004 eine österreichweite Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch durchführte, zeigt sich für Österreich ein analoges Bild. Es scheint daher angebracht, nicht nur die Suchtkranken selbst zu unterstützen und deren Probleme gesellschaftlich publik zu machen, sondern auch die Situation der Partner/innen näher zu beleuchten und aufzuzeigen, in wie weit auch sie Hilfe und Unterstützung benötigen. Im Jahresbericht des Verein Dialog (2002:o.S.) wird festgehalten, dass zwischen 1999 und 2002 cirka 100 Frauen und 25 Männer das Partner/innenangebot des Vereins Dialog angenommen haben. Hier zeigt sich, dass mehr Frauen als Männer diese Leistung in Anspruch genommen haben. Auch Klein und Zobel (1999:o.S. zit. in: Klein 2002:3) halten fest, dass gute zwei Drittel der Partner/innen Frauen sein dürften. „Aufgrund der höheren Zahl suchtkranker Männer ... im Verhältnis zu suchtkranken Frauen sind als Partner mehr Frauen betroffen. Darüber hinaus trennen sich Frauen seltener von ihrem suchtkranken Partner als dies Männer von ihrer suchtkranken Partnerin tun“ (Rieder 2005:20). Basierend auf diesen Daten wird der Fokus in der vorliegenden Arbeit auf die Partnerinnen von Suchtkranken gelegt. Ihre Sicht auf die Sucht des Partners soll beleuchtet und mit dem bestehenden Wissenstand der Expert/innen verglichen werden.

Nach einer Begriffsklärung wird auf das Phänomen der Co-Abhängigkeit eingegangen, da diese als Grundlage für eine Vielzahl von Beratungsangeboten dient. Nach einer Darstellung der Entstehungsgeschichte des Konzepts „Co-Abhängigkeit“ werden sowohl verschiedene Modelle als auch der kontroversielle Diskurs beleuchtet. Das Hauptaugenmerk dieser Arbeit liegt in der empirischen Untersuchung der Sichtweisen von Partnerinnen auf ihrer Partnerschaft und der Sucht des Partners. Mittels narrativer Interviews und dem Kodierparadigma der Grounded Theory werden diese Schwerpunkte herausgefiltert und mit entsprechender Literatur verglichen. Abschließend wird die Forschungsarbeit nochmals reflektiert.

2. Begriffserklärungen

Im Folgenden werden die zentralen Begriffe der Arbeit erklärt. Nach einer Einführung in den Suchtbegriff wird auf die Phänomene Beziehung und Partnerschaft eingegangen.

2.1. Sucht und Abhängigkeit

Da sich die vorliegende Forschungsarbeit mit Partnerinnen suchtkranker Männer beschäftigt, ist es notwendig zu definieren, was unter Suchtkrankheit und -abhängigkeit verstanden wird. „Das Dasein von Menschen und das zwischenmenschliche Zusammenleben bedingt Abhängigkeit/en. Umso komplizierter, vielfältiger die Lebensumstände sind, desto mehr Abhängigkeiten können entstehen. Konzentriert sich die Abhängigkeit eines Menschen ausschließlich auf ein Ding, eine Substanz, eine Tätigkeit, ein Gefühl und bewirkt dies eine massive Einschränkung der persönlichen Flexibilität, des persönlichen Handlungsspielraums, kann sich eine Abhängigkeit im pathologischen Sinn entwickeln“ (Rohmfeld / Tomas 1991:o.S.). Für die von Rohmfeld / Tomas (1991:o.S.) beschriebene Abhängigkeit im pathologischen Sinn legt die Weltgesundheitsorganisation sechs Diagnosekriterien fest. Von diesen sechs Kriterien müssen mindestens drei innerhalb eines Jahres gleichzeitig auftreten, um von einer Abhängigkeitserkrankung zu sprechen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Jugend und Familie 2009:o.S.). „Charakteristisch für das Abhängigkeitssyndrom sind der starke Wunsch nach der Einnahme einer psychoaktiven Substanz und – trotz schädlicher Folgen – große Schwierigkeiten den Konsum zu kontrollieren oder gar zu beenden. Es entsteht eine Gewöhnung an diese Substanz (Toleranzbildung). Die Dosis muss laufend erhöht werden, um dasselbe gewünschte Wohlbefinden zu erreichen; bei Nichtkonsum kann es zu Entzugserscheinungen kommen“ (Bundesministerium für Gesundheit, Jugend und Familie 2009:o.S.). Brosch (2004:16) hält in diesem Zusammenhang fest, dass Sucht kaum exakt definiert werden kann, jedenfalls handle es sich um einen langen Prozess, der schleichend beginnt und auch tödlich enden kann. Eine Sucht stoppt nicht von allein. „Manchmal aus eigener Kraft, viel öfters jedoch mit Hilfe kompetenter Menschen, die ihrerseits in diesen Suchtprozess nicht verstrickt sind, kann es gelingen, aus diesem Prozess auszusteigen“ (Brosch 2004:17).

Es sei hier weiters festgehalten, dass die Partner der Interviewten substanzgebundene Süchte aufweisen. Substanzungebundene Süchte werden von keiner Interviewpartnerin erwähnt. Details dazu werden unter Punkt 4.6.1. beschrieben. Darüber hinaus ist an dieser Stelle erwähnt, dass „Suchtkranker“, „Suchtmittelabhängiger“ und „Drogenabhängiger (-partner)“ in dieser Arbeit als Synonyme verwendet werden.

2.2. Beziehungen - Partnerschaft

Um die Gefühlswelten der Partnerinnen von Suchtkranken zu begreifen, werden die Themen „Partnerschaft“ und „romantische Beziehungen“ behandelt. Mit diesen Ausführungen soll verdeutlicht werden, welche Hintergründe das Eingehen einer Partnerschaft und der Umgang miteinander haben können.

2.2.1. Kennen lernen des/der Partners/in

„Die Partnerwahl kann eine Weichenstellung für einen Prozess sein, der als solcher nicht mehr rückgängig zu machen ist und sehr viel persönliches Potenzial an sich bindet“ (Willi 2002:130). Im Allgemeinen besteht die Auffassung, in Jugendjahren den/die richtige/n Partner/in zu finden, so Sichrovsky/Scheer (1991:56), längerfristige Beziehung geht man aber heutzutage erst später ein. Statistisch am häufigsten findet man den/die Partner/in am gemeinsamen Arbeitsplatz. Bezüglich der Partner/innenwahl halten Huinink/Konietzka fest (2007:127), dass das zentrale Kriterium für die Wahl des/der Partners/in nach allgemeiner Auffassung die romantischen Liebe ist.

2.2.1.1. Verliebt sein

„Betrüger legen andere rein. Verliebte sich selbst.“ (Oliver Hassenkamp)
--

Zum Thema „Verliebt sein“ gibt es in der Literatur nur sehr vereinzelt genauere Beschreibungen. Daher wird nachstehend nur auf Willi (2002) verwiesen, der die Phase des „Verliebt seins“ beschreibt und auch auf die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in dieser Phase eingeht.

Rahmenbedingungen wie das Alter der Partner/innen, die Ausbildung, Sprache, Charakter, Religion, kultureller Background, so Willi (2002:137), können sich günstig auf nachkommende Beziehungen auswirken, doch das Gefühl des Verliebtseins vermitteln diese nicht. „Dazu braucht es dynamische Voraussetzungen, es braucht den Kick der Erfüllung tiefster Sehnsüchte nach Liebe, es braucht das Evidenzgefühl des einmaligen und nicht wiederholbaren Dramas der Liebe. ... Zwei Suchende haben die Vision, miteinander ihren Weg finden zu können, zwei sich selbst nicht Genügende, in ihrer persönlichen Entfaltung Unfertige eröffnen einander längst ersehnte Lebensperspektiven“ (Willi 2002:137). Die beiden Partner, so Willi (2002:138) weiters, produzieren eigenständig und gemeinsam Visionen von oft irrealen Charakter. „So sehr im Verliebtsein das Risiko besteht, die Verhältnisse zu idealisieren und zu verklären, so sehr scheinen einer Beziehung das Salz, die Kraft und die emotionale Tiefe zu fehlen, wenn man nicht vom Verliebtsein in den Partner ergriffen worden war. Es fehlt die gemeinsame Erfahrung in der Beziehung als Person, als Anna oder Andreas gemeint gewesen zu sein, die Erfahrung, dem Partner unverwechselbar und einmalig zugehörig zu sein“ (Willi 2002:139).

Verliebtsein selbst tritt laut Willi (2002:140) in jeder Altersklasse, bei Unverheirateten, Verheirateten, Geschiedenen, Alten und Jungen auf. Es kommt über eine/n - ohne sein/ihr Zutun kann es einen „anspringen“ wie eine Erkrankung. Das Gefühl des Verliebtseins kann sowohl zu Höchstleistungen führen, neue Werte, Lebenseinstellungen vermitteln, aber auch Ängste aufkommen lassen, das bisherige Lebensmodell aufreißen zu müssen (vgl. Willi 2002:141ff). So verlieben sich Personen in andere, die die Liebe nicht erwidern, oder gehen Beziehungen ein, in denen das Verliebtsein nur begrenzt möglich ist, zum Beispiel während eines Ferienaufenthalts. Eine weitere Befürchtung von Verliebten, wie Willi (2002:144) erwähnt, ist, dass das Verliebtsein enden könnte. So meidet man alles, was zu einer Trennung oder Auseinandersetzungen führen könnte. „Glück und Harmonie des Verliebtseins sind auf Dauer anstrengend. (...) Die Idealisierung durch den Partner verpflichtet einen zu Verhaltensweisen, die man nur unter großer Anstrengung aufrechtzuerhalten mag“ (Willi 2002:145). Oft möchte man wieder unter Leute, eigenen Interessen folgen. Den/Die Partner/in, oftmals die Frau, lässt dies verzweifeln. Sie will geliebt werden und er weist sie zurück, was oft in einer Enttäuschungsphase endet. Die Partnerin glaubt, dem Partner zu einem besseren Leben zu verhelfen, doch dieser fühlt sich bedrängt und überfordert. Laut Autor sind

die Vorwürfe der Partnerin stärker als die des Partners. „Meist sind auch heute Frauen stärker motiviert, ihre Männer in ihren Entwicklungen zu fördern als umgekehrt. Viele Frauen suchen in der Förderung des Partners ihren Lebenssinn. Die Erfolglosigkeit ihrer Bemühungen um den Mann kann zum Verlust ihrer Lebensperspektive werden“ (Willi 2002:145). Die Phase der Enttäuschung ist ausschlaggebend für den weiteren Verlauf der Beziehung. Willi (2002:146) hält fest, dass durch die Enttäuschungsphase die Partnerschaft beendet wird oder jedoch zur Liebe reift.

2.2.1.2. Das Phänomen Liebe

Liebe ist kein Wort, Liebe ist kein Spiel. Liebe ist der Anfang und mein stärkstes Gefühl. (Dialog 2007:3)

Lenz (1998:266) weist darauf hin, dass Liebe nicht nur in Paarbeziehungen, sondern auch in anderen Bereichen vorkommt, wie beispielsweise die Mutterliebe oder die Geschwisterliebe. So wurde im Laufe der letzten Jahre die romantische Liebe für die Liebe in einer Beziehung festgelegt. „Die romantische Liebe ist gekennzeichnet durch die Einheit von sexueller Leidenschaft und affektiver Zuneigung“ (Lenz 1998:268). Willi (2002:13) hält fest, dass eine eindeutige Definition von Liebe nicht existiert. Er meint, man könne es vergleichen mit Wörtern wie „Leben“ oder „Seele“, welche ebenfalls nur schwer ableitbar sind. Bis Ende der achtziger Jahre wurde darüber auch wissenschaftlich kaum rezensiert. Auch Hülshoff (1999:129f) weist darauf hin, dass eine genaue Definition schwer möglich sei, die Literatur meist aber von keiner eigenen Emotion Liebe ausgeht. Hülshoff (1999:130) erklärt weiters, dass am Anfang Sexualität und der Trieb zur Fortpflanzung steht. Dadurch ist man motiviert, Beziehungen zu gleich- oder gegengeschlechtlichen Menschen zu suchen. „Diese können sexueller Art sein, aber auch durchaus andere und nicht primär sexuelle Qualitäten entwickeln. Die Gefühle, die hiermit verbunden sind, beinhalten häufig Freude und Glück, sicherlich Interesse, mitunter aber auch Angst, Scham, Ärger oder Trauer, letzteres vor allem bei Liebesentzug und Liebesverlust“ (Hülshoff 1999:130). Kognitive Prozesse, und damit auch die Beziehung selbst, können Liebe individuell machen und von Paar zu Paar unterschiedlich verstanden werden. Auch Willi (2002:16) sieht die Liebe als Prozess.

Die beiden Menschen bilden eine so genannte Koevolution. „In der Liebe stellen zwei Menschen sich wechselseitig die Erfüllung und Verwirklichung ihrer tiefsten Sehnsüchte in Aussicht. Doch die angebotenen Möglichkeiten zur persönlichen Entfaltung bleiben eingeschränkt durch die unausweichliche Begrenzung der wechselseitigen Verständigung und Ansprechbarkeit. Das Ringen um die Verständigung und das Aufrechterhalten der Hoffnung, trotz Unvollkommenheit ihrer Erfüllung, sind wesentliche Qualitäten der Liebe“ (Willi 2002:16).

Auch im Handout zum Partnerinnenseminar des Vereins Dialog (2007:o.S.) wird auf die Bedeutung von Liebe als Prozess hingewiesen. Hierbei wird von sechs Stufen der Liebe ausgegangen:

1. **Liebesehnsucht** („Ich möchte gerne wieder lieben“):
Die letzte Beziehung liegt länger zurück, man möchte gerne wieder eine/n Partner/in, man kann sich vorstellen, eine neue Beziehung aufzunehmen. Gedanken dazu sind vorhanden, es kommt aber noch nicht zur aktiven Suche nach einem neuem Partner.
2. **Partner/innenwahl** (aktive Suche nach einer neuen Beziehung)
Man sucht aktiv nach einem/r Partner/in, geht häufiger ins Kaffeehaus, tanzen, besucht Veranstaltungen, um mit anderen Personen in Kontakt zu treten.
3. **Verliebtsein** (intensives Verlangen, die rosarote Brille)
Es wird ein Mensch gefunden, für den man intensive Gefühle hegt. Diese Person wird idealisiert, es kommt zu einem emotionalen Ausnahmezustand.
4. **Liebes-Enttäuschung** - persönliche Entwicklung (der Alltag stellt sich ein, Abnahme der rosaroten Brille)
Die Verliebtheitsphase endet meist nach einigen Monaten und ist mit dem Alltag auf Dauer nicht vereinbar. Es werden nun auch Seiten am Partner / an der Partnerin entdeckt, die einem missfallen.
5. **Begrenzung und Kompensation** (Hier kann man schon sehen, ob es zur Trennung kommt oder die Beziehung zur Liebe wächst)
Es wird abgewogen, ob man auch mit den „negativen“ Eigenschaften des Partners klarkommt oder nicht. Dabei geht es auch darum, eigene Vorstellungen zurückzustecken und persönliche Ziele umzuformulieren.

6. **Gemeinsame Welt gestalten** (Beziehungsaufnahme)

Kann die Begrenzungs- und Kompensationsphase überwunden werden kommt es zur Beziehungsaufnahme.

2.2.1.3. Liebe nicht ausreichend für Beziehungsaufnahme

Aus soziologischer Sicht, so Huinink und Konietzka (2007:127), sei Liebe aber zu wenig, um schlussfolgern zu können, warum gerade derjenige oder diejenige ausgewählt wird. „Individuen suchen eine Paarbeziehung einzugehen, wenn sie sich davon einen Wohlfahrtsgewinn gegenüber dem Alleinleben versprechen - ob durch rationale Kalkulation, spontanen Entschluss oder selbstverständliche Orientierung begründet. Sie wählen jemanden als Partner, der ihnen - unter den gegebenen Umständen - besonders viel versprechend erscheint“ (Huinink/Konietzka 2007:127f). Weiters geben sie an, dass auch rechtliche und kulturelle Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel Inzestverbot und Verbot der Heirat gleichgeschlechtlicher Partner/innen und ein Mindestheiratsalter bei der Partner/innenwahl ausschlaggebend sind. „Aber auch sozialstrukturelle Faktoren haben einen Einfluss auf Paarbildungsprozesse. Zukünftige Partner müssen sich zu einem bestimmten Zeitpunkt an einem gemeinsamen Ort aufhalten und treffen - und sei es virtuell im Internet“ (Huinink/Konietzka 2007:128). Weiters wird angenommen, dass Menschen mit ähnlichen Interessen und Eigenschaften, wie Ausbildung und ethnischem Hintergrund, höhere Chancen haben, zusammenzukommen, als Personen mit unterschiedlichem Hintergrund (vgl. Huinink/Konietzka 2007:128). Auch Willi (1985:26) hält fest, dass man sich im Allgemeinen eine/n Partner/in sucht, der/die ähnliche soziale und persönliche Qualitäten aufweist. „Rein intuitiv wird es in der Regel vermieden, sich mit einem Partner enger einzulassen, der bezüglich Differenzierung überlegen ist, da man sich ihm nicht gewachsen fühlen würde und man deshalb in der Beziehung besonders gefährdet wäre“ (Willi 1985:26). Kommt es aber dennoch zu einer Paarbildung von Menschen mit vielen Ungleichheiten, tritt ein so genannter Angleichungsprozess ein. „Der Partner mit höherem Differenzierungsgrad versucht sich mittels Selbstsabotage nach unten anzugleichen, mittels Bescheidenheits- und Demutsgesten, Einengung der eigenen Möglichkeiten, ja sogar mit psychosomatischen Krankheiten, durch die er sich selbst einen Riegel vor die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten schieben will“ (Willi 1985:26).

Willi weist hierbei darauf hin, dass besonders Frauen sich häufig den Männern anpassen, sich als weniger darstellen als sie sind, um dem Partner nicht das Gefühl zu vermitteln, ihm überlegen zu sein. Verena Kast (1984:20) folgt der Auffassung, dass die Vereinbarkeit von Beziehungsphantasien entscheidend für oder gegen das Eingehen von Beziehungen ist. Sie geht davon aus, dass Beziehungen immer geprägt sind von vorangegangenen Beziehungsphantasien. „In meiner Beziehungsphantasie gestalte ich ein Paar, dessen einer Aspekt nicht einfach aus meinem Ich besteht, sondern ich phantasie eine mir Ganzheit verheißende, beglückende, anregende, erregende Verbindung von Frau und Mann, ausgelöst durch einen Partner oder eine Partnerin“ (Kast 1984:19). Beziehungsform und Bild des/der Partners/in hängt laut Kast von vielerlei Kriterien ab. „(...) von der Elternbeziehung, von früheren Beziehungen, die ihnen Wohlbefinden gegeben haben, von gesellschaftlichen Normvorstellungen, wie sie etwa im Fernsehen oder im Kino gezeigt werden, aber auch von archetypischen Bildern und im Zusammenhang damit von der Sehnsucht, im Liebeserlebnis Ganzheit zu erleben, zu erfahren, daß immer wieder Getrenntes zu einer Einheit werden kann und wie wir in dieser Einheit über uns hinauswachsen“ (Kast 1984:19f).

2.2.2. Das Abgrenzungsprinzip

Willi (1985:16) beschreibt, dass jedes Paar einen guten Mittelweg zwischen Zweisamkeit und aber kompletter Abschottung nach Außen hin finden muss. Dies hält er, wie nachstehend angeführt, grafisch fest.

Grenzziehungen innerhalb und außerhalb eines Paares:



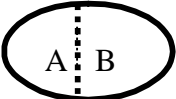
	pathologischer Bereich	Normalbereich	pathologischer Bereich
intradyadische Grenzen	starr	klar und durchlässig	diffus
extradyadische Grenzen	diffus	klar und durchlässig	rigide
			
	<p>Aus Angst, sich selbst zu verlieren, grenzt man sich nach innen hin ab, oft durch Kinder, oder man verbindet sich mit Angehörigen und Freund/innen.</p>	<p>Für eine „normale“ Beziehung gilt, Grenzen nach außen und innen müssen für alle sichtbar, aber nicht unüberwindbar sein.</p>	<p>Partner sind eine Einheit, sind miteinander verschmolzen, gegen außen grenzt sich das Paar ab. Diese Form ist häufig in der Verliebtheitsphase. Es kann zum Verlust des eigenen Ichs sowie zur Unterdrückung von Gefühlen, wie Aggression, kommen.</p>

Abbildung 1

2.2.3. Konflikte in einer Beziehung

Laut Bierhoff (2003:275) treten Konflikte innerhalb der Paarbeziehung bei gemeinsamem Haushalt häufiger auf als bei getrenntem Haushalt, erklärt wird dies dadurch, dass beim Zusammenwohnen größeres Konfliktpotenzial entstehen kann als bei getrennten Wohnungen.

„Verstärkte Versuche, den Partner nach seinen eigenen Vorstellungen zu formen, lassen Reaktanz aufkommen, die dann in Konflikte mündet“ (Bierhoff 2003:276). Der eine Partner will den anderen nach seinen Wünschen verändern, worauf der andere Partner mit Abwehr reagiert. Eine weitere Ursache für Paarkonflikte ist nach Grau / Kersting (2003:287) ein häufig unterschiedliches Nähebedürfnis der Beziehungspartner. „Fragt man Personen nach einer Trennung, was den Ausschlag für die Beendigung der Beziehung gegeben hat, spielt mangelnde Nähe eine große Rolle: Beziehungen scheitern vor allem dann, wenn die Kommunikation mangelhaft ist, d.h. wenn die Partner wenig Selbstöffnung und gegenseitiges Verstehen zeigen; weitere Auslöser sind Mangel an Zuneigung und mangelnde Übereinstimmung“ (Grau / Kersting 2003:288).

Gelingt es dem/der Partner/in nicht, durch gewohnte Interaktionen einen Konflikt zu beenden, er/sie aber auch keine Möglichkeit sieht, sich von der Beziehung zu lösen, so kann es zur Austragung auf körperlicher Ebene kommen (vgl. Willi 1985:225).

2.2.4. Die Geschlechterrolle

Bierhoff und Grau (2003:87) weisen darauf hin, dass sich beispielsweise die Ehe positiv auf das psychische Wohlbefinden der Frauen, und positiv auf das physische Wohlbefinden der Männer auswirkt. Jellouschek (2000:63) hält diesbezüglich fest, dass es bei Männern und Frauen in Liebesangelegenheiten einen wesentlichen Unterschied gibt. Frauen haben nach wie vor die Neigung, sich für den Mann aufzugeben und ihm zu folgen, Männer hingegen tendieren dazu, die Führung zu übernehmen, und dann darin haften zu bleiben.

Die oben angeführten Ausführungen zur Liebe und Paarbeziehung sollen den aktuellen Wissensstand in diesem Bereich verdeutlichen. Es kann festgestellt werden, dass neben der Tatsache, dass zwei Menschen zur selben Zeit am selben Ort sein müssen, um sich kennen zu lernen, auch vielerlei andere Faktoren mitspielen, um tatsächlich eine Beziehung eingehen zu können und längerfristig auch zusammen zu bleiben. So werden die Ausführungen diesbezüglich in der Interviewauswertung einfließen.

3. Partnerinnen suchtmittelabhängiger Männer

„Liebe ist die stärkste Macht der Welt, und doch ist sie die demütigste, die man sich vorstellen kann“ (Mahatma Gandhi)

Erst seit kurzem werden Partnerinnen als eigene Subgruppe der Angehörigen wahrgenommen. Bis jetzt, so hält Kolitzus (1999:195) fest, wurden Partnerinnen von Suchtkranken nicht als Angelegenheit der Öffentlichkeit angesehen. Diese Tatsache erscheint doch sehr grotesk, wenn man bedenkt, wie auch eingangs schon erwähnt, dass die Zahl der Mitleidenden höher ist als die Zahl der Suchtkranken. Doch interessanter für die Öffentlichkeit und die Medien wie Fernsehen oder Kino, sind nach wie vor die Abhängigen selbst. „<<Der Trinker>> (nach Fallada, polytoxikoman) ist natürlich spektakulärer, vor allem wenn er mit dem früheren <<Trinker der Nation>> besetzt ist, als seine einsam, über viele Jahre bis Jahrzehnte alles erleidende und erdulde Ehefrau“ (Kolitzus 1999:195). Es wird untenstehend ein kurzer historischen Überblick über den Zugang der Suchtkrankenhilfe zum Thema Partnerinnen gegeben, weiters wird schwerpunktmäßig der Begriff der Co-Abhängigkeit bzw. Co-Dependency näher beleuchtet und versucht, einen Überblick über die gängigen Fachmeinungen dazu zu vermitteln.

3.1 Partnerinnen als eigenständige Zielgruppe

Zwar wurden bereits vor Beginn des ersten Weltkrieges, so Troise (1995:o.S. zit. in: Klein 2002:1) Studien über die Partner/innen von suchtmittelabhängigen Personen durchgeführt, doch besteht öffentliches Interesse an Angehörigen einschließlich Partnerinnen erst seit kurzem. „... die Wissenslage insgesamt ist heute noch defizitär“ (Troise 1995:o.S. zit. in: Klein 2002:1). Partnerinnen, vorerst von Alkoholikern, wurden seit ungefähr 1950 als eigenständige Gruppe definiert. Jedoch wurden sie nicht als hilfeschuchende Gruppe wahrgenommen, sondern dienten der Behandlung der alkoholkranken Angehörigen (vgl. Klein 2001:1). Partnerinnen wurden anfangs, und mitunter auch heute noch, als „Mittel“ gesehen, welche den Heilungsprozess des Partners beeinflussen können.

3.2. Historische Modelle zu Partnerinnen von Suchtkranken

Im Laufe der Jahre wurde versucht, Modelle und Konzepte zu entwickeln, die erklären sollen, weshalb Partnerinnen sich in Beziehungen mit einem suchtmittelabhängigen Partner begeben oder befinden. Auch gab es Bestrebungen, das Verhalten der Partnerinnen und die Dynamik der Paarbeziehung zu verstehen.

3.2.1. Modell der gestörten Persönlichkeit (entwickelt in den 30iger - 50iger Jahren)

Die oben angesprochene Beeinflussung der Partnerinnen auf die Behandlung der Suchtkranken war aber nach Vorstellungen der heutigen Suchtkrankenhilfe besonders anfangs nicht positiv ausgelegt. „Es war durchaus üblich, z.B. die Frauen von Alkoholikern als primär gestörte Persönlichkeiten zu betrachten und deren neurotische Züge und Verhaltensweisen sogar als Ursache oder Auslöser für das süchtige Trinken der Männer zu sehen. (Kolitzus 1997:52). Partnerinnen, die sich auf eine Beziehung mit einem suchtkranken Mann einlassen, seien somit selbst psychisch instabil und könnten durch diese Beziehung mit den eigenen psychischen Problemen besser umgehen. Mit ihrer Persönlichkeit würden sie zur Alkoholabhängigkeit ihres Partners beitragen, dementsprechend sollten sie selbst behandelt werden. „The early literature on women with alcoholic husbands outlined a predominantly negative view of these women. Such women were seen as neurotic, poor coppers who were obsessed with controlling their husbands' drinking. They were seen to have partnered alcoholic men in order to satisfy their own pathological needs” (Kalashian 1959:o.S./Whalen 1953:o.S. zit. in Dear 1996:285).

3.2.2. Das Stressmodell von Jackson (1954)

Auf Grund der Dauerbelastung durch den suchtkranken Partner, beispielsweise seine Unverantwortlichkeit und Unvorhersehbarkeit, kann es laut Jackson (1954) zu Auswirkungen auf die Persönlichkeit der Partnerinnen kommen. Wichtig sei hier zu erwähnen, dass Jackson diese Veränderungen nicht postum für alle Partnerinnen gegeben sieht: Manchen gelinge es seiner Ansicht nach, Mechanismen zur Bewältigung der Situation zu entwickeln (vgl. Jackson 1954:o.S. zit. in Kolitzus 1997:52f).

3.3. Das Modell der Co-Abhängigkeit

Im aktuellen Diskurs um Partnerinnen, sowohl auf Expert/innen- als auch auf Betroffenenseite, geht es vorwiegend um den Begriff der Co-Abhängigkeit (Co-dependency). Sieht man sich die aktuellen Bücher am Markt an, die sich mit diesem „Phänomen“ beschäftigen, ist man einer Flut an unterschiedlichen Definitionen, Modellen und Hilfestellungen ausgesetzt. Insofern kann es - besonders auch als Betroffene/r - sehr schwierig sein, fundiertes von unfundiertem Wissen zu unterscheiden. In den letzten Jahren gab es eine Reihe von Bestsellern, welche mitunter aufzeigen wollen, wie man sich als „Co-Abhängige“ verhalten muss und der Co-Abhängigkeitsfalle entkommen kann. Die Problematik dieser Bücher, so auch Dear und Roberts (2002:159), ist, dass derart vermitteltes Wissen meist auf Selbsterfahrung als Betroffene/r oder auf Erfahrung von Therapeut/innen beruht, jedoch nicht auf wissenschaftlichen Studien. „Oft kann man bei wissenschaftlichen Textstellen, auch unter Einbeziehung des Kontextes, nicht beurteilen, ob es sich um Definitionen, logische Aussagen (d.h. analytische Aussagen, die sich aus den Definitionen ableiten lassen) oder um empirische Aussagen (d.h. synthetische Aussagen, die etwas Konkretes über ein Phänomen sagen) handelt. Wenn man aber nicht beurteilen kann, ob Aussagen Definitionen, ausschließlich logisch zu überprüfende analytische Aussagen oder empirische zu überprüfende synthetische Aussagen sind, ist ein zielführender wissenschaftlicher Diskurs darüber unmöglich“ (Uhl 1983:o.S. zit. In: Uhl / Puhm 2007:13). Uhl hält also ebenfalls fest, dass ein Diskurs nur dann möglich ist, wenn man weiß, worüber diskutiert wird. Meint jede/r etwas anderes, ist dies nur schwer durchführbar. „Moreover, there is no one definition of codependency that is widely accepted, and there is little consensus as to the specific sign and symptoms of codependency“ (Hands / Dear 1994:o.S. zit in Dear / Roberts 2002:159). Eine einheitliche Definition lässt sich dementsprechend auch in dieser Arbeit nicht vermitteln, daher wird nachstehend versucht, einige der populärsten Vertreter/innen und ihre Auffassung von der Co-Abhängigkeit zu beschreiben. Bevor auf die Definitionen eingegangen wird, werden die Ursprünge der Co-Abhängigkeit erläutert.

3.3.1. Ursprünge der Begrifflichkeit der Co-Abhängigkeit

Vorab sei angemerkt, dass die Begrifflichkeiten Co-Alkoholismus und Co-Abhängigkeit als Synonym in dieser Arbeit verwendet werden, da das Konzept zwar früher primär auf Angehörige von Alkoholabhängigen angelegt war (daher Co-Alkoholismus), im Laufe der Zeit aber über immer mehr Suchtformen gestülpt wurden, was durch den Ausdruck der Co-Abhängigkeit deutlich wird. (vgl. Uhl / Puhm 2007:14).

„Der Begriff >>co-dependency>> wurde ursprünglich in den 1970er-Jahren in den USA von Angehörigen suchtmittelabhängiger Menschen geprägt, um zu beschreiben, welche Auswirkungen (der >>chemical dependency>>) diese in ihrer Familie und an sich selbst erlebten“ (Rennert 2005:45). Die Begrifflichkeit stammt also von den Angehörigen selbst, die in den USA, so Rennert (1989:91), meist Suchtkrankenhilfe durch Selbsthilfegruppen leisten. Die Angehörigengruppen der Anonymen Alkoholiker (AlAnon-Gruppen) waren maßgeblich an der Verbreitung des Begriffes beteiligt, um dadurch auf die Situation der Angehörigen aufmerksam zu machen. „Einen wahren Boom erlebte das Konzept der Co-Abhängigkeit, als Anne Wilson Schaef 1986 ein Buch mit dem Titel „Co-Abhängigkeit - Nicht erkannt und falsch behandelt“ veröffentlichte. Dieses Buch war sowohl in den USA als auch im deutschsprachigen Raum ein Dauerbestseller. Dadurch begann sich auch der Begriff auszudehnen“ (Bauer 2002:59). Uhl und Puhm (2007:14) halten diesbezüglich fest, dass durch die Aufstellung eines Konzeptes eine gemeinsame Identität aufgebaut werden konnte. Den Partner/innen wurde das Gefühl vermittelt, mit der Ohnmacht nicht mehr allein zu sein. Eine mögliche Erklärung für den enormen Andrang in den Gruppen und bei den ersten Selbsthilfebüchern ist, dass es durch die Zuschreibung der „Co-Abhängigen“ möglich war, eine Orientierungshilfe für die erlebten Emotionen und die Beziehungssituation zu erhalten.

„Die Kategorisierung von Co-Alkoholismus als Krankheit – analog zur Kategorisierung der Alkoholabhängigkeit als Krankheit – unterstreicht sowohl das Leiden der Angehörigen und deren Bedarf an Unterstützung bzw. Therapie als auch die Notwendigkeit, dass Selbsthilfegruppen für Angehörige öffentlich gefördert und die Beratung bzw. Therapie von Angehörigen in den Leistungskatalog von Krankenversicherungen aufgenommen werden“ (Uhl / Puhm 2007:13).

Nach Bauer (2002:56) kam es in den USA in den 70ern zu einer landesweiten Kampagne der Alkoholbekämpfung, die auch eine höhere Förderung der Suchtbehandlungsmaßnahmen beinhaltete. Die privatwirtschaftlich organisierten Krankenkassen waren auf der Suche nach begüterter Klientel. „So wurden die Angehörigen von Süchtigen, die der weißen Mittel- und Oberschicht angehörten, plötzlich zu einer wichtigen zahlungskräftigen Klientel“ (Bauer 2002:56). Der wirtschaftliche Aspekt bei der Aufstellung diverser Co-Abhängigkeitsmodelle ist also nicht zu unterschätzen. „The publishing industry, which didn't exactly invent codependency, is making sure that millions of Americans discover it. ... A lot of people are looking at why they're not happy“ (Kaminer 1990:o.S.).

3.3.2. Definitionen der Co-Abhängigkeit

Wie schon erwähnt sind sich die Expert/innen nicht einig, was genau unter Co-Abhängigkeit verstanden wird. „Definitions of codependency are broad, ranging from a ‚primary disease‘ (Young 1987; Wegscheider 1981) that ‚could lead to death‘ (Schaefer 1986) to ‚an emotional, psychological and behavioural condition‘ (Friel, Subby and Friel 1984). As a ‚family disease‘ (Gorski and Miller 1984), it is capable of ‚relapse‘ and requires ‚life-long attention‘. Broader yet are the parameters of its symptomatology, ‚spanning a spectrum from no symptoms at all to headaches to suicide‘ (Whitfield 1984); Beattie (1987) specified 241 characteristics that were organized into fourteen categories of behaviours“ (Harper / Capdevila 1995:37).

3.3.2.1. Verschiedene Konzepte der Co-Abhängigkeit

- Co-Abhängigkeit als Beschreibung des suchtfördernden Verhaltens der Partnerin

Dieser Ansatz geht davon aus, dass die Partnerin durch ihr Verhalten die Sucht des Partners fördert. Nach Fengler (2002:o.S, zit. in Rieder 2005:22) beschreibt Co-Abhängigkeit das Verhalten von Menschen, das die Suchtmittelabhängigkeit des Partners fördern kann. Auch Dietze (1992:222) sieht im suchtbegünstigenden Verhalten der Partner/in die eigentliche Co-Abhängigkeit. Rennert (2005:46) hält diesem Ansatz entgegen, dass dadurch den Partnerinnen einseitig die Schuld an dem Krankheitsverlauf zugeschrieben wird.

- Co-Abhängigkeit als Erkrankung

“Some writers are explicit in describing codependency as a personality disorder (for example, Cermak 1986) and others go so far as to describe it as a disease (for example, Schaef 1986; Young 1987)“ (Dear 1996:286). Ein Beispiel zur Krankheitsformulierung bei Schaef ist: “Es ist mir wichtig nochmals zu betonen, daß das, was wir Co-Abhängigkeit nennen, wirklich eine Krankheit ist, die in vielerlei Formen auftritt und die eng mit unserem Gesellschaftsprozeß verbunden ist“ (Schaef 1986:32). Schaef geht also davon aus, dass es unzählige Co-Abhängige in unserer Gesellschaft gibt, jede/r ist irgendwie davon betroffen. Mc Govern und Dupont (1992:o.S. zit. in Klein 2002) sehen, wie andere auch, Co-Abhängigkeit als eine Persönlichkeitsstörung, die durch krankhafte Abhängigkeit von einer anderen Person charakterisiert wird.

Hier sei auf die Begrifflichkeit der Persönlichkeitsstörung hingewiesen. Im ICD 10 Kapitel V unter F60-67 (2005:225ff) werden verschiedenste Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen beschrieben. Die darin beschriebenen Zustandsbilder und Verhaltensmuster können schon in frühesten Kindheit auftreten. Gegenüber der Mehrheit der Bevölkerung lassen sich bei Personen mit einer Persönlichkeitsstörung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen feststellen. Nach DSM IV (2004:o.S.) ist eine Persönlichkeitsstörung ein überdauerndes Muster von innerem Erleben, Beziehungsgestaltung und Verhalten, das wesentlich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Man ist unflexibel in weiten Bereichen persönlicher und sozialer Situationen was zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führt. Die Beeinträchtigungen zeigen sich mindestens in zwei der folgenden Bereiche:

À Kognition (Wahrnehmung, Interpretation, Einstellungen, Vorstellungen)

À Gefühle (Stärke, Angemessenheit, Ausdruck, Reaktion etc.)

À Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung

À Zwischenmenschliche Beziehungen und ihre Gestaltung

Vertreter/innen des Modells der Co-Abhängigkeit als Erkrankung gehen soweit, eine Diagnosekategorie im DSM-IV unter dem Namen Co-Abhängigkeit als Persönlichkeitsstörung einführen zu wollen.

„Weil wir ein Gehirn haben, das uns einen exzessiven Rausch geben kann, erliegen wir einem Verhalten, das den Rausch erzeugt (= Co-Abhängigkeit)“ (Wegscheider-Cruse/Cruse o.A. zit. in Aumüller 2004:32). Die Autor/innen geben an, dass Angehörige, hierbei Partnerinnen von Suchtkranken, selbst eine Art Rausch durch die Partnerschaft erleben.

- Co-Abhängigkeit als Frauenerkrankung

“Hands and Dear (1994) noted that many of the characteristics described within the codependency literature match the traditional expectations of women to take on the roles of caregiver and nurturer, roles that frequently require self-sacrifice and compromise” (Dear/Roberts 2002:159). Kaminer (1990:o.S.) weist darauf hin, dass in unserem Kulturkreis Frauen häufig für das emotionale Gleichgewicht innerhalb der Familie verantwortlich gemacht werden. Auch wird, so die Autorin weiters, Co-Abhängigkeit oft als Frauenkrankheit beschrieben. Robin Norwood, so Rennert (1989:179), sieht die Co-Abhängigkeit, bei ihr unter dem Titel „Wenn Frauen zu sehr lieben“ beschrieben, sehr frauenspezifisch und beschränkt die „heimliche Sucht, gebraucht zu werden“ auf die Beziehung zweier Partner. „Sie suchen sich emotional unzugängliche Partner in der Hoffnung, diese durch die eigene Liebe und Fürsorge ändern zu können“ (Norwood o.A. zit. in Rennert 1989:180). Norwood, so Rennert (1989:181), betont weiters, dass Männer zwar auch derartige Ambitionen entwickeln können, sie aber im Allgemeinen nur selten von Beziehungen abhängig seien, da sie ihre Besessenheit lieber durch Arbeit oder Freizeitbeschäftigungen kompensieren.

- Weitere Ansätze

Es gibt weiters den Vergleich der Co-Abhängigkeit mit dem Trauerprozess (vgl. Kübler-Ross 1969:o.S. zit. in Bauer 2002:71). Viele beschäftigen sich auch mit der Ableitung der Co-Abhängigkeit von der Herkunftsfamilie. „Co-Abhängigkeit ist eine Primärerkrankung in jedem Mitglied einer Alkoholikerfamilie“ (Wegscheider-Cruse 1984:o.S. zit. in Uhl/Puhm 2007:16).

Die dargestellten Auffassungen von Co-Abhängigkeit sind nur eine kleine Auswahl einer breiten Palette. Es wurde in dieser Arbeit jedoch nur auf jene Ansätze Bezug genommen, zu denen vergleichende Literatur existiert beziehungsweise auf die in der Forschungsarbeit nochmals eingegangen wird.

3.3.3. Die Funktion des Co-Abhängigkeitsbegriffes

Der Boom der Bücher und Selbsthilfegruppen zum Thema Co-Abhängigkeit zeigt, wie sehr sich Angehörige von Suchtkranken Hilfestellungen wünschen. Das Aufstellen einer Begrifflichkeit dient der Orientierung. „Das bin nicht ich, das ist die Co-Abhängigkeit unter der ich leide“, kann helfen, mit den Gefühlen und Ängsten besser umzugehen. Es scheint daher paradox, dass sich der von den Angehörigen selbst kreierte Begriff immer mehr dahingehend entwickelt, die Mitverantwortung und Schuldzuweisung der Angehörigen in den Begriff zu integrieren (vgl. Uhl / Puhm 2007:18). Durch diesen Trend ist es den Suchtkranken möglich, eine gewisse Teilschuld an ihre Partnerin abzugeben. Die Schuldzuweisungen, die viele Co-Abhängigkeitskonzepte beinhalten, machen es verwunderlich, dass sich viele Selbsthilfegruppen für derartige Konzepte stark machen.

3.3.4. Der Forschungsmangel des Co-Abhängigkeitskonzeptes

Ein sehr wichtiger Aspekt rund um das Thema Co-Abhängigkeit ist die schon erwähnte Tatsache, dass der Großteil der Literatur auf Selbsterfahrung und Einschätzung beruhen und nicht auf wissenschaftlichen Erhebungen. „Treatment programs for codependents have been developed and hundreds of self-help books on codependency have been published. ... Such developments have all taken place in the absence of any research support for the model and the lack of an accepted formal definition for the proposed syndrome“ (Dear 1996:286). Auch Rennert (2005:46) hält fest, dass im klinischen Alltag zwar Fälle von gestörten Persönlichkeiten auftreten, es dürfen aber keine verallgemeinernden Schlüsse gezogen werden. „Da die große Heterogenität der Gruppe der Angehörigen bislang zu wenig erfolgreich in Form empirisch abgesicherter Subtypen erfasst wurde, konnten keine verlässlichen Subgruppen von Angehörigenverhaltensweisen festgestellt werden. Das Co-Abhängigkeitskonzept ist daher als wissenschaftlich wenig sinnvolle Kategorie anzusehen, die zunächst nur heuristischen und klinischen Wert besitzt“ (Klein 2002:8).

Zweifelsohne treten die von Autor/innen beschriebenen typischen Verhaltensweisen und Veränderungen bei Partnerinnen suchtkranker Männer auf, wie auch aus dem Forschungsteil dieser Arbeit hervorgeht.

Eine pauschale Definition für die unterschiedlichen Copingstrategien und Interaktionen dieser Frauen zu finden, erscheint aber äußerst schwierig. Frauen mit einem suchtmittelabhängigen Partner können Persönlichkeitsstörungen entwickeln, für ihren Mann lügen, das Suchtmittel verstecken, das Suchtproblem verstärken etc. Durch die Pauschalisierung aller Verhaltensweisen, die Partnerinnen haben könnten, zu einem gemeinsamen Ganzen, kann es jedoch zu Stigmatisierung der Frauen kommen. „Wenn man Missverständnissen und stigmatisierenden Zuschreibungen vorbeugen will, erscheint es zweckmäßiger, in begründeten Fällen die klare Bezeichnung „suchtförderndes Verhalten“ zu wählen und auf die unklaren und stark belastenden Ausdrücke „co-abhängiges Verhalten“ und „Co-Abhängigkeit“ zu verzichten“ (Uhl / Puhm 2007:19).

4. Die Darstellung der Forschung

Nach der Literaturrecherche und der Gegenüberstellung der Ergebnisse wird nun die Forschung im Feld selbst beschrieben. Beginnend mit der Ausgangslage, dem Forschungsinteresse und dem Eintreten in die Forschung, werden weiters die Methode der Auswertung und ihre Ergebnisse präsentiert.

4.1. Die Ausgangslage

Im Rahmen der Recherche zu einem passenden Diplomarbeitsthema im Suchtbereich wurde immer wieder das Wort Co-Abhängigkeit in einschlägiger Fachliteratur erwähnt. In der Fachliteratur wird, wie auch oben schon erläutert, die Situation der Frauen näher beleuchtet und versucht, Lösungswege aufzuzeigen. Dadurch stellte sich die Frage, wie diese Frauen sich fühlen und die Beziehung erleben, und wie sich die Beziehung aus ihrer eigenen Sicht gestaltet. So begann die Suche nach spezifischerer Literatur, welche diese Thematik beleuchtet. Bald musste jedoch festgestellt werden, dass die Sicht der Partnerinnen wenig bis gar nicht empirisch untersucht worden war. Es entstand das Vorhaben, durch direkte Befragung der Partnerinnen diese Wissenslücke zu schmälern und dadurch auch die Frauen direkt und nicht durch Expert/innen sprechen zu lassen. Ein Forschungspraktikum beim Verein Dialog Hegelgasse in Wien bot dabei die Gelegenheit, mit Partnerinnen von Suchtkranken in Kontakt zu kommen und mit ihnen narrative Interviews durchzuführen. Weiters wurde bei anderen Einrichtungen im Raum Wien nachgefragt, die Angehörigenarbeit anbieten, ob Interviews mit ihren Klientinnen möglich wären. Dadurch entwickelte sich die Kooperation mit dem Blauen Kreuz Wien, das es ermöglichte, an einer Angehörigengruppe in ihrer Einrichtung teilzunehmen.

4.2. Beschreibung der Beratungsstellen Dialog und Blaues Kreuz

Untenstehend soll ein kurzer Überblick über die beiden Beratungsstellen gegeben werden, die die interviewten Partnerinnen betreuen.

4.2.1. Angebote der Beratungsstelle Hegelgasse

Ein Teil der interviewten Partnerinnen waren bei der Beratungsstelle Hegelgasse in Betreuung, welche neben persönlicher Beratung auch Partnerinnenseminare anbietet. Eine Zielgruppe der Beratungsstelle sind neben den Suchtkranken selbst, deren Angehörige. Zwischen 15 und 20 Prozent der Angehörigen, die sich an den Verein wenden, sind Partnerinnen (vgl. Verein Dialog 2008:o.S.). Die Beratungen sind für die Angehörigen kostenlos, davon ausgenommen ist allerdings das unten beschriebene Partnerinnenseminar. Die Mitarbeiter/innen unterliegen der im Suchtmittelgesetz beschriebenen Verschwiegenheit. Die Möglichkeit der Kontaktaufnahme besteht sowohl vor Ort, via Telefon oder durch eine Beratungsmöglichkeit im Internet. Zur Begrifflichkeit der Co-Abhängigkeit pflegt die Beratungsstelle einen kritischen und zurückhaltenden Umgang (vgl. Verein Dialog 2008:o.S.). Die persönliche Beratung der Angehörigen besteht sowohl aus allgemeinen Informationen zum Thema Sucht und Substanzen, als auch, wenn erwünscht, aus einer langfristigen Beratung und Begleitung durch Einzelgespräche, abgestimmt auf die individuelle Lebenssituation. Die Bedürfnisse der Angehörigen stehen im Mittelpunkt, so der Verein Dialog (2008:o.S.).

Das Partnerinnenseminar ist eine Besonderheit der Einrichtung, das in keiner anderen Suchtberatungsstelle in dieser Form angeboten wird. „Die Wochenendgruppe bietet Partnerinnen von Personen mit einem Suchtproblem Raum und Zeit, sich mit anderen über ihre Erlebnisse und Erfahrungen sowie Informationen zu relevanten Themen und Fragen auszutauschen“ (Verein Dialog 2008:o.S.). Dieses Seminar wird zweimal pro Jahr veranstaltet. Partnerinnen welche bereits in der Einrichtung betreut werden, können teilnehmen, aber auch jene Partnerinnen, die sich durch eine Ausschreibung in Wien und Niederösterreich angesprochen fühlen, gehören zur Zielgruppe. Für Deutenhauser und Zeisel (2007:48) ist das Seminar eine gute Ergänzung zur Einzelbetreuung und wird als Angebot für Frauen verstanden „...die einen Großteil ihrer Energien, Fähigkeiten und Ressourcen zum Wohle eines Mannes einsetzen, auf Kosten ihrer eigenen Lebensqualität - mit einem mehr oder weniger verdeckten Nutzen. Ein Angebot mit dem Ziel, die eigenen Lebensentwürfe und Interessen, die eigene Selbstständigkeit und -verantwortung wieder in den Mittelpunkt zu rücken“ (Deutenhauser / Zeisel 2007:48).

4.2.2. Angehörigengruppe des Blauen Kreuzes

Das Blaue Kreuz Niederösterreich, Wien (Blaues Kreuz 2008:o.S.) arbeitet neben der Betreuung von suchtmittelabhängigen Personen auch mit deren Angehörigen. In regionalen Beratungsstellen wird individuelle Beratung angeboten. Weiters besteht die Möglichkeit eines der Gruppenangebote in Anspruch zu nehmen. So kann man beispielsweise an einem gemischten Treffen mit Alkoholikern und Angehörigen, als auch an einem reinen Angehörigentreffen teilnehmen. Der Verein bezeichnet sich als politisch unabhängig und die Mitarbeiter/innen der Einrichtung arbeiten ehrenamtlich.

4.3. Das Forschungsinteresse

In der nachstehenden empirischen Forschungsarbeit steht das Erleben der Beziehung zu einem suchtkranken Mann im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses. Darauf aufbauend wird der Fokus bewusst auf das subjektive Empfinden der Partnerinnen, vom Eingehen der Beziehung über den Alltag mit dem Partner bis hin zu den Problemstellungen, die in diesen Partnerschaften auftreten können, gelegt. Darüber hinaus soll auch aufgezeigt werden, ob es Parallelen unter den Befragten gibt und weiters, inwieweit Auffassungen in der Literatur mit jenen der Partnerinnen übereinstimmen. Die Erhebung basiert auf folgenden Forschungsfragen:

- Wie erleben Partnerinnen von suchtkranken Männern diese Partnerschaft und welchen Einfluss hat die Suchtkrankheit auf die Beziehung?
- Gibt es Gemeinsamkeiten zwischen den Befragten und wenn ja, welche?
- Inwieweit decken sich deren Aussagen mit denen der Literatur?

4.4. Die Erhebungsmethode

Die Erhebung erfolgte in Form von narrativen Interviews, da eine Methode herangezogen werden musste, die gut geeignet ist, die subjektive Sichtweise der Interviewpartnerinnen zu beleuchten. Mit dem Verfahren des narrativen Interviews ist es möglich, die Perspektive des Subjekts, hierbei also der Partnerinnen, in den Mittelpunkt zu stellen.

4.4.1. Beschreibung des narrativen Interviews

Im Gegensatz zum Leitfadeninterview ist beim gewählten Verfahren erwünscht, den/die Interviewpartner/in von sich aus erzählen zu lassen, und, abgesehen von einer Einstiegsfrage, sie/ihn den Schwerpunkt des Gesprächs bestimmen zu lassen. Durch eine offene Fragestellung soll der/die Interviewpartner/in in der Phase der Haupterzählung zum Erzählen aufgefordert werden. Danach folgt eine Nachfragephase, das so genannte immanente Nachfragen, wo Unklares nachgefragt und auf spezielle Themen, die angeschnitten wurden, näher eingegangen werden kann. Abschließend können durch exmanentes Nachfragen forschungsrelevante Fragen gestellt werden (vgl. Pfliegerl 2008:10).

4.5. Kontaktaufbau mit den Interviewpartnerinnen

Wie schon erwähnt konnten die Interviewteilerinnen durch den Dialog Hegelgasse und durch das Blaue Kreuz Wien gefunden werden. Anfänglich wurde bei den Mitarbeiter/innen des Dialogs nachgefragt, ob die Möglichkeit bestünde, die Partnerinnen von Suchtkranken, die durch die Einrichtung betreut werden, zu interviewen. Durch die Unterstützung zweier Kolleginnen konnte Kontakt zu vier Partnerinnen hergestellt werden, die in weiterer Folge für ein Interview zur Verfügung standen. Durch Kontaktaufnahme via E-Mail kam es auch zur Kooperation mit dem Blauen Kreuz Wien. Von Seiten dieser Einrichtung wurde ein Termin vorgeschlagen, an dem die Partnerinnen befragen konnten. Im Rahmen der Angehörigengruppe konnten zwei Partnerinnen für ein Interview gewonnen werden. Die Mitarbeiterinnen des Dialogs und des Blauen Kreuzes zeigten große Hilfsbereitschaft, auch die Partnerinnen selbst waren sofort bereit, für ein Interview zur Verfügung zu stehen. Die Offenheit der Partnerinnen überraschte, da die Thematik sehr persönlich und intim ist und deswegen mit Schwierigkeiten beim Finden von Untersuchungspersonen gerechnet wurde.

4.6. Die Durchführung der Interviews

Alle Interviews wurden im Zeitraum des Forschungspraktikums von Mitte November 2008 bis Mitte Jänner 2009 durchgeführt.

Die Gespräche fanden in den Besprechungszimmern des Dialoges in der Hegelgasse, beziehungsweise im Gruppenraum des Blauen Kreuzes statt und dauerten durchschnittlich zwischen 70 und 90 Minuten. Alle Interviews wurden von einem digitalen Diktiergerät aufgezeichnet, um eine nachträgliche Transkription gewährleisten zu können. Nach einer kurzen Vorstellung wurde das Forschungsvorhaben erklärt und eine vertrauliche Verwendung der Daten zugesichert. Die Partnerinnen bekundeten durchwegs sehr großes Interesse an der Arbeit selbst und äußerten den Wunsch, über Ergebnisse nachträglich informiert zu werden. Nach Erklärung des Interviewablaufs wurde gebeten, aus dem Leben mit ihrem Partner und dem Erleben der Beziehung zu erzählen.

Beim Blauen Kreuz wurde in die Angehörigengruppe eingeladen. Nach einer Befindlichkeitsrunde kam es zur Vorstellung der Personen und es wurden die Rahmenbedingungen der Arbeit erklärt. Danach schilderten zwei Partnerinnen ihre Geschichte und es folgte eine kurze Diskussion zum Thema. Die Partnerinnen erzählten offen und oft auch sehr detailliert aus ihrem Leben. Dadurch konnte eine gute Vertrauensbasis gefunden und eine entspannte, offene Atmosphäre während der Interviews geschaffen werden.

4.7. Die Interviewpartnerinnen

Die Befragten waren zwischen 25 und 60 Jahre alt und - mit Ausnahme einer Person - berufstätig. Alle Beziehungen bestanden zum Zeitpunkt der Befragung schon über fünf Jahre lang, wobei eine Interviewte angab, sich zwei Monate zuvor von ihrem Partner getrennt zu haben. Die Partnerinnen waren in professionelle Hilfesysteme eingegliedert und nahmen zweiwöchentlich diese Hilfestellung auch wahr.

4.7.1. Die Partner der Befragten

Drei der Befragten gaben an, dass sie einen alkoholabhängigen Partner hätten, eine Interviewte sprach von einer Beziehung mit einem THC-abhängigen Partner, während sich eine Befragte in einer Partnerschaft mit einem von Heroin abhängigen Mann befand. Die Abhängigkeiten entwickelten sich bei keinem der Männer erst in der Partnerschaft, sie waren schon vorher gegeben. Zwei der Partner schafften ihr Ziel der Abstinenz. Einer der Männer ist seit zwölf Jahren abstinent.

Das Interview seiner Partnerin wurde aufgrund der sehr kurzen Gesprächsdauer jedoch nicht ausgewertet. Ein weiterer Partner ist seit drei Monaten abstinent. Im Gegensatz zu den Partnerinnen ist nur einer der Partner in ein professionelles Hilfesystem eingegliedert.

4.8. Datenauswertung mittels der „Grounded Theory“

Für die Auswertung der Forschung wurde das Kodierparadigma der Grounded Theory, angelehnt an Strauss und Corbin, herangezogen. Wie die Autoren (1996:8) erwähnen geht man hierbei nicht von einer anfänglichen Theorie aus, die es zu begründen gibt. „Am Anfang steht vielmehr ein Untersuchungsbereich - was in diesem Bereich relevant ist, wird sich erst im Forschungsprozeß herausstellen“ (Strauss/Corbin 1996:8). So wurde auch in dieser Arbeit mit der Auswertung begonnen, ohne vorab Hypothesen und Theorien zu entwickeln. Zu Beginn wurden Memos zu den einzelnen Interviews verfasst, worin erste Eindrücke und Interpretationen festgehalten wurden. Wie es die Grounded Theory verlangt wurden die Interviews weiters offen kodiert. Laut Brandstetter (2008:12) bedeutet dies, alles für die Forschungsfrage Wichtige aus dem Text heraus zu brechen.

Kategorie	Eigenschaft	Dimension
„Er hat mir halt gefallen“ (Interview 3:Z 19)	Aussehen	gut/schlecht

Abbildung 2

Danach folgte das axiale Kodieren, wobei Verbindungen zwischen den Konzepten erstellt werden sollen, die beim offenen Kodieren aufgestellt wurden. Durch dieses Aufbrechen des Textes gelang es, Hauptkategorien und Unterkategorien aufzustellen und eine Einteilung in Kategorien vorzunehmen.

Nummer	Kategorie	Ursache	Strategie	Konsequenz
20 Interview 3	Beziehungs- -aufbau	Habe ihn auf der Arbeit kennen gelernt (Z 19) Damals war ich so verliebt in ihn (Z363)	haben sich getroffen	sind zusammen gekommen

Abbildung 3

5. Die Forschungsergebnisse

Folgend werden die Resultate der durchgeführten Untersuchung präsentiert. Die Frauen weisen eine ähnliche Struktur in ihren Schilderungen auf, so ergeben sich in der Auswertung folgende Kategorien:

- **Verliebtheit als Grundstein der Beziehung**
- **Belastungsprobe Sucht**
- **Die Partnerinnen im Teufelskreis**
- **Der Rettungsanker**
- **Meine Co-Abhängigkeit**

5.1 Verliebtheit als Grundstein der Beziehung

„Eine verliebte Frau ist immer bereit, viel mehr zu geben, als sie zurückbekommt“
(Willy Breinholst)

Die erste Zeit der Beziehung, vor Kenntnisnahme der Suchterkrankung des Partners, wurde als schön und angenehm empfunden. Sie kann als Grundstein dahingehend gedeutet werden, dass die Frauen sich an diese Zeit in schlechten Phasen der Beziehung zurückerinnern und dadurch Negatives ertragen, mit der Hoffnung, dass diese Form des Miteinander wiederkommt, und der Partner wieder so wird wie zu Beginn der Partnerschaft. Diese erste Zeit kann daher als tragendes Element beschrieben werden, ohne die es nicht möglich wäre, den weiteren Verlauf der Beziehung mit dem suchtkranken Partner durchzustehen.

5.1.1. *Das erste Kennen lernen*

Der Kontaktaufbau zwischen Suchtkranken und seiner Partnerin gestaltet sich je nach Interviewpartnerin unterschiedlich. Man lernt sich im Gasthaus kennen, in der Arbeit oder im Tanzkurs. So hält auch Doll (1990:92) fest, dass Partnerinnen ihre suchtkranken Männer meist unter gewöhnlichen Umständen kennen lernen, etwa in der Arbeit, im Urlaub oder innerhalb eines Vereins. Die erste Kontaktaufnahme unterscheidet sich, wie unter Punkt 2.2.1. beschrieben, auf den ersten Blick nicht vom in Kontakt treten zweier Personen, bei denen keine Suchtkrankheit besteht.

Eine Interviewpartnerin erzählt von einem außergewöhnlichen Kennen lernen ihres Partners, und zwar durch eine dritte Person (vgl. Interview 1:Z 100 – 122). Nach dreiwöchigem SMS-Kontakt sieht sie ihn das erste Mal in einer Wiener Entzugsstation. Auffallend ist die Tatsache, dass das erste Treffen in der Entzugsstation eines Krankenhauses stattfand. Man könnte annehmen, dass dies als unangenehm empfunden wurde. Für die Partnerin war es laut eigenen Aussagen aber nicht abschreckend: „Für mich war klar, er hat ein Alkoholproblem, aber es war eigentlich normal für mich, hast halt so ein Problem, und, wenn du dir eh helfen lässt, dann ist's eh gut“ (Interview 1:Z 381 - 384). Die Befragte gibt an, dass sie dachte, das Problem wird mit Hilfe der Ärzte wieder behoben.

Eine mögliche Erklärung für die Beziehungsaufnahme trotz der oben beschriebenen Rahmenbedingungen könnte sein, dass sie schon länger vom Land in die Stadt ziehen wollte, da zu Hause Streitigkeiten mit den Eltern ständig präsent waren (vgl. Interview 1:Z 346-347). Durch die Beziehungsaufnahme entstand für die Interviewte die Möglichkeit den Schwierigkeiten im Elternhaus zu entkommen, wodurch die Suchtproblematik des Partners vorerst in den Hintergrund getreten sein könnte.

5.1.2. Verliebtheit und Faszination gegenüber dem Partner

Die erste Phase in den Beziehungen der interviewten Partnerinnen scheint, wie eingangs schon erwähnt, ausschlaggebend dafür zu sein, die oft schwierigen und aussichtslosen Perioden der Beziehung durchzuhalten. „Ich habe das Gefühl gehabt, wir kennen uns schon 10000 Jahre, jetzt schlägt der Blitz ein, das ist ein Wahnsinn, das ist er, ich hab mich Hals über Kopf verliebt“ (Interview 2:Z 127). „Er hat mir halt gefallen und ich war gleich sehr in ihn verliebt“ (Interview 3:Z 363). Verliebtsein und ungeahnte Gefühle sind meist Voraussetzung, wie unter dem Punkt 2.2.1.1. ausgeführt, um überhaupt eine Beziehung eingehen zu können. Interessant am Ergebnis der Datenanalyse im Bezug auf das Verliebtsein ist jedoch, dass alle Interviewpartnerinnen von so starken Gefühlen sprechen, die sie noch nie zuvor erlebt haben. „Ich habe so was zu vor noch nicht erlebt, das ist der Mensch mit dem ich alt werden möchte, das ist es jetzt“ (Interview 2:Z 54 - 56). Diese Aussage kann als weiteres Beispiel dafür gewertet werden, dass die Beziehung anfänglich als besonders und einzigartig angesehen wurde und die Partnerinnen der Meinung waren, den Mann fürs Leben gefunden zu haben.

„Er war faszinierend für mich“ (Interview 2:Z 166). Die Faszination am Partner ist ein weiteres Merkmal, das im Bezug auf das Empfinden in der Anfangsphase der Beziehung gefallen ist. Hierbei sei auf die rosarote Brille und die unterschiedlichen Wahrnehmungstendenzen im Verlauf einer Beziehung hingewiesen. Wie Bierhoff und Grau (2003:373) erwähnen, wird besonders in der Anfangsphase einer Beziehung über Negatives und Schwächen des Partners hinweggeschaut, man hat ein besseres Empfinden, wenn man den Partner idealisiert. Problematisch wird diese Idealisierung erst dann, wenn sie bei längerer Beziehung verblasst.

Faszination und starke Gefühle kann man als Grundlage dafür sehen, dass alle Interviewpartnerinnen binnen drei Monaten nach der ersten Begegnung mit ihrem neuen Partner zusammengezogen sind. Es zeigt sich nach Auswertung der Daten, dass sich die Frauen rasch auf ihren neuen Partner einlassen haben (vgl. Interview 2:Z 57), die Lebensgefährten aber auch bei einigen der Befragten mit Nachdruck zusammenziehen wollten. „Entweder du ziehst zu mir oder wir lassen es“ (Interview 1:Z 309) war eine Aussage, die dies beispielsweise bestätigt hat. Naheliegender ist, dass die Partnerinnen zustimmen, um die Beziehung aufrechtzuerhalten. „Ich habe meine Kinder übergeben. Ich habe ihnen gar nichts davon erzählt“ (Interview 2:Z 58). Es kann geschlussfolgert werden, dass dieser Befragten bewusst war, dass sie diesen Schritt des Zusammenziehens (zu) rasch setzte, sonst hätte sie ihre Kinder über die Pläne informiert. Man könnte dies jedoch dahingehend auslegen, dass die Angst, den Partner zu verlieren überwiegt, so dass alles daran gesetzt wird, dies zu verhindern. „Vor allem, ich mein, ich habe ihn kennen gelernt, da war ich 42 und habe mir gedacht, ja, das ist es jetzt“. (Interview 2:Z 56 - 57) Man kann daraus schließen, dass auch das Alter eine Rolle spielt, sich rasch auf die Beziehung einzulassen und diese zu intensivieren. So setzt die Partnerin viel aufs Spiel, um die Partnerschaft aufrechtzuerhalten, eventuell mit dem Hintergrund, nach vielen gescheiterten Beziehungen und mit über 40 Jahren endlich den Mann fürs Leben gefunden haben zu müssen. Hier sei auch auf die gesellschaftlichen Hintergründe für das Eingehen einer Beziehung hingewiesen, wie unter Punkt 2.2.1.3. beschrieben. So könnte es auch eine gesellschaftliche Norm sein, ab einem gewissen Alter eine feste Bindung zu haben, mit diesem Hintergrund verspürt die Partnerin eventuell noch mehr den Drang diese Beziehung zu intensivieren. Weiters wird unter diesem Punkt erwähnt, dass Menschen mit gleichem kulturellen und ethnischen Hintergrund und Ähnlichkeiten in vielen Lebensbereichen eher zusammenkommen. Die befragten Frauen und ihre Partner können dahingehend als sehr unterschiedlich beschrieben werden. Die Berufsausbildungen unterscheiden sich gänzlich von denen der Partner, weiters kommen einige Partnerinnen aus anderen Bundesländern als der Partner selbst, oder aus dem Ausland.

Generell wird die erste gemeinsame Zeit von den Interviewpartnerinnen als sehr positiv empfunden. So ist der Partner einer interviewten Frau am Beginn der Beziehung für einige Zeit clean, und schenkt ihr nach eigenen Angaben viel Aufmerksamkeit.

„Er war der Erste, der gesagt hat, jetzt mach endlich deinen Mund auf, red oder sag mir was du denkst, da war halt das Heroin noch nicht so da“ (Interview 1:Z 185,186). In schwierigen Zeiten mit dem Partner erinnert man sich an diese Zeit zurück und es wird alles daran gesetzt, wieder in diese Phase zu gelangen. Diese Zeit kann beschrieben werden als ein Strohhalm, an den sich die Partnerinnen klammern, wenn die Beziehung ansonsten nicht mehr funktioniert.

5.2. Belastungsprobe Sucht

Die anfängliche Unwissenheit der Partnerinnen bezüglich der Suchtkrankheit des Partners wird bald durch Rückschläge und Scheitern der aufgestellten Lösungsstrategien zerschlagen. Die befragten Frauen sind mit Problemen, meist resultierend aus der Suchtkrankheit des Partners, im Alltag konfrontiert, die ihnen zuvor nicht begegnet waren. So wird die Beziehung zu einem suchtkranken Partner zu einer Belastungsprobe für die Frauen, inwieweit mit den Problemen und Schwierigkeiten in der Beziehung umgegangen werden kann, um die Beziehung aufrechterhalten zu können.

5.2.1. Die Kehrseite der Medaille

Nach einigen Wochen des gemeinsamen Miteinanders und der beschriebenen schönen Zeit bemerken die Frauen, dass am Verhalten des Partners etwas nicht stimmt. Ständige Stimmungsschwankungen des Partners mit THC-Abhängigkeit (vgl. Interview 3:Z 22) oder immer mehr werdende Bierkisten beim Partner mit Alkoholabhängigkeit (vgl. Interview 5:Z 51-53) lassen die Befragten vermuten, dass das Verhalten durch übermäßigen Drogen- beziehungsweise Alkoholkonsum hervorgerufen wird. „Und ich persönlich habe ja relativ bald mitbekommen, dass da etwas nicht stimmt, dass der irgendwie süchtig sein muss, weil sonst kann es das ja nicht sein“ (Interview 5:Z 103). „Nach drei Monaten hat er mir dann gesagt, er ist ein Kiffer“ (Interview 3:Z 23,24). Die Befragte weiß bis zum Geständnis des Partners nicht, was man unter „Kiffer“ versteht, und da ihr der Partner versichert, dass er das ganze unter Kontrolle hätte (vgl. Interview 3:Z 26), hat sie das Gefühl, das Problem gemeinsam meistern und ihm helfen zu können, von der Sucht weg zu kommen. Die Partnerinnen sind anfänglich sehr motiviert, das Suchtproblem des Mannes in den Griff zu bekommen.

Wie unter Punkt 2.2.1.1. festgehalten sind Frauen oft geneigt, den abhängigen Partnern zu fördern und ihm zu einem besseren Leben verhelfen zu wollen. Dies wird auch durch die Aussagen der interviewten Frauen sichtbar, so wollen die befragten Partnerinnen anfänglich durch Liebe und Fürsorge die Problematik aus der Welt schaffen.

„Damals war ich so verliebt in ihn und habe mir gedacht, das ist wenig, und ich kann ihm schon helfen, dass er von dem runter kommt“ (Interview 3:Z 363,364). Da alle Partnerinnen selbst keine Suchtmittelabhängigkeit haben (hatten), kann die Schlussfolgerung getroffen werden, dass ihnen die mit der Abhängigkeit in Verbindung stehenden Schwierigkeiten nicht bewusst sind. So erklärt sich auch die Einstellung, die „Sache“ schnell beheben zu können. Auch Rennert (2005:47) weist darauf hin, dass die Auswirkungen der Sucht auf einen Menschen und das Verhalten, das der Konsumierende dadurch an den Tag legt, den Angehörigen der Süchtigen oft nicht geläufig sind.

Interessant ist die Tatsache, dass die Kenntnisnahme der Sucht kein Trennungsgrund für die befragten Frauen ist. Dies lässt sich vermutlich auch durch die Unkenntnis der Folgen der Suchtkrankheit erklären. „Die frühzeitige Abgrenzung, Konfrontation mit klaren Forderungen und konsequentem Verhalten gegenüber dem Mann, der sich süchtig verändert hat, ist nicht die Regel“ (Rennert 2005:48). Es wird bei Rennert (2005:48) weiters festgehalten, dass sich bei einer Umfrage nur 20 % der Partnerinnen von Spielsüchtigen nach Kenntnisnahme der Suchtkrankheit von ihnen getrennt hatte. Damit untermauern die befragten Partnerinnen die Ergebnisse von Rennert; das Erkennen der Sucht stellt also meist keinen Trennungsgrund dar.

5.2.2. Die Dreiecksbeziehung im Alltag

Die Partnerinnen leben in einer Beziehung mit einem Mann, der neben der befragten Partnerin noch eine weitere hat, die Sucht selbst. So leben die Frauen ein Leben zu dritt, ständig konfrontiert mit den Auswirkungen der Sucht auf das gesamte Leben. Der Partner ist oft mehr mit der „Partnerin“ Droge beschäftigt als mit der Lebenspartnerin selbst. Nachstehend wird auf die Beeinflussung der Sucht im Alltag eingegangen und die damit verbundenen Probleme werden dargestellt.

5.2.2.1. Die Droge als Konkurrenz

„Die Sucht beeinflusst komplett dein Leben“ (Interview 1:Z 213,218), „Es begleitet dich eigentlich den ganzen Tag“ (Interview 1: Z 216) sind Aussagen der Partnerinnen, die die Auswirkungen der Suchtkrankheit auf den Alltag sehr gut widerspiegeln. So zeigt die Auswertung der Interviews, dass der Partner nicht mehr präsent ist für die Frauen. Die Suche nach neuem Stoff oder das Anzünden des nächsten Joints stehen im Mittelpunkt und die Partnerinnen haben das Gefühl allein in die Beziehung zu investieren. Die Partnerinnen sind mit Auswirkungen konfrontiert, die sie sich nur schwer vorstellen konnten. „Wie ist es möglich, dass eine Sache einen Menschen so in der Hand hat“ (Interview 3:Z 65). „Für den Suchtkranken wird das Suchtmittel oder -verhalten das Wichtigste in seinem Leben, die Beziehung zu seinen Angehörigen verliert für ihn an Bedeutung“ (Rennert 2005:48). Die Partnerinnen sind dadurch enttäuscht, verwirrt und innerlich verletzt.

Einige Auswirkungen der Droge auf den Alltag werden in den Interviews genannt, so schläft der Partner während diverser Gespräche immer wieder ein (Interview 3:Z 75), oder er ist so benommen, dass er von der Befragten oftmals ins Bett gebracht wird. „Und ich habe mir mein Leben nicht so vorgestellt, ich habe einen Freund ein paar Tage die Woche und die restliche Zeit ist er zwar anwesend, aber nicht da“ (Interview 3:Z 87). Eine Befragte spricht eine weitere massive Beeinträchtigung des gemeinsamen Lebensraumes an, den Freundeskreis des Partners, welcher ständig präsent ist in der gemeinsamen Wohnung. Um einigermaßen Ruhe zu finden, muss sich die Partnerin (Interview 1:Z 117) in die Küche zurückziehen, da die Freunde des Lebensgefährten den Rest des Wohnraumes einnehmen. „Seine Freunde waren hoch und heilig, und wenn ich ihn fragte, warum redest du nicht mit mir, wenn deine Freunde da sind, sagt er, ja du kennst dich nicht aus“ (Interview 1:Z 114). Hierbei wird ersichtlich, dass der Partner die gemeinsame Wohnung für seine Freunde und sich beansprucht, und die Partnerin in ihrer eigenen Wohnung zu einer fremden Person wird. Die Partnerin kommt sich „deppert“ vor (vgl. Interview 1:Z 118), wenn sie die eigene Wohnung betritt. Die persönliche Wohnung kann so nicht als Erholungs- und Rückzugsort genutzt werden. Durch die massive Beeinträchtigung der Partner sind Gespräche und ein geregelter Tagesablauf oft nicht möglich. „Wir haben uns gestritten, das war zeitweise wirklich schrecklich“ (Interview 3:Z 38)

„Und das hat weh getan und dann hab ich sehr oft die Situation so weit gebracht, dass wir uns gestritten haben und er mich vielleicht geschlagen hat oder mit Polstern geschlagen hat, dass ich nur eine Reaktion von ihm kriege“ (Interview 3:Z 84-87). Da die „Partnerin“ Droge oft für die Lebensgefährten der Befragten im Vordergrund steht könnte die Herbeiführung eines Streits eine Methode der Frauen sein, um auf sich aufmerksam zu machen und so, wenn auch meist kurzfristig, die Aufmerksamkeit des Mannes zu bekommen.

„Ich glaube, es gibt keinen Mann, der so nett sein kann, aber er kann auf der anderen Seite ein richtiges Monster sein“ (Interview 3:Z 168, 169). Eine wesentliche Beeinflussung der Sucht auf die Beziehung, so die Befragten, ist die Tatsache, dass der Mann oft schnell seine Laune ändert und aus dem Netten, Entspannten wird plötzlich einer, den man kaum aushalten kann. So spricht eine der Partnerinnen davon, eigentlich mit zwei Männern verheiratet zu sein. „Ich habe einen, der in der Früh in die Arbeit gegangen ist, und er ging dann morgens weg und in der Nacht ist der andere nach Hause gekommen. Und diesen anderen, den kann ich gar nicht leiden, und den kann ich bis jetzt nicht leiden“ (Interview 6: Z 23-28). Es ist leicht, dem „Schiarchen“, wie eine Befragte die eine Seite des Mannes auch nennt (vgl. Interview 3:Z 170) böse zu sein und ihn verlassen zu wollen. „Wenn der betrunken ist, dann mag ich ihn überhaupt nicht und dann fällt es mir immer ganz leicht zu sagen, so und das war’s“ (Interview 6:Z 64-66). So kann festgehalten werden, dass es Phasen in den Beziehungen der Partnerinnen gibt, wo die Absicht bestand oder besteht, den Partner zu verlassen. Diese Absicht ist umso höher, je mehr sich der Partner seinem Suchtmittel hingibt. Der Partner, der anfänglich Liebe und Geborgenheit gegeben hat, verschwindet immer mehr. Die Männer stehen zwischen der Partnerin und dem Suchtmittel und die Frauen sind sehr oft damit konfrontiert, dass sich der Partner für die Droge und gegen die Beziehung entscheidet.

Es stellt sich die Frage, weshalb die Frauen den Schritt, den Partner in starken Suchtphasen des Mannes zu verlassen, nicht setzen. Die Befragten beschreiben ihren Partner als Mann mit zwei Gesichtern. Auf Phasen der Hölle und der Verzweiflung, so sind sich die befragten Partnerinnen einig, folgen Phasen, in denen das schöne Gesicht hervorkommt, er nett ist und die ewige Liebe schwört (vgl. Interview 2:Z 267). „Aber der andere, wenn der dann kommt, dann ist er ja der, den ich mag, und der mir immer glaubhaft versichert, das er ja was tut gegen den Alkohol“ (Interview 6:Z 69, 70).

„Und dann hat er sich dafür entschuldigt, und gesagt, dass er mich liebt“ (Interview 2:Z 266). So kann man als Ergebnis der Datenanalyse werten, dass durch die Tatsache, dass meist auf schreckliche Stunden wieder schönere folgen, die negativen Phasen in der Beziehung überstanden werden können, mit dem Gedanken im Hinterkopf, dass es wieder anders werden wird. Es kann somit festgestellt werden, dass die Partnerinnen zwischen dem Partner und dem suchtmittelabhängigem Partner differenzieren. Die Auswirkungen der Sucht und die daraus resultierenden Schwierigkeiten in der Partnerschaft werden der Beeinflussung durch die Droge zugeschrieben und nicht dem Mann selbst. Durch diese Einstellung lässt sich eventuell die Tatsache erklären, dass die Partnerinnen die Zurückweisungen, Streitigkeiten, Eskalationen in der Beziehung ertragen. Mit der Vorstellung, dass die schlechten Eigenschaften des Partners durch die Droge erklärbar sind, könnte es den Frauen leichter möglich sein mit dem Beziehungsalltag umzugehen.

Interessant in diesem Zusammenhang ist weiters, dass die Frauen trotz dem Faktum, dass sie bei ihren Partnern geblieben sind, Gefühle beschreiben, die anzweifeln, dass der Lebensgefährte es ernst meint mit seinen Versprechungen und Zuwendungen. So werden beispielsweise komische Gefühle im Bauch beschrieben. „Ich habe ihm alles geglaubt, mehr oder weniger, nur mein Gefühl war immer so grauslich“ (Interview 2:Z 225,226). Die innere Stimme wird, so die Befragte weiters, ignoriert, und gedanklich über die Gefühle gestiegen. „Die ständige Konfrontation mit den Abwehrmechanismen des Leugnens, Verdrängens, Bagatellisierens, Projizierens usw. kann die Menschen im Umfeld schließlich an der Zuverlässigkeit ihrer eigenen Wahrnehmung zweifeln lassen“ (Rennert 2005:49).

„Und dieses Heiß und Kalt hat mich irgendwie immer verwirrt. Und ich hab mir gedacht, wie er so schiarch war, ich kann das nicht mehr aushalten, ich gehe, und kaum habe ich mir das gedacht, war er so nett und entspannt und ich hab mir gedacht, Blödsinn, der ist doch lieb“ (Interview 3:Z 170-173). Kaum ist der Partner wieder nett, gehen die Partnerinnen so weit, zu hinterfragen, ob sie sich den „Schiarchen“ vielleicht nur eingeredet haben. Hier sieht man sehr deutlich, dass die Partnerinnen die Fehler teilweise bei sich selbst gesucht haben. „Es ist mir als Mensch schlecht gegangen, als Frau schlecht gegangen und ich habe die Fehler dann immer bei mir gesucht“ (Interview 2:Z 155).

„Da Süchtige selbst unter Schuldgefühlen leiden, projizieren sie diese auch auf ihre Umgebung - insbesondere auf die Frauen: Wenn diese verständlicher, liebevoller, netter wären, bräuchte der Mann nicht in den Alkohol oder die Spielhalle flüchten“ (Rennert 2005:49). So versuchen die Partnerinnen, wie auch die Ausführungen der Befragten zeigen, es besser zu machen, und suchen die Schuld häufig bei sich selber. Die eigene Wahrnehmung wird in Frage gestellt, man fühlt sich zunehmend verwirrter und muss versuchen, mit Widersprüchen umzugehen.

5.2.2.2. Berufstätigkeit versus Beziehung

Es kristallisieren sich nach Auswertung der Interviews einige Problembereiche heraus. Einer dieser Bereiche ist die Berufstätigkeit der Männer. Als Folge des Drogenkonsums ist es einigen Partnern nicht möglich einer Arbeit nachzugehen. Die Partnerinnen hingegen sind - bis auf eine Ausnahme - berufstätig. Laut Aussagen der interviewten Frauen ist die Arbeit ein schwieriges Thema. Eine Interviewpartnerin gibt beispielsweise an, dass es kurz nach Eingehen der Beziehung bei ihr bergauf (sie einen neuen Job gefunden) und bei ihm bergab (er musste eine dreimonatige Haftstrafe antreten) gegangen ist (vgl. Interview 1:Z 70,71). Richtig freuen konnte sie sich aber nicht, da ihr Partner keinen Job hatte. Man kann daraus schlussfolgern, dass die Befragte ihre Erfolge eher verschweigt um den Partner nicht das Gefühl der Unterlegenheit zu geben. Die unter Punkt 2.2.1.3. beschriebenen Bescheidenheits- und Demutsgesten können so bestätigt werden. Eine Partnerin gibt an, dass ihr ihr Lebensgefährte massive Vorwürfe macht, wenn sie mit dem Gedanken spielt, eine Arbeit aufzunehmen. „Wenn du das tust, war es das für mich“ (Interview 2:Z 177). Hierbei könnte Eifersucht eine Rolle spielen. Dem Partner ist es nicht möglich, eine Arbeit aufzunehmen, also „gönnt“ er sich auch seiner Partnerin nicht.

In der Literatur findet man nur wenige Informationen zum Thema Beruf und Partnerschaft mit Suchtkranken. „Unter Co-Abhängigen scheint der Drang zur Arbeit besonders verbreitet, manchmal genau entgegengesetzt zur Arbeitsscheu vieler süchtiger Angehöriger und Partner“ (Kolitzus 2004:103). Der Autor legt diesen Drang dahingehend aus, dass sich dadurch eine Arbeitssucht bei den Partnerinnen der von Suchtkranken entwickeln kann. Bei den Befragten kann allerdings keine Tendenz in diese Richtung festgestellt werden.

Die Braunschweiger Studie, die 151 Partnerinnen von suchtkranken Männern in verschiedenen Einrichtungen in Deutschland untersuchte, hielt interessante Ergebnisse hinsichtlich der Schul- und Berufsausbildung fest (vgl. Burnautzki et al. 1990:o.S. zit. in Bauer 2002:80). „Fast 80% der befragten Partnerinnen haben eine abgeschlossene Berufsausbildung (im Vergleich zu nur knapp 50% der weiblichen Gesamtbevölkerung). Auch die Erwerbsquote ist mit 64% deutlich höher als in der weiblichen Gesamtbevölkerung“ (Burnautzki et al. 1990:o.S. zit. in Bauer 2002:80). Auch die befragten Partnerinnen geben an stets gearbeitet zu haben und über eine abgeschlossene Berufsausbildung zu verfügen. Aufgrund der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit der Partner müssen die Partnerinnen häufig den Lebensunterhalt für sich und den Partner verdienen wodurch sich die höhere Erwerbsquote dieser Frauen erklären lassen würde.

5.2.2.3. Schuldenübernahme

Ein weiterer häufiger Streitpunkt, der durch die Datenanalyse herausgefiltert wird, ist das Thema Geld. „Er hatte einen Haufen Schulden“ (Z 95). Es sammeln sich bei fast allen Partnern Schulden an, für die die Partnerinnen aufkommen. Auch Klein (2005:68) sieht in finanziellen Konflikten und Schulden eine Belastungssituation für die Partnerinnen. „Schlussendlich hat er nur mehr von meinem Geld gelebt“ (Interview 2:Z 192). Eine Interviewpartnerin schildert darüber hinaus, dass der Partner Geld von ihr gestohlen hätte. Auffallend ist, dass sie seine Entschuldigungen, es nicht mehr zu tun, immer wieder akzeptiert, bis er selbst soweit war, und sagte, sie solle ihre Geldtasche wegsperren, sonst würde er sich wieder daran bedienen. (vgl. Interview 1:Z 207,208).

Die Partnerin hat - selbst nachdem er sie einige Male bestohlen hat - noch Vertrauen zu ihm. Als Erklärung geben die Interviewten immer wieder an, dass die Droge für die Tat verantwortlich ist, nicht der Mann selbst. Durch diese Argumentationslinie könnte es für die Frauen leichter sein, ihren Partnern zu vergeben. Es lassen sich Anzeichen erkennen, dass die Partnerinnen teilweise auch einen Nutzen aus der Suchtkrankheit des Lebensgefährten ziehen. Negative Verhaltensweisen können beispielsweise der Sucht zugeschrieben werden. So kann dem Partner selbst verziehen werden, der Mann selbst bleibt unbescholten, da die Suchtkrankheit ihn zu Handlungen, wie unter anderem zu Diebstahl, treibt.

So kann der Nutzen den die Befragten aus der Suchtkrankheit ziehen unter anderem dadurch beschrieben werden, dass sie den Partner selbst nicht verurteilen müssen, sondern negative Reaktionen des Mannes der Droge zuschreiben können.

5.2.2.4. Anwendung von Gewalt

Weitere Auswirkungen der Droge im Alltag sind psychische und physische Gewalterfahrungen. „Er ist ziemlich handgreiflich geworden, hat mich bedroht, hat mich eingesperrt und ich konnte nicht nach Hause fahren“ (Interview 2:Z 256). Bis auf eine Ausnahme sprechen alle Befragten von verbaler und körperlicher Gewalt, die sie im Laufe ihrer Beziehung erfahren haben. So ist ein Partner schon nach einigen Wochen aggressiv gegenüber der Partnerin geworden (Interview 1:Z 68). Diese entschuldigt die Übergriffe jedoch damit, dass es die Sucht sei, und nicht der Mensch selbst, der solche Maßnahmen setzt. Raffaelli (1999:187) hält in diesem Zusammenhang fest, dass Sucht die Gewaltbereitschaft des Partners erhöht, und von der Partnerin somit Bemühungen unternommen werden, ihn vom Ausüben der Sucht abzuhalten, um verbale oder körperliche Gewalttätigkeiten vermeiden zu können. Weiters gibt die Partnerin an (Interview 1: Z 69), dass sie in ihrer Arbeitsstelle lügt, um seine Misshandlungen zu vertuschen, obwohl sie sowohl von Verwandten als auch vom Arbeitgeber dazu angehalten wird, doch etwas dagegen zu unternehmen. Neben körperlicher ist auch die verbale Gewalt ein gängiges Thema in den Partnerschaften. „Er hat mich psychisch total fertig gemacht, dass ich mich total schlecht gefühlt habe“ (Interview 2:Z 262). Das Bewusstsein, dass diese Attacken nicht in Ordnung sind, ist mitunter vorhanden, die Frauen gehen aber davon aus, dass der Mann ohne Drogen derlei Handlungen nicht setzen würde.

Hier wird erneut die unter Punkt 5.2.2.3. beschriebene Argumentationslinie sichtbar. So ist es möglicherweise leichter, mit den Gewalttätigkeiten umzugehen, wenn man diese der Droge zuschreibt, und nicht dem Mann, den man liebt.

5.2.2.5. Sexuelle Probleme

Punkto Sexualleben gibt es zwei Positionen, die in den Interviews zum Vorschein kommen.

Einerseits wird die Situation beschrieben, besonders in der ersten Phase der Beziehung unbedingt mit dem Partner intim sein zu wollen (Interview 2:Z 145), dies war aufgrund der Alkoholsucht aber nicht möglich. Für die Partnerin ist es sehr schwierig mit dieser Tatsache umzugehen. „Das war für mich besonders schlimm, ich habe ihn so geliebt und wollte ihn ja auch körperlich spüren“ (Interview 2:Z 146). Der Partner ist allerdings nicht bereit seinen Konsum einzuschränken, um die Potenz in den Griff zu bekommen. Dies ist wiederum für die Lebensgefährtin sehr belastend, da es die Prioritäten des Partners widerspiegelt. Von einer weiteren Interviewten wird erwähnt, dass sie selbst den Beischlaf verweigert, da sie keine Lust verspürt, mit dem beeinträchtigten Partner Geschlechtsverkehr zu haben (vgl. Interview 3: Z 274). Daraus ist, so die Befragte (Interview 3:Z 275, 276) ein Streitpunkt in der Beziehung geworden. „Irgendwann hat er gesagt, ich grause mich vor ihm. Ich grause mich nicht vor ihm aber für mich ist das ein Zustand, wo ich das einfach nicht mag“ (Interview 3:Z 276). Es lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass der Partner sich durch die Verweigerung der Partnerin persönlich angegriffen fühlt. Zu hinterfragen ist hierbei, weshalb er sich trotz der Kenntnis der Geschlechtsverkehrsverweigerung durch die Lebensgefährtin in diesen Zustand versetzt. Dies lässt sich eventuell durch die Abhängigkeit von der Substanz erklären. Das Verlangen nach dem Suchtmittel könnte größer sein als das Verlangen nach Kohabitation und partnerschaftlichen Intimitäten. Der Partner gibt sich daher seinem Suchtmittel hin, auch mit dem Bewusstsein, dadurch die Möglichkeit des Intimverkehrs eventuell auch zu verlieren. Man kann sowohl unerfülltes Verlangen als auch Verweigerung des Geschlechtsverkehrs feststellen; ein befriedigendes Sexualleben wurde von keiner der Befragten bestätigt. Hier sei auf die Begrifflichkeit „befriedigendes Sexualleben“ hingewiesen. Laut dem Österreichischem Institut für Sexualpädagogik (2009:o.S.) gibt es keine allgemein gültigen Regeln dafür, welche Kriterien erfüllt werden müssen, damit ein Sexualleben als befriedigend gilt.

Der Begriff ist daher individuell zu betrachten und resultiert in der Arbeit aus der persönlichen Einschätzung der Interviewpartnerinnen.

5.2.3. Überlebensstrategien der Partnerinnen

Die Partnerinnen sind, mit Problemen und Tatsachen konfrontiert, die ihnen so zuvor noch nicht begegnet sind. „Er will es nicht, aber es ist die Sucht, die ihn dazu treibt“ (Interview 1:Z 210-212). Die Frauen sind mitunter auch gezwungen, auf die Abhängigkeit zu reagieren, um das „Überleben“ der Familie abzusichern, beispielsweise in Bezug auf den Haushalt. Es lassen sich verschiedene Handlungsweisen und Strategien der Befragten beschreiben, mit denen sie versuchen, den Alltag zu bewältigen und die Beziehung aufrechtzuerhalten. Auch die Fachliteratur zum Thema Co-Abhängigkeit hat Handlungsweisen der Partnerinnen suchtkranker Männer aufgezeigt, welche in die Interviewauswertung miteinbezogen wurden.

Eine Reaktion auf die Abhängigkeit ist beispielsweise, dass eine Partnerin ihren Lebensgefährten in Lokale begleitet hat und zu Beginn der Partnerschaft auch selbst etwas trinkt. „Ich habe dann sehr bald gemerkt, dass er sehr gerne getrunken hat, was grundsätzlich nicht so ein Problem war für mich, weil so ab und zu hab ich es auch ganz gerne gehabt“ (Interview 3:Z 61 - 63). Klein (2005:68) sieht den Druck des Mittrinkens als massive Belastung für die Frauen. Die Partnerin will mit ihm mittrinken, um bei ihm zu sein und bemerkt nach einigen Monaten, dass - im Gegensatz zu ihr - sein Trinken sein Lebensinhalt ist (vgl. Interview 2:Z 188). Auch Rennert (2005:48) gibt an, dass - besonders bei Alkohol - man als „Normalkonsumierende/r“ oft schwer verstehen kann, warum andere nicht damit aufhören können. „Wohl keine andere Krankheit hat einen derart starken Aufforderungscharakter, Verantwortung und Kontrolle für einen erwachsenen Menschen zu übernehmen“ (Rennert 2005:48). Durch das Erkennen, dass ihr diese Lebensweise nicht gut tut, fühlt sich die Partnerin aufgefordert, gegen die Alkoholabhängigkeit des Partners vorzugehen und ihn dazu zu bewegen, mit dem Trinken aufzuhören. Schaef (1986:69) nennt in diesem Zusammenhang, dass in Familien mit einem/r Alkoholiker/in, alles daran gesetzt wird, dessen/deren Konsumation unter Kontrolle zu bringen.

„Ich habe damit angefangen, um für uns eine klare Linie, eine Basis für unsere Beziehung zu machen, das ist mir leider nicht gelungen“ (Interview 2:Z 74, 75). Hier zeigt sich einmal mehr die Machtlosigkeit gegenüber der Sucht, mit der die Partnerinnen konfrontiert sind.

Die anfängliche Motivation, den Partner von der Abhängigkeit zu erlösen, wird bei allen Befragten sehr schnell durch Rückschläge seitens der Partner begraben.

In der Literatur wird bezüglich der Reaktionen von Partnerinnen weiters festgehalten, wie auch bei Klein (2005:64), dass die Frauen oft versuchen, ihren Partner durch Wegsperrern oder Ausschütten der Drogen zur Abstinenz zu verhelfen. Diese Reaktion wird von keiner der Partnerinnen bestätigt. Eine weitere Verhaltensweise, die Klein in diesem Zusammenhang beschreib, ist, dass die Partnerinnen Anlässe, durch die ihr Partner mit dem Suchtmittel konfrontiert werden könnte, vermeiden. Diese Handlungsweise kann durch die Interviews ebenfalls nicht bestätigt werden. Auch wird die Sucht vor anderen nicht verdeckt oder verheimlicht, wie Hösl und Kupper (1999:24) in diesem Zusammenhang erwähnen. „Ich habe nie für meinen Mann bei seiner Dienststelle angerufen und gesagt, er wäre krank“ (Interview 6:Z 243) – so ein Interviewausschnitt dazu. Die Autoren (1999:25) führen weiters an, dass die Partnerinnen von Suchtkranken deren Fehlverhalten oft entschuldigen. Auch dies kann durch die Interviewauswertung nicht bestätigt werden.

Eine weitere Handlungsweise der Partnerinnen bei einigen der Autor/innen ist, wie beispielsweise bei Schaef (1986:60) die der Außenorientierung. Laut Ansicht der Autorin dreht sich ein wesentlicher Teil im Leben einer Partnerin eines suchtkranken Menschen darum, was andere von einem selbst denken (vgl. Schaef 1986:60). Eine der Partnerinnen hält fest, dass die gemeinsamen Freund/innen die Abhängigkeit zwar hinterfragten, aber kein Problem in seinem Suchtverhalten sahen. „Jeder hat gemeint, ich bin gemein, da er halt einen großen Durst hat“ (Interview 5:Z 51). Dadurch ist die Partnerin verunsichert und beginnt zu hinterfragen, ob wirklich ein Suchtproblem vorliegt. Dieses Beispiel kann als Nachweis dafür gesehen werden, dass durch Meinungen von außen die Partnerinnen von Suchtmittelabhängigen oftmals sich selbst in Frage stellen und Fehler bei sich suchen, wenn ihnen auffällt, das in der Beziehung etwas nicht stimmt.

Die Außenorientierung kann nur dahingehend bestätigt werden, dass sich die Partnerin verunsichern lässt. Anzeichen dafür, dass den interviewten Frauen besonders wichtig ist, was andere über sie denken, können keine gefunden werden.

Die Datenanalyse zeigt, dass die Verantwortungsübernahme eine häufige Reaktion auf die Suchtkrankheit des Partners ist.

Die Frauen richten sich ihren Tagesablauf nach ihrem Partner, um bei ihm zu sein, und - laut Aussage einer Interviewpartnerin - auch auf ihn aufzupassen (vgl. Interview 1:Z 294). Weiters wird die Aussage getroffen (Interview 3:Z 218), dass aus dem erwachsenen Menschen, den man in seinem Partner anfänglich sieht, oft ein freches Kind wird. Die Frauen selbst werden zu einer Art Mutterfigur für ihre Partner. Die Partnerinnen übernehmen die täglichen Arbeiten im Haushalt und kümmern sich zusätzlich noch verstärkt um ihren Lebensgefährten. „Ich soll für meinen Mann alles sein - Mutter, Krankenschwester, Bürohilfe, Finanzberaterin, Schmetterling, Muse, Dompteuse - und natürlich Geliebte“ (Kolitzus 2004:21). Diese Aussage trifft eine Klientin des Autors und spiegelt die Meinung der Befragten sehr gut wider. Die hier angesprochene Verantwortungsübernahme wird mehrmals in der Literatur erwähnt. Klein (2005:64) weist beispielsweise auf das Übermaß an Verantwortungsübernahme hin, das Angehörige von Suchtkranken meist entwickeln. Und auch Rennert (2005:47) hält fest, dass die Partnerinnen in schwierigen Zeiten beginnen, familiäre Angelegenheiten zu übernehmen und dabei „überfürsorgliches und kontrollierendes Verhalten“ entwickeln. Diese Entwicklung, so Rennert, kann man unterschiedlich beurteilen. Es erscheint sehr wesentlich hierbei darauf aufmerksam zu machen, dass die Meinung, dass dies eine Auslegung von co-abhängigen Verhalten sei, welche von einigen Autoren vertreten wird - wie beispielsweise bei Hösl und Kupper (1999:24), DHS (2005:4) - sehr individuell betrachtet werden muss. Es ist wichtig aufzuzeigen, so Burnauztki et al (1990:o.S. zit. in Rennert 2005:47), dass der Bedarf zu handeln die Dominanz der Frauen in der Familie erklärt, und es nicht Persönlichkeitsmerkmale der Partnerinnen sind, die zum Management der Familienangelegenheiten führen. „Es ist also anzunehmen, dass den betroffenen Frauen gar nichts anderes übrig bleibt, als <<den Laden selbst zu schmeißen>>, wenn der Mann zunehmend unzuverlässiger wird...“ (Burnauztki et al 1990:o.S. zit. in Rennert 2005:47). Bleibt die Verantwortungsübernahme über lange Zeit aufrecht, kann es, muss es aber nicht zu dysfunktionalem Verhalten seitens der Frauen kommen.

Die Verantwortungsübernahme geht teilweise soweit, dass die Gedanken stets beim Partner sind. „Alles dreht sich nur um ihn“ (Interview1:Z 246). So hält eine Befragte fest, dass sie sein Leben mit ihm, statt ihr eigenes lebt (vgl. Interview 2:Z 134). Das ganze Leben richtet sich nach dem Partner. Von allen Partnerinnen wird erwähnt, dass sie alles für ihre Lebensgefährten getan haben. Auch Rennert (2005:48) hält in diesem Zusammenhang fest, dass sich die Gedanken der Partnerinnen oft nur mehr um die Bedürfnisse des Partners drehen. „Ebenso wie beim Süchtigen verlieren ihre bisherigen Beziehungen an Bedeutung. Im Extremfall konzentriert sie sich nur noch auf den Suchtkranken, dieser wird zum Sinn ihres Lebens“ (Rennert 2005:48).

„Meine Zeit richtet sich eigentlich nach ihm. Wenn er rausgehen will und mit dem Hund spazieren gehen will, dann gehen wir, wenn nicht, dann bleiben wir halt daheim. Und das war's“ (Interview 1:Z 246-248). Diese Fixierung auf den Lebensgefährten wird weiters dadurch deutlich, dass die Partnerin ausschließlich zu Hause oder in der Arbeit anzutreffen ist (vgl. Interview 1:Z 165). Das Verlangen, sich mit anderen zu treffen, ist zwar vorhanden; die Angst und die Tatsache, die wenige Zeit, die der Partner daheim verbringen könnte, zu versäumen, bringt sie aber dazu, darauf zu verzichten und lieber daheim auf ihn zu warten. Es wird öfters angesprochen, dass man dann zwar zu Hause ist, doch der Partner ist dann nicht da und man verbringt die Zeit allein. Die Frauen möchten aber auch nicht ausgehen, da der Partner ja zurückkommen könnte. Dadurch verlieren viele der Partnerinnen soziale Kontakte. „Manchmal habe ich mir gedacht, ich möchte mich jetzt einfach hinstellen und ganz laut schreien, weil ich fühlte mich so allein“ (Interview 2:Z 200). Auch in der Braunschweiger Studie (Burnautzki et al. 1990:o.S.) scheint auf, dass es bei Frauen suchtkranker Männer im Vergleich zur restlichen Population seltener zu Freizeitaktivitäten außerhalb des familiären Bereichs kommt. Die unter 2.2.2. beschriebenen Grenzziehungen eines Paares nach innen und außen können nach Auswertung der Interviews dem pathologischen Bereich zugeteilt werden. Interessant ist jedoch, dass die Beziehungen der Partnerinnen sich weder nach innen noch nach außen als besonders durchlässig beschreiben lassen können – der Partner grenzt sich innerhalb der Beziehung von der Partnerin ab, nach außen grenzt sich aber oft die Partnerin ab; soziale Kontakte werden gemieden. Diese Version, dass sowohl die extra- als auch die intradyadische Grenze nicht durchlässig ist, wurde vom Autor nicht beschrieben.

Es zeigt sich eine Ausnahmesituation, die sich in den beschriebenen Gefühlen des Alleinseins wieder findet und die Problematik der Partnerinnen gut sichtbar macht.

Ein gutes Beispiel für die von den Frauen beschriebene Hingabe an den Partner ist folgende Darstellung einer Partnerin (vgl. Interview 3: Z 260 - 262). Anstatt zu den Kindern zu fahren, die sie nach dem Tod ihres Ex-Mannes bitten zu kommen, fuhr sie zu ihrem Partner und hat sich stundenlang seine Geschichten angehört. „Und das finde ich nicht ok, glauben Sie, er hat gesagt, lassen wir das, geh zu deinen Kindern und wir treffen uns später, nein, nein, er braucht mich und ich muss jetzt da sein. Aber trotzdem bin ich nicht genug“ (Interview 3:Z 262, 263). So versucht die Partnerin alles zu tun, um für den Partner da zu sein, nichtsdestotrotz gibt er ihr, laut ihren Aussagen, keine Zeichen der Anerkennung.

Das unter Punkt 3.3.2.1. beschriebene Konzept der Co-Abhängigkeit als suchtförderndes Verhalten der Partnerin lässt sich durch die Auswertung der Interviews teilweise bestätigen. So könnten sich die Zurückstellung der eigenen Bedürfnisse und die vollkommene Hingabe für die Beziehung suchtfördernd auswirken. Es gibt keine Konsequenzen für den Partner ob er nun zum Suchtmittel greift oder nicht, die Beziehung bleibt aufrecht. Daraus kann man den Schluss ziehen, dass die suchtkranken Männer der Befragten keinen Anlass sehen, an ihrer Lebenssituation etwas ändern zu müssen/wollen. Diese Subsumtion könnte man als suchtförderndes Verhalten der Frauen werten. Zu hinterfragen bleibt hierbei aber die Schuldzuweisung. Den Partnerinnen Schuld an dem problematischen Konsum ihrer Partner zuzuschreiben ist äußerst fragwürdig.

5.3. Die Partnerinnen im Teufelskreis

Die Partnerinnen suchen nach Lösungen und Auswegen, um mit dem Leben in einer „Suchtbeziehung“ klarzukommen.

Wesentliche Bemühungen investieren die Partnerinnen in die Idee, ihren Partner von der Sucht zu befreien. Sie wollen den „lieben, netten Mann“ zurück und das „Monster“ eliminieren. Die befragten Frauen verstricken sich immer tiefer in die Idee und in die Beziehung, sie sehen schlussendlich nur mehr ihn wodurch sie auf ihre Bedürfnisse und Empfindungen vergessen.

Ein Leben ohne Partner scheint kaum vorstellbar, so sind die Partnerinnen „gefangen“ in einem Teufelskreis - die Partnerin will den Partner von der Sucht befreien, scheitert damit, denkt darüber nach sich zu trennen, dann kommt eine „bessere“ Phase des Mannes und sie hat Schuldgefühle und tut alles für dem Partner, die „bessere“ Phase wird wieder von einer „schlechteren“ Phase abgelöst, und der Kreislauf beginnt von vorne. Der richtige Weg kann nicht gefunden werden; die Partnerinnen kompensieren die verdrängten Gefühle teilweise durch verschiedene Krankheiten. Sogar Gedanken über den eigenen, beziehungsweise den Tod des Partners, gehen den Frauen durch den Kopf. Nachstehend wird diese Ausweglosigkeit und deren Auswirkungen auf Körper und Seele beschrieben.

5.3.1. Kein Leben ohne Partner

Die Partnerinnen waren, wie von allen Befragten bestätigt, vordergründig damit beschäftigt, ihren Lebensgefährten zu geben was er braucht, die eigenen Bedürfnisse wurden in den Hintergrund gedrängt. Sie habe sich zum Teil aufgeopfert, wie eine Befragte beschreibt (Interview 2:Z 135), um ihn aus der Notlage herauszuholen. „Ich war komplett auf diesen Menschen fixiert“ (Interview 3:Z 97). „Ich habe mir gedacht, ich kann ihm zeigen, wie man auch ohne leben kann“ (Interview 3:Z 48). Das Bemühen, dem Partner zu helfen und von der Droge wegzubekommen, führt in den meisten Fällen zur Selbstaufgabe der Frau. Sie lebt das Leben des Partners mit ihm und führt kein eigenes Leben mehr. Interessant ist, ab wann diese Verhaltensweise in der Beziehung einsetzt, sprich ab wann es Bemühungen in diese Richtung gibt. Ein Anhaltspunkt könnte sein, dass man zu Beginn denkt, es ist alles nicht so schlimm, meist mit dem Hintergrund, noch keine Vorerfahrungen mit Suchtmittelabhängigkeit gehabt zu haben. So gehen die Partnerinnen davon aus, die Sache in den Griff zu bekommen und beginnen ab Kenntnis der Suchtproblematik mit Lösungsversuchen.

Naheliegender ist, dass die Frauen die Hoffnung auf Besserung der Situation nicht aufgeben wollen, und sich so immer stärker darauf fokussieren. Auch die DHS (2005:7) hält diesbezüglich fest, dass sich Frauen in einer Art Zwickmühle befinden. „Sie leben in einer Beziehung, die ihren Wünschen nach Wärme, Geborgenheit, Partnerschaft usw. in keiner Weise mehr gerecht wird.“

Dennoch hoffen sie verzweifelt, eines Tages (wieder) glücklich mit ihrem Partner leben zu können und engagieren sich mit ganzer Kraft für dieses Ziel“ (DHS 2005:7).

„Ich habe mir eingebildet, ich muss das aushalten“ (Interview 3:Z 225). Alle Partnerinnen machen ähnliche Angaben dahingehend, dass sie von ihrem Partner einfach nicht losgekommen sind beziehungsweise nicht loskommen können. Das Bewusstsein, dass es lediglich unter der Woche ein Aufatmen gibt, da man den Partner nur am Wochenende sieht, und am Wochenende dann immer der Nervenzusammenbruch folgt (vgl. Interview 2:Z 251), kann sie nicht davon abbringen, trotzdem immer wieder zu ihrem Partner zu fahren, so eine Befragte. Auch wird aufgezeigt, dass die Frauen sehr wohl wissen, dass die Beziehung ihnen selbst nicht gut tut. „Ich wollte auch etwas verändern, und vom Kopf her war es auch, aber mein Gefühl ist da überhaupt nicht mitgegangen“ (Interview 2:Z 321). Der klare Menschenverstand, so eine Befragte weiters (Interview 1:Z 146-148), sagt einem zwar, dass die Beziehung einem nicht gut tut. Beispielsweise hält sie fest, dass sie nur noch den Kopf schütteln würde, würde ihr jemand anderer ihre Geschichte erzählen. Doch befindet man sich selbst in dieser Situation, wird der Menschenverstand scheinbar ausgeschaltet. Auch Rennert (2005:49) spricht das Dilemma an, dass die Partnerinnen mit all den Gefühlen nur mehr sehr schwer umgehen können, wodurch sie auf Verdrängung zurückgreifen. So könnte Verdrängung bei den Partnerinnen ein Ausweg sein, die Beziehung aufrechtzuerhalten, wenn die Schwierigkeiten offensichtlich sind. Die Frauen finden selbst keine plausible Erklärung für ihr Verhalten, und geben an, die Gefühle verdrängt zu haben. Es könnte für die Frauen leichter sein, sich auf Verdrängung zu beziehen als ihre Handlungen vor sich und anderen rechtfertigen zu müssen.

Eine Erklärung für die Selbstaufgabe und absolute Hingabe der Partnerinnen könnte sein, dass die Partnerinnen in ihrem Lebensgefährten „den Mann“ fürs Leben sehen. Hierbei sei nochmals auf die Einstiegsphase hingewiesen. So gibt eine Partnerin (Interview 1:Z 277) an, in ihm „den Mann“ fürs Leben gesehen zu haben. Dadurch wird ermöglicht, dass der Partner von ihr alles haben konnte und kann, und dass sie auch noch bei ihm bleibt, obwohl schon so viel passiert ist. „Das ist eine Katastrophe, echt, du bist total wie vernarrt in ihn“ (Interview 1:Z 275). Eine weitere Befragte erzählt, dass sogar ihr Sohn zu ihr gesagt hat, dass sie so tut, als wäre der Partner der einzige Mann auf der Welt. „Und ich hab gemeint, ja aber für mich ist er es auch“ (Interview 2:Z 232).

Naheliegender ist, dass die Partnerinnen ihren Fokus so sehr auf ihren Partner richten, dass andere Optionen nicht mehr wahrgenommen werden können. Ein gutes Beispiel ist die Aussage einer Partnerin, die sich selbst als Marionette beschreibt, die nicht sehen will, wie der Partner wirklich ist. (vgl. Interview 2:Z 291). Die Partnerinnen sind sich bewusst, dass ihnen die Beziehung, die sie führen, nicht gut tut und es für sie persönlich besser wäre, ohne den Partner zu leben. „Ich weiß eigentlich eh, dass es besser ist, wenn ich ohne ihn wäre, wenn ich ein eigenes Leben führen würde, eine neue Beziehung aufbauen würde, aber es geht nicht. Keine Ahnung, ich weiß es nicht“ (Interview 1:Z 278-280). Sie sehen aber keine Möglichkeit etwas dagegen zu unternehmen.

Gedanken über den eigenen Tod, aber auch über jenen des Partners, spiegeln die Ausweglosigkeit der Frauen wider. „Für diesen Mann hätte ich wirklich mein Leben gegeben“ (Interview 2:Z 81). Die Partnerinnen stellen sich vor nicht mehr zu leben, um der schwierigen Lage zu entkommen. „Wenn ich mit ihm zusammenbleibe, dann kann ich mich auch umbringen, dann sind wir halt beide tot oder so“ (Interview 2:Z 233). Der Tod wurde gedanklich als Ausweg dafür gesehen, das bisherige Leben mit dem Partner nicht mehr weiter leben zu müssen. Eine Partnerin beschreibt, dass sie bei solchen Gedanken stets über sich selbst sehr erschrocken ist, und nach ihren Ansichten auch nicht im Stande wäre, sich tatsächlich etwas anzutun. Dennoch habe sie diese drastischen Gedankengänge sehr erschrocken, da sie vor der Beziehung ein durchwegs positiver Mensch war. „Es handelt sich offenbar nicht selten um ein (gedankliches) Ausloten der eigenen Grenzen, der eigenen Möglichkeiten und Variationen im menschlichen Leben (Sonneck 2000:154). Der Autor weist also darauf hin, dass durch solches Gedankengut eine Situation entlastet werden kann, was auch bei den Befragten wahrscheinlich ist. Neben den Gedanken, sich selbst das Leben zu nehmen, spricht eine Partnerin auch über Todesgedanken gegenüber dem Partner.

Sie betont jedoch, dass sie ihn nicht umbringen wolle, sondern nur darüber nachgedacht hat, was wäre, wenn er jetzt stirbt. „Nein und ich hab mir gedacht, wenn er jetzt tot ist, wär mir das jetzt auch recht, ich mein er ist zwar arm, aber dann wär das endlich vorbei“ (Interview 5:Z 71). Wenn das Leiden und das Leben mit dem Partner an die absolute Grenze stößt, so auch Rennert (2005:49), kann es zu Todessehnsüchten gegenüber dem Partner kommen, um sich davon zu erlösen.

Die Datenauswertung zeigt, dass es dazu kommen kann, dass die Partnerin eines Suchtmittelabhängigen früher mit den Gedanken an einen (gemeinsamen) Tod spielt, als an ein Ende der Beziehung zu denken, bei dem keiner der Beteiligten sein Leben lassen müsste. Ursachen dafür könnten sein, dass es durch das oben beschriebene nicht mehr loskommen, und die Vernarrtheit in ihn den Frauen nicht mehr möglich ist an ein Leben ohne ihren Partner zu denken. Obwohl die negativen Verhaltensweisen des Partners und die Auswirkungen auf die eigene Person bewusst sind, schafft man es nicht, sich vom Partner abzuwenden. Da die eigene Situation aber oft als so schrecklich beschrieben wird, und man weiß, es muss sich etwas ändern, könnten sich als Folge Gedanken mit dem eigenen oder dem Tod des Partners ergeben. Diese Gedanken sind womöglich befreiend, da man dadurch erkennt, wenn auch nur fiktiv, dass es eine Möglichkeit gibt – den Tod – um dem Dilemma zu entkommen. Da, wie bereits beschrieben, Überlegungen der Interviewten sich vom Partner zu trennen stets durch Schuldgefühle gegenüber dem kranken Lebensgefährten begraben werden, könnte die Vorstellung vom Tod des Partners leichter vorstellbar sein, da sich die Schuldfrage hierbei nicht stellt.

Das Konzept der Co-Abhängigkeit als Krankheit, wie unter 3.3.2.1. beschrieben, meint die Frauen berauschen sich durch die Beziehung zum suchtkranken Partner und sieht das Verhalten der Partnerinnen als Persönlichkeitsstörung. Die Partnerinnen sind in einer problematischen Situation und versuchen ihrerseits damit umzugehen, wodurch sie mitunter auch Todesgedanken entwickeln. Dies als Krankheit zu titulieren würde den Partnerinnen von suchtkranken Männern eine Persönlichkeitsstörung zuzuschreiben, aufgrund der Tatsache, dass sie versuchen, etwas an der Situation zu verändern und damit scheitern. Auch die Vorstellung von Co-Abhängigkeit als Frauenerkrankung ist sehr fragwürdig.

Zu behaupten, dass sich Frauen unzugängliche Partner suchen, mit dem Hintergedanken, sie dann mit Liebe und Fürsorge ändern zu können beruht auf keinen empirischen Forschungen und auch den interviewten Partnerinnen kann nicht unterstellt werden, sich gerade jenen Partner ausgesucht zu haben, um ihre Sucht, gebraucht zu werden, damit befriedigen zu können.

5.3.2. *Meine Schmerzen Deiner Sucht*

Die Erlebnisse innerhalb der Beziehung und die Ausweglosigkeit, mit der sich die Partnerinnen konfrontiert sehen, können psychische und physische Auswirkungen bei den befragten Frauen haben. Die Gewichtsabnahme einer Befragten kann als physische Auswirkung gesehen werden. Es wird über Magenschmerzen berichtet, die wie Wallungen hochgekommen sind (vgl. Interview 2:Z 227). Diese führten unter anderem dazu, dass die Partnerin über Jahre kontinuierlich an Gewicht abnahm, und drei Monate vor dem Interview nur mehr 45 Kilogramm bei einer Körpergröße von 1,65 Meter aufwies. Der massive Gewichtsverlust ist nach eigenen Angaben (Interview 2:Z 79) auf die Kränkungen des Partners zurückzuführen. Weiters wird in den Interviews von Angstzuständen berichtet. „Ich kann zwischendurch abschalten, aber richtig freuen kann ich mich nicht“ (Interview 3:Z 162). „Ich würde nicht sagen, ich lebe 24 Stunden in Angst aber ich habe zwischendurch einfach Angst“ (Interview 3:Z 159,160). Eine Studie von Fahrner (1990:o.S.) bestätigt, dass 30% der dort befragten Partnerinnen nach eigenen Angaben unter Angstzuständen leiden. Zwei der Interviewpartnerinnen geben an, Schlaftabletten zu nehmen, um einschlafen zu können. Auch starke Kopfschmerzen bis hin zu Migräne, die in Verbindung mit den Angstzuständen stehen könnten, werden erwähnt (Interview 3:Z 190). Die Studie von Fahrner zeigt ebenfalls, dass ein Drittel der Befragten an Migräne und Schlafstörungen leidet. Beinahe die Hälfte der Befragten sieht die Ursache ihrer Beschwerden in der Belastung durch die Partnerschaft.

Häufig weisen Partnerinnen von Suchtkranken eine Benzodiazepine-Abhängigkeit auf, so Kolitzus (2004:120). Es kommt seiner Ansicht nach leicht zu einer Abhängigkeit, da die Gefühle durch die Schlaftabletten stark gedämpft werden, und die Frauen so weiterhin gut „funktionieren“ (vgl. Kolitzus 2004:124). Der Autor geht mit folgender Formulierung einen Schritt weiter. „Im Übrigen sind Männer oft Co-Abhängige von medikamentenabhängigen Frauen, während diese oft von ihren arbeitssüchtigen und alkoholmissbrauchenden Männern abhängig und co-abhängig sind“ (Kolitzus 2004:123). Dieses Statement lässt sich durch die geführten Interviews nicht bestätigen. Die Frauen geben an, bei Bedarf eine halbe Tablette zu nehmen. Diese Dosis lässt auf keine Reaktionen und Verhaltensweisen der Männer im Zusammenhang mit der Einnahme der Tabletten schließen.

Depressionen fallen in die Kategorie der psychischen Auswirkungen „Ich bin oft sehr unmotiviert, wenn ich meine Situation mit Privatkonkurs, die Sorge um meine Kinder, die Sorgen um meinen Freund bedenke, mir nimmt das viel Kraft“ (Interview 3:Z 409, 410). Die Befragte spricht weiters davon, sich durch den Partner lustlos zu fühlen, was in die Depression gemündet hat, welche sie nun medikamentös behandeln lässt (vgl. Interview 3:Z 190). Auch Welser (2007:o.S.) weist darauf hin, dass Depressionen und chronische Überlastungen Krankheitsbilder von Angehörigen Suchtkranker sein können. Ein weiteres Beispiel für die unmittelbare Beeinflussung der Beziehung auf die Befindlichkeit der Partnerin ist, dass eine Partnerin von zwei Gesichtern spricht, die sie bei sich selbst erkennt (vgl. Interview 1:Z 171). „In der Arbeit rede ich die ganze Zeit, was ich zu Hause gar nicht tue. Und ich merks bei mir selber, ich geh in die Bim und merke vom Grinsen komm ich gleich ins Grübeln. Da denk ich mir, das sind eigentlich zwei Gesichter, wenn du in der Arbeit bist, lachst du und je näher ich heim komme umso deprimierter werde ich“ (Interview 1:Z 172-176).

Auch Raffaeli weist darauf hin, dass die Gesundheit oft massiv beeinträchtigt wird. „Ihre Gesundheit wird extrem belastet durch chronischen Stress, und Ihr Eß- und Schlafverhalten leidet“ (Raffaeli 1999:190). Die Belastung ist für Körtel und Krasnitzky-Rohrbach (2004:14f) unter anderem Ursache für diverse psychische und physische Beschwerden. „Darauf reagiert der Körper oft mit (psycho-)somatischen Beschwerden (zum Beispiel Kopf- und Rückenprobleme, Atemprobleme, Hörsturz, Infektanfälligkeit, Herz-, Magen und Darmstörungen, Depressionen und Burn-Out)“ (Körtel / Krasnitzky-Rohrbach 2004:14f). Einige der beschriebenen Symptome finden sich bei den Interviewpartnerinnen wieder.

Der in der Literatur beschriebene Ansatz der Persönlichkeitsstörung, wie im Theorieteil unter Punkt 3.3.2.1. näher beschrieben, kann durch die Interviewpartnerinnen nicht bestätigt werden. Keine der Partnerinnen äußert sich dazu. Auch Rennert (2005:62) meint dazu, dass nur ein sehr geringer Teil der Partnerinnen eine Persönlichkeitsstörung aufweist, die Mehrheit aber an stressbedingten Erkrankungen, wie auch oben beschrieben, leidet.

5.3.3. Auswege aus dem Teufelskreis

„Ich habe nach so vielen Lösungen gesucht, aber das Naheliegendste, dass es einfach nicht möglich ist, mit so einem Menschen zusammen zu leben, kam mir nicht in den Sinn“ (Interview 2:Z 294). Hier wird erstmals die Aussage getroffen, dass eine Beziehung mit einem suchtkranken Partner nicht möglich sei. Diese Meinung wird allerdings nur von einer Partnerin vertreten. Die anderen interviewten Frauen sprechen zwar über die Schwierigkeiten in der Beziehung mit einem suchtkranken Partner, die ausdrückliche Unmöglichkeit, eine solche Beziehung zu führen, wird aber nicht formuliert. Es stellt sich zwangsläufig die Frage, ob derartige Beziehungen zum Scheitern verurteilt sind oder nur durch Abstinenz seinerseits gerettet werden können. Hierbei sei erwähnt, dass der Partner einer Interviewten zum Zeitpunkt der Interviewführung seit einem halben Jahr abstinent ist. Die Schwierigkeiten verbunden mit der Drogensucht und des -milieus fallen weg. Geblieben sind aber dennoch sowohl Stimmungsschwankungen des Partners als auch Schuldzuweisungen an die Partnerin wenn es ihm schlecht geht, und sie dies nicht augenblicklich wahrnimmt (vgl. Interview 3:Z 380 - 383). Das bedeutet, dass es durch Abstinenz des Partners zu einer Besserung der Situation kommen kann, der Wegfall der Suchtmittelabhängigkeit aber keine gänzliche Problemlösung bewirkt.

5.4. Der Rettungsanker

Angesichts der ausweglos scheinenden Beziehung ist die Hilfe und Unterstützung im näheren Umfeld, aber auch durch professionelle Beratungsstellen, für die interviewten Partnerinnen von enormer Bedeutung. Nachstehend werden die privaten und professionellen Hilfesysteme der Partnerinnen näher beschrieben um aufzuzeigen, in wie weit diese eine Besserstellung der Situation erzeugen konnten/können.

5.4.1. Verwandtschaft und Freundeskreis

Im Gegensatz zu den eigenen Eltern, die entweder nichts von der Suchtmittelabhängigkeit des Partners ihrer Tochter wissen, selbst eine aufweisen oder schon verstorben sind, äußern sich die Interviewpartnerinnen zu den Eltern des Partners durchwegs positiv.

Man spricht grundsätzlich von einem sehr guten Verhältnis. Eine der Partnerinnen stellt beispielsweise fest, dass die Mutter des Freundes die einzige Person ist, mit der sie darüber reden kann (vgl. Interview 1:Z 227). „Ja und wenn sie nicht gewesen wäre, wüsste ich eh nicht, ob ich noch bei ihm wär“ (Interview 1:Z 131). Die Mütter bieten an in besonders schlimmen Zeiten, zu ihnen zu ziehen, oder zu jeder Tages- und Nachtzeit zur Verfügung zu stehen.

Unterstützend sind für die Interviewten weiters die besten Freundinnen und die Schwestern. Sie werden als jene Personen beschrieben, die sie wieder auf den Boden der Realität zurückholen. „Und dann bin ich froh, dass ich meine Freundin hab, die dann sagt, du ja Frau mach nur, vielleicht kommst das nächste Mal aber dann nicht mehr heim und wir können dich am Friedhof besuchen“ (Interview 2:Z 269-271). Die Partnerinnen können, wie oben beschrieben, ihre eigene Situation oftmals nicht mehr objektiv wahrnehmen. Manche von ihnen können sich im Freundeskreis Hilfe und Zuspruch holen.

5.4.2. Professionelle Hilfestellungen

Alle interviewten Frauen nehmen professionelle Hilfe in Anspruch. Durch Eigenrecherche im Internet, Bekannte oder öffentliche Einrichtungen (Krankenhaus, AMS, Magistrat) wurden sie auf die Angehörigenberatungsstelle und Selbsthilfegruppen aufmerksam. Das Angebot für Angehörige von Suchtkranken ist – im Gegensatz zu den Möglichkeiten für Suchtkranke selber - begrenzt. Es gibt, wie auch Klein (2002:19) erwähnt Selbsthilfegruppen, beispielsweise Al-Anon, die Selbsthilfegruppe der Angehörigen der Anonymen Alkoholikern oder auch die des Blauen Kreuzes. Auch Angehörigenberatung, Psychotherapie und Paartherapie werden als mögliche Hilfestellungen genannt. „Abgrenzung, Selbstbehauptung, Differenzierung und Integration von Gegensätzlichem erweisen sich in der Praxis als die zentralen Themen in der Arbeit mit Partnerinnen von süchtigen Männern“ (Deutenhauser / Zeisel 2007:48).

Die Beratung wird seitens der Partnerinnen, neben der Hilfestellung durch Freunde/innen, als äußerst wichtig erachtet. In den Gesprächen wird ihnen bewusst, dass das eigentliche Problem beim Partner liegt und nicht bei ihnen selbst.

„Es geht mir nicht darum, dass mir wer Recht gibt, aber ich will nur das mir wer zuhört, der mich versteht, warum ich manchmal so handle und manchmal so.“

Oder dass sie mir sagt, so wie Sie reagieren, ist eine normale Reaktion von einem gesunden Menschen“ (Interview 3:Z 348). Die Inhalte der Beratungen sind den Partnerinnen zwar bewusst, doch fühlt man sich bestärkt, wenn es von Außenstehenden nochmals gesagt wird. „Irgendwie glaubst du von ihnen mehr als von dir, du weißt es eh, aber von diesen Leuten denkst dir halt dann mehr, und es geht eher ins Hirn als von dir selbst“ (Interview 1:Z 146-148).

Auch das Partnerinnenseminar des Vereins Dialog wird als sehr hilfreich empfunden. Eine der befragten Frauen erklärt, dass ihr die Frauenrunde sehr geholfen hat, da dort mit Leuten gesprochen werden konnte, die dasselbe Problem hatten, wie sie. Mit Außenstehenden kann das Thema nie so gut besprochen werden wie mit Menschen, die sich mit ähnlichen Problematiken auseinandersetzen müssen (vgl. Interview 2:Z 310-311). Weiters wird es als sehr angenehm empfunden, wenn man sieht, dass es Personen gibt, die dasselbe durchmachen wie man selbst. „Dass ich nicht mehr das Gefühl hatte, ich bin allein, sondern da gibt es Menschen, die es verstehen. Wie da eine was gesagt hat, hast du dich total damit identifizieren können, das ist genau das, was ich mein“ (Interview 2:Z 312-313). Die Mitglieder der Angehörigengruppe des Blauen Kreuzes sind sich einig darüber, dass Partnerinnen Raum brauchen, um offen über ihre Gefühle, Wünsche und Ängste reden zu können (Interview 6: Z 159). Es gibt Dinge, die sie nicht einmal den engsten Freunden anvertrauen möchten, sei es dass sich der Mann gerade von oben bis unten angekotzt hat, dass er zum 100sten Mal betrunken mit dem Auto gefahren ist, oder das sie selbst trotz oftmaliger Androhung dann doch beim Partner bleiben, und nicht ausziehen. In den Gruppen muss es möglich sein, über diese Elemente aus dem Alltag mit dem Suchtkranken berichten zu können, ohne sich zu schämen oder sich vor der Antwort fürchten zu müssen (vgl. Interview 6:Z 177-182).

Beklagt wird von Seiten der Partnerinnen (vgl. Interview 6:Z 156-160), dass das vorhandene Angebot häufig nicht bekannt ist, und dadurch Zugangsbarrieren geschaffen werden. Verstärkte Öffentlichkeitsarbeit würde diese Barrieren mitunter schmälern und hilfesuschenden Frauen den Zugang zu Beratung und/oder Therapie erleichtern. „Hilfe kann je nach individueller Bedürftigkeit in einer Vermittlung von Informationen verschiedenster Art bestehen, in Hinweisen auf Selbsthilfegruppen oder professionelle Angebote, in Literaturempfehlungen“ (Rennert 2005:50).

Die individuelle Bedürftigkeit, die von Rennert angesprochen wird, sollte sich in den Betreuungsangeboten für Partnerinnen widerspiegeln. So sollten die Partnerinnen die Möglichkeit haben, ein Hilfskonzept in Anspruch zu nehmen, das ihren Bedürfnissen entspricht. Sei es, durch persönliche Beratungsgespräche, in denen, wie Pantuček (1998:111) erwähnt, durch den/die Sozialarbeiter/in Unterstützung angeboten wird, um mit der Situation besser umgehen zu können. Selbstwertsteigerung und Erhöhung der Abgrenzungsfähigkeit wären auszugsweise Themen, die in den Beratungsgesprächen Platz finden könnten. Aber auch durch Gruppenangebote, wie jenes des Blauen Kreuzes, könnten die Partnerinnen erfahren, dass sie mit ihren Ängsten und Sorgen nicht allein sind. „Gruppen leisten etwas, was im Einzelkontakt nicht ebenso wirkungsvoll erreicht werden kann: Sie zeigen den Klienten, daß ihre Schwierigkeiten nicht bloß höchst individuelle sind, sondern (zumindest zum Teil) auch Ausdruck einer speziellen Lebenssituation sind und sich anderen Menschen in dieser Situation ähnlich stellen“ (Pantuček 1998:268). Dass die Gruppe den Partnerinnen hilft, zeigt sich in den oben angeführten Statements zur Gruppe beim Blauen Kreuz. Die schon angeführte Problematik des Zugangs ist aber auch hier gegeben, da viele nichts von derlei Gruppen wissen. Dies zeigt sich unter anderem, dass die maximale Gruppengröße nicht ausgeschöpft wird. Weitere Möglichkeiten der Hilfestellung sind auch Paartherapien, Psychotherapien und psychosomatische Behandlungsansätze.

Die Problematik der vorhandenen Versorgung im Gesundheits- und Sozialbereich, so sind sich Klein (2002:6) und Rennert (2005:50) einig, liegt daran, dass die Behandlungsansätze zu wenig auf die spezifischen Problembereiche der Partnerinnen zugeschnitten sind. „In den vorhandenen Versorgungssystemen sollte stärker auf einen möglichen Belastungshintergrund durch Suchtstörungen in der Partnerschaft und Familie geachtet werden, so dass Therapieprogramme klarer indiziert auf einzelne Problemsituationen zugeschnitten werden können“ (Klein 2002:6). Die suchtbedingten Belastungen sind, wie die Forschungsergebnisse zeigen, sehr vielfältig und haben sowohl körperliche als auch psychische Auswirkungen für die Frauen. Daher wäre es auch angebracht, im multiprofessionellen Team zu arbeiten um den Partnerinnen die bestmögliche Hilfestellung zu gewährleisten.

5.5. Meine Co-Abhängigkeit

Ohne nach ihrer Meinung zum Thema dezidiert gefragt zu werden greifen einige der interviewten Partnerinnen von sich aus die Begrifflichkeit Co-Abhängigkeit auf. Eine der Befragten bezeichnet sich selbst als co-abhängig (Interview 6:Z 148), weiters führt sie die unterschiedlichen Merkmale der Co-Abhängigkeit an. Für sie sind die meisten Co-Abhängigen dadurch gekennzeichnet (Interview 6:Z 131), dass sie für ihre Partner lügen oder sie entschuldigen. Ihre Art der Co-Abhängigkeit beschreibt sie damit, dass sie die Schuld immer bei sich selbst sucht. Woher ihr Wissen über Co-Abhängigkeit stammt, erwähnt sie während des Interviews nicht. Angesichts des Lügens und des Entschuldigen für den Partner wird ein sehr interessanter Einwand von einer anderen Partnerin angeführt. Sie sieht vor allem den wirtschaftlichen Aspekt. So hält sie fest (Interview 6:Z 136-137), dass aus Angst um die persönliche Existenz ebenfalls zu solchen Mitteln gegriffen werden kann, besonders dann, wenn man gänzlich finanziell vom suchtkranken Partner abhängig ist. So sind die Ansichten zum Thema Co-Abhängigkeit unterschiedlich, doch allen ist der Begriff bekannt. Wie unter Punkt 3.3. dargestellt herrscht auch auf Seiten der „Expert/Innen“ Uneinigkeit über die Auslegung des Begriffs. Daher ist es nicht verwunderlich, dass auch die Betroffenen selbst keine einheitliche Beschreibung dafür finden können. Naheliegend ist, dass man die Begrifflichkeit durch die Gruppe selbst aufgenommen oder sich durch diverse Selbsthilfeliteratur Wissen zum Thema angeeignet hat.

6. Resümee

Ausgehend von der Forschungsfrage, wie Partnerinnen von suchtkranken Männern ihre Beziehung erleben, wurde die subjektive Sicht dieser Frauen herausgefiltert. Durch die Auswertung ihrer Angaben konnten Kategorien gefunden werden, die ihre Situation beschreiben lassen und in denen sich die Gemeinsamkeiten der befragten Frauen widerspiegeln. Frauen unterschiedlichen Alters und Milieus treffen einen Mann und verlieben sich in ihn. Er ist charmant, unternehmungslustig, lieb, nett und geht auf ihre Bedürfnisse ein. Sie glauben den Mann fürs Leben gefunden zu haben und sind bereit viel zu geben um diese Vision aufrechterhalten zu können. Diese erste Zeit kann als Grundstein der Beziehung angesehen werden, ohne die es nicht möglich wäre, die folgenden Schwierigkeiten im Alltag und in der Beziehung durchzustehen. Nach und nach stellen die Frauen fest, dass der Partner ein Suchtproblem aufweist. Da selbst keine Erfahrungen mit Drogen gemacht wurden, sind die Partnerinnen anfänglich sehr motiviert und optimistisch durch ihre Hilfe den Partner von seiner Sucht befreien zu können. Der Alltag mit dem suchtkranken Partner ist jedoch bald gekennzeichnet von Rückschlägen und den Auswirkungen der Drogensucht. So verschwindet der liebevolle Mann, in den sich die Frauen anfänglich verliebt haben immer mehr und wird durch einen Menschen ersetzt der oftmals mehr Energie aufwendet seiner Drogensucht nachzugehen, als sich um die Partnerin und den gemeinsamen Haushalt zu kümmern. Dadurch wird die Beziehung unter eine Belastungsprobe gestellt – wie viel sind die Partnerinnen bereit zu geben, um die Partnerschaft aufrechterhalten zu können. Die Frauen beginnen Strategien und Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln, um die Beziehung fortführen zu können. So übernehmen sie häufig die Verantwortung für beide in der Beziehung, da der Partner durch seine Sucht oftmals zu beeinträchtigt ist. Weiters richten sie sich ihre gesamte Zeit nach ihrem Partner, um die Augenblicke, in denen der Partner bei ihnen ist, nicht zu missen. Die Partnerinnen gelangen in einen Teufelskreis aus dem es ihrem Empfinden nach keinen Ausweg mehr gibt. Sie können nicht ohne ihren Partner, aber auch nicht mit ihm und der Droge leben. Der Partner wird stets separat vom Suchtmittel betrachtet. Negative Verhaltensweisen des Partners werden der Substanz zugeschrieben, dadurch scheinen die Partnerinnen einen Weg gefunden zu haben, mit ihrer Lebenssituation umgehen zu können.

Die Ausweglosigkeit, mit der sich die Partnerinnen konfrontiert sehen, zeigt sich sowohl in körperlichen als auch in psychischen Auswirkungen und lässt Gedanken an den eigenen oder den Tod des Partners aufkommen. Die eigene Wahrnehmung und Urteilsfähigkeit wird von den Partnerinnen in Frage gestellt, ein Leben ohne Partner ist oft nicht mehr vorstellbar. Als suchtförderndes Verhalten der Partnerinnen kann der Umstand gewertet werden, dass die Partner mit keinen Konsequenzen verbunden mit der Drogenkonsumation, wie beispielsweise einer Trennung seitens der Partnerin, rechnen müssen. Die Partnerin bleibt bei ihrem Mann, so sehen sich die Partner nicht gezwungen, an ihrem Suchtverhalten etwas ändern zu müssen. Als Rettungsanker der Frauen kann man sowohl ihr engeres Umfeld als auch professionelle Hilfestellungen beschreiben. Durch Freundinnen und/oder Beratungsstellen ist es den Befragten möglich, Zuspruch und objektive Unterstützung zu bekommen.

Sind sie nun krank, sind sie süchtig, sind sie nützlich oder gar gefährlich – Autor/innen versuchten in den letzten 50 Jahren die Partnerinnen von suchtkranken Männern zu beschreiben. Die Forschungsergebnisse bezüglich Fachliteratur lassen sich als sehr vage beschreiben. Mit der Aufstellung des Co-Abhängigkeitsbegriffes durch die Betroffenen selbst hat man offenbar versucht, endlich eine Beschreibung für Situation der Frauen zu finden. Vom eigentlichen Sinn, nämlich auf die Betroffenheit und Schwierigkeiten der Partnerinnen aufmerksam zu machen, ist der Co-Abhängigkeitsbegriff leider mittlerweile abgekommen und, wie die Literaturrecherche ergab, wird der Begriff inzwischen sehr ausgebreitet und steht meist als Synonym für negative Verhaltensweisen der Partnerinnen und deren „Bekämpfung“. Diesbezügliche Literatur wird seitens der Betroffenen gerne als Hilfe und Unterstützung angesehen. Als Ergebnis der Datenanalyse bleibt jedoch einmal mehr festzuhalten, dass die Fachliteratur meist auf keinerlei wissenschaftlichen Studien beruht, und so deren Aussagen stets hinterfragt werden sollten. Ausgehend von der Fragestellung wie Partnerinnen von suchtkranken Männern diese Beziehung erleben kann festgehalten werden, dass diese subjektive Sicht bis jetzt nur sehr selten in den gängigen Werken miteinbezogen wurde, und auch die Partnerinnen an sich als eigene Zielgruppe wenig bis gar nicht aufscheinen. An genau dieser Situation gilt es etwas zu verändern. Die Partnerinnen müssen neben den Suchtkranken als eigene Gruppe wahrgenommen werden.

Öffentlichkeitsarbeit könnte dahingehend wirken, die Problematik der Partnerinnen der Gesellschaft näher zu bringen und aufzeigen, in welcher misslichen Lage sich diese Frauen befinden. Somit könnte die mitunter geltende Meinung, die Partnerinnen wären Mitschuld an dem Suchtverhalten der Männer, durchbrochen werden. Angehörigenberatung wird zwar durchaus von Suchtberatungsstellen angeboten. Auffallend ist jedoch, dass Partnerinnen fast zur Gänze unter Angehörigenberatung fallen, und nicht als eigene Zielgruppe angeführt werden. Die Besonderheit der Partnerinnen von Suchtkrankheiten ist, dass sie in keinem Verwandtschaftsverhältnis mit dem Suchtkranken stehen, sondern von sich aus eine Liebesbeziehung mit dem Partner eingegangen sind. Eltern, Geschwister und Partner/innen als Gesamtgruppe unter Angehörigenberatung zusammenzufassen ist daher nicht zielführend, da jede dieser Subgruppen in einem anderen Verhältnis zum Suchtkranken steht. Beim Lesen der Literatur zum Thema war es oft schwierig zu erkennen, wer unter „Angehörige“ verstanden wird. So wäre eine Differenzierung der einzelnen Gruppen im Naheverhältnis der suchtmittelabhängigen Personen anzuregen. Daraus lässt sich subsumieren, dass eine Aufstellung eines speziellen Angebotes für Partnerinnen benötigt wird, um auf die Besonderheit dieser Subgruppe eingehen zu können. Es wäre daher empfehlenswert im Anschluss an meine Arbeit die Fragestellung zu behandeln, welche Angebote speziell für Partnerinnen von Suchtkranken offeriert werden müssten, um eine Besserstellung der Lebenssituation der Frauen zu erreichen.

7. Literatur

American Psychiatric Association (2004): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), gefunden am: 16. 06. 2009. APA. <http://allpsych.com/disorders/dsm.html>.

Aumüller, Paul Josef (2004): Aufbrechen einer Maske. Auf dem Weg der Genesung von Co-Abhängigkeit und Sucht. Stuttgart.

Bachmeier, R., **Herder**, F., **Kluger**, H., **Medenwaldt**, J., **Weissinger**, V. und **Wüst**, G. (1999): Basisdokumentation 1998. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V.. Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung. Band 7. Bonn.

Bierhoff, Hans-Werner (2003): Dimensionen enger Beziehungen. In: **Bierhoff**, Hans-Werner / **Grau**, Ina (Hg.): Sozialpsychologie der Partnerschaften. Berlin, Heidelberg. 258 - 282.

Bierhoff, Hans-Werner / **Grau**, Ina (1999): Romantische Beziehungen. Bindung, Liebe, Partnerschaft. Bern.

Bierhoff, Hans-Werner / **Rohmann**, Elke (2003): Bindung in Partnerschaften. Das Online-Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP), gefunden am: 11. 11. 2008.

http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Partnerschaft/s_967.html.

Blaues Kreuz (2009): Über uns. Blaues Kreuz Niederösterreich und Wien, gefunden am: 17. 02. 2009. <http://blaueskreuz.or.at/cms/index.php?id=2>.

Brosch, Renate (2004): Zum Thema Sucht. Betroffene und deren Angehörige. Broschüre des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2009): Abhängigkeitserkrankung – Klassifizierung nach der Internationalen Klassifizierung der Krankheiten. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, gefunden am: 19. 01. 2009. <http://www.help.gv.at/Content.Node/152/Seite.1520110.html>.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2004): Europäischen SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen "ESPAD" Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, gefunden am: 18. 01. 2009. http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/1/8/7/CH0753/CMS1166785817949/einfuehrungstext_homepage1.pdf.

Dear, Greg (1996): Blaming the Victim – Domestic Violence and the Codependency Model. Australian Institute of Criminology. Canberra, gefunden am: 30. 01. 2009. www.aic.gov.au/publications/proceedings/27/dear.html.

Dear, Greg / **Roberts**, Clare M. (2002): The Relationship between Codependency and Femininity and Masculinity. Sex Roles. Nr. 5/6, 46 Jg., 159 – 164. Joondalup.

Deutenhauser, Tina / **Zeisel**, Ursula (2007): „Was aus Liebe getan wird, geschieht immer jenseits von Gut und Böse.“ (Friedrich Nietzsche) – über die Arbeit mit Partnerinnen von Abhängigen. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Nr. 2/3, 30 Jg., 47 - 51. Wien.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. - DHS (Hg.) (2005): Frau sucht Gesundheit. Frau Sucht Liebe. „Co-Abhängigkeit“ und „Beziehungssucht“. Hamm.

Dietze, Klaus (1992): Alkohol und Arbeit. Erkennen - Vorbeugen - Behandeln. Zürich.

Dilling, H. / **Mombour**, W. / **Schmidt** M.H. (Hg) (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. WHO. 5. Auflage. Bern.

Doll, Antje (1990): Endlich reden. Frauen von alkoholabhängigen Männern berichten. 1. Auflage. Hamburg - Galgenberg.

Fengler, Jörg (1994): Süchtige und Tüchtige. Begegnung und Arbeit mit Abhängigen. Reihe leben lernen. Nr. 95. München.

Flick, Uwe (2005): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Auflage. Reinbek bei Hamburg.

Grau, Ina / Kersting, Jens (2003): Paarkonflikt und Trennung. In: **Bierhoff**, Hans-Werner / **Grau**, Ina (Hg.): Sozialpsychologie der Partnerschaften. Berlin, Heidelberg. 430 – 454.

Harper, J. / **Capdevila**, C. (1995): A critique. In: **Babcock** M. / **Mc Kay** Chr. (Hg.): Challenging co-dependency. University of Toronto Press. Toronto, Buffalo, London. 35 - 53.

Hörhan, Ursula (2007): Angehörigenarbeit in den Bundesländern. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Nr. 2/3, 30 Jg., 9 - 11. Wien.

Huinink, Johannes / **Konietzka**, Dirk (2007): Familiensoziologie. Eine Einführung. Frankfurt/Main.

Hülshoff, Thomas (1999): Emotionen. Eine Einführung für beratende, therapeutische, pädagogische und soziale Berufe. München.

Jellouschek, Hans (2000): Beziehung & Bezauberung. Wie Paare sich verlieren und wieder finden, gespiegelt in Märchen und Mythen. Stuttgart.

Kaminer, Wendy (1990): Chances are you're codependent too. The New York Times. New York, gefunden am 08. 02. 2009.
<http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9C0CE4DC113CF932A25751C0A96>.

Kast, Verena (1984): Paare. Beziehungsphantasien oder wie Götter sich in Menschen spiegeln. Zürich. 1984.

Klein, Michael (2002): Partner von Abhängigen [Spouses of substance dependent persons]. In: **Fengler**, J. (Hg.). Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung - Therapie - Prävention. Landsberg. 1 - 28.

Klein, Michael (2005): Familiäre Einflussfaktoren im Verlauf von Suchterkrankungen. Alkoholabhängigkeit. In: **Thomasius**, Rainer / **Küstner**, Udo J. (Hg.): Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention. Stuttgart. 61 - 71.

Körtel, Käthe / **Krasnitzky-Rohrbach**, Ute (Hg.) (2004): Co-Abhängigkeit erkennen. Angehörige von Suchtkranken im Blickpunkt ärztlich-therapeutischen Handelns. Freiburg im Breisgau.

Kolitzus, Helmut (1999): Angehörige von Suchtkranken. Eine Problemanzeige. In: **Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.** (Hg.): Jahrbuch Sucht 2000. Geesthacht. 195 - 205.

Kolitzus, Helmut (1997): Die Liebe und der Suff ... Schicksalsgemeinschaft Suchtfamilie. München.

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

Küsters, Yvonne (2006): Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen. 1. Auflage. Wiesbaden.

Lambrou, Ursula (1990): Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit. Reinbek bei Hamburg.

Lenz, Karl (1999): Soziologie der Zweierbeziehung. Eine Einführung. Opladen/Wiesbaden.

Pantuček, Peter (1998): Lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau.

Raffaelli, Ruth Morgan (1999): Wenn die Liebe zur Hölle wird. Eine zerstörerische Beziehung erkennen und ihr entkommen. Frankfurt am Main.

Rennert, Monika (1990): Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg.

Rennert, Monika (2005): Co-Abhängigkeit. In: **Thomasius**, Rainer / **Küstner**, Udo J. (Hg.): Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention. Stuttgart. 45 - 51.

Rieder, Angelika (2005): Partnerschaft, soziale Aktivität und psychische Belastung bei Partnerinnen alkoholkranker Männer. Diplomarbeit aus der Studienrichtung Psychologie. Naturwissenschaftliche Fakultät der Leopold - Franzens - Universität Innsbruck.

Schaef, Anne Wilson (2002): Die Flucht vor der Nähe. Warum Liebe, die süchtig macht, keine Liebe ist. München.

Sichrovksy, Peter / **Scheer**, Peter (1991): Liebe, Hass und Gleichgültigkeit. Die moderne Beziehung in der Sackgasse. 1. Auflage. Hamburg.

Sonneck, Gernot (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien.

Strauss, Anselm / **Corbin**, Juliet (1996): Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim.

Uhl, Alfred / **Puhm**, Alexandra: Co-Abhängigkeit – ein hilfreiches Konzept?. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Nr. 2/3. 30. Jg. 13 – 20. Wien.

Welser, Ulrike (2007): Zum Helfen verdammt. Angehörige von Suchtkranken unterstützen oft unfreiwillig deren Abhängigkeit - und werden darüber selbst krank. In: Die Presse, Auflage: 109580, 23. 02. 2007.

Willi, Jörg (1985): Die Zweierbeziehung. Spannungsursachen/Klärungsmuster/Klärungsprozesse/Lösungsmodelle. Analyse des unbewussten Zusammenspiels in Partnerwahl und Paarkonflikt: Das Kollusions-Konzept. Reinbek bei Hamburg.

Willi, Jörg (2002): Psychologie der Liebe. Persönliche Entwicklungen durch Partnerbeziehungen. Stuttgart. 2002.

8. Weitere Quellen

Brandstetter, Michaela (2008): Handout „Methoden der empirischen Datenerhebung und -auswertung. Die Auswertung nach dem Kodierparadigma der Grounded Theory nach Strauß/Corbin“. Fachhochschule St. Pölten. St. Pölten.

Deutenhauser, Tina / **Zeisel** Ursula (2002): Ich liebe un-Abhängig. Ein Angebot für Partnerinnen verändert sich. Verein Dialog Wien. Jahresbericht 2002.

Institut für Sexualpädagogik (2009): E-Mail vom 14. 07. 2009.

Partnerinneninterviews (2008). Interviewtranskripte von Nöbauer Johanna.

Pflegerl, Johannes (2008): Handout „Qualitative Interviews“. Fachhochschule St. Pölten. St. Pölten.

Rohmfeld, S. / **Tomas**, B. (1991): Sucht - unveröffentlichte Seminararbeit.

Verein Dialog (2008): Angehörigenarbeit im Verein Dialog. Angehörigenstandards. Qualitätshandbuch. Wien.

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Abgrenzungsprinzip. Quelle: **Willi**, Jörg (1985): Die Zweierbeziehung. Spannungsursachen/Klärungsmuster/Klärungsprozesse/Lösungsmodelle. Analyse des unbewussten Zusammenspiels in Partnerwahl und Paarkonflikt: Das Kollisions-Konzept. Reinbek bei Hamburg.

Abbildung 2: Beispiel für offenes Kodieren, eigene Darstellung, Quelle: Nöbauer (2008): Interview 3.

Abbildung 3: Beispiel für axiales Kodieren, eigene Darstellung, Quelle: Nöbauer (2008): Interview 3.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Johanna Nöbauer, geboren am 24. Juni 1985 in Linz, erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Wien, am

Unterschrift