

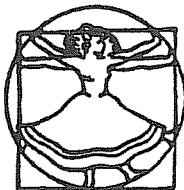
**KONZEPTIONIERUNG, DURCHFÜHRUNG UND EVALUATION EINER
FORTBILDUNGSMASSNAHME "FRAUEN UND SUCHT" FÜR
MITARBEITERINNEN IN DER SUCHTKRANKENHILFE DES LANDES NRW**

PROJEKTDOKUMENTATION

**erstellt im Auftrag des
Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen**

von

**Dr. Ingeborg Stahr
Dr. Ingrid Barb-Priebe
Dipl.-Päd. Elke Schulz**



TEXTE DER ESSENER FRAUENSTUDIEN

TEXTE DER ESSENER FRAUENSTUDIEN

**Bereich Frauenstudien/Frauenforschung
am Hochschuldidaktischen Zentrum der
Universität/Gesamthochschule Essen
Universitätsstraße 12
45141 Essen**

**KONZEPTIONIERUNG, DURCHFÜHRUNG UND EVALUATION EINER
FORTBILDUNGSMASSNAHME "FRAUEN UND SUCHT" FÜR
MITARBEITERINNEN IN DER SUCHTKRANKENHILFE DES LANDES NRW**

PROJEKTDOKUMENTATION

**erstellt im Auftrag des
Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen**

von

**Dr. Ingeborg Stahr
Dr. Ingrid Barb-Priebe
Dipl.-Päd. Elke Schulz**

Vorbemerkung

Das Projekt *"Konzeptionierung, Durchführung und Evaluation einer Fortbildungsmaßnahme 'Frauen und Sucht'"* wurde vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegeben. Die Fortbildung hatte zum Ziel, Mitarbeiterinnen in möglichst vielen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in NRW mit den spezifischen Problemen und Behandlungsweisen von Frauen in Therapie und Beratung vertraut zu machen. Denn die bisherigen Erfahrungen zeigen, daß die Unterschiede in den Suchtverläufen von Frauen und Männern noch zu wenig Berücksichtigung in den Therapiekonzeptionen der praktischen Suchtarbeit finden.

Das Land Nordrhein-Westfalen hat mit diesem Projekt den Anstoß zu einer Fortbildungsinitiative gegeben, die von verschiedenen Trägern aufgegriffen und fortgeführt werden soll. Das hier vorliegende Curriculum bietet dazu eine geeignete Grundlage.

Die Fortbildung "Frauen und Sucht" wurde als einwöchige Bildungsmaßnahme konzipiert und fünfmal durchgeführt. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertungen trugen u.a. zur ständigen Überarbeitung des Curriculums bei und machen Aussagen über den Fortbildungserfolg und seine Auswirkungen auf die berufliche Praxis der Teilnehmerinnen.

Durchgeführt wurde das Projekt in der Zeit vom 1.11.1991 bis zum 30.6.1993 vom Bereich Frauenstudien/Frauenforschung am Hochschuldidaktischen Zentrum der Universität Gesamthochschule Essen unter der Leitung von Dr. Ingeborg Stahr. Als wissenschaftliche Mitarbeiterinnen waren Dr. Ingrid Barb-Priebe und Elke Schulz, als Sekretariatskraft war Johanna Müller für das Projekt tätig.

An dieser Stelle möchten wir den Referentinnen und Expertinnen danken, die uns bei der Konzipierung der Fortbildung mit ihren Erfahrungen unterstützt haben. Unser besonderer Dank gilt jedoch den Teilnehmerinnen, die sich mit viel Engagement den umfangreichen Auswertungsverfahren unterzogen haben. Dies machte uns deutlich, wieviel Bereitschaft von seiten der Teilnehmerinnen vorhanden war, ihre fachliche Kompetenz, ihren beruflichen Einsatz und ihre Innovationsfreude einzusetzen, um eine Suchtarbeit zu realisieren, die Frauen und ihrer Lebensrealität stärker gerecht wird.

Die Projektdokumentation besteht aus drei Teilen: *Teil 1* umfaßt den *Abschlußbericht* mit den Evaluationsergebnissen. *Teil 2 (Materialien)* enthält noch einmal eine detaillierte Übersicht über das Fortbildungscurriculum mit seinen verschiedenen Themenbausteinen und den dazugehörigen didaktischen Materialien. Im *Teil 3* sind einschlägige Aufsätze, Literatur und Anschriften zum Thema in Form eines *Readers* zusammengestellt. Dieser Reader wurde den Teilnehmerinnen jeweils einige Zeit vor Beginn der Fortbildung als Selbststudienmaterial zur Vorbereitung an die Hand gegeben.

Essen, im Juni 1993

Inhalt

	<u>Seite</u>
<i>TEIL 1: ABSCHLUSSBERICHT</i>	9
1. Problemstellung	11
2. Konzeptionelle Grundlagen und Aufbau des Projekts	16
2.1 Allgemeine Zielsetzung	16
2.2 Entwicklung des Fortbildungscurriculums	17
2.3 Auswertungsverfahren (Evaluation)	18
2.4 Werbung und Auswahl der Teilnehmerinnen	20
2.5 Ablaufplan des Projekts	23
2.5.1 Planungsphase	23
2.5.2 Durchführungs- und Evaluationsphasen	24
3. Durchführung der Fortbildung	25
3.1 Teilnehmerinnenstruktur	25
3.2 Ziele und Inhalte der Fortbildung	28
3.3 Das Curriculum der Fortbildung "Frauen und Sucht"	30
3.4 Methodisch-didaktische Vorgehensweise	33
4. Bewertung der Fortbildung im Hinblick auf ihre inhaltliche und methodisch-didaktische Gestaltung (Prozeßevaluation)	35
4.1 Bewertung der Themenbausteine im einzelnen	35
4.1.1 Themenbaustein 1: Suchtmittel im Alltag von Frauen. Sozialisation und Lebensbedingungen suchtmittelabhängiger Frauen	35
4.1.2 Themenbaustein 2: Sexueller Mißbrauch und Gewalterfah- rungen von suchtmittelabhängigen Frauen	36
4.1.3 Themenbaustein 3: Suchtarbeit zwischen Professionalität und Passion. Reflexion beruflichen Handelns	38

	<u>Seite</u>
4.1.4 Themenbaustein 4: Konzeptionelle Grundlagen und praktische Erfahrungen frauenspezifischer Suchtarbeit	39
4.1.5 Themenbaustein 5: Möglichkeiten und Grenzen frauenspezifischer Suchtarbeit in gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen	41
4.1.6 Themenbaustein 6: Netzwerkbildung in der frauenspezifischen Suchtarbeit	43
4.2 Gesamtbewertung der Fortbildung	44
5. Erfolg der Fortbildung für die berufliche Praxis der Teilnehmerinnen (Erfolgsevaluation)	47
5.1 Die Ergebnisse im einzelnen	48
5.1.1 Ideen und Anregungen	48
5.1.2 Veränderungen im beruflichen Alltag	50
5.1.3 Von den Teilnehmerinnen erlebte Barrieren und Widerstände bei der Durchsetzung von Veränderungen	52
5.1.4 Bedingungen zur Durchsetzung frauenspezifischer Ansätze in der Suchtarbeit	53
5.1.5 Vernetzung	55
5.2 Gesamtbewertung des Fortbildungserfolgs für die berufliche Praxis durch die Teilnehmerinnen	55
6. Zusammenfassende Gesamtbewertung und Empfehlungen	57
6.1 Zusammenfassende Gesamtbewertung der Fortbildung	57
6.2 Empfehlungen	60
7. Literatur	63

	<u>Seite</u>
TEIL 2: MATERIALIEN	65
1. Übersicht des Curriculums der Fortbildung "Frauen und Sucht"	67
2. Themenbaustein: Einführung in die Fortbildung "Frauen und Sucht" (Curriculum)	70
3. Themenbaustein: Suchtmittel im Alltag von Frauen. Sozialisation und Lebensbedingungen suchtmittelabhängiger Frauen	71
3.1 Curriculum	71
3.2 Didaktische Materialien	72
3.2.1 Vortragstext: Irmgard Vogt: Frauen und Sucht	72
3.2.2 Vortragstext (alternativ): Gisela Haller: Frauenrolle und Sucht	83
4. Themenbaustein: Sexueller Mißbrauch und Gewalterfahrungen von suchtmittelabhängigen Frauen	89
Modell 1:	
4.1 Curriculum	89
4.2 Didaktische Materialien	90
4.2.1 Vortragstext: Gabriele Jeuck: Sexueller Mißbrauch und Sucht	90
4.2.2 Übung: Erkennen und Verbalisieren von sexuellem Mißbrauch	95
4.2.3 "Checkliste" für Inzestopfer	96
4.2.4 Rollenspiel: Situation in der Beratungsstelle	98
Modell 2:	101
4.3 Curriculum	101
4.4 Didaktische Materialien	102
4.4.1 Vortragstext: Ulrike Kreyssig: Sexueller Mißbrauch und Sucht	102
4.4.2 Meditationsübung	113
4.4.3 Übung: Ich habe ein Geheimnis	113
4.4.4 Übung: Wo sind meine Grenzen?	115

	<u>Seite</u>	
4.5	Ergänzungen zum Themenbaustein:	115
4.5.1	Film: Ich schreib' mich in den Sand	115
4.5.2	Vortragstext: Irmgard Vogt: Sexueller Mißbrauch in der Therapie. Epidemiologie und Folgen für die Betroffenen.	116
5.	Themenbaustein: Suchtarbeit zwischen Professionalität und Passion. Reflexion beruflichen Handelns	125
	Modell 1:	125
5.1	Curriculum	125
5.2	Didaktische Materialien	126
	Gruppenarbeit: Ziele und Konfliktsituationen in der Beratungsarbeit	126
	Modell 2:	129
5.3	Curriculum	129
5.4	Didaktische Materialien	130
	Übung: Reflexion der beruflichen Zufriedenheit	130
6.	Themenbaustein: Frauenspezifische Suchtarbeit: Konzeptionelle Grundlagen und praktische Erfahrungen in der Suchtarbeit mit Frauen	132
6.1	Curriculum	132
6.2	Didaktische Materialien	133
	6.2.1 Vortrag: Gisela Heinrich: Konzeptionelle Grundlagen und praktische Erfahrungen in der Drogenarbeit mit Frauen	133
	6.2.2 Übung: Argumentationshilfen für frauenspezifische Suchtarbeit	141
7.	Themenbaustein: Netzwerkbildung in der frauenspezifischen Suchtarbeit	142
7.1	Curriculum	142
7.2	Didaktische Materialien	143
	7.2.1 Übung: Möglichkeiten der Vernetzung	143
	7.2.2 Körperübung: Zusammenschließen und sich gegenseitig stützen	143
8.	Referentinnen der Fortbildung	144

	<u>Seite</u>
TEIL 3: READER	145
1. Aufsatzsammlung	147
1.1 Hedrich, Dagmar: Drogenabhängige Frauen und Männer	147
1.2 Kreyszig, Ulrike/Kurth, Anne: Daneben gelebt ... Drogenabhängige Mädchen und ihre Lebenswelt	169
1.3 Mebes, Marion: Hauptsache überleben ... Zum Verständnis von sexuellem Mißbrauch in der Lebensgeschichte süchtiger Frauen	197
1.4 Vogt, Irmgard: Beratung und Therapie in der Suchtkrankenhilfe als Risiko für Frauen	215
1.5 Heinrich, Gisela: Feministische Drogentherapie	224
2. Statistische Daten der professionellen Suchtkrankenhilfe	231
3. Frauensuchthilfeprojekte und -netzwerke	237
4. Ausgewählte Literatur zum Thema "Frauen und Sucht"	239
5. Ausgewählte Fachzeitschriften	242
6. Fortbildungsprogramme "Frauen und Sucht"	244

Teil 1

- Abschlußbericht -

1. Problemstellung

Drogengebrauch und Suchtverhalten von Frauen und Männern sind quantitativ und qualitativ unterschiedlich ausgeprägt. Während Medikamentenabhängigkeit eher als frauentypische Suchtform gilt, überwiegt bei den Alkoholabhängigen und Konsumenten illegaler Drogen die Zahl der Männer. Nach Schätzungen - ausreichende epidemiologische Untersuchungen liegen nicht vor - gibt es in Deutschland (West und Ost) ca. 2,5 Millionen Alkoholabhängige, der Anteil der Frauen liegt bei ca. 30 %. Die Zahl der Medikamentenabhängigen wird in den alten Bundesländern auf 800.000 geschätzt, von denen zwei Drittel Frauen sind. Illegale Drogen konsumieren 80.000 - 100.000 Menschen in den alten Bundesländern, der Frauenanteil wird hier auf 40 % geschätzt (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1991, S. 3).

In der traditionellen Forschung zur Suchtproblematik wurde eine geschlechtsspezifische Differenzierung weitgehend vernachlässigt. Insbesondere die Erfahrungen und Lebenszusammenhänge von Frauen und deren Bedingungen für den Gebrauch psychotroper Substanzen wurden aus den wissenschaftlichen Untersuchungen ausgeblendet. Dennoch hat in den letzten zehn Jahren das Thema "Frauen und Sucht" ohne Zweifel an Bedeutung gewonnen, insbesondere dadurch, daß sowohl Forscherinnen als auch Praktikerinnen dazu beigetragen haben, die besonderen Bedingungen der Suchtentstehung und verläufe bei Frauen aufzudecken (vgl. z.B. Ernst/Füller 1990; Hanel 1990; Hedrich 1989; Kreyssig/Kurth 1984; Mebes/Jeuck 1989; Merfert-Diete/Soltau 1984; Vogt 1986).

Die Lebensbedingungen und Risiken in der modernen Gesellschaft bieten grundsätzlich für beide Geschlechter vielfältige Gründe zum Konsum von Suchtmitteln. Gesellschaftliche Krisen werden zunehmend als individuelle Krisen erlebt und nur noch sehr vermittelt in ihrer gesellschaftlich determinierten Ursächlichkeit wahrgenommen (Beck 1986, S. 159).

Dennoch entwickeln Frauen und Männer im "kulturellen System der Zweigeschlechtlichkeit" (Hagemann-White 1984) unterschiedliche Deutungs-, Orientierungs- und Handlungsmuster. Die Wahrnehmung von Alltagsrealität sowie entsprechende Reaktions- und Auseinandersetzungsformen sind geprägt von Sozialisationserfahrungen, die sich nicht nur aus der Differenz der Geschlechter begründen, sondern in besonderem Maße auch aus den strukturellen Bedingungen der Geschlechterhierarchie und den widersprüchlichen Erfahrungen und Anforderungen in Familie und Beruf (Nyssen 1990; Knapp 1987).

Das Selbstbild und die Identität von Frauen bleibt von diesen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nicht unberührt (Stahr 1989, 1990). Auch die Suchtformen, die Frauen

entwickeln, sind nicht nur Ausdruck individuellen Leidens, sondern spiegeln zugleich ein Stück ihrer gesellschaftlichen Situation wider.

In der klassischen Suchtforschung werden diese Prämissen bisher noch viel zu wenig berücksichtigt, obwohl Frauen und Männer sowohl quantitativ als auch in der Art und Weise unterschiedlich mit Suchtmitteln umgehen (vgl. hierzu ausführlich die Beiträge in Band 2 und 3 der Projektdokumentation).

In Bezug auf die **Alkoholabhängigkeit** bei Frauen ist die Forschungslage eher defizitär. Die wenigen Studien der letzten Jahre machen dennoch deutlich, daß sich die psychosoziale Lage alkoholabhängiger Frauen von derjenigen alkoholabhängiger Männer erheblich unterscheidet. Zusammenfassend sollen hier einige Aspekte hervorgehoben werden (vgl. Feselmayer/Beiglböck 1990; Vogt 1986):

Alkoholabhängige Frauen leben häufiger allein als alkoholabhängige Männer oder sie wohnen nur mit ihren Kindern zusammen. Auch ist die Scheidungsquote bei den Frauen höher. Sie verfügen durchschnittlich über eine bessere Schulausbildung als das männliche Klientel.

Alkoholikerinnen verhalten sich unauffälliger und zurückhaltender als Alkoholiker. Suchtkarrieren von Frauen sind häufig kürzer als die von Männern. Trotzdem leiden Frauen offenbar stärker als Männer unter den mit dem Stigma der Alkoholabhängigkeit verbundenen Ausgrenzungsprozessen (die im übrigen bei Frauen rigoroser und früher stattfinden), zudem werden ihre Trinkgewohnheiten schneller durch enge Bezugspersonen gemäßregelt.

Als auslösende Konfliktsituationen für eine Dosissteigerung werden bei Frauen oft Probleme im sozialen Nahbereich wie Partnerkonflikte, Trennungen und Doppelbelastung genannt. Bei männlichen Alkoholikern dominieren in diesem Zusammenhang dagegen berufliche Probleme und Verlust des Arbeitsplatzes.

Von den rund 800.000 **Medikamentenabhängigen** sind 500.000 von Beruhigungsmitteln abhängig, drei Viertel dieser Suchtkarrieren beginnen ganz "legal" in einer Arztpraxis (Ernst 1991, S. 95). Medikamentenabhängigkeit wird vorwiegend als ein "Frauenproblem" gesehen - die Mehrzahl der Abhängigen ist weiblichen Geschlechts. Ihr Zugang zu Medikamenten steht in engem Zusammenhang mit ihrer Inanspruchnahme des medizinischen Systems: so

gehen Frauen häufiger zum Arzt als Männer, wo sie, wie auch die männlichen Patienten, häufig auf ein geschlechtsspezifisch ausgerichtetes Diagnose- und Therapieverhalten treffen (Glaeske 1990). Bei Männern werden eher somatische Krankheiten, bei Frauen psychosomatische Störungen diagnostiziert und entsprechend therapiert. Mit zunehmendem Lebensalter nehmen die Verschreibungen von Medikamenten sowohl bei Männern als auch bei Frauen erheblich zu, doch werden zwei Drittel aller Medikamente mit Abhängigkeitspotential an Frauen verschrieben. (Melchinger u.a. 1992, S. 10; Glaeske 1992). Medikamentenabhängige Frauen definieren sich häufig nicht als "Süchtige", sie wenden sich daher nicht primär aufgrund einer Medikamentenabhängigkeit an Suchthilfeeinrichtungen. Oft tritt sie jedoch als sekundäres Erscheinungsbild in Zusammenhang mit anderen Suchtmittelabhängigkeiten auf.

Die Art des Drogenkonsums hat etwas mit der zu bewältigenden Lebenssituation von Frauen zu tun. So dienen Alkohol und Medikamente vermutlich eher dazu, sich - gegen innere Widerstände - geschlechtsstereotypen Verhaltensanforderungen und Unterdrückungsformen anzupassen, um in unerträglichen und problematischen Lebenssituationen besser ausharren zu können.

Der Konsum illegaler Drogen ist demgegenüber eher als Protest junger Menschen gegen familiäre und gesellschaftliche Bedingungen, Konventionen und Rollenzuschreibungen zu werten, wobei jedoch die verschiedenen Studien zeigen, daß rollenstereotypes Verhalten spätestens auf der "Scene" wieder zur Lebensrealität gerade von Frauen wird (Kreyssig/Kurth 1984, S. 73).

Die frühe biografische Entwicklung bei Konsumentinnen illegaler Drogen ist häufig gekennzeichnet durch unvollständige Familien und (legalen) Drogenkonsum enger Bezugspersonen. In dieser Hinsicht verläuft sie bei Mädchen und Jungen zunächst recht ähnlich. Allerdings variieren die Reaktionsmuster auf solche schlechten Startchancen. Während Jungen früh die Orientierung in peer-groups suchen, wo auch oft der erste Drogenkontakt zustandekommt, gehen Mädchen häufiger und früher enge Paarbeziehungen ein und verlassen die Herkunftsfamilie, um mit einem Partner zusammenzuwohnen.

Ein großer Teil der Konsumentinnen "harter" Drogen ist in der Kindheit und Jugend Opfer sexueller Gewalt geworden. Der Schritt zum familienunabhängigen Wohnen wird bei diesen Mädchen oft als einzige zur Verfügung stehende Möglichkeit gesehen, dem sexuellen Mißbrauch zu entkommen. Partnerbeziehungen haben in der gesamten Entwicklung der

Mädchen und Frauen einen hohen Stellenwert; die emotionale Abhängigkeit vom Partner, der häufig auch drogenabhängig ist, läßt es selten zu einem eigenständigen Versuch der Beendigung der Drogenabhängigkeit kommen.

Die Drogenproblematik wird - anders als bei Männern - bei Frauen meist erst im Alter zwischen 15 und 18 Jahren virulent. Im Gegensatz zu Männern verfügen sie dann bereits in fast 90 % der Fälle über eine abgeschlossene Schulausbildung, der Berufseinstieg gelingt indes selten.

Wesentlich seltener als Männer werden Frauen der Beschaffungskriminalität überführt. Sie gehen vielmehr den Weg der Beschaffungsprostitution, woraus eine Vielzahl weiterer Probleme entsteht. So sind heroinabhängige Frauen in dramatischerem Ausmaß von sozialer Verelendung betroffen als Männer. Sie verlieren oft vollständig den Kontakt zu drogenfreien Kreisen; dadurch verringern sich ihre Ausstiegchancen noch einmal erheblich. Die soziale Isolation verschärft den Problemdruck nochmals besonders für die Gruppe der drogenabhängigen Mütter. Auch im Falle einer HIV-Infektion können Drogenkonsumentinnen kaum auf privaten Rückhalt oder Pflege rechnen (Hedrich 1989).

Trotz der vielen ungeklärten und unerforschten Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Suchtabhängigkeit von Mädchen und Frauen, Jungen und Männern, einer geschlechtsdifferenten Suchtarbeit und ihrer Prophylaxe noch stellen, gibt es inzwischen einige Untersuchungen über die Unterschiedlichkeit weiblicher und männlicher Suchtkarrieren. Doch haben weder wissenschaftliche Untersuchungen noch die umfangreichen Erfahrungen der SuchtberaterInnen bzw. institutionelle Initiativen (wie etwa die Arbeitskreise Münster, Düsseldorf, Essen und der Verein "Frauen und Sucht NW") zu einer grundsätzlichen Änderung der praktischen Beratungs- und Therapiearbeit in den Einrichtungen Nordrhein-Westfalens geführt. Ansätze hierzu gibt es bisher nur vereinzelt (Merfert-Diete 1993; vgl. auch Vorbefragung der Fortbildungsteilnehmerinnen).

Viele Mitarbeiterinnen in den Suchthilfeeinrichtungen sind inzwischen für die frauenspezifischen Probleme sensibilisiert. Dies beweist auch das große Interesse an der Fortbildung "Frauen und Sucht". Bisher fand sich jedoch weder ein öffentliches Interesse noch eine politische Lobby für dieses Thema, das sowohl politischen, institutionellen wie auch neuen therapeutischen Handlungsbedarf hervorruft.

Nach den Ergebnissen unserer Vorbefragung und den Aussagen der Fortbildungsteilnehmerinnen sind es vor allem folgende Aspekte, die eine geschlechtsspezifische Suchtarbeit verhindern bzw. erschweren:

- a) Forschungsdesiderate über Ausstiegsprozesse von Frauen und Männern, eine wesentliche Voraussetzung zur Entwicklung angemessener Beratungs- und Therapie-Modelle. Die Mitarbeiterinnen benötigen handhabbare inhaltliche und methodische Vorgaben.
- b) Fehlende Qualifikation in feministischer/frauenspezifischer Therapie und Beratung. Es mangelt nicht nur an entsprechenden Angeboten, sondern auch an finanzieller Unterstützung und Freistellung durch den Arbeitgeber. Therapeutische Zusatzausbildungen werden zwar gefordert, müssen aber meist von den Beraterinnen selbst finanziert werden.
- c) In vielen Einrichtungen gibt es Widerstände gegen eine Veränderung der Konzepte hin zu einer geschlechtsspezifischen Suchtarbeit. Vielfach steht eine Überforderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch fehlende Supervision und fehlende Fortbildungsmöglichkeiten sowie hohe KlientInnenzahlen der Bereitschaft zur Erprobung von neuen Ansätzen im Wege. Von 1980 bis 1990 wuchs in der BRD die Zahl der KlientInnen in ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen um 64 %, die der MitarbeiterInnen jedoch lediglich um 4 % (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1991, S. 132).

Die durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW geförderte Fortbildung "Frauen und Sucht" setzt hier ein neues Zeichen. Erstmals findet das Problem damit auf ministerieller Ebene politische Resonanz und Anerkennung.

2. Konzeptionelle Grundlagen und Aufbau des Projekts

2.1 Allgemeine Zielsetzung

Das zentrale Anliegen des vorliegenden Projekts war die Entwicklung, Durchführung und Evaluation einer Fortbildung zum Thema "Frauen und Sucht". Die Fortbildung sollte dazu beitragen,

1. Suchtberaterinnen und andere Mitarbeiterinnen in der Suchtkrankenhilfe für die besonderen Probleme suchtmittelabhängiger Frauen zu sensibilisieren,
2. frauenspezifische Beratung und Therapie in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in NRW zu etablieren bzw. weiterzuentwickeln,
3. Mitarbeiterinnen aus möglichst vielen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in NRW zu erreichen, damit letztendlich in jeder Einrichtung zumindest eine entsprechend vorgebildete Beraterin zur Verfügung steht.
4. mit den hier gemachten Erfahrungen Anregungen für die Durchführung weiterer Fortbildungen zu geben, andere Träger zur Übernahme und Weiterführung dieser Thematik in eigenen Veranstaltungsangeboten anzuregen.

Um eine möglichst breite Flächendeckung des Fortbildungsangebotes und der damit verbundenen thematischen Auseinandersetzung mit frauenspezifischen Sucht- und Beratungsproblemen in den Einrichtungen zu fördern, wurde die Fortbildung einwöchig und in fünf Finalen - thematisch nur geringfügig abgewandelter - Konzeption wiederholt. Insofern hatte sie einen eher einmalig anregenden und problematisierenden Charakter und bedarf der weiteren vertiefenden Ergänzung und Fortführung.

Ein ganz zentrales Ziel der Fortbildung war die Vernetzung der Teilnehmerinnen, der Erfahrungsaustausch über die Arbeit mit Klientinnen in den verschiedenen Einrichtungen und Möglichkeiten ihrer Verbesserung und Intensivierung.

2.2 Entwicklung des Fortbildungscurriculums

Die Fortbildung zum Thema "Frauen und Sucht" sollte dazu beitragen, frauenspezifische Beratung und Therapie in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in NRW zu etablieren bzw. weiterzuentwickeln.

Bezogen auf die Teilnehmerinnen wurden mit der Fortbildung die folgenden Ziele angestrebt:

1. Die Erhöhung der fachlichen Kompetenz durch die Vermittlung von themenzentriertem Fachwissen,
2. die Erweiterung der Verständnis- und Handlungsfähigkeiten im Umgang mit weiblichem Klientel in der Beratungspraxis; die Reflexion des eigenen Handelns, aber auch das Erkennen von Grenzen in der Arbeit,
3. die Vernetzung von Wissen und Erfahrung im Bereich der frauenspezifischen Suchtarbeit.

Die Fortbildung sollte Mitarbeiterinnen die Notwendigkeit geschlechtsspezifischer Suchtarbeit deutlich machen und sie motivieren, auf die Realisierung entsprechender Ansätze hinzuwirken.

Bei der Entwicklung des Curriculums wurde versucht, sowohl den neuesten Stand der Forschung als auch die Interessen und Bedürfnisse der Teilnehmerinnen (Teilnehmerinnenorientierung) ausreichend zu berücksichtigen. Dem Curriculum liegen dementsprechend folgende Planungsstrategien zugrunde:

- a) Erarbeitung der Forschungs- und Datenlage zum Problemkreis "Frauen und Sucht".
- b) Gespräche mit Expertinnen und Expertinnengruppen, da aufgrund der unzureichenden Forschungslage die langjährigen Erfahrungen von Expertinnen aus der Praxis frauenspezifischer Suchtarbeit eine unabdingbare Ergänzung zu den aus der Theorie abgeleiteten Fortbildungsthemen darstellen.

- c) Vorbefragung der Teilnehmerinnen, um die Fortbildung so weit wie möglich an deren berufspraktischen Erfahrungen und Bedürfnissen zu orientieren (vgl. auch Kap. 3.1.).
- d) Die prozeßbegleitende Evaluation der einzelnen Fortbildungen, deren Ergebnisse zur curricularen sowie methodisch-didaktischen Verbesserung der jeweils folgenden Fortbildungen betrogen.

Die theoretische Erarbeitung von Problemkreisen, die Ergebnisse der Expertinnengespräche sowie die Vorbefragung der Teilnehmerinnen führte zu folgenden Themenbausteinen:

- * Suchtmittel im Alltag von Frauen. Sozialisation und Lebensbedingungen suchtmittelabhängiger Frauen
- * Sexueller Mißbrauch und Gewalterfahrungen von suchtmittelabhängigen Frauen
- * Körperwahrnehmung, Sexualität und Konfliktbewältigung suchtmittelabhängiger Frauen
- * Suchtarbeit zwischen Professionalität und Passion. Reflexion des beruflichen Handelns.
- * Frauenspezifische Suchtarbeit. Konzeptionelle Grundlagen in der Suchtarbeit mit Frauen.
- * Möglichkeiten und Grenzen frauenspezifischer Suchtarbeit in gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen.
- * Netzwerkbildung in der frauenspezifischen Suchtarbeit.

2.3. Auswertungsverfahren (Evaluation)

Alle fünf durchzuführenden Fortbildungen wurden wissenschaftlich begleitet und ausgewertet (Evaluation). Die wissenschaftliche Begleitung hatte dabei die Funktion, den Erfolg der Fortbildungen im Hinblick auf die konzeptionelle Gestaltung (Inhalte, methodisch-didaktisches Vorgehen) und die Auswirkungen auf die berufliche Praxis der Teilnehmerinnen zu überprüfen.

Die Evaluation gliederte sich insofern in zwei Bereiche (vgl. auch Abb. 1):

1. die *Prozeßevaluation* (formative Evaluation), deren Ziel es war, den Ablauf der Fortbildung im Hinblick auf ihre erfolgreiche inhaltliche und methodisch-didaktische Umsetzung zu überprüfen und
2. die *Erfolgsevaluation* (summative Evaluation), deren Ziel es war, den Fortbildungserfolg im Hinblick auf seine berufspraktischen Auswirkungen zu überprüfen (Implementation in die berufliche Praxis).

Um Ziele, Inhalte und methodisch-didaktische Vorgehensweise der Veranstaltungen zu überprüfen (*Prozeßevaluation*), wurden während jeder Fortbildung unterschiedliche Auswertungsverfahren eingesetzt. Die Meßinstrumente, die hierfür herangezogen wurden umfaßten im einzelnen

- a) Feed-Back der Teilnehmerinnen nach jedem Themenbaustein
- b) Teilnehmende Beobachtung der Projektmitarbeiterinnen
- c) Teilstandardisierte Kurzfragebögen zur Gesamtauswertung am Ende jeder Fortbildung.

Die Überprüfung des Fortbildungserfolges im Hinblick auf eine berufspraktische Umsetzung (*Erfolgsevaluation*) wurde jeweils im Abstand von 8-10 Wochen nach jeder Fortbildung vorgenommen. Die Teilnehmerinnen wurden gebeten, eine Einschätzung (in Form eines Berichts) über die Umsetzungsversuche und -möglichkeiten frauenspezifischer Suchtarbeit in ihrer jeweiligen Einrichtung zu geben.

Es sollte festgestellt werden,

- ob im Umgang mit den Klientinnen eine Veränderung eingetreten ist,
- ob (neue) Impulse für die Schaffung frauenspezifischer Angebote in den Einrichtungen gesetzt werden konnten,
- ob sich im Hinblick auf die Akzeptanz frauenspezifischer Arbeit in der eigenen Einrichtung etwas geändert hat,

- ob das Verhältnis zu KollegInnen/Vorgesetzten beeinflusst wurde,
- ob eine Vernetzung der Teilnehmerinnen zu einem kooperativen Erfahrungsaustausch und zur gegenseitigen Unterstützung stattgefunden hat.

Abb. 1: Struktur der wissenschaftlichen Begleitung

E V A L U A T I O N	
Prozeßevaluation (formativ)	Erfolgsevaluation (summativ)
M e ß i n s t r u m e n t e	
<ul style="list-style-type: none"> * Feed-back nach jedem Themenbaustein * Teilnehmende Beobachtung der Projektmitarbeiterinnen * Standardisierte Kurzfragebögen zur Gesamtauswertung 	<ul style="list-style-type: none"> * Schriftliche Einschätzung der Umsetzungsmöglichkeiten und -versuche durch die Teilnehmerinnen nach Beendigung der Fortbildung (8-10 Wochen später)

2.4. Werbung und Auswahl der Teilnehmerinnen

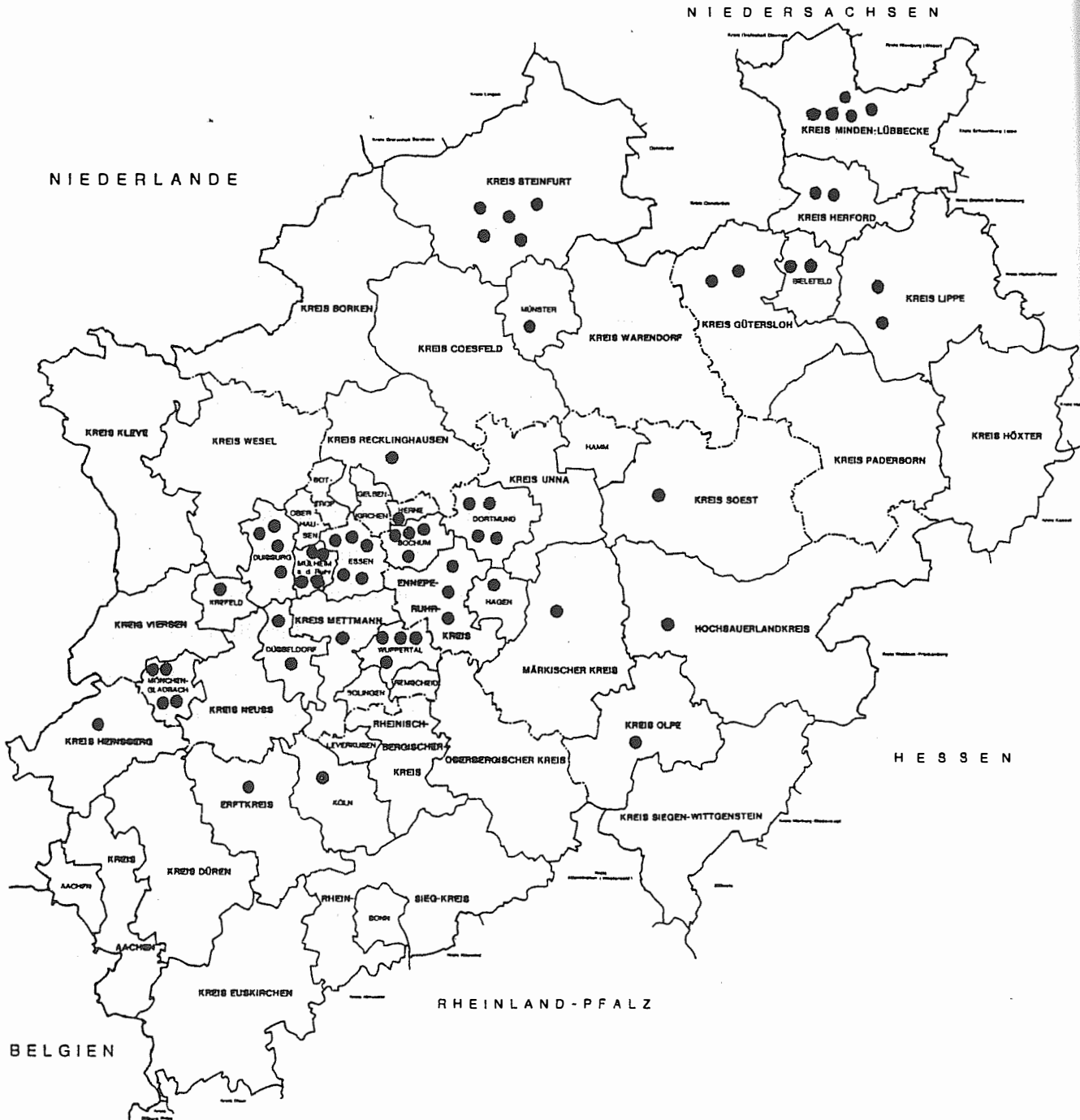
Die Fortbildung richtete sich ausschließlich an weibliche Mitarbeiter in den Suchthilfeeinrichtungen Nordrhein-Westfalens. Die Anzahl der Anmeldungen überstieg die Zahl der zur Verfügung stehenden 15 Plätze pro Fortbildung, so daß eine Warteliste geführt werden mußte. Es ist davon auszugehen, daß die Zahl der Interessentinnen für eine Weiterqualifizierung im Bereich frauenspezifischer Suchtberatung noch weitaus höher liegt;

so konnte aus verschiedenen telefonischen Rücksprachen entnommen werden, daß die Information über die Fortbildung, die an sämtliche Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in NRW versandt wurde, z.T. von den Leitungen nicht (rechtzeitig) an ihre Mitarbeiterinnen weitergeleitet wurde. Andere Interessentinnen erhielten für die Teilnahme keine Freistellung, sondern wurden auf ihre Freizeit oder die Möglichkeit des Bildungsurlaubs verwiesen.

Aus der bereits erwähnten Vorbefragung der Teilnehmerinnen ergab sich eine recht heterogene Zusammensetzung des Interessentinnenkreises bezüglich Arbeitsfeld, Vorerfahrung, vorherrschendes Suchtmittel der Klientinnen usw. Abgesehen von begrenzten Platz- und Raumkapazitäten erwiesen sich derartige äußere Differenzierungskriterien als nicht praktikabel. So wurde der Teilnehmerinnenkreis der jeweiligen Fortbildungen weitgehend nach den Terminwünschen der Interessentinnen zusammengestellt. Bei der Umsetzung der Fortbildung sollte jedoch eine Binnendifferenzierung bei einzelnen Themenschwerpunkten (z.B. "Der Lebensalltag suchtmittelabhängiger Frauen") in Erwägung gezogen werden. Wenn es die Rahmenbedingungen erlauben, könnte beispielsweise eine Gruppenbildung nach dem Suchtmittelgebrauch der Klientinnen sinnvoll sein.

Wie aus der nachfolgenden Abbildung 2 ersichtlich ist, rekrutiert sich der Teilnehmerinnenkreis vor allem aus dem Rhein-Ruhr-Gebiet. Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Umgebung des Tagungshauses, das im Kreis Minden-Lübbecke liegt. Die Teilnehmerinnen kommen vorwiegend aus städtischen Beratungsstellen, aus ländlichen Bezirken (vor allem Ost- und Südwestfalen) konnten kaum Mitarbeiterinnen für die Fortbildung gewonnen werden, obwohl an alle Beratungsstellen in Nordrhein-Westfalen eine Einladung erging.

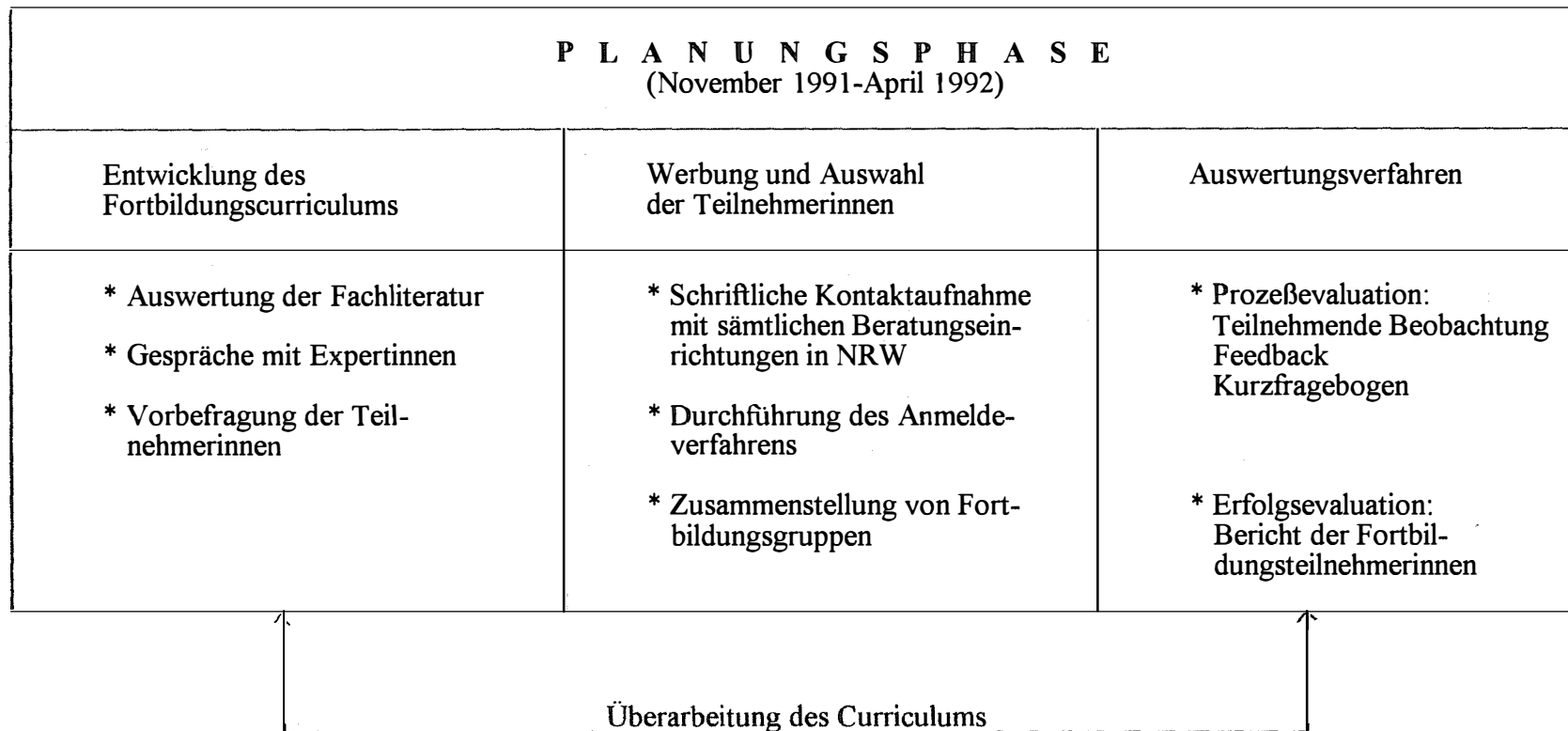
Abb. 2: Regionale Verteilung der Teilnehmerinnen der Fortbildung "Frauen und Sucht"



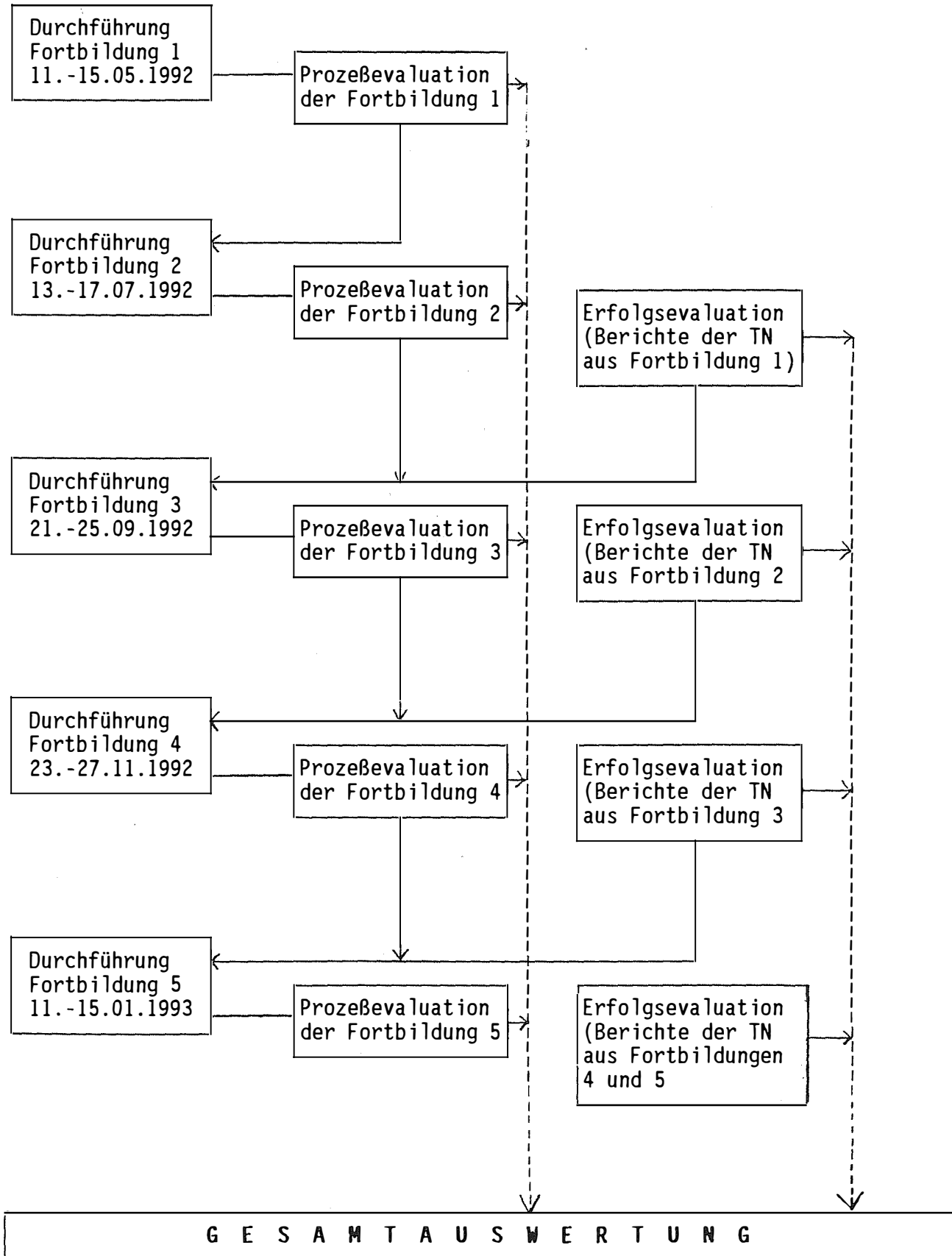
• = Teilnehmerinnen

2.5. Ablaufplan des Projekts

2.5.1. Planungsphase



2.5.2. Durchführungs- und Evaluationsphasen



3. Durchführung der Fortbildung

Die einwöchige Fortbildung "Frauen und Sucht" wurde im Abstand von sechs bis acht Wochen insgesamt fünfmal durchgeführt.

Die einzelnen Fortbildungen fanden zu folgenden Terminen statt:

11.-15.05.1992

13.-17.07.1992

21.-25.09.1992

23.-27.11.1992

11.-15.01.1993.

3.1 Teilnehmerinnenstruktur

Um die Fortbildung möglichst praxisnah an den Bedürfnissen der Fortbildungsteilnehmerinnen und deren spezifischer Arbeitssituation als Suchtberaterinnen zu konzipieren, wurde eine Vorbefragung der Teilnehmerinnen durchgeführt.

Wenngleich diese Vorbefragung selbstverständlich keinen Anspruch auf Repräsentativität für die frauenspezifische Suchtarbeit in Nordrhein-Westfalen erheben will, so gibt sie dennoch Einblicke in die Arbeitssituation sowie den Kenntnisstand der Beraterinnen in den Suchtberatungs- und -therapieeinrichtungen. Für die Entwicklung einer Fortbildungskonzeption war bzw. ist es beispielsweise wichtig zu wissen, welche Vorerfahrungen und -kenntnisse die Teilnehmerinnen bereits mitbringen, mit welchen Abhängigkeitsformen (legale, illegale Drogen) sie bei ihren KlientInnen zu tun haben und mit welchen institutionellen Rahmenbedingungen die Umsetzung einer frauenspezifischen Suchtarbeit konfrontiert ist.

Bis Mai 1992 waren 40 Fragebögen angemeldeter Teilnehmerinnen eingegangen, nach denen dann in Verbindung mit den bereits in unterschiedlichen Diskussionszusammenhängen sowie einer eingehenden Literaturrecherche erarbeiteten Problembereichen die Grundkonzeption der Fortbildung erstellt wurde. Die Grundgesamtheit für die folgende Analyse beträgt 72 Teilnehmerinnen.

Der Fragebogen umfaßte sowohl standardisierte als auch halboffene Fragen, so daß ausreichend Möglichkeiten zu eigenen Stellungnahmen bestanden. Die einzelnen Fragenkomplexe beleuchteten die soziale Situation der Teilnehmerinnen im Hinblick auf ihren Ausbildungsstand, ihre Berufserfahrungen, ihre Beschäftigungssituation, ihre Arbeitsinhalte - vor allem in Bezug auf eine frauenspezifische Suchtarbeit -, ihre Vorerfahrungen auf diesem Gebiet sowie ihre Fortbildungswünsche.

Zusammenfassend ergeben sich folgende Daten:

- Drei Viertel der Teilnehmerinnen waren zum Zeitpunkt der Befragung Sozialarbeiterin bzw. Sozialpädagogin, 15 % sind entweder Diplom-Psychologin oder Dipl.-Pädagogin, 10 % gaben sonstige Berufe an.
- 55 % der Teilnehmerinnen haben eine/mehrere Zusatzausbildungen absolviert. Diese Zahl deckt sich weitgehend mit den EBIS-Daten von 1991, wonach 53,8 % der Mitarbeiter/innen in Beratungsstellen eine Zusatzausbildung abgeschlossen haben.

Von den Teilnehmerinnen wurden am häufigsten genannt:

- * Klientenzentrierte Gesprächsführung, -(psycho)therapie
- * Gestalttherapie
- * Sozialtherapie
- * Familientherapie
- * Psychodrama.

- Die durchschnittliche Dauer der Berufstätigkeit beträgt 8 Jahre, wobei zwei Drittel aller Teilnehmerinnen nicht länger als 10 Jahre berufstätig sind. Die berufliche Erfahrung in der Suchtarbeit betrug durchschnittlich 4,5 Jahre, die Hälfte der Teilnehmerinnen arbeitete in diesem Bereich nicht länger als drei Jahre.
- 57 % der Teilnehmerinnen arbeiten in kirchlichen Verbänden (Diakonie, Caritas), 43 % bei Gesundheitsämtern und Vereinen.
- Gearbeitet wird meist in kleinen Teams (weniger als 5 Personen), überwiegend unter männlicher Leitung.

- Das Haupttätigkeitsfeld der Befragten war die ambulante Beratung und Therapie in Beratungsstellen, zum geringen Teil die Arbeit in niedrigschwelligen Angeboten und Nachsorgeeinrichtungen.
- Die Klienten und Klientinnen der Suchtberaterinnen sind überwiegend im Alter zwischen 30 - 45 Jahre alt - eine Ausnahme bildete das Klientel der Drogenkontaktläden/-cafés, hier liegt der Altersdurchschnitt bei 18 - 30 Jahren. Alkoholabhängigkeit überwiegt bei beiden Geschlechtern. Bei Frauen kommt zusätzlich eine hohe Medikamentenabhängigkeit hinzu. Illegale Drogen werden vorwiegend von jüngeren KlientInnen bis 35 Jahre konsumiert. Darüber hinaus wird zunehmend bei den Klientinnen und Klienten eine Mehrfachabhängigkeit registriert.
- Die befragten Suchtberaterinnen arbeiteten zum Zeitpunkt der Befragung überwiegend in der Einzelberatung, -therapie mit Frauen bzw. Männern, die Hälfte betreut darüber hinaus auch gemischt-geschlechtliche Gruppen. Gruppen ausschließlich für Frauen gibt es in 40 % der Einrichtungen, reine Männergruppen existieren so gut wie gar nicht.
- Frauenspezifische Angebote in der Beratungsstelle beschränken sich daher überwiegend auf Frauen-Therapiegruppen und Einzelberatung/-theapie sowie die Möglichkeit, auf Wunsch der Klientin, eine Frau als Beraterin zur Verfügung zu stellen. Sogenannte "Frauentage" in der Einrichtung, "Frauencafé" oder Freizeitangebote für Frauen bilden eher die Ausnahme.
- Ein Viertel der Befragten gab an, bereits mit frauenspezifischen Ansätzen zu arbeiten, 10 % hatten keine Vorkenntnisse zu dieser Thematik. Um frauenspezifische Suchtarbeit durchzuführen, fehle es neben eigenen Vorkenntnissen von entsprechenden Ansätzen vor allem auch an Möglichkeiten, in der jeweiligen Einrichtung ein solches Konzept zu entwickeln. Dies hängt wiederum damit zusammen, daß die Unterstützung durch Kolleginnen fehlt sowie die Akzeptanz im gemischtgeschlechtlichen Team.
- Von einer Fortbildung wünschten sich die Teilnehmerinnen insbesondere die Bearbeitung folgender Themen (in der Reihenfolge der häufigsten Nennungen):
 - * Möglichkeiten und Grenzen frauenspezifischer Suchtarbeit
 - * Identifikation mit und Abgrenzung von Klientinnen und Klienten
 - * Gewalterfahrungen und sexueller Mißbrauch von Klientinnen

- * Diskussion von Konzepten heutiger Suchtarbeit
- * Das "Frauenbild" von männlichen und weiblichen Therapeuten
- * Körperbewußtsein, Sexualität suchtmittelabhängiger Frauen
- * Formen der Konfliktbewältigung in den Herkunftsfamilien suchtmittelabhängiger Frauen.

3.2 Ziele und Inhalte der Fortbildung

Die Fortbildung umfaßte fünf Veranstaltungstage und wurde in einem außeruniversitären Tagungshaus durchgeführt. Die Arbeitsphasen waren morgens von 9.00 bis 12.00 Uhr und nachmittags von 14.00 bis 18.00 Uhr angesetzt. Hinzu kamen tägliche Auswertungsphasen, die der wissenschaftlichen Begleitung dienten. Insgesamt umfaßte die Fortbildung 32 UStd.

Die Fortbildung "Frauen und Sucht" setzte sich aus fünf Themenbausteinen zusammen, die die wichtigsten der vorher erarbeiteten Aspekte aufgriffen (vgl. folgendes Curriculum).

Die einzelnen Themenbausteine bauten so aufeinander auf, daß sie sowohl dazu beitragen konnten, die Kenntnisse zu erweitern als auch den eigenen Standpunkt kritisch zu überdenken und für die praktische Arbeit fruchtbar zu machen. Darüber hinaus wurde die eigene Rolle als Frau und Suchtberaterin reflektiert und der Zusammenhang zum Thema "Frauen und Sucht" hergestellt. Die Abschlußphase der Fortbildung diente dazu, die Umsetzbarkeit und die Möglichkeiten und Grenzen von frauenspezifischer Suchtarbeit in typischen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe zu eruieren und eine Vernetzung zwischen den Teilnehmerinnen herzustellen.

Konzeptionell war die Fortbildung für alle Termine gleich vorstrukturiert. In der Zusammenarbeit mit den Teilnehmerinnen in den verschiedenen Veranstaltungswochen sowie aufgrund der ständigen Überprüfung der pädagogischen Instrumente und Methoden durch die Projektmitarbeiterinnen erfuhren die jeweiligen Themenbausteine Veränderungen und Variationen. Dies betraf sowohl die Arbeitsformen als auch die Inhalte. So hat sich z.B. bei dem Thema "Sexueller Mißbrauch" ergeben, daß aufgrund seiner Brisanz in der praktischen Arbeit eine Vertiefung unbedingt erforderlich war und von den Teilnehmerinnen gewünscht wurde. Der Umgang mit diesem Thema in der täglichen Praxis wurde als problematischer

angesehen als das Thema "Körperwahrnehmung und Sexualität", so daß auf diesen Themenbaustein nach der ersten Fortbildung verzichtet wurde.

Bei den zu diesen Themen eingesetzten Referentinnen handelt es sich um anerkannte Expertinnen aus Theorie und Praxis der Frauen-Suchtarbeit (vgl. Programme im Anhang).

1. Übersicht des Curriculums der Fortbildung "Frauen und Sucht"

Themenbaustein	Ziele	Inhalt	Methode	Zeitumfang
<p><u>Themenbaustein 1:</u> Suchtmittel im Alltag von Frauen. Sozialisation und Lebensbedingungen suchtmittelabhängiger Frauen.</p>	<p>Einführung in die Thematik "Frauen und Sucht" Vorstellung neuerer Forschungsergebnisse, Aktualisierung vorhandenen Wissens</p>	<p>Weibliche Sozialisation und Suchtentstehung Lebenszusammenhang von Frauen Warum nehmen Frauen Suchtmittel? Welche Suchtmittel "bevorzugen" Frauen?</p>	<p>Vortrag Plenumsgespräch Besprechung von exemplarischen Fällen aus der Beratungspraxis Diskussion</p>	<p>4 UStd.</p>
<p><u>Themenbaustein 2:</u> Sexueller Mißbrauch und Gewalterfahrungen suchtmittelabhängiger Frauen.</p>	<p>Vermittlung von Wissen zum Zusammenhang sexueller Mißbrauch und Suchtentstehung bei Frauen, Sensibilisierung für Anzeichen bei Klientinnen, die auf sex. Gewalterfahrung hinweisen, Erhöhung der Beratungskompetenz.</p>	<p><u>Modell 1:</u> Zusammenhang Sexueller Mißbrauch und Suchtentstehung, Häufigkeit des Mißbrauchs bei Mädchen, psychische Verarbeitung, Signale, die auf Mißbrauch hinweisen, Beratungsgrundlagen.</p>	<p>Vortrag Plenumsgespräch Übungen Rollenspiel Diskussion</p>	<p>8 UStd.</p>
		<p><u>Modell 2:</u> Definitionen und Verbreitung des sex. Mißbrauchs, Folgen für Frauen, Theoriemodell des Sex. Mißbrauchs in Zusammenhang mit Suchtentstehung Beratungsgrundlagen und praktische Erfahrungen in einer Frauen-Therapieeinrichtung</p>	<p>Vortrag Plenumsgespräch Übungen Rollenspiel Diskussion ergänzend: Film zum Thema</p>	<p>8 UStd.</p>

Themenbaustein	Ziele	Inhalt	Methode	Zeitungumfang
<u>Themenbaustein 3:</u> Suchtarbeit zwischen Professionalität und Passion. Reflexion berufl. Handelns	Erhöhung der Beratungskompetenz in bezug auf Klientinnen, Verbesserung von Durchsetzungsfähigkeit eigener Ziele gegenüber KollegInnen, Leitung, Trägerinstitution. Klärung und Verbesserung der Berufszufriedenheit.	Reflexion der eigenen Möglichkeiten in der Arbeit als Suchtberaterin im Spannungsfeld zwischen den Zielen des Trägers, der Leitung, den Bedürfnissen der Klientinnen sowie eigenen Zielen. Erarbeitung von möglichen Lösungsansätzen.	<u>Modell 1:</u> Gruppenarbeit Festhalten der Ergebnisse auf Wandzeitungen Plenumsgespräch Rollenspiel Diskussion	8 UStd.
			<u>Modell 2:</u> Brainstorming Gruppenarbeit Plenumsgespräch	8 UStd.
<u>Themenbaustein 4:</u> Frauenspezifische Sucht- arbeit. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Erfahrungen in der Sucht- arbeit mit Frauen.	Motivierung zur Umsetzung frauenspezifischer Sucht- arbeit in der eigenen Einrichtung. Aufzeigen von Möglichkei- ten und Problemen.	Inhaltliche Grundsätze der Frauen-Sucht- arbeit. Darstellung der Arbeits- weise einer Frauen- Thera- pieeinrichtung. Politische und finanzielle Rahmenbedingungen eines derartigen Projekts. Argumentationshilfen für frauenspezifische Arbeit	Vortrag Plenumsgespräch Gruppenarbeit Diskussion	4 UStd.

Themenbaustein	Ziele	Inhalt	Methode	Zeitumfang
<i>Themenbaustein 5:*)</i> Möglichkeiten und Grenzen frauenspezifischer Sucht- arbeit in gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen	Motivierung zur Umsetzung frauenspezifischer Sucht- arbeit in der eigenen Einrichtung. Aufzeigen von Möglichkeiten und Problemen.	Strukturelle Bedingungen in gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen. Erfahrungen mit der Bildung und Durchführung von Frauengruppen. Handlungsstrategien und Umsetzungsmöglichkeiten.	Vortrag Plenumsgespräch	4 UStd.
<i>Themenbaustein 6:</i> Netzwerkbildung in der frauenspezifischen Sucht- arbeit.	Motivierung zur Zusammenarbeit mit Kolleginnen innerhalb und außerhalb der eigenen Einrichtung zur gegenseitigen Unterstützung bei der Etablierung frauenspezifischer Sucht- arbeit.	Welche Netzwerke hinsichtlich frauenspezifischer Sucht- arbeit gibt es in NRW? Wie kann Vernetzung vor Ort und überregional realisiert werden?	Vortrag Plenumsgespräch Gruppenarbeit Diskussion	4 UStd.

*) Dieser Themenbaustein wurde ab dem dritten Fortbildungsblock gestrichen, seine Inhalte wurden mit Themenbaustein 4 verbunden (vgl. Pkt. 4.1.5.).

3.4 Methodisch-didaktische Vorgehensweise

Bereits durch die Versendung des Fragebogens vor Beginn der Fortbildung wurden die Teilnehmerinnen dazu veranlaßt, sich mit den Rahmenbedingungen frauenspezifischer Arbeit näher zu befassen als dies unter dem Druck des beruflichen Alltags üblicherweise geschieht.

Zudem wurde für die Teilnehmerinnen vorab ein Reader zusammengestellt (vgl. Bd. 3 der Projektdokumentation) und als Selbststudienmaterial verschickt. Er enthält verschiedene zentrale Aufsätze zum Thema, statistisches Datenmaterial zur Suchtkrankenhilfe, ein Verzeichnis ausgewählter Literatur und Fachzeitschriften sowie die Anschriften von Suchthilfeprojekten und -netzwerken.

In der Fortbildung wurden grundsätzlich folgende methodisch-didaktische Vorgehensweisen berücksichtigt:

1. Wissensvermittlung
2. Erfahrungs- und Erlebnislernen
3. Austausch mit Kolleginnen.

Pädagogisches Grundelement der Fortbildung war das Konzept des *teilnehmerinnenorientierten Lernens* (Tietgens 1983). Ausgangspunkt waren dabei die Erfahrungen und Probleme der Teilnehmerinnen in ihrer spezifischen Arbeitssituation. Angeknüpft wurde hier an die professionelle Kompetenz der Suchtberaterinnen, d.h. an ihre spezifischen Berufserfahrungen in der Beratungsarbeit.

Darüber hinaus bot sich durch die universitäre Trägerschaft des Projekts an, die Fortbildung auf der Grundlage einer Konzeption *wissenschaftlicher Weiterbildung* zu entwickeln. Das heißt, die Inhalte wurden nicht allein aus der Lebenswelt und den Wissensbeständen der Teilnehmerinnen abgeleitet, sondern auch aus den neuesten Erkenntnissen der Frauen- und Suchtforschung. Das "Zueinanderbringen" von Alltagswissen und Wissenschaftswissen erfordert spezifische methodisch-didaktische Leistungen, die im Horizont der beruflichen Professionalität und dem subjektiven Identitätsgewinn der Teilnehmerinnen ihren Sinn bekommen (Arnold 1991, S. 153).

Erwachsenengerechtes Lehren und Lernen beinhaltet neben der Wissensvermittlung (Vortrag/Diskussion) spezifische Formen des Erfahrungslernens, die den Teilnehmerinnen

einerseits die Möglichkeit geben, ihr subjektives Erleben einzubringen und andererseits die individuellen Erfahrungen gemeinsam zu diskutieren (Arbeitsgruppen) und somit in einen allgemeinen Bedeutungszusammenhang von Frauen-Sucht-Arbeit zu transformieren. Dadurch wird es möglich, neue Sichtweisen, Ideen und Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln, deren praktische Umsetzung zu diskutieren und im Rollenspiel erproben zu können.

Wichtiger Bestandteil der Fortbildung war der informelle Austausch zwischen den Kolleginnen. Daher wurde während der Fortbildungsphasen, aber auch darüber hinaus, immer wieder die Gelegenheit dazu geboten. Besonders viel Wert wurde auf eine Förderung der Vernetzung von Beraterinnen in NRW gelegt, die sich mit frauenspezifischer Suchtarbeit befassen (möchten). Sie wird als bedeutender Bestandteil einer derartigen Fortbildung betrachtet und wurde deshalb als Themenbaustein in das Programm aufgenommen.

4. Bewertung der Fortbildung im Hinblick auf ihre inhaltliche und methodisch-didaktische Gestaltung (Prozeßevaluation)

Nach Durchführung der fünf Fortbildungen sollen im folgenden das Curriculum sowie seine einzelnen Themenbausteine einer Bewertung unterzogen werden. Dabei werden zunächst in einem ersten Schritt bei jedem einzelnen Themenbaustein noch einmal die Themenschwerpunkte und Inhalte beschrieben und im zweiten Schritt eine Bewertung anhand der zuvor entwickelten Evaluationsinstrumente vorgenommen.

4.1 Bewertung der Themenbausteine im einzelnen

4.1.1 Themenbaustein 1: Suchtmittel im Alltag von Frauen. Sozialisation und Lebensbedingungen suchtmittelabhängiger Frauen.

Themenschwerpunkte:

- * Unterschiede in den Sozialisationsbedingungen von Frauen und Männern
- * Suchtentstehung bei Frauen sowie deren gesellschaftlichen und individuellen Zusammenhänge
- * Lebensbedingungen und Lebensformen süchtiger Frauen

Kurzdarstellung des Inhalts:

Mit diesem Themenbaustein wurde den Teilnehmerinnen eine Einführung und ein Überblick über die Inhalte der einwöchigen Fortbildungsveranstaltung "Frauen und Sucht" gegeben. Neben der Vermittlung von Daten und Fakten zum Problemkreis sowie einer theoretischen Reflexion sollte zu einer ersten Auseinandersetzung mit der Thematik angeregt werden.

Der Zugang zum Thema verlief über zwei Ebenen: Ausgegangen wurde zunächst von den allgemeinen Sozialisations- und Lebensbedingungen von Frauen in einer geschlechtsdifferent und -hierarchisch geprägten Gesellschaft. In einem zweiten Teil wurde darauf eingegangen,

wie diese Voraussetzungen im Zusammenhang mit dem Griff zu Suchtmitteln in der Biographie von Frauen zu werten sind.

Bewertung des Themenbausteins:

Die Teilnehmerinnen bewerteten den Einführungsteil zum Thema "Frauen und Sucht" überwiegend als "Wiederauffrischung" ihres schon bestehenden Wissens. Es bestätigte sich die Vermutung, daß sich offenbar vor allem solche Beraterinnen für eine derartige Fortbildung interessieren, die bereits entsprechende Vorkenntnisse besitzen und für das Thema sensibilisiert sind. Für sie war es wichtig, durch diese Einführung, abgesehen von einigen zusätzlichen Einzelinformationen, ihre Erfahrungen auch wissenschaftlich bestätigt zu sehen. Das gab ihnen mehr Verhaltenssicherheit für ihre berufliche Tätigkeit und die zusätzliche Möglichkeit, im Diskussionsprozeß mit den Kolleginnen eigene Standpunkte zu überprüfen und neue Sichtweisen zu entwickeln.

Daß dieser Themenbaustein nur begrenzt neues Wissen vermitteln konnte, hatte vor allem zwei Gründe. Erstens ist der theoretische Stand in der Frauen-Suchtforschung noch eher defizitär (vgl. Kap. 1), so konnte z.B. bisher erst in Ansätzen eine Verbindung zwischen Frauenforschung und Suchtforschung hergestellt werden (als Beispiel sei hier das Thema Identitätsbildung und sein Zusammenhang zur Sucht genannt). Zweitens konnte aufgrund des begrenzten zeitlichen Rahmens der Gebrauch psychotroper Substanzen im weiblichen Lebenszusammenhang nur überblicksartig dargestellt werden.

**4.1.2 Themenbaustein 2:
Sexueller Mißbrauch und Gewalterfahrungen von suchtmittelabhängigen Frauen.**

Themenschwerpunkte:

- * Daten und Fakten zum Thema "Sexueller Mißbrauch"
- * Beratungsgrundlagen und Interventionsstrategien in der Suchtarbeit

Kurzdarstellung des Inhalts:

In den letzten Jahren wird zunehmend der Zusammenhang von sexuellem Mißbrauch und Suchtmittelgebrauch bei Frauen aufgedeckt. Allerdings muß davor gewarnt werden, Suchtmittelabhängigkeit von Frauen auf diesen Kausalzusammenhang zu reduzieren. Wie unsere Vorbefragung der Beraterinnen deutlich gemacht hat, gehört dieses Thema zu den zentralen Problemkreisen in der Beratungsarbeit mit Frauen und wird somit als wichtiger Bestandteil der Fortbildung angesehen. In der Praxis wird zwar häufig über dieses Thema gesprochen, es fehlt jedoch an genaueren Kenntnissen und vor allem an konkreten Handlungshinweisen für die Beratung.

Bewertung des Themenbausteins:

Die Frage, was sexueller Mißbrauch ist bzw. wann er beginnt, stieß auf heftige Diskussionen in den Gruppen. Deutlich wurde, wie wichtig es ist, daß die Teilnehmerinnen ihre eigene Berührtheit bei diesem Thema aufarbeiten und ihren Standpunkt dazu klären müssen, bevor sie es in der Praxis des Beratungsalltags ansprechen können. Geklärt wurde darüber hinaus die Frage, woran man bei Klientinnen erkennen kann, daß sexueller Mißbrauch vorliegt bzw. welche Signale es gibt, die die Vermutung nahelegen. Die Referentinnen gaben hier Hinweise, machten aber zugleich deutlich, daß rezeptartige Handlungsanweisungen nicht möglich und kaum nützlich sind, es gibt nicht *das* Erkennungsmerkmal und *den* Zeitpunkt der Ansprache im Beratungsprozeß. Nur der sensible Umgang mit der Klientin, das "genaue Hinhören und Hinsehen" und - wie eine Teilnehmerin es formulierte - auch auf die "leisen Töne" achten, kann zu einer Handlungskompetenz in diesem Bereich führen.

Der Einsatz unterschiedlicher Medien und der Wechsel in den methodisch-didaktischen Herangehensweisen (Vortrag, Diskussion, Kleingruppenarbeit, Rollenspiel), sorgte dafür, daß die Teilnehmerinnen sich mit ihrer subjektiven Betroffenheit und professionellen Handlungskompetenz auseinandersetzen konnten. Dies zeigte sich insbesondere in den Rollenspielen und Übungssequenzen, die ein situationsbezogenes "Nachspielen" und "Ausprobieren" neuer Handlungsmöglichkeiten für die Umsetzung in die berufliche Praxis ermöglichten. In den abschließenden Auswertungsphasen wurden besonders diese Formen der Aneignung des Themas begrüßt, da sie Raum boten, die eigenen Erfahrungen zu reflektieren und die psycho-soziale Beratungskompetenz zu fördern.

4.1.3 Themenbaustein 3: Suchtarbeit zwischen Professionalität und Passion. Reflexion beruflichen Handelns.

Themenschwerpunkte:

- * Institutionelle Strukturbedingungen und individueller Handlungsspielraum
- * Klärung eigener Ziele und Handlungsorientierungen sowie Entwicklung von Handlungskompetenz für den beruflichen Alltag
- * Umgang mit der eigenen Anspruchshaltung / Setzen von Grenzen
- * Nähe und Distanz im Umgang mit dem Klientel

Kurzdarstellung des Inhalts:

Dieser Themenbaustein widmete sich der Reflexion der beruflichen Rolle und des Selbstverständnisses als Suchtberaterin. Arbeitsüberlastung, das Hin- und Hergerissensein zwischen Zielen der Institution, der KlientInnen sowie den eigenen Ansprüchen führt häufig zu Überforderungen im beruflichen Alltag. Die eigenen Grenzen zu erkennen, sich Handlungsziele zu setzen und Durchsetzungsstrategien in der Auseinandersetzung mit dem Team und der Leitung zu entwickeln, waren Ziele dieses Fortbildungsabschnitts.

Die Aneignung einer derartigen Handlungskompetenz kann nicht über die bloße Weitergabe von Informationen oder "Tips" gelingen, sondern erfordert eine stark personen- und fallbezogene Arbeit, die von einer Supervisorin geleistet wurde. In Kleingruppen wurden einzelne "Fälle", "Problemsituationen", dargestellt sowie "Lösungswege" (Plenum oder Kleingruppe) erarbeitet und in einer "Übungssituation" erprobt.

Bewertung des Themenbausteins:

Im Verlauf der fünf Fortbildungen schälten sich drei zentrale Problembereiche heraus, die in Übereinstimmung sämtlicher Gruppen immer wieder thematisiert wurden und als besonders belastend in der Berufsrolle der Beraterin erfahren wurden:

- Umgang mit Hierarchie und Durchsetzung eigener Ziele (im Team, in der Institution)
- Selbstvertrauen in die eigene berufliche Kompetenz (Bin ich gut genug? Muß ich nicht noch mehr wissen, tun?)
- Nähe und Distanz im Verhältnis zum Klientel (Wie sehr soll/darf ich mich engagieren?).

Eine Erweiterung der Handlungskompetenz war allerdings nur partiell und in Einzelfällen möglich, wurde in diesen Fällen aber äußerst positiv bewertet. Um einen praktischen Gewinn für *alle* Teilnehmerinnen zu erzielen, wäre für diesen Themenbaustein ein längerer Zeitraum nötig gewesen. Denn eine derartige personenzentrierte Vorgehensweise setzt zunächst die Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre voraus, die durch den Einsatz einer neuen Supervisorin erst geschaffen werden mußte. Darüber hinaus waren innerhalb der Gruppen auch Ängste sichtbar, sich gegenüber Kolleginnen zur eigenen Arbeitssituation zu äußern. Daß eine vertrauensvolle Atmosphäre die offene Bearbeitung von Berufsproblemen ermöglicht, machte die Fortbildung im Januar 1993 deutlich. Hier haben die Projektmitarbeiterinnen, die die Gruppe von Anfang an begleitet haben, die Anleitung der Arbeitsgruppen übernommen, was durch die Teilnehmerinnen positiv bewertet wurde. Sowohl die notwendige Vertrauensbasis als auch der personenzentrierte Ansatz beim Umgang mit diesem Thema war unter diesen Bedingungen realisierbar.

4.1.4 Themenbaustein 4:

Frauenspezifische Suchtarbeit: Konzeptionelle Grundlagen und praktische Erfahrungen in der Suchtarbeit mit Frauen.

Themenschwerpunkte:

- * Konzeptionelle Grundlagen und die Relevanz eines frauenspezifischen Ansatzes in der Suchtarbeit
- * Entstehung, institutionelle Bedingungen und Legitimationsprobleme von Frauen-Suchtberatungsstellen und -therapieeinrichtungen
- * Inhalte und Formen frauenspezifischer Angebote im Suchtbereich

Kurzdarstellung des Inhalts:

Dieser Teil der Fortbildung setzte sich damit auseinander, wie sich ein frauenspezifischer Ansatz von der allgemeinen Suchtarbeit unterscheidet und wie ein solcher Ansatz in die Praxis umgesetzt werden kann. Der Grundgedanke eines frauenspezifischen Ansatzes in der Suchtarbeit ist, daß die spezifische Lebenswelt von Frauen und das hierarchische Geschlechterverhältnis in die subjektiven Realitätsverarbeitungen von Frauen eingehen und daher auch in die Beratungspraxis miteinbezogen werden müssen. So wird in der frauenspezifischen Suchtarbeit von der Voraussetzung ausgegangen, "Frauen als handelnde Subjekte zu begreifen, die sich innerhalb gegebener gesellschaftlicher Verhältnisse ihr Leben selbsttätig einrichten. Das gilt auch für drogenabhängige bzw. süchtige Frauen" (Heinrich 1991, S. 165). Mit frauenspezifischer Suchtarbeit ist immer eine (kritische) Parteilichkeit für Frauen verbunden.

Bewertung des Themenbausteins:

Dieser Themenbaustein stieß bei den Teilnehmerinnen auf breite Zustimmung, da er zum einen einen hohen "praktisch" verwertbaren Anteil hatte, zum anderen stimmten die geschilderten Erfahrungen und Informationen der Referentin mit den Berufserfahrungen der Teilnehmerinnen überein, wenn es um Fragen und Probleme der Umsetzung frauenspezifischer Angebote ging. Es zeigte sich, daß eine derartige Arbeit permanent auf dem Prüfstein steht und immer wieder neu legitimiert werden muß. So werden die Beraterinnen ständig mit Argumenten konfrontiert (im Team, mit der Leitung), die eine separate und eigenständige Frauen-Suchttherapie bzw. -beratung (scheinbar objektiv) als unnötig verwerfen. Oft würde geäußert, es sei besser für Frauen, ihre Probleme in gemischt-geschlechtlichen Gruppen anzugehen, weil dies der Alltagsrealität entspräche. Außerdem würde argumentiert, süchtige Frauen wollten in der Regel gar keine speziellen Frauenangebote oder Frauenarbeit sei nur bei entsprechend massiven Problemen (z.B. sexueller Mißbrauch) angebracht.

Die praktischen Erfahrungen der Suchtberaterinnen mit reinen Frauengruppen bzw. Frauenberatungseinrichtungen zeigten jedoch, daß die Klientinnen erst durch den Wegfall der Geschlechterkonkurrenz in der Beratungssituation Vertrauen, Selbstverantwortung und eine selbstbewußte Lebensperspektive aufbauen können.

Den in frauenspezifischer Suchtarbeit bisher unerfahrenen Teilnehmerinnen machte dieser Fortbildungsteil deutlich, wie wichtig es ist, die eigene Position gegenüber einem derartigen Beratungsansatzes zu klären, um frauenspezifische Suchtarbeit durchzusetzen. Alle Teilnehmerinnen beurteilten die von der Referentin vorgestellten Argumentationshilfen und Handlungsorientierungen als äußerst hilfreich für die Durchsetzung ihrer Ziele.

4.1.5 Themenbaustein 5: Möglichkeiten und Grenzen frauenspezifischer Suchtarbeit in gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen

Themenschwerpunkte:

- * Strukturelle Bedingungen zur Implementation frauenspezifischer Ansätze in gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe
- * Erfahrungen mit Frauengruppen in gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen
- * Handlungsstrategien und Umsetzungsmöglichkeiten in der eigenen Institution

Kurzdarstellung des Inhalts:

Dieser Fortbildungsteil ist in Verbindung mit Themenbaustein 4 zu sehen, der Grundprinzipien frauenspezifischer Suchtarbeit deutlich gemacht hat und Erfahrungen einer eigenständigen Frauen-Suchttherapie, herausgelöst aus gemischt-geschlechtlichen institutionellen Verflechtungen, aufzeigte.

Im Unterschied dazu hatte dieser Themenbaustein zum Ziel, zu klären, ob und inwieweit frauenspezifische Ansätze in gemischt-geschlechtlichen Suchthilfeeinrichtungen eingeführt werden können. Dabei stehen nicht nur die Klienten und Klientinnen im Vordergrund, sondern ebenso zu beachten sind Konstellationen und (männliche) Interessen im Team und in der Einrichtung selbst. Grenzen wurden da deutlich, wo es um die Einbeziehung einer geschlechtsspezifischen Sichtweise in die Arbeit traditionell gemischt-geschlechtlich konzipierter und arbeitender Einrichtungen ging. Einzelberatungen oder die Einrichtung

einer Frauentherapiegruppe sind eventuell - mit welchen Auseinandersetzungen auch immer verbunden - noch durchsetzbar, aber ein ganzes Einrichtungskonzept hinsichtlich seiner geschlechtsspezifischen Relevanz zu überprüfen, stößt auf massive Ablehnung. Eine grundsätzliche Trennung der Geschlechter in der Beratungsarbeit wird als Rückschritt bezeichnet.

Dennoch bestehen unterschiedliche Möglichkeiten, frauenspezifische Arbeit in traditionellen Einrichtungen zu initiieren und Veränderungen durchzusetzen. Die Handlungsspielräume, inhaltlichen Gestaltungsmöglichkeiten und institutionellen Umsetzungsformen sind dabei oft vielfältiger als den Beraterinnen bisher bewußt war. So reicht das Spektrum von Frauengruppen, Frauencafés, Frauen(schutz)räumen, Frauentagen, Frauenfreizeiten bis zu (wie die Referentin berichtete) separaten Frauen-Stationen in Fachkrankenhäusern.

Bewertung des Themenbausteins:

Da die überwiegende Zahl der Teilnehmerinnen aus traditionell gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen kamen, wurden die zahlreichen Anregungen zur Umsetzung frauenspezifischer Suchtarbeit in diesem institutionellen Kontext sehr begrüßt. Allerdings wurde in besonderen Fällen auch hier die Frage aufgeworfen, ob es *in jedem Fall* sinnvoll und erstrebenswert ist, ausschließlich mit Frauen zu arbeiten. Hier gingen die Ansichten der Beraterinnen z.T. sehr auseinander.

Durch die enge thematische Verflochtenheit der Themenbausteine 4 und 5 kam es häufig zu inhaltlichen Überschneidungen und Wiederholungen. Es wäre daher zu überlegen, inwieweit diese beiden Teile stärker verbunden werden könnten ohne den zeitlichen Rahmen zu verkürzen. Gerade die gegenseitige Information und Auseinandersetzung zwischen den Beraterinnen zu diesem Thema ist unter den Gesichtspunkten einer erweiterten Handlungsorientierung von großer Bedeutung. Dies wurde besonders deutlich, als der Themenbaustein 5 in Form eines organisierten Lernangebotes ab dem dritten Fortbildungsblock wegfiel, um den Teilnehmerinnen erweiterte Möglichkeiten zu einem informellen Erfahrungsaustausch zu geben.

4.1.6 Themenbaustein 6: Netzwerkbildung in der frauenspezifischen Suchtarbeit.

Themenschwerpunkte:

- * Bedeutung der Kooperation in der frauenspezifischen Suchtarbeit
- * Vernetzungsmöglichkeiten vor Ort und regional
- * Suchtpolitische Bedeutung der Vernetzung

Kurzdarstellung des Inhalts:

Der abschließende Themenbaustein 6 hatte die bereits im Laufe der Woche deutlich gewordene Notwendigkeit der Kooperation und Vernetzung in der frauenspezifischen Suchtarbeit zum Gegenstand.

Bei den vorherigen Themenblöcken wurden von den Teilnehmerinnen immer wieder die Schwierigkeiten und Rückschläge bei der Umsetzung frauenspezifischer Angebote betont. Häufig führte dies dazu, zu resignieren, sich als "Einzelkämpferin" zu fühlen und von allen Seiten angefeindet zu werden. Daß der Austausch mit Kolleginnen eine wichtige Stütze in der beruflichen Praxis bedeutet, wurde bereits durch die geknüpften Kontakte während der Fortbildung deutlich und wurde an diesem Fortbildungstag noch einmal besonders hervorgehoben. Die Teilnehmerinnen erarbeiteten zunächst einmal für sich, welche "Vernetzungsmöglichkeiten" im Sinne frauenspezifischer Arbeit es bei ihnen vor Ort gibt (d.h. Frauenberatungsstellen, Initiativen und Institutionen mit Angeboten für Frauen usw.). Dieses lokale Netzwerk bildet zunächst die kleinste Einheit und wird durch regionale und überregionale Verbindungen fortgeführt.

Kontakte lokaler Art bieten den Vorteil, unbürokratisch und schnell Hilfe zu leisten, sich zu unterstützen und gemeinsam Probleme vor Ort zu lösen. Regionale Arbeitskreise dienen neben der Informationsweitergabe (z.B. über die Aufnahmebedingungen auswärtiger Therapieeinrichtungen) auch der inhaltlichen Klärung (frauen-)suchtpolitischer Standpunkte.

Um in diesem Sinne auch nach außen interessenpolitisch wirksam werden zu können, ist die - von der eigenen Organisation unabhängige - Mitwirkung im Verein FRAUEN UND SUCHT NW eine Möglichkeit.

Bewertung des Themenbausteins:

Wenngleich das Thema "Vernetzung" als separater Schwerpunkt zum Schluß der Fortbildung angeboten wurde, so läßt sich dennoch sagen, daß sich dieses Thema durch die ganze Veranstaltungswoche zog und von allen Teilnehmerinnen als absolut wichtig erachtet wurde. So gründete sich bereits während der Fortbildung ein weiterer Arbeitskreis, der, wie die Nachbefragung deutlich machte, nicht bloß eine spontane Reaktion war, sondern weiterhin besteht.

4.2 Gesamtbewertung der Fortbildung

Die Fortbildung zum Thema "Frauen und Sucht" wurde von den Teilnehmerinnen im allgemeinen sehr begrüßt, denn Angebote, die geschlechtsspezifische Aspekte der Sucht beleuchten, sind kaum vorhanden (vgl. auch Vorbefragung).

Positive Würdigung erfuhr darüber hinaus die finanzielle Förderung und die Länge der Fortbildung. Der Umstand, daß die Weiterbildung für den Träger der Einrichtung kostenlos war, erleichterte es mancher Interessentin, eine Teilnahme bei ihrem Arbeitgeber durchzusetzen. Die Länge der Fortbildung gab den Teilnehmerinnen erstmals (andere Fortbildungsangebote waren wesentlich kürzer) Raum und Zeit zur Reflexion der eigenen Tätigkeit und eröffnete den Blick auf die vielfältigen Defizite in der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Frauen. Im Vorfeld meldeten sich aber auch kritische Stimmen: Eine derartige Veranstaltung könne die diesbezüglichen Probleme in den Einrichtungen nicht lösen, es seien von ministerieller Seite andere, politische Entscheidungen notwendig. Eine Bildungsmaßnahme, die auch ein Konzept zur Etablierung frauenspezifischer Arbeit in gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen stütze, verkenne die tatsächlichen Probleme von suchtmittelabhängigen Frauen, ihre oft vorhandenen Gewalterfahrungen mit Männern und die damit zusammenhängenden Probleme in der Beratung und Therapie.

In das Programm der Fortbildung konnte nur eine begrenzte Zahl der wichtigsten Themen zum Problemkreis "Frauen und Sucht" aufgenommen werden (vgl. Pkt. 3.2.). Dennoch erwies sich bereits nach Durchführung der ersten Fortbildung (11.-15.5.1992) die Themenwahl sowie die Zahl der Referentinnen als zu komplex und umfangreich. Der ständige Wechsel von Thema und Person stellte hohe Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit und die Flexibilität der Teilnehmerinnen. Er brachte aber auch mit sich, daß Teilnehmerinnen unzufrieden darüber waren, die einzelnen Themen nicht vertiefend bearbeiten zu können. Das Programm wurde daraufhin entsprechend geändert. Die Evaluationsergebnisse der ersten Fortbildung ergaben eine eindeutige Präferenz für die Ausweitung des Themas "Sexueller Mißbrauch und Gewalterfahrungen suchtmittelabhängiger Frauen", während das ursprünglich geplante folgende Thema des Tages ("Körperwahrnehmung, Sexualität suchtmittelabhängiger Frauen") wegfiel.

Dem Bedürfnis nach mehr informellem Austausch wurde durch Reduzierung formeller Lernangebote nach Ablauf der zweiten Seminarwoche stärker entgegengekommen.

In inhaltlicher Hinsicht wurden die Fortbildungen von den Teilnehmerinnen insgesamt positiv bewertet. Aus den täglich sowie am Ende der jeweiligen Fortbildungsseminare stattfindenden Auswertungen ging hervor, daß sowohl die zentralen Problembereiche in der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Frauen angesprochen als auch das Sozialklima in der Gruppe als angenehm empfunden wurden. Die Fortbildung wurde als ermutigend und impulssetzend für die eigene Arbeit mit suchtmittelabhängigen Frauen erlebt. Als z.T. unbefriedigend erwies sich, daß die bearbeiteten Themen - aufgrund der begrenzten Zeit - insgesamt nicht ausreichend vertieft werden konnten. Alle Teilnehmerinnen wünschten sich diesbezüglich weitere Fortbildungen.

Was die Weiterbildungsmaßnahme nur begrenzt leisten konnte, war die Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten in feministischer bzw. frauenspezifischer Therapie und Beratung mit Suchtmittelabhängigen, was nur im Rahmen eines umfangreicheren Zusatzangebotes möglich wäre.

Auch die nach zwei bis drei Monaten durchgeführte Nacherhebung machte deutlich, daß die Fortbildung in ihrer Zielsetzung und ihrem methodisch-didaktischen Aufbau von den Teilnehmerinnen geschätzt wurde. Kritisiert wurde - wie bereits aus den Auswertungen der einzelnen Fortbildungen zu entnehmen war - vor allem die thematische Vielfalt, die in einer Fortbildungswoche nur begrenzt bearbeitet werden konnte. Andererseits bot gerade diese

Vielfalt die Möglichkeit eines Überblicks und machte die verschiedenen Aspekte des Themas "Frauen und Sucht" deutlich. Die Straffung der Themen (verbunden mit einer geringeren Zahl von Referentinnen) der letzten drei Fortbildungen führte zu mehr Raum für einen Erfahrungsaustausch unter den Beraterinnen. Unseres Erachtens ist hier die Balance gelungen zwischen *Wissenerwerb und Erfahrungslernen* einerseits und *Austausch und Vernetzung* zwischen den Teilnehmerinnen auf der anderen Seite. Dies bestätigen die Äußerungen der Beraterinnen:

"Aus der heutigen Sicht hat mir die Fortbildung gut gefallen. Die Thematik wurde von verschiedenen Seiten betrachtet, es blieb viel Möglichkeit zum Austausch mit anderen Frauen ..."

"Die Fortbildung hatte für mich einen sehr hohen Stellenwert. Die frauenspezifische Sichtweise der Suchtkarrieren, Ursachen und Möglichkeiten der Therapie wurden angesprochen. Einerseits fand ich hier themenorientierte (...), andererseits hatte ich hier einen regen Austausch mit Frauen aus gleichen Arbeitsfeldern."

Besonders betont wurde, daß die Fortbildung Mut gemacht hat, neue Dinge im beruflichen Alltag anzugehen, die Kraft zu haben, frauenspezifische Belange in der Suchtarbeit stärker zu vertreten und der Unterstützung von Kolleginnen gewiß zu sein:

"Die Fortbildung hat mir viele Anregungen gegeben für meine weitere Arbeit. Kontakte zu anderen Einrichtungen zu knüpfen und dort einen persönlichen Ansprechpartner zu haben."

"Mir fällt auf, daß die Veranstaltung nicht darin endete, daß alle ein Gefühl von Hoffnungslosigkeit hatten, sondern daß dort viel an Energie und Hoffnung verbreitet wurde, im kleinen Rahmen etwas verändern zu können."

5. Erfolg der Fortbildung für die berufliche Praxis der Teilnehmerinnen (Erfolgsevaluation)

Im Nachgang zu jeder Fortbildung (nach 8-10 Wochen) wurden die Teilnehmerinnen gebeten, eine schriftliche Einschätzung zum Fortbildungsverlauf und zur Umsetzbarkeit der erworbenen Anregungen und Erkenntnisse zu geben, die sich an einem Leitfaden orientierte (vgl. Bd. 2 der Projektdokumentation). Über die Hälfte der Teilnehmerinnen (39) haben an diesem Teil der Auswertung teilgenommen. Die Beantwortung bedeutete eine zusätzliche Arbeit, die im eng gesteckten Zeitrahmen der beruflichen Tätigkeit eine weitere Belastung darstellte. Wie sehr die Beraterinnen an der Entwicklung und Umsetzung frauenspezifischer Ansätze in der täglichen Praxis interessiert sind, machte die hohe Zahl der Rückmeldungen deutlich. An dieser Stelle soll allen Teilnehmerinnen noch einmal für ihre aktive Mitarbeit gedankt werden.

Als problematisch ist die jeweils kurze Zeitspanne zwischen Fortbildungsende und Erhebungszeitpunkt anzusehen. Acht bis zehn Wochen sind oftmals nicht ausreichend, um Ideen und Anregungen aus der Fortbildung tatsächlich schon in die Praxis zu überführen. Die Zeitspanne konnte jedoch im Hinblick auf das Projektende nicht verlängert werden. Es kann daher nur über **erste Schritte** der Realisierung von frauenspezifischer Arbeit berichtet werden.

Bei den Einschätzungen handelt es sich um frei formulierte Berichte verschiedener Länge, die sich größtenteils an die vorgegebene Struktur anlehnen, in Einzelfällen aber auch weitergehende Informationen enthalten.

Zum Zwecke der Auswertung wurden die Äußerungen den entsprechenden Fragen des Leitfadens zugeordnet und nach Kategorien zusammengestellt. Einige Teilnehmerinnen äußerten sich nicht zu allen Fragen, andererseits gibt es auch Mehrfachnennungen zu bestimmten Bereichen.

5.1 Die Ergebnisse im einzelnen

Die folgenden Auswertungsergebnisse sind entsprechend der Fragenkomplexe gegliedert, die den Teilnehmerinnen für ihre Praxisberichte an die Hand gegeben wurden.

5.1.1 Ideen und Anregungen

Fast alle Teilnehmerinnen beantworteten diesen Teil positiv. Zwei Einschätzungen aus der ersten Fortbildung (Mai 1992) bilden eine Ausnahme: Eine Teilnehmerin sieht für sich "eher" keinen Effekt, eine andere kann lediglich einen Zuwachs auf der Ebene des Wissenserwerbs verzeichnen, hat darüber hinaus "kaum" Anregungen mitgenommen. Alle anderen Teilnehmerinnen haben auf verschiedenen Ebenen von der Fortbildung für ihre berufliche Praxis profitiert.

Fünfzehn Teilnehmerinnen haben die Erkenntnis gewonnen, daß **frauenspezifische Arbeit in der Suchtberatung von großer Wichtigkeit** ist. So wurde beispielsweise geäußert:

"Durch die Fortbildung ist mir deutlich geworden, was ein frauenspezifischer Ansatz ist und welche Bedeutung er hat!"

"Die Form der Fortbildung, ein Seminar von Frauen für Frauen zur Frauenthematik war für mich eine neue Erfahrung und verdeutlichte mir, was ein geschlechtsspezifischer Ansatz bedeutet."

Vierzehn Teilnehmerinnen gaben an, konkrete **Veränderungen** in ihren jeweiligen Einrichtungen **anzustreben**.

Elf Teilnehmerinnen planen die Etablierung einer Frauengruppe für Klientinnen. Teilweise haben sie bereits Vorstellungen entwickelt, mit welchem thematischen Schwerpunkt sich die geplante Gruppe beschäftigen soll. So soll z.B. eine Gruppe zum Thema "Selbstbewußtsein und Selbstvertrauen" arbeiten, eine weitere Beraterin möchte ein Angebot zum Thema "Eßstörungen" aufbauen. Zwei Teilnehmerinnen wollen ein Konzept für eine Angehörigengruppe erarbeiten, ein weiteres Thema soll sein "Weibliche Identität" bzw. "Sexualität".

Einen **Erwerb von Wissen und Information** zum Zusammenhang "Frauen und Sucht" stellen zwölf Teilnehmerinnen fest. Darüber hinaus ist ein Wissens- und Informationszuwachs in vielen anderen Äußerungen enthalten, die eine Handlungsorientierung beschreiben.

"Besonders wichtig an der Fortbildungsveranstaltung "Frauen und Sucht" war mir, meinen theoretischen Wissensstand und meine praktischen Erfahrungen in diesem Bereich überprüfen und besser sortieren zu können."

"Mir ist bewußter geworden, was ein geschlechtsspezifischer Ansatz in der Arbeit mit Klienten bedeutet."

Dreizehn Teilnehmerinnen fühlen sich zu **Vernetzungsaktivitäten** ermuntert. Sie wollen mit Kolleginnen (auch aus der Fortbildung) Arbeitskreise bilden bzw. in bestehenden Arbeitskreisen zum Thema "Frauen und Sucht" mitarbeiten. Auch wird ein eher informeller Kontakt zu bestimmten Fortbildungsteilnehmerinnen angestrebt.

"Der Austausch mit Frauen aus den verschiedensten Institutionen hat mir viel Spaß gemacht und somit auch meine Motivation gesteigert, weiteren engeren Austausch zu pflegen."

"(Ich habe) Mut gewonnen zur Bildung eines Arbeitskreises."

Zu einer (verstärkten) **Reflexion ihrer Rolle als Frau und Beraterin** sind zehn Teilnehmerinnen angeregt worden. Diesem Effekt kommt eine besondere Wichtigkeit zu, da er in die Beratungskompetenz der Teilnehmerinnen in bezug auf frauenspezifische Arbeit eingeht.

Äußerungen dazu:

"Während dieser Fortbildung ist mir mal wieder klar geworden, wieviel die Arbeit mit Frauen im Suchtbereich (...) immer mit mir zu tun hat, mit welchem Bewußtsein ich als Frau lebe, mit welcher Nähe und Distanz ich Menschen in meiner Arbeit begegnen kann."

"Mir wird immer wieder deutlich, wie sehr das Verhalten von Frauen (auch mein Verhalten) und auch Erkrankungen von Frauen, nicht nur Suchterkrankungen, sondern auch psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit der Frauenrolle und dem Frausein in unserer Gesellschaft stehen."

Sieben Teilnehmerinnen beschreiben einen **Zuwachs an Selbstbehauptungsfähigkeiten** in bezug auf die Forderung nach Ressourcen und Freiräumen für frauenspezifische Arbeit. Diese Forderungen richten sich vorrangig an KollegInnen und Leiter. Zwei Teilnehmerinnen wollen darüber hinaus die Thematik "Frau und Sucht" auch nach außen hin energischer vertreten.

"Es gibt keinen Grund, mich für einen solchen (frauenspezifischen) Blickwinkel gegenüber Kollegen oder Arbeitgeber zu rechtfertigen! Es hat mir die entsprechende Sicherheit gegeben."

"Durch die Fortbildung ist mir schon einiges an Argumentationshilfen (für frauenspezifische Arbeit, d. Verf.) an die Hand gegeben worden."

Ihr **inhaltliches Interesse an der Thematik "Frauen und Sucht"** sehen vier Teilnehmerinnen gestärkt. Es ist wiederum davon auszugehen, daß dieser Effekt bei den meisten Teilnehmerinnen eingetreten ist, die dies jedoch nicht ausdrücklich formuliert haben.

"Zunächst trat verstärkt das Interesse auf, mich mit verschiedenen Themen der Fortbildung intensiver zu beschäftigen. Literatur zum Bereich sexueller Mißbrauch und geschlechtsspezifische Sozialisation haben mich besonders gefesselt."

5.1.2 Veränderungen im beruflichen Alltag

Dieser Bereich zielt im Gegensatz zu dem in Pkt. 5.1.1. beschriebenen darauf ab, konkrete Veränderungen zu beschreiben, die im Nachgang der Fortbildungen von den Teilnehmerinnen in ihrem Arbeitsfeld initiiert bzw. wahrgenommen worden sind.

Zweiundzwanzig Teilnehmerinnen nehmen eine **Erhöhung ihrer Beratungskompetenz** in der Arbeit mit Frauen wahr. Der Zusammenhang zwischen den Lebensbedingungen von Frauen und der Suchtentwicklung ist ihnen deutlicher geworden und bewirkt eine größere Sensibilität im Umgang mit Klientinnen. Sexueller Mißbrauch und Gewalterfahrungen werden zunehmend thematisiert.

"Obwohl diese eine Woche natürlich nur ein erster Einstieg sein konnte, habe ich eine entschieden bessere Sensibilität dafür entwickeln können (für das Thema "Sex. Mißbrauch", d.Verf.) und mit einigen Frauen und übrigens auch zwei Männern über einen

Zusammenhang ihrer Sucht und dem Mißbrauch gesprochen, ohne daß diese jemals vorher das Thema angesprochen haben."

"Ich bin verständnisvoller geworden und achte mehr auf "leise" Töne."

Acht Teilnehmerinnen konnten **frauenspezifische Inhalte in die Diskussion in der eigenen Einrichtung einbringen** bzw. in die Öffentlichkeit tragen:

"Nach der Fortbildung hatte ich anhand meiner umfangreichen Notizen und der 'Mißbrauchsliste' zunächst im therapeutischen Team eine interne Fortbildung durchgeführt; eine weitere ist geplant für das gesamte Team, wenn ich meine Unterlagen entsprechend aufgearbeitet habe. Seither sind auch die KollegInnen für das Thema sensibilisiert, während vorher dieses Thema nie angesprochen wurde."

"Bei Fallbesprechungen, Teamsitzungen, Supervision, ist der geschlechtsspezifische Ansatz im Umgang mit Klientinnen regelmäßiges Thema."

Acht Teilnehmerinnen haben konkrete Schritte unternommen, um sich mit Kolleginnen zu **vernetzen**: zwei Teilnehmerinnen haben sich bestehenden Arbeitskreisen angeschlossen, eine hat mit anderen Fortbildungsteilnehmerinnen einen neuen regionalen Arbeitskreis gegründet, vier Beraterinnen haben ihren Kontakt zu Kolleginnen aus anderen Einrichtungen intensiviert und eine weitere Beraterin arbeitet jetzt verstärkt mit lokalen Frauenberatungsstellen zusammen.

Frauenförderliche Bedingungen in den jeweiligen Einrichtungen konnten sechs Teilnehmerinnen durchsetzen. Eine Beraterin achtet nunmehr darauf, daß "bestimmte" Klientinnen einer Therapeutin zugeordnet werden. In einer weiteren Einrichtung konnte durch die Beraterin erreicht werden, daß den Klientinnen ein Wahlrecht bezüglich des Geschlechts des/der TherapeutIn eingeräumt wird. Eine weitere Teilnehmerin arbeitet seit der Fortbildung vorwiegend mit Klientinnen.

Sechs Teilnehmerinnen konnten **Frauenangebote etablieren** bzw. befinden sich zum Zeitpunkt der Erhebung in der Vorbereitungsphase. Zwei Frauengruppen waren zum Erhebungszeitpunkt bereits etabliert, drei weitere Gruppen und ein frauenspezifisches Beratungsangebot befanden sich in der Konzeptionierungsphase.

Die Frage, ob die Veränderungen im beruflichen Alltag mit der Fortbildung in Zusammenhang stehen, wurde von fast allen Teilnehmerinnen mit "ja" beantwortet. Fünf Teil-

nehmerinnen bilden die Ausnahme: Drei Beraterinnen führen die Veränderung in ihrem Arbeitsfeld nur teilweise auf die Fortbildung zurück. Für eine dieser Teilnehmerinnen hat daneben der Ausbau der Beratungsstelle einen positiven Effekt in bezug auf die geschlechtsspezifische Arbeit gehabt. Eine weitere Teilnehmerin ist sich nicht klar darüber, inwieweit die Entwicklungen in ihrer Arbeit mit der Fortbildung in Zusammenhang stehen. Eine Beraterin äußerte, daß sie keinerlei Lernzuwachs aus der Fortbildung verzeichnen könne.

5.1.3 Von den Teilnehmerinnen erlebte Barrieren und Widerstände bei der Durchsetzung von Veränderungen

Acht Teilnehmerinnen verneinten diese Frage. Über derartige Schwierigkeiten berichteten 24 Teilnehmerinnen. Als häufigstes Problem wird die **Ablehnung frauenspezifischer Ansätze durch KollegInnen, Leitungen und Träger** von sechzehn Beraterinnen genannt. Eine Frau stieß dabei auf Unverständnis auch bei Kolleginnen, bei allen anderen fehlte die Akzeptanz von männlichen Kollegen/Leitern. Eine Beraterin beschreibt derartige Probleme mit dem Träger der Einrichtung.

"Ein Teil der männlichen Kollegen können und wollen frauenspezifische Sichtweisen und Ansätze nicht tolerieren, ziehen z.B. den Sinn und Zweck von reinen Frauentherapien nicht nur in Frage, sondern lehnen diese ganz ab."

"Die meisten Schwierigkeiten erlebe ich im Kontakt mit Kollegen. Eine vernünftige Sachdiskussion ist kaum möglich, da oftmals mit Abwertung, Nichtsehenwollen, Ängsten etc. reagiert wird. Es kann anscheinend überhaupt nicht nachvollzogen werden, daß ein Frauenarbeitskreis von und nur für Frauen eingerichtet werden soll. Die Kollegen wollen dies natürlich verhindern. Ich muß noch erwähnen, daß die meisten Kolleginnen (...) auch nicht zu überzeugen sind."

Sechs Beraterinnen können frauenspezifische Arbeit nicht realisieren, weil sie unter **Arbeitsüberlastung** leiden und ihnen erforderliche **Zeitkapazitäten fehlen** bzw. nicht zugewillt werden. Frauenspezifische Ansätze können nur als zusätzliches Angebot, wenn überhaupt, entwickelt werden, sie sind nicht in das therapeutische Konzept der Beratungsstelle integriert. Auch hierdurch drückt sich eine mangelnde Akzeptanz für frauenspezifische Arbeit durch Kollegen und Leiter aus.

"Meine Ideen kann ich nicht realisieren, weil mir einfach die Zeit fehlt. Es ist mir zur Zeit nicht möglich, aus der Alltagsroutine auszubrechen und neue Projekte zu planen, da wir aufgrund ansteigender Klientenzahlen noch nicht einmal die notwendige Beratungsarbeit leisten können."

Eine **mangelnde Anerkennung der Professionalität durch Kollegen** sehen drei Teilnehmerinnen als Hindernis bei der Umsetzung ihrer Ideen aus der Fortbildung. Sie können Veränderungswünsche bezüglich ihrer Arbeit und Einrichtung nicht durchsetzen.

"Mit allem, was ich tue, stoße ich immer wieder auf die gleiche Schwierigkeit, und dies hängt mit meiner Rolle als Frau und der Sicht der Gesellschaft, was eine Frau tun und lassen sollte, zusammen."

Zwei Beraterinnen benennen die **Ablehnung einer Frauentherapie durch Klientinnen** als Schwierigkeit für eine frauenspezifische Arbeit. Die betreffenden Klientinnen empfinden eine "männerlose" Therapieeinrichtung als "unnatürlich".

Eine weitere Teilnehmerin äußerte, sie habe Schwierigkeiten bei der Realisierung ihres Konzeptes auf allen Ebenen: strukturell, finanziell und inhaltlich.

5.1.4 Bedingungen zur Durchsetzung frauenspezifischer Ansätze in der Suchtarbeit

Zwanzig Teilnehmerinnen halten weitere **Fortbildungen** für wichtig, um frauenspezifische Suchtarbeit leisten zu können. Davon streben drei Beraterinnen therapeutische Zusatzausbildungen an, dreizehn Teilnehmerinnen wünschen sich spezifische Fortbildungsangebote zur Thematik "Frauen und Sucht". Drei Beraterinnen weisen ausdrücklich darauf hin, daß Fortbildung nicht ihre "Privatsache" sei und fordern entsprechende Ressourcen (Freistellung, Finanzierung).

Eine **Förderung der Akzeptanz frauenspezifischer Arbeit durch PolitikerInnen und FunktionärInnen** auf allen Ebenen fordern neunzehn Teilnehmerinnen. Vier Beraterinnen wünschen sich in diesem Zusammenhang eine größere Teilhabe von Frauen in politischen Gremien.

"Insgesamt gesehen finde ich es für die Realisierung frauenspezifischer Suchtarbeit wichtig, daß sowohl auf politischer als auch institutioneller Ebene die Bedeutung von geschlechtsspezifischen Ansätzen, nicht nur im Suchtbereich, akzeptiert wird. Dazu gehört für mich auch, daß Frauen entsprechend an Entscheidungen beteiligt werden und in entsprechenden Positionen vertreten werden."

Zwölf Teilnehmerinnen fordern regelmäßige **Supervision**. Davon legen fünf Beraterinnen Wert auf eine spezifische Frauensupervision.

"Supervision, die die strukturellen Bedingungen, unter denen Frauen arbeiten, miteinbezieht. Ansonsten kommen gerade Frauen wieder zu den Gedanken: Wenn ich nur besser qualifiziert wäre, mehr tue etc., dann wird meine Arbeit auch besser. Das sehe ich häufig bei Freundinnen, die in der sozialen Arbeit tätig sind."

"Hier würde ich mir wünschen, daß frauenspezifische Supervision angeboten werden würde, weil man ja so schnell selbst wieder die frauenspezifische Sichtweise verliert."

Eine **bessere personelle Ausstattung** und **mehr Zeitkapazitäten** sehen sieben Teilnehmerinnen als Voraussetzung für die Etablierung frauenspezifischer Ansätze in ihrer Einrichtung an.

"Ich habe kaum Zeit, z.B. Frauengruppen oder Angebote für Frauen anzubieten, weil die anderen Aufgaben dann vernachlässigt werden."

Änderungen in der Personalstruktur der Einrichtung sehen acht Beraterinnen in bezug auf die Realisierung von Frauen-Suchtarbeit als notwendig an. Vier Teilnehmerinnen fordern eine Festschreibung von Frauenarbeit in Stellenplänen und Arbeitsplatzbeschreibungen. Drei Teilnehmerinnen arbeiten ausschließlich mit männlichen Kollegen und wünschen sich eine Kollegin im Team, um nicht "Einzelkämpferin" zu sein. Eine weitere Frau hält eine paritätische Besetzung des Teams durch Frauen und Männer für sinnvoll.

Neun Teilnehmerinnen halten die **Einrichtung von (Schutz-) Räumen für Frauen** für wichtig.

"Die Realisierung der frauenspezifischen Suchtarbeit wäre eher gewährleistet, wenn sich auf der institutionellen Ebene einiges verändern würde sowie räumliche Bedingungen (...) gewährleistet wären."

Zwei Teilnehmerinnen sehen eine **konstruktivere Zusammenarbeit mit Leistungsträgern** als Voraussetzung für die Etablierung von Frauen-Suchtarbeit an.

Einen **politischen Kurswechsel in der Drogenpolitik** mit dem Ziel der Entkriminalisierung fordern zwei Beraterinnen.

"Auf der politischen Ebene würde ich mir eine Gesetzesänderung wünschen, die es endlich ermöglicht, Drogenabhängige zu entkriminalisieren und ihnen auch moralisch den Status der Behandlungsbedürftigkeit im psychologischen und medizinischen Sinn zuzuschreiben. Dann wäre es vielleicht einfacher, auch über ungewöhnliche Projekte nachzudenken und sie zu initiieren."

Eine Teilnehmerin betonte zusätzlich, daß mehr **Forschungen zum Thema "Frauen und Sucht"** die frauenspezifische Arbeit in der Praxis fördern würde.

5.1.5 Vernetzung

Bereits während der Fortbildung haben die Teilnehmerinnen erkannt, wie wichtig die Unterstützung durch Kolleginnen (auch - und gerade - außerhalb der eigenen Institution) bei der Verwirklichung frauenspezifischer Suchtarbeit ist. Die Gewißheit des Rückhalts und das Gefühl, durch den Austausch untereinander wieder neuen Mut und Kraft für die selbst gesetzten Aufgaben zu erlangen, motivierte die Teilnehmerinnen, die während der Fortbildung geknüpften Kontakte aufrechtzuerhalten. Tatsächlich haben dies zwanzig Teilnehmerinnen realisiert bzw. kooperieren mit anderen Kolleginnen aus ihrem berufsspezifischen Umfeld. Einige Teilnehmerinnen haben sich den regionalen Arbeitskreisen "Frauen und Sucht" angeschlossen bzw. sind dem Verein "Frauen und Sucht NW" beigetreten.

5.2 Gesamtbewertung des Fortbildungserfolges für die berufliche Praxis durch die Teilnehmerinnen

Eine Zusammenfassung der **häufigsten** Äußerungen ergibt, daß die Beraterinnen durch die Fortbildung für die spezifischen Probleme süchtiger Frauen sensibilisiert worden sind. Diese Erkenntnis führte häufig zur Reflexion des eigenen Beratungssettings in der Arbeit mit Frauen sowie zu Veränderungswünschen bezüglich der Rahmenbedingungen für die Beratungsarbeit in den Einrichtungen. Viele Teilnehmerinnen haben erkannt, daß sie zur Durchsetzung struktureller Veränderungen Zusammenarbeit und Unterstützung mit/von Kolleginnen benötigen.

Im Zeitraum zwischen Fortbildungsteilnahme und Befragung haben schon (in bezug auf die kurze Zeitspanne in einem erstaunlichen Umfang) Veränderungen in bezug auf die eigene Beratungskompetenz sowie die Reaktionen in der eigenen Einrichtung (z.B. Bildung von Frauengruppen) stattgefunden. Ebenso sind Vernetzungsaktivitäten entwickelt worden.

Bei der Umsetzung von Veränderungswünschen stießen die Beraterinnen vor allem auf folgende Schwierigkeiten: Ablehnende Haltungen von KollegInnen (im wesentlichen von Kollegen) und Leitern sowie Arbeitsüberlastung erschwerten bzw. verhinderten die Realisierung neuer Konzepte. Nach Meinung der Befragten habe eine frauenspezifische Arbeit erst dann eine angemessene Chance, wenn

- es adäquate Fortbildungsmöglichkeiten und Supervisionsangebote gäbe
- größere politische und gesellschaftliche Akzeptanz für frauenspezifische Arbeit bestünde (auch in den Institutionen)
- eine bessere personelle Ausstattung der Beratungsstellen vorhanden sei.

6. Zusammenfassende Gesamtbewertung und Empfehlungen

Im Folgenden wird abschließend eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse des Fortbildungsprojekts "Frauen und Sucht" vorgenommen. Dabei erfolgt zunächst eine Bewertung der fünfmal durchgeführten Fortbildung und in einem zweiten Schritt werden Empfehlungen ausgesprochen, die sich aus der wissenschaftlichen Begleitung sowie den Gesprächen mit Expertinnen und Teilnehmerinnen ergeben haben.

6.1 Zusammenfassende Gesamtbewertung der Fortbildung

Als Fazit des durchgeführten Fortbildungsprojekts läßt sich feststellen, daß diese einwöchige Fortbildung von den Teilnehmerinnen insgesamt positiv bewertet wurde und vielfältige Anregungen für die berufliche Praxis gewonnen und in unterschiedlichster Weise schon umgesetzt wurden.

Nach den Ergebnissen der Auswertung (teilnehmende Beobachtung, Auswertungsgespräche, Bewertungsfragebögen, Erfahrungsberichte der Teilnehmerinnen) lassen sich folgende Entwicklungen festhalten:

Förderung des inhaltlichen Interesses am Thema "Frauen und Sucht"

Für die meisten Teilnehmerinnen handelte es sich um kein neues Thema. Dennoch hat die Fortbildung zu einem verstärkten Interesse an der Beschäftigung mit den inhaltlichen Kriterien für eine geschlechtsspezifische Suchtarbeit geführt.

Ansatzweise bekannt sind Aussagen zur weiblichen Sozialisation und zu Lebensbedingungen sowie zur Suchtentstehung bei Frauen, wie sie in der Forschungsliteratur rezipiert werden. Für die Teilnehmerinnen war aber wichtig, daß sie sich durch Vorträge und gemeinsamen Austausch noch einmal ihrer Analysen und Erfahrungen aus der eigenen Praxis vergewissern konnten und damit die Grundlage für weitere Handlungsorientierungen für eine frauenspezifische Therapie- und Beratungsarbeit geschaffen wurde.

Zudem bot der den Teilnehmerinnen zur Verfügung gestellte Reader die Möglichkeit, sich vorab oder auch im Anschluß an die Fortbildung noch einmal vertiefend mit dem Thema zu befassen.

Erwerb von praxisrelevantem Wissen über frauenspezifische Beratungsarbeit

Es besteht ein großes Bedürfnis nach in die Praxis umsetzbarem neuerem Wissen. Dieses Bedürfnis konnte durch die Fortbildung nur teilweise realisiert werden. Insbesondere den Mitarbeiterinnen mit längeren Erfahrungen in der Suchtarbeit konnte - aufgrund der ungenügenden Forschungslage - wenig "Neues" vermittelt werden: Dies betrifft vor allem die Entwicklung von Beratungs- und Therapieansätzen für suchtmittelabhängige Frauen. Dennoch war die Fortbildung, um es mit einer Teilnehmerin zu sagen, "ein Anfang für Berufsanfängerinnen und ein guter Überblick für erfahrene Kolleginnen."

Die Erfahrungsberichte der Referentinnen aus der Praxis zum Thema "Sexueller Mißbrauch und Gewalterfahrungen suchtmittelabhängiger Frauen", "Konzeptionelle Grundsätze frauenspezifischer Suchtarbeit" sowie "Möglichkeiten und Grenzen frauenspezifischer Suchtarbeit in gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen" und "Netzwerkbildung" stießen auf uneingeschränkt großes Interesse bei den Teilnehmerinnen. Die Erfahrungsberichte der Praktikerinnen dienten als Basis für die Erarbeitung von Handlungsalternativen zur bestehenden Beratungspraxis.

Die Teilnehmerinnen wünschten sich weitere Fortbildungen, die sich dem Thema "Frauen und Sucht" widmen. Es traten bei den einzelnen Themen Fragen und Diskussionspunkte auf, die einer Vertiefung des Themas bedurft hätten. So sind alle Teilnehmerinnen, die sich an der Auswertung beteiligt haben, sehr daran interessiert, weitere aufbauende Fortbildungen zu besuchen.

Daher möchten wir an dieser Stelle anregen, diese Fortbildung als Basisveranstaltung zum Thema "Frauen und Sucht" zu betrachten und hierauf aufbauend eine längerfristige Fortbildung im Sinne eines Lehrgangs durchzuführen. So könnte z.B. einem Themenkomplex eine ganze Veranstaltungswoche gewidmet werden, womit gewährleistet wäre, daß die Themen einigermaßen erschöpfend bearbeitet werden könnten.

Erfahrungsaustausch über die Arbeit in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe

Bei den Fortbildungsteilnehmerinnen besteht ein Informationsdefizit bezüglich der Konzeption und Arbeitsansätze von Entzugs- und Therapieeinrichtungen in NRW, vorhandene stationäre Frauen-Therapieeinrichtungen im Bundesgebiet, Überweisungs- und Fi-

finanzierungsmodalitäten u.a.m.. Mitunter waren die Teilnehmerinnen auch wenig mit der Arbeit anderer Einrichtungen vertraut, z.B. wußten die Teilnehmerinnen aus Beratungsstellen wenig über die frauenspezifischen Probleme im stationären Bereich oder in niedrigschwelligen Einrichtungen.

Dieses Defizit konnte durch Erfahrungsaustausch der Teilnehmerinnen untereinander, aber auch durch die Informationen einzelner Referentinnen aus Praxiseinrichtungen und Vertreterinnen des Vereins "Frauen und Sucht NW" verringert werden.

Benennen von Handlungsbarrieren zur Umsetzung frauenspezifischer Suchtarbeit in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe

Durch die Reflexion des eigenen Arbeitsalltags und der institutionellen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen konnten sich häufig ähnelnde Strukturen benannt werden, die eine Umsetzung frauenspezifischer Suchtarbeit behindern.

Es wurde z.B. festgestellt, daß viele männliche Kollegen lieber mit weiblichen als mit männlichen Klienten arbeiten und daher die Überweisung einer Klientin an eine Kollegin verhindern. So äußerten die Teilnehmerinnen, daß männliche Kollegen oft auch deshalb der Bildung einer Frauentherapiegruppe nicht zustimmen würden, weil sie sich dann dazu gezwungen sähen, reine Männergruppen zu bilden. Frauen verbesserten das soziale Klima in der Gruppe und leisteten viel "Beziehungsarbeit".

Weibliche Klienten sind in gemischt-geschlechtlichen Gruppen fast immer in der Minderheit. Sie schließen sich meist dem "stärksten Mann" in der Gruppe an, um vor den Übergriffen der anderen geschützt zu sein. Durch diese Situation potenziert sich aber das Problem der Frauen: Sie sprechen nicht über ihren ggf. erfahrenen sexuellen Mißbrauch und liefern sich wieder einem potentiellen Vergewaltiger aus. Durch die Aufrechterhaltung solcher Gruppenkonstellationen ist nicht nur der Mißerfolg der Therapie vorauszusehen, sondern sie hält auch (andere) Frauen ab, in solche Therapien zu gehen.

Förderung der Kooperation von Kolleginnen Vernetzung und Motivation zur Umsetzung frauenspezifischer Suchtarbeit

Durch die Fortbildung wurden die Teilnehmerinnen zur Umsetzung frauenspezifischer Arbeit in ihren Einrichtungen motiviert und sind teilweise bereits initiativ geworden.

Es wurde ein großes Bedürfnis nach Kooperation mit Kolleginnen der eigenen aber auch anderer Einrichtungen festgestellt. Von einer derartigen Kooperation wird eine gegenseitige Unterstützung zur Durchsetzung frauenspezifischer Ansätze erwartet. Wie die Evaluationsergebnisse deutlich machen, haben sich verschiedene kleinere informelle Gruppen und Arbeitsbeziehungen aus dem Kreis der Teilnehmerinnen zusammengefunden, die sich regelmäßig austauschen.

Eine besonders große Rolle spielt dabei die Bildung von institutionalisierten Netzwerken, die sich regelmäßig zu einem Erfahrungsaustausch über ihre Arbeit und zur Umsetzung suchtpolitischer Zielsetzungen treffen.

Um das Thema "Frauen und Sucht" allerdings hinreichend und in seinen zahlreichen Aspekten in Form einer Weiterbildungsmaßnahme darzustellen, bedarf es mehr als eine einwöchige Fortbildung leisten kann. Daher möchten wir an dieser Stelle betonen, daß die Fortbildung nur als eine **Basisveranstaltung** betrachtet werden kann, die zu einer vertiefenden Fortbildung - im Sinne eines längerfristigen Lehrangebots - führen sollte.

6.2 Empfehlungen

Um frauenspezifische Arbeit in den Suchthilfeeinrichtungen Nordrhein-Westfalens langfristig zu sichern, wären folgende Rahmenbedingungen wünschenswert:

- *Supervision*

Die Mitarbeiterinnen in den Suchthilfeeinrichtungen sind emotional sehr stark belastet (dies trifft in verstärktem Maße auf die Mitarbeiterinnen zu, die überwiegend in der Arbeit mit illegal Abhängigen tätig sind). Diese Belastung sollte durch ein vom Träger finanziertes (frauenspezifisches) Supervisionsangebot aufgefangen werden.

- *Kostenlose Fachfortbildung*

Weitere Fortbildungen zur Thematik "Frauen und Sucht" sind unbedingt erforderlich, um vertiefte Kenntnisse zu spezifischen Problemkreisen zu vermitteln. Solche Veranstaltungen dienen ebenfalls dazu, die Beraterinnen in der Umsetzung frauenspezifischer Arbeit zu unterstützen.

enspezifischer Konzepte zu unterstützen. Die Fortbildungen sollten entsprechende Handlungsorientierungen aufzeigen und einüben.

Erforderliche Zusatzausbildungen müssen in der Regel ganz oder teilweise von den MitarbeiterInnen selbst finanziert werden. Diese Kosten sollten von den Trägern übernommen werden.

- *Förderung der Akzeptanz frauenspezifischer Arbeit*

Die Akzeptanz von frauenspezifischer Arbeit sollte durch eine Verdeutlichung des Stellenwertes gegenüber Trägern und Leitungen von Suchthilfeeinrichtungen erhöht werden. Hier scheint eine offensive Öffentlichkeitsarbeit sinnvoll.

- *Netzwerkbildung*

Die Vernetzungsaktivitäten von Mitarbeiterinnen sollten durch Zurverfügungstellung von Zeitkapazitäten während der Dienstzeit unterstützt werden.

- *Planstelle für Frauenarbeit*

Durch Ausweisung von Planstellen für Frauen-Suchtarbeit in gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen kann eine kontinuierliche frauenspezifische Arbeit gesichert werden.

- *Einrichtung von Suchtberatungsstellen für Frauen*

Durch die Einrichtung zusätzlicher Frauen-Suchtberatungsstellen - vor allem in stark frequentierten Regionen - haben Klientinnen eine direkte Anlaufstelle, die ihnen signalisiert, daß sie hier vor männlichen Zugriffen geschützt sind. Frauen-Therapieeinrichtungen schaffen die notwendigen Rahmenbedingungen für eine frauengerechte Suchtberatung und -therapie.

- *Wahlmöglichkeiten für Klienten und Klientinnen*

Es sollte flächendeckend eine Wahlmöglichkeit zwischen einer weiblichen und einem männlichen Berater/Therapeuten in gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen bestehen.

- *Konzeptionelle Kontinuität in Beratung und Therapie*

Eine frauenspezifische Beratung sollte durch eine entsprechende Angebotsstruktur im Entzug und in der ambulanten und stationären Therapie ergänzt werden. Dies macht u.a. die Einrichtung von Plätzen notwendig, die speziell für Frauen reserviert sind und von entsprechend geschultem Personal betreut werden. Ebenso ist es erforderlich, die Kooperation zwischen Beratungsstellen und stationären Einrichtungen der Suchthilfe

(Entzug und Therapie) zu stärken und die Frauensuchthilfe konzeptionell aufeinander abzustimmen. Die Mitarbeiterinnen der Beratungsstellen benötigen umfassendere Informationen zu Konzepten und Aufnahmemodalitäten solcher Einrichtungen.

- *Bessere personelle Ausstattung der Beratungsstellen und Veränderung der Personalstruktur*

In einigen Beratungsstellen sind fehlende Personalkapazitäten ein Hindernis für die Umsetzung neuer Konzepte. Nach unserer Befragung haben in fast allen Beratungsstellen Männer die Leitungsfunktion inne; hiervon gehen häufig negative Effekte bezüglich der Etablierung frauenspezifischer Angebote aus. Es ist wünschenswert, stark frequentierten Beratungsstellen mehr personelle Kapazitäten zur Verfügung zu stellen sowie Leitungsstellen verstärkt mit Frauen zu besetzen.

- *Verbesserung der Forschungslage zur Thematik "Frauen und Sucht"*

Kenntnisse zur Suchtentstehung und Ausstiegsprozessen unter Berücksichtigung der Geschlechterdifferenz sind nur ansatzweise vorhanden. Entsprechende Forschungen bilden jedoch die Grundlage für die Weiterentwicklung geschlechtsspezifischer Beratungs- und Therapiekonzepte.

7. Literatur

Arnold, Rolf: Erwachsenenbildung. Hohengehren 1991.

Beck, Ulrich: Risikogesellschaft. Frankfurt/Main 1986.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht. Geesthacht 1991.

Ernst, Andrea: Schlucken und Schweigen. Zur Medikalisierung von Frauenproblemen mit Psychopharmaka. In: Stahr, Ingeborg/Jungk, Sabine/Schulz, Elke (Hrsg.): Frauen-Gesundheitsbildung. Grundlagen und Konzepte. Weinheim/München 1991, S. 90 - 101.

Ernst, Andrea / Füller, Ingrid: Schlucken und Schweigen. Wie Arzneimittel Frauen zerstören können. München 1990.

Feselmayer, Senta / Beiglböck, Wolfgang: Der Einfluß des sozialen Umfeldes für die Abhängigkeitsentwicklung von Männern und Frauen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Abhängigkeit bei Frauen und Männern. Freiburg i.Br. 1990, S. 23 - 37.

Glaeske, Gerd: Geschlechtsspezifische unterschiedliche Inanspruchnahme des medizinischen Systems als Voraussetzung von Suchtentstehung. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Abhängigkeit bei Frauen und Männern. Freiburg i.Br. 1990, S. 256-269.

Glaeske, Gerd: Medikamente. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht '92. Geesthacht 1991, S. 35- 48.

Hagemann-White, Carol: Sozialisation: Weiblich-männlich?. Opladen 1984.

Hanel, Elke: Haben Frauen schlechtere Chancen? Verlauf und Ergebnisse der Entwöhnungsbehandlung bei Drogenabhängigen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Abhängigkeit bei Frauen und Männern. Freiburg i. Br. 1990, S. 133-140.

Hedrich, Dagmar: Drogenabhängige Frauen und Männer. In: Kindermann, Walter et al.: Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Freiburg i.Br. 1989, S. 193 - 234.

Heinrich, Gisela: Feministische Drogentherapie. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Drogenpolitik und Drogenhilfe. Freiburg i.Br. 1991, S. 162-175.

Knapp, Gudrun-Axeli: Arbeitsteilung und Sozialisation: Konstellationen von Arbeitsvermögen und Arbeitskraft im Lebenszusammenhang von Frauen. In: Beer, Ursula (Hrsg.): Klasse Geschlecht. Feministische Gesellschaftsanalyse und Wissenschaftskritik. 2. Aufl., Bielefeld 1989, S. 267-306.

Kreyssig, Ulrike/Kurth, Anne: Daneben gelebt Drogenabhängige Mädchen und ihre Lebenswelt. In: Fromm C. u.a. (Hrsg.): Alltagsbewältigung. Rückzug-Widerstand?. Opladen 1984, S. 49-102.

- Mebes, Marion/Jeuck, Gabi (Hrsg.): Sucht. Schriftenreihe Sexueller Mißbrauch, Bd. 2. Berlin 1989.
- Merfert-Diete, Christa: Feministische Ansätze in der Suchtbehandlung. In: Arbeitsgemeinschaft für die Planung und Koordinierung psychosozialer Einrichtungen in Essen (Hrsg.): Suchtprobleme einer Großstadt - Forderungen und Wirklichkeit. Essen 1993, S. 67-74.
- Merfert-Diete, Christa/Soltau, Roswitha (Hrsg.): Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit. Reinbek b. Hamburg 1984.
- Nyssen, Elke: Aufwachsen im System der Zweigeschlechtlichkeit. In: Metz-Göckel, Sigrid/Nyssen, Elke: Frauen leben Widersprüche. Zwischenbilanz der Frauenforschung. Weinheim/Basel 1990, S. 49-89.
- Stahr, Ingeborg: Zur personalen und kollektiven Identität von Frauen. In: Faulstich-Wieland, Hannelore (Hrsg.): Weibliche Identität. IfG-Materialien zur Frauenforschung, Bielefeld 1989, S. 13-24.
- Stahr, Ingeborg: Thesen zu theoretischen Ansätzen der Identitätsentwicklung von Frauen und ihre Kritik. In: Schlüter, Anne/Stahr, Ingeborg (Hrsg.): Wohin geht die Frauenforschung?. Köln/Wien 1990, S. 51-66.
- Tietgens, Hans: Teilnehmerorientierung in Vergangenheit und Gegenwart. Berichte, Materialien, Planungshilfen der Pädagogischen Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschulverbandes. Frankfurt a. Main 1983.
- Vogt, Irmgard: Alkoholikerinnen. Eine qualitative Interviewstudie. Freiburg i. Br. 1986, S. 184 - 187.

Teil 2

- Materialien -

1. Übersicht des Curriculums der Fortbildung "Frauen und Sucht"

Themenbaustein	Ziele	Inhalt	Methode	Zeitumfang
<p><u>Themenbaustein 1:</u> Suchtmittel im Alltag von Frauen. Sozialisation und Lebensbedingungen suchtmittelabhängiger Frauen.</p>	<p>Einführung in die Thematik "Frauen und Sucht" Vorstellung neuerer Forschungsergebnisse, Aktualisierung vorhandenen Wissens</p>	<p>Weibliche Sozialisation und Suchtentstehung Lebenszusammenhang von Frauen Warum nehmen Frauen Suchtmittel? Welche Suchtmittel "bevorzugen" Frauen?</p>	<p>Vortrag Plenumsgespräch Besprechung von exemplarischen Fällen aus der Beratungspraxis Diskussion</p>	<p>4 UStd.</p>
<p><u>Themenbaustein 2:</u> Sexueller Mißbrauch und Gewalterfahrungen suchtmittelabhängiger Frauen.</p>	<p>Vermittlung von Wissen zum Zusammenhang sexueller Mißbrauch und Suchtentstehung bei Frauen, Sensibilisierung für Anzeichen bei Klientinnen, die auf sex. Gewalterfahrung hinweisen, Erhöhung der Beratungskompetenz.</p>	<p><u>Modell 1:</u> Zusammenhang Sexueller Mißbrauch und Suchtentstehung, Häufigkeit des Mißbrauchs bei Mädchen, psychische Verarbeitung, Signale, die auf Mißbrauch hinweisen, Beratungsgrundlagen.</p>	<p>Vortrag Plenumsgespräch Übungen Rollenspiel Diskussion</p>	<p>8 UStd.</p>
		<p><u>Modell 2:</u> Definitionen und Verbreitung des sex. Mißbrauchs, Folgen für Frauen, Theoriemodell des Sex. Mißbrauchs in Zusammenhang mit Suchtentstehung Beratungsgrundlagen und praktische Erfahrungen in einer Frauen-Therapieeinrichtung</p>	<p>Vortrag Plenumsgespräch Übungen Rollenspiel Diskussion ergänzend: Film zum Thema</p>	<p>8 UStd.</p>

Themenbaustein	Ziele	Inhalt	Methode	Zeitungsfang
<u>Themenbaustein 3:</u> Suchtarbeit zwischen Professionalität und Passion. Reflexion berufl. Handelns	Erhöhung der Beratungskompetenz in bezug auf Klientinnen, Verbesserung von Durchsetzungsfähigkeit eigener Ziele gegenüber KollegInnen, Leitung, Trägerinstitution. Klärung und Verbesserung der Berufszufriedenheit.	Reflexion der eigenen Möglichkeiten in der Arbeit als Suchtberaterin im Spannungsfeld zwischen den Zielen des Trägers, der Leitung, den Bedürfnissen der Klientinnen sowie eigenen Zielen. Erarbeitung von möglichen Lösungsansätzen.	<u>Modell 1:</u> Gruppenarbeit Festhalten der Ergebnisse auf Wandzeitungen Plenumsgespräch Rollenspiel Diskussion	8 UStd.
			<u>Modell 2:</u> Brainstorming Gruppenarbeit Plenumsgespräch	8 UStd.
<u>Themenbaustein 4:</u> Frauenspezifische Suchtarbeit. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Erfahrungen in der Suchtarbeit mit Frauen.	Motivierung zur Umsetzung frauenspezifischer Suchtarbeit in der eigenen Einrichtung. Aufzeigen von Möglichkeiten und Problemen.	Inhaltliche Grundsätze der Frauen-Suchtarbeit. Darstellung der Arbeitsweise einer Frauen-Therapieeinrichtung. Politische und finanzielle Rahmenbedingungen eines derartigen Projekts. Argumentationshilfen für frauenspezifische Arbeit	Vortrag Plenumsgespräch Gruppenarbeit Diskussion	4 UStd.

Themenbaustein	Ziele	Inhalt	Methode	Zeitungumfang
<u>Themenbaustein 5:*)</u> Möglichkeiten und Grenzen frauenspezifischer Sucht- arbeit in gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen	Motivierung zur Umsetzung frauenspezifischer Sucht- arbeit in der eigenen Einrichtung. Aufzeigen von Möglichkeiten und Problemen.	Strukturelle Bedingungen in gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen. Erfahrungen mit der Bildung und Durchführung von Frauengruppen. Handlungsstrategien und Umsetzungsmöglichkeiten.	Vortrag Plenumsgespräch	4 UStd.
<u>Themenbaustein 6:</u> Netzwerkbildung in der frauenspezifischen Sucht- arbeit.	Motivierung zur Zusammenarbeit mit Kolleginnen innerhalb und außerhalb der eigenen Einrichtung zur gegenseitigen Unterstützung bei der Etablierung frauenspezifischer Sucht- arbeit.	Welche Netzwerke hinsichtlich frauenspezifischer Sucht- arbeit gibt es in NRW? Wie kann Vernetzung vor Ort und überregional realisiert werden?	Vortrag Plenumsgespräch Gruppenarbeit Diskussion	4 UStd.

*) Dieser Themenbaustein wurde ab dem dritten Fortbildungsblock gestrichen, seine Inhalte wurden mit Themenbaustein 4 verbunden (vgl. Pkt. 4.1.5.).

2. Themenbaustein: Einführung in die Fortbildung "Frauen und Sucht" (Curriculum)

<i>Ziele</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Methode</i>	<i>Medien</i>	<i>Zeitungumfang</i>
Kennenlernen der Problemstellung, Ziele und Arbeitsformen der Fortbildung.	Persönliche Vorstellung der Fortbildungsleiterinnen Vorstellung des Projekts Überblick über Ablauf und Organisation der Fortbildung	Vortrag Plenumsgespräch		2 UStd.
Verbalisierung von Erwartungen und Bedürfnissen zur Fortbildung.	Gegenseitiges Kennenlernen der Teilnehmerinnen	Partnerinnen-Interview	Spielkarten (zur Paarfindung)	
Detaillierte Information über den Aufbau des Projekts und die Funktion der wissenschaftlichen Begleitung. (Die Teilnehmerinnen hatten sich bereits mit der Anmeldung zur Fortbildung bereit erklärt, sich an der wissenschaftlichen Begleitung zu beteiligen)	Darstellung der verschiedenen Auswertungsverfahren der Fortbildung und Besprechung des zuvor verteilten Selbststudienmaterials (Reader)	Vortrag Plenumsgespräch		
Schaffung einer vertrauensvollen Gruppenatmosphäre durch gegenseitiges Kennenlernen.				

**3. Themenbaustein :
Suchtmittel im Alltag von Frauen. Sozialisation und Lebensbedingungen suchtmittelabhängiger Frauen**

3.1 Curriculum

<i>Ziel</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Methode</i>	<i>Medien</i>	<i>Zeitungumfang</i>
Einführung in die Thematik "Frauen und Sucht". Vorstellung neuerer Forschungsergebnisse, Aktualisierung vorhandenen Wissens.	Weibliche Sozialisation und Suchtentstehung aus dem Lebenszusammenhang von Frauen. Warum nehmen Frauen Suchtmittel? Welche Suchtmittel "bevorzugen" sie? Wie kann frauenspezifische Therapie aussehen?	Vortrag Plenumsgespräch Diskussion Darstellung und Diskussion von exemplarischen Fällen aus der Therapiepraxis	Vortragstext Vogt bzw. Haller	4 UStd.
	Feed-back zum Themenbaustein	Plenumsgespräch		

3.2 Didaktische Materialien

3.2.1 Vortragstext: Irmgard Vogt: Frauen und Sucht

Abhängigkeit - Substanzabhängigkeit - Alkoholabhängigkeit

Seit einigen Jahren hat das Thema "Frauen und Sucht" Konjunktur. In allen Medien findet man Nachrichten über die "Flucht der Frauen in die Sucht" oder ihre "Flucht in die Krankheit", über die "heimliche (Sehn-)Sucht nach Anerkennung", die "Sucht nach Liebe" und die "Liebessucht", wovon Frauen weder die Berufsarbeit noch die Hausarbeit zu schützen vermag, auch die Doppelbelastung nicht und nicht die Karriere im Beruf. Bei genauerer Lektüre all der Zeitungs- und Zeitschriftenartikel wird klar, daß Frauen derzeit einfach gar nichts vor der Sucht retten kann, zumal die neueste Sucht sozusagen auf Katzenpfoten angeschlichen kommt, die "Liebessucht" oder genauer gesagt, die "heimliche Sucht, zu sehr zu lieben". Frauen, die bislang nicht schon einer der gängigen Süchte unterlegen sind, erwischt es spätestens bei der Liebessucht, dieser weiblichsten Gattung einer Sucht, die es bislang überhaupt gibt - sofern man bei Sucht von Gattungen sprechen darf.

Die aufgeregte öffentliche Diskussion über "Frauen und Sucht" zwingt allen Beteiligten die Schlußfolgerung auf, daß es immer mehr süchtige Frauen geben soll, ja, daß Frauen in ganz besonderer Weise suchtanfällig sein sollen. Die vorliegenden Daten über die Zahlen der Frauen, die wegen eigener Suchtprobleme Beratungsstellen aufsuchen oder Therapien nachfragen, belegen einen solchen Schluß jedoch nicht: noch immer sind es die Männer, die viel häufiger süchtig werden als Frauen und die zum Beispiel die große Masse der behandlungsbedürftigen Alkoholabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) stellen (vgl. dazu Vogt 1989). Jenseits allen Geredes von der "quantitativen Angleichung vom Mißbrauch" psychoaktiver Stoffe der Frauen an die "Verhältnisse bei den Männern" (Holzgreve 1970) bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern, wenn man ihren Umgang mit diesen Stoffen genau in Augenschein nimmt. Diese Feststellung gilt jedenfalls für eine ganze Reihe von psychoaktiven Stoffen, wie z.B. den alkoholischen Getränken sowie vielen Drogen, deren Konsum verboten ist (etwa Heroin, vgl. Hedrich 1989), den Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln usw.

Übrigens ist Abhängigkeit nicht gleich Abhängigkeit und die Behauptung von Dörner und Plog: "Abhängig ist gleichbedeutend mit 'süchtig', was wörtlich 'krank' heißt" (1978, S. 175) ist zwar nicht ganz falsch, aber noch lange nicht richtig. Ohne hier auf Einzelheiten einzugehen (vgl. Vogt 1990a), kann man feststellen, daß die klinische Diagnostik eine "Abhängigkeitskrankheit" nicht kennt. Wenn man in der Suchtkrankenhilfe dennoch dazu übergeht, ganz pauschal von Abhängigkeitserkrankungen zu sprechen, von der Therapie der Abhängigkeit usw., dann hat man es mit einer besonderen Entwicklung zu tun.

In den jüngsten Auseinandersetzungen um Sucht und Abhängigkeit hat sich der Begriff Abhängigkeit ganz und gar negativ aufgeladen. Abhängigkeit, so wird argumentiert, macht uns unfrei, hält uns in Fesseln, bindet uns an andere Menschen und Sachen, bindet uns ein in alltägliche Pflichten und Gewohnheiten, und darum macht sie uns krank und also süchtig. Von den Gewohnheiten und Menschen, die uns krank machen, können wir nicht lassen, genauso wie Süchtige ja auch nicht von den Substanzen lassen können oder wollen, die sie krank machen. Dies, so haben Frauen argumentiert, ist eine besondere Schwäche von Frauen, denn diese halten bekanntlich auch dann noch aus, wenn man es eigentlich wirklich nicht

mehr aushalten kann. Das wiederum soll beweisen, daß Frauen eben doch abhängiger sein sollen als Männer - und also süchtiger.

Ich halte diesen Argumentationsstrang für wenig überzeugend, weil sowohl die Unabhängigkeit der Männer wie die Abhängigkeit der Frauen überschätzt werden. Um mich hier nicht in nutzlosen Abgrenzungen zu verlieren, beschränke ich mich im folgenden auf die Abhängigkeit der Frauen von psychotropen Substanzen, also von Stoffen, die Einfluß nehmen auf unsere Sinnesempfindungen, auf die Stimmungslage, den Bewußtseinszustand und das Verhalten. Ganz konkret will ich mich beschränken auf die Probleme, die Frauen im Umgang mit alkoholischen Getränken entwickeln und haben können.

Zur "Normalbiographie" der Frau

Da Frauen Alkoholprobleme jedoch nicht isoliert und außerhalb ihres Lebenszusammenhanges entwickeln, sollen zunächst einige allgemeine Überlegungen zur Entwicklungspsychologie von Mädchen und Frauen vorgestellt werden. Die Lebenslaufforschung kennt sowohl für Frauen wie für Männer sogenannte "Normalbiographien" (vgl. Levy 1977), d.h. sehr abstrakte Modelle darüber, wie beispielsweise in der BRD die Durchschnittsbiographien von Frauen und Männern aussehen. Solche Durchschnittsbiographien gehen aus von den typischen Frauen- und Männerrollen, in die gesellschaftliche Verhaltensvorschriften eingehen ebenso wie Verhaltenserwartungen. Kurz, wir alle haben gesellschaftlich geprägte Vorstellungen darüber, wie Frauen sich verhalten sollen und wie Männer. Auch halten wir uns selbst in gewissen Grenzen an diese Vorschriften, d.h. wir verhalten uns im Großen und Ganzen so, wie man das von Frauen und Männern erwartet. Durchschnittsbiographie und Geschlechtsrollen definieren jedoch nur die Rahmenbedingungen gesellschaftlicher Erwartungen: individuelle Abweichungen werden in gewissem Umfang toleriert, jedenfalls sind sie immer möglich.

Alles in allem genommen gilt noch immer, daß für Frauen die innerfamiliäre Rolle von zentraler Bedeutung ist. In der Sozialisation von Mädchen dominiert die Vermittlung der weiblichen Geschlechtscharaktere (Hausen 1976). Gefordert werden Anpassungsfähigkeit und Anschließbarkeit, Bescheidenheit und Opferbereitschaft, Mitmenschlichkeit und Mütterlichkeit. Mädchen und Frauen sollen lernen, für andere da zu sein, sich für andere einzusetzen und sich mit ihren Problemen und Konflikten auseinanderzusetzen. Mädchen und Frauen werden also auf die Familie hin sozialisiert, in der sie ihren ersten und wichtigsten Wirkungsort finden sollen. Dort sind sie für die Beziehungsarbeit zuständig, d.h. sie sind verantwortlich für den gesamten Familienbereich einschließlich der Kindererziehung und der Haushaltsführung, also der Produktion und Reproduktion von Arbeitskraft.

Wenn nun für Frauen die Familie (noch immer) der Bezugsrahmen ihres Lebens ist, dann besteht die erste und wichtigste Lebensaufgabe der Frauen darin, eine "gute Ehe" zu führen. Von hier aus, also dem Ziel einer gelungenen Sozialisation von Mädchen und (jungen) Frauen, ergeben sich dann auch die spezifischen Entwicklungsaufgaben für diese, die sich ganz gewiß von denen für Jungen und Männer unterscheiden (Havighurst 1956, Helfferich 1989). Wenn man also die geschlechtsspezifischen Differenzen in der Lebensausrichtung von Frauen und Männern ernst nimmt, kommt man zu anderen Ergebnissen (vgl. Gilligan 1982), als sie bisher von der Entwicklungspsychologie formuliert worden sind.

Als Entwicklungsaufgaben von Mädchen/Frauen steht also folgendes an:

- Sie sollen durchaus einen Beruf erlernen, jedoch soll das berufliche Engagement gewisse Grenzen nicht übersteigen, denn letztlich dient der Beruf nur als Vorstufe zur Familiengründung bzw. als Gelegenheit, mitverdienend zum Familieneinkommen beizutragen. Zu hohes berufliches Engagement gilt als unweiblich und gefährdet letzten Endes die Familienorientierung.
- Sie sollen im Alter von 20 bis 25 Jahren einen Mann finden und an sich binden durch Eheschließung. Der Mann sollte im Idealfall einige (wenige) Jahre älter sein als die Frau und er sollte fest im Berufsleben stehen, d.h. über ein festes Einkommen verfügen, das ausreicht, eine Familie zu gründen.
- Nach der Heirat sollte die Frau eines oder mehrere Kinder bekommen. Die Zahl der Kinder sollte den Lebens- und Einkommensverhältnissen der Familie angemessen sein.
- Nach der Geburt des ersten Kindes steht die Familienzentrierung im Mittelpunkt des Lebens der Frau, d.h. sie sollte sich zuerst um ihre Familie kümmern und in zweiter Linie an ihre eigenen (Berufs-)Interessen denken.

In der "Nachkinderphase" bzw. nach der "Pensionierung der Mutter" (Vogt 1990b) steht den Frauen die Rückkehr ins Erwerbsleben offen oder, falls das nicht möglich ist, in die ehrenamtliche Arbeit. Auch andere Formen der Selbstverwirklichung bzw. die Erfüllung von persönlichen Wünschen können in dieser Phase diskutiert und gesucht werden. Allerdings darf daran die Ehe nicht scheitern. Zur "guten Ehe" gehört eben auch, daß sie stets hält, in guten wie in schlechten Zeiten. Ein "Scheitern" der Ehe, also Ehescheidung, gilt (noch immer) als Zeichen dafür, daß die Frau an ihrer wichtigsten Entwicklungsaufgabe gescheitert ist.

Ob eine Ehe "gut" ist, kann man ablesen an der Karriere des Ehemanns und der Entwicklung der Kinder bzw. an deren Karriere, wobei die der Töchter typologisch derjenigen der Mutter ähneln muß und die der Söhne derjenigen der Väter.

Abweichungen von der Normalbiographie sind durchaus möglich; sie sind jedoch längst nicht so häufig, wie man das in Frauenzeitschriften lesen kann und sie sind auch sehr oft mit großen Opfern verbunden. Die Kosten tragen die Frauen und viele bezahlen dafür mit Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit.

Familienprobleme als Auslöser für Alkoholabhängigkeit bei Frauen

Vor diesem Hintergrund versteht man endlich, warum Frauen bei der Frage danach, was für sie möglicher Auslöser für exzessiven Alkoholkonsum war, in der Mehrzahl Ereignisse und Erfahrungen rund um die Familie nennen. Dazu gehören u.a.:

- Kinderlosigkeit
- Schwangerschaften
- Geburt eines Kindes
- Beendigung der eigenen Erwerbstätigkeit (nach der Geburt eines Kindes)
- finanzielle Krisen in der Familie
- Karrierepläne des Ehemanns/Freundes, Umzüge
- Scheidung

- Tod eines geliebten Menschen (Vater, Mutter, Ehemann, Freund, Kind)
- lebensbedrohende (eigene) Erkrankung (z.B. Krebs)

Alkoholabhängige Frauen können in der Regel nicht angeben, wann sich ihre Trinkgewohnheiten entscheidend geändert haben. Aus der subjektiven Wahrnehmung werden alle Veränderungen, die mit dem Trinken zusammengehen, über sehr lange Zeit ausgeblendet. Man kann oft nur im Rückschluß und bei sehr gründlicher Anamnese erschließen, in welcher Lebensphase sie angefangen haben, exzessiv zu trinken.

Dazu kommt noch, daß die Trinkgewohnheiten von Frauen ohnehin viel variabler sind als die von Männern, und das läßt sich auch bei alkoholabhängigen Frauen feststellen. Nach meiner Untersuchung mit alkoholabhängigen Frauen im Alter von 30 bis 50 Jahren, die zur Zeit der Studie in Fachkliniken behandelt worden sind, lassen sich zwei Subgruppen voneinander unterscheiden (vgl. Vogt 1986), die ich als Typ 1 und Typ 2 bezeichnet habe. Auf diese Typologie will ich etwas ausführlicher eingehen.

Charakteristika der Frauen vom Typ 1

Frauen, die in diese Kategorie fallen, verändern ihre Trinkgewohnheiten erst relativ spät in ihrem Leben. Die kritische Zeitspanne liegt zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr. Der Übergang von moderaten Trinkgewohnheiten zu auffälligen Konsumformen mit deutlichen Verhaltensänderungen geht verhältnismäßig schnell vor sich, meist in wenigen Wochen oder Monaten. Aus einer anderen Perspektive betrachtet heißt das auch, daß die Bezugspersonen verhältnismäßig schnell auf die veränderten Konsumformen und Verhaltensauffälligkeiten reagieren (Umbach-Noack 1990). Erst nach deutlichen Reaktionen aus dem sozialen Umfeld beginnen manche Frauen, ihr Trinken zu verheimlichen. Die Tendenzen, heimlich weiterzutrinken, verstärken sich ganz erheblich nach Entgiftungen, stationären Behandlungen, Einweisungen in die Psychiatrie usw.

Die Steigerung des Alkoholkonsums geht bei diesen Frauen Hand in Hand mit Lebenskrisen aus dem familiären Umfeld. Die Frauen verfügen offenbar nicht über ausreichend viele psychosoziale Ressourcen, um mit akuten Krisensituationen fertig zu werden, die sich meistens zu chronischen Dauerbelastungen auswachsen. In ihrer Not fangen die Frauen an zu trinken, womit sie sich vor allem im Anfangsstadium zeitweise Erleichterung verschaffen können.

Dieser positive Effekt der alkoholischen Getränke hält aber nicht lange an, vor allem deshalb nicht, weil die Ehemänner oder Freunde der Frauen, aber auch ihre Verwandten, auf die veränderten Konsumgewohnheiten mit Ablehnung und Abscheu reagieren. Oft kommt es in solchen Situationen zu gewaltsamen Auseinandersetzungen zwischen den Betroffenen. Anlaß dazu sind die verbalen Angriffe und Vorwürfe der Frauen, die eben nur im angetrunkenen Zustand den Mut finden, ihrem Mann oder Freund die Meinung ganz unumwunden ins Gesicht zu schreien. Diesen verbalen Attacken sind viele Männer nicht gewachsen; sie verlieren schließlich jede Kontrolle und Selbstbeherrschung über sich und schlagen mit erheblicher Wut auf ihre Frauen oder Freundinnen ein ohne Rücksicht darauf, wie sehr sie diese verletzen und beschädigen. Anschließend verlassen die meisten Männer fluchtartig die Wohnung und kommen erst nach Stunden oder Tagen zurück.

Die Berichte der Frauen machen deutlich, daß ihre Partner ebenso tief in solche Streitereien verstrickt sind wie sie selbst. Wäre es nicht so, dann könnten die Männer sich der Auseinandersetzung entziehen ohne sich auf physische Gewalthandlungen einzulassen. Dazu sind sie

aber nicht in der Lage. Es sieht vielmehr so aus, als stünden diese Männer unter dem psychischen Druck, ihren Status in der Familie mit aller Gewalt zu verteidigen. Für dieses Verhalten werden sie aber nicht zur Rechenschaft gezogen. Vielmehr ist es so, daß die Frauen im Nachhinein alle Schuld auf sich nehmen, auch die für die Gewalthandlungen ihrer Männer und Partner. In ihrem Selbstverständnis sind sie diejenigen, die mit ihrem Verhalten und mit ihrem Trinken die Prügel herausgefordert haben. Sie sind demnach nicht Opfer gewalttätiger Männer, sondern gewissermaßen Täterinnen. Alle Schuld für die verfahrenere Situation liegt bei ihnen und belastet sie zusätzlich. Haben sie dieses Stadium erreicht, dann bringt der Alkoholkonsum kaum noch Entlastung, aber immerhin Bewußtlosigkeit und Schlaf.

Analysiert man die Aussagen dieser Frauen genauer, dann wird ganz deutlich, daß sie in einem handfesten Machtkampf mit dem Mann oder Partner verwickelt sind, den sie alle am Ende verlieren. Das liegt auch daran, daß sie jahrelang versucht haben, Konflikten aus dem Wege zu gehen und sie durch Anpassung an die Forderungen anderer zu vermeiden. Sie haben immer versucht, gute Töchter, Ehefrauen und Mütter zu sein und sie haben ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse stets hintangestellt zugunsten der anderen. Immer von neuem werden sie konfrontiert mit weiteren Forderungen, die ihren eigenen Lebensentwürfen und Interessenlagen weitgehend widersprechen. Immer wieder versuchen sie es mit Anpassung, bis sie es einfach nicht mehr ertragen können. Unter dem Einfluß alkoholischer Getränke brechen die Wut und der Haß auf, die sich mittlerweile bei ihnen angesammelt haben und die sie schließlich im Streit herauslassen. Ihr Selbstbewußtsein reicht aber nicht aus, die Rebellion durchzuhalten. Hinterher nehmen sie alle Vorwürfe zurück, machen sie sozusagen ungeschehen, obwohl sie durchaus von deren Richtigkeit überzeugt sind. Weil sie die Vorwürfe nicht aufrechterhalten können, ertränken sie sie in Schuldgefühlen. In diesem Prozeß geht ihnen nach und nach auch noch der letzte Rest an Selbstbewußtsein verloren.

Frauen, die zu dieser Kategorie gehören, leben in der Regel seit vielen Jahren mit dem Mann oder Partner zusammen, mit dem sie Kinder haben bzw. mit dem sie diese gemeinsam aufziehen. Viele stehen darüber hinaus in Kontakt mit Eltern, Geschwistern oder Freunden. Dennoch sind sie in Lebenskrisen auf sich allein gestellt. Es gibt keine Freundinnen oder Freunde, an die sie sich in Krisensituationen wenden könnten. Eltern und Geschwister fallen als Hilfen aus, weil sie meistens die Partei des Mannes oder Partners ergreifen. Es gehört zur Tragik der Frauen, daß sie von allen, auch von sich selbst, für schuldig befunden werden. Das Unglück, das über die Familien kommt, wird einseitig der Trinkerin zugeschrieben unbeschadet der Tatsache, daß viele andere ganz mächtig an diesem Unglück mitgewirkt haben, ja vermutlich die Voraussetzungen dafür geschaffen haben, daß es überhaupt geschehen konnte.

Auch über die berufliche Einbindung finden die Frauen keinen Weg aus ihrer Isolierung. Obwohl gerade Frauen vom Typ 1 oft eine berufliche Karriere aufzuweisen haben, hinterlassen die Berufserfolge keine nachhaltigen Spuren im Selbstbewußtsein der Frauen. Auch hat die Berufsarbeit nicht dazu beigetragen, die soziale Einbindung der Frauen zu verbessern. Jedenfalls reichen die sozialen Kontakte, die die Frauen außerhalb der Familie haben, in Krisensituationen nicht aus.

Allerdings geht aus der Krankengeschichte dieser Frauen auch hervor, daß viele von ihnen seit vielen Jahren unter psychosomatischen Beschwerden gelitten haben. Dazu gehören Magenbeschwerden verschiedener Art und Schweregrade bis hin zu Magengeschwüren, depressive Zustände mit "Nervenzusammenbrüchen", Schilddrüsendysfunktionen usw. Die psychosomatischen Störungen "verschwinden" sozusagen mit der Entwicklung der Alkoholabhängigkeit. Jedoch haben die Frauen zur Behandlung der psychosomatischen Beschwerden immer wieder Ärzte aufgesucht, die ihnen zwar alle möglichen Medikamente verschrieben haben, sie aber nicht darauf aufmerksam machten, daß ihre Erkrankungen auch die

Folge sind von psychischen Belastungen und Problemen. Die Frauen gehen ganz selbstverständlich davon aus, daß es sich um körperliche Erkrankungen handelt, die mit den traditionellen medizinischen Methoden geheilt werden können. Dazu gehört auch die Verordnung von psychotropen Medikamenten wie Beruhigungs- und Schlafmittel. Obwohl den Frauen diese Medikamente wiederholt verordnet werden, haben sie eher eine kritische Einstellung zu den Mitteln. Wenn Frauen vom Typ 1 in die stationäre Therapie kommen, sind sie im allgemeinen nur von einer Substanz abhängig, nämlich vom Alkohol. Alles in allem genommen ist ihr Gesundheitszustand relativ gut gemessen daran, daß sie als Alkoholabhängige unter einer schweren (psychiatrischen) Störung leiden.

Die Charakteristika der Frauen, die zum Typ 1 gerechnet werden können, lassen sich also folgendermaßen zusammenfassen:

- Sie beginnen erst relativ spät in ihrem Leben, alkoholische Getränke in höherer Dosierung zu trinken. Das Einstiegsalter in die Krankheit liegt etwa zwischen 25 und 35 Jahren.
- Hoher Alkoholkonsum steht bei ihnen in der Regel in Zusammenhang mit konkreten Ereignissen und Lebenskrisen, die sie nicht bewältigen können.
- Sie haben massive Schuldgefühle, weil sie trinken. Sie schreiben die Ursachen für ihren hohen Alkoholkonsum sich selbst zu. Sie schreiben sich selbst die Schuld zu an den gewaltsamen Ausbrüchen ihrer Ehemänner/Freunde.
- In ihrem Selbstbild dominieren Unwertgefühle, Selbstentwertungen und die Geringschätzung ihrer eigenen Leistungen.
- Ihre privaten Beziehungen sind geordnet, sie leben mit ihrem Mann/Partner und den Kindern zusammen und sie haben Kontakt zu ihren Eltern und Geschwistern.
- Ihre Beziehungen zu ihren Kindern sind gut, sofern diese nicht zu tief in den Machtkampf ihrer Eltern verwickelt worden sind und in die Kontrolle der alkoholabhängigen Mutter.
- Ihr Berufsweg zeigt klare Strukturen auf: die Erwerbstätigen unter ihnen haben Erfolg im Beruf.
- Sie haben viele psychosomatische Störungen, bevor sie alkoholabhängig werden. Man muß damit rechnen, daß nach einer Therapie der Alkoholabhängigkeit erneut psychosomatische Störungen auftreten, die behandlungsbedürftig sind.

Charakteristika der Frauen vom Typ 2

Anders als die Frauen vom Typ 1 beginnen die Frauen vom Typ 2 schon recht früh in ihrem Leben damit, Alkohol in hohen Dosen und bis zum Rausch zu konsumieren. Das Einstiegsalter liegt bei Frauen vom Typ 2 bei 15 bis 25 Jahren. Das heißt nun allerdings nicht, daß diese Frauen vom ersten Rausch an den Alkoholkonsum kontinuierlich steigern. Vielmehr trinken sie immer mal wieder bis zum Exzeß, wobei sich die Intervalle zwischen den Rauschen allmählich verkürzen. Es dauert oft viele Jahre bis sie zu exzessiven Dauerkonsumentinnen geworden sind. Jedenfalls überwiegen bei ihnen am Ende exzessive Konsummuster mit ei-

nem täglichen Alkoholkonsum von einem Liter Schnaps oder 3 Litern Wein oder Mischungen aus verschiedenen Getränken.

Schon als junge Mädchen werden sie zum Konsum von alkoholischen Getränken verführt. Von Anfang an trinken sie nicht gern allein, sondern sie sind lieber in Gesellschaft. Meist haben sie Kumpane, die ebenfalls gerne trinken und die Alkoholexzesse und Rausche positiv bewerten. Von diesen lernen sie, den Alkoholkonsum als Statussymbol anzusehen und den Rausch als Ausdruck von Freiheit. Sie durchschauen nicht, daß sie von ebendiesen Kumpanen und vermeintlichen Freunden hinters Licht geführt und oft ganz schamlos mißbraucht werden. Vielmehr gewöhnen sie sich auf diesem Wege an den Konsum von alkoholischen Getränken, den sie in ihrem weiteren Leben für selbstverständlich halten. Auf den Konsum von alkoholischen Getränken zu verzichten wird ihnen synonym mit Krankheit, nicht umgekehrt. Nur wer schwer krank ist, kann nicht mehr trinken. Wer gesund ist und das Leben genießt, der konsumiert auch alkoholische Getränke. So halten sie es selbst, solange es eben geht.

Die Art und Weise, wie diese Frauen zum Alkoholkonsum verführt werden und wie sie sich dazu verführen lassen, steht in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit bestimmten Ereignissen oder Krisen in ihrem Leben. Sie fangen nicht an zu trinken, weil sie in einer akuten Lebenskrise stehen; vielmehr sind die belastenden Lebensereignisse, die ihrem exzessiven Konsum vorausgehen bzw. diesen begleiten, längst zu chronischen Belastungen geworden, die mit Hilfe betäubender Substanzen bestenfalls gemildert werden können. In dieser Gruppe findet man besonders viele Frauen, die als Kinder sexuell mißbraucht und körperlich mißhandelt worden sind. Darauf verweisen jedenfalls ihre Mitteilungen über ihre Kindheit und über Krankheiten in der Kindheit. Viele von ihnen berichten von schweren Vernachlässigungen und körperlichen Beschädigungen, von Unterleibsbeschwerden und Geschlechtskrankheiten (vgl. Bass und Davis 1990; Wirtz 1989). Wurden der sexuelle Mißbrauch und die Mißhandlungen bekannt, waren es die Frauen, die in Erziehungsheime abgeschoben wurden. Sehr früh haben sie also erfahren, daß die Gesellschaft nur zu leicht dazu neigt, die Opfer zu Tätern zu stempeln und die eigentlichen Täter vor Strafe zu beschützen. Es liegt wohl an diesen Lebenserfahrungen, daß diese Frauen wenige oder keine Schuldgefühle darüber äußern, daß sie exzessiv getrunken haben.

Sexuelle Verführungssituationen wiederholen sich ständig im Leben dieser Frauen und spätestens ab der Pubertät gehen sie zusammen mit Alkoholkonsum. Im alkoholisierten Zustand sind sie bereit, allen möglichen sexuellen Wünschen und Forderungen ihrer Kumpane und Freunde nachzukommen. Sie erfahren auf diesem Wege auch, daß sie eine gewisse Macht über Männer haben. Sie lernen, ihre körperliche Attraktivität bewußt auszuspielen, um Aufmerksamkeit, Zuwendung und Liebe zu gewinnen. Letztlich geht es ihnen tatsächlich immer um Liebe: Sie wünschen sich so sehr, geliebt zu werden, daß sie alle sexuellen Zumutungen mitmachen in der Hoffnung, auf diesem Wege die Liebe ihrer jeweiligen Partner zu gewinnen. Ihre Lebensgeschichten belegen jedoch, daß sie jedesmal verlieren. Wenn ihre Attraktivität nachläßt, ziehen sich auch die Partner und Kumpane zurück. Immer von neuem machen sie die Erfahrung, daß sie allein gelassen und verlassen werden.

Das ist es denn auch, was diese Frauen am meisten fürchten: Alleinsein und Einsamkeit. Je älter sie werden, um so häufiger erleben sie es, daß man sie links liegen läßt. Alt werden steht für sie also fast gleichbedeutend mit einsam werden. Sie erleben Alter und Altern als eine Katastrophe, der sie hilflos ausgeliefert sind. Zu allem Überfluß wird dieser Prozeß noch beschleunigt durch den körperlichen Verfall, der mit ihrem Alkohol- und Medikamentenkonsum verbunden ist. Jedenfalls berichten viele von ihnen von langen und schweren Krankengeschichten, wobei die Erkrankungen ebenso wie der Krankheitsverlauf wesentlich mitbestimmt sind durch ihren langjährigen und übermäßigen Konsum von psychoaktiven

Substanzen. Dazu kommen noch eine Reihe von Unfällen, in die sie im Rausch verwickelt worden sind. Viele von ihnen leiden unter schweren chronischen Krankheiten und manche leben mit lebensbedrohenden Diagnosen wie Unterleibs- und Brustkrebs, Leberfunktionsstörungen bis hin zur Leberzirrhose, Pankreasfunktionsstörungen usw. Alles in allem genommen ist der Gesundheitszustand der Frauen vom Typ 2 eher schlecht. Das ist sowohl die Folge ihres exzessiven Lebensstils wie auch der verhältnismäßig langen Dauer ihrer Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit.

Um es noch einmal zu wiederholen: diese Frauen sind oft schon seit ihrer Kindheit Opfer von körperlichen und sexuellen Mißhandlungen und sie bleiben es über ihr ganzes Leben hin. Als erwachsene Frauen werden sie mehr oder weniger häufig von ihren Partnern sexuell ausgebeutet und krankenhausreif geschlagen. Manche berichten von Mordversuchen, die sie zwar angezeigt haben, jedoch haben sie meist schon nach kurzer Zeit die Anzeige wieder zurückgezogen.

So wenig diese Frauen in der Lage sind, sich selbst gegen Gewalttätigkeiten und Ausbeutung zu schützen, so schwierig fällt es ihnen, diesen Schutz ihren Kindern zu vermitteln. Vielmehr scheint es so zu sein, als würde sich ihre eigene Lebensgeschichte in leichter Abwandlung in ihren Kindern wiederholen. Die Beziehungen der Mütter zu ihren Kindern sind daher meist brüchig, in vielen Fällen einfach schlecht.

Ähnlich chaotisch, wie sich die privaten Verhältnisse dieser Frauen darstellen, sind auch ihre Berufswege. Fast alle haben zwar eine Lehre absolviert, aber die meisten von ihnen arbeiten später nicht in dem erlernten Beruf. Sie wechseln ihre Arbeitsstelle oft. Da ihre Arbeitsleistungen auf die Dauer ebenfalls unter ihrem Alkohol- und Medikamentenkonsum leiden, steigen sie nach und nach beruflich ab. Schließlich nehmen sie jede Arbeit an, die sich ihnen bietet. Funktioniert auch das nicht mehr, werden sie zu Sozialhilfefällen.

Alle diese Erfahrungen schlagen durch auf das Selbstverständnis dieser Frauen, das gekennzeichnet ist von Widersprüchen und Dissonanzen. Größenphantasien stehen in den Selbstbeschreibungen unmittelbar und unvermittelt neben Selbstbeichtigungen, Selbsterniedrigungen und Selbstverleugnungen. Es sieht so aus, als ob die Frauen das Auseinanderklaffen von Wunschvorstellungen und Wunschbildern einerseits und der Realität andererseits in ihrer Selbstdarstellung nicht wahrnehmen. Sie reflektieren widersprüchliche Aussagen über ihre Person und über ihr Verhalten jedenfalls nicht kritisch. Daraus muß man den Schluß ziehen, daß die Frauen sich selbst in verschiedenen Bildern wahrnehmen, die jeweils in einem bestimmten Licht betrachtet ihre innere Berechtigung haben. Es ist wichtig zu sehen, daß es sich dabei nicht um Lügen handelt, die die Frauen verbreiten. Ganz im Gegenteil gehören gerade diese tiefen Widersprüche zu ihrer Person und machen sie zum Gutteil aus. Es ist eines ihrer Probleme, daß sie die Zerrissenheit und die Widersprüche in ihrem Selbstbild nicht wahrnehmen und nicht reflektieren können. Mit diesen Selbstdarstellungen weichen die Frauen am weitesten ab von den Erwartungen, die andere an sie haben. Das macht die Arbeit mit ihnen auch für Therapeutinnen und Sozialarbeiterinnen sehr schwer.

Faßt man die Charakteristika der Frauen vom Typ 2 zusammen, dann ergibt sich folgendes:

- Sie beginnen relativ früh in ihrem Leben, alkoholische Getränke in hohen Dosierungen zu trinken. Das Einstiegsalter liegt bei 15 bis 25 Jahren. Die ersten Erfahrungen sind Rausche und Alkoholexzesse, nicht jedoch hoher Dauerkonsum.
- Hoher Alkoholkonsum steht in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit konkreten Ereignissen und Lebenskrisen. Man kann vielmehr vermuten, daß sie unter chronischen

Anspannungen stehen. Es gibt gute Gründe, davon auszugehen, daß viele von ihnen in der Kindheit und Jugend körperlich mißhandelt und sexuell mißbraucht worden sind.

- Sie äußern wenige oder keine Schuldgefühle darüber, daß sie trinken. Wenn sie von Schuld reden, dann mit dem Verweis auf äußere Umstände oder auf andere Personen, die sie ja auch oft genug sowohl zum Trinken wie zu sexuellen Handlungen verführen und zugleich ganz brutal ausbeuten.
- Sie beschreiben die angenehmen Seiten beim Trinken. Alkoholische Getränke sind für sie auch Statussymbole für ihre Lebensführung und ihre Ansprüche ans Leben.
- Ihr Selbstbild ist gekennzeichnet von innerer Zerrissenheit. Größenphantasien stehen unmittelbar neben Selbstentwertungen und Selbstbezeichnungen.
- Ihre privaten Verhältnisse sind ungeordnet. Sie werden von ihren nächsten Bezugspersonen oft mißhandelt und sexuell mißbraucht.
- Sie haben meistens gespannte Beziehungen zu ihren Kindern.
- Ihr Berufsweg ist insgesamt genommen chaotisch; er führt zum beruflichen Abstieg, nicht zu beruflichem Erfolg.
- Ihr Gesundheitszustand ist meistens ziemlich schlecht.

Folgerungen für die Therapie

Wenn man nun diese Ergebnisse in Zusammenhang bringt mit den Entwicklungsaufgaben, die Mädchen und Frauen zu bewältigen haben, dann stellt man fest, daß beide Gruppen unterschiedlich erfolgreich sind, wenn es darum geht, der Frauenrolle zu genügen und eine "gute Ehe" zu führen.

Frauen vom Typ 1 gelingt es in der Regel, einen Mann zu finden und an sich zu binden, jedoch scheitern sie auf die eine oder andere Weise daran, die "gute Ehe" durchzuhalten. Bei genauerem Hinsehen stellt man fest, daß einige von ihnen in den Augen ihrer Männer oder Partner zu sehr familienorientiert sind und die anderen zu wenig. Wollen die einen also ganz Frau und Hausfrau sein, so sehnen sich die andern danach, einen anderen Wirkungsbereich zu haben als nur die Familie, die sie als einengend, einschnürend und erdrückend erleben. Mit ihren jeweiligen Wünschen stoßen sie bei ihren Männern und Partnern auf Unverständnis. Da sie nun allemal auf Anpassung getrimmt sind, finden sie keinen Weg, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu formulieren. Ja, sie gestehen sich gewöhnlich auch nicht das Recht zu, ihre eigenen Interessen wahrzunehmen und zu vertreten. So bleibt alles im Vagen, Ungesagten, und sie hoffen ständig darauf, daß der Mann oder Partner ihre Wünsche erahnt und sie sogleich in Erfüllung gehen läßt. Diese Strategie verfängt nicht; stattdessen sammeln die Frauen Enttäuschungen an, die sich langsam in Wut und Haß verwandeln, die lange Zeit erfolgreich verdrängt und unterdrückt werden. Bricht die Illusion der "guten Ehe" dann auch noch zusammen, gehen die Frauen sozusagen leer aus: der Verzicht hat sich nicht gelohnt, die Verdrängung zahlt sich nicht aus. Als diejenigen, die (fast) alles verloren haben, kommen sie in die Therapie - und dabei haben sie sich doch ein Leben lang alle Mühe gegeben, alles richtig zu machen, sich allen Forderungen anzupassen.

Es liegt auf der Hand, daß diese Frauen in der Therapie lernen sollten, ihre Wünsche wahrzunehmen, ihre Interessen anzumelden und diese auch durchzusetzen. Das kann allerdings nur dann gelingen, wenn die Frauen die Fähigkeit entwickeln, Konflikte in Kauf zu nehmen und auszutragen, und davor sind sie bislang immer zurückgeschreckt. Im Rollenspiel etwa könnte man in der Therapie üben, die eigenen Interessen zu behaupten und Interessenskonflikte zu ertragen bzw. produktive Lösungen für sie zu finden. Allerdings sind solche Ansätze nur dann erfolgversprechend, wenn sich das therapeutische Team von den solchermaßen geschulten Frauen auch in Konflikte verwickeln läßt und diese im allseitigen Interesse zu lösen sucht. Wie man aus der Studie von Bühler (1984) weiß, ist dies jedoch nicht selbstverständlich.

Darüber hinaus müssen die Männer, Partner und die Kinder der betroffenen Frauen darin unterrichtet werden, daß diese nicht nur für deren Wohlergehen da sind, sondern daß sie auch eigene Rechte, Freiräume und Entwicklungschancen brauchen. Es kommen also Forderungen auf die übrigen Familienmitglieder zu, die diese bislang nicht gesehen haben. Ganz im Gegenteil gehen etwa die Männer alkoholabhängiger Frauen gewöhnlich davon aus, daß sich nur die Frau ändern muß, damit "alles wieder gut wird". Diese Annahme ist falsch, und gerade darüber müssen die Angehörigen aufgeklärt werden.

Frauen vom Typ 2 scheitern viel offensichtlicher an den geschlechtsspezifischen Entwicklungsaufgaben als Frauen vom Typ 1. Das liegt wohl auch daran, daß die Erfahrungen körperlicher und sexueller Mißhandlungen sehr frühzeitig ihr Selbstbild geprägt haben, das eben darum so widersprüchlich und dissonant zu sein scheint. Gerade weil sie bei ihrer Suche nach Liebe und Geborgenheit mit sexuellen Angeboten, Forderungen und Verführungen überhäuft worden sind, verwechseln sie im späteren Leben Liebe mit Sex. Das wird ihnen nicht honoriert, und so bleiben sie immer wieder allein zurück. An eine "gute Ehe" ist da gar nicht zu denken, und wenn sie es doch schaffen, eine Ehe einzugehen, zerbricht diese sehr schnell.

Ihre Kontaktfreudigkeit und ihre zur Schau getragene Lebenslust sind Bewältigungsmechanismen, mit deren Hilfe sie die Ungeheuerlichkeiten aus ihrem Bewußtsein abwehren, mit denen man sie als Kinder und Jugendliche konfrontiert hat. In immer neuen Anläufen versuchen sie, ihrer eigenen Geschichte zu entfliehen und landen regelmäßig in den Armen eines neuen Ausbeuters, der sich ihrer bedient zur Befriedigung eigener Bedürfnisse. Aber sie finden auf diese Weise stets neue Kumpane, die sie vor dem Alleinsein bewahren, vor Einsamkeit und Trauer. Wie hoch auch immer die Kosten sind, die sie dabei tragen müssen, sie liegen stets niedriger als ihre Angst vorm Alleinsein. Aus ihrer Sicht gesehen gewinnen sie also auch dann noch, wenn sie aus therapeutischer Sicht betrachtet verlieren.

Da die Wertmaßstäbe der betroffenen Frauen und des therapeutischen Teams sich nur partiell decken, scheint die Arbeit mit ihnen besonders mühevoll zu sein. Immer wieder scheinen sich die Frauen der therapeutischen Ansprache zu entziehen, immer wieder setzen sie ihre Bewältigungsmechanismen erfolgreich ein und immer wieder bleiben die Helferinnen mit dem Gefühl der inneren Leere zurück. Bislang fehlen gezielte therapeutische Ansätze, die gerade diese Frauen ansprechen. Man kann aber davon ausgehen, daß man Methoden und Verfahren übernehmen kann, die sich in der Therapie mit mißbrauchten Mädchen und Frauen bewährt haben (Geier 1990; Steinhage 1989).

Jedenfalls liegt man falsch, wenn man unterstellt, daß die Heilungschancen dieser Frauen geringer sind als diejenigen vom Typ 1. Auf dieses Fehlurteil verfallen wir, die Helferinnen und Helfer, nur darum so gerne, weil die Frauen vom Typ 1 uns weniger provozieren und verunsichern wie die Frauen vom Typ 2. Wir sollten aber unsere eigenen Probleme nicht mit denjenigen unserer Klientinnen und Patientinnen verwechseln und wir sollten unsere Be-

grenztheiten nicht ihnen anlasten, sondern sie zum Anlaß nehmen, selbst nach neuen Wegen für die therapeutische Arbeit zu suchen.

Literatur:

Bass, E. und Davis, E.: Trotz allem. Berlin 1990.

Bühler, D.: Therapie und Zwang. Stuttgart 1984.

Dörner, K./Plog, U.: Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie. Wunstorf 1978.

Geier, B.: Genese, Dynamik und Therapie bei sexuellem Mißbrauch. In: Arenz-Greiving, I. (Hrsg.): Sucht - Gewalt - Sexualität. Opfer und Täter in der Therapie. Freiburg 1990, S. 37-48.

Gilligan, C.: In a Different Voice. Cambridge 1982.

Hausen, K.: Die Polarisierung der "Geschlechtscharaktere" - Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben. In: Conze, W. (Hrsg.): Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas. Stuttgart 1976.

Havighurst, R. J.: Developmental Tasks and Education. New York 1948

Hedrich, D.: Drogenabhängige Frauen und Männer. In: Kindermann, W. u.a.: Drogenabhängig. Freiburg i. Br. 1989, S. 193 - 324.

Helfferich, C.: Geschlechterverhältnisse und 'soziale Verwendung des Körpers' in der Jugend. Dissertation. Freiburg 1989.

Holzgreve, W.: Frauenalkoholismus - seine Ursachen, Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten, in: DHS (Hrsg.): Frauenalkoholismus. Hamm 1970.

Levy, R.: Der Lebenslauf als Statusbiographie. Stuttgart 1977.

Steinhage, R.: Sexueller Mißbrauch an Mädchen. Reinbek 1989.

Umbach-Noack, E.: Frauenalkoholismus. Von der Unangemessenheit eines Verhaltens. In: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 22 (1990), S. 5-22.

Vogt, I.: Alkoholikerinnen. Freiburg 1986.

Vogt, I.: Was hat Emanzipation mit Sucht zu tun? In: Psychologie Heute 7 (1989), S.42-45.

Vogt, I.: Abhängigkeit und Sucht: Anmerkungen zum Menschenbild in Suchttheorien. In: Drogalkohol 1990a, 14, S. 140-148.

Vogt, I.: Unklare Verhältnisse. In: Frauenleben heute. Psychologie Heute. Weinheim 1990b, S. 145 - 154.

Wirtz, U.: Seelenmord. Zürich 1989.

3.2.2 Vortragstext (alternativ): Gisela Haller: Frauenrolle und Sucht

In meinem heutigen Referat möchte ich mich mit den Zusammenhängen von weiblicher Sozialisation und Suchterkrankungen beschäftigen. Im ersten Teil soll es um die täglichen Abhängigkeiten gehen, denen alle Frauen ausgesetzt sind. Hier wäre zu beleuchten, welche Bedingungen den Weg in eine Suchtkarriere bahnen. Der zweite Schritt soll dahingehen, sich die Lebenshintergründe suchtmittelabhängiger Frauen zu verdeutlichen und die möglichen Auslöser weiblicher Suchtkarrieren zu benennen. In einem dritten Schritt soll es um die Überlegung gehen, welche frauenspezifischen Therapieangebote notwendig sind, um Wege aus der Sucht aufzuzeigen.

1. *Sozialisationsbedingungen von Frauen und die erlebte tägliche Abhängigkeit. Wege in die Sucht*

Eine Kernthese möchte ich meinen weiteren Ausführungen voranschicken.

"Frausein in dieser Gesellschaft heißt abhängig sein"

Dies ist ein provokanter Satz, den ich im weiteren aber belegen möchte. In meinem Referat werde ich mich im wesentlichen auf die Abhängigkeit vom Alkohol beschränken. Andere weibliche Suchtformen seien hier nur am Rande erwähnt, z.B. die Medikamentenabhängigkeit (70 Prozent aller Psychopharmaka werden Frauen verschrieben, d.h. es gibt 350.000 betroffene Frauen). Für alle frauenspezifischen Krankheiten (depressive Verstimmung, vegetative Dystonie, Frauenleiden, Migräne etc.) gibt es eine entsprechende "Pille", d.h. die Frauen werden ruhig gestellt. Der Abhängigkeitserkrankung gehen häufig psychosomatische Erkrankungen, Mißbrauch von abführenden Medikamenten, Mißbrauch anderer abhängig machender Substanzen, andere süchtige Verhaltensweisen voraus. Daneben gibt es dann noch die typisch weiblichen Süchte, die eher heimlich und unauffällig verlaufen, wie die Eßstörungen. Hier wird der weibliche Körper zum Schlachtfeld ernannt. Eßstörungen sind eng mit dem aufoktroyierten Frauenbild und Schönheitsideal des "Schlankseins" verbunden. Der Einstieg in eine solche Eßstörung läuft häufig über eine - in allen einschlägigen Frauenzeitschriften propagierte - Diät. Ein Schlagwort an dieser Stelle wäre: Männer machen Karriere, Frauen machen Diät. Mindestens jede 10. Frau zwischen 15 und 50 Jahren leidet an einer schweren Eßstörung. Zirka ein Drittel aller stationär behandelten Frauen leidet zusätzlich zur Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit an einer Eßstörung. Ich erwähne diese Suchtformen hier, weil sie mir typisch erscheinen für weibliche Rollendefinitionen.

Die Wirkung von Alkohol hat wahrscheinlich jede schon einmal erfahren. Er erleichtert und enthemmt in der Anfangsphase, die Welt wird rosarot. Beim Abhängigen könnte man - im therapeutischen Sinne - von einem "Selbstheilungsversuch der Seele" sprechen. Diese genannten Erscheinungsformen sind bei Männern und Frauen gleich, d.h. von ihrem grundsätzlichen Charakter läßt sich die Abhängigkeit der Frauen von Suchtstoffen nicht von der der Männer unterscheiden. Für beide Geschlechter gilt, daß die Lebensbedingungen unserer Gesellschaft eher dazu angetan sind, das Bedürfnis nach Betäubung, sprich Drogenkonsum, in unterschiedlichster Art zu entwickeln. Die zunehmende Isolation und Vereinsamung, die permanente Bedrohung durch eine zerstörte Umwelt, das angesammelte Vernichtungspotential, die bedrohliche Situation des Arbeitsmarktes etc.. Diesen Lebensbedingungen sind - wie gesagt - beide Geschlechter in gleicher Weise ausgesetzt.

Für Frauen kommt jedoch neben diesen krankmachenden Bedingungen noch die Komponente einer anders gearteten Sozialisation - sprich Entwicklung in dieser Gesellschaft - hinzu. Um die Situation von Frauen zu verdeutlichen, möchte ich an dieser Stelle die veröffentlichten Zahlen der UNO-Frauenkonferenz von 1980 anführen. Frauen stellen ein Drittel der Arbeitskräfte, leisten jedoch zwei Drittel aller Arbeitsstunden dieser Welt. Sie beziehen dafür ein Zehntel des Welteinkommens und haben weniger als ein Prozent Anteil am Weltbesitz. Unter diesen Bedingungen leben Frauen. Bevor ich im weiteren näher auf die Sozialisationsbedingungen von Frauen eingehe, möchte ich meinen folgenden Ausführungen eine grundsätzliche Annahme aller Theorien über Sucht voranstellen. These:

Die Gefahr, einer Sucht zu verfallen, besteht für Menschen mit einem geringen Selbstwertgefühl.

Es erscheint mir nun so, daß die Lebensbedingungen von Frauen wenig Möglichkeiten bieten, ein starkes Selbstwertgefühl zu entwickeln. Gemeinsam ist Frauen das Gefühl der Abhängigkeit und ein Mangel an Selbstsicherheit und Selbstwertgefühl. In ihrer Untersuchung zum Frauenalkoholismus kommt Marijke Mantek (1979) zu der Aussage, daß sich im Alkoholismus die rollenspezifischen Probleme in gewisser Weise akzentuieren. Alkoholikerinnen erleben sich noch stärker ängstlich, gehemmt und unterordnend als es bereits für "normale Frauen" zutrifft. Es ließen sich jedoch keine spezifischen Persönlichkeitsfaktoren für den weiblichen Alkoholismus nachweisen. Als spezifischen Risikofaktor für Alkoholabhängigkeit bei Frauen nennt sie jedoch autoritären Anpassungsdruck und destruktives Verhalten des Partners sowie die eigene Unfähigkeit, sich dem Partner anzuvertrauen und zu öffnen. Vor dem Hintergrund, daß Frauen zuständig sind für Beziehungsarbeit und Emotionalität wird hier ein deutliches weibliches Versagen sichtbar. Eine klare Persönlichkeitsabgrenzung zwischen abhängigen und sogenannten "normalen" Frauen ließ sich jedoch nicht nachweisen. Hier möchte ich wieder auf meine Eingangskernthese zurückkommen: Weibliche Sozialisation ist Sozialisation in die *Abhängigkeit*.

Geschichtlicher Rückblick

Ich möchte hier einen kurzen geschichtlichen Rückblick geben, um die genannte These zu belegen. Bis vor wenigen Jahrzehnten war das Frauenbild gebunden an Familie und Kinder mit der Verpflichtung zu Abhängigkeit und Anpassung an den Mann. Die Rollenaufteilung sah auf der männlichen Seite Aktivität, Arbeit und Produktivität und auf der weiblichen Seite Fürsorglichkeit und Gefühlsbetonung. Wir müssen uns nur einmal deutlich machen, daß es erst 80 Jahre her ist, daß Frauen die Erlaubnis erhielten, höhere Schulen zu besuchen und zum Studium zugelassen wurden. Diese Festschreibung der Frauen auf Gefühl und Fürsorge veränderte sich nach dem 1. Weltkrieg, als Arbeitskräfte benötigt wurden. So wurde den Frauen die Berufstätigkeit zur Chance einer unabhängigen Lebensführung. Doch heute dienen die Frauen wieder als stille Reservearmee für den Arbeitsmarkt. Sind sie berufstätig, so befinden sie sich eher in den abhängigen und untergeordneten Positionen. Können Sie sich z.B. vorstellen, daß ein Sekretär seiner Chefin den Kaffee serviert? Für viele Frauen scheint ein Ausweg aus dem beruflichen Dilemma in dem Einstieg in die - Frauen zugedachte Rolle - als Hausfrau und Mutter zu liegen. Sie können sich nun über den Ehemann und das von ihm Erreichte identifizieren. Geprägt und entstanden ist diese Situation von Frauen durch ihre geschlechtsspezifische Erziehung, ihrer mangelnden Ausbildungs- und Berufschancen sowie ihre finanzielle Abhängigkeit in Ehe und Familie. Die Attribute, die der weiblichen Rolle zugedacht sind, sind unter anderem Passivität, Anpassung, Emotionalität, auf eine kurze

Formel gebracht: Frauen sind lieb, angepaßt und abhängig. Zentral kann man aber sagen, daß die Lebensalltäglichkeit von Frauen die Abhängigkeit in sich selbst trägt.

Gleichzeitig wird die Frau heute - mit dem Wissen um andere Möglichkeiten und dem Wunsch nach einem "Mehr an Selbstverwirklichung" - Rollenkonflikten ausgesetzt, die letztlich nicht auflösbar sind. In der Adoleszenz findet für Mädchen die Konfrontation mit den gesellschaftlich vorgegebenen Rollenkonflikten statt, d.h. die Entscheidung zwischen Berufs- und Familienrolle. Egal, wie eine junge Frau sich entscheidet, sie wird mit Belastungen, Verzicht und Frustration ihrer individuellen Lebenserwartungen konfrontiert, denen junge Männer nicht in dieser Schärfe ausgesetzt sind. Fällt die Entscheidung für ein Leben als Hausfrau und Mutter, so bleibt der "Makel" nur Hausfrau zu sein. Hinzu kommt, daß die Frauen in der mittleren Lebensphase der wichtigsten Attribute dieser Rolle beraubt werden, als da sind: Mutterschaft, Attraktivität und die Notwendigkeit der finanziellen Versorgung durch den Mann. Wie schwer es ist - gerade für Frauen in den mittleren Jahren - wieder Anschluß im Berufsleben zu finden, ist bekannt. Die Arbeitsämter bieten beispielsweise ein Spezialprogramm für Frauen ab 35 Jahren. Versucht die Frau nun einen anderen Weg, um ihren Rollenkonflikt zu lösen und bemüht sich, Familie und Berufstätigkeit zu kombinieren und zu koordinieren, so kommt sie in Situationen der Überforderung und wird obendrein noch als "schlechte Mutter" abqualifiziert. Wählt die Frau nun einen dritten Weg, den ohne Familie in die berufliche Karriere, so heißt es: "Die hat wohl keinen abgekriegt."

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, daß Frauen in unserer Gesellschaft Konflikten ausgesetzt sind, an denen sie scheitern müssen. Dieses Scheitern wird dann jedoch nicht als ursächlich in gesellschaftlichen Bedingungen wurzelnd gesehen, sondern als individuelles Versagen erlebt. Wenn wir jetzt die genannten Sozialisationsbedingungen und die daraus resultierende Zwickmühle für Frauen als täglich erlebte Abhängigkeit begreifen, dann kann man fast die Frage stellen, warum nicht wesentlich mehr Frauen den Ausweg in die Suchtmittelabhängigkeit wählen. Alkohol und Medikamente sind ja durchaus hilfreich, Unsicherheiten zu überspielen, Leistungen (Doppelbelastung) zu steigern, Depressionen über verpaßte Chancen zu bändigen, Langeweile und Unausgefülltsein zu übertönen. Offensichtlich ist, daß die niedergelassenen Ärzte mit psychischen Problemen von Frauen stark konfrontiert werden, ohne anders als medikamentös reagieren zu können. Interessant ist hier die Frage, welche Komponenten zu den genannten Abhängigkeits- und Unterdrückungsmechanismen hinzukommen, damit sich eine Suchtmittelabhängigkeit entwickelt.

2. *Lebenshintergründe suchtmittelabhängiger Frauen*

An dieser Stelle möchte ich einen Exkurs über meine berufliche Tätigkeit machen, da sich meine weiteren Aussagen auf die Erfahrungen in diesem Bereich stützen. Ich arbeite in einem Fachkrankenhaus für alkohol- und medikamentenabhängige Männer und Frauen. Wie es in diesen Häusern so üblich ist, haben wir im Durchschnitt eine Belegung von ca. 1/4 Frauen und 3/4 Männern im Haus. Vor diesem Hintergrund wurde eine Frauengruppe installiert, die den Frauen einen geschützten Raum bieten soll, ihre speziellen Problematiken zu bearbeiten. Diese Gruppe begleite ich seit Jahren als Therapeutin. Aus dieser intensiven Arbeit mit suchtmittelabhängigen Frauen sind die folgenden Aussagen abgeleitet.

2.1 *Sexualität und Gewalt*

Ein ständig wiederkehrendes Thema in der Frauengruppe ist die Auseinandersetzung mit Mißbrauchs- und Gewalterfahrungen. Merfert-Diete nennt in ihrem Heft "Zur Situation der Frauen im Suchtbereich" (1988) Zahlen, die auch für unsere Klinik zutreffen. 50 Prozent der Frauen haben Gewalterfahrungen mit Männern. Etwa 5-10 Prozent zeigen zum Zeitpunkt der Aufnahme deutliche Spuren von körperlicher Mißhandlung. Vergewaltigung sowohl außerhalb als auch innerhalb der Ehe sind eher die Regel als die Ausnahme.

Wie kommt es, daß die Frauen immer wieder in derartig destruktiven Partnerbeziehungen landen? Zum Verständnis ist hier das Kollusionskonzept von Jürg Willi (1975) hilfreich. Er geht von einem gemeinsamen Unbewußten aus und postuliert, daß bei der Partnerwahl gleichartige Schwierigkeiten und Konflikte im komplementären Sinne eine starke Anziehung zwischen zwei Menschen ausüben. In den Beziehungen der suchtmittelabhängigen Frauen wird eine Täter-OpferKonstellation hergestellt oder wiederhergestellt. Der Zusammenhang mit frühen Gewalterfahrungen wurde mir in der Auseinandersetzung mit dem Thema sehr greifbar. Es handelt sich bei den Frauen um eine andere Qualität des Gewalterlebens als bei den abhängigen Männern, die ja auch häufig von ihren Eltern geprügelt wurden. Amerikanische Untersuchungen besagen, daß rund 50 Prozent der mißbrauchten Mädchen aus Alkoholikerfamilien stammen. Die Zahlen sind sicher auf die BRD übertragbar. Auch nach meinen klinischen Erfahrungen haben die Frauen überdurchschnittlich häufig Mißbrauchserfahrungen machen müssen, die sie einerseits zum Opfer machten, sich andererseits aber auch schuldig fühlen ließen. Die Frauen erleben sich als beschmutzt und minderwertig. Diese Mißbrauchserfahrungen machen die Frauen in ihrem späteren Leben immer wieder zu Opfern. Um Sexualität erleben und die an sie gestellten Rollenerwartungen erfüllen zu können, benötigen diese Frauen Alkohol. Zum einen wählen sie sich im Sinne von Jürg Willi's Kollusionskonzept entsprechende Partner, andererseits können sie die Opferrolle nur mit Hilfe von Alkohol ertragen. Für den Bereich der drogenabhängigen Frauen ist der Zusammenhang zwischen Drogenkonsum, sexuellem Mißbrauch und Gewalt bekannt. Durch die Beschaffungsprostitution wird dieser Zusammenhang offensichtlich und eher ins Blickfeld gerückt. Anhand meiner Erfahrungen in der Arbeit mit alkoholabhängigen Frauen scheint dieser Zusammenhang auch für einen nicht geringen Teil der Alkoholikerinnen zu bestehen. Exemplarisch möchte ich hier zwei Fallbeispiele anführen:

Fallbeispiel 1

Frau K., heute 40 Jahre alt, hat ihren leiblichen Vater nicht kennengelernt. Die Mutter war selbst Alkoholikerin und hat sie bereits als Kleinkind in ein Heim gegeben. Als sich die Mutter neu verheiratete - Frau K. war mittlerweile 12 Jahre alt - holte die Mutter sie zurück. Der Stiefvater, ebenfalls Alkoholiker, hat sich mehrfach an Frau K. vergangen, ohne daß sie auch nur ansatzweise Hilfe hätte holen können. Das Leben war für sie die Hölle und mit 17 Jahren flüchtete sie in eine Ehe mit einem wiederum abhängigen Mann. Sie bekam eine Tochter. In der Ehe wurde sie weiter schwer mißhandelt. Sie wurde vergewaltigt und geschlagen. Frau K. schaffte es, sich aus dieser Verbindung zu lösen, nur um wieder in ähnlichen Strukturen zu landen. Um die fortgesetzten Mißhandlungen ertragen zu können, griff sie in extremer Weise zum Alkohol. Sie hat sich fast völlig zerstört. Alles an Suchtmitteln hat sie genommen, was sie nur kriegen konnte, um sich zu betäuben. Heute, im Rahmen ihrer Therapie, kann Frau K. langsam anfangen, Ansätze von Selbstwertgefühl und Selbstachtung aufzubauen. Sie macht erste Versuche, eigene Wünsche zu formulieren und sich selbst als wichtig zu erachten. Dieser Prozeß wird ein sehr langwieriger sein. Das genannte Beispiel mag extrem klingen, doch auch in sogenannten "gutbürgerlichen Familien" sind die Mädchen nicht unbedingt geschützt.

Fallbeispiel 2

Frau D., heute 32, entstammt einer sehr gut situierten Familie. Vater - Zahnarzt, Mutter - Hausfrau. Mit 8 Jahren wollte Vater sie aufklären. Er zwang sie, sein Glied in die Hand zu nehmen, bis es steif wurde. Alles unter dem Deckmantel "Aufklärung". Als sie älter wurde, betastete Vater ständig ihre Brüste. Mutter bekam nichts mit. Noch heute leidet Frau D. beim Sex unter massiven Ekelgefühlen. Nur im alkoholisierten Zustand konnte sie mit ihrem Mann ins Bett gehen. Der Ehemann nutzte diese Situationen auch weidlich aus. Er brauchte seine Frau in jeder Beziehung abhängig. Frau D. hat während ihrer Therapie entschieden, sich aus dieser Ehe zu lösen und sich erstmals in ihrem Leben auf eigene Füße zu stellen.

Anhand der beiden Fallstudien kann exemplarisch deutlich werden, wie der Alkohol als Vehikel benutzt wurde, um den Schmerz, die Wut und Verletzung dieser mißbrauchten Frauen zu betäuben. Ich habe diesen Teil über Mißbrauch und Gewalt in meinem Referat etwas ausführlicher dargestellt, da ich in meiner Arbeit immer wieder auf diese Zusammenhänge stoße.

2.2 *"Das Hausfrauensyndrom"*

Neben den genannten Frauen mit einer Mißbrauchsgeschichte gibt es die Karrieren in die Sucht, die ich als "Hausfrauensyndrom" bezeichnen möchte. Die Symptome dieser Hausfrauen werden als emotionale Störungen wie Niedergeschlagenheit, Unruhe, Reizbarkeit, Gleichgültigkeit, Schlaflosigkeit und Ermüdung beschrieben. Sie treten in Verbindung mit somatischen Beschwerden wie Muskelschmerzen, arthritischen Beschwerden, Neuralgien und Störungen im Bereich des Unterleibs oder des Kreislaufs auf. "Frauen mit diesen Symptomen wagen in den seltensten Fällen offen über ihre häusliche Ausbeutung und Isolation zu klagen, sondern schlucken und verdrängen. Häufiger suchen sie die Schuld ihrer Unzufriedenheit und Resignation bei sich selbst und haben Angst, für undankbar gehalten zu werden. Schon als kleines Mädchen haben wir gelernt, schweigend zu ertragen und unsere Aggressionen umzuwandeln und gegen uns selbst zu richten. Diese gegen sich selbst gerichtete Aggression speziell von Hausfrauen wird besonders durch den zunehmenden Alkohol- und Tablettenmißbrauch deutlich. Durch übermäßigen Alkoholgenuß und Tablettenmißbrauch versuchen viele Frauen, ihre traurige und perspektivlose Situation besser ertragen zu können - zu dem Preis, daß sie sich täglich physisch und psychisch durch Alkohol und Tabletten noch kränker machen und gleichzeitig süchtig werden können." (Burgard 1980, S. 54). Auch hierfür ein Beispiel:

Fallbeispiel 3

Frau L. ist mittlerweile 60 Jahre alt. Sie ist Mutter von vier Kindern und Hausfrau. Der Ehemann hat beruflich Karriere gemacht, Frau L. hat Haushalt und Kinder versorgt. Die Kinder sind jetzt erwachsen und von zu Hause ausgezogen. Der Ehemann hat sich vor zwei Jahren einer jüngeren Frau zugewandt und Frau L. verlassen. Zu diesem Zeitpunkt hat sie angefangen, exzessiv zu trinken. Noch heute richtet sie ihr Haus ein wie ein Museum. Die Bilder des Mannes hängen an der Wand, seine Anzüge im Schrank, sein Lieblingssessel wird nicht benutzt. Frau L. hat ihre Realität vollständig verdrängt. Der Alkohol hat ihr geholfen, eine Illusion aufrechtzuerhalten. Für Frau L. geht es nun darum, ihre massive Wut wahrzunehmen, wieder ein eigenes Selbstwertgefühl und eventuell neue Lebensperspektiven zu entwickeln.

2.3 *Die Sucht gebraucht zu werden*

Allen abhängigen Frauen gemeinsam scheint mir die Sucht, gebraucht zu werden (diese Formulierung habe ich dem Untertitel von Robin Norwood's Buch "Wenn Frauen zu sehr lieben" (1990) entnommen). Frau fühlt sich erst dann anerkannt und wertvoll, wenn sie für andere da sein kann. Eigene Wünsche und Bedürfnisse müssen in dem Tun für andere nicht wahrgenommen werden. Hier finden sich auch alle Co-Alkoholikerinnen wieder, die alles ertragen, weil sie ja dadurch so wichtig sind im Leben ihres Mannes. Die eigene Bedürftigkeit ist oft so riesengroß, daß sie betäubt werden muß. Sei es durch Aufopferung oder durch eine Droge oder durch beides. Wie können nun frauenspezifische Therapieangebote aussehen?

3. *Frauenspezifische Therapieangebote - Wege aus der Sucht*

Das zentrale Problem suchtmittelabhängiger Frauen scheint mir, daß sie an ihren Rollenerwartungen gescheitert sind. Sie erleben sich als Versagerinnen und schuldig an ihrem eigenen Leid. Sie sind aus der Rolle gefallen, die Umwelt toleriert ihr Trinkverhalten nicht mehr. Ihr Selbstwertgefühl bewegt sich gegen Null. In den herkömmlichen Fachkliniken sitzen die Frauen meist mit den Männern, die oft selbst Täter waren, in einer Therapiegruppe. Diese Gruppe wird zumeist von den Männern - auch zahlenmäßig - dominiert. Den Frauen fällt wieder die Aufgabe zu, für das emotionale Klima innerhalb der Gruppe zu sorgen. Um den Frauen einen ihnen angemessenen Rahmen für ihre spezifischen Probleme zu bieten, haben wir seit Jahren das Angebot einer Frauengruppe im Haus. Daraus hat sich jetzt eine eigene Frauentherapiegruppe entwickelt. Ziel in der Therapie sollte sein, die Frauen zu fördern und zu unterstützen, da suchtmittelabhängige Frauen unter einem ausgeprägten Mangel an Selbstwertgefühl leiden. Sie haben überproportional häufig Erfahrungen mit Mißbrauch und Gewalt. Sie nehmen ihre immense Bedürftigkeit nicht wahr, sondern betäuben sich im Tun für andere. In den therapeutischen Beziehungen sollten nicht die überkommenen Abhängigkeitsmuster wieder hergestellt werden. Das Klima sollte durch möglichst viel Eigenverantwortung und Selbständigkeit bestimmt sein. *Der therapeutische Ansatz sollte ein emanzipatorischer sein.*

Literatur:

Burgard, Roswitha: Wie Frauen "verrückt" gemacht werden. Berlin 1980.

Mantek, Marijke: Frauenalkoholismus. München 1979.

Merfert-Diete, Christa: Zur Situation der Frauen im Suchtbereich. Herausgegeben vom Deutschen Caritasverband, Referat Gefährdetenhilfe. Freiburg 1988.

Merfert-Diete, Christa/Soltau, Roswitha (Hrsg.): Frauen und Sucht. Reinbek b. Hamburg 1984.

Norwood, Robin: Wenn Frauen zu sehr lieben. Reinbek b. Hamburg 1990.

Willi, Jürg: Die Zweierbeziehung. Reinbek b. Hamburg 1975.

Wisselinck, Erika: Frauen denken anders. Straßlach 1985.

**4. Themenbaustein:
Sexueller Mißbrauch und Gewalterfahrungen suchtmittelabhängiger Frauen**

Modell 1

4.1 Curriculum

<i>Ziel</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Methode</i>	<i>Medien</i>	<i>Zeitungsumfang</i>
Vermittlung von Wissen zum Zusammenhang von sexuellem Mißbrauch und Suchtentstehung bei Frauen. Sensibilisierung für Anzeichen bei Klientinnen, die auf sexuelle Gewalterfahrung hinweisen. Erhöhung der Beratungskompetenz	Daten und Fakten zum sexuellen Mißbrauch von Mädchen und Frauen. Zusammenhang von sexuellem Mißbrauch und Suchtentstehung. Kennenlernen von Praktiken der psychischen Verarbeitung des sexuellen Mißbrauchs. Sensibilisierung für Signale, die auf sexuellen Mißbrauch hindeuten. Erproben eines Beratungsgesprächs bei Verdacht des sexuellen Mißbrauchs der Klientin. Feed-back zum Themenbaustein	Vortrag Plenumsgespräch Übung: <i>Erkennen und Verbalisieren von sexuellem Mißbrauch</i> Rollenspiel: <i>Situation in der Beratungsstelle</i> Auswertungsgespräch Plenumsgespräch	siehe Vortragstext Jeuck Wandzeitung "Checkliste" Arbeitsblätter mit Rollenbeschreibung Wandzeitung	8 UStd.
<i>Ergänzung:</i>	Falldarstellung eines sexuellen Mißbrauchs in der Familie Sexueller Mißbrauch in der Therapie	Kurze Einführung Diskussion Vortrag Diskussion	Film siehe Vortragstext I. Vogt	3 UStd. 2 UStd.

4.2 Didaktische Materialien

4.2.1 Vortragstext:

Gabriele Jeuck: Sexueller Mißbrauch und Sucht

Sexueller Mißbrauch an Mädchen ist in der BRD seit ca. zehn Jahren in der Diskussion. Begonnen haben diese Diskussion Frauen, die in ihrer Kindheit sexuellen Mißbrauch erlebt haben und die sich in Selbsthilfegruppen zusammenschlossen, um gemeinsam ihre Erfahrungen aufzuarbeiten. Daraus entstanden Beratungs- und Selbsthilfegruppenangebote für Frauen, die in ihrer Kindheit sexuell mißbraucht wurden.

Mittlerweile gehen wir davon aus, daß jedes 3. Mädchen sexuelle Gewalt¹ vor ihrem 18. Lebensjahr erfährt. Dieses Wissen darum zeigt, daß es nie ein Tabu war, sexuell zu mißbrauchen, sondern daß es ein Tabu war, die sexuelle Gewalt zu benennen und sich gegen sexuelle Gewalt zu wehren. Noch heute hören wir von vielen Mädchen und Frauen, daß ihnen nicht geglaubt wurde, wenn sie es wagten, das Schweigen um den sexuellen Mißbrauch zu brechen oder sie hörten: Das ist doch schon so lange her, da mußt du doch darüber weg sein. - Das kann nicht so schlimm gewesen sein, wenn du es jetzt erst erzählst.

Nach der Definition von S.M. Sgroi (1982) ist die "*sexuelle Ausbeutung von Kindern und Jugendlichen durch Erwachsene (oder ältere Jugendliche), eine sexuelle Handlung eines Erwachsenen mit einem Kind, das aufgrund seiner emotionalen und intellektuellen Entwicklung nicht in der Lage ist, dieser sexuellen Handlung informiert und frei zuzustimmen. Dabei nützt der Erwachsene die ungleichen Machtverhältnisse zwischen Erwachsenen und Kindern aus, um das Kind zur Kooperation zu überreden und zu zwingen. Zentral ist dabei die Verpflichtung zur Geheimhaltung, die das Kind zur Sprachlosigkeit, Wehrlosigkeit und Hilflosigkeit verurteilt*".

Mädchen unterliegen dabei einem doppelten Gewaltverhältnis, dem Macht- und Abhängigkeitsverhältnis zwischen Kindern und Erwachsenen (Generationsverhältnis) und dem Machtverhältnis zwischen den Geschlechtern.

Der sexuelle Mißbrauch ist ein Angriff auf die gesamte Persönlichkeit des Mädchens, auf seine geistige, emotionale und körperliche Entwicklung. Die Handlungen umfassen das gesamte Spektrum sexueller Gewalthandlungen, von "scheinbaren" Berührungen bis zu verschiedenen Formen von Penetration.

Mädchen werden überwiegend innerhalb ihrer Familie und ihres sozialen Nahraums sexuell mißbraucht, von Vätern, Stiefvätern, Partnern der Mütter, von Großvätern, Onkeln, älteren Brüdern, dem Freund der Familie, Nachbarn, Lehrern, Erziehern, Sozialarbeitern Nur ca. 5 % des sexuellen Mißbrauchs wird von Fremden begangen. Der überwiegende Teil der Täter sind Männer. (Deshalb werde ich auch von Tätern und "er" sprechen). Nur zu einem geringen Teil wird der sexuelle Mißbrauch an Mädchen von Frauen begangen.

Die sexuelle Gewalt beginnt überwiegend im Kindesalter und ist in der Regel eine fortlaufende Handlung, die meist über Jahre hinweg andauert.

¹ Ich gebrauche die Begriffe "sexueller Mißbrauch" und "sexuelle Gewalt" synonym.

Die Realität des sexuellen Mißbrauchs darf nicht wahrgenommen werden, weder während der Handlung noch danach. Dem Mädchen wird auf verbaler und nonverbaler Ebene vermittelt, daß es dies nicht wahrnehmen und nicht ansprechen darf.

Zum Beispiel kann es sein, daß der Täter während der Handlung vom Wetter spricht oder dem Mädchen sagt 'Das ist Liebe', bis hin zu Morddrohungen gegen das Opfer. Die Gefühle und die Reaktionen auf dieses traumatische Ereignis müssen zurückgehalten und verdrängt werden, Gefühle wie Verwirrung, Angst, Scham, Aggression, Wut, Ekel, Schmerz. Was bleibt ist maßlose Ohnmacht, Verzweiflung und Anpassung, die das Mädchen häufig gegen sich selbst richtet.

Die Verbindung von Sexualisierung, Geheimhaltung, Vertrauensbruch und Ohnmacht (Entmachtung) führt zur Traumatisierung mit oft gravierenden Folgen für das Leben des Mädchens:

- geringes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl
- Mißtrauen
- Ängste (z.B. Agoraphobie)
- Depressionen
- Suizidgedanken, Suizidversuche
- Autoaggressive Handlungen wie Selbstverstümmelung, sich Brandwunden zufügen
- Eßstörungen, Suchtmittelabhängigkeit
- Alpträume
- sexuelle Probleme
- Schwierigkeiten, eine sexuelle Identität zu finden.
- Ablehnen des eigenen Körpers.

Wie werden nun Mädchen und Frauen mit dieser traumatischen Situation fertig?

Mögliche Reaktionsweisen sind Vermeiden, Bagatellisieren, Distanzieren, Abspalten, Verleugnen, Vergessen oder positive Aspekte an der Situation herausfinden. Diese Strategien dienen dazu, die emotionale Not-Situation der Mädchen und Frauen erträglicher zu machen. Eine Möglichkeit des Überlebens ist der Griff zu Suchtmitteln. Sucht hat in diesem Sinne eine lebensrettende Funktion, da sie die Not des Mädchens und der Frau lindert. Sucht dient somit zum Überleben.

Untersuchungen aus den USA zeigen, daß 65 - 70 % der drogenabhängigen Frauen in der Kindheit sexuell mißbraucht wurden (bezieht sich auf drogen- und alkoholabhängige Frauen). Praktikerinnen aus deutschen frauenspezifischen Einrichtungen bestätigen diese Ergebnisse aus ihren Erfahrungen oder stellen sogar einen höheren prozentualen Anteil fest (Meibes 1989, S.30). Die amerikanischen Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, daß bei drogenabhängigen Frauen im Vergleich zu nicht-süchtigen Frauen

- der sexuelle Mißbrauch länger andauerte, häufig über Jahre, manchmal über 10 Jahre
- der sexuelle Mißbrauch oft in der frühen Kindheit beginnt
- der sexuelle Mißbrauch häufig mit Mißhandlung einhergeht und/oder emotionalem Mißbrauch
- es häufiger zur vollendeten Vergewaltigung kommt

- der Mißbraucher fast immer aus dem sozialen Nahraum kommt und am häufigsten der Vater genannt wurde
- öfter sexueller Mißbrauch von mehreren Tätern stattfindet; später auch durch Ärzte, Richter, Lehrer, Vorgesetzte (größere Viktimisierung)
- weniger Vertrauenspersonen zur Verfügung stehen, deshalb wird in erheblich geringerem Maße der Versuch unternommen, den sexuellen Mißbrauch zu erzählen
- bei 50 - 60 % der Betroffenen Suchtmittelmißbrauch in der eigenen Familie vorliegt
- das Einstiegsalter für den Drogengebrauch wesentlich niedriger liegt, bei 3 - 12 Jahren (in der Kontrollgruppe 13 - 19 Jahre)
- die Frauen, die sexuelle Gewalt erlebten, häufigere Therapieversuche und -abbrüche hinter sich haben. Die Mehrzahl der Frauen konnte in den Therapieeinrichtungen nicht über den sexuellen Mißbrauch reden.

(Ich skizziere hier nur die Ergebnisse der Untersuchungen- vgl. Mebes a.a.O., S. 31-37 -, um einen Eindruck von der Verbindung Sucht und sexueller Mißbrauch zu vermitteln).

Ein wichtiger Faktor im Leben von süchtigen Frauen ist somit die erfahrene sexuelle Gewalt in ihrer Kindheit.

Unter dem Einfluß von Drogen² fühlen sie sich subjektiv besser, können leichter vergessen und ihr Leben scheint weniger leidvoll. Manche empfinden es als einen Zustand von Schutz, wo sie das Gefühl von "unerreichbar" und "unverwundbar" haben.

In der Beratung erzählen Mädchen und Frauen, daß sie dann weniger schüchtern und gehemmt waren, sich glücklicher und freier fühlten und mit anderen auf eine Art und Weise zusammensein konnten, wie sie es vorher nicht konnten, z.B. weniger Angst vor körperlicher Berührung hatten. Auch wenn sie Angst hatten abhängig zu werden, verdrängten sie diese Ängste aufgrund der Erleichterung, die sie beim Drogengebrauch empfanden. So begannen sie Drogen zu nehmen, sobald sie sich schlecht fühlten, später dann auch "vorsorglich". Drogen lassen Schmerzen, Scham, Einsamkeit, Gefühle von "Anderssein", "Wertlos- oder Schlecht-sein", vergessen, schaffen aber auch Distanz zu Gefühlen wie Freude und Glück und die Fähigkeit, eigene Gefühle aus sich heraus zu entwickeln, geht verloren. Es geht darum, nichts mehr zu fühlen und dies ist besser, als mit der ganzen Verwirrung und Verzweiflung allein zu sein.

"Sucht von Frauen ist ein Versuch, Konflikte zu lösen, die sich aus den Widersprüchen, Belastungen und Grenzen weiblicher Lebensrealität ergeben." (Kutscher 1989, S.12).

In ganz besonderem Maße trifft dies auf die süchtigen Frauen zu, die sexuell mißbraucht wurden.

Der Weg in die Abhängigkeit ist unterschiedlich: Da gibt es die Gruppe der Mädchen und Frauen, die in Familien aufwachsen, wo Suchtmittel mißbraucht werden. In diesen Familien gibt es ebenfalls die Regeln: nicht fühlen, nicht wahrnehmen, schweigen. Der Suchtmittelmißbrauch darf hier ebensowenig wie der sexuelle Mißbrauch Thema sein. Auch Gefühle wie Scham und Schuld sind bei den Kindern anzutreffen und werden durch den sexuellen Mißbrauch verstärkt. Wird das Mädchen von dem trinkenden Vater sexuell mißbraucht, so führt

²Unter Drogen verstehe ich legale und illegale Drogen, d.h. Alkohol, Medikamente, Heroin, Kokain, Haschisch, synthetische Drogen etc.

dies häufig zum Bagatellisieren der sexuellen Gewalt auf seiten des Mädchens und des Täters, der die Gewalt mit seiner Betrunkenheit rechtfertigt. In manchen Fällen wird das Mädchen auch zum mittrinken aufgefordert oder gezwungen. Ekel und Abscheu vor Alkohol sind häufig bei den Mädchen anzutreffen, aber auch die Erfahrung, daß Drogenmißbrauch eine Bewältigungsstrategie von Konflikten und Situationen ist und sie "überlebbar" macht.

Es gibt Mädchen und Frauen, die nicht in suchtmittelmißbrauchenden Familien aufgewachsen sind, und dennoch abhängig werden. Eine große Anzahl von Mädchen und Frauen konsultiert Ärzte wegen Unruhe, Ängsten, Schlafstörungen, Schmerzen, Eßstörungen, Depressionen ect. und bekommt wiederholt Medikamente verordnet, ohne daß die zugrundeliegenden Konflikte angegangen werden. Die Mädchen und Frauen erhalten nicht genügend Zeit und Aufmerksamkeit, um das eigentliche Problem, nämlich den sexuellen Mißbrauch, anzusprechen. Sobald die Frau Medikamente nimmt fühlt sie sich besser. Aber schon bald muß die Dosis erhöht werden, um ein Unwohlsein zu vermeiden. Sie spürt dann nicht mehr den inneren Schmerz, der ihren Ängsten zugrundeliegt oder der sie dazu trieb zu essen. Nach einer Weile kommt sie ohne Pillen nicht mehr aus, sie greift automatisch nach anderen Medikamenten und/oder Alkohol. Der Weg in die Abhängigkeit beginnt, von vielen un bemerkt.

Jugendliche Mädchen fühlen sich ihren Altersgenossinnen entfremdet, sie fühlen sich "anders", "älter", fühlen sich "gezeichnet". Manchmal werden sie auch von den Altersgenossen abgelehnt, die sie als "komisch" empfinden. Sie erleben beim Konsum von Drogen eine Erleichterung. Sie brauchen sich jetzt nicht mehr zu verletzen und zu verstümmeln, um ihren Schmerzen eine Realität zu verleihen. Die Drogen lösen eine andere Überlebensstrategie ab. Sie beschreiben es manchmal wie einen inneren Zwang, eine große innere Sehnsucht, "so zu sein wie die anderen". Meines Erachtens neigen Mädchen, die sexuell mißbraucht werden und wurden, stärker als ihre Altersgenossinnen dazu, Drogen zu mißbrauchen. Sie vermögen den Drogenkonsum weniger zu kontrollieren und ihre Versuche sich "anzupassen" scheitern eher und lassen ihre Einsamkeit und Isolation stärker werden.

Häufig tritt eine Steigerung des Drogenkonsums oder ein Wechsel zu stärkeren Drogen ein, wenn es Probleme in der Beziehung, mit dem Körper und/oder in der Sexualität gibt, die sich mit den vorhandenen Überlebensstrategien (wie z.B. abspalten, verdrängen...) nicht "lösen" lassen. Dies können sein: Angst vor Berührung und Sexualität, Bilder und Gefühle von dem sexuellen Mißbrauch, die in der Sexualität kommen, keine Sexualität leben wollen, aber dies nicht sagen oder durchsetzen können.

Mit Drogen werden die schmerzlichen und angstmachenden Erinnerungen und Konflikte "weggedrückt", "weggeschwemmt", "runtergeschluckt". Nach außen zu gehen und "Halt"/"Stop", "Nein" zu sagen, ist ihnen kaum möglich. Sich als Individuum mit Rechten und Bedürfnissen, mit eigenen Grenzen zu erfahren, wurde ihnen als Kind abgesprochen. So treten sie den Rückzug in das Innere an und setzen Suchtmittel als ein Schutz für ihr Selbst ein, indem sie versuchen, sich unerreichbar für andere und unerreichbar für Schmerz, Verletzung, Mißachtung zu machen. Die Spaltung zwischen Körper und Empfinden wird dadurch weiter verstärkt. Durch diese Spaltung werden Verletzungen, die ihrem Körper zugefügt werden, nicht mehr als solche wahrgenommen. Dies vermittelt zudem die Illusion von Macht und Kontrolle über das eigene Leben.

Eine Folge des sexuellen Mißbrauchs ist die Verringerung der Erlebnisfähigkeit, da Gefühle versteckt, verdrängt, verleugnet, abgespalten werden müssen. Mit dem Suchtmittel können sie dies häufig verändern und Gefühlszustände und Lebensgefühle wie weinen, lachen, wütend-sein, stark-sein, selbstbewußt-sein, sich fallen lassen-können, entspannt sein, erlebbar für sich machen, wenn auch nur für kurze Zeit. So kann der Suchtmittelgebrauch Ausdruck der Sehnsucht nach Leben und Er-leben, statt Überleben, sein.

Zusammenfassung

- * Zum Überleben des sexuellen Mißbrauchs greifen Frauen und Mädchen auf Strategien zurück, die es ihnen erlauben, ihre Not zu lindern und einen Ausweg zu finden, aus dem Wirrwarr und den Verstrickungen der Gefühle.
- * *Eine* Überlebensstrategie ist Sucht.
- * Sucht bedeutet immer auch die Suche nach einer anderen Lebensrealität und die Sehnsucht nach Liebe, Geborgenheit und Angenommensein.
- * Auf dem Weg zur Heilung muß erst die Suchtmittelabhängigkeit angegangen werden, erst dann kann die Aufarbeitung der erlebten sexuellen Gewalt beginnen. Für diese Schritte auf ihrem Weg der Suche benötigen Frauen all ihre Stärke und Kraft und unsere Begleitung und Unterstützung.

Literatur:

- Mebes, M./Jeuck, G. (Hrsg.): Sucht. Schriftenreihe Sexueller Mißbrauch, Bd. 2, hrsg.von DONNA VITA, Berlin 1989.
- Mebes, M.: Hauptsache überleben ... Zum Verständnis von sexuellem Mißbrauch in der Lebensgeschichte süchtiger Frauen. In: Mebes, M./ Jeuck, G., a.a.O., S. 15-49.
- Kutscher, G.: Frauenspezifische Suchtarbeit. In: Mebes, M./Jeuck,G., a.a.O., S. 9-14.
- Sgroi, S.M.: Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse. Lexington 1982.

4.2.2 Übung: Erkennen und Verbalisieren von sexuellem Mißbrauch

Die Teilnehmerinnen sammeln Begriffe für sexuelle Handlungen, Signale und Symptome des Mißbrauchs sowie Begriffe für Geschlechtsorgane in Form eines Brainstormings. Die Referentin hält die genannten Begriffe auf einer Wandzeitung fest.

Die Teilnehmerinnen erkennen, wie viele Varianten sexueller Mißbrauch haben kann und erweitern ihre Kompetenzen in bezug auf das Erkennen des sexuellen Mißbrauchs. Durch das Benennen von sexuellen Handlungen und Begriffen für Geschlechtsorgane begeben sie sich in die sprachliche Welt ihrer Klientinnen. Gegebenenfalls vorhandene "Hemmschwellen" bezüglich der Äußerung derartiger Bezeichnungen werden erkannt und vermindert.

Gruppengröße: Gesamtgruppe (15 TN)

4.2.3 Checkliste für Inzestopfer

Diese "Checkliste" wurde den Teilnehmerinnen an die Hand gegeben als Hilfe für die Beratungssituation mit von sexuellem Mißbrauch betroffenen Klientinnen.

(Checkliste entnommen aus: Ulrike Wirtz: Seelenmord. Inzest und Therapie. Zürich 1989)

"In Anlehnung an die Checkliste, die S. Blume für Inzestüberlebende entwickelt hat, möchte ich einige Kriterien aufzählen. Dabei ist es wichtig zu betonen, daß diese Symptome auch im Rahmen anderer Krankheitsbilder auftreten können. Einige sind aber besonders charakteristisch für das Vorkommen von Inzest, und treten mehrere dieser Symptome gemeinsam auf, so ist die Wahrscheinlichkeit, daß ein sexueller Übergriff stattgefunden hat, groß.

1. *Depressive Verstimmungen, >>grundloses<< Weinen*
2. *Selbstmordphantasien, Selbstmordversuche*
3. *Selbstzerstörerische Handlungem, Selbstverstümmelungen, sich Schmerz zuzufügen. Unfallhäufigkeit*
4. *Suchtverhalten (Drogen, Alkohol, Essen)*
5. *Schuld- und Schamgefühle, schlechtes Selbstwertgefühl*
6. *Probleme mit Vertrauen, Angst vor Hingabe und Kontrollverlust oder Unfähigkeit, die Vertrauenswürdigkeit eines Menschen einzuschätzen*
7. *Unfähigkeit, Grenzen zu setzen, wiederholter Mißbrauch in Beziehungen, Opferrolle, Schwierigkeiten, nein zu sagen, Ohnmachtsgefühle*
8. *Stark konflikthafte Beziehungen, Ambivalenzprobleme, Vermeiden von Nähe oder Partnerwahl, die keine Nähe zuläßt, damit die Inzestproblematik nicht in den Vordergrund tritt*
9. *Gefühle von Isolation, Nichtdazugehören, Entfremdungs- und Depersonalisationsgefühle, Abspalten von Gefühlen, >>Totstellreflex<<: physische Situationen oder bei bestimmten Themen*
10. *Gefühl mangelnder Einheit, Eindruck, mehrere Persönlichkeiten zu sein. Sich unwirklich vorkommen, Gefühl, verrückt zu sein, Phantasiewelten aufbauen, in denen man ein anderer Mensch ist, eine andere Identität hat, Wunsch, einen anderen Namen anzunehmen*
11. *Stigmatisierung, Gefühl, das Kainszeichen für alle erkennbar auf der Stirn zu tragen und wegen der Tabuverletzung selber tabu zu sein, Leiden unter dem Gefühl, ein schreckliches Geheimnis mit sich herumzuschleppen*

12. *Flashbacks: plötzliche bildliche Erinnerungen an das Trauma, die wie ein Überfall wirken. Starke sensorische Erinnerungen, die keinen Sinn machen, zum Beispiel das Tapetenmuster, ein Geruch, der immer wieder in die Nase steigt und Ängste auslöst.*
13. *Würge- und Erstickungsgefühle, Kloß im Hals, Schluckbeschwerden, Atemnot, Hautausschläge, Juckreiz*
14. *Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Bedürfnis, sich im Bett fest einzuwickeln und Kleider zu tragen, immer wiederkehrende Alpträume*
15. *Auffällige Erinnerungslücken, Unfähigkeit sich an ganze Perioden aus der Kindheit zu erinnern, Ausblenden von bestimmten Personen und Situationen. Uneinfühlbar heftige Gefühlsreaktionen bei bestimmten Begegnungen mit Orten oder Menschen*
16. *Starke Abwehrmechanismen: Verleugnen, Verdrängen, Bagatellisieren*
17. *Probleme im sexuellen Bereich. Vermeiden jeglicher Sexualität, zwanghaftes Sexualisieren von Beziehungen. Vermischung von Sexualität, Macht, Kontrolle und Gewalt. Sex nur mit Fremden möglich. Unsicherheit in der Geschlechtsidentität. Orgasmusstörungen, Angst vor Schmerzen im Genitalbereich, Unmöglichkeit, -Sex und Zärtlichkeit miteinander zu verbinden. Ekel vor allem Körperlichen (auch Gerüchen und Geräuschen), sich vom eigenen Körper verraten fühlen, ihn in weiten Kleidern verstecken wollen, Spiegel vermeiden, sich unsichtbar machen. Verzerrtes Körperbild."*

4.2.4 Rollenspiel: Situation in der Beratungsstelle

Die Teilnehmerinnen stellen eine Beratungssituation nach:

Eine Klientin, die sexuellen Mißbrauch erlebt hat, sucht die Beraterin auf. Es wird ein Beratungsgespräch nach einer vorgegebenen Falldarstellung simuliert (s. Anlage). Eine dritte Person beobachtet das "Beratungsgespräch". Für jedes Rollenspiel stehen 30 Minuten zur Verfügung. Anschließend werden die Rollen gewechselt, so daß jede Teilnehmerin jede der drei Rollen einmal gespielt hat.

Gruppengröße: Kleingruppen mit je drei Personen

Rollenspiel 1:

Die 33jährige Astrid hat schon zwei Therapien hinter sich und möchte eine ambulante Therapie machen. Sie erzählt der Beraterin, daß sie eine Sendung über sexuellen Mißbrauch gesehen hat, in der Betroffene und Mütter in Interviews zu Wort gekommen sind. Während der Sendung fing sie an zu weinen. Später besorgte sie sich Alkohol und betrank sich. Sie ist sehr verwirrt über dieses Ereignis.

Rollenspiel 2:

Die 18jährige Silke ist seit kurzem in der Beratungsstelle. Ihre Ausbildungsstelle drängte auf den Besuch der Beratungsstelle wegen ihres Drogenkonsums. Sie konsumiert Haschisch und Medikamente und lebt mit einem 40jährigen Mann zusammen. Vor kurzem ist sie überfallen worden und nur knapp einer Vergewaltigung entgangen. Seit dem Überfall hat sie Alpträume und verstärkt Angst, wenn sie allein in der Wohnung ist. Zu ihren Eltern hat sie kaum Kontakt - und wenn, dann nur zur Mutter. Mit dem Vater versteht sie sich überhaupt nicht.

Rollenspiel 3:

Die 24jährige Manuela kommt seit 8 Monaten in die Beratungsstelle und wartet auf einen Therapieplatz in einer Drogenlangzeiteinrichtung. Zur Zeit nimmt sie nur geringe Mengen an Drogen. In früheren Beratungsgesprächen erzählt sie, daß der Stiefvater seit ihrem 6. Lebensjahr mit ihrer Mutter zusammenlebt. Es gab oft Streit mit ihm und mit 12 Jahren zog sie ins Heim. Sie beschrieb ihn als total eklig und daß er unangenehm roch. Sie hat wieder Streit mit ihrem Freund, der keine Therapie machen möchte. Sie will z.Zt. kaum Sexualität mit ihrem Freund leben und muß sich danach immer gründlich "abschrubben", wie sie es nennt.

Auswertung:
(Gesamtgruppe)

Es findet ein Plenumsgespräch anhand folgender Fragen statt:

1. Wie fühlst Du Dich als Klientin in dieser Situation?
2. Wie fühlst Du Dich als Beraterin?
3. Was hast Du als Beobachterin festgestellt?

Die Teilnehmerinnen sprechen über Gefühle und Erkenntnisse, die sie in den jeweiligen Rollen erlebt bzw. gewonnen haben. Die Gesprächsbeiträge werden in gekürzter Form auf Wandzeitungen festgehalten. So werden allgemeine Probleme der Beratungsarbeit deutlich.

Beispiel für Wandzeitungen:

Klientinnenrolle

- * Rolle war nah an der tatsächlichen Beratungspraxis
- * Das Spielen der Klientinnenrolle löst Gefühle von Scham und Ängsten aus - von seiten der Beraterin ist große Behutsamkeit im Umgang mit der Klientin nötig.
- * Klientin braucht viel Spielraum, um sich zu äußern.
- * Sie will angesprochen werden, gleichzeitig aber auch die Möglichkeit des Rückzugs haben.
- * Klientin will nur mit einer Person sprechen, braucht Vertrauensbasis.
- * Vorstellung der Täterschaft des Vaters ist fast unerträglich.
- * Problematische Beratungssituation, wenn Klientin "geschickt" wird.

Beraterinnenrolle

- * Annahme der Klientin, Vertrauensbasis schaffen, Freiräume geben.
- * Klientin Tempo im Umgang mit dem Thema selbst bestimmen lassen.
- * Freundliche erste Begegnung wichtig.
- * Klientin Grenzen setzen lassen, nicht "nachbohren".
- * Gemeinsame "Sprache" finden.
- * Den sexuellen Mißbrauch der Klientin glauben.
- * Gefühle der Klientin ernst nehmen (auch positive gegenüber dem Täter).
- * Verschiedene Ausdrucksmöglichkeiten anbieten: reden, schreiben, malen.
- * Akzeptanz des Lebensweges der Klientin.
- * Stärken und Fähigkeiten der Klientin erkennen und fördern.
- * *Parteilichkeit.*
- * Beraterin muß an eine Heilung glauben.

Hinweise:

Voraussetzung für die Durchführung des Rollenspiels ist eine vertrauensvolle Atmosphäre in der Gruppe und in der Beziehung zur Referentin und den Teamerinnen. Die Arbeit mit vorgegebenen Falldarstellungen unterstreicht den "Spielcharakter" dieser Übung. Eine Bearbeitung von eigenen Fällen stellt eine Tiefung dar.

Es besteht die Möglichkeit, daß Teilnehmerinnen in der Klientinnenrolle eigene erlebte Mißbrauchserfahrungen aktualisieren. Das Spielen der Beraterinnenrolle kann ebenso Ängste und Unsicherheiten auslösen, da die eigene berufliche Kompetenz "zur Schau gestellt" wird.

Die Teamerinnen sollten die Prozesse in den Kleingruppen beobachten. Wenn das Auswertungsgespräch durch aufgebrochene Unsicherheiten und Ängste blockiert ist, sollte lediglich eine abstrakte Darstellung des Übungsverlaufes angeregt werden. (Beispiel: Mit welchen fünf Stichworten läßt sich die Situation der Klientin beschreiben?).

Gegebenenfalls sollte eruiert werden, an wen sich die Beraterin im Falle starker subjektiver Betroffenheit im Anschluß an die Fortbildung zur eigenen Unterstützung wenden kann.

Modell 2

4.3. Curriculum

<i>Ziel</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Methode</i>	<i>Medien</i>	<i>Zeitungsumfang</i>
Vermittlung von Wissen zum Zusammenhang von sexuellem Mißbrauch und Suchtentstehung bei Frauen. Sensibilisierung für Anzeichen bei Klientinnen, die auf sexuelle Gewalterfahrung hinweisen. Erhöhung der Beratungskompetenz	Definitionen und Verbreitung von sexuellem Mißbrauch und psychische Folgen für Frauen. Theoriemodell des Zusammenhangs von sexuellem Mißbrauch und Sucht. Psychische Belastungen der Frauen bei der Geheimhaltung des erlebten Mißbrauchs Beratungsgrundlagen und praktische Erfahrungen in einer Therapieeinrichtung. Erproben einer Beratungssituation, in der Grenzen im therapeutischen Prozeß beachtet werden. Feed-back zum Themenbaustein	Vortrag Plenumsgespräch Meditationsübung Übung: <i>Ich habe ein Geheimnis</i> Auswertungsgespräch Rollenspiel: <i>Wo sind meine Grenzen?</i> Auswertungsgespräch Plenumsgespräch	siehe Vortragstext Kreyssig Papier, Wandzeitung	8 UStd.
<i>Ergänzung:</i>	Falldarstellung eines sexuellen Mißbrauchs in der Familien Sexueller Mißbrauch in der Therapie	Kurze Einführung Diskussion Vortrag Diskussion	Film siehe Vortragstext Vogt	3 UStd. 2 UStd.

4.4 Didaktische Materialien

4.4.1 Vortragstext:

Ulrike Kreyszig: Sexueller Mißbrauch und Sucht

Ich möchte meinem Referat eine Bemerkung bzw. ein Zitat voranstellen, das mir zentral in der Betrachtungsweise für die Folgen sexueller Mißbrauchserfahrungen und deren Bewältigungsstrategien erscheint:

"Im Rahmen einer einseitigen Sensationsberichterstattung erhält die Öffentlichkeit zunehmend Informationen über die Folgen sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit (z.B. Drogenabhängigkeit, Prostitution, Suizidversuche, Magersucht, usw.)... Dies hat zu einer zweiten Form der Tabuisierung (bzw. der Stigmatisierung, Anm. d.V.) beigetragen: Betroffene Mädchen, Jungen und Frauen berichten, daß Freunde, Bekannte und professionelle Helferinnen von ihnen "schockiert" zurückweichen, wenn sie ihr Geheimnis lüften. Das ärmste aller Opfer scheint ausgemacht: Eine Frau, die das in ihrer Kindheit erlebt hat, muß doch (...)

Auch Mitarbeiterinnen psychosozialer Arbeitsfelder fühlen sich oftmals hilflos angesichts der schwerwiegenden physischen und psychischen Folgeprobleme. Die Arbeit mit betroffenen Mädchen, Jungen und Frauen zeigt jedoch, welche Überlebenskraft und Lebensenergie betroffene Kinder häufig mobilisieren, um sich aus der scheinbar hoffnungslosen Lage zu befreien.(...) Der Mißbraucher reduziert das Mädchen/den Jungen auf die Rolle des Sexualobjektes; sehen Fachwelt und Öffentlichkeit nur die Folgen für die Betroffenen, so übernehmen sie die Perspektive der Täter, sie reduzieren Mädchen und Jungen, Frauen und Männer, auf die Erfahrungen sexueller Gewalt und ignorieren ihre Überlebenskraft. Damit werden Betroffene zum zweitenmal Opfer: zum Opfer eines an Symptomen orientierten (therapeutischen) Definitionsprozesses" (Enders 1990, S. 75 f.).

1. Sexueller Mißbrauch

Sexueller Mißbrauch an Mädchen geschieht durch Väter, Stiefväter, Großväter, Onkel, Freund der Mutter, Bekannte der Familie, Brüder, Cousins etc., d.h. in der Regel durch Männer, die dem Mädchen vertraut sind. Das Alter der Mädchen variiert zwischen 0-18 Jahren, am häufigsten erfolgt der sexuelle Mißbrauch jedoch im Alter zwischen 6-13 Jahren. Was ist unter sexuellem Mißbrauch zu verstehen? Barbara Kavemann/Ingrid Lohstöter fassen darunter folgendes: "All das, was einem Mädchen vermittelt, daß es nicht als Mensch interessant und wichtig ist, sondern daß Männer frei über es verfügen dürfen, daß es durch seine Reduzierung zum Sexualobjekt Bedeutung erlangt; daß es mit körperlicher Attraktivität und Attributen ausgestattet ist, um Männern 'Lust' zu beschaffen. Hierzu gehört *jeder* (Hervorhebg. d.V.) Übergriff auf das Mädchen. Egal, ob es heimliche, vorsichtige Berührungen sind, die es über sich ergehen lassen oder selbst 'vornehmen' muß, erzwungener Oralverkehr oder eine regelrechte Vergewaltigung" (Kavemann/Lohstöter 1984).

In der Bundesrepublik ist nach Schätzungen jedes 4. Mädchen betroffen. Für die neuen Bundesländer liegen keine Zahlen bisher vor, da das Thema tabuisiert war. Vermutlich sehen sie jedoch ähnlich aus. Die Dunkelziffer des sexuellen Mißbrauchs ist sehr hoch, da die wenigsten Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung angezeigt werden, lediglich ca. 10.000 Fälle pro Jahr.

Florence Rush (1985) nennt in ihrem Buch "Das bestgehütete Geheimnis, sexueller Kindesmißbrauch" die Zahl von 80% aller weiblichen Drogenabhängigen, die in ihrer Kindheit sexuell mißbraucht worden sind. Andere Untersuchungen, v.a. aus den USA, beziffern die Zahl auf 65-70% Betroffene. Unserer Erfahrung nach dürften die Zahlen in der Bundesrepublik kaum anders aussehen.

"Dabei fällt auf, daß abhängige Frauen häufig extreme Erfahrungen mit Übergriffen machen. Chrysalis, eine Therapie- und Nachsorgeeinrichtung für süchtige Frauen in Minneapolis/MN in den USA, die in Auswertung ihrer Praxiserfahrung spezielle Therapieangebote für sexuell mißbrauchte Frauen entwickelte, kommt auf der Basis einer Untersuchung mit 100 süchtigen und 42 nicht-süchtigen Frauen zu dem Ergebnis, daß mehr als die Hälfte der süchtigen Frauen als Mädchen sexuellen Mißbrauch erlebten. 43,1% waren mehrfachen, 33,3% regelmäßigen sexuellen Gewaltanwendungen ausgesetzt. Besondere Bedeutung kommt der Tatsache zu, daß für 28% der befragten süchtigen Frauen der Mißbrauch länger als 10 Jahre dauerte (11 bis 18 Jahre = 17,9%, bis ins Erwachsenenalter = 5,1%, noch andauernd = 5,1%). In diesem Punkt zeigt sich eine starke Abweichung von der Kontrollgruppe, denn keine der nicht-süchtigen Frauen hatte eine Mißbrauchs-dauer von mehr als 10 Jahren angegeben im Gegensatz zu fast einem Drittel der süchtigen Frauen. Ebenfalls bei einer Dauer von 5 bis 10 Jahren liegt der Anteil der süchtigen Frauen mit 23,1% deutlich über dem der Nicht-Süchtigen, 7,7%. (Evans, Schaefer, Sterne 1984, zit. n. Mebes 1990, S. 32).

Carol Sullivan führte 1978/79 eine Befragung zu physischen, psychischen und sexuellen Gewalterfahrungen in der Kindheit mit späterem Suchtmittelmißbrauch in der therapeutischen Gemeinschaft Edenhause, einer gemischt-geschlechtlichen Einrichtung in Minneapolis/MN USA, durch. Sie schließt aus dem Material, daß der Einstieg in den Suchtmittelmißbrauch, aufgrund der leichteren Zugangsmöglichkeit in den meisten Fällen Alkohol, nach jeglichen Gewalterfahrungen extrem früh lag, nämlich zwischen 3 und 12 Jahren. Alle anderen Frauen und Männer, d.h. die ohne Angaben über Gewalterlebnisse - hatten zwischen dem 13. und 19. Lebensjahr mit dem Suchtmittelmißbrauch angefangen (Sullivan 1980, zit. n. Mebes 1990, S. 239-240).

1.1 Die Folgen des sexuellen Mißbrauchs

Sexueller Mißbrauch bedeutet die Zerstörung der psychischen und physischen Integrität eines Mädchens. Nichts stimmt mehr im Leben des Mädchens. Die eigenen Gefühle haben keinen Wert, wenn sie immer wieder mißbraucht, verletzt, mißachtet werden. Die Mädchen können keine Nähe mehr ertragen, und brauchen gleichzeitig unendlich viel Liebe und Zuwendung. Sie haben kein Vertrauen mehr in Beziehungen, fühlen sich ohnmächtig und alleingelassen. Die Beziehung zu ihrem Körper ist gestört, sie lehnen ihn ab, weil er es ist, der die Übergriffe "verursacht". Sie fangen an, sich selbst schuldig zu fühlen, abzulehnen, manchmal sogar zu hassen.

Hier ist es wichtig für alle Bezugspersonen, die mit Mädchen leben und arbeiten, auf entsprechende Signale zu achten: Das Mädchen verweigert plötzlich Essen oder ißt gerade besonders viel, es macht wieder ins Bett, hat Lernstörungen, zieht sich zurück, unternimmt einen Selbstmordversuch, klammert sich besonders an die Mutter, Lehrerin o.ä. Das Mädchen empfindet nach einem sexuellen Mißbrauch tiefe Scham, glaubt, mit ihm sei etwas nicht "normal" oder denkt, daß nur sie allein betroffen ist. Ein völliges Gefühl der Isolierung entsteht, wenn das Mädchen erlebt, daß es auch von der Mutter nicht geschützt wird, sie oder andere Personen ihr keinen Glauben schenken. Alle Gefühle nach einer sexuellen Mißbrauchserfahrung dürfen nicht "wahr" sein, müssen verdrängt, dürfen nicht gezeigt und nicht gelebt werden, um zu überleben. Später geschieht das Verdrängen, Vergessen, Abspalten der Gefühle häufig durch Drogenkonsum.

1.2 Überlebensstrategien - Auswege - Drogen

- Drogen fangen die Mädchen an zu nehmen - Einstiegsalter meist während der Pubertät - weil sie das Gefühl haben, die Realität nicht mehr auszuhalten. Mit zunehmendem Bewußtsein ihrer Lebenssituation, mit zunehmendem Einblick in das, was ihnen durch den sexuellen Mißbrauch geschehen ist und geschieht, ist eine Verdrängung ohne Drogen kaum noch möglich. Hinzu kommen immer mehr Ansprüche: An Leistungen in der Schule und in der Ausbildung, bei gleichbleibender Familienorientierung, an Verantwortung für den Familienhaushalt und für jüngere Geschwister und häufig verstärkt sexuelle Übergriffe und Verletzungen, jetzt verbunden mit der Angst vor einer möglichen Schwangerschaft.
- Alkohol und Medikamente werden genommen, um zuzumachen, zu betäuben, weiter zu funktionieren und doch nicht mehr richtig "da" zu sein.
- Harte Drogen werden genommen als Ausweg aus der Langeweile, aus dem Wunsch, sich abzuschotten, aus der Suche nach Abenteuer, dem Wunsch, endlich etwas für sich alleine zu haben, zu empfinden; sich allen Ansprüchen zu entziehen, nicht mehr funktionieren zu müssen, cool zu sein, nur noch für sich zu sorgen, Verantwortung loszuwerden. Gleichzeitig ist es die einzige Möglichkeit, gefahrlos Gefühle zu empfinden, zwar künstliche Wärme und synthetische Geborgenheit, aber jeweils angenehm und positiv.
- Die Verweigerung von Essen, zuviel essen oder essen und kotzen ist als Widerstand zu sehen, als Ablehnung der erwarteten weiblichen Rollenerfüllung/Sexualität, als Schutz, um sich körperlich zu entziehen, bzw. endlich ein Stück Macht zu empfinden und wenn es über die Manipulation des eigenen Körpers ist (Anorexia, Bulimie).

Wohin führen diese "Lösungen"?

Nach kurzer Anfangseuphorie entstehen neue Abhängigkeiten, Gewalterfahrungen wiederholen sich. Wieder herrscht das Gefühl vor, nichts wert zu sein. In den meisten Fällen, insbesondere bei Mißbrauch illegaler Drogen, entstehen Abhängigkeiten von anderen Personen, Dealern, Freiern, von drogenabhängigen Freunden, die mitversorgt werden müssen, und dafür als Gegenleistung ein bißchen Zuneigung und Wärme versprechen. Schon früh haben *alle* Frauen gelernt, daß der Körper ihr wichtigstes Kapital ist. Fast alle drogenabhängigen Frauen sind gezwungen, sich zumindest zeitweise direkt oder indirekt zu prostituieren, um genug Geld zur Finanzierung des Stoff's aufzubringen.

Drogenabhängige Frauen sind durch Aids bedroht und zwar vor allem durch die Gewaltverhältnisse, die auf dem Drogenstrich herrschen. Von männlichen Kunden wird der mädchenhafte Frauentyp gewünscht, schlank, willig, ohne großen Widerstand, was sexuelle Dienstleistungen/Zumutungen betrifft, scheinbar unprofessionell. Sexualität ist billig auf dem Drogenstrich, da die Frauen aufgrund eines drohenden Entzuges erpreßbar sind. Sie berichten z.B., daß Männer häufig darauf bestehen, den Geschlechtsverkehr ohne Gummi zu vollziehen. Der Preis für ein Päckchen Heroin bestimmt den Preis für die sexuelle Dienstleistung. Körperliche Gewalt, Vergewaltigung, Gewaltandrohung, Gewalt durch Einschränkung der Bewegungsfreiheit, direkte Freiheitsberaubung gehören zum Alltagsgeschehen auf dem Drogenstrich. Keine Frau, die nicht von derartigen Erfahrungen berichtet. Drogenabhängige Prostituierte rangieren am alleruntersten Ende der gesellschaftlichen Werteskala. Jeder Politiker, der Waffen zur massenhaften Zerstörung von Menschen in andere Länder liefern läßt, ist eher gesellschaftlich akzeptiert, als eine Frau, die vor allem und meist ausschließlich sich selber zerstört.

1.3 Das Kern-Modell

Zum Zusammenhang von sexuellem Mißbrauch und Sucht läßt sich folgendes Modell entwickeln:

1. Stellen wir uns vor, daß jedes Kind, wenn es geboren wird, einen heilen Gefühlskern in sich trägt, in dem alle Gefühle zusammentreffen und enthalten sind - Freude, Ärger, Glück, Trauer. In guten, liebevollen Beziehungen des Kindes wächst dieser Kern. Um ihn herum bildet sich im Laufe der Entwicklung eine Schutzhülle, die sich aus Erfahrungen zusammensetzt, und die auch aufgrund von unausbleiblichen Verletzungen und Enttäuschungen entsteht. Diese Schutzhülle bewahrt jedoch den Kern vor Angriffen, Übergriffen und ist in der Regel das, was wir zuerst an einem Menschen wahrnehmen. Wird der Kontakt näher, vertrauter, wird die Schutzhülle durchlässiger oder gar nicht mehr gebraucht. Ein Hin- und Herpendeln zwischen Kern und Hülle ist leicht.
2. Erfährt das Mädchen (oder der Junge) sexuellen Mißbrauch, so wird diese Schutzhülle, äußere Grenze auf brutale Weise zerstört, mißachtet, der Angriff richtet sich direkt und unmittelbar gegen den Gefühlskern. Das Mädchen zieht sich immer mehr in sich selbst zurück, d.h. versucht, den Kern immer kleiner zu machen, in der Hoffnung, daß sie ihn vor Zerstörung bewahren kann. Später leisten die Drogen einen zusätzlichen Schutz, d.h. sie stützen, bzw. ersetzen die verletzte Schutzhülle, verhindern, daß der Übergriff den Kern im Innersten trifft.
3. Wird die Droge weggelassen, die Schutz und Sicherheit bedeutet, entstehen zunächst große Ängste. Es ist wichtig, zu sehen, daß der Gebrauch/Mißbrauch von Suchtmitteln auch immer einen wichtigen Schutz, manchmal sogar den ersten Schritt zur Heilung, zum Überleben bedeuten kann. Die Arbeit mit sexuell mißbrauchten, süchtigen Frauen heißt denn auch, langsam und behutsam wieder Vertrauen in Beziehungen zu entwickeln, die Erfahrung zu machen, daß die äußere Schutzhülle, Grenze akzeptiert und respektiert wird, sodaß nach und nach auch der Kern sich wieder ausdehnen, erweitern kann und nicht mehr wie ein schmerzhafter Stein/Kloß im Inneren der Frau versteckt werden muß.

2. Zur Situation suchtmittelabhängiger Frauen

Im folgenden will ich kurz die Situation von suchtmittelabhängigen Frauen skizzieren, die Probleme, denen sie in gemischtgeschlechtlichen Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen begegnen können, aufzeigen und die Arbeit mit Frauen in der Therapieeinrichtung Violetta Clean vorstellen.

2.1 Die Situation im Suchttherapie-Bereich

Ich hatte, da ich mich viel stärker der Frauenbewegung, der feministischen Tradition, als der eher aus der linken Bewegung entstandenen Drogenarbeit verbunden fühle, von Beginn meiner Arbeit an eine ziemliche Skepsis gegenüber dem tradierten Verständnis von therapeutischer Drogenarbeit. Diese Skepsis und die daraus resultierenden Überlegungen und Konsequenzen mündeten in den Aufbau und in die Einrichtung von therapeutischen Angeboten ausschließlich für Frauen.

Die Gründe liegen auf der Hand: Drogenabhängige Frauen waren und sind in der Regel in sog. gemischten therapeutischen Einrichtungen zahlenmäßig in der Minderheit. Sie sind dort

gezwungen, in einer an Männern orientierten und von Männern entwickelten Struktur Therapie zu machen. Von Frauen wird häufig, neben dem moralischen und justitiellen Druck, als Begründung der Ablehnung von gemischtgeschlechtlichen Therapien angeführt, daß sie dort weder ihre Prostitutionserlebnisse verarbeiten können, noch ihre sexuellen Mißbrauchserfahrungen.

Im Gegenteil. Sie sind gezwungen, sich schnellstmöglich einen männlichen Beschützer zu suchen, um in der Gruppe ihren Platz zu finden und sich dem Zugriff (!) der anderen Männer, Klienten, wie Therapeuten zu entziehen.

Welche Aussage hinter dieser Ablehnung von Therapie steckt, ohne daß dazu weitergehende Fragen gestellt werden, zeigt, wie sehr das Problem sexueller Gewalt, das Problem von Übergriffen in therapeutischen Zusammenhängen tabuisiert wird. Auch unter uns Frauen.

Wenige stellten sich bisher die Frage, warum in der suchttherapeutischen Arbeit nicht die gleichen Übergriffe gegenüber abhängigen Frauen passieren sollten, wie in "normalen" therapeutischen Zusammenhängen? Untersuchungen aus den USA berichten von 10% der männlichen Therapeuten, die ihre Klientinnen sexuell mißbraucht haben. Die Dunkelziffer ist hoch, da ähnlich wie beim sexuellen Mißbrauch die wenigsten Fälle zur Anzeige kommen. Die Frauen schweigen aus Scham und Schuldgefühlen und aus der Unsicherheit, selbst als die "Verführerin" gesehen zu werden, obwohl es immer Sache des Therapeuten/der Therapeutin ist, die Grenzen zu wahren. In der Bundesrepublik hat Irmgard Vogt (1989, 1992) inzwischen Untersuchungen über sexuellen Mißbrauch in Therapien und Beratungsstellen gefordert. Sie berichtete in einem Vortrag mit dem Thema "Therapierisiken für Frauen in der Suchtkrankenhilfe" (1989), daß sie zunächst in Fachkreisen unter Kollegen und Kolleginnen gefragt hatte, ob diese eine Patientin/Klientin kennen, die schon einmal ein intimes Verhältnis mit einem Therapeuten/Berater hatte. Darauf antworteten 30% der Befragten mit "ja". In der Berliner Zeitung "Der Tagesspiegel" vom 10.2.1991 wird die Schweizer Psychoanalytikerin Ursula Wirtz mit einer ähnlichen Aussage zitiert: "Alle haben doch Erfahrungen: Umfragen zeigen, daß wir (Therapeuten und Therapeutinnen) alle privat oder beruflich davon gehört haben." In der Bundesrepublik dürften die Zahlen kaum anders aussehen als in den USA.

Weiterhin wird kaum problematisiert, wie in den Beratungsstellen und therapeutischen Zusammenhängen das Thema des sexuellen Mißbrauchs von Beratern/Therapeuten aufgegriffen wird. Häufig wird die These vertreten, daß idealerweise sexuell mißbrauchte, bzw. von sexueller Gewalt betroffene Frauen von männlichen Therapeuten/Beratern behandelt werden sollten, damit sie lernen können, daß es auch vertrauenswürdige, vorbildhafte, eben "andere" Männer gibt. Es wird nicht gefragt nach dem Umgang mit Kindern, v.a. Mädchen in therapeutischen Einrichtungen. Wie viele nehmen inzwischen Paare, Frauen mit Kindern auf, um das "Frauendefizit" auszugleichen? Eine erneute Diskriminierung und Funktionalisierung von Frauen. Wer betreut die Kinder und wie? Wird die Frage nach einer -möglichen- Täterschaft gestellt, d.h. wird Männerarbeit gemacht? Ist das Machtgefälle zwischen Team/Therapeuten und Klientinnen Thema? Ich klammere hier die männlichen Klienten aus, denn sie sind in einer anderen Rolle als weibliche Klienten. Auch Therapeutinnen nehmen eine andere Position gegenüber Klientinnen ein als Therapeuten. Eine ... "Machtposition besitzt prinzipiell jeder Mann gegenüber einer Frau in dieser Gesellschaft. Die Ausnutzung dieser Machtposition mag unterschiedliche Formen annehmen" (Burgard 1988, S. 16).

Auf dem Hintergrund dieser Fragen ist eine grundsätzliche Kritik an der *herrschenden* Praxis der Suchtarbeit längst überfällig. Die Praxis muß überprüft und womöglich in Frage gestellt werden. Was darf alles unter Therapie gefaßt werden? Welcher Mißbrauch wird damit getrieben?

Die Entscheidung, eine Therapie zu beginnen oder eine Beratungsstelle aufzusuchen, ist in der Regel gekoppelt an eine tiefgreifende Krise, an ein inneres und z.T. äußeres Chaos, an individuelles Leid, an Bedürftigkeit und an eine große Verwundbarkeit.

Das heißt, eine drogenabhängige Frau ist in einer solchen Situation doppelt abhängig: von der Droge und der Institution, an die sie sich wendet; von dem Berater/Therapeuten, der

Beraterin/Therapeutin, denen sie sich anvertraut. Mir stellt sich die Frage, inwieweit die traditionelle Suchtarbeit, bzw. die dort praktizierte therapeutische Arbeit die fortgesetzte Gewalt - und hierunter verstehe ich nicht nur die tatsächlich ausgeübte Gewalt gegenüber Frauen, sondern *jede* Art von Übergriff und Grenzverletzung - gegenüber einer Frau, einem Mädchen begünstigt. Das heißt auch, zu fragen, inwieweit die traditionelle Suchtarbeit ein Klima schafft, in dem Gewalt gegen Frauen möglich wird und inwieweit sie die gesellschaftlichen Machtverhältnisse, die häufig zu einer Drogenabhängigkeit, Suchtentstehung bei Frauen beigetragen haben, reproduziert und manifestiert.

2.2 Der therapeutische Alltag bei Violetta Clean

Es ist schwer, den therapeutischen Alltag, die Atmosphäre des Zusammenlebens in einer Einrichtung zu verdeutlichen. Ich möchte dies mit Hilfe der Darstellung einer ehemaligen Kollegin, Getrud Kutscher, versuchen, mit der ich lange zusammengearbeitet habe.

" Violetta Clean. Eine Therapie, in der Frauen alles sein können. "

Von Auswahl, Aufnahme und Aufgenommenwerden

Aufnahme bei Violetta Clean ist für jede Frau, die zu uns kommt,
ein ganz besonderer Tag in ihrer cleanen Lebensgeschichte,
ein Tag voller Herzklopfen und Aufregung,
ein Tag voller Angst, nicht angenommen zu werden,
ein Tag voller Angst vor einer ungewissen Zukunft,
ein Tag voller Hoffnung und Erwartung auf das neue Leben.

Wir geben dem ersten Kennenlernen die Bedeutung, die ihm zukommt.
Wir wissen, daß die ersten gemeinsamen Stunden die Zeichen setzen für die Art des zukünftigen Miteinanderlebens, für wachsendes Vertrauen und gegenseitige Offenheit.
Wir geben einer Neuen Vertrauensvorschuß, respektieren sie als Frau, so wie sie kommt und nehmen sie mit allem auf, was sie mitbringt.
Dazu gehört für uns, daß wir keine Auswahl treffen unter den Frauen, die sich um einen Therapieplatz bewerben.
In deutlicher Abgrenzung zur üblichen Praxis vieler Drogentherapieeinrichtungen ist weder ein bestimmtes Alter, eine ganz gewisse sexuelle Orientierung, noch eine festgelegte Dauer der Drogenkarriere oder ein bevorzugtes Suchtmittel Voraussetzung für die Aufnahme. Das einzige Auswahlkriterium ist als Folge unserer wenigen Plätze der Wartelistenplatz.
Jede süchtige Frau kann kommen, für jede ist Platz.
Jede Frau kann bleiben, wenn sie sich dafür entscheidet.

Von der Bedeutung des Alltäglichen

Bestimmend für Atmosphäre und Verlauf jeden einzelnen Tages, für jede einzelne Bewohnerin und Mitarbeiterin ist der gemeinsame Tagesanfang.
Wir nehmen uns Zeit und Raum.
Zeit für den ersten Kaffee, ausgiebiges Miteinanderfrühstücken und -reden am Morgen.
Zeit zum Durchsprechen, was am Tag erledigt werden muß.
Zeit, sich den Überblick zu verschaffen, was jede Frau wann und wo vorhat.

Zeit, drängende persönliche Anliegen und Sorgen zu erzählen, sich Unterstützung und Trost zu holen.

Zeit, neu zu bedenken, ob eine bestimmte Frau aus der Gruppe nicht besser ihre Besorgungen in Begleitung macht, da sie z.Zt. eine unsichere Kandidatin ist.

Zeit, zu überprüfen, ob die in der Wochenplanung für den jeweiligen Tag getroffenen Entscheidungen noch stimmen.

Zeit und Raum zum Hinsehen, Verstehen, Entscheidungen treffen.

Zeit und Raum für Interesse aneinander und Anteilnahme, täglich, alltäglich.

Zur großen Wochenplanung setzen sich alle am Montagmorgen zusammen. Hier wird besprochen, was an Arbeiten anliegt, wer diese Woche für Bewerberinnenpost, Kücheneinkauf, Haushaltskasse, Wäsche, für Kochen und Backen für's Extra Dry - unser Cafe - zuständig ist. Ob der Rasen gemäht, der VW-Bus geputzt, neue Sitzkissen genäht oder Dachboden und Keller wieder entrümpelt werden müssen. Hier wird überlegt, welche Frauen Interesse und Zeit für die Ausarbeitung der neuen Konzeption haben, ob Zahnarzt, Sozialamts- oder Bewährungshelfertermine anstehen, wer Besuch von Sohn, Mutter oder Freundin bekommt, wer wann zum Kino oder Bummeln in die Stadt will, zum Aquarell- oder Yogakurs ins Extra Dry, zum Taek-Won-Do-Training ins Frauenzentrum fährt. Hier wird entschieden, welche Frau sich bei ihren Besorgungen und Aktivitäten außerhalb des Hauses begleiten läßt. Hier werden, je nach Lust und Geldbeutel, gemeinsame Gruppenaktivitäten geplant.

Jede Woche von neuem Anstrengung, Lärm, Stress, Tempo, Konkurrenz und Rangelei. Und dann steht sie doch wieder, die Wochenplanung. Zur allgemeinen Zufriedenheit.

Es wäre vielleicht einfacher, wenn jemand anderes für uns die Entscheidungen treffen würde, doch dann wären es eben nicht unsere.

Von Kontrollen, Regeln und Verboten

Das ist das kürzeste Kapitel in unserer Geschichte. Jede einzelne Frau mußte allzu oft Kontrollen über sich ergehen lassen, sich nach Regeln und Verboten richten, unter Zwang leben.

Aus dieser Erfahrung heraus gehören generelle Regeln, Verbote, Kontrollen oder womöglich noch Sanktionen nicht zu unserem gegenseitigen Erziehungsrepertoire.

Konsens für uns alle ist, daß Violetta Clean nur ohne Drogen jeglicher Art lebendig und ganz bleibt. Ein Grundprinzip, das nur äußerst selten nicht respektiert wird. Für alle anderen Ereignisse, Freuden und Dramen des Lebens sehen wir uns in der Lage, miteinander passende Verabredungen zu treffen. Kontroversen, Mißverständnisse, Fehlinterpretationen und Nichtakzeptieren gehören mit zu diesem Prozeß.

Von dem Mut zur Entscheidung

Wir haben uns bei Violetta Clean als oberstes Ziel gesetzt, daß jede Frau, die kommt, die Chance haben soll, zu lernen, sich ihren individuellen Lebensweg zu suchen und selbstständig zu leben. Dazu mußten wir einen offenen Therapierahmen schaffen, in dem Strukturen immer wieder aufs neue aus dem Prozeß der Begegnung und/oder des Zusammenlebens unterschiedlichster Frauen entwickelt werden.

Praktisch heißt das, daß alle Entscheidungen gemeinsam getroffen werden, wir einen Konsens finden müssen. Die Violetta-Frauen sind in alle Entscheidungs- und Verantwortungsbeiriche mit einbezogen. Ausgenommen sind einzig die Projektfinanzen, Verwaltung und personelle Entscheidungen.

Das verlangt Bewohnerinnen wie Mitarbeiterinnen eine hohe Bereitschaft zur Auseinandersetzung ab. Jede Einzelne muß an ihrem jeweiligen Platz offen sein für mögliche Veränderungen. Jede ist vom ersten Tag an aufgefordert, sich ihre eigene Meinung zu bilden, eigene

Entscheidungen zu treffen und sie von neuem zu überprüfen. Jede einzelne Frau, jede Gruppe hinterläßt bei Violetta deutliche Spuren, jede wird sichtbar.

Vom Weggehen und Wiederkommen

Süchtige Frauen schaffen ihre Therapie, weil sie es in einer drogenfreien Umgebung wagen, sich ihrer Sehnsucht, der Gier nach Drogen hinzugeben, aufgeben und gehen wollen, dem Gefühl nachgeben und Drogen nehmen, merken, daß es nicht die Droge ist, die sie suchen, wiederkommen und weitermachen bis zum nächsten Mal, bis sie bei sich selbst angekommen sind, nicht mehr wiederholen wollen, stolz sind, endlich eine Entscheidung dagegen treffen zu können, ohne Druck, ohne Angst. Eine Frau, die rückfällig wird, muß die Wohngemeinschaft verlassen. Sie verletzt unseren Grundkonsens. Sie kann wiederkommen. Sucht und Rückfall gehören für uns zusammen.

Therapie - eine Handvoll Leben

Während der hinter uns liegenden neun Jahre wurden wir immer wieder voller Zweifel und Argwohn gefragt, was denn bei uns Therapie sei.

Wir dagegen wundern uns immer wieder aufs neue, weshalb die Fragenden das Offensichtliche nicht sehen, nicht spüren können. Ist es zu alltäglich, zu normal, unser Miteinanderleben, -lieben, streiten, -träumen, -lachen, -traurig und wütend sein, sich erholen, ausruhen, daheimsein?

Bei Violetta Clean arbeiten keine Therapeutinnen mit einer bestimmten psychotherapeutischen Methode. Wir kennen keine angemeldeten, zum Konzept gehörenden, therapeutischen Einzelgespräche, sondern reden zu zweit, zu dritt, zu viert, alle zusammen.

Wir reden *viel* miteinander. Über unsere Ängste und Unsicherheiten, unsere Langeweile und Lustlosigkeit, die Leere in uns, die Unruhe im Magen und über den Kloß im Hals.

Wir reden, auch wenn es schwerfällt, über unser sexuelles Erleben, unsere sexuellen Probleme, über erlittene sexuelle Mißhandlungen, Schwangerschaften und Abtreibungen, über Vergewaltigungen beim Anschaffen, über Ekel, Demütigung und Erniedrigung auf dem Strich, die Bedrohung durch Aids und wie wir uns davor schützen können.

Wir vertrauen der Anderen ständig wiederkehrende Alp- und Drogenträume an, erzählen ihr, daß die Gedanken an Drogen einen nicht einschlafen lassen und beim Aufwachen schon wieder bedrängen.

Wir teilen mit der Frau neben uns die Angst vor jedem neuen Tag, vor der ungewissen Zukunft.

Wir träumen miteinander von einer aufregenden Beziehung, einer schönen Wohnung, manchmal von Familie und Kindern nach der Therapie.

Wir schmieden schulische und berufliche Karrierepläne, fangen wieder mit einer Ausbildung an und sammeln erste Erfahrungen in einem neuen Beruf.

Wir trösten uns gegenseitig, wenn die Freundin sich in eine Andere verliebt hat oder der Ehemann sich doch scheiden läßt.

Wir dehnen und räkeln uns in der Atemgruppe, freuen uns, weinen und wüten, je nachdem, ob wir unserem Atem und Körper näher kommen oder fern bleiben.

Wir schwitzen in der Frauensauna, bräunen im Solarium, tanzen nächtelang durch die Berliner Discos, spielen Billard und Doppelkopf und machen die schönsten Reisen miteinander. Wir versorgen Hund und Katzen, Haus und Garten, backen, kochen und können uns ab und zu den Luxus leisten, Klamotten vom Kleidergeld zu kaufen. Wir leben von Sozialhilfe. Wir rauchen und trinken zuviel Kaffee. Wir machen stundenlang Gruppe miteinander, rufen uns gegenseitig zur Räson und fighten um Grundsätzliches. Wir feiern miteinander große und kleine Feste, (Clean)Geburtstage, Jahresfeste, Sommerfeste, Sylvester... Wir schimpfen auf die Mitarbeiterin, die wieder keine Zeit für uns hat, sind neidisch, daß sie bei dem Chaos nach Hause gehen kann oder schon wieder in Urlaub fährt.

Mein Körper gehört mir

Dieser Satz stimmt für die meisten Frauen, die zu Violetta Clean kommen, schon lange nicht mehr, hat noch nie gestimmt. Fast jede der süchtigen Frauen hat in ihrem Leben körperliche, psychische und sexuelle Übergriffe, häufig verbunden mit massiver Gewalt, erlebt. Für fast jede Frau gilt, daß sie keinen Zugang mehr zu ihrem Körper hat, kaum noch ein positives Körpergefühl kennt. Um ihr wieder einen behutsamen und allmählichen Zugang zu ermöglichen, wird sowohl in den Therapieeinrichtungen als auch im Nachsorgebereich wöchentlich eine Atemgruppe nach Ilse Middendorf, *Der erfahrbare Atem*, angeboten, die eine ausgebildete Honorarkraft anleitet" (Kreyssig/Kutscher 1991, S. 149 ff.).

3. Umgang mit dem Thema Sexueller Mißbrauch in der Praxis bei Violetta Clean und in der Nachsorge

Wir fragen nach Erfahrungen mit sexuellem Mißbrauch, bzw. signalisieren, daß wir uns mit der Thematik auseinandergesetzt haben und auseinandersetzen. Einige Frauen sprechen das Thema Mißbrauch von sich aus an, manchmal schon im Begrüßungsgespräch, andere erst nach einiger Zeit gegenüber einer Frau ihres Vertrauens.

Den Zeitpunkt bestimmt jede Frau letztendlich selbst, denn häufig fühlt sie sich nach dem Cleanwerden lange Zeit zu instabil, um eine Auseinandersetzung mit schmerzlichen Erinnerungen ohne den erneuten Griff nach Drogen bewältigen zu können.

Wir sehen den Umgang mit dem Thema und dem Zusammenhang zwischen Sucht und sexuellem Mißbrauch häufig als eine sehr schmale Gratwanderung. Das heißt z.B., eine Frau erzählt von ihren Mißbrauchserfahrungen, öffnet sich, vertraut sich an und in Bezug auf eine anschließende Rückfallgefahr wird ihr Mißtrauen entgegen gebracht. Oder sie denkt an Drogen, weil ihr in der Gruppe bei Violetta Clean durch die Erzählungen einer anderen Frau eigene Erinnerungen hochkommen. In solchen Situationen sind oft behutsame Entscheidungen nötig, manchmal auch ein Abblocken des Themas, bis die Betreffende wieder mehr Stabilität gewonnen hat.

Im Nachsorgebereich, in unserem Projekt EXTRA DRY, Cafe und Treff für Frauen, wird in Kooperation mit Wildwasser eine Gruppe zum Thema Sucht und sexueller Mißbrauch, die über einen festgelegten Zeitraum läuft, angeboten. An dieser Gruppe nehmen Frauen aus den Therapieeinrichtungen teil, aus der Nachsorge oder Frauen von außerhalb.

Aufmerksam werden wir im Alltag auch durch folgende "Zeichen":

- Frauen entwickeln Eßstörungen, beschäftigen sich nur noch mit ihrem Aussehen

- eine besondere Bedeutung hat die Körperpflege, d.h. einige baden oder duschen mehrmals am Tag, andere werden eher schmutzilig, wieder andere färben, schneiden sich ständig die Haare, schminken sich extrem, der eigene Körper wird abgelehnt
- Frauen entwickeln Berührungssängste, sie wollen plötzlich ganz viel Nähe, werden distanzlos oder können überhaupt keine Nähe ertragen
- in den Erzählungen von früher werden häufig Kindheit, Elternhaus, der Vater erst einmal ausgespart, es ist einfacher, über die Drogenzeit zu berichten
- wenn in Gruppen das Thema angesprochen wird, ziehen sich betroffene Frauen häufig sehr zurück.

In unserer zweiten Einrichtung, in der drogenabhängige Frauen mit ihren Kindern leben, sind z.T. nicht nur die Frauen, sondern auch einige Kinder von sexuellem Mißbrauch betroffen. Das stellt sich als besonders belastend für die Mütter dar, die extreme Schuldgefühle entwickeln, aber auch für die Mitarbeiterinnen, die je nach Situation und Stabilität der Frauen und der Kinder entscheiden, wie sie damit arbeiten und umgehen wollen. Wichtig ist selbstverständlich auch die Stabilität des Teams und die Entscheidung jeder Mitarbeiterin, was für sie zu verkraften und mitzutragen ist. Die Teamfrauen holen sich Unterstützung durch Fortbildung, Supervision und durch Gespräche untereinander.

Eine sehr zu empfehlende Anleitung und Auswertung der Arbeit mit Gruppen ehemals suchtmittelabhängiger Frauen zum Thema Sucht und sexueller Mißbrauch haben Marion Mebes und Gabi Jeuck geschrieben (1989). Daraus möchte ich zum Schluß einige praktische Hinweise zitieren:

"Bestimmte Rahmenbedingungen halten wir für die Begleitung einer Gruppe für süchtige Frauen mit Mißbrauchserfahrungen für unabdingbar:

1. Die *teilnehmenden Frauen sollen sechs Monate nüchtern/clean* sein. Lebt eine Frau in einer therapeutischen Einrichtung und wird sie von dort unterstützt, kann sie eventuell schon früher einsteigen. (bei Frauen mit Eßstörungen muß geklärt werden, was "sauber sein" für sie bedeutet, z.B. nicht kotzen, nicht länger als einen Tag ohne Essen o.ä. Es muß auch besprochen werden, wie ein Rückfall bei eßsüchtigen Frauen behandelt wird. Möglicherweise sind für diese Frauen gesonderte Gruppen notwendig, weil hier der Clean-Begriff abweicht gegenüber dem Verständnis bei anderen Suchtformen.)
2. Die *Erinnerung an ein tatsächliches Ereignis ist kein Kriterium* für die Teilnahme an der Gruppe. Wenn die Frau vermutet, befürchtet, daß "da etwas war" und sie sich in dieser Gruppe "am richtigen Platz" fühlt, reicht das aus.
3. Die Gruppe soll von *zwei Frauen vorbereitet und begleitet* werden, damit die Kontinuität z.B. bei Krankheit gesichert ist und während der Treffen größtmögliche Aufmerksamkeit für die Frauen da ist.
4. Für die Gruppenleiterinnen ist eine *umfassende Auseinandersetzung mit sexuellem Mißbrauch und Sucht* unverzichtbar. Die Bearbeitung eigener Erfahrungen wird vorausgesetzt.
5. Mindestens *sechs max. acht Frauen* bilden eine Gruppe.
6. *Zehn Treffen, im wöchentlichen Abstand, sind Minimum* für den Aufbau von Vertrauen. Längere Zeiträume zwischen den Gruppentreffen scheinen uns für die Frauen, angesichts der intensiven Konfrontation mit ihrer Geschichte, nicht überbrückbar
7. Ein *klarer Rahmen* muß vorgegeben und verlässlich von den Leiterinnen eingehalten werden. Zeitpläne, Verträge und Rituale können dabei ausgezeichnete Hilfsmittel sein.
8. Die *Begrenzung der Redezeit* beim Erzählen der eigenen Mißbrauchsgeschichte schützt die Frau selbst und die Gruppe vor Überforderung. Beim Umgang mit Arbeitsblättern in der Gruppe sind Zeitvorgaben aus dem gleichen Grund sinnvoll.
9. *Patenschaften/Schwesterschaften* beim ersten Treffen herstellen lassen" (Mebes/Jeuck 1989, S. 71 f.).

Wenn wir als Frauen mit Frauen arbeiten, ob im beratenden, sozialarbeiterischen, therapeutischen oder erzieherischen Bereich, müssen wir uns bewußt sein, daß wir mit von sexuellem Mißbrauch betroffenen Mädchen und Frauen konfrontiert werden. Das stellt hohe Herausforderungen an uns: Wir müssen uns mit der eigenen Geschichte, den eigenen Erfahrungen und den diesbezüglichen Verletzungen, Ängsten und Schmerzen auseinandersetzen. Aber wir können auch unsere eigene und die Stärke und Kreativität anderer Frauen erleben und die Erfahrung machen, daß es die Liebe ist, die heilt. Die Liebe zu uns selbst und die Liebe zu anderen.

Literatur:

Burgard, Roswitha: Mut zur Wut. Befreiung aus Gewaltbeziehungen. Berlin 1988.

Enders, Ursula (Hrsg.): Zart war ich, Bitter war's. Sexueller Mißbrauch an Mädchen und Jungen. Köln 1990.

Kavemann, Barbara/Lohstöter, Ingrid: Väter als Täter. Sexuelle Gewalt gegen Mädchen. Reinbek b. Hamburg 1984.

Kreyssig, Ulrike/Kutscher, Gertrud: Ladies only-Ladies first. In: Wolfgang Heckmann (Hrsg.): Drogentherapie in der Praxis. Ein Arbeitsbuch für die 90iger Jahre. Weinheim/Basel 1991.

Mebes, Marion/Jeuck, Gabi: Sucht. Schriftenreihe Sexueller Mißbrauch, Bd. 2. Berlin 1989.

Mebes, Marion: Nicht nur überleben leben wollen wir. In: Ursula Enders (Hrsg.), Zart war ich. Bitter war's. Köln 1990.

Rush, Florence: Das bestgehütete Geheimnis: Sexueller Kindesmißbrauch. 3. Aufl., Berlin 1985.

Vogt, Irmgard: Therapierisiken für Frauen. Vortrag auf der Konferenz der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Koblenz 1989.

Vogt, Irmgard: Drogenabhängige Frauen im Beratungs- und Therapiealltag. Das Risiko Beratung und Therapie in der Suchtkrankenhilfe. In: Frauen-Drogen Therapie, Dokumentation der Arbeitstagung für Frauen 14./15. Oktober 1991. Hrsg. von Frauenperspektiven e.V., Hamburg 1992.

4.4.2 Meditationsübung

Atemübung - Gesamtgruppe stellt sich im Kreis auf:

Wind steigt auf	---> einatmen
Regen fällt	---> ausatmen
ein Baum wächst	---> einatmen
streckt seine Arme zur Sonne	---> ausatmen
nimmt ihre Strahlen in sich auf	---> einatmen
und verteilt sie über die ganze Erde	---> ausatmen
sammelt die Früchte der Erde ein	---> einatmen
und gibt sie an die Erde zurück	---> ausatmen

Dabei wird folgender Bewegungsablauf vollzogen: Hände zum Bauch - Hände zum Solarplexus - Hände zum Herzen - Hände zum Boden.

4.4.3 Übung: Ich habe ein Geheimnis

Jede Teilnehmerinnen schreibt ein Geheimnis auf und verbirgt den Zettel vor den anderen Teilnehmerinnen. Anschließend werden in einem Plenumsgespräch die Empfindungen der Teilnehmerinnen thematisiert und auf einer Wandzeitung notiert:

"Ich würde mein Geheimnis nicht erzählen, weil...".

"Ich würde, das Geheimnis erzählen, wenn...".

Die Teilnehmerinnen stellen fest, daß die Situation, ein Geheimnis verbergen zu müssen, sehr angsterregend ist. Sie reflektieren, was am Preisgeben eines Geheimnisses hindert (Tabus, Angst vor Blamage, fehlendes Vertrauen etc.) bzw. was die Preisgabe fördert (Parteilichkeit, Anteilnahme etc.).

Gruppengröße: Gesamtgruppe

Beispiel für Wandzeitungen:

Ich würde mein Geheimnis nicht erzählen, weil ...

- * ich nicht verstanden werden würde
- * ich nicht wüßte, welche Konsequenzen es für mich hätte
- * ich dafür nicht die Verantwortung übernehmen will
- * ich etwas zerstören würde
- * mir vielleicht etwas weggenommen werden würde
- * ich Angst davor habe, dann zu anmaßend zu erscheinen - zuviel Platz einzunehmen, zu "schlimm" zu sein
- * ich befürchte dafür ausgelacht zu werden
- * ich Angst vor Moralpredigten hätte
- * ich Angst hätte, den Mund zu voll zu nehmen und dann "Fehler" zu machen
- * es allein meine Sache ist, die ich mit niemandem teilen möchte
- * ich zuviel preisgeben würde
- * ich mich schämen würde
- * ich meine Fassade nicht aufrechterhalten könnte
- * Andere erwarten, daß ich dann etwas ändere
- * weil ich kein Vertrauen zu anderen hätte

Ich würde mein Geheimnis erzählen, wenn

- * ich jemanden hätte, dem ich vertrauen kann
- * sich jemand Zeit nähme, mir zuzuhören
- * jemand zu mir halten würde
- * ich sicher sein könnte, daß es nicht weitererzählt wird
- * ich Mut hätte
- * es eine Gesprächssituation zu zweit gäbe
- * es eine vertraute Gruppe gäbe, in der das Thema ein gemeinsames ist
- * ich Geborgenheit spüren würde, eine vertrauenerweckende Umgebung vorhanden wäre
- * ich glauben würde, daß es mir weiterhilft
- * ich unabhängig von der Bewertung anderer wäre

Hinweis:

Grundbedingung für die Durchführung dieser Übung ist ein annehmendes Gruppenklima.

4.4.4 Übung: Wo sind meine Grenzen ?

Die Teilnehmerinnen bereiten in Kleingruppen eine szenische Darstellung zur o. g. Thematik vor und präsentieren sie in der Gesamtgruppe. Die Besprechung des Rollenspiels - Gefühle der Spielerinnen und Rückmeldungen der Zuschauerinnen zur Darstellung - führen zu einer Reflexion des Umgangs mit den Grenzsetzungen der Klientinnen. Da der sexuelle Mißbrauch immer eine Grenzverletzung bedeutet, ist die Achtung von Grenzen im beraterischen/therapeutischen Prozeß mit mißbrauchten Frauen besonders wichtig. Die Übung führt zu einer Erhöhung der praktischen Beratungskompetenz der Teilnehmerinnen.

Gruppengröße: Kleingruppen mit 3- 5 Teilnehmerinnen, Gesamtgruppe

4.5 Ergänzungen zum Themenbaustein

4.5.1 Film: "Ich schreib' mich in den Sand"

Die Fernsehbearbeitung eines im Münchner Cuvilliés-Theater aufgeführten Theaterstückes gibt eine sehr eindrucksvolle Einführung in die psychische Situation einer vom Vater mißbrauchten Frau. Daneben werden auch Beweggründe und Gefühle der übrigen Familienmitglieder thematisiert.

Dauer: ca. 90 Min.

Fundort: ZDF-Archiv; Reihe: Schauspiel im ZDF

Hinweise:

Der Film eignet sich zur Einführung in die bzw. zur Veranschaulichung der Thematik. Bei Betroffenen können heftige psychische Reaktionen ausgelöst werden. Es muß daher unbedingt eine Nachbearbeitung gewährleistet sein.

4.5.2 Vortragstext:

Irmgard Vogt: Sexueller Mißbrauch in der Therapie: Epidemiologie und Folgen für die Betroffenen.¹

Epidemiologie

Die Diskussion über Grenzen und Grenzverletzungen bis hin zum sexuellen Mißbrauch in Beratung und Therapie ist in Deutschland noch verhältnismäßig jung. Wohl auch aus diesem Grund geht man in der Fachöffentlichkeit gelegentlich noch davon aus, daß es sich dabei um ein Modethema handelt, das von den Medien hochgespielt wird. Angesichts der sich häufenden Berichte von Betroffenen muß man diese Einschätzung jedoch in Frage stellen. Von Grenzverletzungen und sexuellem Mißbrauch berichten hilfesuchende Frauen und Männer sowohl aus ambulanten wie stationären Einrichtungen aller Art, also aus ambulanten (psycho-)therapeutischen Einzel- wie aus Gemeinschaftspraxen, aus psychosomatischen Kliniken wie aus Fachkrankenhäusern der Suchtkrankenhilfe oder Rehabilitationskliniken usw., schließlich auch aus (psycho-)therapeutisch angeleiteten Selbsthilfegruppen. Kurz, Grenzüberschreitungen können in jedem Setting vorkommen und bei jeder therapeutischen Ausrichtung der Beratenden und Therapierenden.

Seit den frühen 70er Jahren wird das Thema in den USA intensiv diskutiert. Auf Fallberichte hat nicht nur die APA (American Psychological Association) wie beschrieben reagiert, sondern auch die Forschung. Es liegen daher eine verhältnismäßig große Zahl von Umfrageergebnissen vor über "erotische Kontakte" und Sex (Geschlechtsverkehr und ähnliche Praktiken) in der Therapie, auf die hier zusammenfassend eingegangen werden soll.

Als eine der ersten Studien ist die von Kardener und Mitarbeitern (1973, vgl. auch 1974, 1976) zu nennen, die eine Stichprobe von 460 Ärzten der Los Angeles County Medical Society nach ihren Erfahrungen im Umgang mit "erotischem Kontakt" und Sex in der Therapie befragt haben. Erotischer Kontakt war definiert worden als "Kontakt, der in erster Linie darauf ausgerichtet ist, sexuelle Lust zu erregen oder zu befriedigen", und Sex als (analer, oraler oder vaginaler) Geschlechtsverkehr. Die Beschreibungen der Begriffe 'erotischer Kontakt und Sex' sind für den Laien eindeutig und Mißverständnisse sind wenig wahrscheinlich. Bei der Analyse der Antworten auf ihren kurzen Fragebogen stellten sie fest, daß 13 % der befragten Ärzte angaben, daß sie sich auf erotische Kontakte mit ihren Patienten (das Geschlecht der Patienten war nicht spezifiziert) eingelassen haben, und bei 7 % kam es schließlich auch zum Geschlechtsverkehr. Schlüsselt man die Daten nach der Fachrichtung der Ärzte auf, dann weichen die Ergebnisse für Psychiater mit 10 % für erotische Kontakte und Sex kaum von denjenigen für die Gesamtgruppe der Ärzte ab. Da viele Psychiater auch als Psychotherapeuten arbeiten, schreckten die Ergebnisse dieser Studie nicht nur Ärzte auf, sondern alle professionell in der Psychotherapie Beschäftigten.

Dieser ersten sind eine Serie von Studien gefolgt, deren wichtigste Ergebnisse in der folgenden Tabelle zusammengefasst sind (vgl. Pope & Bouhoutsos 1992; Vogt 1989).

¹ Textauszug aus Vogt, I./Arnold, E.: Sexuelle Übergriffe in der Therapie. Anleitungen zur Selbsterfahrung und zum Selbstmanagement. Ausbildungsmanual, Bd. 1, Tübingen 1993.

Empirische Studien über erotische Kontakte und Sex in der Therapie in den USA

Jahr	Berufsstand	Erotische Kontakte/ Sex in der Therapie		Summe %
		% Ärzte/ Psychologen	% Ärztinnen/ Psychologinnen	
1973	Ärzte	11	-	11
1976	Ärztinnen	--	1	1
1977	PsychotherapeutInnen	12	3	7
1986	PsychotherapeutInnen	9	3	6
1986	PsychiaterInnen (Angaben nur für GV)	7	3	5

Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, daß nach den Selbstaussagen von Ärzten und Ärztinnen (die Studien von Kardener et al. 1973 und von Perry 1976) und von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (die Studie von Holroyd & Brodsky 1977 und von Pope et al. 1987) sowie von Psychiatern und Psychiaterinnen (die Studie von Gartrell et al. 1986) zwischen 5 % und 11 % erotische Kontakte und sexuelle Intimitäten mit Hilfesuchenden aufnehmen. Ärzte, Psychiater und Psychotherapeuten sind bei weitem aktiver als Ärztinnen, Psychiaterinnen und Psychotherapeutinnen.

Allerdings zeichnet sich in den Ergebnissen auch der Trend ab, daß Selbstaussagen über erotische Kontakte und Sex in der Therapie im Laufe der 80er Jahre zurückgehen. Das deutet auf sehr unterschiedliche Entwicklungen hin. Man kann vermuten, daß die ausführliche Diskussion in den USA über sexuelle Übergriffe allgemein und in der Psychotherapie zu einer allseitigen Sensibilisierung geführt hat. Diese ist sicher auch durch die rigorosen Maßnahmen der Versicherungsgesellschaften gefördert worden, die sich weigern, die Kosten zu übernehmen bei Kunstfehlerprozessen im Zusammenhang mit sexuellen Übergriffen in der Beratung und Therapie (Ehlert 1990).

Im günstigen Fall heißt das, daß die Beratenden und Therapierenden heute Grenzen genauer beachten und folglich sexuelle Übergriffe seltener vorkommen. Es kann aber auch heißen, daß sich lediglich das Antwortverhalten der Befragten verändert hat, nicht aber ihr Tun in der Beratung oder in der Therapie. Sie hätten sich dann bei der Beantwortung der Fragebogen im Sinne von sozialer Erwünschtheit verhalten, was aber nicht automatisch bedeutet, daß sie weniger erotische Kontakte oder Sex mit ihrer Klientel suchen (ausführlich bei Williams 1992). Angesichts der Datenlage läßt sich nicht sicher sagen, wie die Dinge tatsächlich liegen. Bedenkt man aber den Wandel der öffentlichen Meinung ebenso wie der Professionen im ärztlichen und sozialen Bereich, dann spricht vieles dafür, daß Grenzverletzungen und sexuelle Übergriffe in Beratung und Therapie in den USA eher seltener geworden sind.

Für Deutschland liegen derzeit nur eine Handvoll von Studien vor, die Aufschluß geben über erotische Kontakte und sexuelle Übergriffe in der Beratung und Therapie.

Arnold & Retsch (1991) haben in enger Anlehnung an die Studie von Pope et al. (1987) eine erste Befragung von deutschen zertifizierten Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten durchgeführt. In dieser Untersuchung liegen die Angaben über erotische Kontakte und Sex bei 6 %. In dieser Größenordnung entsprechen sie in etwa den neueren amerikanischen Ergebnissen.

Ähnlich sind die Ergebnisse einer holländischen Studie, in der Gynäkologen und Gynäkologinnen sowie Ohren- und Nasenspezialisten (nur Männer) entsprechend befragt worden sind (vgl. Wilbers et al. 1992). Schlüsselt man die Antworten nach den Berufsgruppen und nach dem Geschlecht der Befragten auf, dann geben jeweils 4 % der Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie 3 % der Nasen- und Ohrenspezialisten an, daß sie sich auf sexuelle Kontakte mit ihrer Klientel eingelassen haben. Anders als in den amerikanischen Studien haben sich prozentual betrachtet ebenso viele Gynäkologinnen mit Patientinnen eingelassen wie Gynäkologen. In absoluten Zahlen gesehen ist der Unterschied allerdings ganz beachtlich, denn es praktizieren sehr viel mehr Gynäkologen als Gynäkologinnen. Es sind also immer noch die Männer, die weitaus aktiver sind, wenn es um sexuelle Übergriffe geht.

Die Ergebnisse von indirekten Studien sind im Vergleich dazu bei weitem dramatischer. Da ist zunächst die Studie zu erwähnen, die das Institut für Rationale Therapie in München im Auftrag der Zeitschrift PETRA veranstaltete, nach der 8 % der befragten Patientinnen und Patienten angaben, mit dem Arzt oder der Ärztin, mit dem Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin erotische Kontakte bzw. Sex gehabt zu haben (PETRA 90/9). Das Institut, das die Untersuchung geleitet hat, hält allerdings sehr viel höhere Raten von erotischen Kontakten und sexuellen Übergriffen für möglich. Nach internen Schätzungen liegen diese eher bei 25 %. Das sind bemerkenswert hohe Schätzungen, die eine intensive Auseinandersetzung mit der Thematik in Deutschland dringend machen.

Für eine prekäre Lage sprechen auch die Ergebnisse der Studie von Vogt (1991; 1993), die im Rahmen einer Fragebogenuntersuchung in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (nur Mitgliedseinrichtungen im Verein ambulanter Behandlungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige, VABS) folgendes Item abgefragt hat:

"Gelegentlich hört man, daß auch Therapeuten und Berater sich sexuell mit ihren Patientinnen/Klientinnen einlassen. Haben Sie schon einmal eine Klientin beraten, die ein intimes Verhältnis mit einem Therapeuten oder Berater gehabt hat?"

Die Antworten von Beraterinnen und Beratern verteilen sich folgendermaßen:

ja = 30 %: weiß nicht = 26 %: nein = 44 %

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beantwortung des Items waren nicht festzustellen. Rein statistisch betrachtet heißt das als, daß 1990, dem Jahr der Durchführung der Fragebogenuntersuchung, ungefähr jede dritte Beraterin und jeder dritte Berater in der Suchtkrankenhilfe schon einmal, die meisten jedoch häufiger, Frauen in ihrer Beratung gehabt haben, die in ein intimes Verhältnis mit einem anderen Berater oder Therapeuten verwickelt waren oder sind. Diese die Integrität der hilfeschuchenden Frauen mißachtenden Berater oder Therapeuten sind gewiß nicht nur in der Suchtkrankenhilfe tätig, sie arbeiten vielmehr in allen Bereichen der psychosozialen Dienste. Auf die eine oder andere Art handelt es sich dabei um Kollegen, die sich auf sexuelle Übergriffe eingelassen haben.

Mit einer Reihe von weiteren Fragen wurde abgefragt, wie die Beraterinnen und Berater mit diesem Wissen über Kollegen umgehen. Aus den Antworten, sowohl des Fragebogens wie von qualitativen Interviews, läßt sich folgendes ablesen:

So gut wie niemand vergißt entsprechende Informationen, aber die meisten schrecken vor Sanktionen zurück, und das auch dann, wenn die Dienstanweisungen diese zwingend vorschreiben. Die Beraterinnen und Berater geben an, daß sie das Gespräch mit dem Kollegen suchen. In solchen Gesprächen legt man dem Kollegen nahe, die Beratung oder Therapie mit dieser Klientin abzugeben usw. Über solche eher unverbindlichen Gespräche gehen die Einflußnahmen kaum hinaus. Jedenfalls sind es nur einige wenige, die den Beratern oder Therapeuten bei sexuellen Übergriffen empfehlen, den Beruf zu wechseln. Es spricht vieles dafür, daß in Deutschland die Helferinnen und Helfer in psychosozialen und medizinischen Berufen sexuelle Übergriffe nicht als schwerwiegende Fehler wahrnehmen, die den Beratern und Therapeuten schuldhaft zugerechnet werden müssen.

Das zeigt sich auch daran, daß in den qualitativen Interviews die Frage nach gezielten Hilfsangeboten z.B. für in der Beratung/Therapie sexuell mißbrauchte Frauen eher mit Verwunderung aufgenommen wurde. Lediglich ein Statement bezieht sich auf die betroffenen Frauen, denen der Berater nahelegt:

"nicht nur den Betreuer, sondern auch die Beratungsstelle zu wechseln... Ich glaube eher nicht, daß ich... jetzt das Bedürfnis hätte, mich mit dem Klienten oder der Klientin in ihre Motive oder sowas zu vertiefen" (Vogt 1991, S. 88).

Etwas drastisch ausgedrückt heißt das, man setzt die Klientin vor die Tür und überläßt sie ihrem Schicksal. Das Vorgehen erinnert an Reaktionen gegenüber vergewaltigten Frauen, die oft genug für schuldig befunden werden für ihre eigene Vergewaltigung (Abel 1981).

Zusammenfassung:

- *Fragen nach Grenzen in der Psychotherapie und nach Grenzverletzungen sowie sexuellen Übergriffen sind keine Modethemen, vielmehr handelt es sich um Sachverhalte, die eine intensive Auseinandersetzung notwendig machen. Realistische Schätzungen der Prävalenz von sexuellen Übergriffen in Beratung und Therapie liegen in der Größenordnung von 5 % bis 10 %.*
- *In den USA läßt sich ein Trend ausmachen in Richtung auf einen Rückgang der Inzidenzraten. Diese Entwicklung steht in engem Zusammenhang mit den Reaktionen des Berufsverbandes APA auf öffentlich vorgebrachte Anklagen gegenüber Beratenden und Therapierenden, die sich sexueller Übergriffe schuldig gemacht haben. Eine ähnliche Entwicklung ist für Deutschland erst dann zu erwarten, wenn die Berufsverbände sowohl eindeutig Stellung zu entsprechenden Anklagen nehmen als auch ethische Richtlinien erlassen, die sexuell Übergriffe mit spürbaren Sanktionen belegen.*
- *Unter Beratenden und Therapierenden herrscht eine erstaunliche Unsicherheit darüber, wie man mit Informationen und Kenntnissen über sexuelle Übergriffe umgehen soll. So lassen sich Tendenzen beobachten, die auf einen Schutz der sexuell aktiven Kollegen und Kolleginnen hinauslaufen. Dazu paßt, daß an Hilfen für die mißbrauchte Klientel kaum gedacht wird. Andererseits vergißt so gut wie niemand Informationen über sexuelle Übergriffe. Das heißt schließlich, daß die Informationen in den Institutionen und bei den Informierten bleiben, aber nicht bearbeitet werden. Dafür halten sich Gerüchte, die je nach Bedarf belegt und gegen die Kollegen und Kolleginnen sowie die Klientel verwendet werden können. Das kann zu einer schleichenden Vergiftung der Atmosphäre im helfenden Sektor beitragen.*

Die Folgen für die Betroffenen

Die Angaben, auf die wir uns im folgenden beziehen, stammen von denjenigen Klientinnen und Klienten, die unter den sexuellen Übergriffen leiden oder gelitten haben. Es handelt sich dabei nicht um repräsentative Daten, wohl aber um eine ausreichend große Population, die einer besonderen Berücksichtigung bedarf. Schließlich sind es die Beratenden und Therapierenden selbst, die zum Leiden der Klientinnen/Klienten beigetragen haben, ein Faktum, das sich auch dann nicht wegdiskutieren läßt, wenn die kausalen Zusammenhänge zwischen den Störungen und dem sexuellem Mißbrauch in der Therapie nicht abzuklären sind (Williams 1992). Jedenfalls belegen Fallbeschreibungen hinlänglich (Gabbard 1989), Informations- und Beratungsstelle Bern 1991, Keith-Spiegel & Koocher 1985), daß sexuelle Übergriffe zu schweren Leidenszuständen führen können, und dies ist Grund genug, sich mit den Störungen auseinanderzusetzen, die dadurch ausgelöst werden können (vgl. Feldman-Summers & Jones 1984, Vinson 1984).

Das Krankheitsbild, das durch Grenzverletzungen und insbesondere durch sexuelle Übergriffe in der Therapie ausgelöst wird, umfaßt Ambivalenzen gegenüber den eigenen Gefühlen und den Einstellungen zu dem Therapeuten/der Therapeutin. Mißtrauen gegenüber dem Therapeuten/der Therapeutin stellt sich immer häufiger ein und ein deutliches Gefühl dafür, daß die sexuelle Beziehung in der Therapie nicht zulässig ist. Auf die Dauer kommt es zu einem allgemeinen Verlust der Vertrauensfähigkeit. Da die Klientin/der Klient selbst zum Spielball der sexuellen Wünsche des Therapeuten/der Therapeutin geworden ist, werden die Selbstwertgefühle einmal mehr verletzt. Diese Erfahrung findet Ausdruck in Selbstentwertungen, die gepaart sind mit Verunsicherungen in bezug auf die eigene Urteils- und Wahrnehmungsfähigkeit. Das liegt u.a. daran, daß die Beratenden und Therapierenden die sexuelle Beziehung als Therapie ausgegeben, obwohl alles dafür spricht, daß es sich dabei *nicht um Therapie* handelt. Im kritischen Fall leugnen sie ohnehin, daß es überhaupt je eine sexuelle Beziehung gegeben habe. Dazu kommen Schuld- und Schamgefühle, weil die Betroffenen glauben, daß sie den Therapeuten/die Therapeutin verführt haben und weil diese sie in diesem Glauben verstärken. Schließlich endet alles mit intensiver und unterdrückter Wut, mit Depressionen und unendlicher Trauer.

Die einzelnen Symptome decken sich zum Teil mit denjenigen der posttraumatischen Belastungsstörungen (vgl. DSM -III-R und ICD 10, F43.1) bzw. bei Chronifizierung der Symptome der Persönlichkeitsstörungen nach Extremlastungen (vgl. Pope & Bouhoutsos 1992).

In Anlehnung an Wirtz (1991, S. 19 f.) lassen sich die als das "Therapeut-Patient-Sex-Syndrom" beschriebenen Störungen folgendermaßen zusammenfassen:

- Ambivalenzen in bezug auf die Liebes- und Vertrauensfähigkeit,
- massive Erschütterung im Selbstwerterleben,
- Verunsicherung in bezug auf die eigene Urteils- und Wahrnehmungsfähigkeit,
- Schuld- und Schamgefühle,
- Wut, Trauer und Depressionen

Diese Symptome müssen sich nicht alle schon während der Dauer der Beziehung oder unmittelbar nach dem sexuellen Übergriff durch den Therapeuten/die Therapeutin manifestieren. Es ist vielmehr davon auszugehen, daß sie sich erst mit erheblicher Verzögerung einstellen. Oft treten sie besonders massiv nach der Beendigung der sexuellen Beziehung durch den Therapeuten/die Therapeutin auf, gelegentlich auch erst etliche Jahre später.

Die Wucht, mit der die Störungen dann in vielen Fällen einsetzen, machen die Fallberichte der Betroffenen erst eigentlich deutlich.

"Mein Analytiker-Geliebter weiß nichts von meinen Krisen. Ich erzähle ihm in den Sitzungen nichts davon. Ich nehme Beruhigungs- und Schlafmittel...

Ich habe das Gefühl, am Rande eines Abgrunds entlangzugehen, habe Angst und Lust zugleich, mich hinunterzustürzen.

In immer kürzeren Abständen greife ich zu Medikamenten. Mit ihrer Hilfe kommt wieder Leben in mich, das Leben, das mir langsam entgleitet. Mein Leben, vielmehr mein Überleben hängt von der Einnahme dieser Medikamente ab. Zum Glück hatte ich genügend Willenskraft, nicht außerhalb der Mahlzeiten zu trinken. Der Erleichterung, die ich nach Einnahme der Tabletten oder nach einem Glas Wein verspüre, folgen sofort bohrende Gewissensbisse und heftige Schuldgefühle. Ein Teufelskreis aus Zwang und Schuldgefühlen, dem ich nicht entinnen kann und der mir das Leben zur Qual macht. Ich erkenne mich nicht mehr, bin mir fremd und weiß nicht mehr, wie ich mit mir umgehen soll" (Anonyma 1988, S.105 und 111).

"Ich war kalt und wollte nichts mehr fühlen. Das ging so eine Zeit lang. Ich war völlig teilnahmslos, alles war mir gleichgültig. Ich zwang mich dazu, nichts mehr zu fühlen. Ich habe die ganze Geschichte lange verdrängt, wollte keine Therapie mehr machen. Als es für mich dann um Leben und Tod ging, habe ich doch wieder eine Therapie begonnen. Aber auch in dieser Therapie konnte ich über das Geschehene nicht reden... Ich hätte mehr Selbstvertrauen, mehr Selbstbewußtsein gebraucht, um sagen zu können, daß X ein Arschloch ist. Erst in meiner jetzigen Therapie kam ich soweit, daß ich mir sagen konnte, daß er mich ausgenützt hat - und daß die Schuld dafür nicht bei mir liegt" (Informations- und Beratungsstelle Bern 1991, S.13)

Selbstmordversuche nach Abbruch der sexuellen Beziehung während oder nach Beendigung der Therapie sind bei Frauen relativ häufig. In diesen Fällen sind gezielte Kriseninterventionen dringend geboten.

Wird der sexuelle Übergriff im persönlichen Nahraum der Hilfesuchenden bekannt, d.h. erfahren die Freunde und Freundinnen, die Partner und andere Angehörige von dieser Beziehung, so gehen die Auswirkungen in der Regel weit über die unmittelbar Betroffenen hinaus. Freunde trennen sich von den von einem Therapeuten/einer Therapeutin mißbrauchten Frauen, Ehemänner und Partner drohen mit Scheidung und setzen diese über kurz oder lang durch, Angehörige machen die Betroffenen für die Krisen in den Beziehungen und Ehen und für ihren Zerfall verantwortlich. Die Katastrophe erfaßt alle, die mit den Betroffenen verbunden sind.

Das liegt an einer Reihe von Faktoren, von denen hier nur die wichtigsten erwähnt werden können. Dazu gehört die weitverbreitete Meinung, daß die Betroffenen tatsächlich die Verführenden sind und die Therapierenden sozusagen ihre unschuldigen Opfer. Diese Meinung hält sich hartnäckig, obwohl doch alles gegen eine solche Sicht der Dinge spricht. Auf diesem Wege werden Schuldzuweisungen festgeschrieben, gegen die sich die Betroffenen kaum zur Wehr setzen können.

Dazu kommt, daß die Beratung/Therapie tatsächlich ein besonderes Vertrauensverhältnis konstituiert. Unabhängig von dem therapeutischen Setting und von der Beratungs- und Therapiemethode sind die Hilfesuchenden dazu aufgefordert, ihre Probleme offenzulegen, sich zu offenbaren. Auch die Verhaltenstherapie geht davon aus, daß Hilfesuchende ihre Probleme genau darstellen müssen, gleichgültig, ob ihnen dies peinlich ist oder nicht. Eine gründliche Problemanalyse geht bekanntlich jeder Diagnose und jedem Therapieplan voraus.

So entwickelt sich schnell zwischen den Beratenden und Therapierenden auf der einen Seite und den Hilfesuchenden auf der anderen eine eigentümliche Intimität, die in vieler Hinsicht an diejenige zwischen Priester oder Pfarrer und Beicht- oder Pfarrkind erinnert. Die Beratenden und Therapierenden wissen sehr häufig weit mehr und Intimeres über die Hilfesuchenden als deren Partner, Freunde und Freundinnen oder andere Angehörige.

Für diese ist die intime Beziehung in der Therapie nur dann erträglich, wenn die professionellen Standards strikt eingehalten werden, wenn also die Beratenden und Therapierenden keinen "unehrlichen" Gewinn aus diesem besonderen Vertrauensverhältnis ziehen. Das aber tun sie, wenn sie sich auf sexuelle Übergriffe einlassen. Mit einem Mal stehen nun die Freunde und Freundinnen, die Partner und die Angehörigen in Konkurrenz mit den Beratenden und Therapierenden, mit denen sie sich auf einer Ebene messen müssen, auf der sie wenig oder nichts zu bieten haben. Das wird ihnen mit einer Schärfe bewußt, die zutiefst verletzend ist. Es kann nicht verwundern, daß sie diese Verletzungen mit aller Wucht weitergeben. Da ihnen die Beratenden und Therapierenden nicht zur Verfügung stehen, gehen die Vorwürfe an die Betroffenen, die auf diese Weise doppelt bestraft werden: nicht nur werden sie von den Beratenden und Therapierenden schamlos ausgenutzt, sie werden auch von ihren Nächsten beschimpft und mit Schande überhäuft.

Lediglich die Beratenden und Therapierenden kommen in der Mehrzahl der Fälle ungeschoren davon. Nicht nur bewahren sie alte Vorurteile davor, die Verantwortung für die von ihnen in Gang gesetzte Katastrophe übernehmen zu müssen, sondern auch das Straf-, Zivil- und Korporationsrecht ist stumpf, wenn es um Sanktionen geht.

Man muß also damit rechnen, daß Klientinnen und Klienten, die in der Therapie sexuell mißbraucht worden sind, wenig sozialen Rückhalt haben. Im Gegenteil steht zu befürchten, daß sie dann, wenn dieser bekannt wird, mit zusätzlichen Problemen in der Ehe, in Freundschaften und mit Angehörigen zu rechnen haben. Die Therapie kann also nicht auf Unterstützung durch das soziale Netz bauen.

Gerade aus den hier dargestellten Gründen ist es unerläßlich, die Art der Einbeziehung von Partnern, Freunden und Freundinnen sowie von Angehörigen in die Behandlung genau zu überlegen und zu planen. In den Fällen, in denen der sexuelle Mißbrauch den Partnern und Freunden bereits bekannt ist, ist über Gruppengespräche nachzudenken. Der Therapeut/die Therapeutin sollte darauf gefaßt sein, daß die Gruppengespräche sehr konfliktträchtig sind. Die Partner und Angehörigen werden die Chance nutzen, ihre Sicht der Dinge vorzubringen und ihre Vorwürfe massiv zu formulieren. Solche Gruppengespräche sind also sorgfältig vorzubereiten und Termine sind nur dann anzusetzen, wenn die Hilfesuchenden selbst sie wünschen und überdies hinlänglich vorbereitet sind.

Es empfiehlt sich, eine Kollegin/einen Kollegen zu solchen Gruppengesprächen hinzuzuziehen (Rücker-Embsen-Jonasch & Ebbecke-Nohlen 1992). Die Ausweitung der Therapie auf ein therapeutisches Team ist jedoch wiederum mit den Hilfesuchenden abzusprechen. Reagieren diese auf entsprechende Vorschläge mit Ängsten, Rückzug und Depression, sollten entsprechende Pläne nicht weiter verfolgt werden.

Man muß also sehr genau abwägen, wie man im Einzelfall vorgehen soll, wie weit man Angehörige in die Therapie einbeziehen soll und auf welche Weise man dabei vorgehen kann. Voraussetzung für eine produktive Einbeziehung der Angehörigen ist das Einverständnis der Hilfesuchenden.

Literatur:

Abel, M. H.: Vergewaltigung. Weinheim 1988.

Ahmann, U./Bormann, M./ Braecker, S./ Fisch, U./ Nikolaus, A./ Somomon-Scheuermann, I./ Sonntag, U. /Vogt. I. (Hrsg.): Sexuelle Übergriffe in der Therapie - Kunstfehler oder Kavaliersdelikt? Dokumentation des öffentlichen Hearings am 19.1.1991 in Bonn, Tübingen 1991.

Anonyma: Verführung auf der Couch. Freiburg 1988.

Arnold, E. / Retsch, A.: Liebe, Sexualität, Erotik zwischen Therapeuten und Klientinnen. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis (1991), S. 273-288.

Ehlert, M.: Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie, in: Report Psychologie, November 1990, S. 10-17.

Feldmann-Summers, S./Jones, G.: Psychological Impacts of Sexual Contact Between Therapists or Health Care Professionals and Their Clients. Journal of Consulting and Clinical Psychology 52 (1984), S. 1054-1061.

Informations- und Beratungsstelle für vergewaltigte Frauen und Mädchen Bern (Hrsg.): Gespräch mit zwei Frauen, die in einer Psychotherapie emotional und sexuell ausgebeutet wurden. Jahresbericht. Bern 1991.

Gabbard, G. (Hrsg.): Sexual Exploitation in Professional Relationships. Washington D.C. 1989.

Gartrell, N./Herman, J./Olarte, S./Feldstein, M./Localio, R.: Psychiatrist-Patient Sexual Contact: Results of a Nationwide Survey. American Journal of Psychiatry 143 (1986), S. 1126-1131.

Holroyd, J.C./Brodsky, A.M.: Psychologists' Attitudes and Practices Regarding Erotic and Nonerotic Physical Contact with Patients. American Psychologist 32 (1977), S. 843-849.

Kardener, S.H.: Sex and the Physician-Patient-Relationship. In: American Journal of Psychiatry 131 (1974), S. 1134-1136.

Kardener, S.H./Fuller, M./Mensch, I.N.: A Survey of Physicians' Attitudes and Practices Regarding Erotic and Nonerotic Contact with Patients. In: American Journal of Psychiatry 130 (1973), S. 1077-1081.

Kardener, S.H./Fuller, M./Mensch, I.N.: Characteristics of "Erotic" Practitioners. In: American Journal of Psychiatry 133 (1976), S. 1324-1325.

Keith-Spiegel, P./Koocher, G.P.: Ethics in Psychology, Professional Standards an Cases. New York 1985.

Perry, J.A.: Physicians' Erotic an Nonerotic Physical Involvement with Patients. In: American Journal of Psychiatry 133 (1976), S. 838-840.

- Pope, K. S. /Bouhoutsos, J. C.: Als hätte ich mit einem Gott geschlafen. Sexuelle Beziehungen zwischen Therapeuten und Patienten. Hamburg 1992.
- Pope, K.S./Tabachnik, B.G./Keith-Spiegel, P.: Ethics of Practice. The Beliefs and Behaviors of Psychologists and Therapists. In: American Psychologist 42 (1987), S. 993-1006.
- Rücker-Embsen-Jonasch, I./Ebbecke-Nohlen, A. (Hrsg.): Balanceakte. Familientherapie und Geschlechterrollen. Heidelberg 1992.
- Vinson, J.B.: Sexual Contact with Psychotherapists: A Study of Client Reactions and Complaint Procedures. Unveröffentlichte Dissertation, California School of Professional Psychology. Los Angeles 1984.
- Vogt, I.: Liebe und Sex in der Therapie. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 21 (1989), S. 39-48.
- Vogt, I.: Frauen, Gewalterfahrungen und Beratung/Therapie. Eine Einstellungsuntersuchung. Unveröffentlichter Abschlußbericht. Frankfurt 1991.
- Vogt, I.: Gewaltsame Erfahrungen. "Gewalt gegen Frauen" als Thema in der Suchtkrankenhilfe. Bielefeld 1993.
- Wilbers, D./Veenstra, F./Wiel, H.B.M./Weijmar-Schultz, W.C.M.: Sexual Contact in the Doctor-Patient Relationship in the Netherlands. British Medical Journal 304 (1992), S. 1531-1534.
- Williams, M.H.: Exploitation and Inference, Mapping the Damage from Therapist-Patient Sexual Involvement. In: American Psychologist 47 (1982), S. 412-421.
- Wirtz, U.: Seelenmord. Inzest und Therapie. Zürich 1989.
- Wolfslast, G.: Die Haftung des Psychotherapeuten. 1987.

**5. Themenbaustein:
Suchtarbeit zwischen Professionalität und Passion. Reflexion beruflichen Handelns**

Modell 1:

5.1. Curriculum

<i>Ziel</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Methode</i>	<i>Medien</i>	<i>Zeitungsumfang</i>
Erhöhung der Beratungskompetenz in Bezug auf die Klientinnen.	Reflexion der eigenen Möglichkeiten in der Arbeit als Suchtberaterin im Spannungsfeld zwischen den Zielen des Trägers, der Leitung, den Bedürfnissen der Klientinnen sowie eigenen Zielen.	Gruppenarbeit: <i>Konfliktsituationen in der Beratungspraxis</i> Auswertungsgespräch	Wandzeitung	8 UStd.
Verbesserung von Durchsetzungsfähigkeit eigener Ziele gegenüber Kollegen und Kolleginnen, Leitung und Trägerinstitution	Erarbeitung von möglichen Lösungsansätzen.	Rollenspiel Auswertungsgespräch		
Klärung und Verbesserung der Berufszufriedenheit				
Erhöhung der Beratungskompetenz.	Feed-back zum Themenbaustein	Plenumsgespräch		

5.2 Didaktische Materialien

Gruppenarbeit: Ziele und Konfliktsituationen in der Beratungspraxis

Die Teilnehmerinnen sollen sich mit Konflikten des beruflichen Alltags auseinandersetzen. Eine Gruppe übernimmt die Rolle der Vertreter/innen des Trägers der Einrichtung (z.B. Diakonie, Caritas etc.) und bearbeitet das Thema: Was ist die Aufgabe/Zielsetzung der Institution, in der ich arbeite?

Die zweite Gruppe schlüpft in die Rolle der Klientinnen und befaßt sich mit der Thematik: Mit welchen Wünschen und Bedürfnissen kommen die Klientinnen?

Die dritte Gruppe beschreibt und analysiert die Ziele, die die Beraterinnen selbst im praktischen Berufsalltag haben.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen werden jeweils auf Wandzeitungen festgehalten.

Gruppengröße: drei Gruppen

Beispiele für Wandzeitungen:

Ziele der Institution

- * Der (diakonische) Auftrag
- * Soziale Verantwortung
- * Suchtberatung als gesundheitspolitische Aufgabe
- * Wirtschaftliches Interesse: Erfolg wird an KlientInnenzahlen gemessen
- * Professionalität in der Beratung
- * Loyalität und volle Einsatzbereitschaft von seiten der Angestellten

Ziele der Beraterin

- * Professionalität
- * Zeit für die Klienten und Klientinnen zu haben
- * Auf die Bedürfnisse der Klienten und Klientinnen eingehen können
- * Auswahl der Beraterin/des Beraters durch die Klientin
- * Schweigepflicht einhalten
- * Offene Teamarbeit
- * "Rückendeckung" durch die Institution/das Team
- * Beziehungsangebot an die Klientin
- * Frauenspezifische Angebote einrichten können
- * Sich als Identifikationsfigur anbieten können
- * Eigene Grenzen in der Beratung sichtbar machen
- * Sichtbarmachen der eigenen Frauenrolle

Ziele der Klientinnen

- * Soziale Beratung
- * Therapeutische Intervention
- * Fachkompetenz der Beraterin
- * Akzeptanz
- * Verständnis
- * Respekt
- * Zuhörvermögen der Beraterin
- * Unterstützung als Ersatz für andere Bezugspersonen
- * Erkennen der Problematik durch die Beraterin
- * Verantwortung abgeben zu können
- * Beraterin als Vorbild zu haben
- * Praktische Hilfe zu bekommen: Wohnung, Geld, Arbeit
- * Soziale Kontakte
- * "Mal alles loswerden zu können"

Auswertung:
(Gesamtgruppe)

Die drei Wandzeitungen werden gegenübergestellt. Die Konflikte, die sich aus den unterschiedlichen Zielen und Wünschen der den Beratungsprozeß konstituierenden "Parteien" (Trägerinstitution, Klientin, Beraterin) ergeben, werden verdeutlicht.

Ein (oder mehrere) Konflikt(e) werden in Form eines *Rollenspiels* bearbeitet (Beispiel: Vorgabe von Klientinnenzahlen durch die Institution versus Zeitwünsche der Klientinnen). Das Rollenspiel wird in der Gesamtgruppe besprochen und es werden gemeinsam Lösungsansätze gesucht und spielerisch erprobt.

Hinweise:

Die aus der Persönlichkeit der Beraterinnen und ihrer subjektiven Situation resultierenden Konflikte werden hier nicht thematisiert. Da für diesen Themenbaustein nur ein Tag zur Verfügung stand und die Fortbildung insgesamt relativ wenig Selbsterfahrungsanteile hatte, waren die Teilnehmerinnen auf eine tiefergehende Einzelarbeit in der Gruppe nicht vorbereitet. Sollen die individuellen Erfahrungen und Probleme intensiver bearbeitet werden, muß ein entsprechend größerer Zeitraum zur Verfügung stehen, der auch eine "Nachbetreuung" ermöglicht. Eine Fortbildung muß bereits durch die Ankündigung die Teilnehmerinnen auf den Selbsterfahrungsanteil vorbereiten, damit sie sich ggf. darauf einstellen können. In Einzelfällen und auch auf ausdrücklichen Wunsch einer Beraterin kann natürlich auch anders verfahren werden.

Das Augenmerk der hier durchgeführten Rollenspiele wird daher auf eine Reflexion des beruflichen Handelns vor dem Hintergrund der die Arbeit strukturierenden institutionellen Bedingungen gelegt. Diese Übung hat auch eine entlastende Funktion für die Beraterinnen, die teilweise bezüglich ihrer professionellen Kompetenz verunsichert sind.

Modell 2:

5.3 Curriculum

<i>Ziel</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Methode</i>	<i>Medien</i>	<i>Zeitungsumfang</i>
Erhöhung der Beratungskompetenz in Bezug auf die Klientinnen	Reflexion der eigenen Möglichkeiten in der Arbeit als Suchtberaterin im Spannungsfeld zwischen den Zielen des Trägers, der Leitung, den Bedürfnissen der Klientinnen sowie eigenen Zielen.	Übung: <i>Reflexion der beruflichen Zufriedenheit</i> (Brainstorming)	Wandzeitung	8 UStd.
Verbesserung von Durchsetzungsfähigkeit eigener Ziele gegenüber Kollegen und Kolleginnen, Leitung und Trägerinstitution	Erarbeitung von möglichen Lösungsansätzen.	Rollenspiel Auswertungsgespräch		
Klärung und Verbesserung der Berufszufriedenheit				
Erhöhung der Beratungskompetenz.	Feed-back zum Themenbaustein	Plenumsgespräch		

5.4 Didaktische Materialien

Übung: Reflexion der beruflichen Zufriedenheit

Es werden mit Hilfe eines Brainstormings Äußerungen gesammelt zu den Fragestellungen:

1. Welchen Gewinn ziehe ich aus meiner Arbeit ?
2. Welche Belastungen und Probleme gibt es bei meiner Arbeit für mich ?

Gruppengröße: Gesamtgruppe (das Sammeln kann auch als Paararbeit erfolgen)

Die Beiträge der Teilnehmerinnen werden auf einer Wandzeitung festgehalten. Es wird deutlich, wieviele positive Aspekte die Arbeit für jede einzelne Teilnehmerin hat.

Beispiel für eine Wandzeitung:

Welchen Gewinn ziehe ich aus meiner Arbeit?

- * etwas bewegen zu können
- * Klientinnen erreichen zu können
- * Erfolg auch bei unorthodoxem Vorgehen zu haben
- * die Beziehung zur Klientin nicht leiden muß, wenn ich auch schon mal Zwangsmaßnahmen durchführen muß
- * von den Klientinnen gebraucht zu werden
- * daß die eigene Wahrnehmung meistens nicht täuscht
- * daß ich einzelne doch erreiche
- * Zuverlässigkeit der Klientinnen zu erfahren
- * wenn die Hilfe zur Selbsthilfe gelingt

Beispiel für eine Wandzeitung:

Welche Belastungen/Probleme gibt es in meinem Arbeitsalltag?

- * fehlender Rückhalt im Team
- * Doppelbelastung Beruf/Familie
- * Tod und Sterbebegleitung von Klienten und Klientinnen
- * starre institutionelle Strukturen (Bürokratie)
- * männliche Leitung
- * Personalmangel
- * Unzuverlässigkeit der Klientinnen
- * schlechte räumliche Arbeitsbedingungen

Die negativen Äußerungen ordnen die Teamerinnen in einer Arbeitspause in Kategorien und entwickeln hieraus *Fragestellungen*, die die wesentlichen Probleme und Belastungen widerspiegeln.

Beispiele:

- *Wie gehe ich damit um, Grenzen zu setzen in meiner Arbeit (gegenüber Klienten/innen; Kollegen/innen und der Leitung)?*
- *Wie kann ich als Frau und Beraterin mit Konkurrenz und Macht am Arbeitsplatz umgehen?*
- *Welche Auswirkungen haben gesellschaftliche Strukturen auf meine Beratungstätigkeit?*

Die Teilnehmerinnen ordnen sich nach Neigung einer Kleingruppe zu, die jeweils zu einer Fragestellung Lösungsansätze erarbeitet. Die Gruppenarbeitsergebnisse werden im Plenum vorgestellt und diskutiert.

(Die Darstellung der Lösungsansätze kann als Rollenspiel, anhand einer Zeichnung oder Wandzeitung erfolgen).

Hinweise:

Durch die Bewußtmachung der vielen positiven Aspekte der Arbeit als Suchtberaterin wird die berufliche Motivation gestärkt. Die Auseinandersetzung mit den als belastend empfundenen Anteilen des Berufsalltags sowie das Suchen von Lösungsansätzen führt zu einer Erhöhung der Konfliktfähigkeit der Teilnehmerinnen.

**6. Themenbaustein:
Frauenspezifische Suchtarbeit. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Erfahrungen in der Suchtarbeit mit Frauen. (*)**

6.1 Curriculum

<i>Ziel</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Methode</i>	<i>Medien</i>	<i>Zeitungfang</i>
Motivierung zur Umsetzung frauenspezifischer Suchtarbeit in der eigenen Einrichtung. Aufzeigen von Möglichkeiten und Problemen.	Inhaltliche Grundsätze der Frauen-Suchtarbeit. Darstellung der Arbeitsweise einer Frauen-Therapieeinrichtung. Politische und finanzielle Rahmenbedingungen eines solchen Projekts.	Vortrag Plenumsgespräch		4 UStd.
	Argumentationshilfen für frauenspezifische Suchtarbeit.	Gruppenarbeit Auswertungsgespräch	Arbeitsblatt	
	Feed-back zum Themenbaustein	Plenumsgespräch		

(*) Dieser Themenbaustein wurde ab dem dritten Fortbildungsblock mit den Inhalten des ursprünglich geplanten Themenbausteins "Möglichkeiten und Grenzen frauenspezifischer Suchtarbeit in gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen" verbunden, da es durch die enge thematische Verflochtenheit der beiden Themenbausteine häufig zu inhaltlichen Überschneidungen und Wiederholungen kam. Aus methodisch-didaktischen Gründen wurde daher im weiteren auf die Bearbeitung des ehemaligen Themenbausteins 5 verzichtet.

6.2 Didaktische Materialien

6.2.1 Vortragstext:

Gisela Heinrich: Konzeptionelle Grundsätze und praktische Erfahrungen in der Drogenarbeit mit Frauen

Frauenperspektiven e.V. - Geschichte, Arbeitsfelder und Erfahrungen

Erste Begründungen für eine spezifische Arbeit mit drogenabhängigen Frauen ergaben sich aus den Erfahrungen die wir - damals meine Kollegin Roswitha Kluth und ich - in der Arbeit mit gemischtgeschlechtlichen Therapiegruppen machten. Durch sie kamen wir zu der Erkenntnis, daß therapeutische Arbeit mit den wenigen Frauen in gemischten Therapiegruppen nur begrenzt möglich ist. In diesem Prozeß haben wir selbst viel dazugelernt. Oftmals standen wir einer vereinzelt Frau in einer Männerübermacht gegenüber, was eine lange Liste von Problemen mit sich brachte, die in dem gemischten Kontext kaum zu bearbeiten waren.

Ich möchte nur einige Beispiele nennen, die uns nachhaltig beschäftigten: Eine Frau wird neu aufgenommen. In der Regel ist außer ihr höchstens eine Frau in der Gruppe, manchmal gar keine. Die Tür geht auf und sofort fängt der Spießbrutenlauf an, mittendurch zwischen sechs bis acht männlicher Augenpaare, die alles mögliche an Vorzügen und Nachteilen schon mal deutlich abchecken. Bei dieser "Fleischschau" wird begutachtet, gemustert, geprüft und oftmals auch gleich verteilt. Der Stand in der Gruppe und damit das Maß der Anerkennung gegenüber einer Frau hängt zumeist direkt davon ab, mit wem sie ins Bett geht. Frauen, die dieses ganze Spiel nicht mitmachen und dennoch in der Therapie bleiben, sind rar. Die meisten lassen sich auf die Spielregeln ein, um selbst bestehen zu können. Um ihre eigenen Bedürfnisse und Probleme kann es also erst mal gar nicht gehen. Natürlich ist es für die Frauen sicherer, wenn sie sich in solchen Strukturen aufs Altbekannte zurückziehen, sich möglichst dem Stärksten zuordnen und dadurch wenigstens in dieser Zuordnung ein Stückchen Wertschätzung erfahren.

Noch schwierigere Situationen treten auf, wenn Frauen, die schmerzhaft und belastende Erfahrungen als Gewaltopfer gemacht haben, mit Männern zusammen ihre Lebensprobleme bearbeiten sollen, die z.T. selbst vergewaltigt haben, oder wenn die Frauen mit Prostitutionserfahrungen in der Therapiegruppe Männern gegenüber sitzen, die Zuhälterei betrieben haben. Dazu kommen nicht selten Grenzüberschreitungen männlicher Therapeuten und dadurch entstandene unglückselige zusätzliche Abhängigkeiten für die Frauen.

Ich möchte diese Beispiele hier nicht weiter ausbreiten und verweise darauf, daß es mittlerweile auch Literatur gibt, in der die Situation von Frauen in gemischtgeschlechtlichen Therapien Thema ist, (vgl. Kreyszig 1984; Vogt 1991).

Bei uns ist aus diesen Erfahrungen das Anliegen entstanden, eine therapeutische Wohngemeinschaft für Frauen zu gründen. In den ersten offiziellen Gesprächen waren wir dann mit einer ganzen Reihe "abers" konfrontiert. Zum Beispiel sollten wir einen "Bedarf" nachweisen. In den folgenden zahlreichen Recherchen und Diskussionen mit Kolleginnen und betroffenen Frauen wurde uns klar, daß die geringe Präsenz von abhängigen Frauen in den Einrichtungen der Drogenarbeit (damals zwischen 20 und 30% in den Hamburger Einrichtungen), nicht unbedingt signalisierte, daß es kaum abhängige Frauen gibt oder daß sie Hilfsangebote nicht brauchen - eher erklärt sich dies durch die höheren Schwellenängste von

Frauen und die durchschnittlich sehr männliche Ausrichtung der Drogenarbeit. So kamen z.B. auch die ersten Interessentinnen für die Frauentherapie eher von alleine auf uns zu oder über verschiedene Frauenprojekte, wie z.B. Feministisches Therapiezentrum, Frauenhäuser, Prostituiertenarbeit usw.

Wir haben damals auch die Erfahrung gemacht, daß Frauen auf die Frage nach ihrem Interesse an einer Frauentherapie anders antworten, wenn sie in gemischten Zusammenhängen befragt werden als wenn das Gespräch unter Frauen stattfindet. Viele Frauen wollen in Anwesenheit von Männern nicht zugeben, daß sie ein Frauenangebot gut finden, haben Angst, daß ihnen das als Schwäche ausgelegt wird oder als Illoyalität gegenüber dem männlichen Geschlecht überhaupt. Kurzum, der Wunsch nach Frauentherapie ist oftmals von der Angst vor Diskriminierung überlagert und wird dementsprechend nicht in jeder Situation deutlich.

Selbstverständlich gibt es auch Frauen, die explizit lieber mit Männern Therapie machen wollen oder die sagen, daß sie vor einem Leben ausschließlich mit Frauen Angst haben. Von vielen Beraterinnen haben wir im Laufe unserer Praxis erfahren, daß sie diese Ängste thematisieren, wenn sie Frauen beraten und dadurch viele Widersprüchlichkeiten an den Tag kommen. Insgesamt ist uns in diesem Kontext wichtig, daß die Frauen selbst eine Wahlfreiheit haben. Wenigstens hier sollen die Frauen selbst entscheiden. Wir halten das für wichtig, da die üblichen Rahmenbedingungen der Drogenarbeit den Frauen bevormundend gegenüberstehen und eine Wahlfreiheit der Therapieeinrichtung gar nicht vorgesehen ist. Damit werden oftmals die Bedürfnislagen der Frauen, ihre Selbsteinschätzungen und Wünsche den Anerkennungskriterien von Kostenträgern und Justiz nachgeordnet. Im therapeutischen Zusammenhang sind solche Fremdbestimmtheiten immer problematisch.

1987 konnten wir dann mit der Frauentherapie anfangen, zuerst bei Jugend hilft Jugend e.V., später haben wir dann einen Frauenverein (Frauenperspektiven e.V.) gegründet und die Trägerschaft selbst übernommen. Der gesamte Prozeß dieser Entwicklung ist so facettenreich, daß die Darstellung ein eigenes Thema abgeben würde. Deshalb gehe ich hier nicht weiter darauf ein.

Es ist nicht einfach, in aller Kürze ein paar prägnante Besonderheiten der Frauentherapie und Frauenberatung zu umreißen. Wer sich ausführlicher informieren will, kann dies für Feministische Therapie anhand des Textes im Fortbildungsreader und der Therapiekonzeption von Frauenperspektiven machen. Für den Beratungsbereich haben wir noch kein ausführliches verschriftlichtes Konzept.

Zu den zentralen Prinzipien gehört es, die Frauen als Subjekte ihrer Handlungen zu begreifen, sie nicht unnötig zu bevormunden und sie keinesfalls auf ein Opfer-Dasein zu reduzieren. Für diesen Grundsatz wird von den Mitarbeiterinnen eine kritische Parteilichkeit mit den Klientinnen erfordert. Das heißt, wir stehen auf der Seite der Frauen, akzeptieren sie mit ihren Problematiken, versuchen aber auch klar zu machen, wo sie sich im Einverständnis mit Handlungen und Entscheidungen wiegen, die ihnen über kurz oder lang selbst schaden. Oftmals ist der Widerspruch zu beobachten, daß Frauen für sich gut finden, worunter sie zugleich leiden oder daß sie die verschiedensten Abhängigkeiten und Handlungseinschränkungen als normal, nicht vermeidbar oder sogar als den besten Weg empfinden. Was Roswitha Burgard (1986) als "Realitätsverleugnung bei Frauen" bezeichnet, ist auch in der Drogentherapie ein ständig wiederkehrender und zu bearbeitender Mechanismus.

Insgesamt ist die therapeutische Arbeit in der Frauen-Wohngemeinschaft weniger psychotherapeutisch ausgerichtet, orientiert sich nicht an den gängigen Schulen und Methoden der Therapieausrichtungen. Am ehesten orientieren wir uns noch an der Kritischen Psychologie, in der der einzelne Mensch immer im Kontext seiner Lebensbezüge und der gesellschaftlichen Gegebenheiten und Prozesse betrachtet wird. Für Frauen scheint uns ein solches Vorgehen unabdingbar, da ein Zusammenhang zwischen weiblicher Sucht und weiblichem Leben

insgesamt deutlich auf der Hand liegt. Die spezifischen Alltagserfahrungen der Frauen spielen dementsprechend in der Frauentherapie eine zentrale Rolle, um Änderungen im Denken, Fühlen und Handeln zu ermöglichen.

Die Frauentherapie legt Wert auf eine kleine Gruppe (8 Frauen), wobei anzumerken ist, daß der finanzielle Zwang, größere Gruppen einzurichten, wahrscheinlich nicht mehr abwendbar ist. Unser ursprüngliches Vorhaben, nicht mit festen Zeitrastern zu arbeiten, sondern die konkreten Entwicklungsprozesse der Frauen zur Grundlage für den zeitlichen Rahmen zu machen, hat sich leider kompliziert, da die vorgegebenen Normen der Kostenträger dies unmöglich machen. Bis vor einiger Zeit konnten wir wenigstens noch innerhalb eines Zeitraums von 18 Monaten mit den Frauen planen. Jetzt haben wir nur noch 12 Monate zur Verfügung.

Im Alltag der therapeutischen Wohngemeinschaft steht das Gruppenleben im Zentrum. Wir haben bisher zugunsten gegenseitiger Unterstützung und großer Selbsthilfeanteile auf therapeutische Einzelgespräche verzichtet.

Wichtig ist noch, daß die Frauen im Zuge der Therapie mehr und mehr eigenständig leben, einer Arbeit oder Ausbildung nachgehen und so ein Verselbständigungsprozeß beginnen kann, in dem die Frauen sich allmählich unabhängiger von der Einrichtung machen. Arbeit, Schule, ein eigener FreundInnenkreis, eventuell eine Liebesbeziehung usw. sind Lebensbereiche, die neu ausprobiert werden können.

Wie die Therapie im einzelnen verläuft, der Rahmen, die Regeln, der Tagesablauf, möchte ich hier nicht ausführlicher darstellen. In der Diskussion können wir aber gerne noch einmal darauf zurückkommen. Jetzt möchte ich noch kurz auf die Drogenberatungsstelle von Frauenperspektiven zu sprechen kommen.

Die Beratungsstelle arbeitet nach einem drogenübergreifenden Ansatz, d.h. Frauen mit den verschiedensten Abhängigkeitsproblemen (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen) sind die Adressatinnen der Arbeit. Nach den bisherigen Erfahrungen haben die Mitarbeiterinnen festgestellt, daß fast alle Besucherinnen nicht den klassischen Suchteinteilungen entsprechen, sondern polytoxikoman sind, d.h. verschiedene Suchtmittel gleichzeitig konsumieren. Am wenigsten vertreten sind die medikamentenabhängigen Frauen, die ja auch sonst unsichtbar sind.

Zwischen den Frauen existiert deutlich eine Kluft und sogar Hierarchisierung hinsichtlich der konsumierten Drogen. Das heißt, Fixerinnen bzw. polytoxikomane Frauen, die auch Heroin konsumieren, sehen sich in der Wertehierarchie über den alkohol- und medikamentenabhängigen Frauen. Das problematisiert vor allem die Bereiche in der Beratungsstelle, in denen die verschiedenen Frauen zusammenkommen. Die Mitarbeiterinnen behalten dieses Problem im Auge, sehen jedoch bisher keine Unvereinbarkeiten, sondern haben sich eher zur Aufgabe gemacht, die Hierarchisierungen zu problematisieren.

Vom Selbstverständnis her möchte die Frauenberatungsstelle sowohl niedrigschwellige als auch cleane Angebote machen. Das bedeutet, es existieren Möglichkeiten zum Aufenthalt, Wäschewaschen und Trocknen, Kochen, Kaffeetrinken usw.. Einmal in der Woche gibt es eine Frühstücksgruppe, an der alle Frauen teilnehmen können, die wollen. Zugleich wird aber auch Wert darauf gelegt, nicht nur ein Ort mehr für die Elendsverwahrung und -verwaltung zu sein, sondern die Frauen auch bei neuen Schritten, Ausstiegsüberlegungen usw. zu bestärken und zu unterstützen. Dies geschieht vor allem in kontinuierlichen Einzelberatungen, Kostenklärungen und -anträgen, sowie einer Freizeit- und einer Lesbengruppe, an denen die Frauen teilnehmen können, wenn sie clean sind.

Seit kurzem gibt es in der Frauenberatungsstelle auch ein Spielzimmer samt Kinderbetreuung. Eine türkische Kollegin wurde ebenfalls eingestellt, um die Arbeit mit türkischen Mädchen und Frauen zu ermöglichen.

Frauenspezifik

Was macht nun aber die Frauenspezifik in der konkreten Arbeit mit Drogenabhängigen aus? Welche besonderen Inhalte und Formen haben sich als zentrale Basis für die Frauenarbeit herausgestellt?

Frauenspezifik heißt ja vom Wort her erstmal nichts anderes, als die spezifischen Themen und Probleme von Frauen aufzugreifen, und zumeist wird auch darunter verstanden, diesen Prozeß mit Frauen zu durchleben. Dabei stellt sich natürlich die Frage, was denn überhaupt frauenspezifische Probleme sind. Oftmals läßt frau sich ablenken von dieser Frage durch den Einwand: Das ist doch bei Männern genauso!

Unsere Erfahrung damit lautet allerdings explizit und deutlich: Es ist nie so!

Natürlich haben Männer und Frauen Probleme mit Eltern, mit Beziehungen usw. und nicht zuletzt ja auch mit Drogen. Die Themen abzufragen, bringt uns also nicht sonderlich weiter, um die Andersartigkeiten herauszufinden. Da gibt es nur wenige, die speziell bei Frauen gehäuft vorkommen, wie Prostitution und (sexuelle) Gewalterfahrungen. Vielleicht werden sie auch deshalb so oft als *die* Frauenprobleme in der Drogenarbeit angesehen.

Was dabei allerdings unberücksichtigt bleibt, ist die Frage danach, *wie* eine Frau (oder ein Mann) jeweils bestimmte Situationen erlebt hat, *wie* sie ihre Erfahrungen verarbeitet hat und wie sie aktuell damit umgeht. Mit dieser Frage zeigen sich sehr wohl bei allen Themen Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Leider gibt es in diesem Kontext bisher so gut wie keine Forschung und aus der Praxis sind entsprechende Analysen auch noch nicht weit verbreitet worden. Worüber wir mehr wissen, sind die speziellen Weisen, wie Frauen in ihren Alltag verstrickt sind, und ich finde es auch legitim, daß wir uns als Frauen die Frage, wie dieser Prozeß bei Männern verläuft, nicht vordringlich stellen müssen. Das könnten ja auch mal Männer miteinander erarbeiten.

Zur Veranschaulichung möchte ich hier als Beispiel das Thema Freundschaften nennen: Was Männer bzw. Jungen als Freundschaften kennengelernt haben, ist etwas anderes als Mädchenfreundschaften. Hier hat die Jugendforschung, vor allem für die Jungen, einiges erarbeitet. Es geht um Mut, Vergleich, Identität in der Gruppe, hierarchische Abgrenzung vom anderen Geschlecht, Abenteuer usw. Was die Jungen hier miteinander erfahren und lernen ist kaum vergleichbar mit den Mädchenerfahrungen von Freundschaft. Da geht es um Ebenen, die sich eher um den Körper drehen, körperliche Veränderungen, Aussehen, Mode, Sexualität, ihre Gefühle zu Jungen, Vertrauen, Rückzug zu zweit. Englische Forscherinnen haben für die Mädchen-Freundschaftskultur das Wort "bedroom-culture" geprägt. Diese Art "Kultur" ist für Jungen nicht vorstellbar, sie würden sie selbst als "unter ihrer Würde" bezeichnen.

Mit diesem Beispiel möchte ich deutlich machen, daß es etwas vollkommen verschiedenes ist, ob Männer ihre Erfahrungen und Probleme mit Freundschaften aufarbeiten oder Frauen. Das gleiche Thema ist, geschlechtsspezifisch gesehen, überhaupt nicht das gleiche Thema. Deshalb möchte ich hier dazu ermutigen, konsequent nach dem "Wie" zu fragen, wenn wir die Prozesse von Frauen genauer begreifen wollen.

Was sind nun aber unsere Erfahrungen aus der Frauenarbeit? Vor allem durch die verstärkte und bewußte Arbeit von Frauen mit Frauen ist in den letzten Jahren bekannt geworden, daß Sucht und Abhängigkeit im Frauenleben eng verknüpft sind mit Erfahrungen von Gewalt und insbesondere sexueller Gewalt. Es ist mittlerweile ein unumstrittener Fakt, daß viele süchtige Frauen schon in ihrer Kindheit von den Vätern, Stiefvätern, Onkeln, Brüdern mißbraucht wurden. Und auch als Erwachsene haben die meisten der Frauen Gewalt an sich erfahren, meist vor dem Hintergrund von Prostitution, Drogenbeschaffung und Szeneleben. Oftmals beziehen sich die Gewalterfahrungen aber auch auf den eigenen Freund, Lebenspartner oder Ehemann, was für die Frauen in der Regel besonders schmerzhaft ist. Sie empfinden es als Verrat an ihm, wenn sie sich Hilfe von außen holen oder auch nur davon erzählen.

Sexuelle Gewalt, Prostitution und das verstärkte AIDS-Risiko sind wohl die Themen, die unumwunden als frauenspezifische Besonderheiten angesehen werden. Andere Dimensionen der Verquickung von Frauenleben und Sucht sind weniger im Gespräch; vielleicht ja auch, weil sie aus den Normalitätsvorstellungen bezüglich eines Frauenlebens viel weniger herausfallen. Erfahrungen in der Arbeit mit drogenabhängigen Frauen haben aber gerade auch gezeigt, daß eine Vielzahl sehr "normaler" weiblicher Erfahrungen vorliegt, die in selbstzerstörerischer Weise gelebt werden. Ich möchte hier nur einige nennen:

- Schönheitsnormen, denen Frauen und Mädchen nachhängen, mit denen sie sich durch Diäten zwingen, Abführmittel und Schlankmacher einnehmen und manchmal sogar Heroin als Appetitzügler einsetzen.
- Abhängigkeiten von Männern, mit denen die Frauen sich unselbständig fühlen und die sie nicht alleine überwinden können, selbst dann nicht, wenn die Männer sich brutal und handlungseinschränkend verhalten.
- Zuständigkeiten für Kinder, deren Bedürfnissen die Frauen so lange wie möglich gerecht werden wollen und viel schlechtes Gewissen, wenn sie ihren Erziehungs- und Versorgungsaufgaben nicht ausreichend nachkommen.
- Ohnmachtsgefühle von Mädchen in der Familie, gegen deren Regeln und Versorgungsfunktionen viele Mädchen in Widerstand gehen ohne selbst schon eine haltbare Lebensalternative gefunden zu haben. Drogenkonsum und die Zugehörigkeit zu einer Clique oder Szene kann hier von den Mädchen vorübergehend als identitätsstiftend erlebt werden.
- Mangel an beruflicher Perspektive und damit ja auch ökonomischer Unabhängigkeit von anderen Personen, was sich gegen jegliche selbstbestimmte Lebensgestaltung richtet.
- Depressionen und massive Angstzustände, die dazu führen können, daß Frauen und Mädchen sich sozial isolieren und sich mit Drogen (vor allem Medikamenten) über handlungseinschränkende Gefühle hinwegretten.
- Frühe Medikamentenverschreibungen z.B. bei pubertätsbedingten Kreislaufstörungen usw.

Diese Liste erhebt keinesfalls den Anspruch, umfassend zu sein, sie soll lediglich einige Schlaglichter benennen und auf ein Spektrum weiblicher, selbstzerstörerischer Verhaltensweisen hinweisen, die auf den ersten Blick nicht spektakulär anmuten, sondern uns relativ normal in Frauenleben erscheinen. Zugleich kann aus den Beispielen entnommen werden, daß es sich um fremdbestimmte Normalitäten handelt, um Zeichen unterdrückter Lebensverhältnisse.

Daß die strukturellen Unterdrückungsverhältnisse genauer angesehen werden müssen, auch für die Analysen der Bedingungen und Begründungen für weibliche Drogenabhängigkeit liegt auf der Hand. Bei den vorhin aufgegriffenen Argumenten gegen eine frauenspezifische Arbeit, wird dieser Zusammenhang in der Regel ganz außer acht gelassen.

Vermarktung frauenspezifischer Arbeit

Daß spezielle Frauenansätze gerade diese spezifischen Problemlagen von Frauen einbeziehen müssen, liegt auf der Hand. Ob sie es allerdings auch tatsächlich machen, ist eine andere Frage.

Die erstmal positiv zu verzeichnende Tendenz, daß Frauenangebote auch von offiziellen Seiten für wichtig erachtet oder zumindest genannt werden (z.B. Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan, einige Länderprogramme), hat zugleich auch zur Folge, daß Frauenangebote von pfiffigen Sozialmanagern als Marktlücke erkannt werden, für die derzeit Geld freigesetzt wird.

Daraus entsteht häufig ein Verständnis von Frauenarbeit, das m.E. kritisch betrachtet werden sollte. Große Träger ergänzen z.B. ihr Angebot durch eine "Frauennische", deren Begrenzung von vornherein genau festgelegt ist. Fraueneingangshäuser bei gemischten Trägern sind eine Weise, wie solche Nischen aussehen können.

Auch auf der Ebene der Kostenklärungen steht dieser Konflikt immer wieder ins Haus. Vor allem, wenn von den Kostenträgern darauf hingewiesen wird, daß diese oder jene Fachklinik Frauentherapie anbietet und damit wesentlich eine Frauenabteilung oder eine Frauenklinik gemeint ist, ohne daß es um die jeweiligen Inhalte und spezifischen Lernmöglichkeiten der Frauen geht. Bitter ist in diesem Kontext, daß gerade die Frauenansätze, die den Spezifika Rechnung tragen, nicht von den Kostenträgern anerkannt sind und mit ständigen Existenzproblemen leben müssen.

Nun möchte ich allerdings nicht den Eindruck erwecken, als spräche ich gegen jegliche Frauenarbeit bei gemischten Trägern. Das ist nicht gemeint und so haben wir in Hamburg ja auch selbst angefangen. Ein spezielles Eingehen auf Frauen, Frauengruppen, Frauentage, Frauenräume, Kolleginnenzusammenarbeit usw. innerhalb gemischter Einrichtungen sind sicherlich wichtige Faktoren für die Beurteilung dieser Einrichtungen von Seiten der betroffenen Frauen. Sicherlich werden den Frauen hier mehr Möglichkeiten geboten als dort, wo Frauenbelange ignoriert, abgewiesen oder belächelt werden.

Jedoch bestehen unseres Erachtens mehrere Begrenzungen, denen Frauenprojekte bzw. autonome Frauenträger nicht unterworfen sind. Und die Frauenansätze in gemischten Einrichtungen können auf keinen Fall die Bedeutung von Frauenprojekten ersetzen.

Vor allem und übergeordnet stellt sich hier das Problem: Wo Frauenansätze eingebaut sind in umfassendere gemischte Einrichtungen, besteht ständig die Gefahr, daß sie wieder eingehen, daß die Parteilichkeit gegenüber Frauen nicht bei allen KollegInnen da ist und spätestens bei ökonomischen Interessenswidersprüchen oder auch bei umfassenderen konzeptionellen Veränderungen die Frauenansätze wieder zurückgedrängt werden. Eine konsequente Ausrichtung, Differenzierung und Umgestaltung der Arbeit auf die spezifischen Bedürfnisse und Problemlagen von Frauen ist dann nur in den seltensten Fällen möglich. Wir haben dieses Dilemma immer wieder beobachten können und vor allem drei Ebenen festgestellt, auf denen Be- und Verhinderungen auftreten.

Zum einen hängt die Frauenarbeit oftmals an einzelnen Kolleginnen, die sich diesem Schwerpunkt widmen. In der Regel bricht dann die Frauenarbeit schon zusammen, wenn die betreffende Kollegin krank oder in Urlaub ist. Darüber hinaus besteht in den meisten Einrichtungen durch nicht gerade üppige personelle Ausstattung das Problem, daß vielfältige Sachzwänge und unmittelbar drängende Aufgaben die Frauenarbeit in die zweite Reihe der Wichtigkeiten oder noch weiter nach hinten verschieben. Anderes muß zuerst und vordringlich erledigt werden und selbst engagierte Kolleginnen können diese Tendenz nicht auffangen.

Die zweite Ebene sind die Inhalte. Frauenspezifische Inhalte und Problemstellungen - wie ich sie oben ja kurz skizziert habe - können nur selten als einzelne "Themen" abgegrenzt werden, sondern durchziehen das ganze Frauenleben und sollten in allen Facetten Platz finden in der Arbeit mit Frauen. Konzepte, die vorsehen, daß die Frauen ihre sexuellen Mißbrauchserfahrungen mal schnell vorweg in einer Eingangsstufe bearbeiten, kommen in dieser Hinsicht schnell an ihre Grenzen.

Dazu kommt, daß Frauen andere Strukturen für ihr Lernen und ihre Veränderung brauchen. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß es sinnvoller ist, viel individueller zu arbeiten, keine festgelegten Zeitraster vorzugeben und den Frauen mehr Entscheidungen über die Themen und über die Zeitpunkte, wann sie spezielle Probleme angehen wollen, zu überlassen. Die Parteilichkeit der Kollegin bzw. des Teams gegenüber den weiblichen Problemen und Lernmöglichkeiten spielt hier eine große Rolle. Wir haben in unserer Arbeit bei Frauenperspektiven selbst mehrere Konzeptänderungen vorgenommen, die sich aus den praktischen Erfahrungen heraus geradezu aufgedrängt haben.

Eine Verwässerung und Vermarktung von Frauenansätzen steht einer immer wieder neuen Konzeptdifferenzierung und Abstimmung des inhaltlichen Vorgehens auf die praktisch vorhandenen Bedürfnisse entgegen. In einer Frauennische muß frau in der Regel froh sein, wenn sie halten und behalten kann, was sie hat. Innovationen werden in der Regel als Störfaktoren angesehen, die den Gesamt Ablauf aufhalten. Dazu kommt, daß große Träger nach außen mit einem bestimmten Profil auftreten, das ihre Arbeit charakterisiert. Ein frauenspezifischer Ansatz muß sich diesem Profil beugen und sich anpassen oder aber grundsätzlich andere Wege der Existenz suchen.

Die dritte Ebene betrifft die Trägerschaft selbst. Drogenpolitik ist derzeit ein hartes männliches Geschäft. Probleme mit den weiblichen Lebensbedingungen kommen nach meinen Erfahrungen überhaupt nicht vor. In Hamburg sind wir oftmals die einzigen Frauen, die in Gremien und politischen Veranstaltungen ihre Träger vertreten. Zumindest stimmt dies immer für die wirklich wichtigen Gremien. Eine Beurteilung der derzeitigen Drogenpolitik vom Standpunkt der Frauen aus, steckt noch immer in den Kinderschuhen, und bei den großen gemischten Trägern sind es in aller Regel die Männer, die gestalterisch politisch wirken und die die Frauenfragen - ich möchte behaupten - *nie* in den Mittelpunkt stellen.

Meine Parteilichkeit für selbstverwaltete, von (männlichen) Vorgesetzten unabhängige, Frauenarbeit ist meinem Beitrag sicherlich deutlich zu entnehmen. Das soll aber nicht bedeuten - und dies habe ich ja bereits gesagt - daß ich Frauenschwerpunkte und Frauenansätze in gemischten Einrichtungen für überflüssig halte. Ganz besonders wichtig finde ich allerdings, diese Arbeitsansätze auch abzusichern und nicht der Willkür von Krankheiten, Urlauben und Sachzwängen zu opfern und durch die ständigen Frustrationen wegen mangelnder Kontinuität selbst immer an der Belastungsgrenze zu stehen.

Zu den Belastungen und Verunsicherungen gehören auch die eingangs thematisierten Einwände gegen Frauenarbeit. Dazu noch ein Auszug aus unseren Erfahrungen: Im Laufe der Zeit ist deutlich geworden, daß Frauenarbeit zum einen neue, andere Frauen erreicht, die in

den gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen und Beratungsstellen und vor allem dort, wo es keine Frauenangebote gibt, nicht zu finden sind. Zugleich gibt es natürlich eine Reihe Frauen, die bei einer Wahlmöglichkeit Frauenzusammenhänge vorziehen und die dann in den gemischten nicht mehr anzutreffen sind. Mit einer Parteilichkeit gegenüber einer solchen Wahlmöglichkeit spricht dies aber keinesfalls gegen Frauenarbeit, sondern ist ja zugleich auch eine - oftmals sicherlich stumme oder sogar unbewußte - Kritik der betroffenen Frauen an ihrer Situation in gemischter Arbeit. Daß einzelne Frauen in einer Männerübermacht als Stimmungsaufheller und soziale Puffer fungieren, als solche auch gebraucht werden und auch den MitarbeiterInnen manchen Dienst angenehmer gestalten, kann ja nun keinesfalls als Begründung gegen Frauenarbeit akzeptiert werden.

Die Behauptung, es sei für die Frauen besser, weil realistischer, in gemischten Bezügen zu leben, halte ich für die Ausblendung einer wesentlichen Realität, nämlich der Tatsache, daß die Frauen in genau dieser Realität nicht klarkommen bzw. immer wieder nach den alten selbstzerstörerischen Mustern handeln und in der Regel als die "Gelackmeierten" in ihrem Alltag dastehen. Ohne Männer haben Frauen die Möglichkeit, Seiten an sich zu entdecken, die vorher immer verborgen waren oder bekämpft wurden, weil sie damit im Kontakt mit Männern nicht bestehen konnten oder sogar wieder diskriminiert wurden. Gegenerfahrungen können hier so manche Stärkung bewirken und die Empfindungen in Bezug auf die Wichtigkeit der eigenen Bedürfnisse verschieben.

Ich komme jetzt zum Schluß und möchte als Fazit zum Ausdruck bringen, daß Frauenarbeit im Drogenbereich eine schwierige, belastende und manchmal harte Sache ist und viel Durchhaltekraft dazugehört - aber daß sie sich auch lohnt. Mit dieser Schlußfolgerung möchte ich keine Frau entmutigen, sondern darin unterstützen, es ernsthaft zu probieren. Nach meinen Erfahrungen ist hier vor allem eine Vernetzung der engagierten Kolleginnen mit ihren Vorhaben wichtig. Isoliert und alleine können die meisten Frauen ihre Vorhaben nicht durchhalten und die eigenen Zweifel und Verunsicherungen können dann oftmals mit den KollegInnen nicht mehr ausreichend auf solidarischer Basis diskutiert werden.

Für unsere eigene Zähigkeit beim Aufbau und Durchhalten der Frauenarbeit war von nicht zu unterschätzender Wichtigkeit, daß wir z.B. durch den Kontakt zu Frauen von Violetta Clean wieder Mut bekamen, als wir selbst schon verzweifeln. Wir konnten erleben: Und es geht doch! Durststrecken werden immer auftauchen und es kommt darauf an, den Mut und die Kraft zu haben, sie durchzustehen. Mein Anliegen ist, daß uns dies mehr und mehr gelingt.

Literatur:

Burgard, Roswitha: Warum brauchen wir feministische Therapie? In: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, Bd. 17, Köln 1986.

Kreyssig, Ulrike: "Komm!, Mäuschen, laß uns mal über Deine Probleme reden" In: Merfert-Diete, Christa/ Soltau, Roswitha (Hrsg.): Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit. Reinbek b. Hamburg 1984.

Vogt, Irmgard: Kann Therapie zum Risiko werden? In: Suchtreport 3 (1991), S. 29-39.

6.2.2 Übung: Argumentationshilfen für frauenspezifische Suchtarbeit

Die Kleingruppen erhalten ein Arbeitsblatt mit geläufigen Einwänden gegen frauenspezifische Suchtarbeit (s. unten). Sie setzen sich mit diesen Behauptungen auseinander und bereiten sich so auf entsprechende Diskussionen im Arbeitsteam etc. vor.

Gruppengröße: Kleingruppen von 3 - 5 Teilnehmerinnen

**Arbeitsblatt:
Häufig angeführte Argumente gegen frauenspezifische Suchtarbeit.**

- * Frauenschwerpunkte und Fraueneinrichtungen ziehen auch noch die ohnehin schon wenigen Frauen aus der gemischten Arbeit ab.
- * Frauenarbeit ja, aber nur, wenn entsprechende massive Problemlagen bei bestimmten Klientinnen vorhanden sind, also z.B. Erfahrungen mit sexuellem Mißbrauch in der Kindheit oder generell mit sexueller Gewalt.
- * Es gibt keinen Bedarf für spezifische Frauenarbeit.
- * Süchtige Frauen wollen in der Regel gar keine speziellen Frauenangebote.
- * Es ist besser für Frauen, ihre Probleme in gemischten sozialen Bezügen anzugehen, da ihnen dies im tatsächlichen Leben auch abgefordert wird.
- * Die Trennung der Geschlechter in der Suchtarbeit ist ein Rückschritt.

Auswertung:
(Gesamtgruppe)

Der Diskussionsverlauf in den Kleingruppen wird dargestellt und es werden Argumentationshilfen für eine frauenspezifische Arbeit erarbeitet.

7.2 Didaktische Materialien

7.2.1 Übung: Möglichkeiten der Vernetzung

Es werden Arbeitsgruppen nach den Herkunftsregionen der Teilnehmerinnen zusammengestellt. Jede Gruppe befaßt sich mit den folgenden Fragestellungen:

1. Wie kann ich meine Erfahrungen aus der Fortbildung praktisch verwerten?
2. Mit wem kann ich kooperieren?
3. Wen/was gibt es schon vor Ort?
4. Wer kann uns unterstützen?

Die Teilnehmerinnen erweitern ihre Kenntnisse über die soziale und frauensuchtspezifische Infrastruktur in ihrer Region. Sie diskutieren und planen Vernetzungsaktivitäten.

Gruppengröße: Kleingruppen

7.2.2 Körperübung: Zusammenschließen und sich gegenseitig stützen

Die Teilnehmerinnen stellen sich im Kreis auf mit Blickrichtung in den Kreis, machen eine halbe Drehung nach links, so daß die rechte Schulter in die Kreismitte zeigt. Anschließend wird der Kreis so weit verkleinert, bis die Teilnehmerinnen die Hände auf die Schultern der vorderen Person legen kann. Alle gehen jetzt gleichzeitig in die Hocke und jede Teilnehmerin setzt sich auf die Knie der hinteren Teilnehmerin. So erfahren alle leiblich "Unterstützung" (sitzen) und "Zusammenschluß" (Hände auf den Schultern), eine, wie sich im Laufe der Fortbildung herausgestellt hat, notwendige Voraussetzung in der Durchsetzung frauenspezifischer Suchtarbeit.

Gruppengröße: Gesamtgruppe

8. Referentinnen der Fortbildung

Darscheid, Petra, Zentrale Drogenentgiftung NRW, Hagen

Di Matteo, Graziella, Dipl.-Psychologin, Köln

Garwers, Martina, Zentrale Drogenentgiftung NRW, Hagen

Haller, Gisela, Fachkrankenhaus Hansenbarg

Heinrich, Gisela, Frauenperspektiven e.V., Hamburg

Jeuck, Gabriele, Wildwasser e.V., Berlin

Kreft, Anne, Verein Frauen und Sucht NW, Hamm

Kreyssig, Ulrike, Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V., Berlin

Meeßen, Helga, Verein Frauen und Sucht NW, Hamm

Multhaupt-Meckel, Andrea, Dipl.-Supervisorin, Essen

Pütke, Ursula, Verein Frauen und Sucht NW, Hamm

Rahmeier, Jutta, Frauenperspektiven e.V., Hamburg

Rehbein, Ursula, Dipl.-Supervisorin, Essen

PD Dr. Vogt, Irmgard, Universität Frankfurt

Teil 3

- Reader -

In: Kindermann, Walter u.a.:
Drogenabhängig - Lebenswelten zwischen
Szene, Justiz, Therapie und Drogen-
freiheit, Freiburg i.Br., 1989,
S. 193-234

Kapitel 5

Drogenabhängige Frauen und Männer

Dagmar Hedrich

I. EINLEITUNG

Drogengebrauch ist geschlechtsspezifisch. Keine der legalen und keine der illegalen Drogen wird von Frauen und Männern in unserer Gesellschaft in gleicher *Häufigkeit* gebraucht. Unter den Alkoholabhängigen überwiegen sehr deutlich die Männer, während Medikamentenabhängigkeit in den meisten Fällen ein „Frauenproblem“ ist. Der Anteil weiblicher Opiatabhängiger wird auf 30 bis 40% der Gesamtgruppe geschätzt (Ziegler 1987; Merferth-Diete 1988). Die geschlechtsspezifische Dimension von Drogengebrauch wurde vor allem in den Theorien zur Heroinabhängigkeit bisher vernachlässigt und neben einer Szeneforschung, die Auswirkungen der Geschlechtsrollensozialisation einbezieht, fehlt im deutschen Sprachraum auch die praxisbezogene wissenschaftliche Erforschung der Ausstiegsprozesse von weiblichen und männlichen Abhängigen aus der Drogenbindung. Ausnahmen, wie z. B. Hanel (1988), bestätigen die Regel.

Wenn nun, was häufig der Fall war, Behandlungsziele und -methoden aus Untersuchungen abgeleitet wurden, die nicht zwischen den Daten der männlichen und weiblichen Heroinabhängigen trennten, waren die Ergebnisse immer durch die zahlenmäßig größere Teilgruppe der Männer geprägt. Viele Therapieprogramme, die auf diese Art entstanden sind, bewirkten, daß Frauen größere Probleme hatten, sie erfolgreich zu durchlaufen. Dies wiederum wurde als Zeichen ihrer tiefergehenden „Gestörtheit“ betrachtet (vgl. Cuskey/Wathey 1982; NIDA 1979a, 1979b). Erst in den vergangenen Jahren wurden in der Drogenarbeit der Bundesrepublik Deutschland neue geschlechtsspezifische Schwerpunkte gesetzt. Diese Veränderung ist in erster Linie eine Folge der Erfahrungen aus der Praxis – und weniger die Umsetzung von Forschungsergebnissen.

In der nun folgenden Auswertung werden die Ergebnisse unserer Interviews mit 239 drogenabhängigen Männern und 85 drogenabhängigen Frauen gegenübergestellt. Nach der Darstellung wichtiger Entwicklungslinien beider Gruppen wird am Beispiel der Beschaffungs-

prostituieren die Lebenswelt einer Teilgruppe der Drogenabhängigen näher betrachtet.

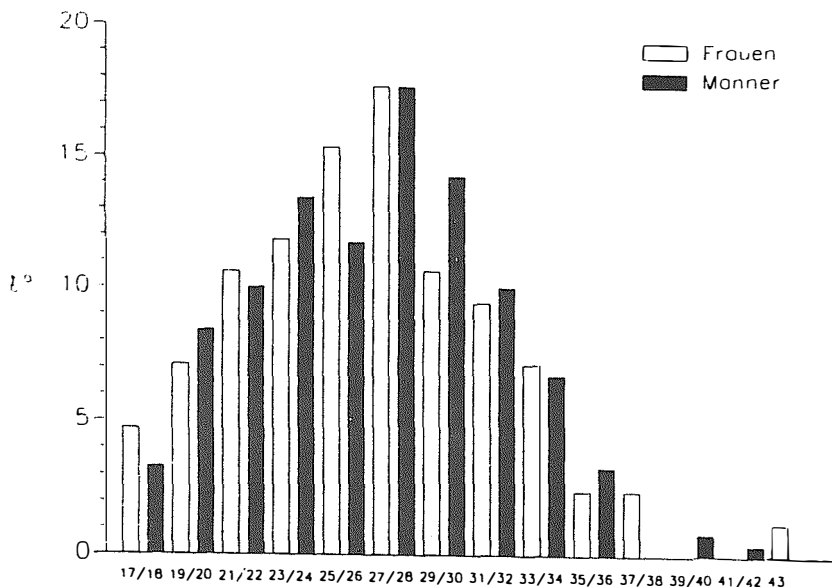
2. DEMOGRAPHISCHE DATEN

Am ersten Interview unserer Studie nahmen 239 Männer und 85 Frauen teil, was einem Verhältnis von drei Männern zu einer Frau entspricht. Diese Geschlechtsrelation wurde bereits in verschiedenen anderen Untersuchungen an Drogenabhängigen gefunden (vgl. auch Ziegler 1987) und kann daher als repräsentativ für die von uns befragte Altersgruppe (s. u.) bezeichnet werden.

Alter

Unsere Gesprächspartner entstammen den Geburtsjahrgängen 1943 bis 1969, waren zum Zeitpunkt des Erstgesprächs also zwischen 17 und 43 Jahren alt. Weder im Durchschnittsalter von 26 Jahren noch in der Verteilung über die Altersgruppen liegen Unterschiede zwischen Frauen und Männern vor (siehe Abb. 5.1).

Abb. 5.1: Relative Häufigkeitsverteilung des Alters/Geschlechts



Familienstand

Unter den Frauen gibt es prozentual deutlich mehr Verheiratete und Geschiedene als in der Gruppe der Männer; im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist der Anteil der verheirateten Personen jedoch unterdurchschnittlich. Während 83% der Männer und 60% der Frauen noch ledig sind, haben sich von den verheirateten Frauen bereits 53% (N = 18) und von den verheirateten Männern 35% (N = 13) wieder scheiden lassen (siehe Tab. 5.1).

Tab. 5.1: Familienstand/Geschlecht

	Männer		Frauen	
ledig	199	83,3 %	51	60,0 %
verheiratet	18	7,5 %	12	14,1 %
geschieden	13	5,4 %	18	21,2 %
verheiratet aber getrennt lebend	4	1,7 %	4	4,8 %
verwitwet	2	0,8 %	–	–
keine Angabe	3	1,3 %	–	–

Einer Erhebung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit (1985) zufolge waren im Jahr 1983 47,3% der 20- bis 29jährigen Frauen und 27,1% der deutschen Männer dieser Altersgruppe verheiratet und die Scheidungsquote lag unterhalb von 3%. In der vom Alter her vergleichbaren Teilgruppe unserer Stichprobe befinden sich jedoch lediglich 17% verheiratete Frauen und nur knapp 10% verheiratete Männer, während 15% der 20- bis 29jährigen Frauen und 4% der Männer geschieden sind.

Die hohe Zahl lediger Personen in unserer Stichprobe ist jedoch angesichts der Lebensbedingungen von Drogenabhängigen nicht überraschend; auffallend ist aus diesem Blickwinkel vielmehr, daß die weiblichen Befragten, zumindest was das Eingehen einer Ehe betrifft, den Normen der Gesamtbevölkerung mehr entsprechen als die Männer. Die hohen Scheidungs- bzw. Trennungsraten von über 50% bei den Frauen geben einen ersten Hinweis darauf, daß die Partnerbeziehung einen wichtigen Problembereich drogenabhängiger Frauen darstellen kann. Dies wird zum Teil durch „Scheinehen“ bedingt, die aus Gründen der Geldbeschaffung geschlossen wurden und die oftmals den Prozeß der Lösung aus der Drogenbindung stark behindern.

Kinder

Jede dritte Frau (N = 29, 34,1%) war beim Beginn unserer Untersuchung bereits Mutter eines oder mehrerer Kinder. Unter den Män-

nen gibt es insgesamt nur 42 Väter, was einem Anteil von knapp 18 % entspricht. Daß immer mehr Drogenabhängige Eltern werden, ist eine Entwicklung, die zunächst mit dem Älterwerden der ersten „Fixergenerationen“ zusammenhängt, obwohl es schon seit langem vor allem drogenabhängige Mütter gibt. Erst in den letzten Jahren veränderte sich jedoch auch die Angebotspalette der Drogenhilfe dahingehend, daß neben dem alleinstehenden, jüngeren Drogenabhängigen auch erwachsene drogenabhängige Eltern bzw. die „drogenabhängige Familie“ zur definierten Zielgruppe der Hilfeangebote wurden (näheres hierzu im Abschnitt Beratungs- und Therapieerfahrungen).

3. UNGLEICHE CHANCEN, UNGLEICHE LASTEN: DIE BIOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG DROGENABHÄNGIGER FRAUEN UND MÄNNER

3.1 Die Herkunftsfamilie

In diesem Abschnitt wird die Wohnsituation der später drogenabhängig gewordenen Mädchen und Jungen und der Gebrauch von Drogen in der Familie betrachtet. Frühe sexuelle Gewalterfahrungen werden ebenfalls in diesem Abschnitt angesprochen, da sie meist im familiären Kontext geschahen.

Unter der „Herkunftsfamilie“ verstehen wir das engere familiäre Umfeld der Befragten. Hierzu zählen Geschwister, Großeltern, Stiefelternanteile und weitere nahe Verwandte, sofern sie mit den Jungen und Mädchen in einem gemeinsamen Haushalt wohnten oder durch einen engen Kontakt die Rolle von Bezugs- oder Erziehungspersonen einnahmen.

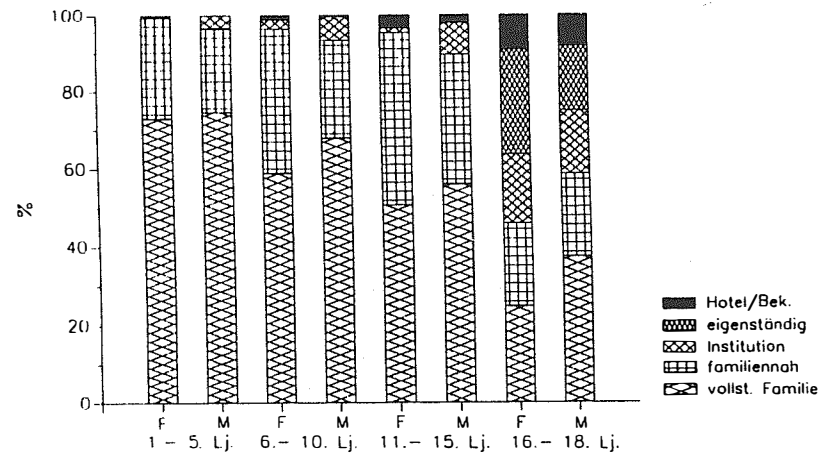
Wohnsituation bis zum 18. Lebensjahr

Die durch verschiedene Einzelfragen des Interviews erhobenen Informationen über die Wohnsituation zwischen Geburt und Volljährigkeit haben wir in den folgenden fünf Gruppen zusammengefaßt:

1. vollständige Herkunftsfamilie (wohnen mit beiden leiblichen Eltern)
2. alle weiteren familien„nahen“ Wohnformen (z. B. mit nur einem Elternteil, mit Eltern- und Stiefelternanteil, bei den Großeltern)
3. Institutioneller Lebensrahmen (z. B. Heim, therapeutische Einrichtung, Gefängnis)
4. eigenständige Wohnform (z. B. Wohnung alleine, mit Partner, Zimmer in Wohngemeinschaft)

5. im Hotel, auf Trebe, bei (wechselnden) Bekannten.
Die Wohnform, als äußerer Ausdruck bestimmter Lebensbedingungen, ist für vier Altersabschnitte in der folgenden Abbildung dargestellt:

Abb. 5.2: Wohnsituation in Kindheit und Jugend/Geschlecht



Wie bereits durch verschiedene amerikanische Studien (Binion 1979, 1982; Marsh/Miller 1985; Cuskey/Berger/Densen-Gerber 1977) nachgewiesen wurde, gibt es auch in der von uns befragten Gruppe von Drogenabhängigen einen hohen Prozentsatz unvollständiger Herkunftsfamilien (vgl. Kap. 2). Die Lebenssituation eines Viertels aller Befragten ist seit frühester Kindheit durch „broken-home“-Bedingungen gekennzeichnet, wovon Mädchen noch stärker als Jungen betroffen sind.

Der Anteil Jugendlicher, die vor ihrem 15. Lebensjahr in Heimen lebten, ist vor allem bei den Jungen bedeutend höher als der Bundesdurchschnitt von 2 % (vgl. SHELL-Jugendstudie 1981, 73) und der Prozentsatz vollständiger Herkunftsfamilien nimmt bereits bis zum Ende der Grundschulzeit stark ab.

Als unsere Interviewpartner 15 Jahre alt waren, lebte nur noch die Hälfte von ihnen mit ihren leiblichen Eltern zusammen. Binion (1982) berichtet in einer Zusammenfassung von Studien zum familiären Hintergrund Drogenabhängiger, daß bereits in jüngerem Alter, mit 12 Jahren, der Anteil vollständiger Familien auf die Hälfte abgesunken war. Amerikanische Studien zur Familiensituation Drogenabhängiger (Aron 1975; Kosten u.a. 1985), die gestörtere Familien-

verhältnisse bei weiblichen Drogenabhängigen nachwiesen, können wir in der bisherigen Analysestufe unserer Daten bereits tendenziell bestätigen. Wie aus Abbildung 5.2 ersichtlich, lösen sich die Mädchen im Alter von 16 bis 18 Jahren stärker als die Jungen vom Elternhaus, meist um mit einem Partner eine gemeinsame Wohnung zu beziehen.

Drogengebrauch in der Herkunftsfamilie

Die Angaben über den Konsum legaler und illegaler Drogen in der Herkunftsfamilie bzw. im familiären Kontext beziehen sich auf die Zeit vor dem ersten eigenen Konsum illegaler Drogen durch die Befragten selbst, der in der Regel um das 15. Lebensjahr liegt. Erfragt wurde der Drogengebrauch von Eltern, Geschwistern und von weiteren engen Bezugspersonen, wenn diese mit im Haushalt lebten. Die „Drogenbelastung“ der engen sozialen Bezugsgruppe erweist sich als sehr hoch:

Tab. 5.2: Drogenbelastung des engen sozialen Umfelds/Geschlechts

	Männer		Frauen	
(1) keine Bezugsperson mit problematischem Konsum oder Drogenabhängigkeit	115	48,1 %	35	41,2 %
(2) ein oder mehrere Bezugspersonen mit problematischem Drogenkonsum	44	18,4 %	18	21,2 %
(3) eine Bezugsperson drogenabhängig	52	21,8 %	20	23,5 %
(4) mehr als eine Bezugsperson drogenabhängig	28	11,7 %	12	14,1 %

Drei von fünf Mädchen wuchsen mit Bezugspersonen auf, die problematischen oder abhängigen Drogengebrauch aufwiesen und auch bei den Jungen ist es jeder zweite. In den meisten Fällen kommt diese hohe „Drogenbelastung“ durch ein alkoholabhängiges Elternteil zustande.

Daß sich exzessiver Drogenkonsum innerhalb der Familie sehr negativ auf die Heranwachsenden auswirkt, wurde in verschiedenen Studien (z. B. Holman 1986) bereits nachgewiesen. Kinder lernen, die Drogen ebenso wie ihre erwachsenen Vorbilder als Problemlösemechanismus einzusetzen.

Untersuchungen des familiären Systems von „Suchtfamilien“ zeigen, daß die Kinder mit einer Hemmung in der Entwicklung eigener innerer Unabhängigkeit reagieren und sich für das, was in der Familie geschieht, verantwortlich fühlen. Rigide familiäre Regeln und ein Mangel an geeigneteren Problemlösemechanismen führen dazu, daß das abhängige Familiensystem in eine sehr starke Krise kommt, wenn es einmal aus dem Gleichgewicht gerät und sich gegen diese Gefahr daher in hohem Maß zu schützen versucht (Minuchin / Fishman 1983).

Binion (1982) berichtet, daß in 60 % aller untersuchten Familien Alkoholprobleme vorlagen und Marsh & Miller (1985) weisen darauf hin, daß weibliche Alkoholiker und Drogenabhängige sogar noch häufiger als drogenabhängige Männer aus desorganisierten und drogenkonsumierenden Familien stammen, daß sie häufiger Alkoholiker als Väter oder in der Verwandtschaft haben und daß sich in ihren Familien häufiger affektive Störungen finden lassen. Neben der Belastung des familiären Systems durch starken Drogengebrauch einzelner Mitglieder spielte in sehr vielen Fällen sexuelle Gewalt innerhalb der Familie eine die Kindheits- und Jugenderfahrungen der Befragten prägende Rolle.

Sexueller Mißbrauch

Über sexuellen Mißbrauch berichteten bereits im Erstgespräch 28 der 85 Frauen (33 %); auch ein Mann war in seiner Kindheit sexueller Gewalt ausgesetzt. Diese Ereignisse fanden bei mehr als der Hälfte der Betroffenen vor dem 16. Lebensjahr statt, wobei als Täter vorwiegend Stief- oder Pflegeväter und Onkel benannt wurden.

Da die Situation des Erstinterviews meist dadurch gekennzeichnet war, daß es sich um den ersten Kontakt zwischen beiden Gesprächspartnern handelte und die Interviewer nur dann Fragen zu diesem intimen Bereich stellten, wenn die Gesamtsituation dies zuließ, gehen wir davon aus, daß der tatsächliche Anteil sexuell mißbrauchter Frauen und Männer eher größer ist.

Drogenabhängigkeit ist eine der möglichen Spätfolgen bei den von sexuellem Mißbrauch Betroffenen (siehe hierzu Backe u. a. 1986). So wurde beispielsweise bei 70 % aller Frauen, die in eine auf die Behandlung von Inzestopfern spezialisierte amerikanische Klinik kamen, eine Drogenabhängigkeit festgestellt (Holman 1986). Obwohl allein das gleichzeitige Auftreten von sexuellem Mißbrauch und Abhängigkeit noch nicht erlaubt, hier von einer kausalen Verknüpfung auszugehen, setzt es sich in der Therapie Drogenabhängiger heute immer stärker durch, insbesondere bei drogenabhängigen

Frauen die Möglichkeit des sexuellen Mißbrauchs in Betracht zu ziehen (vgl. Botens/Stanzel 1987). Dies ist vor allem ein Prozeß, der durch die Selbsthilfebewegung sexuell mißbrauchter Frauen (z. B. Wildwasser, Berlin) ausgelöst wurde, die diesen stark tabuisierten Bereich in den vergangenen Jahren einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich machte.

Studien aus den USA und aus nordeuropäischen Ländern (vgl. Backe u. a. 1986) haben ergeben, daß sexueller Mißbrauch in Familien mit häufigem Gebrauch oder Abhängigkeit von Drogen einhergeht. Die Täter verwenden Drogen zur Überwindung der moralischen Schwelle vor der Tat und zur Befreiung von Schuldgefühlen danach. Bei den Opfern wird Drogengebrauch häufig als Überlebensstrategie identifiziert: Negative Gefühle, Ereignisse und Lebenssituationen werden unter dem Einfluß von Drogen erträglicher (Rust 1986). Zum Verständnis der Drogenabhängigkeit von Frauen stellt der sexuelle Mißbrauch in vielen Fällen einen Schlüssel dar.

3.2 Schule und Beruf

In unserer Studie besteht zwischen beiden Geschlechtsgruppen ein deutliches Bildungsgefälle, wobei die Abschlüsse der Frauen signifikant höher als die der Männer sind ($p \leq .01$). Während 22% der Männer die Schule ohne Abschluß verließen, sind dies bei den Frauen lediglich 13%. Weiterhin haben mehr als ein Drittel der Mädchen ihre schulische Laufbahn mit der Mittleren Reife beendet, jedoch nur jeder fünfte Mann (vgl. Tab. 5.3):

Tab. 5.3: Schulabschlüsse beim Erstinterview/Geschlecht

	Männer		Frauen	
	N	%	N	%
keinen Schulabschluß	52	21,8	11	12,9
Sonderschulabschluß	6	2,5	—	—
Hauptschulabschluß	114	47,7	38	44,7
Mittlere Reife	49	20,5	30	35,3
Abitur	15	6,3	5	5,9
keine Angabe	3	1,3	1	1,2
	239		85	

Das schulische Bildungsniveau der gesamten Bevölkerung im Alter zwischen 20 und 29 Jahren stellte sich im April 1982 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wie folgt dar: 53,7% dieser Gruppe waren Volks- bzw. Hauptschulabgänger mit oder ohne den entsprechenden Abschluß; 23,6% hatten einen Realschulabschluß oder gleichwertiges Bildungsniveau vorzuweisen und 20,6% verfügten über die Fach- oder die Allgemeine Hochschulreife. Zu diesem Zeitpunkt befanden sich noch 2,1% der 20- bis 29jährigen in schulischer Ausbildung (Statistisches Bundesamt 1985, 71).

Unter den 58 weiblichen und 164 männlichen Befragten dieser Altersgruppe im „Amsel“-Projekt sind sehr viel weniger Abiturienten (8,6% der Frauen; 6,7% der Männer) zu finden als im Bundesdurchschnitt, während der Anteil derjenigen mit Mittlerer Reife stark (24% der Männer; 36% der Frauen) und der der Hauptschüler leicht erhöht ist. Nach diesen Daten zu urteilen, wurde die Bildungslaufbahn der Frauen erst vor der Gymnasialen Oberstufe, die der Männer bereits früher unterbrochen. Die Drogenproblematik wird meist im Alter zwischen 15 und 18 Jahren virulent, was zeitlich hiermit zusammenfällt.

Das berufliche Qualifikationsniveau der Frauen entspricht ihren besseren allgemeinbildenden Schulabschlüssen jedoch überhaupt nicht. 40% aller weiblichen Befragten gegenüber 26% der Männer haben seit dem Verlassen der Schule noch nicht mit einer beruflichen Ausbildung begonnen. Und obwohl die männlichen Befragten häufiger Lehre oder Studium abbrachen, hatten sie zum Zeitpunkt unserer ersten Befragung immer noch öfter eine abgeschlossene Berufsausbildung vorzuweisen, wie aus Tabelle 5.4 hervorgeht:

Tab. 5.4: Stand der Berufsausbildung zu t1/Geschlecht

	Frauen		Männer	
	N	%	N	%
noch keine begonnen	34	40,0%	62	25,9%
abgebrochen	20	23,5%	77	32,2%
in Anlernstätigkeit	1	1,2%	3	1,3%
in Berufsausbildung	2	2,4%	12	5,0%
abgeschl. Anlernstätigkeit	5	5,9%	4	1,7%
abgeschl. Berufsausbildung	21	24,7%	73	30,5%
keine Angabe	2	2,4%	8	3,3%

Anhand dieser Ergebnisse wird sehr deutlich, daß weibliche Drogenabhängige im Prozeß der Lösung aus der Drogenbindung vor allem Unterstützung bei der Suche eines Ausbildungsplatzes brauchen, während bei vielen männlichen Befragten zusätzlich im Bereich der schulischen Bildung Lücken bestehen, die zunächst behoben werden müssen.

Die Lebensphase, in der sich der Berufseinstieg bei „normalen“ Jugendlichen vollzieht (zwischen dem Alter von 15 und 21 Jahren) haben wir genauer betrachtet. Im Erstinterview wurden die Angaben zum beruflichen Werdegang folgenden fünf Gruppen zugeordnet:

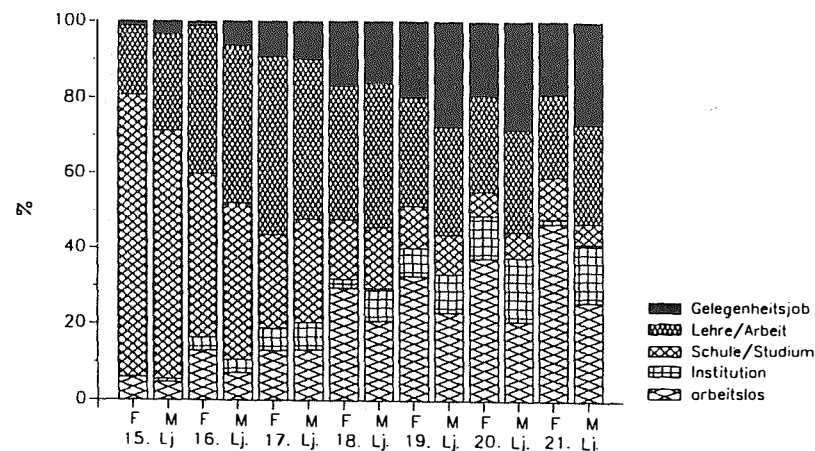
- (1) – ohne Beschäftigung, arbeitslos
- (2) – Aufenthalt in Institutionen
- (3) – Schulbesuch, Studium
- (4) – Lehre oder festes Arbeitsverhältnis
- (5) – Gelegenheitsjobs

Wenn die Befragten keiner bezahlten beruflichen Tätigkeit nachgingen und für Zeiten, in denen sie „auf Treibe“ oder auf der Flucht vor institutioneller Verwahrung waren, haben wir sie der ersten Gruppe zugeordnet. Die beschäftigungslosen Zeiten in therapeutischen Einrichtungen sowie in Psychiatrischen Kliniken und im Gefängnis fassen wir als „Aufenthalte in Institutionen“ zusammen. Auch wenn innerhalb der Einrichtung eine Berufsausbildung oder Arbeit möglich war, wurde diese Kategorie gewählt, da wir den sehr eingeschränkten Lebensrahmen der Institutionen als dominierend betrachten. Alle allgemeinbildenden Schulen sowie die Berufsfachschule, Fachoberschule und Universität sind in der Kategorie „Schule/Studium“ enthalten. Hierunter fällt auch der Besuch der Hermann-Hesse-Schule, einer Schule für ehemalige Drogenabhängige in Frankfurt. Kurzfristige Beschäftigungsverhältnisse sind als „Gelegenheitsjobs“ zusammengefaßt, längere in der Kategorie „Lehre/festes Arbeitsverhältnis“.

Abbildung 5.3 gibt hier einen Überblick. Wie bereits aus der Darstellung der Wohnsituation (siehe Abb. 5.2) hervorging, stieg der Anteil „institutioneller Wohnformen“ bei unseren Interviewpartnern mit dem Alter von 16 Jahren stark an, was vorwiegend durch Gefängniszeiten, aber auch durch Aufenthalte in Psychiatrischen Kliniken und stationären sozialtherapeutischen Einrichtungen bedingt wird.

Die Bilanz der beruflichen Entwicklung ist in beiden Gruppen negativ, Frauen haben jedoch noch seltener berufliche Erfahrungen sammeln können. Nur bei denjenigen, die in einem bestimmten Lebensalter zur Schule gehen oder studieren, zeigen sich keine Geschlechtsunterschiede. In den Kategorien „Arbeitslosigkeit“ und

Abb. 5.3: Tätigkeiten in der Zeit zwischen dem 15. und 21. Lebensjahr/ Geschlecht



„Lehre/feste Arbeitsstelle“ liegen hingegen bedeutsame Differenzen zwischen Männern und Frauen vor. Ihr Anteil in festen Arbeitsverhältnissen oder in Berufsausbildung erreicht mit 17 Jahren den höchsten Stand mit 42 % der weiblichen bzw. 47 % der männlichen Befragten. Danach sinkt er bis auf 22 % bei den 21jährigen Frauen und 26 % bei den Männern dieses Alters ab, was mit einem Anstieg der Kategorie „Gelegenheitsjobs“ – vorwiegend bei den Männern – und mit erhöhter Arbeitslosigkeit einhergeht. Die Arbeitslosenquote unter den Frauen übersteigt in jeder Altersstufe die der Männer. Bei den 21jährigen zeigt sich wiederum die deutlichste Geschlechtsdifferenz: Während ca. ein Viertel aller Männer dieser Altersstufe arbeitslos sind, liegt der Prozentsatz von Frauen ohne bezahlte Beschäftigung bei knapp der Hälfte der Befragten.

3.3 Die Partnerbeziehung

Nachdem die Erfahrungen in der Herkunftsfamilie und in Schule oder Beruf für viele Befragte sehr negativ waren, stellt die Partnerbeziehung zunächst einen der wenigen positiven Lebensbereiche dar. Mit 15 Jahren sammelten Mädchen und auch Jungen ihre ersten sexuellen Erfahrungen mit einem Freund oder einer Freundin. Die Mädchen gingen im gleichen Alter (15,2 Jahre) auch ihre erste „feste“ Beziehung zu durchschnittlich vier bis fünf Jahre älteren Partnern

(19,6 Jahre) ein. Jungen binden sich als Sechzehnjährige zum ersten Mal in einer „festen“ Beziehung mit im Durchschnitt etwa gleichaltrigen Mädchen.

Die von uns befragten Frauen befinden sich sehr viel häufiger in engen Beziehungen als die Männer, worauf bereits die dargestellten Unterschiede im Familienstand hinweisen. In dem Ein-Jahres-Zeitraum vor Beginn unserer Untersuchung hatten fast zwei Drittel der Frauen „feste“ Beziehungen, 11 % hatten „lockere“ Beziehungen und nur knapp ein Viertel der Gruppe lebte allein. Fast die Hälfte aller Männer (47 %) hingegen bezeichnete sich als alleinstehend und ohne Beziehung zu einer Partnerin, 16 % hatten „lockere“ und 36 % „feste“ Partnerbeziehungen in diesem Zeitabschnitt.

Frauen sind hierbei häufiger mit einem ebenfalls abhängigen Partner zusammen und legen mehr Wert darauf, ihre Beziehungen über Trennungszeiten hinweg aufrechtzuerhalten; z. B. wenn ihr Partner inhaftiert ist. Die Gewalt im Drogengeschäft mag hier ein wichtiger Grund sein, denn viele Frauen erhalten durch ihren Partner „handfesten“ Schutz vor gewaltsamen Übergriffen anderer, denen sie bei ihren Tätigkeiten als Vermittlerinnen von Drogen oder Diebesgut in der Szene verstärkt ausgesetzt sind. Frauen gehören seltener als Männer zum Kreis der Dealer der „mittleren“ Größenordnung, die ihre Geschäfte weit „ab vom Schuß“ machen.

Die Gruppe der drogenabhängigen Frauen ist sehr heterogen. Wir haben festgestellt, daß es eine Teilgruppe von Frauen gibt, die nie an den Treffpunkten des Drogenhandels anzutreffen ist, die sich zuhause aufhält und vom Partner mitversorgt wird. Eine weitere Teilgruppe von Frauen lebt sozusagen „inmitten“ der Drogenszene, weil sie ihren Drogengebrauch durch Prostitution finanziert. Durch Veränderungen in der Partnerbeziehung bedingt, können diese Konstellationen auch wechseln.

Wir konnten feststellen, daß Partnerbeziehungen in vielen Ausstiegsprozessen eine wichtige Rolle gespielt haben. Erfolg und auch Scheitern wurden oft auf die Beziehung attribuiert. Da in vielen Fällen das gesamte soziale Beziehungs-„netz“ drogenabhängiger nicht größer als die Dyade der Partnerbeziehung ist, hat diese auf den Ausstieg einen um so größeren Einfluß. Destabilisierungen von Beziehungen und auch Trennungen ereignen sich besonders häufig, wenn sich einer oder beide Partner einer Therapie unterziehen. Eine Beziehungskrise hat in diesem Moment oft die Qualität eines kritischen Lebensereignisses – die Bewältigungskapazität der Betroffenen ist durch die Anforderungen des Therapieprozesses bereits stark beansprucht und die zwischenmenschliche Krise im bisher allein „funktionierenden“ Be-

ziehungsbereich, der Partnerbeziehung, löst oft den Einsatz der evasiven Bewältigungsstrategie des Therapieabbruchs aus.

Vor allem bei Frauen ist das gesamte soziale Netzwerk oftmals nicht viel größer als die Mann-Frau-Dyade. Sie fühlen sich durch Beziehungskrisen stärker betroffen – zumindest verbalisieren sie diese Gefühle deutlicher als Männer.

3.4 Erste Drogenerfahrungen und Verlauf der Abhängigkeit bei Frauen und Männern

Ein wichtiger Teil der Erstbefragung war die Erhebung des früheren und aktuellen Drogengebrauchs unserer Gesprächspartner und im folgenden Abschnitt wird nun dargelegt, mit welchen Drogen Mädchen und Jungen Erfahrungen gemacht haben, welche sie „nur probiert“ haben und welche Drogen regelmäßig konsumiert wurden. Leitfrage hierbei ist, ob die in der Gesamtbevölkerung eindeutig nachweisbaren geschlechtsspezifischen Unterschiede ein Pendant in der „harten Drogenszene“ haben, beispielsweise im zusätzlichen Gebrauch von Medikamenten durch Frauen. Die Intensität des Drogengebrauchs wurde anhand der folgenden zehnstufigen Skala eingeschätzt:

Drogengebrauchsintensitäts-Skala

Projektgruppe Rauschmittelfragen, 1986:

- (1) kein über der gesellschaftlichen Norm* liegender Drogengebrauch bei Proband und näherem sozialen Umfeld (Familie, Freundeskreis, Partner)
- (2) Proband: ohne über der gesellschaftlichen Norm* liegender Drogengebrauch, aber näheres soziales Umfeld mit problematischem Gebrauch legaler Drogen
- (3) Proband: ohne über der gesellschaftlichen Norm* liegendem Drogengebrauch, aber näheres soziales Umfeld mit Gebrauch illegaler Drogen
- (4) Proband: bis zu gelegentlichem Gebrauch von Cannabis-Produkten, Schnüffelstoffen oder Halluzinogenen (gelegentl. bei Cannabis oder Schnüffelstoffen = bis zu viermal im Monat; gelegentl. bei Halluzinogenen = bis zu einmal im Monat)
- (5) Proband: Alkoholgebrauch und/oder Medikamentengebrauch über der Norm*
- (6) Proband: regelmäßiger Gebrauch von Cannabis-Produkten oder Halluzinogenen; gelegentl. Gebrauch von Kokain, anderen Stimulanzien, Speed (regelmäßig bei Cannabis oder Schnüffelstoffen = häufi-

ger als einmal in der Woche; regelmäßig bei Halluzinogenen = häufiger als einmal im Monat; gelegentl. bei Kokain etc. = bis zu viermal im Monat)

(7) Proband: gelegentl. Opiatgebrauch (gelegentl. = bis zu viermal im Monat)

(8) Proband: regelmäßiger Gebrauch von Kokain, Stimulantien, Speed (regelmäßig = häufiger als einmal in der Woche)

(9) Proband: alkohol- bzw. medikamentenabhängig

(10) Proband: regelmäßiger bis zu mehrmals täglicher Opiatgebrauch (regelmäßig = mehr als einmal in der Woche)

* „über der gesellschaftlichen Norm“ bedeutet: Gebrauch von illegalen Drogen oder/und mindestens problematischer Gebrauch von legalen Drogen

95 % der weiblichen und 89 % der männlichen Studienteilnehmer waren noch beim Erstinterview oder zu einem früheren Zeitpunkt hochgradig drogenabhängig (Skalenwerte 08 bis 10). Die Restgruppe von fünf Prozent der Frauen bzw. elf Prozent der männlichen Befragten sind regelmäßige Konsumenten „weicher“ Drogen (Cannabis, Halluzinogene, Speed) und/oder gelegentliche Gebraucher „harter“ Drogen wie Kokain, Heroin oder verschreibungspflichtiger Beruhigungs- oder Schlafmittel. Die Gruppe der *abhängigen* Konsumenten hat bereits eine durchschnittlich achtjährige Drogenkarriere hinter sich, wobei Frauen und Männer sich nicht unterscheiden.

Die folgende Tabelle zeigt den hohen Anteil der Befragten, die die jeweilige Droge aus eigener Erfahrung kennen:

Tab. 5.5: Bisher Droge bereits probiert?/Geschlecht

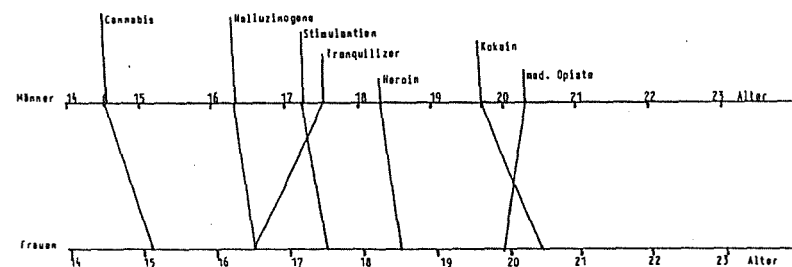
	Frauen		Männer	
	N	%	N	%
Cannabis	84	98,8	238	99,6
Halluzinogene	73	85,9	219	91,6
Heroin	79	92,9	217	90,8
Kokain	74	87,1	219	91,6
Barbiturate/Tranquilizer	71	83,5	214	89,5
Stimulantien	72	84,7	202	84,5
opiathaltige Medikamente	58	68,2	171	71,5

Wie die Daten zeigen, handelt es sich bei beiden Teilgruppen um sehr „erfahrene“ Drogenkonsumenten, wobei die Männer bei allen Drogen außer beim Heroin einen geringen (jedoch keinen signifikanten) Erfahrungsvorsprung haben. Auch das Alter, in dem weibliche und

männliche Befragte erstmalig mit verschiedenen Drogen in Kontakt kamen, ist (verglichen mit den Ergebnissen anderer Studien, z. B. Projektgruppe TUDrop 1984) überraschenderweise fast gleich. Lediglich bei Beruhigungsmitteln können wir einen signifikanten ($p \leq .05$) geschlechtsspezifischen Unterschied nachweisen: Mädchen probieren diese Medikamente früher aus als Jungen.

Daß die von uns befragten Frauen und Männer mit den meisten Drogen im gleichen Alter den ersten Kontakt hatten, entspricht jedoch Ergebnissen einer Untersuchung von Sutker u. a. (1981). Hier wurde beim Vergleich der Drogengebrauchsmuster zwischen 121 abhängigen Männern und 33 abhängigen Frauen festgestellt, daß die Anzahl benutzter Drogen sehr ähnlich war und daß das Alter beim ersten Gebrauch illegaler Drogen und beim ersten Opiatkonsum zwischen beiden Gruppen übereinstimmte. Die zeitliche Drogensequenz der von uns befragten Drogenkonsumenten ist in Abb. 5.4 wiedergegeben:

Abb. 5.4: Drogensequenz/Geschlecht



Nur ein Teil der „Probierer“ geht zum regelmäßigen Konsum der Drogen über. Nach Rosenbaum (1981, 16) endet sogar die „typische“ Heroinkarriere (im Sinne von durchschnittlich bzw. häufig) bereits nach dem Probieren dieses Opiats. Von regelmäßigem Konsum gingen wir dann aus, wenn die Droge über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten in hoher Intensität (Drogengebrauchsintensität: 05 bis 10) konsumiert wurde.

Der Anteil regelmäßiger Konsumenten erweist sich jedoch bei einigen Drogen als geschlechtsspezifisch sehr verschieden: Regelmäßige Cannabis- und Heroinkonsumenten lassen sich in beiden Gruppen in übereinstimmend großer Zahl finden, demgegenüber ist der Anteil männlicher Dauerkonsumenten von LSD und anderen Halluzinogenen mit 65 % der Gesamtgruppe um 20 % höher als der der Frauen. Auch beim Kokain, wo annähernd zwei Drittel aller Männer regelmä-

ligen Konsum aufweisen, gibt es große Unterschiede zu den Frauen, von denen nur knapp die Hälfte über das Probierstadium hinausging. Vor allem opiathaltige Medikamente aber auch Stimulantien, Tranquilizer und Barbiturate werden jedoch von mehr Frauen als Männern regelmäßig genommen. Tabelle 5.6 schlüsselt die regelmäßigen Konsumenten nach ihrem Anteil an der Gesamtgruppe sowie an den „Probierern“ getrennt auf:

Tab. 5.6: Regelmäßige Konsumenten/Geschlecht

	Frauen			Männer		
	N	% der Probierer	% der Gesamtgruppe	N	% der Probierer	% der Gesamtgruppe
Cannabis	72	85,7	84,7	226	95,0	94,6
Halluzinogene	38	52,1	44,7	155	70,8	64,9
Heroin	75	94,9	88,2	202	93,0	84,5
Kokain	41	55,4	48,2	147	67,1	61,5
Barbiturate/ Tranquilizer	53	74,6	62,4	145	67,8	60,7
Stimulantien	54	75,0	63,5	124	61,4	51,9
opiathaltige Medikamente	40	69,0	47,1	95	55,5	39,7

Frauen werden wahrscheinlicher zu regelmäßigen Konsumentinnen von Medikamenten; Männer neigen eher dazu, eine intensive LSD-Phase zu durchlaufen und Dauerkonsumenten von Kokain zu werden. Zur Zeit des Erstinterviews sind 85% aller Studienteilnehmer Heroinabhängige, wobei in allen Fällen ein mehr oder weniger intensiver Beikonsum anderer Mittel vorlag.

Wir haben die Konsumintensität einer (mindestens sechsmonatigen) Höchstgebrauchsphase erfragt und auf einer fünfstufigen Skala zwischen gelegentlichem (1) und exzessivem (5) Gebrauch eingeschätzt (vgl. Tab. 5.7).

Diese Daten zeigen, daß sich Frauen in der Intensität ihres Medikamentenkonsums deutlich von Männern unterscheiden. Der exzessivere Medikamentenkonsum der weiblichen Gesamtbevölkerung bestätigt sich somit auch in der Gruppe der von sogenannten „harten“ Drogen abhängigen Frauen (siehe hierzu ausführlicher Vogt 1985). Zusammenfassend läßt sich die Drogenkarriere der weiblichen Befragten folgendermaßen beschreiben: Als erste illegale Droge wird im Alter von 15 Jahren von fast allen Mädchen Cannabis probiert. 85%

Tab. 5.7: Median und Modalwert der Konsumintensität/Geschlecht

	Frauen		Männer	
	Md	Mo	Md	Mo
Cannabis	4	5	5	5
Halluzinogene	1	1	2	1
Heroin	5	5	5	5
Kokain	1	1	2	1
Barbiturate/Tranquilizer	4	5	3	1
Stimulantien	3	5	2	1
opiathaltige Medikamente	3	4	2	1

der „Probiererinnen“ unter unseren Befragten gehen danach zum regelmäßigen Haschischkonsum über. Im Durchschnitt eineinhalb Jahre später lernen acht von zehn Mädchen LSD und beruhigende Medikamente kennen, wobei fast die Hälfte der Mädchen es beim einmaligen Probieren eines LSD-Trips belassen hat. Ganz anders sieht es jedoch bei den Beruhigungsmitteln aus. Drei Viertel derjenigen Mädchen, die erste Erfahrungen damit machten, gehen im Schnitt ein Jahr später zum regelmäßigen und exzessiven Gebrauch über. 85% aller befragten Frauen haben eigene Erfahrungen mit Stimulantien, die sie mit durchschnittlich siebzehneinhalb Jahren kennenlernen und drei Viertel der „Probiererinnen“ nehmen diese Mittel später regelmäßig. Wiederum ein Jahr später, mit achtzehneinhalb, kommen die Frauen im Durchschnitt zum ersten Mal mit Heroin in Kontakt, wobei fast alle Erstkonsumentinnen (94,9%) nach kurzer Zeit (im Mittel einem halben Jahr) regelmäßigen Konsum aufweisen. Opiathaltige Medikamente und Kokain bilden den Abschluß der zeitlichen Drogensequenz und werden schließlich für die Hälfte der Frauengruppe ebenfalls zu „regelmäßig“ gebrauchten Drogen.

Die Entwicklung des Drogengebrauchs bei den befragten Männern unterscheidet sich vor allem in bezug auf den Medikamentenkonsum, jedoch gibt es – mit Ausnahme der beruhigenden Medikamente, die die Mädchen signifikant früher konsumierten – keine Altersunterschiede beim Erstkonsum der erfragten Drogen. Es zeigt sich, daß Männer stärker zum regelmäßigen Gebrauch von Cannabis, Halluzinogenen und Kokain tendieren, während Frauen, die Beruhigungsmittel, Stimulantien und opiathaltige Medikamente ausprobieren, mehr gefährdet sind, zu Dauerkonsumentinnen dieser legalen Drogen zu werden. Dies steht im Zusammenhang mit ärztlicher Verschrei-

bungspraxis, wie wir feststellen konnten, denn opiathaltige Medikamente erhielten immerhin 24 Frauen (41,4%) auch auf Rezept, während dies nur bei 25,7% der männlichen Konsumenten (N=43) der Fall war.

Justizkontakte und Haft

Bundesweit haben Frauen einen Anteil an der Gesamtkriminalität von unter zwanzig Prozent (Gipser 1983; Die Leiterin der JVA III, Ffm 1988). Welche geschlechtsspezifischen Unterschiede in Art, Häufigkeit und Folgen der Justizkontakte der befragten Drogenabhängigen vorliegen, ist das Thema des folgenden Abschnitts.

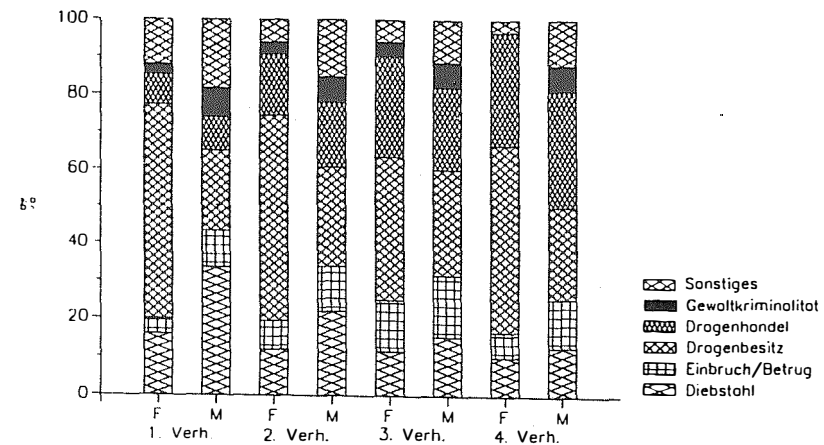
Die durch die Illegalität des Suchtmittels bedingten Kriminalisierungseffekte überlagern zum Teil die in der Gesamtbevölkerung sehr deutlichen geschlechtsspezifischen Differenzen, jedoch liegt der Anteil weiblicher Drogenabhängiger, die schon mindestens ein Mal vor Gericht standen mit 88,2% (N=75) noch hochsignifikant unter dem der Männer, von denen nur vier(!) bisher ohne Justizkontakt waren.

Die Frauen hatten bei ihrer ersten Strafverhandlung bereits die Volljährigkeit erreicht (sie sind im Mittel 18,2 Jahre alt), während die Männer als Jugendliche (im Durchschnitt mit 16,4 Jahren) für ihre erste Straftat angeklagt wurden. Dieser hochsignifikante Altersunterschied bedeutet weiterhin, daß ein Großteil der Frauen erst im Zusammenhang mit ihrer Abhängigkeit, d. h. durch Betäubungsmitteldelikte, in die Mühlen der Justiz geraten, was sich in der Art der Straftaten widerspiegelt (vgl. Abb. 5.5).

In mehr als fünfzig Prozent aller ersten und zweiten Strafverhandlungen der weiblichen Befragten lautete die Anklageschrift denn auch auf „Drogenbesitz“. Männer wiederum sind in weit höherem Maße als Frauen von Anklagen aufgrund von Eigentumsdelikten (wie Diebstahl, Einbruch und Betrug) betroffen; Gewaltkriminalität ist zwar selten, bei den Männern jedoch doppelt so häufig wie bei den Frauen. Über die ersten vier Strafverhandlungen hinweg zeigt sich ein Anstieg des Delikts „Drogenhandel“, der beiden Geschlechtsgruppen gemeinsam ist: mehr und mehr sind sie im Verlauf ihrer Abhängigkeit darauf angewiesen, in den Verkauf und die Vermittlung von Drogen einzusteigen.

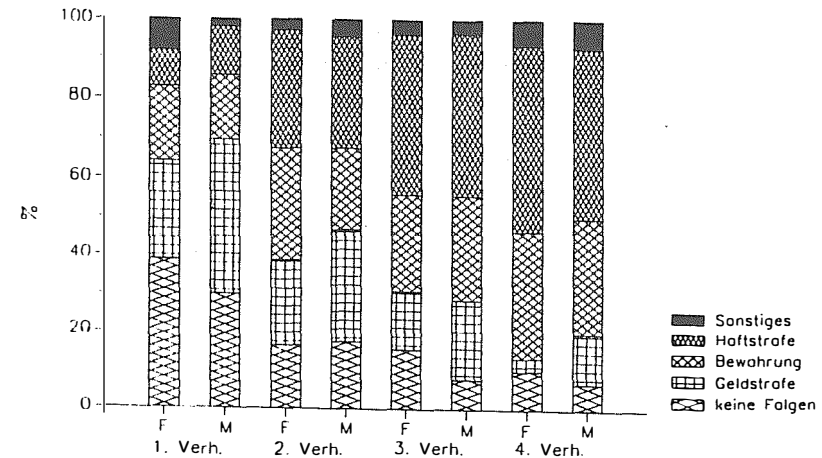
Insgesamt haben die Männer bisher durchschnittlich fünfmal, die Frauen dreimal vor dem Richter gestanden – ein Unterschied, der ebenfalls hochsignifikant ist. Betrachtet man die Folgen der Strafverhandlungen (vgl. Abb. 5.6), so zeigt sich, daß ein Großteil der justiziellen „Erstkontakte“ ohne Strafverhängung bleibt. Bei den Frauen ist dieser Verfahrensausgang häufiger, die Männer werden meistens

Abb. 5.5: Delikte in den ersten vier Strafverhandlungen/Geschlecht



zu Geldstrafen verurteilt. Erst beim zweiten und weiteren Verfahren werden Haftstrafen häufiger verhängt; schließlich übertrifft in der vierten Verhandlung der prozentuale Anteil der Frauen, die durch richterlichen Urteilsspruch hinter Gitter kommen den der Männer:

Abb. 5.6: Folgen der ersten vier Strafverhandlungen/Geschlecht



Bisher wurden 40 Frauen und 171 Männer zu Haftstrafen verurteilt, deren Gesamtlänge sich ebenfalls signifikant ($p \leq .01$) unterscheidet: während die Frauen im Mittel 18,6 Monate verbüßten, haben die 171 inhaftierten Männer durchschnittlich 28,8 Monate im Gefängnis hin-

ter sich. Hier liegt eine sehr große Streubreite vor, wobei mehr Männer bisher sehr lange Haftstrafen „abgesessen“ haben. 73 % der Inhaftierten Frauen und 59 % der inhaftierten Männer haben beim Erstgespräch eine Gesamthaftzeit von unter zwei Jahren; eine Gruppe von 6 Frauen (15 %) und 50 Männern (29 %) ist zu diesem Zeitpunkt schon mehr als drei Jahre lang in Haft gewesen. So befinden sich auch männliche Drogenabhängige im Vergleich zu weiblichen überproportional häufig im Justizvollzug.

Die Ursache der signifikant unterschiedlichen Haftdauer der Geschlechtsgruppen ist jedoch keineswegs darin zu suchen, daß Frauen etwa „mildere“ Richter fänden als Männer, sondern sie liegt einerseits in ihrer geringeren Gesamtzahl an Gerichtsverfahren (denn erst eine Häufung von Vorstrafen bewirkt die Verhängung von Haftstrafen ohne Bewährung) und andererseits in der Art der Delikte, die den Verfahren zugrundeliegen.

Beratungs- und Therapieerfahrungen

Nur ein geringer Teil der Frauen (8,2 %) und Männer (7,1 %) hatten beim Beginn unserer Studie noch nie Kontakt zu Jugend- und Drogenberatungsstellen gehabt. Das Angebot und die Arbeitsweise der Beratungsstellen sind somit einem überwiegenden Teil der Befragten aus eigener Erfahrung bekannt; in Dauer und subjektiver Bewertung der Kontakte sowie in der durchschnittlichen Anzahl aufgesuchter Einrichtungen bestehen keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede. Allerdings unterscheiden sich die Gruppen hinsichtlich ihrer Gründe, in die Beratungsstelle zu gehen. Beide nutzen zwar zunächst die Möglichkeit zum eher „allgemeinen“ Beratungsgespräch, das auch Rechtshilfe und Schuldnerberatung mit umfassen kann, aber keine explizit psychotherapeutische Zielsetzung hat; bei einer größeren Gruppe der männlichen Befragten (48 % gegenüber 32 % der Frauen) mündet dies jedoch später in die Vermittlung einer stationären Entwöhnungsbehandlung, wohingegen Frauen in der Nutzung der ambulanten Psychotherapieangebote der Beratungsstellen mit 22 % gegenüber 9 % der Männer signifikant ($p \leq .05$) überwiegen.

Den Grund für die häufigere Vermittlung männlicher Klienten in stationäre Therapie sehen wir darin, daß sie durch ihre höhere Kriminalitätsbelastung stärkerem Druck durch die Justizbehörden ausgesetzt sind, was meist bedeutet, daß sie bereits eine Therapieauflage haben oder die Möglichkeit „Therapie statt Strafe“ des BtMG nutzen. Das ambulante Setting hingegen ermöglicht es, während der Dauer der Therapie im früheren sozialen Umfeld zu verbleiben und es wird von Müttern auch deshalb stärker genutzt, weil

die Möglichkeit, weiterhin selbst für ihre Kinder zu sorgen, bestehen bleibt. Dies ist nur dann problematisch, wenn kein drogenfreies soziales Umfeld mehr existiert.

Immer noch gibt es viele Fälle, in denen die Fürsorgepflicht für ein Kind die Entscheidung einer Mutter (selten jedoch die eines Vaters), eine langfristige stationäre Entwöhnungstherapie zu beginnen, erschwert oder verhindert. Therapieangebote für Eltern und Kind sind noch immer zu selten, eignen sich manchmal nur für Eltern mit Vorschulkindern und können oft nicht die nötige Flexibilität in Bezug auf schnelle, unbürokratische Aufnahme von Familien in Krisen bieten, was vor allem ein Problem der Kostenträgerschaft ist. Auch im Bereich ambulanter Betreuung, der sich für Eltern anbietet, die noch stärker sozial integriert leben, kann kaum von einer ausreichenden Versorgung mit familientherapeutischen Angeboten, Erziehungsberatung und z. B. Spieltherapie einerseits und, um nur einige Beispiele zu nennen, organisatorischer sowie finanzieller Unterstützung bei der Suche nach Krabbelstuben- oder Kindergartenplätzen und Hausaufgabenhilfe andererseits gesprochen werden.

Drogenabhängige, die ein Kind bekommen, sind oft in der Lage, ihren Drogenkonsum stark zu verringern oder ganz zu beenden. Meist ist mit der Elternschaft ein starker Ausstiegswunsch verknüpft, der therapeutisch nutzbar wäre. Durch die oben beschriebenen „Engpässe“, die bei Eltern/Kind-Angeboten aktuell bestehen, bleiben viele jedoch völlig unbetreut. Der Versuch, die Elternrolle befriedigend auszufüllen, scheidet dann auch oft bereits mit dem ersten Rückfall, der durch gezielte Hilfestellung vielleicht begrenzt gewesen wäre. Die Zweifel, die auch drogenfrei lebende abhängige Eltern an sich als Erziehungsperson haben, werden als starke innere Belastung erlebt und hierin liegt eine hohe Rückfallgefahr.

Die Verantwortung für Kinder zu tragen, ist besonders dann schwierig, wenn das soziale Umfeld geringe oder gar keine Unterstützung gewährt. Diese Problematik liegt nach Ergebnissen einer Studie von Eldred & Washington (1985) insbesondere bei drogenabhängigen Frauen vor. Daß Heroinabhängige beim Umfeld und bei den entscheidenden Behörden, z. B. dem Jugendamt, als „schlechte Mütter“ gelten, führt nach Marsh & Miller (1985) dazu, daß sie selbst dann nur ungern Hilfe in Anspruch nehmen, wenn sie sich ernste Sorgen um die Gesundheit ihrer Kinder machen. Prather & Fidell (1978) heben hervor, daß von ihnen befragte heroინabhängige Mütter auch nach erfolgreichem Abschluß einer Drogentherapie viele Probleme hatten, das davor entzogene Aufenthaltsbestimmungsrecht oder Sorgerecht für ihr Kind zurück zu bekommen. Dies brachte neben den

juristischen auch gravierende zwischenmenschliche Probleme für Mutter und Kind mit sich.

Eine stationäre Behandlung in einem sozialtherapeutisch orientierten Langzeitprogramm hatten bis zum Zeitpunkt des Erstgesprächs neben 195 Männern (81 %) auch 61 Frauen (72 %) begonnen. Dieser erste von durchschnittlich zwei Therapieversuchen beider Gruppen fand bei den Frauen viereinhalb, bei den Männern fünf Jahre nach dem Erstkonsum ihrer späteren Hauptdroge – in den meisten Fällen Heroin – statt. Der Anteil der Frauen, die sich ohne unmittelbaren justiziellen Druck zur Entwöhnungsbehandlung entschlossen, liegt über 50 %, während dies bei den Männern in nur 40 % der Fall ist. Frauen haben demnach eher die Möglichkeit, den Zeitpunkt für den Behandlungsbeginn selbst zu bestimmen.

Die Abbruchquoten beim ersten Therapieversuch liegen in beiden Gruppen über 50 %. Nach acht Wochen hatten bereits 46 % der Frauen und 43 % der Männer die Behandlung abgebrochen, bis zum Ende des vierten Therapiemonats verließen weitere 15 % der männlichen und 14 % der weiblichen Befragten die Einrichtung. Die genannten Gründe für die Abbrüche weisen geschlechtsspezifische Häufigkeiten auf: Frauen geben sehr viel häufiger als Männer zwischenmenschliche Konflikte als Ursache an. Insgesamt beendeten mehr als ein Drittel aller Frauen (38 %) im Streit mit anderen Klienten oder Therapeuten ihren ersten Therapieversuch, während nur 21 % der Männer hierin den Abbruchgrund sahen.

4. AIDS, DROGEN UND PROSTITUTION

4.1 HIV-Infektionen unter Drogenabhängigen

Als wir im Juli 1985 in Frankfurt das „Amsel“-Projekt starteten, begann sich das Problem der HIV-Infektionen unter Drogenabhängigen gerade erst abzuzeichnen. Der Antikörper-Test war im Jahr davor auf den Markt gekommen und in der Drogenarbeit wurde sehr intensiv über das Für und Wider des Tests diskutiert. Offizielle Zahlen über das Ausmaß der Verbreitung des Virus unter Drogenabhängigen gab es nicht; beim Bundesgesundheitsamt (BGA) wurden seit Beginn des Jahres 1982 lediglich Aids-Vollbilderkrankungen registriert, und dies betraf zum damaligen Zeitpunkt noch vor allem die Gruppe der homosexuellen Männer.

Seit Oktober 1987 sind die Testlabors dazu verpflichtet, positive Antikörpertests anonym an das BGA zu melden und bis März 1988

wurden hier Informationen über 18 000 positive Tests gesammelt. Die Zahl der tatsächlichen Antikörperträger liegt sicher höher. Zum Zeitpunkt der Abfassung dieser Arbeit (Mai 1989) sind 3 324 Aids-Vollbilderkrankungen in der gesamten Bundesrepublik bekannt; der Anteil homosexueller Männer liegt bei 72 % und der der Drogenabhängigen bei 11 %. 7 % aller bisher an Aids erkrankten Personen sind Frauen. Ihre Zahl steigt dramatisch: Mitte 1987 gab es sechshundert, ein Jahr später (Juni 1988) bereits 150 weibliche Erkrankte und im Mai 1989 waren 234 Fälle aidskranker oder an Aids verstorbener Frauen bekannt. Mehr als die Hälfte von ihnen (125 Frauen) werden der Gruppe der i. v. Drogenabhängigen zugeordnet (Daten des BGA). Über die Infektionshäufigkeit in der Gesamtgruppe der i. v. Drogenabhängigen gibt es keine zuverlässigen Schätzungen, da die exakte Größe dieser Gruppe unbekannt ist. Während die Polizeibehörden von 50 000 bis 60 000 abhängigen Konsumenten illegaler Drogen ausgehen, von denen ca. 90 % i. v. opiatabhängig sind (Deutscher Bundestag 1988, 184; Wille 1987 a, 850) findet man in inoffiziellen Schätzungen weit höhere Zahlen (z. B. in Böllinger 1987, 19; Schmerl 1984, 1). Eine Untersuchung der Teilgruppe von Konsumenten illegaler Drogen, die sich im Jahr 1987 in stationäre Langzeittherapie begaben (Kindermann 1989 d), erbrachte HIV-Infektionsraten von 15 bis 20 %.

Einer weiteren Verbreitung der Infektion unter den Drogenabhängigen wird durch verschiedene Modellprogramme der Bundesregierung entgegenzuwirken versucht. Hierzu gehört der Ausbau der Betreuungs- und Beratungsangebote an Drogenberatungsstellen, die Intensivierung der aufsuchenden Arbeit (streetwork unter Drogenabhängigen und Prostituierten), die Verbesserung der ambulanten Hilfen für Aids-Erkrankte und seit Dezember '88 auch das Modellprogramm „Frauen und Aids“, das sich u. a. auch speziell an die Gruppe der drogenabhängigen Frauen wendet.

Das Bundesgesundheitsministerium legte den Schwerpunkt seiner Aids-Präventionskampagnen auf die *Aufklärung* der Bevölkerung über Risiken und Übertragungswege und verfolgt das Ziel, Methoden der Verhaltensbeeinflussung zu finden, die zu einer möglichst autonomen Verhaltenssteuerung führen. Prämisse bisheriger Kampagnen ist, daß Aufklärung nur in einem Klima von Kooperation, Solidarität und Toleranz wirken kann, da sonst gerade die gefährdeten Gruppen der Beratung und Betreuung fernbleiben (Deutscher Bundestag 1988, 45 ff.). Aufklärung und Beratung haben Vorrang vor seuchenrechtlichen Eingriffsmaßnahmen.

Als Hauptinfektionsquelle unter Drogenabhängigen wurde in bisherigen Untersuchungen das gemeinsame Benutzen von Injektionsbe-

steck, das sog. „Needle-Sharing“ identifiziert; Intimkontakte spielen bei der Weitergabe des Virus unter Drogenabhängigen eine nachgeordnete Rolle (Wille 1987b, 87; Plaut/Ramloch-Sohl 1987, 282). Als Folgerung hieraus wurde die Vergabe steriler Spritzen als präventive Maßnahme in der Drogenarbeit von den für das Gesundheitswesen zuständigen Ministern und Senatoren der Länder sowie dem Bundesgesundheitsministerium auf einer Sonderkonferenz am 27. 3. 1987 eindeutig akzeptiert (Wille 1987b, 93). Seit dieser Zeit werden Spritzen in Apotheken rezeptfrei abgegeben, durch die Aids-Hilfen und Drogenberater kostenlos verteilt oder sind aus in der Nähe der „Szene“ aufgestellten Automaten problemloser als früher erhältlich. Dies gilt jedoch vor allem für den städtischen Raum. In ländlichen Gebieten dürften auch heute noch Schwierigkeiten für Fixer bestehen, sich mit sterilem Besteck zu versorgen.

Über die Wirksamkeit medikamentengestützter Programme in der Rehabilitation Drogenabhängiger wird angesichts der raschen Verbreitung der HIV-Infektion in dieser Gruppe ebenfalls neu nachgedacht. Im Bundesland Nordrhein-Westfalen läuft seit einigen Monaten ein Modellprogramm, in dem 75 Drogenabhängige mit I-Polamidon (Handelsname des nach deutschem Betäubungsmittelrecht verschreibungsfähigen Levo-Methadon) substituiert werden. Es gelten strenge Aufnahmekriterien. Ein Wandel in der Drogenarbeit in Richtung auf Einführung eigener medikamentengestützter Programme deutet sich in weiteren Bundesländern an.

Der Raum Frankfurt als geographischer Ausgangspunkt der Untersuchung

Die Stadt Frankfurt am Main hat bereits seit Anfang der 70er Jahre eine große „Drogenszene“. Ihre Rolle als einer der Hauptumschlagplätze von Drogen in der Bundesrepublik erlangte die Stadt u. a. auch durch ihren internationalen Flughafen.

Der Großraum Frankfurt stellt ein Aids-Ballungsgebiet dar. Zwischen 1985 und Mitte 1988 wurden hier 2000 HIV-Infektionen bekannt; monatlich steigt diese Zahl um 30 bis 50 Personen an (vgl. Doerr u.a. 1988). Im Vergleich zum Bundesgebiet werden überdurchschnittlich viele HIV-Infektionen bei Frauen festgestellt. 20,6% der 1580 HIV-positiven Personen, die bis zum 30. 4. 1988 im Hygiene-Institut Frankfurt erfaßt wurden, sind Frauen. Der offizielle Anteil der Fixerinnen liegt hier bei ca. 50%, wird jedoch aufgrund klinischer Erfahrungen auf bis zu 75% geschätzt. Während unter nicht-drogenabhängigen Prostituierten kaum HIV-Infektionen vorliegen und davon ausgegangen wird, „... daß nahezu alle HIV-infi-

zierten Prostituierten drogenabhängig waren oder es noch sind“, folgern die Autoren aufgrund unveröffentlichter Daten des Frankfurter Gesundheitsamtes: „Es erscheint realistisch, anzunehmen, daß jede zweite HIV-infizierte drogenabhängige Frau ständig oder gelegentlich der Beschaffungsprostitution nachgeht.“ (ebd., 620f.).

Die Presse griff dies auf und präsentierte Drogenabhängige – und hier insbesondere drogenabhängige Frauen – als potentiell „aidsverseuchte“ Beschaffungsprostituierte, wodurch sie zu den neuen Sündenböcken für die Ängste der Allgemeinbevölkerung wurden. In Frankfurt wurden im Herbst 1987 sogar Pläne bekannt, wonach „uneinsichtige“ HIV-Infizierte zum Schutz der Bevölkerung in geschlossene Abteilungen „abgesondert“ werden sollten (Frankfurter Rundschau vom 28. 11. 1987, 13). Sie wurden aber nicht in die Praxis umgesetzt.

Einen anderen, jedoch ebenfalls „seuchenrechtlichen Ansatz“ hat das medikamentengestützte Programm für Drogenabhängige, mit dem im Januar 1989 vom Frankfurter Stadtgesundheitsamt begonnen wurde. Es wendet sich ausschließlich an HIV-infizierte Prostituierte, die eine längere Drogenkarriere hinter sich haben. Durch dieses Programm soll verhindert werden, daß das Virus im Rahmen der Beschaffungsprostitution weitergegeben wird. Aids-erkrankte Prostituierte werden in ein Methadon-Maintenance-Programm aufgenommen. Den symptomfreien HIV-infizierten Teilnehmern soll durch zeitweilige Substitution der vollständige Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit erleichtert werden. Umfassende soziale und therapeutische Betreuung sowie Hilfe bei der Suche nach Wohnung und Arbeit sollen geleistet werden. Inhaltlich orientiert sich dieses Hilfeangebot an den Umstiegsprogrammen, die von Selbsthilfegruppen Prostituirter in verschiedenen deutschen Städten initiiert und koordiniert werden (z. B. durch HYDRA in Berlin und die HWG in Frankfurt).

Aids ist zweifellos ein Problem, das die Gruppe der i. v. Drogenabhängigen in hohem Maße betrifft und die Gefahr einer HIV-Infektion ist für Prostituierte, die die Regeln des „safer sex“ nicht beachten (können) sehr groß. Dies darf jedoch nicht dazu führen, daß Drogenabhängige noch stärker ausgegrenzt werden.

Da die Verminderung der Prostitution unter Drogenabhängigen zu den Zielen der Aidsprävention im Feld der Drogenarbeit gehört, ist es notwendig, mehr über Ursachen und Bedingungen von Beschaffungsprostitution zu erfahren. Wir sind der Überzeugung, daß nur die bessere Kenntnis der Lebenswelt drogenabhängiger Prostituirter Hinweise auf mögliche Ausstiegswege aus Drogenabhängigkeit und Prostitution erbringen kann.

4.2 Beschaffungsprostitution

Prostitution ist in der Bundesrepublik nicht verboten, sie wird jedoch streng reglementiert und kontrolliert. Die Pflicht zur regelmäßigen gesundheitlichen Untersuchung von Prostituierten als Voraussetzung zur Ausübung dieser Tätigkeit leitet sich aus dem Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten ab, wobei hierin Prostituierte nicht als Berufsgruppe benannt, sondern zum Kreis der „Personen, die verdächtig sind, Geschlechtskrankheiten zu verbreiten“ gerechnet werden. Von Prostituiertenorganisationen wird als Mangel betrachtet, daß es keine Durchführungsbestimmungen zu diesem Gesetz gibt und daher seine konkrete Ausführung bei den Kommunen liegt, die es, je nach politischer Landschaft, unterschiedlich auslegen. Gemeinden mit weniger als 50000 Einwohnern müssen Prostitution nicht tolerieren; hier kann das gesamte Stadtgebiet zum Sperrgebiet erklärt werden.

Die Prostituierten müssen ihre Einnahmen versteuern, erhalten jedoch keine Anerkennung ihrer Tätigkeit als Beruf: sie können nicht direkt als Prostituierte Kranken- und Rentenversicherungsbeiträge entrichten. Für die Altersversorgung und im Krankheitsfall entstehen hieraus enorme Probleme, um deren Lösung sich seit einigen Jahren Selbsthilfegruppen von Prostituierten in verschiedenen Städten bemühen. Ihnen geht es in erster Linie um die rechtliche Gleichstellung der Prostitution mit anderen Dienstleistungen.

Um in Frankfurt als Prostituierte/r arbeiten zu können, läßt man/frau sich beim Gesundheitsamt medizinisch untersuchen und erhält eine Bescheinigung über diese Gesundheitsuntersuchung. Im Abstand von zwei Wochen muß dies wiederholt werden und alle 12 Wochen wird hierbei auch ein HIV-Test durchgeführt. Prostituierte dürfen nur in den dafür ausgewiesenen Gebieten der Stadt (den sogenannten Toleranzonen) ihrer Tätigkeit nachgehen. Das Gesundheitsamt meldet Prostituierte nicht an Behörden weiter; erst über andere Kontrollen durch das Ordnungsamt oder die Polizei in Bars, Bordellen oder auf dem Straßenstrich gerät man/frau in deren „Prostituiertenkartei“, was z. B. auch dazu führen kann, daß sich das Finanzamt zwecks Versteuerung der Einnahmen meldet. Möchte man/frau mit der Prostituiertentätigkeit aufhören, muß er/sie dies durch einen Nachweis über eine alternative Tätigkeit belegen.

Schon allein dadurch, daß ihr Aussehen und ihre Gesundheit ihr „Kapital“ darstellen, haben Prostituierte keinerlei Interesse an einer gesundheitlichen Gefährdung, wie sie z. B. der Geschlechtsverkehr ohne Kondom darstellt. Das Gesundheitsrisiko wird gegen den An-

reiz, den die damit verbundenen höheren Einnahmen darstellen, abgewogen. Hier spielen die beruflichen Normen und Werte der Frauen, ihre aktuelle finanzielle Lage und ihr Gesundheitsbewußtsein eine Rolle. Die allgemeine Haltung gegenüber der Tätigkeit „Prostitution“ kann sich hier auf das Gesundheitsbewußtsein auswirken. Bilitewski (1987) unterscheidet innerhalb der Gesamtgruppe der Prostituierten zwischen folgenden Gruppen mit unterschiedlicher Einstellung zur Prostitution:

1. Den *Berufsprostituerten*, die meist registriert sind und sehr gesundheitsbewußt arbeiten. Sie sind eine der am besten über die mit HIV verbundenen Gefahren aufgeklärte Gruppe.
2. Den *kurzzeitig* als Prostituierte arbeitenden Frauen, die sich nicht als Prostituierte sehen und oft nur dann arbeiten, wenn das Geld knapp ist. Oft gehen diese Frauen zuhause der Prostitution nach und sind nicht offiziell registriert.
3. Den i. v. drogenabhängigen Frauen, die der sogenannten *Beschaffungsprostitution* nachgehen. Sie grenzen sich selbst von den „normalen“ Prostituierten ab, weil sie nicht verstehen können, daß die „so etwas“ machen, obwohl sie gar nicht abhängig sind. Sie identifizieren sich ebenfalls nicht mit Prostitution als berufliche Tätigkeit, sind selten von den Gesundheitsbehörden registriert und können sich, bedingt durch ihre Drogenabhängigkeit, nur wenig um ihre Gesundheit kümmern.

Nach bisherigen Erkenntnissen liegen bei heterosexuellen „Berufsprostituerten“ sehr selten HIV-Infektionen vor, während infizierte Prostituierte meist der Gruppe der i. v. Drogenabhängigen angehören. Neben dem Risiko, das von der Spritze ausgeht, sind diese Prostituierten oft auch mit Freiern konfrontiert, die sie zu Geschlechtsverkehr ohne Kondom und weiteren riskanten Sex-Praktiken nötigen. Bedingt durch ihre Abhängigkeit lassen sie sich leichter von ihren Kunden zu Zugeständnissen im Preis und in der Art der Sex-Arbeit bewegen (Plaut/Ramloch-Sohl 1987, 282). Auch die konkrete Wirkung der Drogen trägt ihren Teil dazu bei, daß drogenabhängige Prostituierte in der Interaktion mit dem Kunden sehr viel weniger Kontrolle und Selbstbestimmung behalten können als die Berufsprostituerten.

Auch die Gruppe der „Freier“ drogenabhängiger Frauen und Mädchen unterscheidet sich nach den Ergebnissen einer Studie von Gersch u. a. 1988 in charakteristischer Art und Weise von den Kunden der Berufsprostituerten.

Prostituierte wurden seit dem Beginn der Aids-Epidemie in verschiedenen Medienkampagnen immer wieder als potentielle Virusträger

hingestellt, was nach heutigem Erkenntnisstand in der BRD jeder Grundlage entbehrt (vgl. Fröschl/Braun-Falco 1987, 189). Im Gefolge dieser Presseaktionen kam es zum Wegbleiben eines Großteils der Kunden, wodurch unter den Prostituierten zeitweise ein enormer Konkurrenzdruck entstand. Dadurch, daß jedoch eher diejenigen Freier ausblieben, die vorher Geschlechtsverkehr *mit Kondom* gewünscht hatten, konnten sich die „Kondommuffel“ umso besser mit ihren Wünschen bei den Prostituierten durchsetzen.

Drogenabhängige Prostituierte und Nicht-Prostituierte

Im Zentrum der folgenden Ausführungen stehen unsere Ergebnisse zur Problematik von Prostitution und HIV-Infektion drogenabhängiger Frauen. Bereits jetzt, zwei Jahre vor Abschluß der auf fünf Jahre konzipierten Längsschnittuntersuchung, läßt sich anhand der Interviewergebnisse eine Analyse der Problemfelder Prostitution und Aids-Gefährdung vornehmen. Hierbei werden Entwicklungsprozesse transparent und Vorschläge möglich, wie den von Aids ausgehenden Gefahren für Drogenkonsumenten entgegengewirkt werden kann.

Aus den ersten Untersuchungsjahren liegen uns neben sozio-demographischen und biographischen Daten Angaben über die Lebens- und Arbeitsbedingungen drogenabhängiger Prostituerter sowie Erkenntnisse über ihre Einstellung zu dieser Tätigkeit vor. Die Lebensentwicklung der Befragten haben wir bisher über drei Jahre mitverfolgen können.

Die im folgenden Text dargestellten Daten beziehen sich auf die 85 weiblichen Untersuchungsteilnehmer. In der Gruppe „Prostituierte“ (P-Gruppe) wurden diejenigen Frauen zusammengefaßt, die ihre Prostituententätigkeit konkret schilderten und/oder die über Einnahmen aus Prostitution berichteten. Es handelt sich um 39 (46 %) der insgesamt 85 weiblichen Befragten. Zum Sprachgebrauch sei angemerkt, daß der Begriff „Prostituierte“ der Einfachheit halber für diese Gruppe von Frauen gewählt wurde. Richtiger wäre die Bezeichnung: „Frauen, die in bestimmten kritischen Phasen ihrer Drogenabhängigkeit Geld oder Drogen *auch* durch den Verkauf von Sex-Arbeit verdienen haben“. Die Gruppe der Nicht-Prostituierten (NP-Gruppe) umfaßt 46 Frauen (54 %).

Männliche Prostituierte werden nicht in die Analyse einbezogen, da ihre Gruppe zu klein war, um aussagekräftige Ergebnisse zuzulassen (N = 15).

Mit einem Durchschnittsalter von 25 Jahren waren die Frauen der P-Gruppe beim Erstgespräch um zwei Jahre jünger als die „durchschnittliche“ Nicht-Prostituierte Frau; sie waren häufiger ledig und

kinderlos und wiesen einen exzessiveren Drogengebrauch als die Vergleichsgruppe auf. Neben Heroin (als Hauptdroge von 92 % der P- und 85 % der NP-Gruppe) wurden von den meisten Frauen regelmäßig Beruhigungs- und Schlafmittel als Ausweichmittel sowie Amphetamine und Kokain genommen.

Die Frauen der P-Gruppe lebten als Kind oder junges Mädchen häufiger in unvollständigen Familien als die Frauen, die der NP-Gruppe angehören. So wohnten im Alter zwischen elf und fünfzehn Jahren nur ein Drittel der erstgenannten Gruppe mit ihren leiblichen Eltern in einem gemeinsamen Haushalt; demgegenüber jedoch zwei Drittel der Frauen aus der Nicht-Prostituierten-Gruppe.

Noch öfter als die NP-Gruppe berichteten die Frauen der P-Gruppe von problematischem oder abhängigem Drogengebrauch enger familiärer Bezugspersonen (64 % vs. 54 %).

Diese Ergebnisse weisen auf ein unterschiedliches Ausmaß an familiärer Bindung in den beiden Gruppen hin. Auswirkungen dieses Mangels an Umfang und Qualität von Unterstützung und Zuwendung durch die Erziehungspersonen lassen sich zunächst im schulischen und beruflichen Werdegang der Mädchen finden.

Innerhalb der P-Gruppe gibt es einen hohen Anteil an Frauen (knapp 18 %), die noch gar keinen schulischen Abschluß erreicht haben. Insgesamt ist das Niveau der Schulbildung bei dieser Gruppe nach unten verschoben: knapp die Hälfte der Frauen haben den Hauptschulabschluß und 28 % die Mittlere Reife. Von den Nicht-Prostituierten sind *jeweils* zwei von fünf Frauen Haupt- und Realschulabgängerinnen.

Entsprechend negativ sieht dann auch die Bilanz des beruflichen Ausbildungsstandes für sie aus. Lediglich ein Sechstel der Frauen aus der P-Gruppe können bisher eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen – dagegen jede dritte Frau aus der NP-Gruppe. Fast die Hälfte aller späteren Prostituierten (46 %) hatte nach dem Verlassen der Schule nie die Möglichkeit, eine berufliche Ausbildung zu beginnen. Aber auch bei den Nicht-Prostituierten liegt der Anteil dieser Teilgruppe mit 35 % noch immer zehn Prozent über dem Durchschnitt der Männer ohne begonnene Ausbildung (26 %).

Durch die meist negativen Erfahrungen in Schule und Ausbildung sowie durch die große Zugriffsnahe und „Alltäglichkeit“ von Drogen im familiären Kontext läßt sich der frühe eigene Drogengebrauch der Mädchen erklären. Bereits im Alter von 12 Jahren konsumierten 20 % der P-Gruppe regelmäßig Alkohol und/oder unregelmäßig Cannabis gegenüber nur 2 % der Mädchen der NP-Gruppe. Mit 14 Jahren waren 56 % der P- und 37 % der NP-Gruppe in diese Drogen-

gebrauchs-Intensitätsstufe einzuordnen (vgl. Skala S. 205 f). Amphetamine, Barbiturate, Heroin und andere Opiate werden von ihnen ebenfalls früher ausprobiert und auch nach kürzerer Zeit als in der NP-Gruppe intensiver regelmäßig konsumiert. Bei 92% der Prostituierten, gegenüber 85% der Frauen aus der NP-Gruppe, kommt es schließlich zur ausgeprägten i. v. Heroinabhängigkeit. Wie früh sich der Einstieg der P-Gruppe vollzog, zeigt Tabelle 5.8:

Tab. 5.8: Regelmäßiger Konsum von Opiaten (nur heroinabhängige Frauen) Rating 08 bis 10 auf der Drogengebrauchs-Intensitätsskala, siehe S. 18.

	P		NP	
im Alter von 13 Jahren	1	2,8 %	–	–
im Alter von 14 Jahren	4	11,1 %	1	2,6 %
im Alter von 15 Jahren	7	19,4 %	2	5,1 %
im Alter von 16 Jahren	7	19,4 %	7	17,9 %
im Alter von 17 Jahren	12	33,3 %	15	38,5 %
im Alter von 18 Jahren	19	52,8 %	18	46,1 %
N	36		39	

Bei der Analyse der Lebenssituation als Abhängige ergibt sich in der P-Gruppe ein deutlicher Mangel an sozialer Unterstützung. Zwölf Monate vor dem Erstinterview lebten diese Frauen häufiger in sozialer Isolation. 41% der Prostituierten lebten entweder allein in einer Wohnung und mit Mietgutscheinen des Sozialamtes, das keinen anderen kostengünstigen Wohnraum beschaffen konnte, in Hotels, die oft in „Szenennähe“ sind oder in der Wohnung von „Bekanntem“, die nicht selten ihre Freier waren. Dies ist bei der NP-Gruppe weniger oft der Fall (26%). Letztere lebten auch in Zeiten intensiven Drogenkonsums häufiger mit ihrem Partner, einer Wohngemeinschaft oder Familienmitgliedern zusammen (50% vs 17% der Frauen der P-Gruppe).

Zur Auswertung der beruflichen Situation der befragten Frauen beider Gruppen haben wir eine Auszählung der im 12-Monats-Zeitraum vor dem ersten Interview (Mitte '84 bis Mitte '85) *dominierenden* Kategorien vorgenommen. Hier zeigt sich, daß nur sehr wenige Frauen (3% der P- und 7% der NP-Gruppe) ein festes Arbeitsverhältnis hatten. Jede dritte Frau befand sich in dieser Zeit jedoch vorwiegend in einem institutionellen Kontext: in stationärer Langzeittherapie oder im Gefängnis. Während mehr als die Hälfte der P-Gruppe dieses Jahr *ohne* jede Art beruflicher Beschäftigung verbrachte, waren im-

merhin 21,7% der Frauen der NP-Gruppe die meiste Zeit in Schule oder Ausbildung.

HIV-Infektionen

Die gesundheitlichen Einbußen durch eine Infektion mit HIV sind bei den drogenabhängigen Frauen mit Prostitutionserfahrung um ein Vielfaches größer als bei der NP-Gruppe.

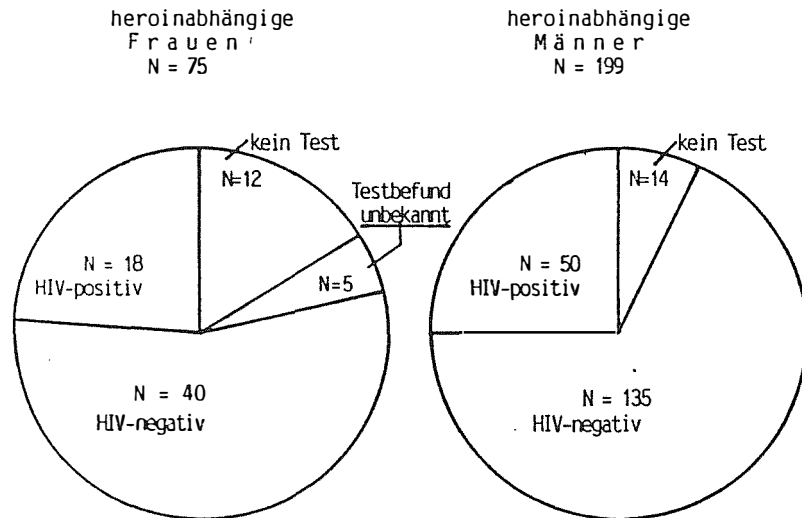
Da es innerhalb der Gruppe der nicht-heroinabhängigen Befragten unserer Studie, dies sind 10 Frauen und 40 Männer, keine HIV-Infizierten gibt, liegt den folgenden Angaben allein die Gruppe der Heroinabhängigen zugrunde (N = 274, davon 75 Frauen).

Von den 36 Prostituierten, die dieser Gruppe angehören, ließen bisher 33 (91,7%) ihr Blut auf HIV-Antikörper untersuchen. Das Ergebnis der Tests von 4 Frauen lag zum Interviewzeitpunkt noch nicht vor. Von den 29 bekannten Testergebnissen waren 14 positiv, was 48,3% entspricht. Von den 39 heroinabhängigen Nicht-Prostituierten hatten sich 30 einem Test unterzogen; hier lagen 4 positive (13,8%) und 25 negative Testergebnisse vor. Ein Testergebnis war unbekannt. Obwohl die Testquote bei den Nicht-Prostituierten mit 76,9% signifikant geringer ist ($p \leq .05$), liegt die HIV-Prävalenz bei den heroinabhängigen Frauen *mit* Prostitutionserfahrung deutlich ($p \leq .01$) über dem Wert der Restgruppe heroinabhängiger Frauen unserer Stichprobe.

Zum Vergleich seien die Infektionshäufigkeiten der Gesamtgruppe männlicher Heroinabhängiger unserer Untersuchung (N = 199) genannt: 185 Männer haben sich bisher untersuchen lassen. Dies entspricht einer Testquote von 93%. In 50 Tests ließen sich Antikörper nachweisen, was einem Anteil von 27,0% der Getesteten entspricht. Drei der 50 Virusträger gehören zu der Gruppe der 15 männlichen Prostituierten. Innerhalb dieser Teilgruppe liegt die Infektionsrate somit nicht höher als in der Gesamtgruppe der Männer (vgl. Abb. 5.7).

Diese Zahlen zeigen, daß weibliche drogenabhängige Prostituierte die am stärksten von HIV-Infektionen betroffene Gruppe innerhalb der Gesamtgruppe der von uns untersuchten Drogenabhängigen sind. Eine Erklärungsmöglichkeit hierfür ist, daß die Häufigkeit des Kontakts mit dem Virus in dieser Gruppe höher gewesen ist. Es ist anhand der Daten jedoch nicht feststellbar, welcher Anteil am Infektionsrisiko mit den spezifischen Lebensbedingungen, der Prostitution und den Drogenkonsummustern der Gruppe verbunden ist. Es ist weiterhin offen, welche zusätzlichen Faktoren, wie z. B. der gesundheitliche Gesamtzustand und die Streßbelastung, hierbei mitgewirkt haben.

Abb. 5.7: Ergebnisse der HIV-Antikörper-Tests bei allen heroinsüchtigen Frauen und Männern (N = 274)



Höhere Infektionsraten bei Frauen sind bereits in einer anderen Untersuchung an Drogenabhängigen nachgewiesen worden (Grosse-Aldenhövel/Kunze 1986 zit. nach Wille 1987b, 87). Hier fand sich bei Fixerinnen ein Anteil von 40,6% HIV-Positiven und bei Fixern von 33,7%. Das zusätzliche Risiko der Beschaffungsprostitution für Frauen wird zur Erklärung der Differenz herangezogen.

Aufgrund unserer Erkenntnisse aus den Interviews, z. B. über die innere Struktur der Drogenszene und die „Regeln“, die beim Drogenkonsum gelten, ergeben sich jedoch noch weitere Erklärungsmöglichkeiten dafür, daß gerade weibliche Heroinprostituierte so häufig von HIV betroffen sind. Innerhalb der Szene haben Frauen generell eine untergeordnete Stellung, was zunächst einmal auf ihre geringere körperliche Durchsetzungsfähigkeit in diesem gewalttätigen Markt zurückzuführen ist. Dies äußert sich darin, daß sie seltener in den Machtpositionen der „Dealer“ zu finden sind, meist nur die Vermittlerrolle bei Geschäften übernehmen oder sich von ihren männlichen Partnern den Stoff mitbesorgen lassen. Durch ihre untergeordnete Position bedingt sind Frauen oft die letzten, an die beim Spritzen-tausch das Injektionsbesteck geht.

Auf der niedrigsten Stufe der inneren Hierarchie der Drogenszene befindet sich die „Junkiehere“, die oft besonders von den männlichen Fixern verachtet wird. Dadurch, daß der Straßenstrich ihr Arbeits-

platz und meist auch Lebensraum ist und dieser (in Frankfurt) räumlich eng mit der Drogenszene verbunden ist, ist das Mitführen von Spritzbesteck schon allein aufgrund der großen Polizeipräsenz gefährlich. Zwischen Kauf und Konsum von Drogen bleibt den Frauen meist kein zeitlicher Zwischenraum. Dadurch, daß viele von ihnen kein „zuhaus“ haben, wo sie sterile Spritzen aufbewahren oder gebrauchte desinfizieren könnten, bleibt ihnen oft nichts anderes übrig, als am Ort des Drogenkaufs geliehenes Besteck zu benutzen.

4.3 Erfahrungen und Bewertungen

Das Durchschnittsalter, in dem die Frauen der „Amsel“-Stichprobe zum ersten Mal anschaffen gingen, ist 20 Jahre. Bei 22 Frauen lag zu diesem Zeitpunkt bereits seit mindestens einem Jahr eine starke Abhängigkeit von Drogen vor, weitere 6 Frauen begannen im gleichen Jahr mit abhängigem Drogenkonsum und Prostitution. Lediglich drei Frauen berichteten in den Interviews, daß sie zuerst auf den Strich gingen und dann drogenabhängig wurden. Von 7 Frauen liegen uns hierzu keine genauen Angaben vor.

Als vorrangigen Grund für Prostitution nannten zwei Drittel der befragten Frauen der Prostituierten-Gruppe (P-Gruppe) die Geldbeschaffung für ihren Drogengebrauch; sechs Frauen (15%) gaben an, ihren abhängigen Partner durch die Prostitutionseinnahmen mitversorgt zu haben und für 10% der Frauen spielte die Finanzierung ihres Lebensunterhalts ebenfalls eine Rolle. Meist ist der Mangel an Geld für Essen, Kleidung und Unterkunft jedoch kein auslösender Faktor für Prostitution gewesen. Sex-Arbeit zu verkaufen, wird von 40% der Frauen als eine Möglichkeit betrachtet, kriminellen Delikten bei der Drogenbeschaffung aus dem Weg zu gehen.

Wir haben festgestellt, daß Drogenprostitution von einem Großteil der Frauen nur in den Zeiten hochgradiger Abhängigkeit als Verdienstquelle benutzt wurde. Seit dem Beginn des regelmäßigen Konsums von Drogen waren bis zum Zeitpunkt des Erstgesprächs bereits 7 Jahre vergangen, die Erstprostitution lag jedoch erst durchschnittlich zwei bis drei Jahre zurück.

In kritischen Zeiten der Abhängigkeit oder dann, wenn „alte“ Drogenversorgungsmuster plötzlich versagen, wird auf Prostitution als Mittel zur Geldbeschaffung zurückgegriffen. Wenn die Frauen ihre Drogenversorgung mit einem Partner als „Teamwork“ organisiert haben, und dieser z. B. inhaftiert wird, kommt es oft dazu, daß sie als der zurückbleibende Teil des Zweiertteams nicht schnell genug ihre „Geschäftsbeziehungen“ umgestalten können. Das oft sehr komplexe

Organisationsgefüge ist aus dem Gleichgewicht geraten, und Prostitution bietet sich als eine schnell verfügbare Zwischenlösung in diesen Momenten an. Selten bauen die Frauen jedoch ihre gesamte Drogenversorgung längerfristig auf Prostitution auf.

Auch Frauen, die unter enger polizeilicher Aufsicht stehen, sich z. B. täglich auf einer Polizeistation melden müssen, und es sich nicht leisten können, durch Drogengeschäfte oder Diebstähle „aufzufallen“, weil ihnen in diesem Fall eine sofortige Verhaftung drohen würde, weichen in die Prostitution aus, um Drogen zu finanzieren.

Der äußere Rahmen, in dem die Prostitution drogenabhängiger Frauen stattfindet, unterscheidet sich sehr stark von dem der „Berufsprostituierten“. Drogenabhängige Frauen arbeiten in den meisten Fällen auf der Straße. Manche haben zeitweise in Bars oder Bordellen gearbeitet und einige wenige im Apartment, per Telefonkontakt, oder in der eigenen Wohnung. In der Drogenprostitution gibt es noch einen weiteren Bereich, in dem Sex gegen Geld oder direkt gegen Drogen getauscht wird. Einige Frauen lebten beispielsweise über längere Zeiträume hinweg in einer Partnerbeziehung zu einem Drogenvermittler oder -händler und konnten dort ihren Drogenbedarf zum Preis sexueller Verfügbarkeit decken.

Weniger als ein Drittel der befragten Frauen hatten Stammkunden und nur 3 Frauen waren offiziell registriert. Zuhälter sind im Milieu der Heroinprostitution in Frankfurt offenbar eine seltene Erscheinung; nur drei Frauen berichteten, zeitweise mit Zuhälter gearbeitet zu haben. Das Verhalten der meist ebenfalls abhängigen männlichen Partner der Frauen kann man jedoch auch als Zuhältereie ansehen (siehe hierzu die Studie von Hoigard & Finstad, 1987).

Weiterhin war es kennzeichnend für die befragten Frauen, daß sie fast ausschließlich in Zeiten der Abhängigkeit als Prostituierte arbeiteten. Selten geschah es, daß eine dieser Frauen die Prostitution in ihren drogenfreien Zeiten fortsetzte. Dies steht auch in Zusammenhang mit der Bewertung von Prostitution durch die Frauen. Zwanzig Frauen äußerten sich dazu. Keine dieser Frauen gab ein positives Urteil ab, 13 von ihnen standen der Prostitution negativ gegenüber, sieben Frauen waren ambivalent in ihrer Bewertung.

Über negative Auswirkungen der Drogenprostitution berichteten bisher 21 der 39 Frauen, wobei sich das „Anschaffen“ bei 11 Frauen bereits *während* der Zeit der Prostitution auswirkte und bei 10 Frauen erst, nachdem sie seit längerer Zeit damit aufgehört hatten. Ekel vor den Kunden sowie Scham- und Schuldgefühle wurden als Auswirkungen der Prostitution am häufigsten genannt. Eine allgemeine Abneigung gegenüber Männern hatte sich bei vielen Frauen entwickelt,

Probleme in der eigenen Partnerbeziehung und Störungen des sexuellen Empfindens waren durch die Prostitutionserfahrungen bei mehr als einem Drittel der Frauen entstanden.

Insgesamt zeigt die Auswertung der Beweggründe beim Einstieg in die Prostitution, der Bewertung der Tätigkeit selbst durch die Frauen, sowie der gravierenden psychischen Konsequenzen, die sie für viele Frauen mit sich bringt, daß Prostitution für das Gros der drogenabhängigen Frauen nur „Mittel zum Zweck“ ist – und zwar zur Finanzierung ihrer Drogenabhängigkeit. Andererseits kann nicht davon ausgegangen werden, daß mit der „Beseitigung“ der Heroinabhängigkeit und dem Wegfall des Beschaffungsdrucks sofort und unwiderruflich der Prostitution entsagt wird. Materielle Not kann für die Frauen auch nach gelungener Lösung von der Drogenbindung der Grund dafür sein, sich Geld durch Sex-Arbeit zu verdienen. Der Start in ein drogenfreies Leben geht mit finanziellen Belastungen durch das Einrichten einer neuen Wohnung und die Rückzahlung früherer Schulden einher.

Wenn berufliche und psychosoziale Rehabilitationsangebote die Beendigung der Prostituiertentätigkeit zur expliziten Voraussetzung von Hilfe machen, werden viele betroffene Frauen, die gelegentlich anschaffen gehen, nicht mehr erreicht. Wenn man jedoch in realistischer Art und Weise mit der Tatsache umgeht, daß Prostitution den Reiz des schnell verdienten Geldes behält, kann man den Kontakt zu dieser Gruppe weiterhin aufrechterhalten. Die „Professionalisierung“ der Frauen im Umgang mit den Freiern wirkt sich auf die Einhaltung der Regeln des „safer sex“ positiv aus und kann daher ein Ziel in der Arbeit mit dieser Gruppe darstellen.

4.4 Entwicklungsverläufe

Seit dem Beginn der Studie konnten wir 75 % (N=29 von 39) der Gruppe der Drogenkonsumentinnen mit Prostitutionserfahrung zu einem Folgegespräch erreichen. Von knapp 60% der Frauen liegen uns heute bereits drei Interviews vor (N=23). Es ereigneten sich zwei Todesfälle unter den Teilnehmerinnen aus dieser Gruppe, zwei unserer Gesprächspartnerinnen brachen die Studie nach dem Erstgespräch und eine nach dem zweiten Interview ab. Lediglich zu sechs Frauen aus dieser Gruppe konnten wir den Kontakt bisher nicht wieder anknüpfen und uns liegen keine Informationen über sie vor.

Zum ersten Interview haben wir 17 Frauen in Therapie- und fünf in Nachsorgeeinrichtungen, vier im Gefängnis und 13 über Kontakte durch Drogenberatungsstellen sowie durch andere Mittlerpersonen

erreicht. Von den 17 Frauen der P-Gruppe, die wir zunächst in sozialtherapeutischen Langzeittherapieeinrichtungen interviewten, schlossen 10 die Therapie regulär nach ca. 12 bis 14 Monaten ab. Sieben Frauen beendeten die Therapie vorzeitig.

Fünf der sieben *Therapieabbrecherinnen* wurden rückfällig und von zwei Frauen aus dieser Teilgruppe liegen uns keine näheren Informationen vor. Drei Frauen hatten weitere Versuche unternommen, eine stationäre Langzeittherapie durchzuhalten, was jedoch bisher nur einer von ihnen gelang. Zwei der Frauen lebten seit dem Therapieabbruch wieder in den Hotels in der Nähe der Szene, in denen die Gutscheine des Sozialamtes akzeptiert werden. Alle Frauen gebrauchten massiv Heroin, viele zusätzlich Codeinpräparate, Schlaf- und Beruhigungsmittel.

Von den 10 Frauen, die die *Therapie regulär abgeschlossen* hatten, zogen 8 danach in eine betreute Nachsorgegemeinschaft ein. Keine der beiden Frauen, die auf die Nachsorge verzichteten, blieb außerhalb des institutionellen Kontexts drogenfrei und beide sind mittlerweile in Therapieeinrichtungen zurückgekehrt. Unter den acht Frauen, die nach der stationären Therapie in die Nachsorge gingen, ereigneten sich zwei Rückfälle, die beide ca. ein Jahr andauerten und zur Wiederaufnahme einer stationären Therapie führten. Fünf der Frauen aus der „Therapie-Nachsorge“-Gruppe wurden bisher überhaupt nicht rückfällig; eine Frau nahm über einen kurzen Zeitraum hinweg erneut Drogen, konnte dies jedoch ohne stationäre Therapie wieder beenden. Diese drogenfrei lebenden Frauen hatten mit dem Besuch einer Schule, einer Berufsausbildung oder einer festen Arbeit begonnen, sobald sie in der Nachsorgeeinrichtung waren, während die rückfälligen Frauen dort über mehrere Monate gelebt hatten, ohne eine Arbeit zu finden.

Fünf Frauen befanden sich bereits in der *Nachsorge-Phase*, als wir sie zum ersten Mal befragten. Vier von ihnen hatten eine stationäre Langzeittherapie absolviert, bevor sie in die betreute Wohngruppe kamen. Drei dieser Frauen leben heute in ihrer eigenen Wohnung – hiervon zwei ohne Drogengebrauch. Eine Frau hat die Nachsorge noch nicht verlassen und von einer Befragten aus dieser Gruppe liegen uns keine weiteren Informationen vor. Zwei der Frauen besuchen eine Schule für ehemalige Drogenabhängige, eine hat einen festen Arbeitsplatz und die vierte Frau arbeitet zur Zeit nicht, da sie sich um ihr Kind kümmert. Auch sie lebt drogenfrei.

Vier Frauen der P-Gruppe waren im *Gefängnis*, als wir sie zum ersten Mal interviewten; eine von ihnen war auch beim letzten Interview noch dort. Die drei anderen Frauen nahmen nach ihrer Entlassung

weiterhin Drogen und erlebten im Verlauf der Studie noch mehrmals kurzzeitige Inhaftierungen; bei ihnen ist ein „Drehtür-Effekt“ zwischen Szene/Hotel und Gefängnis zu beobachten.

Bei den neun Frauen, die beim Erstgespräch *alleine oder mit einem Partner* zusammenwohnten, wobei sie meist nicht in Kontakt mit Institutionen der Drogenhilfe waren, erwies sich der Prozeß des Wiederauffindens als besonders problematisch. Bisher konnten wir mit fünf dieser Frauen keine weiteren Interviews durchführen. Von einer Frau wissen wir, daß sie eine Lehre absolviert und drogenfrei lebt. Eine Befragte entschloß sich nach einem Jahr, in dem sie massiv Drogen gebrauchte, zur Therapie in einer Langzeiteinrichtung und zwei Frauen blieben bisher innerhalb der Drogenszene.

Von den beiden *Todesfällen*, die sich im bisherigen Verlauf der Studie in der P-Gruppe ereigneten, war einer durch eine Opiatüberdosis bedingt und der zweite durch einen Unfall, der jedoch auch im Zusammenhang mit Drogengebrauch steht.

Nur zwei Frauen lebten beim Beginn der Studie mit *Familienmitgliedern* zusammen. Eine von ihnen wohnt heute alleine und hat bereits seit längerer Zeit eine feste Arbeitsstelle. Sie konsumiert jedoch nach wie vor Heroin. Die zweite Frau wurde immer dann rückfällig, wenn sie den Lebensrahmen der Familie verließ, so daß sie sich gezwungen sah – auch aus Verantwortungsbewußtsein gegenüber ihrer kleinen Tochter – wieder dorthin zurückzukehren.

Bisher ist das Ausmaß therapeutischer Betreuung bei der P-Gruppe sehr hoch. Zwanzig Frauen verbrachten mindestens die Hälfte des bisherigen Untersuchungszeitraums im Kontext therapeutischer Institutionen. Dies ist durch den hohen Prozentsatz an Frauen aus Langzeiteinrichtungen bedingt, die danach in den betreuten Nachsorgebereich wechselten; die reguläre Betreuungsdauer liegt dann bei mindestens zwei Jahren. Dies wird sich im weiteren Verlauf der Studie stark verändern, denn viele Frauen verlassen zur Zeit den therapeutisch betreuten Lebensrahmen.

Von 29 Frauen aus der P-Gruppe liegen uns heute Daten zum Drogengebrauch aus den ersten drei Interviews vor. In einem Drittel aller Fälle (N = 10) lebten die Frauen völlig drogenfrei, ein zweites Drittel der Gruppe (N = 9) erlitt phasenweise Rückfälle und die Restgruppe (N = 10) konsumierte weiterhin exzessiv „harte“ Drogen.

Obwohl viele der Frauen zeitweilig oder auch längerfristig zum Drogengebrauch zurückkehrten und einige bisher keinen Versuch unternahmen, den Drogenkonsum zu beenden, berichten nur wenige Frauen, der Prostitution weiterhin nachgegangen zu sein: Acht Frauen setzten die Prostitution fort, während 21 Frauen innerhalb

des Untersuchungszeitraums nicht mehr als Prostituierte gearbeitet haben.

Wir haben insgesamt elf der 14 HIV-positiven Prostituierten über drei Erhebungszeitpunkte mit unserer Untersuchung begleitet. Auch von ihnen lebte ein Drittel seit Studienbeginn drogenfrei. Allerdings ist der Zeitraum, in dem diese Frauen in einem „unbetreuten“ Lebensrahmen lebten, kürzer als bei der Gruppe der Nicht-Infizierten: er umfaßt 8,6 Monate im Vergleich zu 14 Monaten des Erhebungszeitraumes von durchschnittlich zwei Jahren. Die lange Aufenthaltsdauer im stationären Kontext ist Resultat der großen psychischen Belastung durch die Infektion.

Unterstützung bei der Bewältigung der Diagnose „HIV-positiv“ kann vor allem ein funktionierendes Netz sozialer Beziehungen bieten, und insbesondere für drogenabhängige Frauen mit Prostitutionserfahrungen ist der Aufbau neuer drogenfreier Beziehungen wichtig, denn ihre Lebenssituation ist durch einen extremen Mangel an tragfähigen sozialen Beziehungen gekennzeichnet. Fröschl und Braun-Falco (1987, 189 f.) benennen in einer Analyse der psycho-sozialen Problematik infizierter drogenabhängiger Frauen die soziale Isolation, den Rückzug der Familien, Partner und Freunde der Frauen und ihre schwierige finanzielle Situation als wichtige Faktoren. Nach einer amerikanischen Untersuchung aus dem Jahr 1986, die die Autoren zitieren, bestehen diesbezüglich für die Gruppe der infizierten drogenabhängigen Frauen gegenüber den Männern erhebliche Nachteile, die bei vielen durch ihre Aufgaben als alleinerziehende Mütter noch verschärft werden (Callan u. a., ebd., 189).

5. DIE NOTWENDIGKEIT NEUER ANGEBOTE IN DER DROGENARBEIT

Der beschreibende Vergleich der erzählten Biographien von 324 drogenabhängigen Frauen und Männern, die wir im Erstinterview unseres Fünf-Jahres-Längsschnitts erhoben haben, weist bereits sehr deutlich auf geschlechtsspezifische Differenzen hin, die zu unterschiedlichen Bedürfnissen beider Gruppen an Drogenberatung und Therapieangebote führen.

Wir stellten fest, daß die frühe biographische Entwicklung, gekennzeichnet durch unvollständige Familiensysteme und häufigen Drogengebrauch enger Bezugspersonen, bei Mädchen und Jungen recht ähnlich ist (tendenziell besteht hier eine höhere Belastung der Mädchen), daß sich ihre Reaktionen auf diese „schlechten Startchancen“ jedoch sehr stark unterscheiden. Die Entwicklungsprozesse in der

Adoleszenz zeigen deutlich, daß der später einsetzenden (und dann wiederum beiden Gruppen gemeinsamen) Drogenabhängigkeit eine *geschlechtsspezifische Orientierungsphase* vorangeht, angesichts derer der Gebrauch von Drogen durch Frauen und Männer eine sehr unterschiedliche Bedeutung erhält.

So verarbeiten die Jungen ihre unbefriedigten Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Akzeptiertwerden dadurch, daß sie früh „unterwegs“ sind, meist mit Gleichgesinnten, und sich auf der Straße dann auch „viel herausnehmen“, da sich ihre Familie in ihrer Wahrnehmung nicht für sie interessiert. Der Kontakt mit Drogen kommt oft in den Peergruppen zustande. Eine Konsequenz dieses Lebensstils ist die frühe strafrechtliche Auffälligkeit der oftmals arbeitslosen Jungen.

Die Mädchen gehen häufiger und früher enge Partnerbeziehungen ein und viele verlassen die (Rest-)Familie, um mit dem Partner zusammen zu wohnen. Dies wird von ihnen als der erste positive Lebensabschnitt bewertet, was angesichts der Bedingungen in den Familien auch nicht erstaunlich ist. Wir interpretieren den frühen Schritt zum familienunabhängigen Wohnen bei vielen Mädchen auch als Reaktion auf sexuelle Gewalt, von der sie in den Familien betroffen waren. Der Auszug ist oft die einzige zur Verfügung stehende Möglichkeit, dem zu entkommen.

Der durchschnittlich im Alter von fünfzehn Jahren mit Haschisch beginnende Konsum von illegalen Drogen setzt sich bei Mädchen mit Medikamenten fort, während Jungen mehr Erfahrungen mit Halluzinogenen sammeln. Jedoch erst als Achtzehnjährige kommen beide mit Heroin in Kontakt, das bereits nach durchschnittlich einem halben Jahr regelmäßig genommen wird und bei den meisten Befragten zur hauptsächlich gebrauchten Droge wird. Der Beikonsum medizinischer Opiate findet sich eher bei Frauen, Männer nehmen neben Heroin häufiger Kokain.

Partnerbeziehungen behalten auch in der weiteren Entwicklung für die Frauen einen hohen Stellenwert; die in der Kindheit nicht befriedigten emotionalen Bedürfnisse konzentrieren sich nun oft ausschließlich auf den Freund und die Frauen entwickeln eine große Bezogenheit, in vielen Fällen auch emotionale Abhängigkeit vom Partner, der oftmals ebenfalls drogenabhängig ist. Auch wenn auf der Seite der Frau ein Wunsch nach Beendigung der Drogenabhängigkeit besteht, wird selten ein eigenständiger Versuch unternommen, da eine Trennung vom Partner nicht in Frage kommt. Der ersehnte *gemeinsame* Ausstieg gelingt unseren Erfahrungen nach nur wenigen.

In der Drogenarbeit sollte die große Bedeutung, die die Partnerbeziehung für die Frauen hat, ernster genommen werden als bisher und es sollten mehr Möglichkeiten zur gemeinsamen Therapie geschaffen werden. Die in jedem Fall notwendige Auseinandersetzung mit der Beziehung kann auf diese Weise im therapeutischen Rahmen erfolgen und wird nicht auf die Zeit nach Therapieende verschoben, wo sie oft zu Rückfällen führt. Hier kann auch die Grundlage für den Aufbau eines Netzes sozialer Beziehungen geschaffen werden, das die Bezogenheit auf den Partner reduziert. Jedoch sollte *Paartherapie* und nicht nur die *gleichzeitige Therapie der Partner* in der Einrichtung möglich sein.

Dadurch, daß Jungen sich auch konsequenter den schulischen Anforderungen entzogen haben, wird ihre Schullaufbahn schon zu einem früheren Zeitpunkt unterbrochen als die der Mädchen. Beruflich sind die drogenabhängigen Männer unserer Studie zwar besser qualifiziert als die Frauen, für die gesamte Gruppe besteht jedoch ein großer Nachholbedarf im Bereich Beruf. Da die (Wieder-)Aufnahme der Berufstätigkeit einen wichtigen Teil des Rehabilitationsprozesses drogenabhängiger darstellt, der die soziale Integration und die Stabilisierung dauerhafter Drogenabstinenz durch den Abstand zum Drogenkontext fördert, ist die Unterstützung bei der Suche eines Ausbildungs- und Arbeitsplatzes eine wichtige Aufgabe der Drogenarbeit. Besteht im beruflichen Bereich eine Blockade, ist die Chance für den langfristigen Erfolg des „Ausstiegsversuchs“ sehr gering. Die Realisierung dieses Zieles ist angesichts der heutigen Lage auf dem Arbeitsmarkt sehr problematisch. Eine Lösungsmöglichkeit sehen wir in der Schaffung (weiterer) eigener Ausbildungsfirmen und Dienstleistungsbetriebe im Rahmen der Drogenarbeit, in denen die ehemaligen drogenabhängigen die Qualifikation und Berufserfahrung erwerben können, die sie im „normalen“ Arbeitsmarkt benötigen. Besondere Aufmerksamkeit muß hier der Berufsausbildung von Frauen gewidmet werden.

Rechtsberatung in Scheidungs- und Sorgerechtsangelegenheiten sowie Beratung und Hilfe in der Kindererziehung sehen wir ebenfalls für Frauen als dringend erforderliches Angebot der Drogenarbeit an; der Ausbau der Schuldnerberatung ist vor allem für drogenabhängige Männer wichtig.

Drogenberatung und Therapieangebote werden von beiden Gruppen in gleicher Häufigkeit genutzt, jedoch steht bei den Männern häufiger der Druck durch die Justiz dahinter. Das Prinzip „Therapie statt Strafe“ ist einer der Gründe dafür, warum mehr Männer mit dem Wunsch nach Vermittlung eines Therapieplatzes zur Beratung kom-

men. Die geringere Kriminalitätsbelastung der weiblichen Befragten (die u. a. auch dadurch zustandekommt, daß sie ihren Drogenbedarf durch Prostitution decken können und nicht straffällig werden müssen) einerseits und die Verantwortlichkeit für Kinder andererseits führen u.E. dazu, daß Frauen die ambulanten Psychotherapieangebote der Drogenberatung stärker nutzen als Männer. Trotz dieser Bedingungen haben sich die befragten Frauen bisher genauso häufig wie die Männer in stationäre Therapie begeben – und viele taten dies auf freiwilliger Basis, was eine hohe Motivation voraussetzt. Die Abbruchquoten liegen gleichwohl auf dem gleichen Niveau wie bei den Männern. Entscheidend sind die Unterschiede in den Abbruchgründen: Frauen reagierten mit ihrem Therapieabbruch auf zwischenmenschliche Konflikte, die sie in der Einrichtung hatten.

Therapie für Frauen muß die Möglichkeit bieten, negative Erlebnisse im Bereich der Sexualität, insbesondere sexuellen Mißbrauch in der Kindheit und Prostitutionserfahrungen, anzusprechen und bearbeiten zu können. In vielen stationären Therapieeinrichtungen gibt es daher Gruppentherapieangebote, die sich ausschließlich an Frauen wenden. Sie sollten fest in das reguläre Therapieangebot übernommen werden und nicht mehr, wie bisher, von der Initiative einiger engagierter Mitarbeiterinnen abhängig sein.

Ein Teil der Frauen hat sexuelle Gewalt auch in der Partnerbeziehung erlebt. In bisherigen Therapieversuchen konnten diese Frauen sich der Auseinandersetzung mit diesem Thema jedoch nicht stellen, weil sie in gemischten Einrichtungen mit einem „Männerübergewicht“ waren, wodurch es besonders schwierig für sie war, die Beziehungsangebote der männlichen Klienten abzulehnen. Hieraus entwickelte sich bei ihnen das Bedürfnis, im Prozeß der therapeutischen Arbeit nicht mit Männern konfrontiert zu sein. Therapieeinrichtungen für Frauen sind im gesamten Bundesgebiet jedoch rar und die wenigen, die es gibt, sind ständig ausgebucht. Für die Gründung weiterer Frauentherapieeinrichtungen besteht ein großer Handlungsbedarf. Dies gilt auch für Nachsorgeeinrichtungen für Frauen.

Der Aufbau und die Aufrechterhaltung des Kontaktes zwischen dem Drogenhilfesystem und der Gruppe der drogenabhängigen Prostituierten, die Schaffung von Kontaktläden in Szene-Nähe, die ermöglichen, daß sie dem „Streiß“ der Drogenszene zeitweilig entkommen, ist ebenfalls ein wichtiger Schritt, denn hierdurch wird HIV-präventive Arbeit mit einer der wichtigsten Zielgruppen möglich. Niedrigschwellige, suchtbegleitende Angebote allein für weibliche drogenabhängige haben sich anderenorts (Amsterdam, Berlin) bereits bewährt und sind für erfolgreiche Drogenarbeit unverzichtbar geworden.

Weiterhin sollten die Rolle und die Aufgaben vieler Drogenabhängiger als Eltern (meist als Mütter) beachtet werden, wenn man ihnen Beratungs- und Therapieangebote macht. In Einrichtungen, die dies jetzt bereits tun, gehen Frauen gerne – hier kommt es dann auch nicht mehr zu einem für das therapeutische Klima ungünstigen Überwiegen männlicher Klienten.

Innerhalb der Gesamtgruppe der weiblichen Drogenabhängigen kristallisierte sich in unseren bisherigen Analysen neben der Gruppe der Beschaffungsprostituierten eine weitere Teilgruppe von sozial besser integrierten Frauen heraus. Während die erstgenannte Gruppe durch einen negativen familiären Hintergrund, eine geringe schulische Allgemeinbildung und berufliche Qualifikationen gekennzeichnet ist, haben letztere einen, an den Umständen ihrer Drogenabhängigkeit gemessen, guten Bildungshintergrund und bessere familiäre Bedingungen vorzuweisen. Diese Frauen tauchen selten oder nie an den Treffpunkten des Drogenhandels auf und werden dementsprechend durch die dortige aufsuchende Drogenhilfe auch nicht erreicht. Für sie muß es andere Angebote geben.

Wir gehen davon aus, daß während des Fünf-Jahres-Längsschnitts weitere homogene Untergruppen in beiden Geschlechtsgruppen sichtbar werden und unsere Forschungsergebnisse dazu beitragen können, Drogenarbeit zielgruppenspezifischer zu gestalten.

In: Fromm, C./Savier, M./Kreyssig, U./Kurth, A./
Eichelkraut, R./Simon, A.:
Alltagsbewältigung. Rückzug - Widerstand?
Schriftenreihe "Alltag und Biografie von
Mädchen", Bd. 7, hrsg. von der Sachver-
ständigenkommission Sechster Jugendbericht,
Opladen 1984, S. 49-102

Kreyssig, Ulrike/Kurth, Anne:

Daneben gelebt
Drogenabhängige Mädchen
und ihre Lebenswelt

Inhalt

I.	<i>Drogenpolitik, Jugendarbeit – und wo bleiben die Mädchen?</i> . . .	51
1.	Zur Methode von Frauenforschung anhand eines praxisorientierten Forschungsprojektes mit drogenabhängigen Mädchen	53
II.	<i>Die Lebenswelt drogenabhängiger Mädchen und Frauen</i>	56
1.	Statistische Angaben	56
2.	Sozialisationsverläufe drogenabhängiger Mädchen	57
2.1	Erfahrungen im Elternhaus	57
2.2	Heimerfahrungen	62
2.3	Schule und Ausbildung	64
2.4	Pubertät und Identitätssuche	65
2.5	Erster Drogenkonsum	68
3.	Heroin- und andere Suchtmittelabhängigkeit	70
4.	Fixerinnenidentität	72
4.1	Neue Realitäten	72
4.2	Selbstbild und Fremdbilder	73
5.	„Das Leben auf der ‚Scene‘“	74
5.1	Beziehungen – ‚Liebe‘ und ‚Geschäft‘	76
5.2	Prostitution, Geld und Gewalt	77
5.3	Streetwork	79
III.	<i>Gesetzgeberische Maßnahmen und Entwicklungstendenzen im repressiven Bereich</i>	80
1.	Das neue Betäubungsmittelgesetz	80
1.1	Polizeilicher Zugriff	80
1.2	„Totale“ Institutionen	81
1.3	Therapie statt Strafe	86
1.4	Eigenversuche und Fremdversuche	86
1.5	Kein Schutz für drogenabhängige Mädchen und Frauen	88
IV.	<i>Möglichkeiten und Grenzen der Rehabilitation drogenabhängiger Mädchen und Frauen</i>	90
1.	Drogenberatungsstellen	90
2.	Therapieeinrichtungen	91
3.	Therapiemotivationen und -abwehr bei drogenabhängigen Mädchen und Frauen	93
3.1	Therapieerfahrungen vor drogenabhängigen Frauen in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen	94
4.	Therapeutische Mädchen- und Frauenwohngemeinschaften	96
V.	<i>Forderungen und Konsequenzen für die Arbeit mit drogenabhängigen Mädchen und Frauen</i>	98
	Literaturverzeichnis	101

I. Drogenpolitik, Jugendarbeit – und wo bleiben die Mädchen?

In der Bundesrepublik und West-Berlin ist das ‚Drogenproblem‘ lange ignoriert worden. Erst als sich Mitte der siebziger Jahre in der Presse die Meldungen über den Anstieg der Anzahl jugendlicher Herointoter überschlugen, begannen staatliche Stellen zu handeln. Einzelne Forschungsprogramme entstanden, das Beratungs- und Betreuungsangebot wurde – wenn auch geringfügig – erweitert, der umstrittene repressive Bereich – Polizei und Justiz – personell und finanziell aufgerüstet, suchtprophylaktische Strategien entwickelt.¹ Medienspots, Plakataktionen, Musikveranstaltungen dienten als Maßnahmen zur Drogenaufklärung in Schulen und Jugendfreizeitheimen. Über diesen z. T. längst überfälligen Bemühungen um eine gesellschaftliche Lösung des Drogenproblems, gerieten allerdings die Adressaten dieser Programme – die betroffenen Abhängigen – mehr und mehr aus dem Blickfeld.

Zwar hatte sich gezeigt, daß der Mißbrauch ‚harter‘ Drogen ein jugendspezifisches Phänomen war und weiterhin ist, doch schien niemand so recht an den Motiven der Jugendlichen für den Drogenkonsum, an den Gründen für den Ausstieg aus ‚normalen‘ Lebensformen und an dem Widerstand gegenüber Rehabilitationsmaßnahmen interessiert zu sein. Vor allem ignorierten (männliche) Drogenpolitiker, Wissenschaftler und Praktiker in ihren theoretischen und praktischen Arbeitsansätzen einmal mehr die Mädchen und Frauen unter den jugendlichen ‚Aussteigern‘, obwohl diese heute schon fast 40% der Drogenkonsumenten ausmachen.²

Bisher gibt es weder Versuche, Suchtmittelabhängigkeit von Frauen zu erklären, indem ihre spezifischen Erfahrungen in Familie, Heim, Jugendgruppe und später auf der Scene zur Kenntnis genommen werden, noch praktische Ansätze, die sich um die Entwicklung frauenadäquater Beratungs- und Therapieformen bemühen. Niemand scheint es z. B. bisher aufgefallen zu sein, daß weitaus weniger drogenabhängige Frauen als Männer in therapeutischen Einrichtungen anzutreffen sind. Diese Ignoranz gegenüber weiblicher Lebensrealität, gegenüber den spezifischen Erfahrungen, Wünschen, Erwartungen und Enttäuschungen von Mädchen und Frauen ist kein Novum in der Geschichte der Jugendpolitik und Jugendarbeit.

Beide haben sich in den vergangenen Jahrzehnten immer an den Interessen, Erfahrungen und Problemen männlicher Jugendlicher orientiert. Von Mädchen wurde nur am Rande Notiz genommen.

Mädchen gelten als angepaßt, sozial unauffällig und pädagogisch leicht erreichbar und ansprechbar. Dort, wo sie allerdings durch expressives Verhalten, ‚Trebeleben‘, und klein-kriminelle Delikte auffallen und nicht dem konventionellen Mädchenbild entsprechen, werden sie schnell als verwahrlost stigmatisiert (vgl. Kieper 1980).

Mädchen waren innerhalb der Jugendarbeit oft nur in einer Funktion wichtig: Durch ihre im weiblichen Sozialisationsprozeß angeeigneten emotionalen und kommunikativen Fähigkeiten wurden, bzw. werden sie immer noch zu Garanten eines angenehmen atmosphärischen Klimas in Schulen und Jugendfreizeitheimen.

Erst feministische Pädagoginnen, die durch eigene Sensibilisierung für Formen von Frauenunterdrückung die herrschende Pädagogik in Frage stellten, begannen die Wünsche, Hoffnungen und Probleme, die Stärken und Schwächen der Mädchen aufzugreifen und eine an den Interessen von Mädchen ansetzende Pädagogik zu entwickeln.

Trotz dieser Entwicklung blieb die Drogenarbeit weiterhin fest in Männerhand. Die Ignoranz gegenüber der Geschlechterdifferenz setzte sich hier fort, die Ausgrenzung der Mädchen blieb bestehen. Wenn von den gefährdeten oder drogenabhängigen Jugendlichen die Rede war (und ist), hat(te) man immer den männlichen Jugendlichen im Blickfeld (vgl. Berger/Reuband/Widlitzek 1980, Hücke 1981, Kutsch/Wiswede 1980).

Die Unterschiede in den Lebenswelten der Mädchen und Jungen, die jeweiligen geschlechtsspezifischen Beweggründe und Auslöser für den Drogenmißbrauch werden nach wie vor nicht zur Kenntnis genommen. Eine so konzipierte allgemeine, d.h. männerzentrierte Drogenarbeit und Drogenprophylaxe muß dann aber für Mädchen und Frauen scheitern. Aufgrund der einseitigen Orientierung in der Drogenforschung und Drogenarbeit nimmt es nicht wunder, daß es kaum Material über weibliche Drogenabhängige gibt, sieht man von eher zufälligen Erwähnungen in einzelnen Publikationen ab (vgl. Parow/Hegi/Niemeyer/Strömer 1976). Im folgenden entwickeln wir einen ersten Ansatz, Drogenabhängigkeit bei Frauen auf dem Hintergrund spezifisch weiblicher Lebensrealität zu begreifen.

Zwar wird hier keine ‚Theorie‘ weiblicher Drogenabhängigkeit vorgestellt, doch können die entwickelten Fragestellungen, Thesen und ersten Interpretationen die Grundlage bilden für eine neue theoretische Perspektive in der Suchtforschung und für eine dringend notwendige Umorientierung in der praktischen Arbeit mit drogenabhängigen Mädchen und Frauen.

Aufgrund unserer Forschungs- und Praxisarbeit mit dieser Zielgruppe³ lassen sich bestimmte weibliche Sozialisations- und Erfahrungsmuster, bestimmte Selbstbilder und spezifische Grundstrukturen in Jugendgruppen angeben, die den erstmaligen Drogenkonsum bei Mädchen und Frauen nahelegen. Und es lassen sich bestimmte Bedingungen rekonstruieren, die Ursache dafür sind, daß Drogenkonsum fortgesetzt wird. Denn Drogenprobiererinnen werden nicht gleich zu abhängigen Konsumentinnen.

Experimente mit Drogen – in erster Linie mit Zigaretten, Alkohol, Marihuana, Haschisch, aber auch mit LSD, Kokain und manchmal Heroin – gehören immer noch zu wichtigen jugendspezifischen Selbst- und Gruppenerfahrungen. Sie stellen Versuche der experimentellen Grenzüberschreitung dar, verbergen in sich die Suche nach Sinn, nach Identität und Leben. Den – exzessiven – Drogenmißbrauch, der zu einer physischen und psychischen Suchtmittelabhängigkeit führt, begreifen wir dagegen als selbstzerstörerische Konflikt(vermeidungs)strategie. Der Drogenmißbrauch hat die Funktion, negative Erfahrungen, ein negatives Selbstbild unwirklich werden zu lassen und scheinbar unerfüllbare Bedürfnisse und Sehnsüchte so zu kanalisieren, daß keine Anstrengungen mehr unternommen werden müssen, um innerpsychische Problematiken und/oder äußere konfliktverursachende Lebensbedingungen zu verändern.

1. Zur Methode von Frauenforschung anhand eines praxisorientierten Forschungsprojektes mit drogenabhängigen Mädchen

Unsere Ausgangsüberlegung ist, daß die in der herrschenden patriarchalischen Gesellschaftsstruktur für alle Frauen geltenden Unterdrückungsmechanismen, geschlechtsspezifischen Identitätsformen und Erfahrungsmuster auch in den Biographien weiblicher Heroinabhängiger wiederzufinden sein müssen. Darüber hinaus muß es spezifisch andere Erfahrungen oder eine andere Qualität dieser Erfahrungen geben. Worin diese bestehen, bzw. worin die Spezifika der Erfahrungen, Konflikte und Verarbeitungsmuster weiblicher Drogenabhängiger liegen, die ein Leben mit „harten“ Drogen zur einzigen Überlebensstrategie werden lassen, kann u.E. nur im Rahmen eines Frauenforschungsansatzes erarbeitet werden (zum Frauenforschungsansatz vgl. Mies, 1978). Frauenforschung heißt für uns, den Versuch wagen, sich so in die Lebenswelt und Erfahrungsbereiche der „Forschungsobjekte“ hineinzubegeben, daß die Wahrnehmungs-, Verhaltens-, und Interpretationsweisen der betroffenen Frauen von „innen“ heraus verstehbar werden. Das schließt gleichzeitig eine quantitativ ausgerichtete, mit standardisierten Fragebögen arbeitende Forschung aus.

Der Zugang zu den „zu erforschenden“ Frauen kann über gemeinsame Arbeit, ein geplantes gemeinsames Projekt, kontinuierliche Begegnung, Konfliktaufarbeitung u.ä. versucht werden.

Frauenforschung impliziert, ein hierarchisches und distanziertes Verhältnis zwischen Forscherin und „Betroffener“ auf der Grundlage eines gemeinsamen Austausches über die gelebten Erfahrungen als Frau aufzuheben. Das heißt für die Forscherin, auch ihre Erfahrungen, ihre Wahrnehmungen und Interessen der „betroffenen“ Frau kontinuierlich zu vermitteln, wie es ihrerseits die „betroffene Frau“ im Forschungsprozeß versucht.

Auf der Basis eines so hergestellten Vertrauensverhältnisses können die Deutungen und Interpretationen der „betroffenen Frau“ und der Forscherin in ihrer Übereinstimmung und in ihrer Differenz deutlich werden; tendenziell wäre eine Rollenumkehrung möglich, in der sich die „betroffene“ Frau als Expertin ihrer Situation erweist und die Forscherin zur Lernenden wird.

Frauenforschung zielt auf Veränderung, auf Aufhebung von Unterdrückung und Diskriminierung. Die im Forschungsprozeß gewonnenen Erkenntnisse werden, soweit sie über den gemeinsamen Prozeß zwischen Forscherin und betroffenen Frauen hinaus, sozusagen „privat“ ermittelt werden, an die „Erforschten“ zurückvermittelt. Mit Hilfe dieser kollektiv gewonnenen Erkenntnisse sollen für die Betroffenen und Forscherinnen Handlungsperspektiven eröffnet, problemadäquate Innovationen und Informations- und Öffentlichkeitsarbeit in die Wege geleitet werden (vgl. als Beispiel von Frauenforschung die Dokumentation des Frauenhauses Köln 1980).

Die Methodologie und Methode von Frauenforschung läßt noch eine Reihe von Problemen offen, vor allem hinsichtlich der „gemeinsamen“ Basis zwischen Forscherin und Betroffener, der objektiv unterschiedlichen Machtverteilung, der möglichen Differenz in der Interpretation von Erfahrungen etc. Diese Fragen können nur langfristig durch kollektive Diskussionen unter Frauenforscherinnen und durch fortlaufend neue Erfahrungen in Frauenprojekten beantwortet werden.

Das oben skizzierte Verständnis von Frauenforschung liegt unserer Arbeit mit drogenabhängigen Mädchen und Frauen zugrunde. Ziel dieser Arbeit war es, mit Hilfe eines Frauenforschungsansatzes herauszuarbeiten, welcher Zusammenhang zwischen der Sozialisation zur Frau und dem Beginn einer Heroinabhängigkeit besteht, welche spezifischen Probleme eine Fixerinnenexistenz impliziert und wie ein Beratungs- und Therapieangebot auszusehen hätte, das die spezifischen Erfahrungen und Problematiken weiblicher Abhängiger produktiver, d. h. hilfreicher und wirkungsvoller aufzugreifen versteht.

Als wir mit unserer praxisorientierten Forschung begannen, war uns bewußt, daß wir nur dann Wesentliches und Wirkliches über weibliche Drogenabhängige erfahren würden, wenn wir die Betroffenen über einen längeren Zeitraum kontinuierlich aufsuchen und mit ihnen zusammenarbeiten würden.

Drogenabhängige Frauen sind an verschiedenen Stellen erreichbar: auf der 'Scene', in Drogenberatungsstellen, im Gefängnis und in therapeutischen Einrichtungen. Da sie auf der 'Scene' zu beschäftigt und häufig „vollgedröhnt“ sind, in Beratungsstellen und therapeutischen Einrichtungen der Selbstfindungsprozeß durch uns hätte gestört sein können, arbeiteten wir zwei Jahre im Knast. Auch deswegen, weil hier die Mädchen anzutreffen sind, denen es am schlechtesten geht, die am meisten Unterstützung brauchen.

In diesem Zeitraum haben wir ungefähr 70 Mädchen und Frauen im Alter von 16-24 Jahren erlebt, mit ihnen Gespräche geführt, uns um gemeinsame Aktivitäten bemüht, Einzel- und Gruppeninterviews aufgezeichnet. Lebensgeschichtlich orientierte Interviews, die die Bereiche Familie/Heim/Schule, Pu-

bertät/Sexualität, erste Drogenerfahrungen/Scene/Knast, Therapie und Zukunft umfassen, haben wir von 30 Frauen erfaßt. D. h., wir haben natürlich – nach statistischen Kriterien – keinen repräsentativen Querschnitt der weiblichen Drogenabhängigen als Grundlage für unsere Aussagen.

Gespräche und Austausch mit anderen drogenabhängigen Mädchen und Frauen, mit Drogenberaterinnen und Therapeutinnen haben allerdings gezeigt, daß die von uns herausgearbeiteten und hier dargestellten Entwicklungen, Erfahrungen und Bewältigungsmuster auch für andere, drogenabhängig gewordene Frauen nicht untypisch sind.

Die Frauen, die bisher das Glück hatten, nicht registriert zu werden, die von der traumatischen Gefängniserfahrung verschont worden sind, mögen andere ökonomische Grundlagen ihrer Existenz haben, wohlhabende Eltern, Freunde, gehobene Formen der Prostitution u. ä. Es bedeutet allerdings nicht, daß der Entstehungszusammenhang ihrer Sucht und die spezifischen Erfahrungen auf der Scene, in der Beratung und Therapie andere als die hier dargestellten sind.

II Die Lebenswelt drogenabhängiger Mädchen und Frauen

1. Statistische Angaben

Statistischen Angaben zufolge, kann man von etwa 60.000 – 80.000 Drogenabhängigen in der Bundesrepublik und West-Berlin ausgehen (Kreutzer 1981), von denen schätzungsweise ein Drittel Frauen sind. Verschiedene Indikatoren – z. B. die jährlichen Angaben über die Geschlechteranteile der polizeilich erstmals registrierten Drogenabhängigen oder der Anteil der Frauen bei den Drogentoten – weisen allerdings darauf hin, daß der Anteil weiblicher Drogenabhängiger in den letzten Jahren proportional stärker ansteigt als der der männlichen Fixer.

Die Frauen, die anfangen, 'harte' Drogen zu nehmen, sind in der Regel jünger als männliche Drogenkonsumenten. So zeigen z. B. Daten des Landeskriminalamtes Nordrhein-Westfalen, daß bei den 1977 erstmals erfaßten Konsumenten harter Drogen, Frauen bei den 14 – 17jährigen einen Anteil von über 50 % ausmachten (vgl. Kreutzer 1981).

In den Beratungsstellen und vor allem in den Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige sind Frauen deutlich unterrepräsentiert. So betrug laut statistischer Auswertung der Jahresberichte verschiedener Modelleinrichtungen im Drogenbereich, 1977 der Anteil von Frauen bei den Neuzugängen zu stationären Einrichtungen der Drogentherapie lediglich 19 % (Kreutzer 1981).

Eine 1979 in Berlin durchgeführte epidemiologische Studie zur Heroinscene in Berlin kommt zu ähnlichen Ergebnissen.⁴

So waren von den etwa 6.000 ermittelten Drogenabhängigen in Berlin 34,4 % weiblich, wobei der Anteil der Frauen bei den Neuzugängen zur 'Scene' von Jahr zu Jahr 'beschleunigt' zunimmt (Skarabis/Patzak 1981). Das Einstiegsalter der Frauen liegt im Durchschnitt etwa 15 Monate niedriger als bei männlichen Abhängigen, bei etwa 18 Jahren. Die Studie weist bezüglich der sozialen Herkunft der Drogenabhängigen nach, daß diese überwiegend (zu 80 %) aus den sog. „unteren“ sozialen Schichten kommen. Allerdings wird hier das umstrittene 4-Schichtenmodell zugrunde gelegt, daß sich in seiner Einteilung an der Einkommensverteilung und beruflichen Position des Hauptnährers orientiert.

Die Aussagen zur sozialen Herkunft der Drogenabhängigen werden ebenso wenig geschlechtsspezifisch differenziert wie die Angaben zur Schul- und Berufsausbildung.

Es wurde lediglich ermittelt, daß 74 % der Drogenabhängigen keine höhere Schulbildung erreicht haben als den Hauptschulabschluß und daß nahezu 90 % der Drogenabhängigen ohne Berufsausbildung sind, bzw. die Lehre abgebrochen haben.

Bezüglich der Therapieversuche weist die Studie nach, daß von je 100 Drogenabhängigen 'im Mittel' 20 Therapieversuche von männlichen und 23 von weiblichen Abhängigen gemacht worden sind. Das bedeutet, daß sich drogenabhängige Frauen öfter als Männer um eine Therapie bemühen, wobei offen bleibt, ob sie diese auch häufiger als Männer erfolgreich beenden.

2. Sozialisationsverläufe drogenabhängiger Mädchen

Außer den erwähnten statistischen Daten, die wenig Aussagekraft haben, ist über drogenabhängige Mädchen und junge Frauen bisher kaum etwas bekannt.

Die Fachliteratur, selbst neuere Untersuchungen (Reuband/Berger u. a., 1980) zum Problem der Drogenabhängigkeit, haben fast ausschließlich den männlichen Fixer zum Thema, so, als gäbe es das Problem für Frauen nicht. Einzige Ausnahme ist das populärwissenschaftliche und weitreichend bekannte Buch 'Christiane F.', ein Buch, das für Schulklassen eine Art alternativer Reiseleiter durch Berlin geworden ist und zu Unrecht viel Aufsehen erregt hat. Es ist zwar ein Blick hinter die Kulissen der schillernden Welt der Drogen getan worden, er hat allerdings mit der Realität der Abhängigen wenig gemein. Weder ist diese Welt besonders exotisch, aufregend, voller Geheimnisse, noch ist die Lösung von der Droge mit dem Weggang aus der Stadt zur Tante auf's Dorf geschafft. Das Buch reizt eher zur Nachahmung, als daß es die erhoffte abschreckende Wirkung hat (Christiane F. 1979).

Unsere biographisch orientierten Gespräche mit drogenabhängigen Frauen zeigen zwar Übereinstimmungen, aber auch deutliche Unterschiede zur Geschichte der Christiane F.

Im folgenden wollen wir darstellen, was die eher typischen Erfahrungen drogenabhängiger Mädchen und Frauen im Elternhaus, im Heim, in der Schule, in den Cliques und vor allem auf der 'Scene', in Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen und im Gefängnis gewesen sind.

2.1 Erfahrungen im Elternhaus

2.2.1 Gewalt des Vaters

Die überwiegende Anzahl der von uns interviewten drogenabhängigen Frauen wuchs im Elternhaus auf, in der Herkunftsfamilie; einige Frauen ver-

brachten einen Teil ihrer Kindheit und Jugendzeit in Heimen, einige wenige lebten allein mit der Mutter und/oder der Großmutter.

Die prägenden familialen Erfahrungen, von denen die Frauen berichten, lassen sich als 'partriarchalische' Gewalterfahrung kennzeichnen. Die Frauen erlebten in einem besonderen Ausmaß physische, psychische, oft sexuelle Gewalt, die ihren ohnehin existierenden Abhängigkeits- und Ohnmachtsstatus – als Tochter der Familie – negativ verstärkten.

Interessanterweise ist in der – männlich bestimmten – Literatur zu Biographien Drogenabhängiger u. W. an keiner Stelle von partriarchalischen Gewaltstrukturen und spezifischen Gewalterfahrungen die Rede. Faktoren, die in der gängigen Literatur zur Erklärung von Suchtgenese herangezogen werden, sind zum einen das als 'broken-home' klassifizierte Sozialisationsmilieu (Eltern leben getrennt, in Scheidung u. ä.), zum anderen die 'laissez-faire' Erziehungshaltung oder das überfürsorgliche Erziehungsverhalten der Mutter (starke Mutterbindung, Abschirmung von Belastungen etc.).

Im Gegensatz zu diesen – oft wiederholten – Erklärungsmustern scheinen uns die hier thematisierten Gewalterfahrungen mit ihren spezifischen psychischen, physischen und sozialen Auswirkungen weit eher für die Suchtgenese von Frauen kennzeichnend zu sein. D.h. nicht, daß alle drogenabhängigen Frauen aus Gewalt- und Mißhandlungsbeziehungen kommen, und es bedeutet ebensowenig, daß erlebte Gewalt immer durch eine Suchtentwicklung 'bewältigt' wird, allerdings vermuten wir hier einen 'dark continent', einen unerforschten, auch tabuisierten Bereich.

Die Gewalt, der Mädchen ausgesetzt sind, ist fast immer die Gewalt des Vaters. Sie strukturiert im Mädchen frühzeitig das Bild der ohnmächtigen, mißbrauchten und wertlosen Frau.

In den vollständigen Familien, in denen die Eltern noch zusammenleben, bzw. in familienähnlichen Verbindungen werden die Mütter und Kinder häufig von Vätern geprägt und mißhandelt, wobei Alkohol eine wichtige Rolle spielt.

Kennzeichnend für viele dieser familialen Situationen stehen folgende Interviewausschnitte:

Katrin: „Meine Kindheit? Was mir einfällt? Ne ganze Menge, weißt du. Nen besoffenen Vater, ne Mutter, die immer heult, nen Vater, der immer zuschlägt und ich, die dazwischengeht.“

Margret: „... der (der Vater, d. A.) hat immer gesagt, die Wohnung hier, das Saubermachen geht vor, als die Schule, nur rumbefiehlt, also echt, ich hab mich total unwohl gefühlt. Ja, wenn du irgendeine blöde Bemerkung gemacht hast, dann hat er, also bei mir hat der immer zugeschlagen. Einmal da hat der eine Zigarettenschachtel bei mir gefunden, da hat der auf mich eingepöbeln, ich denk, ich werd nicht mehr...“

Die Töchter werden in diesen Familien zusätzlich offen abgelehnt, entwertet und auch sexuell bedroht. Etliche Mädchen sind von ihren Vätern, Stiefvätern oder 'Freunden' der Familie vergewaltigt worden.

Gabriele: „Ja, ja der (der Vater, d. A.) hätte mich am liebsten auf der Müllschaufel ge-

sehen, das hat er mir ewig vorgeworfen, daß ich ein Mädchen bin, ich sollte ein Junge werden, das war unheimlich finster, er wollte einen Jungen und kein Mädchen – und schon wieder ein Mädchen.“

Beate: „Als ich acht oder neun war, ist mal eine ziemlich finstere Geschichte passiert. Er (der Vater, d. A.) hatte mich schon öfter mal zu sich geholt, gesagt, mal sehen, ob schon was wächst und so, hat mich auch oft angefaßt, ich hab Angst gehabt, habe mich nicht dagegen gewehrt. Dann ist passiert, daß er mal wieder besoffen war und mich zu sich geholt hat, an mir rumgegrabbelt hat, da ist meine Mutter nach Hause gekommen, da hat es einen furchtbaren Streit gegeben.“

Gabriele: „Ja, das ist so'n richtiger Berber gewesen, bei dem gab es immer nur Mauerkellen. Also, acht, neun Jahre war ich gewesen, da hat der immer die Faust geballt und mir voll einen mitgegeben, dann bin ich natürlich immer weit geflogen, und da hat der sich darüber gefreut, daß er so'n großer Hirsch ist, daß er mir eine knallt und ich fliege weit.“

Eva: „Ich hatte immer Angst, wenn meine Mutter einkaufen gehen mußte, dann mußte ich, jetzt passiert es wieder, jetzt holt mich mein Vater ins Bett oder auf die Couch. Und ich durfte nichts sagen. Ich habe meine Mutter immer gefragt, ob ich nicht mitgehen kann, einkaufen.“ (vgl. auch Frauenselbstverlag, Frauen gegen Männergewalt 1978)

Das erlebte Ausmaß an Erfahrungen von Gewalt, Einschränkungen und sexuellem Mißbrauch verdichtet sich bei den Mädchen zu einem Gefühl wertlos, hilflos, überflüssig zu sein, ohne Recht auf eigene Bedürfnisse und Empfindungen.

Die Mädchen müssen versuchen, sich den Eltern, vor allem dem Vater gegenüber normengerecht zu verhalten: d.h. seinen Wünschen zu entsprechen um nicht fortwährend neue Gewalt auf sich zu ziehen, eigene Bedürfnisse können nicht eingeklagt, Konflikte nicht gewagt werden.

Meist haben die Mädchen keine Möglichkeit, die häufig beliebig ausgeübte Gewalt abzuwehren, oder über sie zu sprechen. Wem können sie ihre Wut, Trauer und Angst auch mitteilen?

Vor allem die Erfahrung des sexuellen Mißbrauchs muß verschwiegen werden, weil die Väter und Stiefväter mit zusätzlicher Gewalt drohen und die Mütter nicht als Ansprechpartnerinnen gewählt werden können. Die Töchter trauen sich oft nicht, mit der Mutter über ihre Erlebnisse zu reden. Sie befürchten, daß ihnen nicht geglaubt wird, daß sie schuldig sind und die Familie zerstören, oder aber sie haben die Mutter als nicht solidarisch erlebt und schweigen deshalb.

Auf diese Weise muß frühzeitig das Verdrängen von Gefühlen und Empfindungen, das passive Erleiden, die Konfliktscheu eingeübt werden – ein Vorgang, der dem Umgehen mit den Gefühlen in der Sucht entspricht, auch dort geht es um Abspaltung, um Selbsttäuschung über das eigene Empfinden.

Auch die – wenigen – Mädchen, die von offener männlicher Gewalt verschont geblieben sind, haben keine positiven Erfahrungen mit ihren Vätern, Stiefvätern etc. gemacht. Wenn der Vater nicht als gewalttätig erlebt wurde, so herrschte zumindest Desinteresse, Abweisung und Verachtung vor; Formen väterlicher Aufmerksamkeit dienten hier allein der Kontrolle des Mädchens. In keiner der von uns erhobenen Lebensgeschichten war von einer liebevollen oder nur neutralen Vater-Tochter-Beziehung die Rede.

Die Mädchen können sich vielfach dem bestimmenden Einfluß des Vaters, Stiefvaters etc. auch deshalb nicht entziehen, weil sie – anders als Jungen – frühzeitig Hausarbeit und Geschwisterversorgung übernehmen müssen.

Selbst dann, wenn die Väter überwiegend außer Haus sind – und nicht wie es häufig vorkommt, als Alkoholranke im Haus die Familie tyrannisieren – sind die Mädchen weiterhin dem Gewalt – und Machtmonopol ausgesetzt.

Geli: „Ich mußte den ganzen Haushalt machen und dann mußte ich auf meine Brüder aufpassen und eine halbe oder ganze Stunde mit denen runtergehen, mußte aber immer daneben stehen, die durften sich nicht dreckig machen, dann hat er mich halb totgeschlagen, wenn sie z. B. Sand in den Schuhen hatten. Um halb fünf kaum er von der Arbeit, da mußten wir vor der Türe stehen. Und wehe, es war fünf nach halb fünf. Das ist so ein richtiges Nazischwein und noch schlimmer.“

2.1.2 Die 'hilflosen' Mütter

Das Verhalten der Mütter in diesen Gewaltzusammenhängen, ihre eigenen Abhängigkeiten und Ängste werden exemplarisch an folgenden Interviewausschnitten deutlich:

Interviewerin: „Und deine Mutter hat sich da nicht eingeschaltet? Geli: „Nee, der hat gesagt, so auf die Art, wenn du dich einmischst, und mir nicht freie Hand läßt, dann gehe ich wieder. Irgendwie hatte sie auch Angst, aber das habe ich damals nicht verstanden.“

Die Mütter sichern zwar in der Regel noch einen Rest an Emotionalität, können aber den Mädchen aufgrund ihrer eigenen Stellung in der Familienhierarchie, ihrer eigenen Erfahrungen von Abhängigkeit und Ohnmacht, kaum Ansatzpunkte für die Entwicklung einer positiven weiblichen Identität bieten. Da sie in ehelichen Streitigkeiten, Konflikten verstrickt sind, häufig massiver Gewalt durch ihre Männer unterliegen – worüber erst durch die Frauenhausarbeit eine Öffentlichkeit hergestellt worden ist – und sich aus Abhängigkeiten durch die Gebundenheit an ihre Kinder schwer lösen können, wenden sie häufig die daraus entstehenden Aggressionen gegen sich selbst (vgl. Benard/Schlaffer 1978).

In den Lebensgeschichten der Mädchen ist häufig von Tabletten- und Alkoholkonsum der Mütter die Rede. Die Mädchen lernen von den Müttern, daß Gefühle nicht gezeigt werden dürfen, Ängste und Probleme verdrängt werden müssen – durch Flucht in die Droge – und daß diese Flucht gesellschaftlich und sozial akzeptiert ist, solange dieses Verhalten unauffällig bleibt. Die Mädchen lernen nicht, daß Frauenleben auch Selbstvertrauen, Aktivität und Gegenwehr beinhalten kann. Die Mütter versuchen auch häufig, die Töchter über die reale Situation in der Familie, über Divergenzen, Konflikte zwischen den Partnern, über Trennungsabsichten, über Geldsorgen etc. zu täuschen. Sie arbeiten daran – nach 'außen' und nach 'innen' –, den Schein einer 'heilen', funktionierenden Familie aufrechtzuerhalten, weil nach ihnen – und den gesellschaftlichen – Rollenbildern, ihre Aufgabe als Frau und Mutter darin besteht, für den Zusammenhalt zu sorgen, auch unter Aufgabe eigener Bedürfnisse und Interessen. Diese Täuschungs- und Konfliktvermeidungsstrategien haben für die Tochter die

Auswirkung, daß sie ihren eigenen und fremden Gefühlen und Wahrnehmungen zu mißtrauen lernt und ebenfalls Konfliktvermeidungsverhalten einübt.

2.1.3 'Broken-home-Familien' und alleinerziehende Mütter

Die Anzahl der Mädchen aus „broken-home“-Familien ist in unserer Untersuchung geringer, als sich aufgrund von offiziellen Daten vermuten ließe (vgl. Kutsch/Wiswede 1980). Zwar sind eine größere Anzahl von Eltern geschieden, bzw. getrennt; dabei leben aber die jeweiligen Elternteile mit neuen Partner/innen zusammen. Die familialen Grundstrukturen unterscheiden sich nicht wesentlich von den im vorangegangenen Kapitel dargestellten.

In den Erzählungen der Frauen, die allein oder mit Geschwistern bei der Mutter aufgewachsen sind, haben wir zwei Grundmuster von mütterlichem Verhalten wahrgenommen:

Ein Teil der Mütter wird als besonders streng und disziplinierend erlebt. Sie wachen darüber, daß die Tochter alle Haushaltspflichten und Arbeitsaufträge sorgfältig ausführt. Diese Mütter wollen die Töchter „gut“ auf die Realitäten des Lebens vorbereiten. Die Mädchen beklagen sich über mangelnde emotionale Zuwendung und Geborgenheitsgefühle. Die anderen Mütter verhalten sich eher fürsorglich, sind aber übereifrig in der Betreuung, wobei sie sich ängstlich an die Tochter klammern. Sie fühlen sich häufig überfordert durch (Beruf und) Familie und entwickeln Versagungsängste in Bezug auf die Erziehung der Kinder und gleichzeitig Angst vor dem Verlust ihrer „Liebesobjekte“. Beide 'Typen' von Müttern verhindern eine Selbstentfaltung und ein Unabhängigwerden der Töchter, die eine durch ihr Dominanzverhalten, die andere durch eine fortwährende Zuschreibung von Verantwortung.

Es hat sich gezeigt, daß die Mütter mit der Drogenabhängigkeit ihrer Töchter nicht adäquat umgehen können, beide verhindern eine aktive Auseinandersetzung mit der Sucht. Die Mütter, die sich eher streng und disziplinierend verhalten haben, lehnen die Töchter ab, weil diese in der Lebensbewältigung ‚versagt‘ haben, die fürsorglichen Mütter versuchen, der Tochter durch noch engere Bindung an sich zu helfen, statt ihr Freiräume für eine Abgrenzung und Selbstentwicklung zu geben.

Sie geben häufig wissentlich/unwissentlich Geld für Heroin, um die Tochter nicht leiden zu sehen, und befinden sich in einer permanenten Verständigungsbereitschaft aufgrund eigener Schuldgefühle.

Großmütter

Die einzigen stabilen Bezugspersonen in der Kindheit sind für viele Mädchen die Großmütter gewesen, die bei Erwerbstätigkeit der Mütter Erziehungsaufgaben übernommen haben. Sie hatten Zeit, haben den Mädchen Zuwendung gegeben, sie verwöhnt, bei ihnen konnte die Enkelin ein fehlendes Stück Geborgenheit finden. Mit deren Tod fallen die Mädchen oft in ein 'emotionales Loch', sind einsam und desorientiert.

Gerda: „Wenn meine Eltern arbeiten waren, ist meistens meine Oma gekommen, hat auf uns aufgepaßt, hat uns das Essen gemacht, Meine Oma, die war so liebevoll, auch als ich Schulferien hatte, bin ich immer zu ihr hingefahren oder über's Wochenende, zu der hatte ich einen guten Draht. Die hat mich auch immer in Schutz genommen gegenüber meinen Eltern. Wenn meine Oma da war, haben wir so Spiele gemacht und so, was meine Eltern eigentlich nie mit uns gemacht haben. Sich also mal gekümmert oder was mit uns gemacht haben, was Spaß macht. Wenn meine Eltern dann so kamen, es ging immer alles so gerade, war ein bißchen streng.“

... Meine Oma ist dann gestorben, während des ersten halben Jahres, als wir in dem neuen Haus gewohnt haben, das war ein ganz schöner Schlag für mich. Die erste Zeit hat sie noch im Krankenhaus gelegen, da bin ich sie dann besuchen gegangen, dann ist sie gestorben. Dann habe ich mich alleine gefühlt, daß ich gar keinen mehr habe.“

2.2 Heimerfahrungen

Durch das Erleben der Einschränkungen, der sozialen Kontrolle, der Gewalt und des Alleinseins entwickeln sich bei vielen Mädchen heftige Ausbruchsphantasien, Widerstände, Bedürfnisse „abzuhauen“, sich der Verantwortung für Haus- und Beziehungsarbeit zu verweigern. Darauf reagieren die Eltern aus Unverständnis und Hilflosigkeit mit erneuten Sanktionen und Einschränkungen. Die Mädchen werden geschlagen, es wird ihnen mit dem Jugendamt gedroht, sie hauen ab, kommen wieder, schließlich geben die Eltern ihre „Bemühungen“ auf oder die Mädchen wollen selber nicht wieder nach Hause zurück. Sie gehen gezwungenermaßen, aber einige auch freiwillig ins Heim.

Viele der später drogenabhängigen Mädchen berichteten uns, daß sie sich im Heim, vor allem wenn dort junge Erzieher/innen gearbeitet haben, zu denen sie befriedigende Kontakte knüpfen konnten, zunächst wesentlich wohler gefühlt haben als im Elternhaus. Sie hatten mehr Freiräume, und es gab Gleichaltrige, die in einer ähnlichen Situation waren. Häufig sind in dieser Zeit vor allem intensive Freundschaften zu Mädchen entstanden.

Maria: „... und dann haben meine Eltern weiter nichts dagegen gehabt und haben gesagt, naja, wenn du ins Heim willst, dann mußt du halt gehen. Und dann hab ich vom Jugendamt ein Heim zugewiesen gekriegt, ein ganz tolles, da waren auch so Leute wie du, die Mitarbeiter. Ich habe mich da wahnsinnig wohlfühlt, die haben auch nich so auf jeden Fussel geguckt, fand ich irre.“

Allerdings fällt in die Heimzeit oft auch der erste Kontakt zu Drogen – Alkohol, Tabletten und Haschisch³.

Die Mädchen wollen Erfahrungen verdrängen, Neues erleben, Ängste bewältigen, Drogen bieten sich als Verdrängungs- und Kommunikationsmittel an.

Gerda: „Ich wollte ins Heim, ich fand's da auch ganz gut, Na, und im Heim habe ich dann angefangen zu kiffen und so. Die Erzieherinnen fand ich auch nett, zu einer sind wir auch ab und zu mal nach Hause gefahren, alleine oder mit noch einem Mädchen. Dann sind wir auch immer mit denen weggegangen, wir hatten ja auch Ausgang, haben auch mal bei denen übernachtet, aber die sind auch so mal mit uns weggegangen.“

Maria: „Da habe ich dann auch meinen ersten richtigen Freund gehabt, und ne Freundin ... und dann haben wir mal alle eine ganz Nacht so zusammengessen und da sagt der eine: rauchen wir was? Ich habe gedacht, der meint Zigaretten, aber der meint, nee, Pfeife, weißt du, was da drin ist? Haschisch ist da drin.“

Na ja, sage ich, merkt man da was? Jedenfalls, ich rauche und rauche und merke überhaupt nichts und die anderen haben geraucht und haben gegackert und haben da rumgemacht. Nächste Nacht sagte er: willst du wieder mitrauchen? Die haben auch gesagt, daß man bei den ersten Malen nichts merkt, da habe ich gedacht, okay, rauchste nochmal mit. Ich habe mir da auch so von versprochen, daß du so ein bißchen high wirst und dich mehr traust. Naja, und dann habe ich auch mitgeraucht und hab auch was gemerkt, ich hab mich unheimlich frei gefühlt ... Von da an haben wir das fast jede Nacht gemacht.“

Der gemeinsame Drogenkonsum schafft verbindende Gruppenerlebnisse, gibt den einzelnen beteiligten Mädchen das Gefühl, etwas Besonderes zu sein, Nicht-Alltägliches zu erleben.

Zwar enthält der Konsum 'weicher' Drogen immer auch ein Moment von 'Rebellion' gegen alltägliche Anforderungen der Heimsituation, verweist er auf den Versuch des 'Gegenlebens' – der Konsum geschieht ja heimlich – doch sichert er den Mädchen in erster Linie einen Identitätszuwachs, Selbstvertrauen, Aufmerksamkeit.

Meistens endet für die Mädchen die Zeit im Heim wegen des fortgesetzten Drogenkonsums: Die Institution sieht die anderen Mädchen und Jungen zunehmend gefährdet. Drogenverbote werden ausgesprochen, die umgangen werden, das nötige Vertrauen ist nicht mehr gegeben, die Mädchen müssen gehen.

Die Vermutung liegt nahe, daß die Mädchen zu diesem Zeitpunkt schon zu tief das Gefühl von Wertlosigkeit, von eigenem Versagen verinnerlicht haben, als daß sich mit einfachen pädagogischen „Hilfestellungen“ Orientierungslosigkeit und Ausgrenzungserlebnisse wieder aufheben ließen. Es würde vermutlich eines besonderen Einfühlungsvermögens und Vertrauensverhältnisses zu einer Person im Heim bedürfen, besonderer Zuwendung und Anerkennung, um den spezifischen Erfahrungen der Mädchen mit Gewalt und Zurückweisung im Elternhaus etwas entgegenzusetzen zu können. In Institutionen, wie Heime sie darstellen, kann dies kaum gelingen.

Einige Mädchen wurden nach der ersten Heimzeit von ihren Eltern in geschlossenen Heimen untergebracht, z.B. in dem damals berüchtigten, mittlerweile aufgegebenen Mädchenheim ‚Birkenhof‘ bei Hannover, in denen sie hinter haushohem Stacheldraht Anpassung, Gehorsam und Pflichterfüllung lernen sollten.⁵ Ausbruchsversuche aus diesen gefängnisähnlichen Heimen wurden mit schweren Strafen geahndet. Trotzdem versuchten es einige, allerdings ohne Erfolg. Sie verbrachten dort einige Jahre mit wachsendem Haß und Selbsthaß (vgl. Kieper 1980, Gipper/Stein-Hilbers 1980). Andere von uns interviewte Frauen haben eine Zeitlang in sogenannten ‚progressiven‘ Einrichtungen gelebt, z.B. im Georg-von-Rauch-Haus oder im Tommy-Weißbecker-Haus (in Berlin). ‚Progressiv‘ hieß: fortschrittlicher Pädagogik verpflichtet, gemischt-geschlechtlich und selbstverwaltet. Die Erzählungen der Mädchen lassen den Schluß zu, daß in diesen Institutionen die Interessen und Bedürfnisse der

männlichen Jugendlichen eindeutig Vorrang besaßen. Die Mädchen konnten sich Sicherheit und Anerkennung häufig nur über eine männliche Bezugsperson verschaffen. Sexuelle Angriffe und Übergriffe bis hin zu einigen Vergewaltigungen waren in diesen ‚progressiven‘ Heimen nicht selten.⁶

2.3 Schule und Ausbildung

Die geschlechtsspezifische Ausrichtung und Benachteiligung von Mädchen im Bildungssystem, in den Schulen und in späteren Berufswegen ist hinlänglich bekannt (vgl. Schulz 1980). Die von uns interviewten Mädchen haben diese Benachteiligung z.T. deutlich zu spüren bekommen. Zum einen fühlten sie sich in der Schule eher ignoriert, zuwenig gefordert, den Jungen gegenüber benachteiligt, zum anderen ist ihnen nicht selten vermittelt worden, daß frühes Geldverdienen oder eine Versorgungsehe wichtiger sind, als eine qualifizierte Schul- oder Berufsausbildung.

Schon vor Schulbeginn hat die Entwertung der Mädchen ihre Spuren hinterlassen:

Anja: „Mein erstes Erlebnis in der Schule war, daß die Lehrerin mich was fragte, und ich aufgestanden bin und gesagt habe: Ich bin doof, ich weiß das nicht. Das hat mein Vater mir immer erzählt.“

Dennoch gehen fast alle Mädchen zunächst gern zur Schule, da der Schulgang auch einen Freiraum von elterlicher Kontrolle und väterlicher Gewalt beinhaltet.

Erst in dem Maße, wie sie spüren, daß ihre Neigungen und Interessen nicht die notwendige Unterstützung und Anerkennung finden und die Kontrolle der Eltern sich bis zur Schule hin erstreckt – Anrufe bei den Lehrern, Prügel bei schlechten Noten etc. – setzen Schul- und Lernlust ein.

Verstärkt wird diese Verweigerung dadurch, daß die Mädchen durch die anhaltenden Gewalterfahrungen und Konflikte im Elternhaus, in der Schule überfordert sind. Sie können sich nicht auf schulinterne Vorgänge konzentrieren, wenn zuhause der prügelnde, betrunkene Vater und die Erledigung von Hausarbeit auf sie warten.

Renate: „In der Schule eigentlich ja, wa, am Ende der 7. Klasse hat es angefangen, daß ich immer Schule geschwänzt habe, weil ich von zuhause abgehauen bin, deswegen. Na ja, zur Schule bin ich schon gegangen, aber dann nach der zweiten Stunde abgehauen.“

I.: Hat dir auch keinen Spaß mehr gemacht?

Renate: Doch, bis kurz vor Ende der 7. Klasse hat's mir eigentlich Spaß gemacht, aber dann konnte ich mich auch nicht mehr konzentrieren, – nee. Aber im Heim, da war ich dann wieder regelmäßig in der Schule.“

Das „Abhauen“ von zuhause, die Trebezeiten führen schließlich dazu, daß sie den Anschluß an den Unterricht verlieren und immer weniger Motivation haben, regelmäßig zur Schule zu gehen.

Die Tatsache, daß fast keines der drogenabhängigen Mädchen, die wir ken-

nen, eine abgeschlossene (Haupt-)Schulbildung und erst recht keine berufliche Qualifikation hat, deutet darauf hin, daß gerade in diesem Bereich unterstützende Maßnahmen versäumt wurden bzw. versäumt werden.

Die notwendige Unterstützung fehlt häufig auch bei der Berufswahl und während der Ausbildungszeit. Die wenigen Mädchen, die ihre Schulbildung erfolgreich absolviert haben, erleben nicht selten, daß sie ihre Interessen und Bedürfnisse nicht durchsetzen können.

Lena: „Als erstes wollte ich Modezeichnerin werden. Da hat meine Mutter einen Lehrvertrag nicht unterschrieben, weil sie sagte, der Beruf hat keine Zukunft. Dann wollte ich Kfz.-Mechanikerin werden und sowas machen Mädchen nicht, hat sie auch nicht unterschrieben und dann bin ich im Endeffekt nachher im Lettehaus gelandet, hab Hauswirtschaft gemacht“.

Das unzureichende Ausbildungsangebot für Mädchen, die wenigen frauenspezifischen, unterbezahlten Berufe, die ihnen als Zukunftsperspektive angeboten werden, verringern die Lernmotivation noch mehr.

„Was soll ich denn lernen?“ „Ich bekomme doch sowieso keine Lehrstelle!“ Das sind die häufigsten geäußerten Sätze drogenabhängiger Mädchen, wenn es um Fragen der späteren Erwerbsmöglichkeiten geht.

In den Schulen wurden in den vergangenen Jahren verstärkt Drogen, vor allem ‚weiche‘ Drogen, wie Haschisch, Mariuhana, aber auch Tabletten und Alkohol untereinander angeboten und konsumiert.

Der ‚Pausen-Joint‘ oder das gemeinsame Trinken am Kiosk an der Ecke scheinen sowohl dem kommunikativen Miteinander, der Produktion neuer gemeinsamer Erlebnis-inhalte, als auch den Bewältigen ungeliebter Schulsituationen, des Schulstresses und der Schulangst zu dienen. ‚Bekifft‘ oder auf ‚Pille‘ den Unterricht an sich vorbeiziehen zu lassen, empfanden einige Mädchen weit aus lustvoller als den alltäglichen Schulunterricht mitzugestalten. Andere Mädchen griffen gerade vor Klassenarbeiten oder bei schwierigen Schulsituationen (mangelnde Beachtung durch Lehrer/innen, drohender Rausschmiß, gefährdete Versetzung . . .) zu Tabletten, um sich entsprechend der schulischen Ansprüche entweder zu beruhigen oder für den Unterricht zu stimulieren.

2.4 Pubertät und Identitätssuche

Die heranwachsenden Mädchen erleben frühzeitig, daß Sexualität in einem engen Verhältnis zur Gewalt steht. Die Entwicklung eines selbstbewußten und angstfreien Körpergefühls ist deshalb eingeschränkt, bzw. unmöglich. Sexualität und weiblicher Körper dienen männlicher Bedürfnisbefriedigung, so lautet die Botschaft.

Die Mädchen sollen ‚nicht mit einem Kind nach Hause‘ kommen, sie sollen aufpassen, sich ‚aufbewahren‘. Andererseits erfahren sie, daß ihr Körper Objekt ist, über den sie sich Aufmerksamkeit verschaffen können, daß es wichtig ist, attraktiv für Männer zu sein, und das ihr Äußeres und ihr Umgang mit diesem

ihre sozialen Chancen bestimmen. In die Zeit der (beginnenden) Pubertät fallen verstärkt sexuelle Annäherungen und Vergewaltigungen durch Väter und männliche Verwandte.

Im Erleben der Töchter verhalten sich die Mütter eher als Konkurrentinnen: sie sind nicht solidarisch und unterstützend, sie schweigen aus eigenen Ohnmachtsgefühlen und schützen die Tochter nicht (vgl. Sebbar 1980). Die Mädchen schweigen auch, hauen ab, gehen auf Trebe, häufig schon mit 11, 12 Jahren. Sie fühlen sich betrogen, haben „die Schnauze“ voll, und sie wissen inzwischen, daß sich schlechte Erfahrungen durch Alkohol und Tabletten verdrängen lassen.

Ihr soziales Umfeld hat sich als instabil erwiesen, Erwachsene/Eltern werden nicht als Gesprächspartner/innen für auftretende Probleme, Fragen und Konflikte gesehen.

Ulla: „Ja und dann, dann war es soweit – genau – ich durfte also nirgendwohin, ich habe laufend irgendwie Sanktionen gekriegt. Weil ich Nägel gekaut habe, habe ich Stubenarrest gekriegt, wa, im Hochsommer, in den Ferien, echt, bis zum letzten Tag. Und denn wollte ich mal nach der Schule zu ner Freundin mit nach Hause und dann hieß es wieder: nee, du kommst erst nach Hause. Und da hats bei mir irgendwie ausgehakt. Da habe ich dann in nem Keller gepennt. Von ner Schulfreundin, ihr Freund, der hatte so nen richtigen, eiskalt und so. Da war ich so zwölf. Und am nächsten Tag bin ich zum Jugendamt gegangen und hab gesagt, läuft nichts mehr, ich gehe nicht nach Hause zurück. Und dann haben die mit meinem Vater geredet, da war der natürlich ganz nett und hat gesagt: wieso, die hat doch alles! Dann mußte ich wieder mit nach Hause zurück, und dann ging alles wieder von vorne los. Bin ich wieder abgehauen. Habe dann immer in so ner Ruine rumgegangen, versucht, Leute kennenzulernen“.

Die Mädchen fühlen sich in diesen wichtigen Phasen des Experimentierens und in der Suche nach neuen Erfahrungen und Erlebnissen sowohl eingeschränkt und behindert, als auch auf sich selbst zurückgeworfen und alleingelassen. Gebote und Verbote prägen ihren Alltag.

Was die Eltern im Kindesalter der Mädchen vielleicht noch an Grenzüberschreitungen tolerieren konnten, wird jetzt als Normverletzung, als Abweichung von der vorgeschriebenen Weiblichkeitsrolle geahndet: ‚Wildes‘ Verhalten, Abenteuerlust, ‚Jungen‘-Kleidung, Unternehmungen, Verweigerung von Hausarbeit, enge Mädchenbeziehungen usw. Die für die sexuelle Entwicklung wichtigen Freundschaften zu Mädchen werden lächerlich gemacht und als unbedeutend erklärt.

Selbst die Zuordnung zu einer ‚subkulturellen‘ Gruppe ist für die meisten Mädchen schwieriger als für Jungen. Den männlichen Jugendlichen bleibt ein größeres Entscheidungsspektrum, welcher „Scene“ sie sich zugehörig fühlen wollen, wenn es um Abgrenzung, um Widerstand, um Orientierung und Entfaltungsmöglichkeiten geht: Rocker, Punks, Teds, Musik- oder Sportgruppen (vgl. Clarke u. a. 1979, Brake 1981).

Die Mädchen sind dort Anhängsel, und Mädchengruppen bilden immer noch eher eine belächelte und angefeindete „Extraabteilung“ in einer gemischten Clique.

Von Erziehungsinstanzen, seien es Eltern, Schule, Heim, Sozialarbeiter oder Jugendforscher werden männliche Jugendliche immer noch privilegiert behandelt: Ihr ‚Ausstieg‘, ihre Zuordnung zu einer bestimmten gleichgesinnten Gruppe wird als notwendiges pubertäres Stadium betrachtet. Ihre Aggressionen gegen gesellschaftliche Anforderungen erschrecken zwar, aber sie fallen eher unter die Rubrik des „Sich-Austoben-Müssens“, bevor es an den „Ernst des Lebens“ geht.

Die Toleranzgrenze gegenüber Mädchen ist viel enger gesteckt, abgesehen davon, daß Mädchen ihr Leid und ihre Unzufriedenheit ohnehin seltener in Aggressionen umsetzen und nach außen richten.⁷ Auf ‚Trebe‘ gehen, Abhauen von zu Hause oder aus dem Heim, bedeutet für sie einen radikaleren Bruch, ist häufig endgültiger, das Zurückkommen schwieriger. Wenn Jungen noch über die Stränge schlagen, gelten Mädchen bereits als „verwahrlost“ (vgl. Kieper 1980, Jordan/Trauernicht 1981).

Wir vermuten, daß weniger Mädchen zu Drogen, später zu Heroin greifen würden, wenn es für sie größere Freiräume gäbe, sich auszuprobieren, eigene Grenzen auszuloten und das zweifellos in ihnen steckende Aggressions- und Widerstandspotential auszuleben, das durch die früh erfahrene Gewalt und Einschränkung entstanden ist. Was vor allem mit Beginn der Pubertät an gesellschaftlichen Handlungsmustern angeboten wird für die Bewältigung ihrer Probleme, ihrer negativen Erfahrungen, ihrer Identitätssuche – sind Depressionen, Verdrängungen, soziale Unsichtbarkeit, Zurückhaltung, Weiblichkeit. Diese spezifischen weiblichen Verhaltenszumutungen sind dann u.U. nur mit Drogenkonsum entweder auszuhalten oder zu umgehen. Der sogenannte ‚Protestschrei‘ der Jugend ist ein Protestschrei der Jungen – die Mädchen werden meistens nicht gehört, bzw. ihr Schweigen wird nicht als Protestform wahrgenommen.

Brechen Mädchen aus genormten Bahnen aus – wie hier beschrieben –, leiden sie häufig unter Schuld- und Versagungsgefühlen, neigen zu selbstzerstörerischen, selbstbestrafenden Reaktionen. Gefühle der inneren Zerrissenheit entstehen bei ihnen: Einerseits spüren sie, daß etwas nicht stimmt mit der geschlechtsspezifischen Zurichtung, mit dem vorgeschriebenen Weg, den sie als Frau gehen sollen, andererseits sehen sie wenig Alternativen, Orientierungs- und Identifikationsmöglichkeiten. Der stabile Aufbau einer positiven weiblichen Identität kann folglich nicht gelingen. Ein Gefühl von Lebensangst und Leere verbleibt, verbunden mit dem Wunsch, sich aus familialen Abhängigkeiten zu lösen und eine andere Orientierung zu finden. Wünsche und Phantasien nach „feeling, action, Abenteuer“ entstehen: Raus aus den Betonklötzen, der Kälte und Gewalt, weg von der empfundenen Spießbürgerlichkeit, der Enge und Langeweile. Sie wollen andere Perspektiven als Fabrikarbeit und Versorgungssehe.

2.5 Erster Drogenkonsum

2.5.1 Orientierung auf Jungen – auf die Clique

In die Zeit der Pubertät, der ersten Lösung vom Elternhaus, fällt bei den meisten Mädchen die „Umorientierung“ auf das andere Geschlecht. Die Aufnahme heterosexueller Beziehungen ist die Norm und wird als solche vorgelebt. Sie wird von den Mädchen voreilig, nicht aus eigenem Antrieb heraus als „geeignete“ und häufig einzige Möglichkeit gesehen, sich wenigstens ein Stück Zuwendung und Anerkennung zu verschaffen.

Die Mädchen verlassen deshalb zum Teil das schützende und sichere Terrain gleichgeschlechtlicher Freundschaften/Beziehungen und übernehmen gleichzeitig die gesellschaftliche Verachtung für diese Beziehungsstrukturen.

Hilde: „Weißt du, ich hatte eine gute Freundin, aber weil meine anderen Freundinnen schon mit jemand gepennt haben, da dachte ich, ich muß ewig Jungfrau bleiben, mit 13 Jahren, weißt! Ich hab mich so richtig unter Druck gefühlt, sonst hätte ich das bestimmt nicht gemacht“.

Möglichkeiten der Kontaktaufnahme bieten Jugendfreizeitheime, Trebetreffpunkte, Discos. Die Mädchen versuchen, Anschluß an eine Jugend- oder Jungenclique zu finden. Mädchengruppen in Jugendfreizeitheimen gibt es noch zu wenig.

Wenn es gelingt, in den Jugendgruppen als Mädchen aufgenommen zu werden und eine Zeitlang „hoch im Kurs“ zu stehen, erleben die Mädchen dieses Akzeptiertwerden als Beweis ihrer eigenen Bedeutung. Dieser Beweis erfolgt häufig über die Herstellung einer Beziehung zu einem Jungen. Genau betrachtet funktioniert diese Anerkennung jedoch wiederum nur auf Grundlage erlernter Anpassung. Anerkennung und Zuneigung erleben sie in den jungendominierten Gruppen meist nur dann, wenn sie aktuellen Weiblichkeitsbildern entsprechen. Das setzt außer „Attraktivität“ voraus, daß sie aufgrund ihrer angeeigneten Reproduktionsfähigkeiten auf die Bedürfnisse und Wünsche anderer eingehen und sie erfüllen können. Das Zurücknehmen eigener Bedürfnisse und Interessen, die Sensibilität für andere Menschen und für Situationen wird eher honoriert als durchsetzungsstarkes Mädchenverhalten.

Die psychische und soziale Situation, die für Mädchen durch diese Form der Selbstaufgabe entsteht, schafft mit die Voraussetzung für ihre Beteiligung am Drogenkonsum. Die Aufnahme in eine dieser Jugendcliquen ist fast immer verbunden mit einer Konfrontation mit Suchtmitteln, Zigaretten, Alkohol, Tabletten, Pattex und Haschisch. Die Chance, als vollwertiges Mitglied der Gruppe anerkannt zu sein, realisiert sich auch über die Zustimmung zum Drogenkonsum. Eine Verweigerung des Mädchens hätte langfristig ihren Ausschluß aus der Gruppe zur Folge. Fast jede Clique oder Jugendgruppe hat ihren spezifischen Suchtmittelkonsum und bestimmte Konsumrituale, allerdings sind das gemeinsame Bier-Trinken oder der gemeinsame Joint nicht immer zentraler Bezugspunkt der Gruppenaktivitäten.

Gruppen, die in erster Linie über Drogen den Zusammenhalt herstellen, verbinden mit dem Drogenkonsum meist etwas anderes: sie definieren sich z. B. als frei von inneren und äußeren Zwängen. Sie begreifen Drogen als Medium der Kontakt- und Beziehungsaufnahme (und nutzen sie gleichzeitig zur Vermeidung von zuviel Nähe in zwischenmenschlichen Beziehungen). Kontakte und Beziehungen sind vom gemeinsamen Rauscherlebnis geprägt, wobei es unbedeutend zu sein scheint, welchen spezifischen Hintergrund, welche Erfahrungen sie/er in die Gruppe einbringt. Es gibt keine Ausschlußkriterien, wichtig ist nur der gemeinsame Drogenkonsum.

Diese Gruppe bietet Zuflucht für die Mädchen, die aufgrund ihrer sozialen Herkunft, ihrer spezifischen Erfahrungen, ihrer Zerrissenheit und Orientierungslosigkeit sich von anderen Gruppen ausgeschlossen fühlen.

Der Anschluß an eine drogenorientierte Gruppe scheint auf dem Hintergrund der dargestellten psycho-sozialen Situation auch nicht mehr beliebig zu sein oder aus Neugier zu geschehen.

Die bis zur Pubertät erfahrenen Kränkungen, das ‚Nichtverstanden-werden‘ die mangelnde Berücksichtigung ihrer Erfahrungen, ihrer Wünsche und Interessen setzen sich bis in die Jugendgruppen fort, so daß die psychischen und sozialen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, daß Drogen längerfristig – über den experimentellen Erst- und Zweitkonsum hinaus – als Verdrängungs- und Kommunikationsmittel genommen werden.

‚Ich wollte mich nur noch zuknallen‘ ist eine der gängigen Interpretationen der Mädchen zu ihrem Einstieg in den Drogenkonsum. Andere betonen das Prickeln, die neuen Erlebnisse beim gemeinsamen Drogenkonsum, das qualitativ andere Gruppengefühl, das ihnen zunächst eine gleichberechtigte Teilnahme am Gruppengeschehen ermöglicht, die unabhängig ist von sexueller Attraktivität oder dem Eingehen einer heterosexuellen Beziehung. Die Drogen, die genommen werden, sind in erster Linie, Haschisch, Mariuhana, Tabletten und LSD. Nicht notwendigerweise erfolgt aus diesem Konsum die Fortsetzung mit „harten Drogen“, Heroin etc.; viele Mädchen lehnten den Konsum „harter“ Drogen zunächst stark ab.

Daß dennoch die Mädchen zum Heroinkonsum übergegangen sind, hatte jeweils zusätzliche, ganz unterschiedliche Motivationsgrundlagen und spezifische Anlässe.

Genannt wurde vor allem das Bedürfnis,

- Gefühle wie Haß, Ekel – vor allem durch die Annäherungen des Vaters verursacht – zu bewältigen,
- Gefühle der Einsamkeit und des Alleinseins zu verdrängen,
- Überforderungen, wie das gleichzeitige Bewältigen von Hausarbeit, Geschwisterversorgung und Schule oder Lehre durchzustehen,
- den Freund, der angefangen hat ‚zu drücken‘, nicht zu verlieren,
- und schließlich das Gruppenleben in den drogenorientierten Gruppen fortzusetzen.

2.5.2 Erster Heroinkonsum

Der konkrete Beginn des Heroinkonsums verläuft häufig darüber, daß die Mädchen Fixer/innen kennenlernen, die ihnen aufgrund ihrer ‚coolness‘ und scheinbaren Unabhängigkeit imponieren, oder sie verlieben sich in einen Fixer, versuchen ihm zu helfen, scheitern daran naturgemäß, probieren dann selbst Heroin, um noch einen Rest an Gemeinsamkeit und Kommunikation herzustellen.

Die Mädchen wissen zwar meist wenig über die Gefahren des Heroins, über die fortschreitende Abhängigkeit, über die Entzugsschmerzen, über die Schwierigkeiten der Bewältigung einer Sucht, dafür hören sie um so mehr von den „phantastischen“ Wirkungen der Droge, wodurch mehr und mehr die eigene Hemmschwelle herabgesetzt wird. Der erste Heroinkonsum fand bei den meisten uns bekannten Mädchen im Alter zwischen 13 und 16 Jahren statt. Zuerst wird meist ‚gesnief‘, d.h. Heroin wird durch die Nase eingeatmet, kurze Zeit später, wenn die nächste Hemmschwelle abgebaut ist und der ‚Snief‘ zu kostspielig wird, injiziert. Alle betroffenen drogenabhängigen Frauen haben den ersten Schritt, den ersten Konsum als nicht wieder rückgängig zu machen beschrieben. D.h. der Heroinkonsum wird in kurzer Zeit zum Heroinmißbrauch, die injizierte Menge steigt von Woche zu Woche. Nicht sofort, sondern erst nach Wochen oder Monaten, einem halben Jahr meist, wird den Mädchen bewußt, daß sie physisch und psychisch abhängig geworden sind. Bis zur Inanspruchnahme von Hilfe, dem Kontakt zu Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen dauert es dann dennoch oft sehr, sehr lange.

3. Heroin- und andere Suchtmittelabhängigkeit

Wie bereits oben formuliert, begreifen wir exzessiven Drogenmißbrauch als einen Versuch, soziale und psychische Konflikte zu „lösen“, indem durch den Heroinkonsum kurzfristig Glücksgefühle erzeugt und negative Erfahrungen und Empfindungen ausgelöscht, bzw. bedeutungslos werden. Es brauchen keine Anstrengungen mehr unternommen werden, innerpsychische Problematiken und/oder äußere konfliktverursachende Lebensbedingungen zu verändern.

Heroin- oder Opiatabhängigkeit nimmt unter den verschiedenen Suchtformen eine besondere Stellung ein, sie erscheint uns in sich widersprüchlicher.

Zunächst beinhaltet sie, wie alle anderen Suchtmittelabhängigkeiten (Tabletten, Alkohol, etc.) eine Anpassungsleistung, indem Konflikte verdrängt, nicht gewagt werden und keine alternativen Handlungsstrategien im Hinblick auf unbefriedigende Lebensformen entworfen werden.

Andererseits vollzieht sich mit dem Mißbrauch ‚harter‘ Drogen (Heroin) und dem sukzessiven oder sofortigen Einstieg in die kriminalisierte Drogen-

scene ein weitaus gravierenderer Bruch mit der ‚normalen‘ gesellschaftlichen Lebensform, vor allem für Mädchen und Frauen. Denn die ihnen angebotenen gesellschaftlichen und individuellen Handlungsmuster sehen eigentlich ja keine ‚Ausbrüche‘, keine Kriminalität und Gewalt vor.

Frauen, die ‚weiche‘ Drogen konsumieren, vor allem Tabletten und Alkohol, begreifen sich – anders als Drogenabhängige – viel eher als krank, leidend und isoliert. Bei ihnen spielen Institutionen wie Krankenhäuser, Psychiatrie und Ärzte eine große Rolle, dienen somatische Beschwerden als Legitimation für den Tablettenmißbrauch, und sie konsumieren die Drogen fast immer zu Hause, privat, noch innerhalb des familialen Zusammenhangs. Bei ihnen steht das Bedürfnis nach Empfindungslosigkeit im Vordergrund, nach Überstehen des Alltags, nach Schutz.

Die Mädchen hingegen, die anfangen, Heroin zu spritzen, wollen nicht nur negative Erlebnisse und Erfahrungen verdrängen, sondern sich auch ein neues, aufregendes Lebensgefühl verschaffen, eine Orientierung finden, ein anderes Lebenskonzept entwerfen. Über den Rausch und das ‚neue‘ Leben auf der ‚Scene‘ gelingt dies zunächst. Diese Phase ist allerdings relativ kurz. Meist schon nach einem halben Jahr zeigt die Droge erste zerstörerische Wirkungen. Entzugserscheinungen treten auf, wenn nicht für die rechtzeitige Zufuhr der Droge gesorgt ist. D.h. aber, daß die Beschaffung und der Konsum der Droge sehr bald zum alles bestimmenden Lebensinhalt wird. Die Abhängigkeit bei tabletten- und alkoholkonsumierenden Frauen entwickelt sich dagegen weit langsamer und unauffälliger. Ihre Sucht wird nicht bestraft, eher positiv sanktioniert. Familienangehörige, Freunde/innen und später staatliche Instanzen greifen erst ein, wenn die betreffende Frau nicht mehr „funktioniert“, d.h. ihre „Pflichten“ in Haushalt und Familie vernachlässigt und „auffällig“ wird.

Die Heroinabhängigkeit ist im Gegensatz zu anderen Suchtmittelabhängigkeiten immer an Formen von Kriminalität gekoppelt. Zum einen sind die Drogen nur illegal zu beschaffen, der Konsum, Handel etc. wird strafrechtlich verfolgt, zum anderen können die notwendigen hohen Geldsummen für diesen Stoff kaum auf legalem Wege erarbeitet werden.

Bei tabletten- und alkoholabhängigen Frauen und Männern reicht in der Regel der normale Verdienst für die Beschaffung der Suchtmittel aus. Drogenabhängige Frauen müssen sich dagegen fast immer prostituieren, drogenabhängige Männer ‚dealen‘, begehen Einbrüche und Diebstähle oder lassen sich von Frauen aushalten.

Aufgrund der Illegalität der ‚harten‘ Drogen entsteht ein spezifischer Treff-, Kommunikations- und Verkaufsort, die ‚Scene‘. An diesem Ort werden Kontakte geknüpft, ‚deals‘ vorbereitet, Informationen ausgetauscht, gewartet und herumgestanden. Die ‚Scene‘ ist für viele drogenabhängige Frauen und Männer oft der einzige soziale Bezugspunkt, denn mit der Länge der Drogenabhängigkeit gehen die Kontakte zu nicht-drogenabhängigen Menschen verloren.

Im Gegensatz zu anderen Suchtmittelabhängigen sind Heroinabhängige in

ihrer Sucht objektiv isoliert, aus der ‚normalen‘ Gesellschaft ausgeschlossen, von anderen mitmenschlichen Kontakten weitgehend abgeschnitten.

4. Fixerinnenidentität

4.1 Neue Realitäten

Gemeinsam ist jugendlichen Heroinabhängigen, daß sie diese Gesellschaft ablehnen, die ihnen spießig, bürgerlich, korrupt und düster erscheint. Sie wollen mit dem kaputten Leben ihrer Eltern, dem langweiligen, stumpfsinnigen Alltag nichts zu tun haben. Das Vorbild der Eltern-Generation lehnen sie soweit ab, daß sie sich sogar in der Wahl der Drogen abgrenzen. Heroin statt Alkohol. Sie drücken sich ihren Traum von Unabhängigkeit, spontaner Lust-erfüllung, Lebensgenuß, Liebe in ihre Venen, tauschen letztlich genau diese Wünsche gegen die Droge ein. Sie wollen alles und geben gleichzeitig alles auf. Sie erleben mehr denn je Abhängigkeit, Gewalt und Stigmatisierung.

Wie in den vorangegangenen Kapiteln versucht wurde darzustellen, entwickeln sich psychische Suchtstrukturen, Suchtverhalten und damit eine ‚neue‘ Lebensrealität bei heroinabhängigen Mädchen entlang einer Erfahrungskette von Zurückweisungen, Kränkungen, Abhängigkeiten. Die Abhängigkeit von der Droge, die neben der körperlichen auch immer die psychische einschließt, ersetzt erlebte Abhängigkeit, wengleich der Heroinkonsum zeitweilig als Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten, sowie als körperlich-psychische Lust erlebt wird. Es läßt sich nicht daran zweifeln, daß zunächst das Gefühl, das durch den „Stoff“ entsteht, schon phantastisch sein muß. Kein Mädchen, das nicht davon schwärmt. Die Mädchen fühlen sich unter Heroineinfluß „erleichtert“, „ruhig“, „angstfrei“ und ohne Probleme. Die schlechten Erfahrungen, die Ängste und Zweifel sind vergessen, verdrängt, die Fragen nach dem Sinn des Lebens und der eigenen Zukunft stellen sich nicht mehr.

Silke: „Wenn ich vollgedröhnt bin, brauche ich nichts und niemand mehr und habe keine Angst.“

Heroinkonsum schafft neue psychische Realitäten, ermöglicht endlich die ersehnte „coolness“, die Ausschaltung aller negativen Empfindungen und den scheinbaren Aufbau von Stärke und Unabhängigkeit.

Iva: „Zu Anfang, also, da hab ich mich ganz komisch gefühlt, als ich meinen ersten Druck gemacht habe, so, so frei irgendwie. Ich fand alles gut, ich weiß auch nicht, ich war so richtig glücklich.“

Silke: „Ich dachte, wenn ich Drogen nehme, bin ich frei. Da kannst du dich dann irgendwo hinknallen und vor dich hinträumen. Das ist also ungefähr die Freiheit, die ich mitgekriegt habe, daß da keiner kommen kann, eh, du mußt heute zur Schule, du mußt jetzt arbeiten gehen, oder du mußt dies oder das machen.“

Zunächst scheint der Heroinkonsum ein sinnstiftendes Orientierungs- und Handlungsfeld zu eröffnen und gleichzeitig die Möglichkeit zu schaffen, zu einer Identität zu finden: Ich bin wer, ich bin Fixerin. Daß diese Identität eine stark abhängige ist, wird geleugnet. Selbst nach dem vierten und fünften Entzugsversuch behaupten die Mädchen noch, jederzeit wieder aufhören zu können.

Im Gegensatz zu anderen ‚suchenden‘, orientierungslosen Mädchen haben sie eine zunächst spannende ‚actionsreiche‘ Aufgabe gefunden, ihr Alltag ist vollständig ausgefüllt.

Sie sind ständig damit beschäftigt, neue Ideen zur Beschaffung der Droge zu entwickeln und umzusetzen. Eine Alternative zum ‚Herumsitzen‘ und ‚Warten‘, zu fehlenden Lehrstellen und unbefriedigenden Sozialkontakten scheint gefunden zu sein.

Na: „Wenn ich clean bin, weiß ich garnicht, was ich machen soll, dann hänge ich doch nur rum. Wenn ich drauf bin, habe ich doch wenigstens was zu tun. Ich kriege doch sowieso keine Arbeit, das stinkt mich so an. Früher, wenn ich arbeiten wollte, hieß es immer nur in der Fabrik arbeiten. Dann wollte ich ‚ne Lehre machen, bin rumgerannt wie ‚ne Bekloppte, und dann hieß es immer nur: Na, wir werden Ihnen Bescheid geben, und dann kam nichts mehr“.

4.2 Selbstbild und Fremdbilder

Die Abgrenzungen zu anderen Drogenkonsumenten/innen beginnen. Jugendliche Haschischraucher, ‚Kiffer‘, werden zunehmend belächelt, ‚Fixen‘ dagegen als Prestigegewinn erlebt. Fixer/innen stehen in der sozialen Hierarchie der Drogenkonsumenten/innen am höchsten, da sie scheinbar kompromißlos, mutig und radikal einen Bruch mit ihrer ‚alten Lebenswelt‘ vollziehen (vgl. Berger/Reuband/Widlitz 1980). Die drogenabhängigen Frauen nehmen in dieser Hierarchie allerdings wiederum nur die ‚unteren Ränge‘ ein; auf der Scene und im Drogengeschäft haben bis auf wenige weibliche ‚Einzelkämpferinnen‘ die Männer das ‚Sagen‘.

Mit dem regelmäßigen Heroinkonsum werden andere Realitäten geschaffen, Wertvorstellungen und Normen verändern sich. Ob jemand „link“ ist, oder eine gute Freundin, ein guter Freund, ob die Mädchen sich gut fühlen oder schlecht, hat nur noch mit Heroin und der Beschaffung zu tun. „Gut“ heißt, einen Schuß gesetzt zu haben, der genügend „getörnt“ hat; „schlecht“ bedeutet, Entzugserscheinungen zu haben, „turkey“ zu schieben, „link“ ist jemand, die/der schlechten Stoff für zuviel Geld verkauft usw.

„Beziehungen“ sind in erster Linie „Drogen-Interessen-Gemeinschaften“, Geschäftsverbindungen. Es gibt nur noch die Welt der Junkies und die der Spießler. Die Bilder, die von der Umwelt entworfen werden, sind grau, düster und langweilig.

Auch der Tod erscheint mehr und mehr in den Alltag integriert – es gibt

kein Mädchen, aus deren Bekanntenkreis nicht schon jemand an einer Überdosis gestorben ist. Die Möglichkeit des eigenen Sterbens liegt näher, als sich zum Leben zu entschließen.

Das Gefühl, das zum Anfang der Drogenzeit vorherrschend ist, eine Identität als Fixerin gefunden zu haben, verbunden mit Selbstbestimmung, Freiheit und euphorischen Gefühlen, erweist sich mit der Länge der Abhängigkeit immer mehr als lebensbedrohender Trugschluß. Die Abhängigkeit von der Droge ist total, und häufig schließt sie noch persönliche Abhängigkeiten ein.

Die von Drogen abhängigen Mädchen begreifen sich mehr und mehr als ‚drop-outs‘, als Außenseiterinnen dieser Gesellschaft, als ‚Fixerbräute‘, als das, wogegen sie sich vor oder bis zum Einstieg in die Fixerszene gewehrt haben. Ihre Vorerfahrungen holen sie ein; abgelehnte Fremdbilder – Bilder der mißbrauchten, wertlosen Frau – werden nun doch, sukzessive zu Selbstbildern. Der ‚gelebte‘ Protest gegen patriarchalische Strukturen, Normen und Zumutungen verkehrt sich gegen sie – die ihnen zugeschriebene Frauenrolle als Sexualobjekt und betreuende, sich selbst zurücknehmende Frau erfüllen sie auf dem Strich und in der Abhängigkeit von Männern – Freiern, Dealern, drogenabhängigen Freunden – perfekt. Der Ausbruchversuch endet in einer Sackgasse.

5. Das Leben auf der „Scene“¹⁸

Das Leben auf der „Scene“ ist hart und in seinen einzelnen Handlungsaspekten klar definiert: Drogenbeschaffung (durch Prostitution, Dealen, ‚Abschleppen‘, Diebstähle), Drogenkonsum, Ausweichen vor Polizei und Justiz, Organisation von Übernachtungsmöglichkeiten, Kämpfen mit Entzugserscheinungen. Der Alltag erweist sich nach kurzem als Dauerkrise, die rechtzeitige Beschaffung der Droge bestimmt alles Denken und Handeln.

Eine Frau, die allein lebt, erzählt aus ihrem Alltag auf der Scene:

„Ich ging morgens immer so ungefähr gegen halb zehn auf die Potse (Strich auf der Potsdamer Straße in Berlin). Der Treff aller Abhängigen. Wir hatten ja schon unseren eigenen Imbiß. Außer der Bedienung waren sie dort alle süchtig. Ob nun auf Tabletten – meistens Schlafmittel wie z.B. Medinox, Mandrax – oder eben auf Heroin. Meistens nahmen wir beides zu uns. Wir sagten uns, daß das besser tören würde. Wir wissen ja, daß das Heroin so gestreckt ist – mit Kaffee, Kakao, Milchpulver und Strychnin. Ach, ich könnt soviel aufzählen, womit mein Körper wirklich vergiftet wird.

Aber jetzt weiter zu unserer Drogenwelt. Wenn ich dann in unserem Imbiß stand, hieß es gleich: Brauchst du Dope? Ich habe echt geilen Stoff da. Besseren kannst du nicht bekommen.

Aber nur mit Dope allein kann ich nichts anfangen. Ich brauch doch erstmal meine Pillen. Aber leider ist keiner da, der welche hat. Und unsere Pillenconnection ist auch noch nicht da. Also was muß ich da mal wieder machen – warten, warten, wie immer. Dabei gerate ich schon in Schweiß, schon wieder dieses Dreck-Turkey (Entzugserschei-

nungen). Ein Glück da kommt ja dieser Typ mit seinen Pillen. Ich kaufe ihm Pillen ab und Dope. Dann gehe ich erstmal einen guten Schuß machen. Danach sehe ich weiter.

Das war ja echt gutes Dope. Jetzt kann ich noch was trinken und Zigaretten kaufen. Habe ja gestern zwei Freier gemacht und 100 Mark verdient.

Stehe schon wieder im Imbiß. Schnell einen Kaffee trinken und was rauchen. Denn es ist ja auch wieder Zeit, ne Mark für neues Dope zu machen. Hab keinen Bock, nachher auf Turkey ne Mark zu machen. Gehe also zu Bilow – Ecke Frobenstraße, unseren Fixerstrich. Unterhalte mich noch mit zwei anderen Mädchen, frage sie, wie es so läuft. Sie sagen, es geht. Aber die meisten Männer wollen für nur 30-40 DM bumsen. Und dann noch ohne Gummi. Wenn ich nur daran denke, wird mir schlecht. Aber wir machen es öfters ohne Gummi. Nur vertrauen wir uns das nicht an. Denn das würde ja Stunk geben. Also halte auch ich meine Schnauze.

Ich warte ein bißchen abseits von den Mädchen auf meinen ersten Freier. Nach zehn Minuten hält auch schon ein Auto. Ich frage, was er möchte. Er sagt, Pension. Ich antworte ihm, Pension 50 DM für mich und 10 DM für das Zimmer. Er sagt, ob ich mich auch ganz ausziehe. Ich sage, na klar. Er meint, okay. Ich steige ins Auto und wir fahren los. Ich denke, Mann, habe ich ein Glück. Mein erster Freier und gleich einen halben Blauen.

Wir sind da, gehen ins Haus und schellen. Er zahlt 10 DM und wir gehen aufs Zimmer. Ich ziehe mich aus, er auch. Wir machen eine Katzenwäsche, und er gibt mir 100 DM. Er sagt, wenn ich erst ein bißchen Französisch mache und dann mit ihm schlafen würde, ob das klar ginge. Ich sage, ja. Und denke mir, daß ich Glück habe, gleich einen Hunderter zu machen. Denn dann kann ich erstmal ein paar Stunden das Anschaffen lassen. Habe meinen Druck ja heute Mittag leicht verdient.

Nach zwanzig Minuten sind wir fertig. Wir waschen uns. Ich pfeife mir zwei Medinox ein, ziehe mich an. Ich sage dem Typ, er soll mich bitte zur Potse fahren. Er fragt mich, warum ich drücke. Ich will ihm zuerst keine Antwort geben, dann sage ich ihm, daß ich vernückt bin. Er will sich damit aber nicht zufrieden geben. Ich sage ihm, daß ich keinen Bock habe, mich darüber zu unterhalten. Dann hält er endlich seinen Mund.

Wir fahren zur Potse. Unterwegs fragt er mich, ob wir uns nochmal sehen können. Ich sage ihm, ich stehe immer auf der Frobenstraße, oder ich bin auf der Potsdamer. Dann steige ich aus. Und vergesse diesen Freier wieder. Wie die anderen hundert auch.

Manche kommen ja echt wieder zu einem.

Auf der Potse schleichen mal wieder einige Zivis rum. Es stinkt richtig nach diesen Bullen. Ich gehe in den Imbiß. Es ist aber fast nichts los. Höre sie nur sagen, haben mal wieder eine kleine Razzia gemacht. Bin froh, daß ich nicht dabeigewesen bin. Habe ja keinen festen Wohnsitz. Einen Grund für die Scheiß-Bullen, einen mit zur Gothaer Straße zu nehmen.

Gehe raus aus dem Imbiß, rüber zum Bierbrunnen. Hier ist eine ganze Menge los. Sitzen ne Menge Araber hier, die ich kenne. Sage erstmal, guten Tag allerseits. Gehe dann zur Theke: Einen halben Liter Bier. Schau mich ein bißchen um. Immer dieselben Leute hier. Nie kommen mal neue Junkies hinzu, außer den doofen Westdeutschen. Die sowieso immer gelinkt werden, weil sie ja keinen kennen. Und eben zu schnell vertrauen. Aber das ist nicht mein Problem. Warte jetzt auf einen Araber, der sehr geiles Dope haben soll. Hoffentlich!

Nach einer Stunde kommt er. Ich überlege mir, ob ich mir jetzt Dope kaufen soll. Oder später. Lieber jetzt, denke ich, weiß ja nicht, ob später das gleiche Dope da ist. Wir gehen nach hinten. Ich hole mir ein Stück Silberpapier aus meiner Zigarettschachtel und gebe ihm das. Er sagt, wieviel brauchst du. Ich sage, für 70 DM. Er holt sein Dope hervor. Gebunkert hinterm Spielautomaten. Er schüttet mir eine mittelgroße Menge auf das Papier. Kann nicht klagen über die Menge. Bin aber auch ein guter Kunde von ihm. Ich gebe ihm das Geld, und er gibt mir das Dope.

Ich weiß nicht, wo ich mir jetzt einen Druck machen könnte. Habe ja keine eigene Wohnung. Also beschließe ich, mit dem 19er Bus zum Mehringdamm zu fahren, denn da

wohnt ein Freier von mir, den ich noch aus der Zeit des Kudamms kenne. Als ich endlich angekommen bin, gehe ich in den ersten Stock und schelle bei ihm. Aber leider ist er nicht zuhause. Ich denke, was soll ich denn jetzt machen.

Ich beschließe, mir auf dem Flurklo einen Druck zu machen. Gehe also fünf Treppen höher. Habe Glück, daß dieses Klo immer offen ist. Koche meinen Schuß schnell auf. Meine Gedanken dabei sind, daß ich hoffentlich meine Vene treffe. Habe ja nicht mehr die besten. So, fertig mit dem Aufkochen. Nehme aus den Turnschuhen einen Schnürsenkel heraus und binde damit meinen Arm ab. Ich probiere zu treffen, was aber müßlingt. Steche also wieder sinnlos in meinem Arm herum. Nach zehn Minuten habe ich dann endlich eine Vene getroffen, Wurde aber auch Zeit, sonst hätte ich den guten Schuß wegschmeißen müssen. Ich mache schnell meine Pumpe sauber und stecke sie mit meinem Löffel wieder weg. Gehe dann zum 19er Bus und fahre zur Potsdamerstraße zurück. Suche ein paar Bekannte auf, um mit ihnen zu reden. Habe noch keine Lust, 'ne Mark zu machen. Also beschließe ich, noch ein paar Pillen zu kaufen und ein bißchen rumzuquatschen. Überlege schon die ganze Zeit, wo ich schlafen konnte. Mal wieder in einer Pension schlafen, hieße, ich müßte 45 DM bezahlen. Also muß ich noch eine Menge anschaffen. Ich denke, dieses Scheiß-Fixerleben kotzt mich echt an. Da habe ich es bei Mutter doch besser gehabt. Aber jetzt nach Haus gehen? Ich weiß nicht, Turkey schieben, nicht schlafen? Noch denke ich, ich bevorzuge doch die Frobenstraße und bin auch schon wieder auf dem Weg dorthin.

Stehe erst einmal eine ganze Zeit rum. Nach einer Stunde Stehen und Arbeiten habe ich endlich mein Geld gemacht, das ich brauche. Habe aber auch die Schnauze voll.

Gehe zurück zur Potse. Treffe dort meine Freundin. Wir gehen beide in den Bierbrunnen. Sie fragt mich, wo ich heute schlafe. Ich sage ihr, in einer Pension. Sie meint, sie würde mit einem Araber mitgehen für einen guten Druck. Ich gebe ihr zur Antwort, dafür mußt du aber auch die ganze Nacht für ihn dasein.

Da bevorzuge ich doch, lieber einen Freier zu machen, in einer Pension zu schlafen und meine Ruhe zu haben. Nach diesem Gespräch trinken wir noch etwas. Um 23 Uhr gehe ich dann in einer Pension schlafen. Mache mir dort aber vorher noch einen guten Druck" (vgl. Courage, 1982, Heft 4).

5.1 Beziehungen – ‚Liebe‘ und ‚Geschäft‘

Sozialisationserfahrungen wiederholen sich auf der ‚Scene‘: Gewalt von Männern (Freiern, Dealern, abhängigen Freunden) erleben die Mädchen weiterhin, Abhängigkeits- und Ausbeutungsverhältnisse setzen sich fort. Ihre Reproduktionsfunktion holt sie auch hier ein: für den Freund mit anschaffen, das letzte Dope mit ihm teilen, ihn umsorgen müssen, im Tausch dafür beschützt und gleichzeitig wieder abhängig zu sein.

Welche Variante süchtige Mädchen in Beziehungen auch leben, fast immer sind sie nicht nur vom Heroin abhängig, sondern begleitend und zusätzlich in Beziehungen zu Männern (in einzelnen Fällen auch zu Frauen) verstrickt, bzw. werden darin festgehalten. Der Versuch, einen Standort im Verhältnis zu Männerbeziehungen zu finden, ist für heroinabhängige Frauen im Gegensatz zu „nichtdrückenden“ Frauen noch schwieriger, da die Beziehungsgeschichte in ihren einzelnen Aspekten völlig mit der Suchtgeschichte verschmolzen ist.

Fixerinnen verwechseln häufig ihre Drogenbeziehungen zu Männern mit Liebesbeziehungen. Oft glauben sie an ‚Liebe‘ als Basis ihrer Beziehung, ohne wahrzunehmen, daß die Abhängigkeit vom ‚Stoff‘ sie zusammen hält.

Viele Frauen gehen davon aus, daß genau der – ebenfalls abhängige – Mann, mit dem sie jeweils zusammen sind, ihnen den letzten Halt vor dem ‚endgültigen Abstieg‘ gibt, ohne wahrnehmen zu können, daß vielleicht gerade dieser Mann darauf angewiesen ist, daß sie süchtig bleiben, damit er seine Finanzierungsquelle nicht verliert.

Andere drogenabhängige Frauen haben das Gefühl, daß sie bei ihren Freunden bleiben müssen, aus einem Verantwortungsgefühl heraus, weil er sonst ‚völlig vor die Hunde gehen würde‘.

Neben diesen doppelten Abhängigkeitsbeziehungen gibt es verschiedene Varianten von ‚Geschäftsbeziehungen‘, die Frauen eingehen. Z.B. nehmen sie Kontakt zu Männern auf, über die sie schneller und leichter an Drogen herankommen. Im Gegensatz zu den mystifizierten Liebes-Drogenbeziehungen sind diese Verbindungen allerdings von vornherein in ihrem geschäftsmäßigen Charakter offenkundig und den Frauen fällt es auch nicht schwer, sich aus diesen Verbindungen zu lösen, wenn die „Geschäftsgrundlage“ entfällt.

Schwieriger ist dies für die, oft sehr jungen, drogenabhängigen Mädchen, die von ‚älteren‘ bzw. alten ‚Freunden‘ in Abhängigkeitsbeziehungen gehalten werden. In diesen Beziehungsformen beuten die väterlichen ‚Freunde‘ die Mädchen rücksichtslos aus, zwingen sie zum Beischlaf und versorgen sie direkt mit Tabletten und Heroin, so daß das Leben dieser Mädchen Formen von Leibeigenschaft annimmt.

5.2 Prostitution, Geld und Gewalt

Zur Prostitution für die Droge sind die Mädchen nur unter großen psychischen und physischen Einbußen in der Lage. Der empfundene Ekel muß weggedrückt werden. Zwischen dem „Anschaffen“ und der „Dopeeinnahme“ entsteht mit Beginn der Sucht ein Bedingungsverhältnis. Die Mädchen müssen sich prostituieren, um das Heroin bezahlen zu können, und sie müssen Heroin spritzen, um die Prostitution ertragen zu können.

Es gibt viele gutsituierte, nicht-drogenabhängige Freier, die ein Interesse daran haben, daß „ihre“ Mädchen abhängig bleiben, da diese sich unter Drogeneinfluß und Entzugserscheinungen seltener sexuellen Zumutungen verweigern. Weiterhin stellen die drogenabhängigen Mädchen für viele Zuhälter eine gute Einnahmequelle dar und werden in dem Moment, wo sie versuchen, aus dieser Situation auszubrechen, mit Heroin und Brutalität zurückgeholt.

Prostitution und Gewalt sind gerade im Bereich der Drogenszene nicht zu trennen. Manchmal konnten wir in Gesprächen mit den Mädchen nur erahnen, was sich hinter ihren Aussagen an erfahrener Leid, Frauenverachtung und Grausamkeit verbirgt.

Deutsche, arabische, türkische Männer treten als Käufer der Mädchen auf: „Du heiratest mich, kriegst dafür eine Menge Geld für Heroin, dafür

wiederum habe ich das Recht, dich als mein Eigentum zu betrachten, zu schlagen, zu vergewaltigen und einzusperrn“. Männer als Dealer, Zuhälter, Beschützer: „Ich passe auf, daß dir nichts passiert, dafür schläft du mit mir“. „Ich schicke dich auf den Strich, wenn du genug Kohle bringst, kriegst du deine Spritze, sonst schlage ich dich grün und blau“. Männer als väterliche Gönner: „Du kommst aus dem Knast? Keine Wohnung, kein Geld, keine Arbeit? Komm zurück zu mir, da weißt du wenigstens, was du hast, bist nicht allein“.

Die Abhängigkeit, Existenznot, aber vor allem auch die Wünsche der Mädchen nach Wärme, Geborgenheit und Zärtlichkeit werden von Männern skrupellos ausgebeutet (vgl. Giesen/Schumann 1980).

Die Mädchen wehren sich zwar, versuchen Freier „abzulinken“, ihnen das Geld abzunehmen, für sich Vorteile aus dem Verkauf ihres Körpers zu schlagen, aus Eheverträgen mit Ausländern wieder auszusteigen, aufgrund der Machtverhältnisse sind sie jedoch letztlich immer die Geschädigten.

Die Dunkelziffer von Vergewaltigungen drogenabhängiger Frauen kann nicht hoch genug angenommen werden – fast alle uns bekannten Mädchen haben mindestens von einer Vergewaltigung erzählt, meistens von mehreren. Die Männer wissen, daß Fixerinnen keine Anzeige machen können, wenn sie sich nicht der Gefahr aussetzen wollen, wegen Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz selbst verhaftet zu werden. Falls sie es doch tun, wird ihnen als Prostituierten in der Regel nicht geglaubt, bzw. werden sie als mitschuldig angesehen.

Ebenso erschreckend wie die Gewalt und Brutalität von Männern ist die Tatsache, daß Mädchen häufig selbst das Gefühl haben, es nicht besser zu verdienen, die Vergewaltigung als Teil ihres Drogenlebens begreifen oder sogar Schuldgefühle entwickeln. Auch das ist in der Grundstruktur genauso bei nicht drogenabhängigen Frauen zu finden, wenn sie eine Vergewaltigung erleben: Auf einen weiblichen Regelverstoß folgt die Strafe, die Frau ist selber schuld.

Eva: „Ich hätte ja nicht mitzugehen brauchen . . .“.

Die Anzahl der Fixerinnen, die grausam körperlich mißhandelt werden, mit Verbrennungen, Verätzungen, Messerstichen ins Krankenhaus eingeliefert werden, steigt. Eine Aussage unter Druck bei der Kripo, eine überflüssige Bemerkung haben manchmal ausgereicht, ihr Leben zu gefährden.

Für die drogenabhängigen Mädchen selbst beginnt sich der Teufelskreis zu schließen: Die Suche nach einer selbstbestimmten Identität hat sich als Selbstbetrug erwiesen, die Gewalt- und Abhängigkeitsverhältnisse, aus denen sie ausbrechen wollten, haben sie auf fatale Weise wieder eingeholt. Die Kraft und die Widerstände, die eigentlich in ihnen stecken, werden durch das Heroin weggedrückt. Ihre Hoffnungen und Träume sind weiter als je zuvor von der Realisierung entfernt, ihre immer wieder als Schwächen ausgebeuteten Wünsche und Selbstbilder können sie als Drogenabhängige erst recht nicht mehr als Stärken begreifen und erleben.

5.3 Streetwork

„Streetwork“ ist zum Zauberwort gerade in der Arbeit mit Drogenabhängigen geworden. Weibliche und männliche Drogenberater, die sich regelmäßig an einschlägigen Treffpunkten auf der „Scene“ aufhalten, sich als Gesprächspartner/innen anbieten, versuchen, Fixer/innen anzusprechen oder mit denen Kontakt aufzunehmen, die sie bereits durch die Drogenberatungsstelle oder Besuche im Knast kennen.

Die Situation auf der „Scene“ ist für Drogenberater/innen nicht einfach: Entweder sind die Leute mit der Organisation von Drogen beschäftigt, haben keine Zeit und keine Lust zu reden, oder sie haben „gedrückt“ und sind von daher schwer ansprechbar, weil wenig von dem Gesagten bis zu ihnen dringt.

Inwieweit Drogenabhängige durch „streetwork“ motiviert werden können, eine Drogenberatungsstelle aufzusuchen, ist nicht bekannt. Vorstellbar ist sicher, daß durch das Kennenlernen eines/r Drogenberaters/in und durch die Herstellung von Vertrauen der Schritt einfacher und kleiner ist, sich zu einem Beratungsgespräch zu entschließen. In diesem Zusammenhang müßten generell mehr Überlegungen angestellt werden im Hinblick auf flexible Angebote für Drogenabhängige, wie ‚Cleanbusse‘, ‚Sleep-ins‘, Orte, die in die Scene verlagert werden, wo Ansprechpartner/innen zu finden sind, die bei Bedarf weiterhelfen können. In Holland wird z.B. viel mehr mit ambulanten Hilfsmaßnahmen gearbeitet als in der Bundesrepublik und West-Berlin, allerdings ist bisher noch zu wenig über die Wirkung dieser Arbeit bekannt (vgl. Deiters 1982).

Die ‚streetwork‘-Arbeit weist für weibliche Drogenabhängige das zusätzliche Problem auf, daß die ‚aufsuchenden‘ Sozialarbeiter/innen die Heroinsucht nicht geschlechtsspezifisch differenzieren. D.h., die Drogenabhängigkeit mit ihren typischen Folgeproblemen (Verfolgung durch Polizei und Justiz, Krankheiten, Unterkunftsmöglichkeiten, Entzugsorte) steht im Vordergrund der Beratung und nicht die spezifischen Bedingungen, mit denen weibliche Drogenabhängige in ihrem Lebenszusammenhang und gerade auf der Scene konfrontiert sind: Prostitution, Gewalt, Abhängigkeiten, vor allem auch von Männern. Drogenberaterinnen, die sich dieser Problematik bewußt sind und die sich mit den Entstehungsbedingungen und den Folgeerscheinungen von Heroinsucht bei Frauen auseinandergesetzt haben, können die Frauen u.E. eher ansprechen und einfühlsamer beraten.

Denkbar wäre auch, einen Treffpunkt, z.B. ein Café in der Scene für Fixerinnen einzurichten, wohin sie sich zeitweise zurückziehen könnten, vor dem Zugriff von Männern verschont blieben und andere Frauen als Ansprechpartnerinnen hätten. Ein ähnliches Modell gibt es in Berlin für Prostituierte, das Café Hydra.⁹

III. Gesetzgeberische Maßnahmen und Entwicklungstendenzen im repressiven Bereich

1. Das neue Betäubungsmittelgesetz

Nach wie vor werden Drogenabhängige, sofern ihnen der Besitz und Konsum „harter“ wie „weicher“ Drogen (Heroin, Kokain, Haschisch, Marihuana etc.) nachgewiesen wird, strafrechtlich verfolgt und gegebenenfalls zu Gefängnisstrafen verurteilt. Auch mit der Verabschiedung des neuen, seit dem 1.1.1982 geltenden Gesetzes zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts (BTMG) wollte die Bundesregierung nicht auf einen Strafanspruch des Staates gegenüber den Süchtigen verzichten, um die Rechtstreue der Bevölkerung nicht zu erschüttern.

Die Debatten, die anlässlich dieser Gesetzesrealisierung geführt worden sind, sollen hier nicht im einzelnen aufgegriffen werden (vgl. Slotty 1981; Ausschluß für Jugend, Familie und Gesundheit 9/27, 1980).

Vielmehr werden einige Teilaspekte der gesetzlichen Bestimmungen problematisiert für die schon jetzt erkennbar wird, wie sie sich in der praktischen Arbeit mit Drogenabhängigen auswirken.

1.1 Polizeilicher Zugriff

§ 29 Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes (BTMG) stellt fest, daß bestraft wird, wer

„Betäubungsmittel ohne Erlaubnis nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 anbaut, herstellt, mit ihnen Handel treibt, sie ohne Handel zu treiben einführt, ausführt, veräußert, abgibt, sonst in den Verkehr bringt, erwirbt oder sich in sonstiger Weise verschafft . . .“ (Bundesminister der Justiz 1981).

Dies ist die gesetzliche Grundlage für die Eröffnung eines Strafverfahrens gegen Drogenabhängige, die mit den inkriminierten Drogen angetroffen werden. Da der Gesetzgeber nicht zwischen sog. „harten“ und „weichen“ Drogen unterscheidet, können theoretisch schon diejenigen mit Strafverfahren rechnen, die mit einer Haschischzigarette in eine Polizeikontrolle geraten. Käme es hier tatsächlich zu Untersuchungshaft und Verurteilung, gar Gefängnisaufenthalt, wäre der Schaden nicht absehbar: Isolierung, Stigmatisierung, womöglich Beginn einer kriminellen Karriere durch ein Vergehen, das im Bewußtsein dieser und tausend anderer Jugendlicher gar keins ist.

Zu dem ist es evident, daß das gesetzliche Verbot einer Droge Süchtige nicht daran hindert, sich weiterhin ihren Stoff zu besorgen. Durch repressive Maßnahmen wird dies erschwert, aber Süchtige begegnen dem durch verfeinerte illegale Techniken oder evtl. durch Umsteigen auf noch legale oder leichter erhältliche Ersatzdrogen (Heckmann 1981). Die Rolle der Pharmaindustrie in Zusammenarbeit mit Ärzten ist hier nicht zu unterschätzen. Gerade Frauen werden in erheblichem Maße Tabletten und Medikamente angeboten und verschrieben, häufig unabhängig von dem körperlichen Befund.

Die gesetzlichen (Straf-)Bestimmungen haben eher die Auswirkung, daß die drogenabhängigen Mädchen und Frauen in ständiger Angst vor einer Razzia, einem Strafverfahren, einem Gefängnisaufenthalt leben. Allerdings wird diese Angst mit dem Gedanken verdrängt, ‚warum gerade ihnen etwas passieren sollte‘. Tatsächlich können sie mit ihrer Sucht, durch verschiedene Formen der Prostitution, lange unentdeckt leben. Erst mit zunehmender Verelendung, mit dem Verlust der Wohnung, und des Bekannten- und Freundeskreises, verbringen sie mehr und mehr Zeit auf der ‚Scene‘ und laufen damit Gefahr, von der Polizei aufgegriffen zu werden.

1.2 ‚Totale‘ Institutionen

Bis Mitte der siebziger Jahre versuchte man, Drogenabhängige in psychiatrischen Kliniken zu behandeln – häufig mit Ersatzmedikamenten. Als dieser Versuch der Psychiatrisierung des Drogenproblems mißlang (vgl. Soltau 1982) wurden immer mehr Süchtige in den Bereich der Strafanstalten „abgeschoben“.¹⁰

Doch auch der Versuch, das Drogenproblem durch eine Verlagerung in den repressiven Bereich in den Griff zu bekommen, mußte und muß auch in Zukunft scheitern. Der Strafvollzug verhindert durch seine Funktion und durch seine inneren Bedingungen genau das, weshalb die Süchtigen mit dem Gesetz in Konflikt geraten sind: die Aufhebung von Abhängigkeit.

Gefängnisse als „totale Institutionen“ reproduzieren und verdichten Abhängigkeitsstrukturen, vor allem durch:

- den hierarchisch gegliederten Anstaltsbetrieb
- die Abhängigkeit von übergeordneten anonymen Verwaltungsebenen
- die Straf- und Ausschlußfunktion
- das Sicherheits- und Kontrollsystem
- die totale Versorgung
- die Verwahrung
- die von diesen Bedingungen abhängigen Umgangsformen und Problemlösungsmethoden (Soltau 1982).

Die nicht aufhebbaren gefängnisimmanenten Strukturen verhindern die Auseinandersetzung der Drogenabhängigen mit ihrer Sucht, sie verstärken die

Passivität und Ohnmachtsgefühle und nehmen jede Chance auf einen positiven Veränderungsprozeß.

In der Bundesrepublik und Berlin sind z.Z schätzungsweise 5000 Drogenabhängige, davon 1000 drogenabhängige Mädchen und Frauen unter diesen Bedingungen inhaftiert¹¹ (vgl. Soltau 1982).

In der Frauenvollzugsanstalt Berlin gelten 80% der Inhaftierten als heroinsüchtig, das sind etwa hundert Frauen. In den bundesdeutschen Gefängnissen finden sich ähnliche Relationen. Die Haftstrafen der Frauen liegen in der Regel zwischen 6 Monaten und zwei Jahren; viele sind zum zweiten oder dritten Mal inhaftiert. Der Knast wird ihnen langsam bekannter, nicht vertrauter. Die Angst vor der eigenen Zerstörung durch die Haft bleibt.

1.2.1 Innenansichten aus dem Knast

Die Strafvollzugsanstalten sind für ihr „neues Klientel“ weder personell noch materiell angemessen ausgestattet. Der Frauenvollzug ist gegenüber dem Männervollzug noch zusätzlich benachteiligt (vgl. Einsele/Rothe 1982).

In der Berliner Frauenhaftanstalt beispielsweise müssen sich jeweils zwei Frauen eine 7 qm kleine Zelle teilen.

Ute: „Normalerweise sind das Einzelzellen, aber, weißt ja, Überbelegung. Also die Einzelzellen sind immer für zwei Leute, zwei Betten sind drin, dann kommt das Waschbecken und die Toilette. Und wenn du Glück hast, dann paßt noch'n Schrank rein“.

Der Gefängnisalltag ist vollständig reglementiert, Weckzeiten, Essenzeiten, Arbeit und Beschäftigungstherapie, Aufschluß und Einschluß, alles genau nach Plan. Die Essensportionen sind abgezählt, die Bekleidungsstückzahlen sind vorgeschrieben.

Ute: „Du kannst fünf Unterbekleidungen haben und fünf Oberbekleidungen, Blusen und T-Shirts und fünf Röcke oder Hosen, Wenn du ein Kleid hast, ist das Ober- und Unterkleidung, dann kriegst du eine Hose oder ein T-Shirt weniger. Und dann bekommst du Schuhe und zwei Jacken – von dir selber. Also, du mußt die mitbringen lassen von deinem Besuch. Und dann Unterwäsche“.

Besonders zu Beginn ist die Haftsituation für die drogenabhängigen Frauen und Mädchen kaum zu ertragen: Tagelanger Verschluss in einer Einzelzelle, ohne Kontakt zu Mitgefangenen, allein in der Überwindung der Entzugsschmerzen.

Gerda: Die ersten zwei Monate hängst du ganz schön durch. Weil du das noch von draußen gewöhnt bist: die ganze action mit Rumlaufen und so. Und dann mit einmal hängst du den ganzen Tag auf deinem Arsch und die Tür geht alle drei Jahre mal auf“.

Die Inhaftierung drogenabhängiger Mädchen und Frauen entbehrt jedes – vom Gesetzgeber scheinbar angestrebten – erzieherischen Sinns (vgl. Ausschuß für Jugend; Familie und Gesundheit 1980).¹²

Repressive Maßnahmen erzeugen Widerstand, Trotz- und Abwehrreaktionen und wirken entmotivierend. Nach einer kurzen Phase der sog. „clean-Euphorie“, in der die Frauen zum ersten Mal nach langer Zeit spüren, was es heißt,

mit einem guten Körpergefühl aufzuwachen, ohne an den nächsten „Schuß“ zu denken, gewinnt die Sucht überhand, wird der Wunsch nach dem „Stoff“ überdimensional. Das um so mehr, als mit der Länge der Haftstrafe, dem Leben in völliger verwalteter Abhängigkeit, der Versuch, andere Perspektiven zu entwickeln absurd erscheint und das „Weiterdrücken“ zur einzig lustvollen Orientierung wird. Die Bewußtseinsstruktur: „Jetzt erst recht, jetzt fixe ich auf jeden Fall weiter“, fanden wir fast bei jeder inhaftierten drogenabhängigen Frau, mit der wir sprachen. Diese Orientierung kann auch kaum durch die Arbeits- und Gruppenangebote auf den Stationen verändert werden.

Gerda: „Hier gibt es nur so'ne bessere Beschäftigungstherapie, da bekommst du dann 3,12 DM am Tag. Und da machst du dann entweder Strumpflumen oder du knüpfst Teppiche. Ich sag nicht, daß das schlecht ist. Ist ganz witzig, weil du dann ein bißchen unterwegs bist, also immer von einer Tür zur anderen. Nee, ist ein bißchen Abwechslung, da bist du nicht den ganzen Vormittag eingeknackt, sondern du kannst was machen. Na ja, und das ist eben keine Ausbildung, da draußen drehst du keine Blumen oder so. Wir haben hier auch eine Schule. Da lernt man eigentlich nicht so viel. Wir quatschen eigentlich mehr mit den Lehrern, oder so. Bisher haben wir zweimal Mathe gehabt, naja, ist auch kein Abschluß hinterher“.

Die Arbeitsplätze, die in der Regel zur Verfügung stehen, – im Küchenbereich, in der Beschäftigungstherapie und in der Schule – bieten keine Ausbildungsmöglichkeiten. Bei den Drogenabhängigen – lohne es sich nicht wegen der Kürze der Haftstrafen und wegen der Interessenlosigkeit der Inhaftierten – ist häufig der Tenor der Anstaltsleitungen. Hier wird das eigentliche Problem verdeckt: In den Anstalten überwiegt das Sicherheits- und Ordnungs-Denken. Bemühungen von einzelnen engagierten Sozialarbeiter/innen, Psychologen/innen und Beamten/innen um eine sozialtherapeutische Ausrichtung der Arbeit, um anstaltsinterne Veränderungen im Interesse der Drogenabhängigen werden häufig erschwert.¹³

In der Haftsituation entstehen zwischen den inhaftierten Frauen Verhaltens- und Kommunikationsweisen, wie sie ihnen von der Scene her bekannt sind. Nur, daß sie jetzt selbst statt der Männer Machtpositionen einnehmen können. Es besteht ein relativ klares hierarchisches System, die „dominanten“ Frauen legen den Verhaltenskurs fest, bestimmen die Gruppenmeinung, leiten aber auch Solidarierungen, meist gegenüber der Gefängnisleitung ein.

Abweichende Meinungen sind nur schwer, und wenn, dann nur von „starken“ Frauen, zu vertreten. Aggressionen und Haß, die durch das Eingeschlossenheit, durch Überbelegung, durch mangelnde Arbeitsmöglichkeiten sowie durch unzureichende sozialpädagogische Betreuung entstehen, werden an den Mitgefangenen ausgelassen oder eskalieren in Auseinandersetzungen mit dem Personal.

Ausländische drogenabhängige Frauen haben es im „Knast“ aufgrund von mangelnden Sprachkenntnissen und ihnen fremden Kommunikations- und Verhaltensformen besonders schwer; häufig sind Depressionen und Selbstmordversuche die Folge.

Das Einfinden in die Subkultur des Gefängnisses ist überlebensnotwendig,

es sichert, je nach erreichter Position, Macht, Einfluß und Drogen. Eine „Sündenbockposition“ erweist sich als Dauerbedrohung.

Der Anpassungsdruck und die Positionsbehauptungen führen jedoch gleichzeitig zur endgültigen Aufgabe möglicherweise kurzfristig vorhandener Veränderungs- und Therapiewünsche, die durch den Schock der Inhaftierung ausgelöst wurden. Denn die länger inhaftierten Frauen, die das jeweilige „Klima“ in den Gruppen bestimmen, haben notwendigerweise Anti-Therapiepositionen, auch als Widerstandsform gegen den „Knast“ und gegen jede Form von „Verwaltet-Werden“ entwickelt. Diese Therapieabwehr kann auch nicht gefängnisintern verändert werden, da die Haftsituation insgesamt entmotivierend wirkt.

Die inhaftierten Frauen entwickeln zwar Zukunftsvorstellungen für ein Leben ohne Drogen – einen Schulabschluß nachholen, Kontakte zu alten Freunden wieder aufnehmen – gleichzeitig schätzen sie jedoch sich und ihre Lebensbedingungen realistisch genug ein, um zu wissen, daß nach einer Haftstrafe ein Neubeginn noch schwieriger geworden ist. Die drogenabhängigen Frauen kehren in den alten Lebenszusammenhang zurück, ohne daß sich ihr Handlungsspektrum erweitert hätte. Sie haben meist durch ihre Drogenabhängigkeit ihre Wohnung, ihre Arbeit und ihre Freunde/innen verloren. Sie stehen da ohne Geld, aber mit einem Berg von Kreditschulden und dem zusätzlichen Stigma: vorbestraft. Kein Wunder, wenn nach der Entlassung der erste Weg zur ‚Scene‘ führt.

1.2.2 „Drogenknäste“

Versuche, drogenabhängige Frauen gefängnisintern therapieren zu wollen, müssen zwangsläufig scheitern. Insassinnen begreifen derartige Angebote immer als aufoktroiyert und fremden Interessen folgend. Tatsächlich werden hierbei auch zwei wesentliche therapeutische Prinzipien außer Kraft gesetzt: die Freiwilligkeit der Therapieaufnahme und die individuelle Entscheidungsfreiheit zum Therapieabbruch – Prinzipien, die außerhalb „totaler Institutionen“ *conditio sine qua non* für einen therapeutischen Prozeß sind, der Bewußtseins- und Verhaltensänderungen einschließt.

Die „Erfolge“ gefängnisinterner Zwangstherapien liegen dann auch nicht in einer realen Verhaltensänderung der Klienten/innen, gar in einer Aufarbeitung der je spezifischen Suchtgeschichte, sondern in einer Anpassungsleistung an gefordertes Denken und Handeln, da hieraus Privilegien, wie z.B. vorzeitige Entlassung erwachsen.

Hinter Gittern verfestigen sich die auf der ‚Scene‘ erlernten Verhaltensweisen wie „Berechnung“, „Verlogenheit“, „Kosten-Nutzen-Beziehungen“ etc. (Saalbach 1982).

Infolgedessen sind die sog. „Drogenknäste“ wie sie in Parsberg (Bayern) und Brauel (Niedersachsen) errichtet wurden und in Plötzensee (Berlin) im Bau sind, eine drogenpolitische Fehlentscheidung, deren negative Auswirkungen noch gar nicht abzusehen sind.

1.2.3 Drogenberater/innen im Gefängnis

Eine wichtige Funktion in der Betreuungsarbeit für Inhaftierte haben nach wie vor die von „außen“ kommenden Drogenberater/innen aus Drogenberatungsstellen. Da sie einen anderen Status haben als Gefängnismitarbeiter/innen, gelingt es ihnen eher, Vertrauen zu den drogenabhängigen herzustellen und ihnen Möglichkeiten aufzuweisen, wie sie – gegebenenfalls mit fremder Hilfe – ihre Drogenabhängigkeit überwinden können. Voraussetzung für diese wichtigen Beratungsprozesse sind allerdings Regelungen, die es den Drogenberater/innen ermöglichen, sich innerhalb des Gefängnisses auf den einzelnen Stationen im Rahmen der üblichen Sicherheitsvorkehrungen frei und zeitlich unbegrenzt zu bewegen. Die selbstverständliche Präsenz der Berater/innen auf den Stationen erleichtert es den inhaftierten Frauen, die Hemmschwelle zu überwinden und sich Beratungswünsche einzugestehen. Dieser „aufsuchenden streetwork“ im Gefängnis stehen allerdings in jüngster Zeit Tendenzen von Anstaltsleitungen gegenüber, Kontrollmaßnahmen zu verschärfen – z.B. die Beratungsprozesse von Justizbeamtinnen überwachen zu lassen – und sogar einzelnen den Zugang zur Anstalt wegen mißliebiger Einstellungen zu verwehren (z.B. in Berlin).¹⁴

Die Beratungsarbeit müßte allerdings u.E. geschlechtsspezifisch reflektiert werden. Das heißt, Beratungsstellenmitarbeiter/innen sollten in ihre Überlegungen miteinbeziehen, inwieweit es sinnvoll ist, daß männliche Drogenberater im Frauenvollzug beraten. Die drogenabhängigen Mädchen und Frauen waren vor und während ihrer Drogenabhängigkeit männlicher Gewalt ausgeliefert, so daß nicht anzunehmen ist, daß eine produktive Vertrauensbasis und Offenheit gegenüber männlichen Beratern entwickelt werden kann.

1.2.4 Therapiegedanken im „Knast“

Üblicherweise ist die Therapieperspektive ein Gedankengang der mit dem Drogenproblem befaßten Sozialarbeiter/innen und Psychologen/innen etc. und nicht der drogenabhängigen selbst.

Die Vorstellung, eine Therapie zu machen, um von der Sucht loszukommen, liegt ihnen ziemlich fern. Ihre (Unterschichts-)Lebensweise beinhaltet selten, therapeutische Hilfe zur Bewältigung von Problemen in Anspruch zu nehmen. Im Gefängnis ist zwar die Fortsetzung des „Drückens“ oder der Versuch aufzuhören, ein allgegenwärtiges Gesprächsthema, allerdings wird fast nie eine therapeutische Hilfe zur Überwindung der Abhängigkeit angestrebt.¹⁵

Wie soll auch nach monatelanger Verwahrung im Knast eine Therapiemotivation entwickelt werden? Die Frauen nehmen Therapie als Fortsetzung der Gefängniszeit wahr. Leben nach festen Regeln, ohne Außenkontakte zunächst und immer den Gruppenbedingungen unterworfen, monatelang.

Die Gleichsetzung von Therapie und Gefängnis ist auch deshalb naheliegend, weil externe Therapien häufig zur Therapieaufgabe gemacht werden, bzw. Verurteilten freigestellt wird, statt ins Gefängnis in eine Therapie zu gehen.

1.3 Therapie statt Strafe

§ 35 I regelt diese durch das Betäubungsmittelgesetz neu geschaffene Möglichkeit, statt der Haftstrafe eine Therapie zu beginnen. D.h. die Vollstreckung einer verhängten Freiheitsstrafe, die zwei Jahre nicht übersteigt, kann zurückgestellt werden, wenn sich die/der Drogenabhängige in einer ihrer/seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen. Als Behandlung gilt der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, in der die freie Gestaltung der Lebensführung erheblichen Beschränkungen unterliegt (vgl. § 35 I BTMG 1981).

Der reformerische Anspruch bei diesem Gesetzespassus ist jedoch auf halbem Wege steckengeblieben. Zwar stellt die Verankerung des Therapiegedankens eine Weiterentwicklung der gesetzlichen Bestimmungen dar, doch bleibt mit der engen Koppelung von Haftstrafe und Therapieaufenthalt eine Fülle von Problemen bestehen.

Von therapeutischer Seite ist immer wieder – und zu Recht – die Notwendigkeit der freiwilligen Entscheidung der Drogenabhängigen für eine Therapie betont worden. Erst der starke individuelle Wunsch nach Veränderung, die persönlich getroffene Entscheidung für eine Beendigung des Drogenlebens schafft die Voraussetzung für die Chance des Gelingens; Therapie bedeutet Anstrengung, bedeutet langfristige, oft entmutigende Arbeit an der eigenen Entwicklung.

Nur diejenigen, die ernste Therapiemotivation mitbringen, die sich in Frage stellen und verändern wollen, werden auch die Bereitschaft und die Fähigkeit entwickeln, sich zu öffnen und in der therapeutischen Gruppe die Suchtproblematik bearbeiten. Die Drogenabhängigen, die eine Therapie als das kleinere Übel gewählt haben, werden sich nur vordergründig und zum Schein auf therapeutische Prozesse einlassen, um nicht „rauszufliegen“. Damit beeinflussen sie aber gleichzeitig den gesamttherapeutischen Prozeß negativ. Im schlimmsten Fall schauspielern sie zwei Jahre lang um die Wette, um nicht (wieder) im Knast zu landen.

1.4 Eigenversuche und Fremdversuche

Wenn Drogenabhängige versuchen „clean“ zu werden, beanspruchen sie keine professionelle Hilfe. Sie entziehen bei den Eltern, bei Freunden oder allein, leben dann in der Regel ein paar Tage, manchmal auch ein paar Wochen ohne

Drogen, werden dann aber in der Regel rückfällig, da sich weder die objektiven Lebensbedingungen (familiale Gewaltverhältnisse, Arbeitslosigkeit, sozialer Bezugskreis etc.), noch die subjektiven Handlungspotenzen (fehlendes Durchsetzungsvermögen, Frustrationstoleranz, Selbstbewußtsein etc.) verändert haben. Kehren sie beispielsweise zu ihren Eltern zurück, werden sie häufig Durchsetzungsvermögen, Frustrationstoleranz, Selbstbewußtsein etc.) verändert haben. Kehren sie beispielsweise zu ihren Eltern zurück, werden sie häufig mit den „alten“ Ansprüchen konfrontiert, mit denen sie nicht leben wollen, die sie ablehnen: die Rolle der „lieben Tochter“, die „normal“ funktioniert und Reproduktionsarbeit übernimmt, die zuhause bleibt, heiratet etc.

Evident ist, daß mit der Länge der Drogenabhängigkeit die Schwierigkeiten wachsen, aus dem Drogenkreislauf auszubrechen. Der Entscheidungsprozeß für die Annahme professioneller Hilfe (zunächst Beratungsstellen) dauert unterschiedlich lange, manchmal wird erst nach Jahren der ausweglosen und entwürdigenden Drogenkarriere ein Therapieversuch gewagt. Druck von außen, den Eltern, Freunden oder repressiven Stellen mag diesen Prozeß beschleunigen, allerdings werden drogenabhängige Frauen ohne Eigenmotivation immer rückfällig werden.

Wenn Drogenabhängige vor Gericht vor die Alternative gestellt werden, die Gefängnisstrafe „abzusitzen“ oder eine Therapie zu beginnen, besteht die Gefahr, daß auf der Seite der Richter und auf der Seite der Abhängigen der Unterschied zwischen Haft und Therapie nicht mehr erkannt wird. Die Gleichsetzung wird noch dadurch verstärkt, daß laut § 36 I des Betäubungsmittelgesetzes die nachgewiesene Zeit in einer staatlich anerkannten Therapieeinrichtung auf die Strafe angerechnet werden kann. Das führt zu dem paradoxen, vom Gesetzgeber sicherlich nicht intendierten Schluß vieler Abhängiger, „lieber den Knast abzumachen“ und danach unbehelligt von der Justiz zu leben, als in eine Einrichtung zu gehen, Angst zu haben, es nicht zu schaffen, dann abzubrechen und damit erneut den Strafverfolgungsbehörden ausgesetzt zu sein. Hier wird der Therapiegedanke in der engen Koppelung an eine Haftstrafe ad absurdum geführt.

Ein weiteres Problem liegt in der gesetzlichen Bestimmung, daß der Therapieaufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung nur dann möglich ist, wenn diese gewährleistet, daß die freie Gestaltung der Lebensführung der Klienten erheblich eingeschränkt ist, womit sich der Gedanke der Angleichung von Therapieeinrichtung und Gefängnis aufdrängt. Zusätzlich müssen die therapeutischen Einrichtungen etwaige Abbrüche ihrer Klienten den Justizbehörden umgehend melden.

Diese Bestimmungen gefährden auf der einen Seite die schwierige Arbeit in den therapeutischen Einrichtungen, da hierdurch ein strukturelles Mißtrauen zwischen den Drogenabhängigen und den Therapeuten/innen angelegt ist. Wenn beispielsweise Abhängige die Einrichtung für ein paar Stunden verlassen, wird unmittelbar nach der Meldung an die Justizbehörden ein Haftbefehl ausgestellt. Es gibt keinen Spielraum für die Abhängigen zurückzukom-

men und die Ursachen für den Rückfall aufzuarbeiten, was normalerweise zu einer Suchtgeschichte gehört. Die Einübung in soziale Situationen, die „draußen“ vorherrschen, die Bewältigung rückfallverursachender Krisensituationen bleiben ausgeschlossen. Die in der Therapie begonnene Nachsozialisation endet abrupt mit Meldung, Haftbefehl und erneutem Gefängnisaufenthalt.

Das schwierige Vertrauensverhältnis zwischen den Drogenabhängigen und den Therapeuten steht also permanent auf dem Spiel, wenn sich in Krisensituationen die Therapeuten als Vertreter fremder Interessen zeigen (müssen).

Auf der anderen Seite besteht durch den Gesetzespassus die Gefahr, daß die Justiz die therapeutische Arbeit nicht nur einengt, sondern auch definiert und in sie eingreift. Sicher ist jetzt schon, daß der Spielraum für offenere Therapieformen durch das Gesetz genommen ist. Das schließt auch ambulante Therapieformen ein. D.h. das Gesetz favorisiert auf lange Zeit geschlossene Therapien und verschließt sich der Möglichkeit, mit in anderen Ländern gemachten Erfahrungen zu experimentieren und neue Entwicklungen zuzulassen (vgl. Deiters 1982).

Damit läuft die gesetzliche Veränderung auch an den Bedürfnissen und Interessen der Betroffenen vorbei, die in der Regel ambulante Programme vorziehen.

1.5 Kein Schutz für drogenabhängige Mädchen und Frauen

Eine andere Neuregelung im Betäubungsmittelgesetz stellt das sog. Kronzeugenprinzip dar, das die Möglichkeit einschließt, von einer Strafe abzusehen oder Strafmilderung zuzugestehen, wenn „Drogentäter“ einen Aufklärungsbeitrag in Fällen von Drogenkriminalität leisten. Die Arbeit der Strafverfolgungsbehörden mag sich hierdurch im Einzelfall erleichtern und effektivieren, für drogenabhängige Frauen stellt diese Regelung eine große Gefährdung dar. In der labilen Situation des „Giftentzuges“, beispielsweise nach einer Verhaftung, werden von den Behörden – indem Strafmilderung versprochen wird – Aussagen und Details erfragt, welche die Frauen normalerweise für sich behalten würden. Dies geschieht nicht aus einem subkulturellen Ehrenkodex heraus, sondern weil sie Gefahr laufen, von Mittätern, Zuhältern und Dealern übel zugerichtet zu werden. Es gibt genügend Beispiele, daß Frauen, die ausgesagt haben, von Männern mit unvorstellbarer Brutalität mißhandelt, verbrannt und verstümmelt worden sind. Nicht nur das „Ausplaudern“ wird bestraft, sondern auch das eigenmächtige Handeln der Frauen. Diesen Gewaltsituationen können die Frauen auch nicht durch Anzeigen wegen Körperverletzung etc. entgehen. Auf der einen Seite zöge das unweigerlich die Gewaltschraube an, auf der anderen Seite würden sie den Behörden als Drogenabhängige bekannt oder erneut bekannt werden und Gefahr laufen, Strafverfahren wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz auf sich zu ziehen.

Zu vergleichbarer Handlungsunfähigkeit sind die Frauen verurteilt, wenn

ihnen – was nach unseren Gesprächen mit drogenabhängigen Frauen vorkommt – von Polizisten und Rauschgiftfahndern erpresserisch der Vorschlag unterbreitet wird, die Aufdeckung eines BTMG-Verstoßes zurückzustellen, sofern sie „beischlafwillig“ sind.

Der Gesetzgeber hat zugunsten der Informationsbeschaffung im Bereich der Drogendelikte die Gefährdung von Frauen in Kauf genommen – Überlegungen zum Schutz der Frauen hat er in seinen Beratungen vernachlässigt. Das Ausmaß männlicher Gewalt gegenüber drogenabhängigen Frauen war bisher, aufgrund der männlich zentrierten Sichtweise des „Drogenproblems“ auch nicht bekannt, bzw. wurde verharmlost oder ignoriert. Hier müßten Anstrengungen unternommen werden, die langfristig das weibliche Leid von doppelter Abhängigkeit verringern helfen.

IV. Möglichkeiten und Grenzen der Rehabilitation drogenabhängiger Mädchen und Frauen

1. Drogenberatungsstellen

Der Gedanke, institutionelle Hilfen in Anspruch zu nehmen, liegt in den ersten Jahren der Heroinabhängigkeit fast allen Frauen fern. Sie sehen in diesen Anlaufstellen zunächst nichts anderes als ein neues Teil im Räderwerk der Ämtermaschinerie – Institutionen, die in ihren Familien und in ihrem Leben herumdiktiert, gefordert, bewilligt und bestraft haben.

Das Gefühl, jederzeit mit den Drogen aufhören zu können, überwiegt noch:

Silke: „Aber wenn ich morgen mit dem Drücken aufhöre, kann ich mir ruhig heute noch mal einen Schuß setzen“.

Bei fast allen drogenabhängigen Frauen und Männern verbindet sich mit Drogenberatungsstellen sofort die Angst, sich für eine Langzeittherapie entscheiden zu müssen:

Karla: „In Drogenkliniken kommen wir und wer weiß, wo alles hin. Aber nach unserem wirklichen Wollen und Möchten und Handeln fragt gar keiner. Verstehste, die scheren Junkies alle über einen Kamm, finde ich so zum Kotzen, das gibt es überhaupt nicht. Verstehste, dann sollste x-mal den Leuten erklären, warum du gegen ‚ne Langzeittherapie bist, was du dir von ambulanter Therapie versprichst, was weiß ich alles. Nachher weißt du überhaupt nicht mehr, wo vorne und hinten ist. Echt schlimm“.

Die Frauen können sich meist nicht vorstellen, daß der Kontakt zu einer Beratungsstelle, eine Möglichkeit zur Information und zum persönlichen Austausch sein kann. Die Angst, offen oder latent für eine Langzeittherapie motiviert zu werden, überwiegt.

Die Beratungsstellen haben alle gemischt-geschlechtliche Teams; Beratungsgespräche werden meist von einer Frau und einem Mann zusammen übernommen, allerdings verändert sich diese Beratungsform in jüngster Zeit zunehmend in Richtung Einzelberatung, da viele Beratungsstellen Personaleinsparungen hinnehmen müssen.

Die Beratungsarbeit wird mehr und mehr von ‚professionellen‘ Sozialarbeitern und Sozialpädagogen geleistet, der Anteil von beratenden ‚Ex-Usern‘ und ‚Ex-Userinnen‘ sinkt deutlich.

Die Beratungsarbeit – die Beratungsformen und die Beratungsinhalte -- wird unseres Wissens nicht genügend geschlechtsspezifisch problematisiert: Daß ein Mann eine drogenabhängige Frau berät und eine weibliche Beraterin einen

männlichen Abhängigen, scheint selbstverständliche Beratungspraxis zu sein. In diesen Beratungssituationen bleiben – sofern nicht eine Frau eine Frau berät, oder umgekehrt ein Mann einen Mann – viele Schwierigkeiten, Ängste und Probleme ungesagt – was sich nachteilig auf den Klärungsprozeß und Entscheidungsprozeß der Betroffenen auswirken kann.

Wir gehen davon aus, daß männliche Berater drogenabhängige Frauen in vielen Fragen und Problembereichen nicht adäquat beraten können. Sie haben mit den Frauen keine gemeinsame (Erfahrungs)-Basis, die sich bei den Beraterinnen immer noch über die Erfahrung als Frau herstellen kann (z.B. Lebensentwürfe, Sexualität, Abhängigkeiten, Kommunikationsschwierigkeiten). Gerade die Schwierigkeiten, die weibliche Drogenabhängige von den Männern aus den Therapieeinrichtungen auf sich zukommen sehen, werden sie in einem Beratungsprozeß mit einem männlichen Berater nicht aufarbeiten können. Darüber hinaus setzen die Erfahrungen, die drogenabhängige Frauen mit Männergewalt und Erniedrigungen von Männern gemacht haben, einer intensiveren Beratung von vornherein Grenzen.

2. Therapieeinrichtungen

Bei den drogenabhängigen Frauen und Männern entsteht eine Therapiemotivation fast immer erst im Laufe der Therapie selbst oder eben auch nicht. Therapie wird zunächst häufig als Fortsetzung der Inhaftierung erlebt, mit dem Knast gleichgesetzt: Leben nach festen Regeln – monatelang. Zur Zeit gibt es für etwa 60.000 – 80.000 Heroinabhängigen in der BRD und West-Berlin etwa 1 500 Therapieplätze, davon in West-Berlin ca. 350.

Viele der drogenabhängigen Frauen und Männer, die eine Therapie beginnen, gehen gleich wieder am ersten Tag. Von denen, die zunächst bleiben, halten etwa 30% bis zum Schluß durch, d.h. sie leben etwa einundeinhalb bis zwei Jahre in einer dieser Einrichtungen. Man unterscheidet therapeutische Lebensgemeinschaften, therapeutische Großeinrichtungen (mit über 30 Plätzen), sozialpädagogische oder sozialtherapeutisch betreute Wohngemeinschaften, Selbsthilfegruppen und ambulante Therapieformen. Von staatlicher Seite und den konservativen (Sucht)Verbänden werden die therapeutischen Großeinrichtungen und therapeutischen Lebensgemeinschaften in der Regel favorisiert, während die meist kleineren, nicht nach Effektivitätsmaßstäben arbeitenden Wohngemeinschaften (sie nehmen weniger Betroffene auf), Selbsthilfegruppen und ambulante Einrichtungen immer auf's Neue um Gelder und Unterstützung nachsuchen müssen.

Die Folge davon ist ein harter ökonomischer Konkurrenzkampf zwischen den Therapieeinrichtungen, der seine Fortsetzung in dem Kampf um den

‚richtigen‘ Weg der Behandlung und Betreuung von Drogenabhängigen findet. Die Einrichtungen und die mit ihnen zusammenarbeitenden Drogenberatungsstellen werfen sich gegenseitig vor, auf dem ‚Rücken der Abhängigen‘ die eigene drogenpolitische Linie durchsetzen zu wollen. Diese Grabenkämpfe – die vor allem die Berliner Situation kennzeichnen – waren einen Moment vergessen, als wir 1980/81 die Notwendigkeit einer Frauentherapieeinrichtung deutlich machten: daß eine solche Therapieform unnötig sei, darin waren sich rechte, linke, liberale und unpolitische Drogenberater und Therapeuten einig.

Die Therapieeinrichtungen und Therapiegruppen arbeiten mittlerweile nach ähnlichen Grundprinzipien und Grundregeln: meist tägliches gemeinsames Arbeiten in therapieeigenen Werkstätten, in verschiedenen Arbeitsprojekten des Hauses (z.B. Küche, Büro, Wäscherei, Garten) oder außerhalb des Hauses im Rahmen von bestimmten Dienstleistungen (z.B. Renovierungsarbeiten), geplante gemeinsame Freizeit mit spezifischen Fernseh- und Musikregeln und feste therapeutische Gruppensitzungen. Die Grundregeln heißen übereinstimmend: absolutes Drogenverbot (einschl. Tabletten, Alkohol, Lösungsmittel etc.), Verbot von Gewalthandlungen und der Androhung von Gewalt. Jede Therapieeinrichtung hat darüber hinaus noch einen spezifischen Regelkatalog für das Zusammenleben der Gruppe.

In den vergangenen Jahren haben sich die oft sehr rigiden Arbeitsformen in den Therapieeinrichtungen wieder gelockert – vor allem die Aufnahmeverfahren für neue Drogenabhängige und die starren hierarchischen Gruppenstrukturen sind verändert worden. Auch die strengen ‚Sanktionssysteme‘, die der Einhaltung der Regeln dienen sollten, wurden abgeschafft bzw. durch ‚humanere‘ Belohnungs- und Strafsysteme ersetzt. So muß kein Klo mehr mit der Zahnbürste geschrubbt oder im Garten ein Loch gebuddelt werden, um den inneren ‚Fixer/innen-Schweinehund‘ zu begraben.

Die meisten Therapieeinrichtungen arbeiten nach Verhaltenstherapiemodellen. ‚Gutes‘, z. B. aktives und offenes Verhalten wird belohnt, negatives Verhalten, z. B. Verstoß gegen eine Regel, Passivität werden moniert oder bestraft. Wichtiges Regulativ ist dabei immer die Gruppe selbst. In der Gruppe werden Regelverstöße, Konflikte, Probleme zwischen den Gruppenmitgliedern angesprochen, Gefühlsausbrüche provoziert, Entwicklungsschritte honoriert. Dabei geht es oft sehr heftig zu. Die in den Gruppenprozessen entstehenden Einsichten in Realitäten psychisch auszuhalten, ist schwierig. Situationen, in denen der Gedanke an Therapieabbruch auftaucht, gibt es viele: emotionale Überforderungen, zu große Einschränkungen, Sanktionen, Nicht-Klarkommen mit der Gruppe. Das gilt für beide Geschlechter. Für drogenabhängige Mädchen und Frauen stellen sich darüber hinaus noch ganz andere Probleme, die auf die – oft unbegriffenen – geschlechtsspezifischen Strukturen in den Therapieeinrichtungen zurückzuführen sind.

3. Therapiemotivationen und -abwehr bei drogenabhängigen Mädchen und Frauen

Irgendwann ‚klotzt‘ viele der drogenabhängigen Mädchen und Frauen ihr ‚Heroinleben‘ an. Das kann nach einem halben Jahr, nach drei Jahren oder nach zehn Jahren sein. Es gibt kein Schema. Manchmal ist es nur der Wunsch, wegzukommen aus dem Elend, aus den verdreckten Pensionen, von den Freiern, den Spritzen. Oft gehen diese Wünsche Hand in Hand mit äußerem Druck: ein Haftbefehl liegt vor, die Eltern, Freunde und Freundinnen haben sie endgültig vor die Tür gesetzt, Heroin wird knapp oder sie können nach Jahren auf dem Strich dort kein Geld mehr verdienen. Die ersten Versuche, ernsthaft zu entziehen, beginnen. Aber jedes Hindernis, der kleinste ‚Frust‘ reichen schon aus, um wieder rückfällig zu werden: eine ‚Anmache‘ bei den Behörden, eine Begegnung mit einem Junkie, die Absage bei einem Job. Fähigkeiten, Widerstandskräfte, um den normalen Alltag zu bewältigen, sind verloren gegangen.

Der Gedanke an eine Therapie wird stärker, aber auch die durchaus berechtigten Ängste und Befürchtungen vor diesem Schritt.

Bei den meisten Mädchen und Frauen herrscht Unkenntnis darüber, was Therapien eigentlich beinhalten:

Susi: „Was heißt'n ‚feed-back‘?“

Walli: „Na, soviel, wie dauernd auf einem rumhacken!“

Der Therapieabwehr liegt als weitere Ursache meistens die Angst vor der Auseinandersetzung mit sich, den eigenen Problemen und vielmehr noch die Angst vor Auseinandersetzungen in den Therapie-Gruppen zugrunde. Die den Mädchen als typisch weiblich anerzogene Konfliktvermeidung erschwert gerade ihnen die Bereitschaft zum konfliktreichen Sich-Auseinandersetzen im therapeutischen Gruppenprozeß. Vielleicht mischt sich hierin auch die Angst vor der ‚Trauerarbeit‘, vor dem Wiedererleben der Kränkungen, der Demütigungen und des eigenen Versagens. Die Therapieabwehr schließt auch die Angst vor dem Selbständig-Werden, vor der Veränderung, vor der ungewissen Zukunft ein. Den Mädchen und Frauen fällt es schwer, Veränderungswillen aufzubringen, sie sehen für sich keine sinnvolle Lebensperspektive für die Zeit nach der Therapie. Sie befürchten, von der Therapiegruppe abhängig zu werden und nach Abschluß der Therapiezeit, erneut allein, beziehungslos, ohne Geld und ohne Berufsperspektive dazustehen.

Den Frauen fehlt das Selbstvertrauen, sich überhaupt noch eine autonome Lebensplanung vorzustellen, sie glauben nicht an die stabilisierenden Kräfte eines therapeutischen Prozesses und an die Unterstützung durch Therapeuten und Therapeutinnen. Schon einmal haben die Erziehungsinstanzen, die Eltern, Heimerzieher/innen und Sozialarbeiter/innen ihrem Gefühl nach versagt, indem sie von ihnen in ihrem weiblichen Identitätsfindungsprozeß und in der Entwicklung eines eigenständigen Lebenskonzeptes nicht genügend unter-

stützt worden sind. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Gründen, die gerade Frauen davon abhalten, in eine gemischt-geschlechtliche Therapieeinrichtung zu gehen, bzw. die dazu führen, daß drogenabhängige Frauen die Therapieeinrichtung vorzeitig verlassen, wieder rückfällig werden.

3.1 Therapieerfahrungen von drogenabhängigen Frauen in gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen

Die therapeutischen Einrichtungen für Drogenabhängige in der Bundesrepublik und West-Berlin sind ohne Ausnahme gemischt-geschlechtlich organisiert; drogenabhängige Frauen sind in diesen Gruppen allerdings zahlenmäßig immer in der Minderheit, unabhängig davon, ob es sich um eine Selbsthilfegruppe, eine sozialpädagogisch betreute Therapiegruppe oder um eine durchorganisierte Großeinrichtung handelt. Im günstigsten Fall ist das Zahlenverhältnis in den Einrichtungen zwei Drittel Männer und ein Drittel Frauen; häufig aber machen die Frauen nur zehn Prozent der Betroffenen aus.

Zwar klagen die therapeutischen Einrichtungen zunehmend über den ‚Frauenmangel‘, doch ignorieren sie nur zu gern, daß das Desinteresse der Frauen und ihre Abwehr auch mit den Formen und inneren Strukturen der Therapieeinrichtung zu tun haben könnte. Die therapeutischen Einrichtungen sind immer auch Spiegelbild gesellschaftlicher Verhältnisse, d.h. für Frauen, daß sie auch dort mit patriarchalischen Strukturen, mit männlicher Macht und Dominanz, mit offenen und subtilen Unterdrückungsformen, mit sexistischen Sprüchen und Handlungsweisen, mit Frauenverachtung und klassischen Frauenbildern zu kämpfen haben.¹⁶

So herrscht in den gemischt therapeutischen Gruppen oft eine stark von Männern bestimmte Atmosphäre, in der Frauen weniger gehört werden, sich in der Regel auch weniger durchsetzen können, es sei denn, sie entwickeln das an Männern orientierte, latent aggressive ‚power‘-Verhalten.

Die Therapeuten/innen orientieren sich nach unseren Erfahrungen und Einschätzungen auch überwiegend an den Erfahrungen, Konfliktmustern und Kommunikationsformen der männlichen Heroinabhängigen. So zielen beispielsweise die ‚therapeutische Härte‘, das Aggressionsverhalten als therapeutisches Prinzip, zunächst auf das ‚Vermeidungsverhalten‘, auf das gefühlmäßige ‚Dichtmachen‘ (die Unterdrückung der Gefühle) der männlichen Drogenabhängigen ab.

Gefühle zu äußern, Schwächen zu zeigen ist nicht das Hauptproblem von (drogenabhängigen) Frauen, für sie geht es vielmehr darum, mit Ängsten, Selbstzweifeln und Minderwertigkeitsgefühlen umzugehen.

In den gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen ist es für drogenabhängige Frauen äußerst schwierig, wenn nicht unmöglich, ihre Erfahrungen mit Männer-Gewalt aufzuarbeiten. Sie können dort nicht angstfrei über ihre Erfahrungen in Männerbeziehungen, über ihre Arbeit als Prostituierte, über ihre

oft schrecklichen Erlebnisse mit ‚Freiern‘ sprechen. Wesentliches bleibt ungesagt und damit unbewältigt. In den drogenabhängigen Männern der Therapiegruppe erkennen die Frauen allzuoft ihre alten ‚Freunde‘ und Freier wieder, denn die Kommunikationsformen und Verhaltensweisen der therapierten Männer unterscheiden sich in ihrer latenten Frauenfeindlichkeit nicht wesentlich von den erlebten. Hier mal ein Urteil über Beine und Po der neu angekommenen Frauen, dort mal ein Angebot unter der Dusche, die sexuellen Anspielungen sind vielfältig. Wehren sich die Frauen, kommt es vor, daß sie plötzlich als ‚Hure‘ und ‚Nutte‘ beschimpft werden.

Abhängigkeiten zu lösen, selbständig zu werden, ist ein zentrales Problem von vielen (drogenabhängigen) Frauen. Die Möglichkeit dieses zu lernen und nachzuholen, ist u.E. in einer gemischt-geschlechtlichen Gruppe begrenzt. Die Frauen müssen sich gleich wieder mit den Normen heterosexueller Umgangsweisen und Beziehungen auseinandersetzen, ohne den Raum zu haben, eigene Wünsche, Bedürfnisse und Ansprüche herauszufinden.

Männer bieten sich den Frauen in der Therapieeinrichtung erfahrungsgemäß ‚mannhaft‘ als Halt und Orientierung in der Rolle des Freundes und Geliebten an, wohlwissend, daß die potentielle Freundin emotionalen Trost und Zuwendung geben wird. Denn auch in den Therapiegruppen Drogenabhängiger – wie in allen gemischten Gruppen – sind die Frauen tendenziell diejenigen, die sich eher in den Hintergrund stellen, indem sie sich zu sehr um die Bedürfnisse und Gefühle der männlichen Abhängigen kümmern (nach therapeutischen Sitzungen ließ sich das sehr häufig beobachten).

Die Frauen ihrerseits gehen oft heterosexuelle Beziehungen zu Männern ein, um in der Obhut eines einzelnen Mannes, vor Anspielungen und sexuellen Angeboten der Männergruppe geschützt zu sein. Frauen bleibt in den Therapieeinrichtungen häufig keine andere Wahl, als sich erneut zu ‚prostituieren‘, eine heterosexuelle Beziehung einzugehen oder als andere Möglichkeit, mütterliche Funktionen zu übernehmen. Das klassische Frauenverhalten wird so wieder perfekt reproduziert.

Die Entwicklung eines positiven Verhältnisses der Frauen untereinander bleibt bei den ungleichen Machtverhältnissen zwischen Männern und Frauen in der Therapiegruppe erneut auf der Strecke. Die Frauen konkurrieren eher, als daß sie sich gegenseitig bei der Bewältigung der Beschädigungen unterstützen. In den männlich dominierten Gruppen lernen die Frauen nicht, sich und andere Frauen als eigenständige Persönlichkeiten wahr- und wichtig zu nehmen.

Besonders schwierig haben es drogenabhängige, lesbische Frauen, ihre Suchtproblematik in einer gemischten Therapiegruppe zu bearbeiten (vgl. Courage 4, 1982). Homosexualität wird entweder nicht ernst genommen und nur als Fluchtverhalten vor den ‚eigentlichen‘ Problemen gedeutet oder für therapierbar erklärt. Von daher wird verständlich, warum gerade lesbische Frauen die Therapieeinrichtungen meiden, obwohl ihr Anteil bei den drogenabhängigen Frauen erstaunlich hoch ist.

Auf dem Hintergrund der genannten Probleme von drogenabhängigen Mädchen und Frauen in ‚gemischten‘ therapeutischen Gruppen, gewinnt unsere Vorstellung von einer therapeutischen Frauenwohngemeinschaft besondere Bedeutung.

4. *Therapeutische Mädchen- und Frauenwohngemeinschaften*

Trotz aller Bedenken und Einwände, die drogenabhängige Frauen Therapien – auch Frauentherapien – formulieren, gehen wir davon aus, daß eine ‚normale‘ Frauenwohngemeinschaft nicht ausreichen würde, um eine Lebensperspektive ohne Drogen zu entwickeln. Zwar unterscheiden sich die Wünsche und Ansprüche der abhängigen Frauen, die clean werden wollen, kaum von denen anderer Frauen – intakte Beziehungen und Freundschaften, befriedigende Arbeiten, Urlaub und Abenteuer, Geld und Genuß –, doch finden die Frauen allein keine Wege und Formen, sich diese Bedürfnisse zu erfüllen. In den Jahren der Drogenabhängigkeit sind notwendige Alltagskompetenzen – wie Selbstdisziplin, Frustrationstoleranz, Verantwortungsbewußtsein, geplantes und überlegtes Handeln – verlorengegangen.

Eine Frauentherapieeinrichtung kann ein Ort sein, an dem drogenabhängige Frauen sich diese Fähigkeiten wieder aneignen können, ein Ort, an dem sie ungestört von Männern und männlichen Ansprüchen, ihr eigenes Frauen-Leben entwerfen und realisieren können.

Eine Frauentherapieeinrichtung ist allerdings immer nur ein Element in einer Kette frauenorientierter Drogenarbeit, d.h. außer Frauentherapieeinrichtungen müssen frauenbezogene streetwork-Formen, feministisch orientierte Beratungsstellen und spezifische Nachsorge-Wohngemeinschaften für Frauen entwickelt und eingerichtet werden, um die Situation drogenabhängiger Frauen insgesamt zu verändern und zu verbessern.

Ein Anfang ist im Therapiebereich gemacht: Nach eineinhalb Jahren Kämpfen und Vorbereitungen konnten wir im Juli 1983 mit – allerdings geringer – finanzieller Unterstützung des Berliner Senats das Projekt ‚Violetta Clean‘, eine therapeutische Wohngemeinschaft für drogenabhängige Mädchen und Frauen eröffnen – für uns ein erster Ansatz, frauenspezifische Arbeit auch im Drogenbereich zu verwirklichen.¹⁷

Bei ‚Violetta Clean‘ können acht bis zehn heroinabhängige Frauen leben, zunächst für ein Jahr, nach Wunsch auch länger. Die Frauen organisieren ihren Alltag weitgehend allein, werden allerdings von Pädagoginnen, die von außen kommen, unterstützt. Das Konzept orientiert sich an Erfahrungen, die in den vergangenen Jahren in der Frauenhausarbeit und in Frauenselbsthilfegruppen sowie spezifischen Frauentherapiegruppen gesammelt worden sind. Es greift auch diejenigen Regeln und Arbeitsformen der gemischt-geschlechtlichen The-

rapiegemeinschaften auf, die sich praktisch bewährt haben.

Das Ziel dieser, wie jeder anderen Therapie für Drogenabhängige, ist, die heroinabhängigen Frauen wieder zu einem drogenfreien Leben zu motivieren. Im alltäglichen Zusammensein sollen realitätsadäquate Handlungskompetenzen aufgebaut bzw. wieder angeeignet, Konfliktlösungsverhalten gelernt und die spezifisch weiblichen Gefühle von Minderwertigkeit und Selbstverachtung aufgearbeitet werden.

Die Frauen werden in ihrer Lebensplanung unterstützt, aber auch in dem Wiederanknüpfen an verschüttete Bedürfnisse und Wünsche und in dem Wiederentdecken verlorengegangener ‚Stärken‘, ihrer Empathie, ihrer Phantasie und ihren Widerstandskräften.

Im Rahmen der therapeutischen Frauengemeinschaft gibt es viele gemeinsame Aktivitäten – Selbstverteidigungs-, Lern-, Theater-, Videogruppen und Reisen. Ein Austausch mit Frauenprojekten, Alternativprojekten und Arbeitsmarktexperten/innen ist geplant, um den Frauen adäquate Arbeits- und Berufsmöglichkeiten zu erschließen. In diesem Problembereich werden allerdings besondere Anstrengungen notwendig werden, betrachtet man die geringen Ausbildungsmöglichkeiten für Mädchen und Frauen und die konservativen Tendenzen, Frauen wieder im familiären Bereich ‚anzubinden‘.

Um langfristig, die Zunahme der Anzahl weiblicher Drogenabhängiger zu verringern, und um die Rehabilitationschancen von drogenabhängigen Frauen zu verbessern, bedarf es einer Vielzahl von frauenspezifischen Projekten und umfangreicher Veränderungen im Forschungsbereich, in der Suchtprophylaxe und in der Rehabilitation.

Diese notwendigen Innovationen sind im folgenden zusammengestellt:

V. Forderungen und Konsequenzen für die Arbeit mit drogenabhängigen Mädchen und Frauen

Forschungsbereich

- Ausweitung von Frauenforschungsansätzen als Gegengewicht zur männerzentrierten Sichtweise des Drogenproblems
- Kritische Analyse der sozialwissenschaftlichen Literatur zur Drogenproblematik hinsichtlich der Erfahrungen von weiblichen Drogenabhängigen
- Förderung von Forschungsvorhaben, die die spezifischen Probleme von drogenabhängigen Frauen erfassen und Lösungsmodelle entwickeln, unter anderem zu den Themen:
 - typische Formen der weiblichen Suchtgenese
 - Sexualität, Körperbewußtsein bei drogenabhängigen Frauen
 - Schwangerschaft und Sucht
 - Gewalt und Prostitution auf der ‚Scene‘
 - Erfahrungen von drogenabhängigen Frauen in therapeutischen Einrichtungen
 - Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Beratungs- und Therapieformen für drogenabhängige Mädchen und Frauen
 - Therapiemodelle für drogenabhängige Frauen mit Kindern
 - Maßnahmen zur schulischen und beruflichen Wiedereingliederung von ehemals drogenabhängigen Mädchen und Frauen

Prophylaktischer Bereich

- Aufklärungsarbeit bezüglich männlicher Gewalt gegen Mädchen und Frauen, insbesondere im ‚Privatbereich‘ der Familie, und Entwicklung von Hilfsmodellen für körperlich und psychisch mißhandelte Mädchen
- Aufbau und materielle Absicherung mädchen-spezifischer Arbeit in Schule und Freizeitbereich
- Schaffung ausreichender, qualifizierter und perspektivreicher Ausbildungsplätze für Mädchen
- Einrichtung von Fortbildungsveranstaltungen, die mädchen- und frauenspezifische Erfahrungswelten an Eltern, Erzieher/innen etc. vermitteln

Im Bereich der ‚Scene‘

- Schaffung von Notrufstellen für mißhandelte, drogenabhängige Frauen
- Organisation von mobilen ‚Clean-Bussen‘
- Schaffung von Treffpunkten und Cafés für Frauen auf der ‚Scene‘

Repressiver Bereich

Legislative

- Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes von Januar 1982 mit folgender Zielsetzung:
 - Aufhebung der Kopplung von Haft und Therapie
 - Aufhebung der Rückmeldepflicht für alle Drogenberatungsstellen und Therapieeinrichtungen
 - Gleichstellung von ambulanten Therapieformen mit klassischen Langzeittherapien
 - Aufhebung der Definition der Therapiearbeit durch das Gesetz (z. B. Einschränkung der freien Lebensführung)
 - Schaffung eines Zeugnisverweigerungsrechts für Drogenberater/innen und Therapeuten/innen
 - Kontrollen im Bereich von Scheinehen, Erleichterung bei Ehescheidungen, die offensichtlich während einer Drogenabhängigkeit eingegangen worden sind
 - Konzentration der Rauschgiftdezernatsarbeit auf Händler/Großdealer

Strafvollzug

kurzfristige und mittelfristige Ziele auf der Grundlage der gegenwärtigen Rechtslage

- Verbesserung der Haftsituation drogenabhängiger Frauen durch Vervielfältigung des Beratungsangebotes
- Schaffung von Schul- und Ausbildungsmöglichkeiten im Gefängnis
- Erleichterung der Zugangs- und Arbeitsbedingungen der Drogenberater/innen und freiwilligen Mitarbeiter/innen
- Verbesserung der Fortbildungsmöglichkeiten der im Strafvollzug tätigen Sozialarbeiterinnen und Beamtinnen; Frauenbezogene Fortbildungsseminare

langfristiges Ziel

- Aufhebung der Strafverfolgung und Inhaftierung von Drogenabhängigen
- Aufhebung der ‚Therapiestationen‘ für Drogenabhängige im Strafvollzug
- Schließung der sog. ‚Drogenknäste‘ in Brauel, Parsberg und Plötzensee

Rehabilitationsbereich

- Schaffung von Frauenberatungsstellen für drogenabhängige Frauen
- Entwicklung geschlechtsspezifischer Streetwork-Arbeit
- Schaffung von ambulanten – und Langzeittherapieeinrichtungen für Mädchen und Frauen
- Schaffung von Einrichtungen für drogenabhängige Frauen mit Kindern
- Entwicklung von Nachsorge-Wohngemeinschaften für ehemalige drogenabhängige Frauen
- Entwicklung von Schulangeboten und gezielten Ausbildungskursen mit

sozialpädagogischer Betreuung für ehemalige Drogenabhängige

- Rechtliche und finanzielle Hilfen bei der Schuldentilgung von Drogenabhängigen, die aufgrund der Zollbestimmungen und/oder durch Kreditaufnahmen besonders hoch sind

Anmerkungen

- 1 Die personelle und finanzielle Aufrüstung des Justizapparates trägt u.E. allerdings nicht zur Lösung des Drogenproblems bei. Die Verwahrung drogenabhängiger Frauen im Gefängnis schafft vielmehr eine Fülle neuer Probleme, die der Rehabilitation nicht dienlich sind.
- 2 So wurden z.B. erst 1982 auf dem Berliner Drogenkongreß des FDR (Fachverband Drogen und Rauschgift) die Erfahrungen und Probleme drogenabhängiger Frauen zur Sprache gebracht, nach über zehn Jahren Drogenarbeit.
- 3 Diese Forschungsarbeit wird von uns im Rahmen der von der Freien Universität Berlin und dem Berliner Senat gemeinsam getragenen „Berlin-dienlichen-Forschung“ durchgeführt. Geleitet und betreut wird diese Arbeit von Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz, FHSS Berlin.
- 4 Diese Regionalstudie ist die erste dieser Art, die verlässliche Daten ermittelt hat. Für die gesamte Bundesrepublik gibt es nur grobe oder geschätzte Daten.
- 5 1975/76 wurden erstmals die Zustände, die in dem Mädchenheim „Birkenhof“, Hannover, herrschten, öffentlich: Prügelstrafe, zwangsweises Beten, Stacheldraht ums Haus und Schäferhunde zur Bewachung.
- 6 Wir lehnen keine selbstverwalteten Einrichtungen für Jugendliche generell ab. Als ‚pädagogisch-fortschrittlich‘ kann jedoch nur eine Einrichtung begriffen werden, die die Ergebnisse, Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Mädchenarbeit und Frauenforschung in diese Pädagogik integriert, und die den notwendigen Schutz- und Freiraum garantiert.
- 7 Das trifft für einige Mädchen nur bedingt zu; vor dem Eintritt in die Drogenszene haben sie so heftig ihre Aggressionen ausgelebt, daß einige von ihnen sogar wegen Körperverletzung (an Jungen) verurteilt worden sind.
- 8 Hier wird von der Berliner ‚Straßen-Szene‘ ausgegangen.
- 9 Vgl. „Hydra“, in Courage 4, 1982, S. 13.
- 10 Die Drogenabhängigen entzogen sich in der Regel der psychiatrischen Behandlung nach der Stabilisierung des körperlichen Zustands; ihrer Problematik konnte man in den Anstalten mit ihren medizinisch-naturwissenschaftlich orientierten Maßnahmen nicht gerecht werden.
- 11 Diese Zahlen beruhen auf eigenen Schätzungen. R. Soltau geht für Berlin schon von 1000 inhaftierten Drogenabhängigen aus.
- 12 Die Debatten, die im Vorfeld und im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum BTMG geführt worden sind, deuten auch darauf hin, daß die Vorstellungen von „Ausgrenzung“, „Verwahrung“, sozial auffällig gewordener Jugendlicher immer noch existieren.
- 13 Erschwerend kommt häufig hinzu, daß die Justizvollzugsbeamten/innen vielfach keine Kenntnisse über das Problem „Drogenabhängigkeit“ für ihre Arbeit mit den Abhängigen mitbringen.
- 14 So geschehen in Berlin, Jugendvollzugsanstalt Schönstedtstr., Oktober 1981, als Drogenberater/innen der Zugang zur Anstalt verwehrt wurde, mit dem Vorwurf, einen Streik unter den Inhaftierten vorbereitet zu haben.
- 15 Beispielsweise ist von den etwa 70 drogenabhängigen Frauen, die wir im Rahmen unse-

rer Forschungsarbeit im Knast gesprochen haben, lediglich eine Frau aus dem ‚Normalvollzug‘ in eine therapeutische Einrichtung gegangen und dort geblieben. Einige Frauen haben versucht, ohne Hilfe „clean“ zu werden, nur zwei Frauen haben es bisher geschafft.

- 16 Diese Grundprobleme werden im folgenden anhand von einzelnen therapeutischen Situationen verdeutlicht. Insgesamt bedarf es gerade hier genauer Analysen, um die Existenz patriarchalischer Strukturen in vermeintlich sensibilisierter therapeutischer Arbeit bewußt zu machen. Wie sich patriarchalisches Denken in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung niederschlägt, zeigt der Kongreßbericht der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren zum Thema „Frau und Sucht“, 1981.
- 17 ‚Violetta Clean, Bettinastr. 12, 1000 Berlin 33.

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe Dokumentation des Frauenhauses Köln*: Frauenhaus Köln, Nachrichten aus dem Ghetto Liebe, Frankfurt/M. 1980
- Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit*: Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts, Drucksache 9/27, Bonn 1980
- Behr, H.G.*: Ein Junkie ist ein verheimerter Spießbürger, in: *Psychologie heute* (1981) 9
- Henard, Cheryl/Schlaffer, Edith*: Die ganz gewöhnliche Gewalt in der Ehe, Texte zu einer Soziologie von Macht und Liebe, Hamburg 1978
- Berger/Reuband/Widlitzeck*: Wege in die Heroinabhängigkeit; Zur Entwicklung abweichender Karrieren, München 1980
- Braake, M.*: Soziologie der jugendlichen Subkulturen, Frankfurt/M. 1981
- Bundesminister der Justiz* (Hrsg.): Bundesgesetzblatt Teil I, Bonn (1981) 30
- Clarke, J. u.a.*: Jugendkultur als Widerstand, Frankfurt/M. 1979
- Deiters, J.*: Drogenparadies Amsterdam, in: *Tip* (1982) 5
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren*: Frau und Sucht, Beobachtungen, Erfahrungen, Therapieansätze, Bd. 23, Hamm 1981
- Einsele, Helga/Rothe, Gisela*: Frauen im Strafvollzug; „Auf der Suche nach etwas, das besser ist als Strafe“, Hamburg 1979
- Furian, M.* (Hrsg.): Ursachenorientierte Prophylaxe süchtigen Verhaltens, Heidelberg 1981
- Frauenselbstverlag* (Hrsg.): Frauen gegen Männergewalt; Berliner Frauenhaus für mißhandelte Frauen, Erster Erfahrungsbericht, Berlin-West 1978
- Giesen, Rosemarie/Schumann, Gunda*: An der Front des Patriarchats, Weinheim 1980
- Gipser, Dietlind/Stein-Hilbers, Marlene* (Hrsg.): Wenn Frauen aus der Rolle fallen; Alltägliches Leiden und abweichendes Verhalten von Frauen, Basel 1980
- Harding, W.M.*: Kontrollierter Heroingenuß – ein Widerspruch aus der Subkultur gegenüber herkömmlichen kulturellem Denken in: *Völger, G.* (Hrsg.), *Rausch und Realität*, Köln 1981
- Heckmann, W.*: Fixer sind nicht durch Zwang zu heilen, in: *Päd. extra Sozialarbeit*, 5 (1981) 12
- Jordan, E./Trauernicht, Gitta*: Ausreißer und Trebegänger, Grenzsituationen sozialpädagogischen Handelns, München 1981
- Huncke, H.*: Die Drogenjugend, Berichte, Analysen und Fakten über die Heroinabhängigkeit Jugendlicher, Frankfurt/M. 1980
- Kieper, Marianne*: Lebenswelten „verwahrloster“ Mädchen, Autobiographische Berichte und ihre Interpretationen, München 1980
- Kreuzer, A.*: Jugend – Rauschdrogen – Kriminalität, Wiesbaden 1978
- Kreuzer, A./Gebhardt, C./Maassen, M./Steinhilbers, M.*: Drogenabhängigkeit und Kontrolle, Wiesbaden 1981

- Kreyssig, Ulrike/Kurth, Anne: No future für Mädchen, in: *Courage* 7 (1982) 3
- Kreyssig, Ulrike/Kurth, Anne: No future im Knast, in: *Courage* 7 (1982) 4
- Kreyssig, Ulrike/Kurth, Anne: ‚Violetta-Clean‘ – Drogentherapie für Frauen in: *Courage* 7 (1982) 5
- Kutsch, T./Wiswede, G. (Hrsg.): Drogenkonsum, Einstieg, Abhängigkeit, Sucht, Soziale Probleme der Gegenwart, Königstein 1980
- Mander, Anica Vesel/Rush, Anne Kent: Frauentherapie, Frauenbewegung als heilende Energie, München 1976
- Mies, Maria: Methodische Postulate zur Frauenforschung – dargestellt am Beispiel der Gewalt gegen Frauen, in: Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen e.V. (Hrsg.): Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, 1 München 1978
- Parow/Hegi/Niemeyer/Strömer: Über die Schwierigkeit erwachsen zu werden, Rauschmittel und Adoleszenzkrise, Frankfurt/M. 1976
- Reuband, K.H. (Hrsg.)/Berger, H./Legnaro, A.: Jugend und Alkohol, Trinkmuster, Suchtentwicklung und Therapie, Stuttgart 1980
- Saalbach, P.: Drogenknast – die perfekte Therapie, in: *Psychologie heute* 9 (1982) 1
- Savler, Monika/Wildt, Carola: Mädchen zwischen Anpassung und Widerstand, Neue Ansätze zur feministischen Jugendarbeit, München 1978
- Schneider, Ulrike (Hrsg.): Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung, Frankfurt/M. 1981
- Sebbar, Leila: Gewalt an kleinen Mädchen, Naumburg 1980
- Skarabis, H./Patzak, Melitta: Die Berliner Heroinszene; Eine epidemiologische Untersuchung, Arbeitsergebnisse aus der Suchtforschung, Weinheim 1981
- Soltau, Roswitha: Das Motivierungskonzept im Strafvollzug, München 1982, unveröff. Ms.
- Slotty, M.: Das Betäubungsmittelgesetz 1982, Kurzbericht für die Strafrechtspraxis, in: *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, 1 (1981) 9

In: Mebes, M./Jeuck, G. (Hrsg.):
Sucht. Schriftenreihe Sexueller Mißbrauch,
Bd. 2, hrsg. von DONNA VITA, Berlin 1989,
S. 15-49

Hauptsache überleben . . .
**Zum Verständnis von sexuellem Mißbrauch
in der Lebensgeschichte süchtiger Frauen**

Marion Mebes

"Tochter zu sein, ist nur eine von vielen Möglichkeiten, mißbraucht oder
vergewaltigt zu werden. Man kann die Straße entlang spazieren
Fahrrad fahren
ein Auto im Parkhaus abstellen
Fahrstuhl fahren, auf den Bus warten
in der Wohnung sein mit der Bundesbahn verreisen
man kann trampen, zelten oder im Hotel wohnen
man kann attraktiv aussehen oder nicht
aufreizend gekleidet sein oder nicht
man kann einen Bekannten zum Kaffeetrinken einladen
man kann heiraten
verliebt sein oder nicht
jung sein oder alt
anständig oder nicht
selbstbewußt oder schüchtern -
wichtig ist nur eins:
man muß lebendig sein, vorhanden und greifbar
und damit
zerstörbar und vernichtbar."

("Rote Grütze" 1986, S. 12/13)

Verschwiegen - aber nicht tabu!

Lebendig, vorhanden und greifbar sind die Mädchen in der Familie. Das
angebliche "Inzesttabu" hat Mädchen zu keiner Zeit und in keinem Alter
vor dem Zugriff von Vätern, Brüdern, Onkeln, Großvätern und anderen
männlichen Verwandten geschützt. Tabuisiert war nicht die Tat.
Tabuisiert war und ist es lediglich, daß die Mädchen sich Hilfe holen
und sich zur Wehr setzen. Ein Tabu ist es auch, darüber zu reden und -
offensichtlich auch für Professionelle - den Mädchen und Frauen zu
glauben, wenn sie von Übergriffen berichten. Mädchen und Frauen werden
überwiegend weiter im Schwelgen belassen; mit ihren Schmerzen, ihrer
Wut und Trauer, mit allen Folgen des Mißbrauchs bleiben sie allein.

Sexueller Mißbrauch von Mädchen und Jungen ist erst seit wenigen Jahren ein Thema in der Bundesrepublik. Größere Untersuchungen, die speziell auf dieses Thema zugeschnitten sind, gibt es zur Zeit in der Bundesrepublik nicht. Im Auftrag des Bundeskriminalamtes (BKA) wurde 1983 eine Studie veröffentlicht, die von einer hohen Dunkelziffer bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung ausgeht. (Vgl. Baurmann, 1982) Baurmann gibt in seiner Untersuchung eine Dunkelziffer von etwa 1 zu 20 an, heute wird in etwa von 300.000 Fällen ausgegangen, die absolute Mehrzahl davon sind Mädchen. Auch wenn diese Zahlen - gerade in Verbindung mit amerikanischen Untersuchungen - auf ein immenses Ausmaß an sexuellem Mißbrauch an Mädchen und Jungen hinweisen, muß jedoch berücksichtigt werden, daß die Zahlen entwickelt wurden anhand von Kriminalstatistiken und Polizeiakten, was ein verzerrtes Bild zur Folge hat

Wir können davon ausgehen, daß die Taten, die durch Fremde begangen werden - zwar auch nur zu einem verschwindend geringen Teil, aber trotzdem - sehr viel eher zur Anzeige kommen, als solche, die im Familien- oder Bekanntenkreis stattfinden, und gerade dort sind die Mädchen am ehesten den Zugriffen ausgesetzt. Die Daten der BKA -Untersuchung basieren auf Polizeiakten und werten damit einen vergleichsweise hohen Anteil an Fremdtätern aus. Insofern sind deren Ergebnisse für die Beratungspraxis nur bedingt relevant.

Wir wissen, daß lediglich 6 bis allerhöchstens 10% der Täter den Mädchen oder Jungen vorher nicht bekannt waren. Die absolute Mehrzahl der Täter - nämlich ca 90% - kommen aus dem Familien- und Verwandtenkreis, sind Bekannte, Freunde der Familie, Sprech- und Sehbekanntschäften der Mädchen und Jungen.

Wie wenige der Taten zur Anzeige kommen ergibt sich auch aus den Ergebnissen der folgenden sehr fundierten Studie von Diana Russel, die 1983 abgeschlossen wurde und in San Francisco 930 erwachsene Frauen erreicht hatte. Dabei ergab sich, daß 38% dieser Frauen vor ihrem 18. Lebensjahr mindestens eine Erfahrung mit sexuellem Mißbrauch gemacht hatten. Die zugrundeliegende Definition von sexuellem Mißbrauch bezog hier nur die Taten in Verbindung mit körperlichen Übergriffen ein.¹⁾ Und dabei - um die Verbindung zur Studie des Bundeskriminalamtes

¹⁾Bei einer wesentlich umfassenderen Definition: ungewollte sexuelle Erlebnisse einschließlich solcher ohne körperliche Kontakte, wie z.B. Exhibitionismus, sexuelle Anmache, Ausnutzen für pornographische Zwecke etc. kommen wesentlich höhere Zahlen zustande. Diese Erfahrung machten 54% der Frauen vor ihrem 18. Lebensjahr, 48% vor ihrem 14. Lebensjahr.

herzustellen - kamen lediglich 2% der intrafamiliären Mißbrauchsfälle zur Anzeige, bei den extrafamiliären Mißbrauchsfällen waren es 6%.¹⁾ Ein erschreckend geringer Anteil an Anzeigen.

Insgesamt kommen auch andere Untersuchungen aus den USA zu dem Schluß, daß jede dritte oder jede vierte Frau sexuellen Mißbrauch als Mädchen erfahren hat.

Die Täter sind fast ausschließlich Männer - knapp 100% -, wobei es sich nicht um krankhaft veranlagte Männer oder Psychopathen handelt, sondern um ganz "gewöhnliche" Männer, die es als ihr Recht ansehen, Frauen und Kinder für ihre Zwecke zu benutzen und sie mißbrauchen. Sie handeln dabei aus einer Machtposition heraus, die ihnen in dieser Gesellschaft gegenüber Frauen und Kindern zugestanden wird. Sexualität wird als Mittel benutzt, diese Macht zu festigen, offensives (aggressives) Sexualverhalten als der männlichen Rolle und Vormachtstellung zugehörig betrachtet. J. Rijnaarts sieht einen Zusammenhang zwischen "Inzest und männlichem Sexualitätserleben". Sie bezieht sich dabei u.a. auf D. Russel, die "die Ursache des Vater-Tochter-Inzests in der sexuellen Sozialisation von Jungen und Männern (sieht). Solange Männer in unserer Kultur lernen, sexuelle Befriedigung als höchstes Gut zu betrachten, ein Gut, das ihnen zusteht und das Frauen ihnen zur Verfügung zu stellen haben, so lange kann man nur schwer gegen Inzest vorgehen." (Rijnaarts 1988, S. 262) "Das ist unserer Kultur herrschende Männlichkeitsideal - vor allem das Ideal männlicher Sexualität - macht Männer anfällig für Gewalt, Vergewaltigung, sexuelle Einschüchterung und sexuellen Mißbrauch von Kindern" (Russel 1986, S 392 in Rijnaarts 1988).

Auf welcher widerlichen Art und Weise Männer Frauen überfallen, sich untereinander dabei/dazu anfeuern und den "Beweis ihrer Männlichkeit" antreten und dies als ihr Recht betrachten, wird erstaunlich klar in dem Film "Angeklagt" in Szene gesetzt, der Anfang 1989 in der Bundesrepublik anlief. (Angeklagt, USA 1988)

¹⁾ Im September 1988 erschien in den Niederlanden eine Untersuchung von Nel Draijer, die in der Herangehensweise wesentlich der Russel-Studie entspricht und ebenfalls einen vergleichsweise hohen Rücklauf hatte. In den wesentlichen Bereichen kommt N.Draijer erstmals für den europäischen Raum zu ähnlichen Ergebnissen und berichtet davon beim Kongreß on Mental Health Care for Women in Amsterdam, 19.-22.12.1988. Mit Erscheinen dieser Untersuchung war N.Draijer starken Anfeindungen sowohl unter Kolleginnen als auch in der Öffentlichkeit/durch die Medien ausgesetzt. Den Hintergrund dafür bildet vorrangig die immer noch große Abwehr gegenüber den dargelegten Fakten und die Unfähigkeit, die eigene Praxis den daraus resultierenden Erfordernissen anzupassen.

In keinem anderen Bereich treten diese Machtverhältnisse so stark zu Tage, wie im Bereich der sexuellen Gewalttaten gegen das Selbstbestimmungsrecht von Frauen und Kindern. Und hier sind nicht Kinder im allgemeinen und gleichermaßen betroffen, sondern zur absoluten Mehrzahl Mädchen. Jungen erfahren sexuelle Übergriffe eher außerhalb der Familie, seltener im Familienkreis; dann häufig im Rahmen einer Geschwisterreihe, wo Schwestern vor/nach Ihnen mißbraucht werden. Auch die Übergriffe auf Jungen gehen in der Regel von Männern und nicht etwa von Frauen aus. Für die Gesamtheit der Täter handelt es sich im Wesentlichen um heterosexuelle Männer.

Susan Brownmiller drückt das in ihrem Buch "Gegen unseren Willen" so aus: "Men never rape equals in power" (Männer vergewaltigen niemals jemanden, der sich in der gleichen Machtposition befindet). An diesen Machtverhältnissen wird am seltensten gerüttelt, wenn es um die Familie geht. "Familien sind eine Art geschlossenes System; wie in versperrte Koffer kann man schwer von außen in sie eindringen. Jeder, noch die gottloseste Person, respektiert die Unverletzlichkeit von Familien - ihre unterschwellige Botschaft: *Hände weg! Haltet euch fern!* An welchem Punkt bricht man zusammen und fügt sich in die Verschwörung, 'Meine Familie, auf Gedeih oder Verderb'? Als Kind habe ich mich gewundert, warum keiner sich einmischte, warum keiner es für angebracht hielt, dazwischenzutreten und meinen Eltern Einhalt zu gebieten. Aber sogar heute noch, wo ich es besser wissen sollte, wundere ich mich über den breiten Raum, den wir Familiengeschehnissen einräumen, als wäre wegzuschauen eine Tugend." (Merkin 1988, S.32) So finden denn auch die meisten Übergriffe im Schutz eben dieser Familie statt: 2/3 aller Mädchen werden von Männern mißbraucht mit denen sie unter einem Dach leben. (Vgl. Russel 1983, S.137 ff)

Jahr um Jahr
hat er mit seinen Händen
die Klinke zu meiner
Tür geöffnet,
bis ich aus dem Fenster
floh,
doch er hat mich
stets eingeholt
bis auch die
anderen Jahre
zur Nacht
wurden.

(Sabrina 1987, 28 Jahre alt)

Vor sexuellem Mißbrauch sind Mädchen in keinem Alter gefeit, wenn sie nicht den entsprechenden Schutz durch verantwortliche Bezugspersonen erfahren oder im Rahmen von präventiven Angeboten aufgeklärt werden und je nach Alter Möglichkeiten an die Hand bekommen, sich selbst zu schützen. Die Übergriffe finden schon auf Säuglinge statt, häufig beginnen sie im Alter von etwa sieben bis acht Jahren oder in der Pubertät. Sie dauern Jahre oder sind einmalig. Sie reichen von flüchtigen Berührungen über Betasten und Begutachten des Mädchens bis zur oralen, genitalen oder analen Vergewaltigung. Egal in welcher Form und wie lange ein Mädchen Übergriffe erleidet, diese Erfahrungen haben einschneidende Bedeutung für das weitere Leben. Jedes Mädchen verarbeitet diese Übergriffe auf eigene Weise; so unterschiedlich wie die Lebensläufe von Mädchen und Frauen, sind auch ihre Überlebensstrategien. Im Kern geht es bei diesen Überlebensstrategien immer darum, sich selbst bzw. die ausgelösten Gefühle möglichst nicht wahrzunehmen, das verletzte Innere zu schützen, abzuspalten, die eigene Empfindung auf ein Minimum zu reduzieren oder sich "weg" zu machen, z.B. auch mit Träumen und Phantasien. Bewußt oder unbewußt ist die massive Gefährdung des Selbst, ist die brutale Grenzverletzung/ Grenzüberschreitung klar. Zum eigenen Schutz ergreifen Mädchen jedes Mittel. Unterschiedlichste Verhaltensweisen, die während der Übergriffe das Weiterleben im Sinne des Überlebens erleichtern oder überhaupt erst ermöglichen, werden später dann oft zu einengenden Grenzen und Beschränkungen.

Die verheerenden Folgen, die das mit sich brachte, waren ursprünglich Anlaß für einige Frauen, im Herbst 1982 die erste Selbsthilfegruppe zu gründen. Was wir gemein hatten, war die Erfahrung sexuellen Mißbrauchs in unserer Mädchenzeit. Und was wir auch gemeinsam hatten, waren die Probleme, die diese Erfahrung für unser Erwachsenenleben mit sich brachte. Schon als Mädchen hatten wir mit den unterschiedlichsten Folgen zu kämpfen.

- Angst vor Nähe, vor der Dunkelheit und anderen Menschen
- Selbsthaß, Depressionen, Schuld- und Schamgefühle
- körperliche Krankheiten ohne medizinisch erklärbare Ursachen
- Selbstmordgedanken und -versuche
- zwanghaftes Arbeiten
- Prüfungsängste, Lernblockaden
- Probleme mit dem eigenen Körper (sich verstecken, sich nicht ansehen wollen, nicht schwimmen gehen, zwanghaftes sich gar nicht oder ganz viel waschen, auch Kleidung ständig waschen)
- den eigenen Gefühlen nicht trauen
- Zerstörung der Wahrnehmung der Gefühle
- nicht Nein sagen können

- Probleme mit dem eigenen sexuellen Erleben (Ekel, Angst, Sexualität als angelerntes Mittel, überhaupt irgendeine Form von Zuwendung zu bekommen)
- Schlafstörungen
- Erinnerungslücken, auch über Jahre
- geringes Selbstwertgefühl
- Süchte aller Art
- Autoaggressionen wie Schnippen, Verbrennungen z.B. mit Zigaretten
- Sprachstörungen, Lähmungen
- chronische psychosomatische Beschwerden
- Erstickungsanfälle und Asthma - z.B. im Zusammenhang mit erzwungenem Oralverkehr

Die Liste läßt sich fortsetzen. Wenn Frauen beginnen, miteinander über die sexuellen Mißbrauchserfahrungen zu sprechen, so ist dies oft auch der Beginn, Struktur in ihr Leben zu bringen und Schwierigkeiten und Probleme im Zusammenhang mit dieser Erfahrung zu begreifen. Bestimmte Verhaltensweisen werden mit der Zeit klarer, es gibt Verbindungen und sie können auch als Schutzmechanismus oder Schutzkompetenz verstanden werden. Wird z.B. ein Mädchen immer wieder krank, und zwar so krank, daß sie ins Krankenhaus eingeliefert werden muß, so ist dies - wenn auch in begrenztem Rahmen - eine Möglichkeit, dem Mißbraucher zu entkommen. Auch das Anfressen einer Fettschicht, um den Mißbraucher abzuwehren, kann als aktive Maßnahme des Mädchens im Rahmen ihrer Möglichkeiten gesehen werden. Erinnerungslücken schützen sie vor dem unerträglichen Wissen und den unerträglichen Gefühlen, die den Mißbrauch begleiten. Ekel, Abscheu, Demütigung, Ohnmacht und Todesangst, Angst vor dem Helm, Angst vor der Polizei und vieles mehr. Neben der Angst stehen andere ähnliche Gefühle, Scham und Schuld. Die meisten Mädchen schämen sich ganz unfaßbar, sie schämen sich für sich selbst, für die Familie, für den Mißbraucher, wenn er zum Familien- und Bekanntenkreis gehört. Der Täter schleicht sich in die Gefühle des Mädchens ein, verschleierte seine Tat unter dem Deckmantel väterlicher Zuwendung und macht so den Mißbrauch für das Mädchen - scheinbar auch manchmal für sich selbst - nicht wahrnehmbar. Der Vater negiert die Realität des Mißbrauchs, tut so als wäre nichts, während das Mädchen intensive und verwirrende Gefühle erlebt. Wärme, Geborgenheit und Zuwendung werden vom Täter verknüpft mit sexuellen Aktivitäten und die kindlichen Bedürfnisse auf diese Weise ausgenutzt. In diesem Prozeß wälzt der Vater die Verantwortung auf die Tochter ab, nicht nur für die Tat, sondern auch für die Familie, das soziale Umfeld. Das geschieht mit Worten oder ist für viele Mädchen schon allein aus der Atmosphäre innerhalb der Familie klar. Das Mädchen sieht sich mit den Augen des Täters: machtlos, wertlos und beschmutzt, nur wertvoll als Körper weiblichen Geschlechts. Nimmt sie sich selbst

als schmutzig und wertlos wahr, wie könnte sie sich da der Mutter zeigen? Oder wenn sie die Mutter und den Täter als elterliche Einheit erlebt und dieser Vater das Vertrauen so schamlos mißbraucht hat. Welchen Grund könnte es für sie geben, der Mutter zu vertrauen? War sie nicht selbst schuld an dem, was vorgefallen ist? Zerrieben zwischen den unterschiedlichsten Gefühlen, in der Regel ohne Hilfsangebot von außen, versuchen die Mädchen, selbst einen Weg durch diese Landschaft voller Fallen zu finden.

Abspalten • Verstecken • Vergraben • Einfrieren

Meistens treffen wir in diesen Frauen hochsensible Personen, ihre Sensibilität zusätzlich auf's Schärfste trainiert durch die Bedingungen, in denen sie aufgewachsen sind. Zum Schutz ihres Selbst setzen sie alle vorhandenen Kräfte ein, um die äußere Abwehr zu maximieren.

Verstecken in einem tiefen Keller,
 der so dunkel ist
 wie ein Loch,
 Gitter am Fenster,
 am besten ohne Sonnenstrahl,
 dann ist es finster,
 und sie finden mich nicht.

(Sabrina 1975, 16 Jahre alt)

Kayla Weiner spricht von zwei Grenzen: der Inneren und der äußeren Grenze. Sie beschreibt den Prozeß ständiger An- und Übergriffe und deren Folgen so: Im optimalen Fall sind Innere und äußere Grenze nah beieinander, die Frau bestimmt selbst, wie weit sie ihre äußere Grenze öffnet, um jemanden an sich heranzulassen. Sie bestimmt nach dem eigenen Gefühl über Nähe und Distanz und ob sie nach dem Öffnen der äußeren Grenze auch ihre Innere Grenze für jemanden öffnet. Durch die herrschende Diskriminierung von Frauen und die alltäglich wirksame strukturelle Gewalt gegenüber Frauen wird die äußere Grenze ohnehin schon laufend gegen ihren Willen überschritten und beansprucht. Durch Übergriffe wie sexuelle Gewalthandlungen wird die äußere Grenze verletzt, bietet keinen Schutz mehr für die Innere Grenze, d.h. den Kern des Selbst, den sie als "life-energy" bezeichnet. Der Bereich wird direkt getroffen; ihr Recht, darüber selbst zu bestimmen, wird übergangen und untergraben. Um das Überleben dieses Kerns zu sichern, wird dessen Schutzschicht auf die verschiedenste Art und Weise gehärtet. Die Innere Grenze wird zum Schutz lebenswichtiger Energien von der äußeren weg

weiter nach Innen zurückgezogen in dem Versuch, auf diese Weise mehr Abstand zum Täter, den Übergriffen und den damit verbundenen Gefühlen zu schaffen, sich so weniger verletzbar zu machen. Die Verhärtung wird oft als Versteinerung beschrieben. Währenddessen gibt es den Versuch, die äußere Grenze zu verstärken, um Angriffe abzuwehren. Im Therapeutischen Prozeß kommt es manchmal nach langer Zeit zum Öffnen dieses Kerns, in dem die Frauen z.B. 'ihr kleines Mädchen' wiederfinden. (Weiner 1988, CoMHCfW)

Was ich als 'das Selbst' und dessen Schutz benannt habe, wird in dieser bildhaften Beschreibung klarer. Meine eigenen Erfahrungen und die von Kolleginnen aus der Praxis spiegeln solche Prozesse wieder, wenn Frauen uns gegenüber bei unterschiedlichen Gelegenheiten das Empfinden aussprechen, daß sie einen Kloß oder Klotz in sich haben, den sie nicht näher definieren können. Das findet sich auch in der Literatur wieder. "Einmal hatte ich schreckliche Angst, sie würde mich allein mit meinem Vater zurücklassen. ... Ich fürchtete mich zu Tode - Knoten im Bauch. Aber ich saß nur still da, ich konnte meine Gefühle nicht zeigen. Total versteinert saß ich da." (Armstrong 1985, S. 101) Dies ganz im Gegensatz zu "es liegt mir auf der Seele" oder "ich habe einen Kloß im Hals" (der verhindert, daß etwas herauskommt).

Diese Versteinerung spiegelt sich oftmals wider in Mimik und Gestik, wenn Frauen über ihre Erlebnisse sprechen. Es entwickelt sich eine Art äußeres und inneres Leben. Diese Spaltung stellt sich bei vielen Frauen als Spaltung zwischen Körper und Empfindungen dar. "Wenn der ständige Übergriff auf den eigenen Körper nicht verhindert werden kann, wenn Persönlichkeit und Würde durch diesen Körper angreifbar und verletzlich sind, dann wird eine tiefgreifendere Spaltung vorgenommen: mein Selbst und mein Körper sind nicht mehr identisch. Das Selbst zieht sich so weit zurück, daß der äußerliche Mißbrauch des fremdgewordenen Körpers keine solche Verletzung mehr sein kann. Diese Spaltung vermittelt die Illusion der Kontrolle über sich selbst, wenn schon die Kontrolle des eigenen Lebens, des eigenen Körpers nicht gelingt." Es gibt einige Frauen, "denen es in sehr frühen Jahren gelang, sich emotional abzuschnittten, weitergehende Schäden durch den Mißbrauch zu verhindern" (Kavemann/Lohstöter 1984, S. 47)

Die Frauen selbst beschreiben das z.B. so: "Schließlich sagte ich mir, daß er ja nur meinem Körper für kurze Zeit in Beschlag nahm, meine Seele war jenseits seines Zugriffes, mich selber als Persönlichkeit konnte er nicht vereinnahmen. ... Indem ich sozusagen nur meinen Körper benutzen ließ, konnte ich innerlich eine gewisse Distanz bewahren, die mich schützte." (Gardiner-Sirtl, 1983, S. 184/185) "Wie ich damit fertig wurde? Ich spaltete es ab. Ich brachte es irgendwie fertig, es

wegzuschleiben." (Armstrong 1985, S.104)

In der Literatur, in Interviews mit Frauen, gibt es viele solcher Beschreibungen. Auch Frauen in Selbsthilfegruppen bei Wildwasser erinnern sich an solche Strategien. Im Erwachsenenalter trifft sie der Rückschlag dieser Taktik: über lange Jahre eingepägt, ist der Zugang zum eigenen Körper nicht ohne weiteres möglich. Körper bzw. Körpergefühl, Wünsche, Träume, Bedürfnisse und andere Gefühle sind hinderlich, können von der äußeren Grenze nicht geschützt werden oder würden die Abwehrmechanismen sogar bedrohen. Sie werden abgespalten, kommen ganz oder teilweise an einen "sicheren Ort", in eine steinerne Höhle im Inneren, in eine Truhe, werden zu einer stählernen Kugel oder in Feuer eingeschlossen. "Ich höre ihn im Bad, und seine Stimmung beruhigt mich, aber die Flamme in meiner Brust will mich verzehren." (Morris 1988, S. 114)

Ich wünschte
Ich könnte danach greifen,
soviel Unruhe
herrscht in mir.

Ich fühle mich
wie ein Vulkan,
der anfängt zu brodeln,
der alles aufwühlt,
was Vergessen mag.

Es entsteht in mir
eine Zeitbombe,
die laut tickt,
und droht zu explodieren,
doch die Grenze ist
noch nicht erreicht.
Darum dreht sie sich weiter.

(Sabrina 1984, 25 Jahre)

Eine Frau berichtet, daß sie einen "Eisklotz" in sich spürt, in dem das Selbst sozusagen eingefroren ist, eine andere malt sich selbst mit einem Stein im Inneren. Auch die Angst zu platzen oder der Hinweis von Frauen auf etwas, das im Inneren zu explodieren droht, der Vergleich zu einer tickenden Bombe, ist durchaus nicht selten.

Frauen beschreiben die Spaltung in zwei Persönlichkeiten: " Mein anderes Ich liegt starr auf Daddys Bett, aber mit gespitzten Ohren, wie eine dosende Katze. Lauschen ist bei ihr zum Zwang geworden. Lauschen auf Schritte, auf knarrende Fußboden, lauschen, lauschen auf - ... Die Haustür fällt zu. Schritte kommen die Treppe hoch ... sie halten direkt vor der Schlafzimmertür. Dann - ein langes und schreckliches Schweigen. Ein Rütteln. Der Türknauf beginnt sich zu drehen. Ihr Vater ruft: Bleib draußen, ich bin beim Umziehen!

Der Türknauf dreht sich nicht weiter, fängt aber an zu wackeln, als läge noch eine Hand darauf. Mein anderes Ich steht ganz reglos da, wie ein Tier, das von Scheinwerfern erfaßt wird, ihren Faltenrock in der einen Hand, ihren Pullover in der anderen " (Fraser 1988, S. 72)

Diese Spaltung in zwei Personen hält auch im Erwachsenenalter - mehr oder weniger stark ausgeprägt - an. Auch hier gibt es wiederholt Aussagen von Frauen wie, daß sie neben sich stehen, sich in ihren Handlungen wie eine zweite Person mit unterschiedlichen Gefühlen beobachten oder auch mit sich selbst sprechen.

Das psychische Schutzschild kann viele Formen annehmen. In den USA beschäftigen sich Professionelle schon seit Jahren mit der Erscheinung von multiplen Persönlichkeitsspaltungen, die ebenfalls als Reaktion auf traumatische, besonders schwerwiegende, Kindheitsereignisse betrachtet werden. Dabei handelt es sich um Mehrfachabspaltungen von Persönlichkeiten bzw. Persönlichkeitskomplexen. Diese können sowohl ein bestimmtes Alter haben - je nach Verlauf der Geschichte der Frau - oder auch für bestimmte Gefühlsbereiche und deren Bewältigung "zuständig" sein. Die Frauen selbst wissen nicht unbedingt davon und beschreiben z.B. Symptome wie "Zeit verlieren", blackouts, oder finden manchmal Sachen in Ihrer Wohnung, an deren Kauf sie sich nicht erinnern können usw, insgesamt sehr beängstigende Symptome, die sie befürchten lassen, verrückt zu sein. Es würde zu weit führen, den gesamten komplex hier ausführlich zu behandeln.¹⁾ Auch in den Niederlanden wird an diesem Thema gearbeitet. In mehreren Vorträgen des Congress on Mental Health Care for Women wird von dem Zusammenhang psychischer Störungen und einem hohen Anteil an sexuellem Mißbrauch in der Kindheitsgeschichte bei diesen Frauen gesprochen.

1) Einen sehr plastischen Eindruck zum Verlauf und zur Therapie vermittelt das Buch "Sybil" von Flora Rheta Schreiber. Sybil entwickelte 16 Persönlichkeiten, die im Laufe einer langandauernden Therapie sowohl mit Sybil als auch untereinander bekanntgemacht und wieder zu einer Person verschmolzen werden. An der Entstehung des Buches waren sie selbst und die Therapeutin beteiligt. (Schreiber, 1984)

In welcher Weise auch immer Störungen auftreten, betrachte ich sie als Reaktion auf äußere Bedingungen, auf traumatische Ereignisse - auch anderer Art als sexueller Mißbrauch -. Das Ziel ist immer, den Kern des Selbst und dessen lebenswichtige Komponenten unverletzt zu erhalten. Auch wenn dies, wie bereits angedeutet, die Verbindung zu diesem Selbst schädigen und zerstören kann.

Dieser Mechanismus wird - obwohl ausgehend von der Prostitutionserfahrung - in diesem Zitat sehr treffend beschrieben:

" Nach und nach lernte Brenda es, sich zu verschließen. Sie schaffte es jedoch nie ausreichend. Immer wieder erlebte sie Momente, in denen sie sich in der Gegenwart befand und entdeckte, daß sie auf dem Rücken unter einem schwitzenden, fremden Körper lag, dann war sie nahe daran, vor Angst laut loszuschreien: Nein, nein, das kann nicht ich sein.

Doch das passierte immer seltener. Nach einer Weile bekam sie das umgekehrte Problem - sie spürte, daß sie am Abend abschaltete, aber sie konnte dann den Knopf zum Anschalten nicht mehr finden. Alles war weit von ihr entfernt, so als würde es sich hinter einer schmutzigen Fensterscheibe abspielen. Doch sie hatte es so lieber - es wuchs ihr eine dicke, lederartige Haut über das Bewußtsein, und innerhalb dieser Haut war sie frei."

(In: Holgard,C. und Finstad, L., S. 149/150, Hervorhebungen von M.M.)

Hier wird das Selbst unter der "dicken, lederartigen Haut" geschützt. Die AutorInnen sprechen an anderen Stellen ihrer Arbeit in Anlehnung an eine Untersuchung von Hanna Olsson von der Entwicklung eines "öffentlichen" und eines "privaten Ichs", das dem hier vorgelegten Konzept ähnelt. "Die Prostituierten haben ein sinnvolles, kompliziertes System ausgearbeitet, um 'das eigentliche Ich', das Selbst, die Persönlichkeit vor den Invasionen und Zerstörungen durch die Kunden zu schützen." (dies., S. 97) Auch das Anwachsen der äußeren Schutzschicht und dessen mögliche Konsequenzen für das Selbst werden angeschnitten: " ...das Ausmaß an Bitterkeit und die Verachtung Männern gegenüber (war erschreckend). Bei der speziellen Erfahrung dieser Frauen mit dem männlichen Geschlecht ist das nicht so schwer zu verstehen. Doch gleichzeitig scheint es, als wachse das 'öffentliche Ich' wie eine Krebsgeschwulst an, die ständig mehr Platz braucht und nach und nach das 'private' Ich verdrängt. Die Grenzen werden ausradiert." (S. 153) und "Die notwendige Gefühlskälte des öffentlichen ... 'Ichs' ufert aus und bemächtigt sich großer Teile des privaten 'Ichs'." (S. 158)

Die Situation der Prostituierten ist zum Teil mit der des mißbrauchten Mädchens vergleichbar; die zerstörerischen Prozesse und deren

emotionale Konsequenzen entsprechen sich sehr weitgehend. Von zusätzlicher Bedeutung für Mädchen ist das Ausmaß an Abhängigkeit, das Angewiesensein auf erwachsene Vertrauenspersonen, auf den Vater, das Nichtvorhandensein von Alternativen.

... und dann wird alles ganz schwarz

Was geschieht mit Mädchen, daß sie gezwungen sind, so heftig zu "antworten"? Sich zurückzuziehen in ihr absolut Innerstes und die Nähe zur Außenwelt zu verweigern? Worum geht es bei diesen Handlungen?

1983 gibt Angelika Gardiner-Sirtl einen Band mit Briefen heraus, die bei ihr eingingen, nachdem sie einen ersten größeren Artikel zu sexuellen Mißbrauch in der Bundesrepublik herausgab. Eine Frau schreibt:

"Mit etwa zweieinhalb Jahren bekam ich Kinderlähmung und mußte in ein Krankenhaus auf eine Isolierstation. ...nach etwa acht Wochen (kam) ich wieder nach Hause... Da ich orthopädische Hilfsmittel ...benötigte, dazu noch eine krankengymnastische Behandlung, mußte ich wenige Wochen später wieder in ein Krankenhaus.

Meine Mutter durfte nicht zu mir ins Krankenzimmer, sondern nur durch das Fenster in der Tür blicken. Ich kann mich genau erinnern: Sie ging vor der Tür auf und ab und weinte. Ich gab ihr mit nichts zu verstehen, daß ich sie kannte oder daß ich mich etwa freute. Neben meinem Bett stand ein Mann, der mir Spielzeug gab. Dieser Mann war nett zu mir, kümmerte sich um mich, spielte mit mir, war oft bei mir.

Ich wußte schon länger, daß ich zu diesem Mann eine besondere Beziehung hatte, aber erst vor zwei Jahren fiel mir wieder ein, was das gewesen war.

Ich saß abends (etwa 30 Jahre später, M.M.) an meinem Küchentisch und löste ein Kreuzworträtsel. Plötzlich schmerzte meine linke Hand an der Außenseite

Ich wußte, es kommt davon, daß ich immer gegen die Gitterstäbe des Bettes im Krankenhaus schlug, wenn der Mann da war. Ich hörte plötzlich auch seine Stimme, die mich beinahe beschwörend aufforderte: "... nimm die Beine auseinander!"

Diese Stimme mit der Aufforderung hatte ich schon oft in ganz anderen Zusammenhängen gehört und es peinlich gefunden, was ich da plötzlich dachte. Ich wußte nicht, was ich damit anfangen sollte (konnte).

Ich hatte dieses Stück Erinnerung im Kopf und war verwirrt und hatte Angst. Am nächsten Tag fuhr ich gerade im Auto - ich mußte wegen Unterleibsschmerzen zur Frauenärztin und war auf dem Weg dorthin -, da fiel mir ein: Es war Blut in meinem Bett, meine Scheide schmerzte/

brannte, die linke kleine Schamlippe war verletzt, und die Schwestern waren entsetzt, was ich für ein schlimmes Kind sei, wenn ich so etwas mit mir mache. Eine Schwester wollte mir SO WAS ein für allemal austreiben. Sie dachte sich schlimme Sachen aus, an die ich mich nicht mehr alle erinnere. Eine Maßnahme war, mir Salz oder etwas ähnlich Scharfes in die Wunde zu reiben.... Mir ging es schlecht. Ich wußte (und merkte den Schmerz ganz deutlich), daß mir der Mann mit seinen Fingernägeln die kleine Schamlippe zerrissen hatte, nachdem ich nicht getan hatte, was er wollte. Es hatte gesagt 'Nun mach schon!'

Seine Stimme war sehr aufgeregt und klang gepreßt. Ich sollte seinen Schwanz anfassen, wollte es aber nicht. Es steckte ihn zwischen den Gitterstäben hindurch, und als das noch neu für mich war, hatte ich da auch angefaßt, um zu sehen, was es ist - wie bei anderem Spielzeug auch. ... Auch als mir das vor zwei Jahren wieder einfiel und ich allein in meiner Wohnung saß und weinte, erstickte ich fast daran."

(Gardiner-Sirtl 1983, S. 93-95)

Hier nutzt ein Mann skrupellos die Hilflosigkeit und Neugier eines knapp dreijährigen Mädchens aus. Und gäbe es noch Möglichkeiten, sie nach dem Geschehenen zu trösten, ihre eigene Wahrnehmung zu bestätigen und damit ihr Selbstvertrauen zu stärken, so wird dies durch die völlig unsensible Reaktionsweise der Schwestern zunächst unmöglich gemacht. Durch entsprechende Hilfe könnte ein Mädchen in dieser Situation vor dem Rückzug in sich selbst geschützt werden und der Kontakt zu ihrer Umgebung und der Realität aufrechterhalten werden. Hier alleingelassen, kann sie die Verbindung nur abbrechen oder beschränken, wenn sie etwas überleben will, das sie noch nicht einmal versteht.

Die unendliche Verwirrung, Einsamkeit und Verzweiflung kommt in diesen Betrachtungen mit den Augen des angegriffenen Mädchens klar zum Ausdruck:

"Bitte, Mama, es ist dunkel, und das Gesicht des Nachtmonsters kommt in meine Augen. Das Gesicht ist dick und naß, und rund um mich sind schlimme Gerüche. Und nach einer Weile kommt immer das Schnelle, die Bewegung von dem Schnellen, und es wird lauter um mich, und dann hält es eine kleine Minute an, und dann kommt das meiste von dem Wehtun, das meiste von dem Brennen, weil es jetzt so schnell ist und es geht so stechend und dann hört es auf und geht auseinander und es wird ruhig, als wär alles weg, und es ist ganz still. Dann kommt das Schwere, und bald ist es überall schwer auf mir und stößt überall auf mich ein und ich kann keine Luft mehr in mich reinkriegen und kann keine Luft aus mir rauskriegen und es wird schwarz in meinem Kopf und das Schlimmste kommt in meine Augen, und das Dicke läßt nach und dann kann ich wieder Luft kriegen und das Brennen kommt jetzt richtig stechend wieder und

wird scharfer und ich will mich bewegen, aber ich fühl nichts, nur das Brennen. Ich beiß mich ganz fest, damit das Brennen weggeht und dann wird es ganz schwarz.

Oh Mama - ich warte so lange auf dich. Warum kommst Du nicht?"
(Morris 1988, S. 11/12)

Und auch hier steht das Mädchen dem Geschehen mit völliger Verwirrung und unaussprechlicher Angst gegenüber. Sie weiß nicht was geschieht, sucht Erklärungen und macht sich schließlich Sorgen um den Vater, der sich vielleicht "wehgetan" hat. Diese Handlungen geschehen für das Empfinden des Mädchens in "aller Öffentlichkeit", unter den Augen des Kindermädchens, was zu Ihrer Gefühlsverwirrung beiträgt.

"Ich werde wie eine Feder von dem Kindermädchen emporgehoben. Sie legt mich auf den Tisch, als sei ich ein Baby, und wischt mir den Popo ab. Ich bin doch zu gross dafür! Sie cremt meinen Hintern und mein Gesicht ein, an ihren Händen haftet ein scheusslicher Geruch und der Duft von Nivea. Er steht immer daneben. Er starrt mich an und macht etwas. ... Er macht etwas Schreckliches, es verursacht mir Magenkrämpfe, und ich glaube, mir wird auch noch übel. Seine Augen werden ganz komisch, und sein Gesicht verfärbt sich rot, noch röter. Ich will meine schmerzenden Beine schließen, aber er schiebt sie wieder auseinander. Er blickt mir nie ins Gesicht. Ich sehe das unaufhörliche Zucken seiner Wangen. Ich möchte davonlaufen und mich verstecken, aber meine Angst ist zu gross. Er tut mir weh. Sein Speichel rinnt ihm über das von schwarzen Stoppel übersäte Kinn. Ich wage nicht, mich zu bewegen. Plötzlich gibt er eigenartige Geräusche von sich - ein Gurgeln, Stottern, Gestöhne. Er muss sich wehgetan haben, denn auf einmal krümmt er sich und rennt zum Waschbecken, dreht mir den Rücken zu und atmet ganz schwer. Das Kindermädchen kommt zurück. Sie mußte wegen irgendetwas weg. Sie streicht mir meine vor Schweiß klebrigen Haare aus der Stirn und zieht mir meine Hosen hoch. Als sie mich auf den Boden stellt, schmerzen meine Beine, als ob ich zu lange gekniet hätte. Beim Davonhumpeln spüre ich die wunden Stellen."
(Galey 1988, S. 42)

Diese Zitate aus Briefen und autobiographischen Romanen beschreiben das Gleiche, was uns Frauen so oder so ähnlich in unserer praktischen Arbeit erzählen. Das ist, was vielen Mädchen passiert. Es wird deutlich, mit welcher ungeheuerlichen Gewalt Männer an diese Mädchen herangehen, wie sie deren Situation schamlos ausnutzen und wie Angriffe auf Körper und Seele stattfinden. Vielleicht haben Sie eigene Töchter; vielleicht sehen Sie in U-Bahn oder Bus ein kleines Mädchen vor sich; vielleicht haben Sie eigene Erlebnisse. Versetzen Sie sich in ihre Lage, stellen Sie sich vor, wie es einem kleinen Mädchen wohl in einer solchen Situation

gehen würde oder was sie selbst empfunden hätten.

Dann ist es hoffentlich auch für Sie nicht verwunderlich, wenn als Überlebensstrategie gegen die Verletzung der äußeren Grenze der Schutz des Inneren Selbst mit allen zur Verfügung stehenden Kapazitäten gepanzert wird, und daß dabei Verhaltensweisen zustande kommen, die verrückt anmuten. Bei genauem Hinsehen scheinen sie nur sinnlos und irre; meist wird damit ein klarer Zweck verfolgt und sie haben ihren Sinn für die individuelle Lebensgeschichte der Frauen. Mädchen sind dabei darauf angewiesen, ihre Sensibilität für ihre Umgebung maximal zu entwickeln, auszuwerten, Handlungsstrategien zu erdenken und zu trainieren. Vieles davon geschieht unbewußt und ist ein energieraubender Drahtseilakt.

Das "ständige Lauschen" wurde schon in einem Zitat von Sylvia Fraser deutlich, immer nur "halb" schlafen, jede Regung, jede Bewegung registrieren: "...Ich verfolge seine Stimmungen mit erbarmungsloser Wachsamkeit, so wie ein lebenserhaltendes System einen sterbenden Patienten überwacht." (Morris 1988, S.25) Ein Mädchen wird die innere Lebensenergie vor ihrer Umgebung schützen müssen, die verletzlichen Wünsche nach Geborgenheit, Vertrauen und Liebe; die Wut auf das, was geschieht, auf den Täter; die Trauer und die Einsamkeit; auch die sprühenden Lebensenergien. Was Wunder, daß für die Entwicklung einer eigenen Persönlichkeit kaum Energie übrig bleibt. Das Bemühen um Schutz spielt sich auf der äußeren Seite ab, während im Inneren all dies abgeschottet wird, wenn es für die Überlebensstrategien hinderlich ist. Dies geschieht in der Regel "automatisch" und ist von den Mädchen meist nicht steuerbar. Wie schon angedeutet verliert sie ganz oft auch den Kontakt zu sich selbst und das Wissen um ihre Realität, kann sich eigene Verhaltensweisen nicht erklären und empfindet sich als verrückt oder hat Angst, irre zu sein oder zu werden.

Wenn die eigene Kraft nicht mehr ausreicht

Häufig ist süchtiger Umgang mit unterschiedlichsten Stoffen ein Weg durch dieses Wirrwarr. Psychisch wirksame Mittel schaffen für kürzere oder längere Zeiten "Erleichterung", helfen beim "Wegmachen" des Empfindens, wenn die eigenen Ressourcen zu deren Kontrolle erschöpft sind. Manche Gefühle wünschen sich die Mädchen und Frauen so sehr, können sie jedoch aufgrund der hier beschriebenen Prozesse nicht (mehr) aus sich selbst heraus leben. Diese Mittel werden dann für die "künstliche Herstellung" von Gefühlslebnissen eingesetzt. Zum Teil dienen sie auch zur Neutralisierung von heftigen, unerträglichen Gefühlen oder "zum Dampf ablassen", wenn sie beispielsweise fürchten "vor Wut

zu platzen". Auf diese Wirkung von Suchtmitteln wird im Folgenden näher eingegangen

Alle bisherigen Zahlen, die im wesentlichen in den USA durch Untersuchungen zusammengetragen wurden, kommen bei süchtigen Frauen auf einen Anteil von durchschnittliche 65 bis 70%, die sexuellen Mißbrauch als Mädchen erfahren haben. Diese Zahlen beziehen sich auf Alkohol- und Drogenmißbrauch. Zahlen für andere Suchtformen (Essen, Bulimie, Schmerzmittel usw.) gibt es bisher nicht, aus der Arbeit jedoch zahlreiche Hinweise auch hier, daß sexueller Mißbrauch häufig zum Lebenszusammenhang der Mädchen gehörte: Essen als Versuch, sich eine schützende Schicht anzufressen, Nichtessen, um keine weiblichen Formen zu entwickeln oder - um im Bild der Inneren und äußeren Grenze zu bleiben - um zu erreichen, daß der Angreifer direkt auf die Knochen trifft, den harten inneren Kern, sich dabei verletzt und sie in Ruhe läßt. Dieses Bild wird z.B. von einer ehemals magersüchtigen Frau als mögliche Motivation für ihr Handeln angenommen.

Praktikerinnen von Violetta Clean, dem Frauenladen in Berlin, Condrops in München¹⁾, stellen eher einen höheren Anteil fest, teilweise bis zu 100%. Januar 1989 schätzen die Mitarbeiterinnen von Violetta Clean, die seit 1983 über 100 Frauen in ihrer therapeutischen Wohngemeinschaft aufgenommen hatten, daß etwa 75% mit sexuellen Mißbrauchserfahrungen zu ihnen kamen²⁾

Diese Hinweise und Erfahrungen aus der Praxis, sowie die amerikanischen Zahlen, geben einen ausreichenden Hintergrund, Suchtmittelmißbrauch von Frauen mit sexuellen Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit zu verknüpfen und die Sucht selbst als Überlebensstrategie zu betrachten

Für mich gehört sie zu dem Versuch, die äußere Grenze zu sichern, abgetrennte oder verschlossene Lebensgefühle aus dem Inneren Kern wie

1) Violetta Clean ist eine Therapeutische Wohngemeinschaft für süchtige Frauen in Berlin und existiert seit 1983, im Frauenladen werden (seit 1987) ausschließlich süchtige und suchtfahrdete Frauen und Mädchen sowie deren weibliche Vertrauenspersonen beraten und betreut, Condrops ist eine Drogenberatungsstelle für Frauen und Männer in München. Je mehr Wissen und Sensibilität auch in anderen Beratungsstellen entsteht, wird von dort Gleiches zur uckgemeldet

2) Beim Congress on Mental Health Care for Women im Dezember 1988 berichten Mitarbeiterinnen aus einer Übernachtungs- und Beratungseinrichtung für Frauen, daß etwa 90% der dort betreuten Frauen in der Anamnese oder in weiteren Beratungsgesprächen Angaben über sexuellen Mißbrauch machen. Dort werden hauptsächlich langjährig heroïnabhängige Frauen betreut und aufgenommen.

durch ein "Überdruckventil" rauszulassen oder Träume, Wünsche, Hoffnungen zumindest für eine Zeit wahr werden zu lassen. Viele Mädchen und Frauen entwickeln über Jahre aus sich selbst heraus die erforderlichen Energien, alles "unter Kontrolle" zu halten. Sie spalten das Geschehene ab, verbannen es aus dem Alltag; manchmal geschehen die Übergriffe nachts und/oder in solcher Geschwindigkeit, sodaß Erklärungsmustern wie: "es war ein Alp-Traum" oder "ist-gar-nicht-passiert" der passende Boden bereitet ist. Für viele ist das nicht möglich. Es häufen sich die Hinweise, daß Frauen, die mit süchtigem Verhalten reagieren, eher extreme Erfahrungen mit Übergriffen gemacht haben.

Chrysalis ist eine Einrichtung in Minneapolis, USA mit einem ambulanten Therapieprogramm für süchtige Frauen und einem Programm für sexuell mißbrauchte Frauen, in das süchtige Frauen erst aufgenommen werden, wenn sie bereits an der Suchtgeschichte gearbeitet haben. Um ihren Service für Frauen, die clean/sauber werden (Leider gibt es keine adäquate Übersetzung für den Begriff "recovery", der in sich den gesamten Prozeß der Selbstfindung und Heilung trägt!) zu kontrollieren und zu verbessern, machten sie eine Umfrage unter denen, die zur Beratung und Therapie kamen. Sie wollten damit sicher stellen, daß innerhalb der Einrichtung tatsächlich die Themen behandelt wurden, die Anlaß für die Kontaktaufnahme waren. Es ging auch darum zu sehen, welche Wichtigkeit die Frauen diesen Bereichen zuordneten. Sie stellten eine Liste zusammen, die verschiedene Problembereiche anbot: Gesundheit, Familie, Rechtsangelegenheiten, Arbeitssachen, ökonomische Fragen, Sexualität, Sucht, Selbstbewußtsein, soziale Kontakte und eine Sparte für sonstige, in denen die Frauen Weiteres eintragen konnten. Diese zehn Hauptkategorien wurden ausgewertet. Dabei stand Sexualität gleich an zweiter Stelle nach Selbstbewußtsein. Der Bereich Sexualität nahm einen höheren Stellenwert ein als das Thema Sucht.¹⁾

Viele der angesprochenen Frauen waren mehrfach in Therapien gewesen, bevor sie zu Chrysalis kamen. Über Alkohol und Drogen hatten sie eine Menge gelernt, aber offensichtlich fehlte etwas zu Ihrer Fähigkeit, sauber zu leben. Für viele Frauen waren ungelöste Probleme im Zusammenhang mit Sexualität der Hintergrund. Manche hatten Angst vor sexuellen Kontakten ohne die Wirkung von Suchtmitteln, aus Furcht vor

1) Im Dezember 1988 gibt Christa Merfert-Diete ein Heft "Zur Situation der Frauen im Suchtbereich" heraus. Hier findet sich ein Hinweis in ähnlicher Richtung aus einer EBIS Studie von 1987: 68,6% setzen Kommunikation/Partnerschaft/ Sexualität als Problembereich an erste Stelle. Der nächstfolgende Bereich wird nur von 38,3% benannt: Eltern-Kind-Konflikte.

einem Rückfall nahmen einige keine Beziehungen auf. Andere trugen unbearbeitete Erfahrungen sexueller Gewalt als Mädchen und als Erwachsene mit sich herum und wurden rückfällig, sobald die damit verbundenen Empfindungen in ihren klaren Kopf drangen. Wieder andere suchten aus Furcht vor den Konsequenzen ihrer Suche nach einer eigenen sexuellen Identität Zuflucht in der Wirkung von Drogen.

Daraufhin entwickelten die MitarbeiterInnen einen weiteren Fragebogen für die Frauen, die bereits die erste Phase der Therapie durchlaufen hatten und als relativ stabil betrachtet wurden.

Aus den Ergebnissen soll nur soweit zitiert werden wie für den Rahmen dieser Arbeit relevant erscheint. Befragt wurden 100 Frauen, es gab eine Kontrollgruppe von 42 nichtsüchtigen Frauen. Dieser zahlenmäßige Unterschied macht die gezogenen Vergleiche etwas schwierig. Dennoch will ich sie benennen.

Mehr als die Hälfte der Gruppe hatte sexuellen Mißbrauch als Mädchen erlebt. Bei 43,1% der Frauen ging es um mehrfache Übergriffe, 33,3% der Gesamtzahl waren dem regelmäßig ausgesetzt. Besondere Bedeutung messe ich der Tatsache bei, daß für 28% der befragten süchtigen Frauen der Mißbrauch länger als 10 Jahre dauerte (11 - 18 Jahre = 17,9%, bis ins Erwachsenenalter = 5,1%, noch andauernd = 5,1%). Die wesentliche Abweichung der Kontrollgruppe zeigt sich bei der Dauer, nicht bei der Häufigkeit. keine dieser Frauen hat Übergriffe länger als 10 Jahre erfahren. Bei der Kategorie 5 - 10 Jahre ist der Anteil ebenfalls wesentlich geringer = 7,7% im Gegensatz zu 23,1%.

Andere Studien zu sexuellem Mißbrauch haben bereits darauf hingewiesen, daß Mädchen auch später eher Übergriffen ausgesetzt sind, wenn die Erfahrung nicht verarbeitet wurde. Durch die Manipulation des Täters wird die Wahrnehmung des Selbst systematisch verhindert oder abgebaut. Dem Mädchen wird die Fähigkeit verweigert, Situationen mit der Realität ihrer Gefühle wahrzunehmen, entsprechend einzuschätzen und zu reagieren. Ein inneres Warnsystem gegenüber potentiell gefährlichen Situationen oder solchen, die den eigenen Wünschen zuwiderlaufen, wird nicht aufgebaut. Vielmehr ist das Mädchen darauf trainiert, sich den Wünschen anderer anzupassen. Darin liegt der Grundstein für spätere Viktimisierung.

In dieser Studie wird diese Folgewirkung für süchtige Frauen belegt, wiederum mit einem klaren Unterschied zur Kontrollgruppe: insgesamt haben die süchtigen Frauen zu 54,6% sexuelle Blästigungen durch Professionelle erfahren (Therapeut, Arzt, Richter, Lehrer, Vorgesetzte),

süchtigen Frauen auf, 29,3% bei den Nichtsüchtigen. Keine aus der Kontrollgruppe war anschaffen, jedoch 11,6% der süchtigen Frauen. (Wobei das ein relativ geringer Teil ist; ich würde für die BRD einen höheren Anteil in einer solchen Befragung schätzen. Möglicher Grund für dieses Ergebnis in den USA kann sein, daß Prostitution dort strafbar ist.) Die AutorInnen weisen daraufhin, daß sie Prostitution auch aus freier Entscheidung für möglich halten, sehen jedoch in diesem Kontext einen Zusammenhang von erfahrener sexueller Gewalt als Mädchen und dem Entschluß, anschaffen zu gehen, und zwar als Fortführung sexueller Viktimisierung. (Vgl. auch Silbert/Pines 1983, S.285 ff.)

Ein weiterer deutlicher Unterschied besteht, wenn es um Vertrauenspersonen ging: 82% der Kontrollgruppe hat einem oder beiden Eltern von den Erlebnissen erzählt, während diesen Versuch nur 46% der süchtigen Frauen unternahm. Das mag damit zusammenhängen, daß bei der Kontrollgruppe der Täter eher aus dem Bekannten- oder entfernteren Verwandtenkreis kam. Bei den süchtigen Frauen rangiert der Vater an erster Stelle. Eine andere Möglichkeit kann sein, daß einer oder beide Elternteile selbst Suchtmittel mißbrauchten und deshalb für die Mädchen als Vertrauenspersonen nicht erreichbar waren. Hinweise dazu gibt es in einer Untersuchung von Stephanie Covington, die später noch zu anderen Bereichen ausführlich zitiert wird. Sie sagt darin zu diesem Punkt, daß 50% der Mädchen, die von sexuellem Mißbrauch von seiten eines Mannes der Familie betroffen sind, dort gleichzeitig Alkoholmißbrauch von Familienangehörigen erleben. (Covington 1986, S. 11)

Die MitarbeiterInnen von Chrysalis haben ihre Studie bereits 1984 in Athen dem International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism vorgestellt mit der Aufforderung, endlich den Zusammenhang von Sucht und sexueller Gewalt bei Frauen zu begreifen und entsprechende Veränderungen in der traditionellen Arbeit vorzunehmen, sowohl bezogen auf ganze Programme als auch auf die individuelle therapeutische Betreuung.

Stephanie Covington legt 1986 ihre Studie vor, die mit einer Gruppe von 35 AlkoholikerInnen (Weiße, keine Farbigen) durchgeführt wurde, die sich aus AA-Gruppen und Therapie-Einrichtungen selbst dazu meldeten. Eine Kontrollgruppe von ebenfalls 35 Frauen, die keine Suchtgeschichte hatten, wurde zum Vergleich befragt. Diese wurden nach Lebensstand, Bildung, Alter und Religion der Ursprungsgruppe angepaßt ausgesucht. Die Untersuchung thematisierte sexuelle Erfahrungen und Probleme, sexuellen, körperlichen und seelischen Mißbrauch; die ungewöhnliche Tatsache, daß bei diesen Befragungen auch die sexuelle Orientierung der Frauen angesprochen wird, haben wir wohl dem Umstand zu verdanken, daß sie in San Diego und den Orange Counties/Kalifornien durchgeführt

daß sie in San Diego und den Orange Counties/Kalifornien durchgeführt wurde. Das Durchschnittsalter lag bei 38 Jahren, die Mehrheit der Frauen kam aus der Mittelschicht. Zwei Drittel der Frauen gingen einer Arbeit nach. Im Schnitt haben sie 9,5 Jahre süchtig getrunken und waren im Durchschnitt seit 7,5 Monaten trocken. Als sexuelle Orientierung gaben 57% heterosexuell, 37% bisexuell und 8% lesbisch an.

Zum Ergebnis der Untersuchung stellt Stephanie Covington fest, daß die darin gesammelten Erfahrungen der Frauen reflektieren, daß allein die Tatsache, weiblich geboren zu sein, ein höchstes Risiko birgt, allen Formen von Gewalt und Mißbrauch ausgesetzt zu werden. Gewalt und Sexualität, sexueller Mißbrauch, Vergewaltigung und sexuelle Belästigung als aggressive Handlung und Mittel der sozialen Kontrolle sind denn auch die vorrangigen Themen der Untersuchung.

S Covington findet einen noch größeren Teil an betroffenen Frauen: 74% der süchtigen Frauen wurden sexuell mißbraucht, 52% wurden körperlich mißhandelt, 72% waren seelischer Gewalt ausgesetzt. In der Kontrollgruppe berichten 50% von sexuellem Mißbrauch (körperliche Gewalt: 34%, seelische Gewalt: 44%) Obwohl in beiden Gruppen alle drei Arten von Übergriffen erlebt wurden, zeigt die Gruppe der süchtigen Frauen einen wesentlich höheren Anteil. Unterstrichen wird auch, daß die Übergriffe weitgehender waren und länger dauerten. Ähnlich wie bei Chrysalis waren die süchtigen Frauen extrem lange einem (oft mehreren Tätern) ausgesetzt, bei 14% (bei Chrysalis: 28%) länger als 10 Jahre. Keine Frau der Kontrollgruppe erzählt von einem derartig langen Zeitraum. Was bei Chrysalis zunächst nur als Tendenz da ist, tritt hier viel stärker hervor: 100% der Alkoholikerinnen mit Mißbrauchserfahrungen gegenüber 65% der Kontrollgruppe wurden bereits vor dem 10. Lebensjahr sexuell mißbraucht. Die doppelte Zahl der Alkoholikerinnen erlebte den Mißbrauch durch einen Mann der Familie (34% zu 16%), bei 58% dieser Mädchen gingen die Täter bis zur Vergewaltigung. Bei den Betroffenen der Kontrollgruppe gab es eher sexuelle Belästigungen und versuchte, aber nicht vollzogene Vergewaltigungen, außerdem häufiger durch Männer außerhalb der Familie - wodurch keineswegs zum Ausdruck gebracht werden soll, daß diese Art der Übergriffe weniger traumatisch wären. Es legt jedoch die Vermutung nahe, daß auf härtere Übergriffe stärkere Abwehrreaktionen folgen oder auch krassere Aggressionen entstehen, die dann gegen sich selbst gewandt werden und möglicherweise in unterschiedlichen Suchtformen einen Ausdruck finden.

Einige Ergebnisse zu den Fragen zur Mißhandlung möchte ich als Ergänzung dazu zitieren: 52% der Alkoholikerinnen und 34% der Kontrollgruppe erlebten körperliche Gewalt. Und hierbei zeigen sich

keine besonderen statistischen Abweichungen zwischen den beiden Gruppen, obwohl die Gewalttätigkeit und Dauer der Handlungen sich auch hier unterscheidet. Insgesamt gingen die Taten zu 82% von Männern aus (Väter, Stiefväter, Ehemänner, Freunde und Bekannte), 18% waren Frauen, z.B. Mütter und Stiefmütter. Die Relationen ändern sich unwesentlich im Bereich psychischer Gewalt.

Generell erlebten die Frauen beider Gruppen, wenn sie überhaupt Übergriffen ausgesetzt waren, alle Formen der angesprochenen Gewalthandlungen vor dem 20. Lebensjahr! So scheint mir unschwer nachvollziehbar, wie S. Covington zu ihrem eingangs beschriebenen Eindruck kommt. (Vgl. Covington 1986, S.10/11 und S.37 ff.)

Judianne Densen-Gerbers Befragungen in der therapeutischen Gemeinschaft Odyssey Institute in New York erlangen für mich besondere Bedeutung auf ganz andere Weise, obwohl nicht gradlinig mit dem bisher Benannten vergleichbar. Sie stammen aus einer Zeit (1974/1976), zu der auch in den USA die Auseinandersetzung um sexuellen Mißbrauch an Mädchen noch ganz am Anfang und kaum ein Thema in der breiten Öffentlichkeit war. Der Bereich der Vergewaltigung hatte dank der aktiven Frauenbewegung schon mehr Aufmerksamkeit erlangt, doch ist zu vermuten, daß dort - ebenso wie heute hier - die daraus resultierenden Erkenntnisse bei den Professionellen noch nicht zum Standardwissen gehörten. Wir können von einer weitestgehenden Tabuisierung des Themas ausgehen. Umso erstaunlicher sind J. Densen-Gerbers Ergebnisse in einer gemischtgeschlechtlichen Einrichtung für Drogenabhängige: 1974 waren von den dort lebenden Frauen 44% als Mädchen mißbraucht worden. Sie kamen aus 26 unterschiedlichen Staaten der USA; 45% erinnern sich an Übergriffe vor dem 9. Lebensjahr! Auf einen möglichen Zusammenhang von früher sexueller Mißbrauchserfahrung und späterer Viktimisierung weist wiederum hin, daß 1976 86% der anwesenden Frauen vergewaltigt worden waren. (Es ist kaum anzunehmen, daß die Zahl der Frauen, die Übergriffe bereits als Mädchen erlebt hatten, zu diesem Zeitpunkt kleiner war als 1974.) Dabei schätze ich die Dunkelziffer recht hoch ein, weil viele Frauen weder soviel Vertrauen zu den staatlichen Autoritäten haben, daß sie eine Anzeige machen würden, noch die Tat als Vergewaltigung empfinden. Das wiederum ist einer geradezu zwangsläufigen Internalisierung der gesellschaftlichen Sicht von Drogenabhängigen/drogenabhängigen Prostituierten zuzuschreiben, um das eigene Durchkommen auf der Szene zu bewältigen. (s.o. bei Chrysalis, spätere Viktimisierung). (Vgl.: Densen-Gerber 1981, s.94/95)

Zuletzt möchte ich noch eine unveröffentlichte Studie heranziehen, die Carol Sullivan 1978/79 im Edenhause in Minneapolis/USA durchgeführt hat, einer therapeutischen Gemeinschaft für süchtige Frauen und Männer

unterschiedlicher Herkunft, Rasse und Religion. Sexueller Mißbrauch wird von C.Sullivan wie bei Russel auf solchen mit körperlichen erzwungenen Kontakten eingegrenzt. Entsprechend dieser Definition geben 86% der Frauen sexuellen Mißbrauch vor dem 16. Lebensjahr an. (S.11) (Bei weiteren Frauen scheinen alle Verhaltensweisen auf eine sexuelle Traumatisierung hinzuweisen, ohne daß diese sich daran erinnern können.) In allen Fällen, handelte es sich nicht um Ausnahmen sondern um mehrfache Übergriffe. Wenn der Täter aus der Familie kam, hielt der Mißbrauch über Jahre an. Unterstreichend zu S.Covington findet auch C.Sullivan Überschneidungen verschiedener Gewaltformen: 93% aller von sexuellem Mißbrauch Betroffenen erlebten seelische und körperliche Mißhandlung und wurden vernachlässigt. (S.11) Und auch hier war die Art der körperlichen Mißhandlung überaus gewalttätig, um nur einige Beispiele zu nennen: 52% wurden mit Gegenständen geschlagen, 45% wurden an der Haaren herumgezogen, 43% getreten, 40% wurden mit Faustschlägen malträtiert, 17% gewürgt, 10% gefesselt. (S.5)

Auch nach Ihren Ergebnissen fingen die sexuellen Übergriffe überwiegend im frühen Kindesalter an (S.13/14), wobei 26% der Frauen schwere körperliche Verletzungen durch die Penetration des Mannes erlitten: genitale Verletzungen, Zerstörungen der Inneren Organe und der Gebärfähigkeit als Folge. (S.14)

Mehr als die Hälfte der Frauen wurde darüberhinaus nach dem 16. Lebensjahr vergewaltigt. Ingesamt errechnet sie einen Anteil von 81% unter den von Vergewaltigung Betroffenen (das schließt 12% der Männer mit ein), die auch sexuellen Mißbrauch in der Kindheit erfahren haben. (S.15) Wiederum eine deutliche Korrelation, die auf einen Zusammenhang von Mißbrauch in der Kindheit und späterer Viktimisierung hinweist. Und: 73% der Frauen gingen der Prostitution nach, davon 77% mit Mißbrauchserfahrung. (S.23)

Außerdem schließt sie aus ihrem Material, daß der Einstieg in den Suchtmittelmißbrauch - aufgrund der Zugangsmöglichkeit meistens Alkohol - nach jeglichen Gewalterfahrungen ganz extrem früh lag, nämlich zwischen 3 und 12 Jahren. Alle anderen Frauen und Männer haben zwischen dem 13. und dem 19. Lebensjahr angefangen. Auf einen möglichen Zusammenhang von frühem Einstiegsalter und der besonderen Lebensrealität von Mädchen, d.h. auch dem Ausgesetztsein männlicher Gewalt, weisen ebenfalls 1984 Ulrike Kreyssig und Anne Kurth hin. Sie gehen dabei auf Daten des Landeskriminalamtes Nordrhein-Westfalen ein, nach denen in der Altersgruppe der 14 - 17 jährigen Drogenabhängigen die Mädchen einen Anteil von über 50% ausmachen; der Anteil der Mädchen/Frauen an der Gesamtheit der von illegalen Drogen Abhängigen wird jedoch leicht schwankend bei nur 30-40% angegeben. (Vgl. Kreyssig,

Kurth 1984, S.56)

Abschließend ein Ergebnis von C.Sullivan, das sich mit meiner praktischen Erfahrung und auch der von anderen Suchtarbeiterinnen mit genauerem Blick auf die spezifischen Belange von Frauen deckt: die Frauen, die sexuelle und andere Gewalt erlebten, haben eine wesentlich längere Liste von Therapieversuchen und -abbrüchen hinter sich als jene, die keine solchen Gewalterfahrungen machen mußten. Außerdem sagte die Mehrzahl dazu, daß sie in keinem anderen Suchtprogramm zuvor über diese Erfahrungen sprechen konnten. (Vgl. Sullivan 1980, S.26)

"Manchmal wenn ich zu bin, geh ich auf"

Häufig scheint es in der Sucht auch um Lebensgefühle zu gehen, die sich die Mädchen und Frauen so sehr wünschen zu leben, aber nicht wissen, wie.

Durch die sexuellen Übergriffe ist das Mädchen einer Situation ausgesetzt, mit der sie nicht gelernt hat umzugehen. Ihr wurde nicht gesagt, daß die Gefahr auch innerhalb der eigenen Familie existieren kann, sie hat nicht das Gefühl irgendetwas an ihrer Situation ändern zu können, sie glaubt, sie sei die Einzige der so etwas passiert und kennt keinen Weg aus der Abhängigkeit von der Familie. Mädchen wird in der Regel das Erlernen offensiver Verhaltensformen verweigert. Selbstbewußtsein, Kraft und Stärke, Selbstwertgefühl, Achtung und Loyalität sich selbst gegenüber werden ihr schlichtweg nicht beigebracht. Ohne offensive Handlungsstrategien, die den Mißbrauch beenden könnten, wendet sie die Wut, den Haß, Ekel und Scham gegen sich selbst. Sie lernt, zu überleben; ihre Wertvorstellungen und Vorstellung von Frau-sein orientieren sich letztlich an der vom Täter aufgezwungenen Sichtweise ihrer selbst.

Anhand eines Berichtes der ehemals drogenabhängigen Barbara möchte ich ein Beispiel geben, wie Drogen, Alkohol und Prostitution sich in diesen Prozeß einfügen und welche Funktionen sie übernehmen können:

"Ich war 11 Jahre alt, als ich das erste Mal entdeckte, daß Drogen diese furchtbare Welt um mich herum verschwinden lassen konnten. Ich begann Klebstoff zu schnüffeln, um aus meinem Leid rauszukommen, und es funktionierte. Drogen wurden meine großen Fluchthelfer, es gab nichts, was ich nicht ausprobieren hätte, um "high" zu sein. Ich wußte nie, wie ich mich fühlen würde, wenn ich mit unterschiedlichen Menschen zu tun hatte - aber unter Drogen konnte ich sein, was immer ich sein wollte. Ich

konnte mir meine eigene Realität zurechtmachen: Ich konnte schön sein, eine tolle Familie haben, einen netten Vater, eine starke Mutter, - und glücklich sein. Unter Drogen fühlte ich mich gelöst, glücklich, das Leben fest in der Hand. Wenn ich drauf war, hatte ich Freunde. Endlich gehörte ich irgendwo hin - zu einer Gruppe von Kindern, die Drogen nahmen. Was immer die anderen nahmen, ich nahm das Doppelte und mehr. Ich hatte keine Angst, wie der Rest, ich hab getörnt, ohne mich darum zu kümmern, wieviel ich vertrage oder was es anrichtet. Es gab mir ein Gefühl von Macht und Stärke, weil es mich nicht kümmerte, was mit mir geschah.

Die Leute sagten, daß mein Verstand draufgeht, wenn ich zu viele Drogen nehme. Ich dachte dann nur daran, daß ich genau das mit Drogen vielleicht schaffen könnte. Ich wollte in die Klapse. Hirnlos wie ein Salatkopf. Ich hab mir immer geistig Behinderte angeguckt und gedacht, daß sie glücklich sind, weil die nichts berührt. Ich beneidete sie; du kannst sie anspucken und sie lächeln; sie schienen nicht zu verstehen, was Leiden ist.

Manchmal bin ich völlig verblüfft, daß ich es nicht fertiggekliegt habe, mich mit Drogen kaputtzumachen; ehrlich, ich hab's versucht. Die Hälfte der Zeit kümmerte es mich noch nicht mal oder ich wußte nicht, was ich runterschlucke. Später habe ich mit voller Absicht schmutzige Nadeln benutzt, um Hepatitis zu kriegen. Ich entwickelte so eine Liebes/Vertrauensbeziehung zu Drogen, die ich mit Menschen nie gehabt hatte. Ich wußte sie würden mich nie im Stich lassen, wie Menschen es getan hatten. Ich konnte sicher sein, wie Drogen wirken würden; ich hatte einen Weg gefunden, glücklich zu sein, mich gut zu fühlen - auch wenn es ein Weg mit Drogen anstelle von Menschen war.

TRINKEN

Trinken hatte bei mir die gegenteilige Wirkung von Drogen; das ist wahrscheinlich der Grund, warum ich es so häufig tat. Trinken brachte mir meinen Schmerz zurück, es erlaubte mir, meine Wut zum Ausdruck zu bringen (gerade das ging unter Drogen nicht, weil ich das Leid gar nicht empfinden konnte). Ich bin abgefahren auf meine depressiven Gefühle; darauf, meine beschissene Kindheit unter die Lupe zu nehmen und wie einsam ich als Kind war. Wenn ich betrunken war, spielte ich traurige Platten und weinte hemmungslos.

Wenn ich trank, stieg mein Maß an Selbstzerstörung. Ich konnte mehr körperlichen Schmerz ertragen, wenn ich betrunken war: Ich hatte getrunken als ich meine Arme verbrannte und bei verschiedenen Selbstmordversuchen. Unter Alkoholeinfluß konnte ich meine Wut zum Ausdruck bringen, absichtlich fing ich mit meinen Freunden an zu streiten, die mich dann verprügelten. Mein Gefühl war, daß ich es verdiente. Ich erinnere mich auch, daß ich mich nach menschlicher Nähe sehnte, körperlichem Kontakt jeglicher Art, Hauptsache ich wurde beachtet.

Durch Trinken und Drogen kam ich mit verschiedenen Gefühlen und ebenso

verschiedenen Menschen in Berührung. Drogen brachten ein sanftes, offenes Gefühl und passive Leute, von denen ich mich leicht absondern konnte, körperlich wie gefühlsmäßig. Mit Drogen konnte ich alleine in meiner eigenen Welt sein, unempfindlich für meine andere quälende Realität. Und wenn ich die Gewalt mit meiner eigenen Selbstzerstörung verdeckte, versuchte ich zu beweisen, daß ich jeden Schmerz, jede Verletzung ertragen würde. Keines von beiden gab mir was ich brauchte. Aber es waren - auf ganz negative Art - Wege, mit dem fertig zu werden, was mich umgab.

PROSTITUTION

Ich fühlte mich gebrandmarkt. Ich wußte, wo ich war, Männer würden mich finden und mißbrauchen. Meine Haltung gegenüber Prostitution war also 'Warum nicht?'. Wenn ich schon mit Männern schlafen mußte, warum soll ich nicht auch was davon haben? Ich fand, ich hatte das Geld verdient: andere Männer würden für jedes einzelne mal bezahlen, das mein Vater sich nahm. Nichts, was sie taten, konnte mich abstoßen. Ich hatte mit zu vielem gelebt, als ich aufwuchs. Nach einer Weile brachte ich sogar meinen Vater dazu, mir Geld oder andere Dinge zu geben, die ich wollte. Auch als ich von zu Hause weg war, hatte ich noch diese Macht über ihn, weil ich sein Geheimnis kannte. Ich dachte mir, wenn ich schon sonst nicht von ihm bekommen konnte, was ich brauchte, dann wenigstens materielle Sachen.

Weil ich dachte, alles was Männer wollen sei Sex, sah ich den einzigen Weg zu Macht in einer Beziehung darin, sie dafür zahlen zu lassen. Das war meine einzige Kontrollmöglichkeit und das ging so lange, wie die Männer mir nichts bedeuteten. Sobald ich mir etwas aus ihnen machte, empfand ich die Kontrolle auf ihrer Seite. Prostitution war für mich ein Weg, meinen Zorn auszudrücken, es ihnen allen zu zeigen - für das, was mir angetan wurde. Ich dachte immer, ich würde sie ausnehmen statt umgekehrt. Ich sah in Männern die Dummköpfe, die für ihre Schwäche und Verzweiflung würden zahlen müssen. Ich sah in ihnen bedürftige Kinder. Ich sah sie unter dem Aspekt von Fünfzig- oder Hundertmarkscheinen. Ich sah in ihnen alles mögliche nur nicht Menschen. Ich nahm gerne Männer, die kein Deutsch sprachen; dann brauchte ich ihnen nicht zuzuhören oder sonstwie mehr mit ihnen zu tun haben außer körperlich. Ich hatte gelernt, mein Bewußtsein von meinem Körper zu einem so frühen Zeitpunkt abzutrennen, daß ich mich selbst nicht mit diesen kurzen sexuellen Begegnungen in Verbindung brachte. Ich wollte viel Geld machen, reich werden, damit ich niemanden mehr brauchte - nicht meine Familie, meine destruktiven Freunde - oder Männer.

Prostitution war mein Weg, das - wie ich dachte - Einzige, was ich zu bieten hatte, zu Geld zu machen. Ich wußte nicht, wie ich selbst Freude empfinden könnte, aber wie ich sie anderen bereiten konnte. Wie auch immer, das war es woran ich gewöhnt war. Obwohl ich Angebote hatte, hätte ich mich nie von einem Zuhälter bewachen lassen. Schon der

Gedanke machte mich wild. Kein Mann würde mich je wieder so unter Kontrolle haben. Gleichzeitig sehnte ich mich nach jemanden, der sich um mich kümmern sollte. Geld von Fremden zu nehmen war vermutlich meine Art, sie für mich sorgen zu lassen, - auch wenn es nur finanziell war."

Dazu ein Zitat von J.Rijnaarts: "Zweifellos spielen bei einer Reihe von Inzestopfern, die in die Prostitution abgleiten, neben der materiellen Not auch psychische Faktoren eine Rolle. Nach Aussagen Carla van Lichtenburchts, einer Sozialarbeiterin im Dienst der Utrechter Polizei, die sich speziell mit Aufklärungs- und Informationsarbeit im Bereich inzestuösen Mißbrauchs befaßt, kann Prostitution auch ein Alternative sein. Sie unterscheidet dabei ein 'positive' und ein 'negative' Alternative. Zur negativen Alternative schreibt sie:

Die Frau weiß es nicht besser. Einem Mädchen, das schon vom Vater als 'Hure' beschimpft wurde, erscheint dieser Schritt selbstverständlich (van Lichtenburcht u.a. 1986, s.149 in J.Rijnaarts 1988).

Die 'positive Alternative stellt Prostitution...dann dar, wenn sie eine Form der 'Rache am Vater, an Männern allgemein ist, ein Abreagieren an den Kunden'. Oder wenn sie dazu dient, Inzesterlebnisse zu verarbeiten...Die Bezeichnung 'positive Alternative' ist in diesem Zusammenhang vielleicht ein wenig beschönigend. Sich zu prostituieren ist auch hier ein aus der Not geborener Überlebensmechanismus, in diesem Fall nicht aus materieller, sondern aus psychischer Not." (Rijnaarts 1988, S.292/293)

Barbara setzt unterschiedliche Suchtmittel gezielt für den entsprechenden Zweck ein. Das bestätigen auch viele süchtige Frauen in Gesprächen oder wie hier in einem Brief einer heute 25jährigen Frau (in: Gardiner-Sirtl 1983). Sie wurde mit 13 Jahren Opfer einer brutalen Gruppenvergewaltigung, an der sich ihr Freund beteiligte:

"Der Junge bedrohte mich mit dem Messer, zwang mich, ein Glas Cognac zu trinken und mit seinen Freunden zu schlafen. Im Cognac waren Drogen. Den ersten habe ich noch mitgekriegt, die anderen lachten sich dabei halbtot, dann weiß ich nichts mehr.

Am nächsten Morgen bin ich weggelaufen, später meldete ich mich dann bei der Polizei, weil ich wieder nach Hause wollte. . . . Zu Hause angekommen wurde ich bei der Polizei erkennungsdienstlich behandelt (Fingerabdrücke, Lichtbilder). Die Beamtin sagte mir, daß ich ja wohl selbst schuld habe, ich hätte das ja alles provoziert. . . " Ihre Leistungen in der Schule fallen ab. "Ich schlief nie vor 4 oder 5 Uhr morgens ein, weil ich schreckliche Angstzustände hatte. Ich bekam Angst vor meinem Vater, weil mir plötzlich klar wurde, daß auch er ein Mann war. Ich mußte von der Schule gehen, da war ich schon längst drogenabhängig. Wenn ich LSD nahm, fühlte ich mich sehr gut, unerreichbar. Meine Mutter

schleppte mich von einem Nervenarzt zum anderen, wo ich die übelsten Erlebnisse hatte. Man stopfte mich mit Valium voll, es hieß aber, meine Angstzustände seien völlig unreal und entbehrten jeder Grundlage. Seitdem ist das Leben für mich die Hölle. Ich hasse die Männer, niemand kann sich vorstellen, wie sehr. Ich wurde magersüchtig und heroïnabhängig. Seit der Vergewaltigung leide ich an einer Hautkrankheit, die tiefe Narben hinterläßt. Immer wieder hatte ich chaotische Beziehungen zu Männern, weil ich mich so sehr nach Liebe sehnte. . . . Als mein Kind unterwegs war, wurde ich freßsüchtig (+30 kg!). Kurz vor meiner Schwangerschaft habe ich entzogen, mit Erfolg. Aber alle Signale wurden schlicht und einfach nicht wahrgenommen." (S.50/51)

Ein Suchtmittel dient nicht nur dazu, unangenehme schmerzliche Gefühle wegzumachen, sondern auch dazu, manche Gefühle erst leben zu können, ein fehlendes Lebensgefühl zu empfinden oder einen Zustand zu erreichen, der als Schutz empfunden wird wie hier, nämlich "unerreichbar" zu sein. Drogen werden auch benutzt, um "Mauern wegzusprennen", die über lange Jahre hinweg aufgebaut wurden, um z.B. sexuellen Mißbrauch zu überleben, die aber heute Er-Leben verhindern. Insofern kann Suchtmittelmißbrauch durchaus auch von einer positiven Kraft motiviert sein: Ich habe nicht gelernt zu leben, meine Lebensgefühle sind beschnitten worden, aber ich will leben, etwas erleben und fühlen, mich erleben; als Motiv nicht Todeswunsch und Selbst-zerstörung, sondern der Versuch, das Selbst überhaupt erst leben zu lassen.

Ich scheiß auf das Leben,
doch lebte nie verkehrt,
ich pflegte meine Venen,
und niemand hatte es
all die Jahre bemerkt.

Meine Sucht,
die wurde immer größer,
meine Flucht verfolgte mich,
doch er wurde kleiner
immer kleiner.

Ich drückte sämtliche Mixturen,
so war ich auf touren,
doch eine Sehnsucht hatte ich.

H mußte es sein,
für H gab ich mein Leben.

Wer bin ich,
fragte ich mich,
bin ich wirklich so abgetreten.
wo bin ich.
ich wollte doch nur leben,
- leben,
- leben.

(Sabrina 1987, 28 Jahre)

Anders arbeiten - aber wie?!

Gilt die Zerstörung nicht auch oft genug dem, was aufgezwungen wurde?
Soll tatsächlich das Selbst zerstört werden oder die Hindernisse, die das
Selbst zur Starrheit, zum kontrollierten Mittelmaß zwingen?

Fragen, denen meines Erachtens Professionelle in der Suchtarbeit mit
Frauen nachgehen müssen. Daß die bisherigen Konzepte männlich
orientiert waren und sind, ist mittlerweile zwar Allgemeingut, eine
parteiliche Arbeitsweise, in der sich Frauen - sowohl MitarbeiterInnen
als auch KlientInnen - wiederfinden können, aber immer noch rar.

Neben dem traditionellen (Un)Verständnis des Suchtverhaltens von
Frauen gibt es einen deutlichen Mangel in der Auseinandersetzung mit
Sexualität und deren Bedeutung für die weibliche Identität. Auch hier
gilt es, eine breitere Diskussion unter den Professionellen -
insbesondere den MitarbeiterInnen im Suchtbereich - und ein Verständnis
zu entwickeln, das zu differenzierten Arbeitsansätzen führt.

In diesem Zusammenhang will ich aus dem einleitenden Referat von
Marjolijn Keesmaat (Workshop beim CoMHCfW, Dezember 1988) einige
Angaben wiederholen. Sie hat lange Jahre auf der Straße mit
Prostituierten gearbeitet und zuletzt eine wissenschaftliche Studie zu
Prostitution und Drogenabhängigkeit geleitet. In Bezug auf den Bereich
Sexualität/ weibliche Identität berichtet sie von den Gründen, die Frauen
für ihren Einstieg in Suchtmittelmißbrauch benannt haben. Deutlich wird
dabei, daß größtenteils folgende Verbindung nachzuweisen ist: allein
etwa 1/3 der Frauen steigen ein, weil die Freundin oder - und das ist
weit häufiger - der Freund drücken; sie sorgen oft für eine Familie und
steigen ein, um einer besonders nahe stehenden Person zu helfen

(weibliches Rollenverständnis = helfen); In Verbindung zu Sexualität und
weiblichem Selbstbild steht der angegebene Grund: zum schlank bleiben;
oft läuft der Einstieg über Verschreibungen durch Ärzte - auch da häufig
der Hintergrund, daß die Frauen ihrer Frauenrolle nicht gerecht werden
können oder diese verweigern -. In dieser Aufzählung benennt die Autorin
ebenfalls physische, psychische und sexuelle Gewalt und sexuellen
Mißbrauch als wichtigen Einstiegsgrund, der auch als solcher von den
Frauen verbalisiert wird. (Keesmaat 1988)

Es gilt, in der Drogentherapie ein waches Auge für die vielfältigen
Hinweise auf sexuellen Mißbrauch zu entwickeln. Frauen geben in der
Beratung oder während der Therapie oft verdeckte Signale, um die
BeraterIn oder den Berater, der ihr gegenüber sitzt, auszutesten. Je mehr
diese von der Problematik wissen und verstehen, desto größer wird auch
die Chance sein, Signale wahrzunehmen und entsprechende Angebote zu
machen, die es den Frauen ermöglichen, sich zu öffnen und an die tieferen
Hintergründe ihres Suchtmittelkonsums heranzukommen. Solange sie
diese verschweigen/ verdrängen (müssen), sie keine Sprache dafür finden
können, bleiben sie eine Gefährdung für ihr cleanes Leben.

- Ich stottere,
weil unaussprechlich,
- Ich kotze,
weil unverdaulich,
- Ich leide,
weil unerträglich,
- Ich bin vernünftig
und ich bin in der Tiefe vergeßlich,
oder doch nicht.

(Sabrina 1974, 15 Jahre)

Weiterhin muß das Bewußtsein darüber geschärft werden, daß wir in
Einrichtungen und Beratungsstellen sowohl Opfer sexuellen Mißbrauchs
treffen, als auch Täter. 50 bis 60% mißbrauchter Mädchen kommen aus
Familien wo Drogen, Pillen und Alkohol an der Tagesordnung sind. (Vgl.
Covington, s.o.) Die Familienstrukturen, in denen sexueller Mißbrauch
begangen wird und Suchtmittel ihren Platz haben, überschneiden und
bedingen sich. Sexueller Mißbrauch kann nur im Verborgenen existieren,
wird durch Schweigen begünstigt, tötet die Empfindungen des Mädchen
und macht Vertrauen, Liebe und Geborgenheit unmöglich. Auch über dem
Alkoholkonsum von Vater/Mutter liegt Schweigen, es darf keiner
mitbekommen; wenn sie trinken, sind sie unzuverlässig und Vertrauen
wird zunichte gemacht, die dadurch ausgelösten Gefühle werden
verdrängt. Die Familienregeln: nicht vertrauen, nicht fühlen und nicht

sprechen, gelten in beiden Fällen. Darüberhinaus bin ich sicher, daß viele Mädchen, in deren Kernfamilie Suchtmittel mißbraucht werden, aufgrund der erlernten Verhaltensweisen ein großes Risiko tragen, an anderen Orten - im größeren Familienkreis, bei Bekannten oder Freunden - Opfer sexueller Angriffe zu werden. Geschlecht ihnen etwas, so stellt ihr Zuhause - geblockt durch Drogen - keine Hilfe dar.

Um die Gefühlssituation eines Mädchens und ihre eingegrenzten Verhaltensmöglichkeiten innerhalb der Familie noch weiter zu verdeutlichen, mochte ich einen Teil eines Berichtes einfügen, der aus der Projektbeschreibung der "Roten Grütze" entnommen ist und bei der Arbeit zu dem Stück "Gewalt im Spiel" entstand:

"Mit acht Jahren wußte ich, daß es gefährlich ist, klein, weich und rund zu sein, sich abends ins Bett zu legen und schlafen zu wollen. Denn da kam jemand, den ich nicht bestellt hatte, den ich so auch nicht haben wollte, der aber blieb und wieder kam, der seine Hand zwischen meinen Beinen rieb, mich betatschte, leckte, der seinen Schwanz zwischen meinen Beinen rieb, bis er nass wurde, mich abwischte und mich mit angehaltenem Atem liegen ließ.

Ich wollte meinen Vater behalten, dem ich meine Schulaufgaben zeigte, der für mich sorgte, der mir Weihnachtsgeschenke unter den Baum legte, der mir Taschengeld gab und meiner Mutter Haushaltsgeld, der Urlaubsreisen organisierte, der die Miete für die Wohnung zahlte, der meiner Mutter Halt und Stütze, ihr Ein und Alles war.

Ich brauchte meine Mutter, die das Essen kochte, mich pflegte wenn ich krank war, Knete und Buntpapier im Bett erlaubte, die mir an Geburtstagen mein Lieblingsessen, Grießbrei und Birnen kochte, die Klavier spielte und Lieder sang, die zuhause war, wenn ich aus der Schule kam, die saubermachte, Wäsche wusch, und kleine Extra-Wünsche wie Kino gehen, Eis essen und Micky Maus-lesen zaghaft unterstützte.

Meine Eltern führten eine glückliche Ehe, sie hatten keinen Streit, sondern gemeinsam die väterliche Meinung und die hielten sie durch, auch gegen die Kinder. Sie hatten nicht nötig, über ihr Erziehungsprogramm zu reden, sie lagen vorn damit. Mein Vater schlug meine Mutter nicht, betrog sie nicht, saugte ab und zu Staub, wusch auch ab, putzte die Schuhe, meine Mutter schlug niemanden, weinte ab und zu über die fehlende Zärtlichkeit meines Vaters, hielt tapfer durch, das selbständige Verwalten des Haushaltsgeldes wurde ihr zugestanden, die wiederkehrenden Migräneanfälle im Dunkeln von ihr ausgestanden. Über den nächtlichen Ereignissen lag Schweigen.

Sie hatten eine schwierige Tochter. Sie störte dieses Glück im DIN A4-Format. Sie machte ins Bett und in die Hosen, ließ niemanden an sich ran, war kabatzig und kratzbürstig. Sie trieb sich mit Kindern aus der Gosse herum, klaute und machte schmutzige Zeichnungen über das heilige

Band der Liebe zwischen Mann und Frau; ein Mann mit Ständer, ein Mann, der seinen Schwanz zwischen die Beine einer Frau steckt. Eine kleine Frau ohne Busen, ein großer Mann mit tropfendem Riesenschwanz. Mann und Frau ohne Gesicht, nur Schwanz und Loch.

Sie wird gefragt, woher sie das hat, ob sie weiß, was das soll. Sie sagt nichts. Sie ist verstockt und störrisch, dickköpfig und eigensinnig. Sie schreibt Wörter aufs Papier, die als schweinish gelten. Ficken, Votze, Bumsen, Eier, Schwanz, Titten. Mit 10 Jahren zieht sie sich im Garten die Unterhose aus und versucht mit einem Jungen zu ficken. Sie werden erwischt und zur Rede gestellt. Der Umgang mit dem Jungen wird ihr verboten. Der Vater sagt zu ihr: Das hätte ich nicht von dir gedacht, ich bin enttäuscht von dir. Das tut weht. Sie ist verstört, denn der Vater ist ein liebevoller Vater, der sich bemüht, seine Tochter auf den richtigen Weg zu führen. Sie ist diese Bemühungen nicht wert, denn sie ist mißbraten, ein Stück Dreck, ein Nichtsnutz, eine Belastung, eine Schande für die Familie, eben eine riesengroße Enttäuschung. Sie fühlt sich klein, schmutzig, schuldig, strengt sich an, ihm zu gefallen. Sie möchte so gerne von ihm geliebt werden.

Seinen nächtlichen Bemühungen entgeht sie nicht, seinen täglichen nur durch kräftiges Mitlügen: es ist schön, daß du mir das Kleckern mit der Milch abgewöhnen willst, es ist schön, daß du beim Pinkeln neben mir stehst und mir beibringst, daß Frauen sich "vorne" abwischen sollen, es ist schön, daß du mich nicht zu Wort kommen läßt, es ist schön, daß du von mir immer nur die Wahrheit hören willst. Ich bin eine gute Tochter, ich habe nichts gemerkt, du bist ein guter Vater, du hast mir nichts getan und die gute Mutter ist hingerissen vom harmonischen Familienleben.

Das wird geübt und trainiert, morgens, mittags und abends. Ist Hochleistungssport für die Seele und klärende Gehirnwäsche. Das Ziel ist erreicht, wenn sie nicht mehr weiß, wer sie ist, nicht mehr fühlt, was sie weiß und wahrnimmt. Bis der Körper nichts mehr spürt. Das Ziel ist erreicht, wenn sie sich selbst verleugnet und die Belohnung wird süß sein, der Vater wird sie dann als seine Tochter lieben. Sie muß sich anstrengen, die Zähne zusammenbeißen. An der Grundlektion "Mein Vater ist gut und ich bin schlecht" kaut sie lange rum, zu lange. Sie macht viele Schwierigkeiten, traut ihren eigenen Augen und Ohren zu oft, hat Rückfälle ins Selbstbewußtsein, hat noch entschieden zu häufig eine eigene Meinung und Widerworte, die sie laut und aggressiv im Wohnzimmer äußert. Das mißfällt ihm, damit gewinnt sie seine Liebe nicht, das spürt sie. Er hat die Macht, er kann über Tag und Nacht bestimmen, über ihr Gefühl und ihr Denken.

...Sie schlägt zurück, gegen sich. Sie versucht mittels 50 Schlaftabletten die Familie, die Welt und ihr Leben zu verlassen, in der Hoffnung im toten Zustand die ideale Tochter zu sein. Schweigsam, still und angepaßt. Sie spricht mit niemandem darüber, fühlt sich als Versager, erlebt ihr

Unglück als nicht aufdeckbar, nicht erklärbar. Sie fühlt sich jämmerlich, findet sich nicht richtig im Kopf, hat Angst verrückt zu sein, hat Anfälle von Trauer und Haß gegen sich. Sie ahnt, daß auf dem Grund Ihrer Seele etwas liegt, an das sie ran will, aber nicht rankommt. Sie geht mit einem Messer auf Ihre Pulsadern los, vielleicht liegt sie da, die Lösung, die Befreiung, die Erleichterung.

Sie zerkratzt sich das Gesicht, vielleicht versteckt sich hier die Wahrheit? Sie schneidet sich die Haare bis zur Kopfhaut, wenn schon verrückt, dann wenigstens so aussehen. Sie sucht und sucht wie eine Bekloppte, in Büchern, im Bier, in anderen Menschen, in Fragen und Antworten, sie sucht chaotisch, mit Methode, fällt oft auf die Nase, aber sie bleibt dran, konsequent, indem sie Leute sucht und findet, die sie mögen, lieben und ihr glauben." (Rote Grütze, 1986)

Es gibt viele unterschiedliche Wege, die die Mädchen gehen. Diese Geschichte beschreibt, meines Erachtens beispielhaft die Verflechtung, die Komplizenschaft, in die der Täter das Mädchen bringt. Bezeichnend auch die Abhängigkeit von der Liebe und Fürsorge von Vater und Mutter, der umfassende Wunsch, geliebt zu werden und eine gute Tochter zu sein. Diese Bindung, die ausweglose Abhängigkeit, macht es in der Kindheit und später im Erwachsenenleben schwer, mit diesen Erlebnissen fertig zu werden und darüber zu sprechen. Schweigen als Preis für den Erhalt der Familie, denn die Familie zu verlieren erscheint als schmerzliche Konsequenz. Und auch die Frauen, die sich äußerlich von der Familie unabhängig gemacht haben, kämpfen mit diesem Wunsch. Ein Problem dem wir ebenfalls in der Arbeit mit süchtigen Frauen begegnen. Die ambivalenten Gefühle gegenüber der Familie, ein lange wirksamer Einfluß, der die eigene Lebensenergie bindet.

Soweit Angehörige im Therapieprozeß mit einbezogen werden, müssen Wege entwickelt werden, die Problematik anzusprechen, damit Helferinnen nicht an der Fortsetzung des Schweigegebotes beteiligt sind und so eventuell an weiterem Mißbrauch. Ist der Täter Alkoholiker, hört er nicht plötzlich auf, seine Tochter sexuell zu mißbrauchen, nur weil er nicht mehr zur Flasche greift. Insgesamt gesehen, scheint Alkohol eine große Rolle bei sexuellem Mißbrauch zu spielen. Eine Umfrage unter jugendlichen Prostituierten¹⁾ ergab, daß 58% der Täter während der Tat

¹⁾ Umfrage unter 200 weiblichen Prostituierten der San Francisco Bay Area, zwischen 10 und 46 Jahren alt, im Mittel 22 Jahre, die meisten zwischen 10 und 13 Jahren. 60% dieser Frauen und Mädchen wurden im Alter zwischen 3 und 16 Jahren von bis zu 11 Tätern sexuell mißbraucht, 70% davon mehrfach und/oder fortdauernd. 1/3 der Täter waren Väter, weitere 30% Stief- und Pflegeväter, 28% Brüder; alle anderen waren Freund und/oder Bekannte, 10% Fremde. 70% der Frauen sagen, daß die sexuellen Übergriffe ihre Entscheidung zur Prostitution beeinflusst haben. (Silbert/Pines, 1983)

unter Einfluß von Suchtmitteln standen. Bei weiteren 14% waren sich die Mädchen und Frauen im Rückblick nicht sicher (Silbert und Pines, 1983).

Aber gerade im Suchtbereich stehen wir mit dieser Arbeit noch ganz am Anfang und es ist zu früh, hier Schlüsse zu ziehen, jedoch schon lange an der Zeit, die Situation maßgeblich zu verändern. Hier liegt eine wichtige (bislang ungeliebte und unerfüllte) Aufgabe für Mitarbeiter: die Auseinandersetzung mit männlichem Rollenverständnis, potentiellen und tatsächlichen Tätern in Beratung und Therapie und die Entwicklung von Arbeitsansätzen für den Umgang damit. Die Auseinandersetzung der Mitarbeiter mit der eigenen männlichen Identität und Rolle wird dafür als selbstverständliche Grundlage vorausgesetzt. Gleichzeitig bedeutet es, daß Männer erkennen müssen, daß Ihnen Grenzen in der Arbeit mit Frauen gesetzt sind.

Allzuoft werden Mißbrauch und massive Grenzüberschreitung auch in Beratung und Therapie fortgesetzt, geduldet oder wiederholt. Ohnmacht, Anpassung und Entzug des Selbstbestimmungsrechtes bestimmten lange Zeit die Atmosphäre und Arbeit im Suchtbereich und der zähe Prozeß dies zu verändern, wurde erst begonnen. Die Frauen - sowohl als Mitarbeiterinnen als auch als Klientinnen - begegnen einem System, in dem sie in der Regel erst mal wieder nichts zu sagen haben. Die Klientinnen sollen sich anpassen, unterordnen und vertrauen. Sie haben als Mädchen vertraut und dieses Vertrauen wurde schwer und mit lebensbestimmenden Folgen mißbraucht. Wieder Vertrauen zu finden, erfordert ein Höchstmaß an Mut und Stärke von Ihnen. - Und entsprechende Hilfe von unserer Seite.

Für viele unsagbar schmerzhaft Prozesse, die Frauen auf Ihrer Suche nach und in Ihrem Kampf um eine cleane Lebensperspektive durchleben, brauchen sie eine Begleitung, die von Respekt, Akzeptanz und unbedingter Parteilnahme für Ihre Person bestimmt ist. Wir sind diejenigen, die sich als vertrauenswürdig erweisen müssen, damit Frauen sich öffnen können, sich an das heranwagen können, was sie durch zumeist männliches Gewalthandeln gezwungen waren, in sich zu verschließen.

Literaturverzeichnis:

- Armstrong, Louise
Kiss Daddy Goodnight, Frankfurt a.M. 1985
- Baurmann, Michael C
Sexualität, Gewalt und die Folgen für das Opfer
Band 15 der BKA-Forschungsreihe, Wiesbaden 1982
- Brownmiller, Susan
Gegen unseren Willen
Vergewaltigung und Männerherrschaft
Frankfurt a.M. 1980
- Covington, Stephanie
Facing the Clinical Challenges of Women Alcoholics / Physical, Emotional & Sexual Abuse
in: Focus on Family USA, May/June 1986, S. 10/11 und 37-44
- Densen-Gerber, Judianne, Addiction and Female Sexuality In: Focus on Women, Journal on
Addiction and Health, USA Vol. 2, Number 2, Summer 1981
- Evans, Sue / Schaefer, Susan / Sterne, Muriel
Sexual Victimization Patterns of Recovering Chemically Dependent Women
Referat - präsentiert beim International Institute on the Prevention and Treatment of
Alcoholism in Athen/Gr 1984
- Fraser, Sylvia
Meines Vaters Haus, Die Geschichte eines Inzests, Düsseldorf, 1988
- Gardiner-Sirtl, Angelika
Als Kind mißbraucht, Hamburg 1983
- Halvorsen, Ida
Harter Asphalt, München 1987
- Høigård, Cecilie u. Finstad, Liv
Seitenstraßen, Geld, Macht und Liebe oder der Mythos von der Prostitution, Reinbek 1987
- Kavemann, Barbara und Lohstötter, Ingrid
Väter als Täter - Sexuelle Gewalt gegen Mädchen "Erinnerungen sind wie eine Zeitbombe",
Reinbek 1984
- Kreyssig, Ulrike und Kurth, Anne, Daneben gelebt . . . , Drogenabhängige Mädchen und ihre
Lebenswelt, S 51 - 56 ,in: Alltag, Rückzug und Widerstand, Savier, Fromm u.a., Leverkusen
1984
- Merfert-Diete, Christa
Zur Situation der Frauen im Suchtbereich, Freiburg 1988
- Merkin, Daphne
Die Prinzessin von New York, 1988
- Morris, Michelle
Diesmal überlebe ich, Berlin 1988

- Rijnaarts, Josephine
Lots Töchter, Über den Vater-Tochter-Inzest, Düsseldorf 1988
- Russel, Diana
The Secret Trauma
Incest In the Lives of Girls and Women, New York 1986
- Russel, Diana
The Incidence and Prevalence of Intrafamilial and Extrafamilial Sexual Abuse of Female
Children in: Child Abuse & Neglect, Vol. 7, Seiten 133-146, USA 1983
- Schreiber, Flora Rheta
Sybil, Persönlichkeitsspaltung einer Frau, Frankfurt a.M. 1984
- Silbert, Mimi H. / Pines, Ayala M.
Early Sexual Exploitation as an Influence In Prostitution
in: Social Work, USA July/Aug. 1983, s. 285-289
- Sullivan, Carol
Eden House Abuse Study: Child Abuse in Relation to Chemical Dependency and Anti-Social
Behavior, unveröffentlichte Studie, Minneapolis/MN - USA 1980
- Beiträge vom Congress on Mental Health Care for Women, Amsterdam von 19.12. bis
22.12.1988, im folgenden abgekürzt mit CoMHCfW:
- Draijer, Nel / NL
Hauptreferat "Verborgene Traumata. Die Rolle von sexueller und physischer Gewalt in der
Lehre der Ursachen der mentalen Störungen bei Frauen", CoMHCfW Amsterdam/NL 1988
- Keesmaat, Marjolijn / NL
Drug addicted women and their relation to mental health care for women
Einleitendes Referat, Workshop MM8A
CoMHCfW Amsterdam/NL 1988
- Weiner, Kayla / USA
Einleitendes Referat, Workshop TM2C
CoMHCfW Amsterdam/NL 1988
- Filmhinweis:
- Angeklagt (Originaltitel: The Accused)
Regie: Jonathan Kaplan, USA 1988

Irmgard Vogt:

Beratung und Therapie in der Suchtkrankenhilfe als Risiko für Frauen.

I. Kann Beratung oder Therapie ein Risiko sein?

Generell geht man in der Suchtkrankenhilfe davon aus, daß der Besuch einer Beratungsstelle und noch mehr der Einstieg in die Therapie ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung ist für alle diejenigen, die im Umgang mit psychoaktiven Substanzen Probleme haben oder die sich selbst als abhängig von Drogen oder als süchtig erleben. Die Beratung und Therapie, so unterstellen die Helferinnen und Helfer wie die Betroffenen, hilft in jedem Fall; variabel ist allenfalls der Erfolg, der den gemeinsamen Bemühungen beschieden ist. Der Beratungs- und Therapieerfolg, so argumentiert man weiter, läßt sich am Individuum festmachen: diejenigen, die ohne Motivation in die Beratung oder Therapie gedrängt werden und die auch während der Behandlung nicht dazu zu motivieren sind, ihr Leben von Grund auf zu ändern, vertrauen auf die Drogenwirkungen zur Bewältigung ihres Alltags statt auf eigene Kräfte und Stärken.

Alles in allem genommen gehen alle, die Helferinnen und Helfer, die Betroffenen und die Kostenträger, von der Annahme aus, daß Beratung und Therapie nützlich und hilfreich sind, selbst wenn der Nutzen sich nicht immer einfach nachweisen läßt. Es ist ein positiver Wert, den diese Gesellschaft der Beratung und Therapie zuschreibt, und das gilt selbst dann, wenn man sich über verschiedene therapeutische Vorgehensweisen, Richtungen und Ideologien lautstark streitet.

Die positive Wertung und Einschätzung von Beratung und Therapie ist durch kritische Einwände gegenüber der "Therapie-Gesellschaft" und dem "Psycho-Kult" (Bobb 1985; vgl. auch Franke 1989) nicht in Frage gestellt worden. Auch die frühe Kritik der Frauenbewegung am von Männern dominierten Beratungs- und Therapiebetrieb hat diesem wenig anhaben können. Allerdings nimmt in jüngster Zeit die Kritik an konventioneller Beratung und Therapie zu. Gemeint sind damit therapeutische Arrangements, die Frauen offen oder verdeckt diskriminieren (vgl. u.a. Eichenbaum/Orbach 1984; Gilbert 1980). Es spricht sehr vieles dafür, daß es eben nicht nur an den Individuen liegt, wenn diese wenig Nutzen aus der konventionellen Beratung und Therapie ziehen, sondern daß die Struktur der Hilfsangebote selbst Frauen benachteiligt. Darauf soll etwas näher eingegangen werden.

II. Gesellschaftliche Arrangements und therapeutische Arrangements

Wir leben in einer Welt, die bestimmt ist von Ungleichheiten, die u.a. am Geschlecht festgemacht werden. Hausen (1986, S. 12 f.) umschreibt die mit dem Begriff "Patriarchat" plakatierten Ungleichheiten folgendermaßen: "Welches gesellschaftliche Ärgernis damit avisisiert wird und auf Veränderung drängt, ist deutlich; daß Frauen ungeachtet der forma-

len Gleichberechtigung bislang weder in sozialstaatlichen Demokratien noch in sozialistischen Gesellschaften tatsächlich den Männern gesellschaftlich gleichrangig sind; daß sie immer noch geringere soziale, wirtschaftliche und politische Einflußchancen haben; daß sie nach wie vor in einer Gesellschaft leben, die nach Maß des Mannes eingerichtet ist. Vieles mehr ließe sich anführen: das spannungsreiche Pendeln der Frauen zwischen Beruf und Familie mit aller Doppelbelastung und Diskriminierung; die Gewalt gegen Frauen; die drückende Armut der Rentnerinnen."

Die Ungleichheit, auf die hier abgehoben wird, beruht zunächst und zuerst auf einer unterschiedlichen Wertschätzung der Geschlechter und es sind die Männer, die aufgrund ihres Geschlechts höher gewertet werden als Frauen, nicht jedoch wegen ihrer Fähigkeiten, Leistungen oder anderer körperlicher oder psychischer Vorzüge. Daraus werden unterschiedliche Herrschafts- und Machtansprüche abgeleitet, die die Männer begünstigen und die Frauen benachteiligen. Die geschlechtsspezifische Verteilung von Herrschaft und Macht findet ihren Niederschlag u.a. im Rechtswesen, das die Dominanz der Männer absichern half und hilft (vgl. Abel 1988). Auf diesem Wege haben sich Männer über Jahrhunderte hin als "Herrscher" über Frauen und Kinder etabliert. Folglich werden Männer in allen gesellschaftlichen Subsystemen bevorzugt und gefördert. Simone de Beauvoir (1968) spricht eben deshalb von Männern als dem Ersten und von Frauen als dem Zweiten Geschlecht. Anders gesagt, handelt es sich hier um strukturelle Diskriminierung (Galtung 1969; Narr 1980), die ungeachtet des im Grundgesetz verankerten Gleichheitsgrundsatzes (Artikel 3 GG) bis heute fortwirkt.

Frauen werden im Vergleich mit Männern in allen gesellschaftlichen Bereichen benachteiligt, wengleich das Ausmaß der ungleichen Behandlung der Frauen deutlich abgenommen hat. Das heißt, daß die ungleichen Herrschafts- und Machtverhältnisse auch dann noch weiterwirken, wenn sie über das Rechtssystem nicht mehr abgesichert sind (Berghahn 1993). Männliche Normen und Wertungen sind im Alltagsdenken und -handeln so nachhaltig verankert, daß sie auch dann noch den Alltag bestimmen, wenn sie nicht mehr durch Sanktionen abgestützt werden.

Dieser sehr kurze Ausflug in die Soziologie dient hier nur dazu, den Hintergrund auszu-leuchten, vor dem sich die Suchtkrankenhilfe etabliert hat einschließlich ihres umfangreichen Angebots an Beratungsstellen und therapeutischen Einrichtungen (vgl. Vogt/Scheerer 1989, S. 44 ff.). Natürlich kann die Suchtkrankenhilfe aus der Gesellschaft nicht aussteigen und alles ganz anders machen als es allgemein üblich ist, selbst wenn sie das wollte. Also gilt auch für die Suchtkrankenhilfe, daß Männer mehr gelten als Frauen, daß männliche Normen und Wertungen dominieren (Vogt 1986), und daß Frauen, die sich diesen Normen und Wertungen nicht anpassen, in Schwierigkeiten geraten.

Dazu kommt aber noch - und dies ist nicht nur eine Fortschreibung der gesellschaftlichen Verhältnisse, sondern eine Besonderheit der Süchtigen und der Arbeit mit diesen -, daß Alkoholismus ebenso wie Drogenabhängigkeit pauschal betrachtet als typische Abweichung bzw. Krankheit von Männern galt und gilt. Ganz konsequent war die Suchtkrankenhilfe am Anfang fast ausschließlich darauf ausgerichtet, süchtigen Männern zu helfen.

Tatsächlich waren die Männer in den seit 1880 eingerichteten Trinkerasylen unter sich und wie immer, wenn Männer in Bünden und Vereinen allein sind, etablierten sich rauhe und ruppige Umgangsformen. Das ist vielfach beschrieben worden, insbesondere für das Militär (Theweleit 1978; vgl. auch Völger/v.Welck 1990), und an dieses Vorbild waren ja auch die ersten Trinkerasye angelehnt (vgl. z.B. Wlassek 1929). Von solchen Bünden und Vereinen wissen wir, daß sich diejenigen Vereinsmitglieder besonders gut durchsetzen, die männliche Werte am höchsten halten und sie notfalls auch mit aller Gewalt verteidigen. Diese Anfänge der Hilfen für Alkoholiker und andere Drogenabhängige haben vielfache Folgewirkungen, die man bis in die Gegenwart nachzeichnen und beobachten kann. Dazu gehört unter anderem, daß in den Therapieeinrichtungen ebenso wie in den Beratungsstellen ganz selbstverständlich von männlichen Werten ausgegangen wird, die erst in jüngster Zeit hinterfragt werden. Dazu gehört auch, daß die Normen und Rollenvorgaben an traditionellen Modellen festgemacht sind, d.h. konkret, daß Männer die hierarchischen Verhältnisse prägen und daß Frauen die expressiven Funktionen und manche Hausarbeit übernehmen.

Es wird selbstverständlich erwartet, daß sich Frauen an diese Vorgaben anpassen und sich damit abfinden, sich unterzuordnen. Diejenigen unter ihnen, die gegen diese Verhältnisse rebellieren, gelten, wenn sie Beraterinnen und Therapeutinnen sind, als schwierig, und wenn es sich um Klientinnen und Patientinnen handelt, gar als therapieresistent. Jedenfalls geraten Frauen, die männliche Werte und Normvorgaben in der Suchtkrankenhilfe kritisieren und die nach neuen Modellen jenseits der traditionellen Rollen suchen, leicht ins Abseits. Man billigt ihnen im günstigen Fall eine Frauengruppe zu, erwartet dann aber auch, daß sie sich damit bescheiden, und von grundsätzlicher Kritik am System Abstand nehmen. Wie im folgenden gezeigt wird, reichen solche Befriedigungsstrategien nicht aus, die einmal mehr an den Bedürfnissen der Frauen nach einem Strukturwandel vorbeigehen.

Das sind die Rahmenbedingungen, innerhalb derer die Arbeit mit suchtkranken Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet. Sie wirken sich in unterschiedlicher Weise aus auf die Arbeitsbedingungen in ambulanten und stationären Einrichtungen, sie bestimmen aber auch die Arbeit und Atmosphäre in den Selbsthilfegruppen.

III. Gewalt gegen Frauen

Liegt die Macht bei Männern und beherrschen - unbeschadet der Annahme von der Gleichstellung und Gleichbehandlung der Geschlechter - männliche Normen und Regeln den Alltag in der Suchtkrankenhilfe, dann kann man davon ausgehen, daß alle Fragen, die sich auf offene oder versteckte Formen der Unterdrückung von Frauen beziehen, von besonderer Brisanz sind. Vom Selbstverständnis der Gesellschaft aus gesehen, das von den Helferinnen und Helfern in der Suchtkrankenhilfe ja auch geteilt wird, kann - ja darf es Ungleichbehandlung der Geschlechter nicht geben. Also werden Ungleichheiten und Dis-

kriminierungen auf allen Ebenen aus der Wahrnehmung ausgeblendet. So gehen viele noch heute in der Suchtkrankenhilfe mit Fragen nach Gewalt gegen Frauen um, die man mit Argumenten wie: "Das sind Nebensächlichkeiten!", "Das gehört nicht zum Thema!", "Das hat nichts mit Sucht zu tun!" usw. wegzuschieben sucht. Dahinter steht die Fiktion, daß die Lebensumstände für Frauen und Männer in dieser Gesellschaft die gleichen seien, also geschlechtsspezifische Bedingungen im Zusammenhang mit der Entwicklung von Drogenabhängigkeit und Sucht nicht nachweisbar seien.

Ich spreche hier von Fiktion, weil natürlich jeder Mann und jede Frau ganz genau aus dem Alltagsleben weiß, daß Männer und Frauen nicht gleich sind und daß ihre Lebensbedingungen durchaus unterschiedlich sind. Alltagswissen und Fachwissen haben sich also dissoziiert, wobei man in der professionellen Arbeit dazu übergegangen ist, das Alltagswissen tendenziell abzuwerten. Das hat Folgen für die Theoriebildung der Drogenabhängigkeit und Sucht und die Praxis der Suchtkrankenhilfe.

An dem Thema "Gewalt gegen Frauen" lassen sich die Risiken, denen Frauen in der Suchtkrankenhilfe begegnen, besonders deutlich aufzeigen. Wie wir aus einer Vielzahl von Selbstzeugnissen und Untersuchungen wissen, die in den letzten Jahren veröffentlicht worden sind (u.a. Dobash/Dobash 1988; Janshen 1991; Kazis 1989; Mebes/Jeuck 1989; Peters et al. 1992; Rauchfleisch 1992; Yllö/Bogard 1988), wendet sich männliche Gewalt in ganz gezielter Weise gegen Frauen (Wyre/Swift 1991); parallele oder gar ähnliche Formen der Gewalt, die sich von Frauen gegen Männer richtet, gibt es nicht (Straus/Gelles 1988). Auch der Verweis auf die Macht der Mütter, der kein Kind entfliehen kann, zieht hier nicht, denn die im psychoanalytischen Sinn allmächtige Mutter ist zugleich die gesellschaftlich diskriminierte Frau, die sich allemal den männlichen Normen und Regeln zu beugen hat (Rohde-Dachser 1991). Gerade darin steckt ja eine Wurzel der "Mittäterschaft" (Thürmer-Rohr 1989) und auch der "Täterschaft" (Ebbinghaus 1987) von Frauen, Themen, mit denen sich die Frauenforschung immer intensiver auseinandersetzt.

Der Verweis darauf, daß es gewiß auch Frauen gibt, die Männer mißbrauchen und schlagen, ändert nichts daran, daß Frauen in gezielter Weise Opfer männlicher Gewalt sind. Nicht nur fällt die Unterdrückung von Männern durch Frauen zahlenmäßig nicht ins Gewicht, sie unterscheidet sich von der in unserer Gesellschaft mehr oder weniger tolerierten "Gewalt gegen Frauen" auch strukturell: es handelt sich dabei stets um Fälle, auf die die Gesellschaft bei ihrem Bekanntwerden besonders heftig reagiert, gilt es doch, den Regelverstoß der Frauen grundsätzlich zu ahnden. Eben aus diesem Grund müssen Frauen, die sich in ihrer Not mit Gewalt gegen gewalttätige Männer gewehrt haben (vgl. Saunders 1988), mit besonders harten Verurteilungen rechnen (oder aber mit der Einordnung als Unzurechnungsfähige, gerade weil sie Frauen sind, was die Sache nur noch schlimmer macht).

Gewalt gegen Frauen kann man in allen Lebensbereichen und auf allen öffentlichen und privaten Ebenen nachweisen. Für die Arbeit mit drogenabhängigen und süchtigen Frauen sind jedoch Gewalterfahrungen vor allem in folgenden Bereichen von Bedeutung:

- a) in der Familie
- b) in Institutionen
- c) in der Beratung und Therapie.

Auf den ersten Blick will es scheinen, als habe die Gewalt, die in Familien gegen Frauen ausgelebt wird, wenig oder nichts mit der Behandlung eben dieser Frauen in ambulanten oder stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe zu tun. Eine auch noch so kurze Analyse der Gewalterfahrungen, die Frauen in der Familie machen, verdeutlicht den Zusammenhang, der zwischen dieser und derjenigen besteht, mit der Frauen in Institutionen und in der Beratung oder Therapie rechnen müssen. In der Theorie wie in der Praxis überlappen sich also die gewaltsamen Erfahrungen der Frauen in den verschiedenen Lebensbereichen, ja, sie spielen oft ineinander und Gewalt scheint Gewalt nach sich zu ziehen, wenn nicht gar zu stimulieren. Das läßt sich an Fallbeispielen zeigen, wenn etwa Frauen in der Kindheit und Jugend sexuell mißbraucht worden sind und wenn sie, inzwischen alkohol- oder drogenabhängig geworden, an einen Berater geraten, der sie in der ambulanten oder stationären Therapie noch einmal sexuell mißbraucht.

Jedoch sind die Zusammenhänge nicht immer so eindeutig und so leicht nachweisbar. Es wird noch viel Arbeit nötig sein, das feingeknüpfte Netz der Diskriminierung und Unterdrückung, in dem sich Frauen so leicht verfangen, aufzuknüpfen, damit sich ihre Chancen verbessern, aus alten Abhängigkeiten sowohl von Stoffen wie von ausbeuterischen Bindungen herauszukommen.

Die Familie

Mit dem Begriff Familie assoziieren wir Vorstellungen von Liebe und Geborgenheit, von Zuwendung und Unterstützung, von Hilfe in allen Lebenslagen. Es sind die Frauen und Mütter, von denen man in erster Linie Liebe und Zuwendung erwartet, die also die sogenannten expressiven Aufgaben und Funktionen in der Familie (vgl. dazu Parsons et al. 1955; Gilligan 1991; Hausen 1976) übernommen haben und erfüllen sollen. In der Familie haben Männer die instrumentellen Rollen, d.h. sie sind für die Außenvertretung verantwortlich. Sie sind nicht nur als Familienmitglieder, sondern auch als Berufstätige auf die Liebe und Zuwendung ihrer Frauen angewiesen, die ihnen immer wieder von neuem Mut machen sollen, mit allen Anforderungen fertig zu werden und den alltäglichen Konkurrenzkampf im Berufsleben durchzustehen.

Aber Familien sind, das wissen wir heute ganz gut, längst nicht so heil, wie uns das die Familienforschung gelegentlich vormachen will. Die Familie ist auch der Ort, an dem sich Gewalt breitmacht. Gewöhnlich geht sie aus von dem oder den Stärkeren in den Familien und sie richtet sich gegen die Schwächeren, wobei Stärke nicht immer gleichzusetzen ist mit körperlicher Stärke. Stärker sind vielmehr diejenigen, die aufgrund gesellschaftlicher Definitionen das Recht auf ihrer Seite haben und die Sanktionen verhängen können, wenn dieses Recht nicht respektiert wird. Männer sind, so gesehen, im Vorteil, denn ihnen bil-

ligt die Gesellschaft mehr Macht zu. Gerade deswegen richtet sich die Gewalt der Männer in der Familie besonders heftig gegen Frauen und Kinder.

Kinder sind Opfer physischer und psychischer Mißhandlungen sowohl ihrer Mütter wie ihrer Väter. Es sind im übrigen Jungen, die in der Kindheit von ihren Eltern häufiger und brutaler verprügelt werden als Mädchen. Aber Mädchen drohen andere Gefahren in der Familie und an erster Stelle stehen hier die Erziehung zur Abhängigkeit und der sexuelle Mißbrauch.

Die Erziehung zur Abhängigkeit, auf die hier Bezug genommen wird, ist nicht gleichzusetzen mit der Erziehung zu weiblichem Verhalten im Rahmen der Frauenrolle. Zwar fördert stereotypes weibliches Rollenverhalten die Ausbildung von abhängigen Verhaltensstrukturen, jedoch schließt die Frauenrolle ein gewisses Maß an Selbstständigkeit und Autonomie nicht automatisch aus. Die Erziehung zur Abhängigkeit intensiviert die Trennungssängste von Mädchen über alle Maßen und unterminiert Selbstwertgefühle und Selbstbewußtsein beständig. Als Erwachsene sind diese Frauen nicht fähig, für sich allein zu leben und die Verantwortung für ihr Leben zu übernehmen. Sie brauchen andere, denen sie sich rückhaltlos überantworten können. Das macht sie für Ausbeutung besonders anfällig, auch für sexuelle Übergriffe und Gewalt.

In Familien sind es vornehmlich die Männer, die Kinder sexuell mißbrauchen. Die sexuellen Ausbeutungen, von denen hier die Rede ist, haben allemal gewalttätige Anteile, da in jedem Fall das Vertrauen des Kindes brutal mißbraucht wird. Dazu kommt die Gewalt der sexuellen Handlung, wobei es unwichtig ist, ob das Kind dabei eine aktive oder passive Rolle übernimmt.

Rund 10.000 Fälle von sexuellem Mißbrauch an Kindern (§ 176 StGB) werden in der BRD jährlich angezeigt und noch einmal 10.000 Fälle wegen exhibitionistischer Handlungen und Erregung öffentlichen Ärgernisses (§§ 183 und 183a). Schätzungen der Dunkelziffer bewegen sich zwischen 50.000 und maximal 300.000 Fällen pro Jahr (vgl. Baurmann 1991, S. 230 ff.). 85 % der mißbrauchten Kinder sind Mädchen und rund 15 % Jungen. Das Alter, in dem vornehmlich Mädchen in Familien sexuell mißbraucht werden, variiert zwischen 0 und 18 Jahren (Trube-Becker 1991), jedoch häufen sich die sexuellen Übergriffe im Alter von 6-13 Jahren. Sind die Frauen älter als 18 Jahre, spricht man von Vergewaltigungen, von denen wiederum viele in der Familie, genauer in der Ehe, vorkommen und mehr oder weniger gesellschaftlich gebilligt werden (Godenzi 1991). Diese Zahlen müssen uns hier interessieren, weil die Langzeitfolgen besonders des sexuellen Mißbrauchs ganz gravierend sind: wir wissen heute, daß zur Entstehungsgeschichte vieler Eßstörungen (Mebes 1989) oder von Drogenabhängigkeit (Rerrich 1990) der sexuelle Mißbrauch gehört (Bendel et al. 1992).

Erwachsene Frauen reagieren auf sexuelle Gewalterfahrungen durchaus unterschiedlich, aber es lassen sich dennoch einige Gemeinsamkeiten ausmachen.

Eine erste Gruppe von Frauen sucht den Arzt auf, von dem sie sich Hilfe wohl auch gegen den gewalttätigen und ausbeuterischen Ehemann versprechen. Neueste Untersuchungen (vgl. Stark et al. 1979) belegen, daß diese Frauen in Unfallkliniken oder auch vom Hausarzt häufig als neurotisch diagnostiziert werden und daß man ihnen zunächst zur Bewältigung ihrer Schwierigkeiten Beruhigungs- und Schlafmittel verschreibt. Diese Verordnungen sind, wie Kurz/Stark (1988) knapp feststellen, zur Behandlung von Leiden der Frauen kontraindiziert, gerade weil sie Schmerzen und Leiden wegnehmen. Die Frauen, mit den Medikamenten beruhigt, nehmen noch mehr Mißhandlungen hin, ohne sich zu schützen oder gar sich zu wehren - selbst dann, wenn sie dabei sehr schwere Gesundheitsbeschädigungen erleiden. Übrigens wirkt die künstliche Ruhigstellung der Frauen auf manche Männer besonders aufreizend, die dann mit gesteigerter Gewalttätigkeit reagieren. Hier schaukeln sich Interaktionsmuster auf, die allesamt zum Nachteil der Frauen ausfallen.

Gehen diese Frauen wegen der Verletzungen, die ihnen in der Familie zugefügt worden sind, wiederholt zum Arzt, dann kann das über kurz oder lang zu einer Einweisung in die Psychiatrische Klinik führen (Vogt 1985; 19991a). Auf dem Weg dahin mag sich bei manchen Frauen über die Verordnungen von Beruhigungs- und Schlafmitteln oder von Antidepressiva eine Medikamentenabhängigkeit etabliert haben, die oft genug die Entstehungsgeschichte dieser Abhängigkeit verdeckt. Behandelt wird am Ende eine psychiatrische Erkrankung oder die Medikamentenabhängigkeit, nicht jedoch die Gewalterfahrungen der Frauen und die Lebenslage, in der sie sich befinden.

Eine andere Gruppe beginnt sehr schnell damit, die Gewalterfahrungen mit alkoholischen Getränken, mit Medikamenten oder mit illegalen Drogen "wegzudrücken". Die psychoaktiven Substanzen machen sie gewissermaßen unempfindlich gegenüber der Gewalt, der sie anders nicht zu entkommen wissen. Der Weg in die Drogenabhängigkeit ist bei den meisten von ihnen vorgezeichnet. Sie stellen einen erheblichen Anteil der Klientel in der Suchtkrankenhilfe dar.

Gewiß gibt es auch positive Wendungen und Ausgänge. Viele Frauen trennen sich von ihren gewalttätigen Männern, machen sich selbständig und schaffen sich eine Lebenswelt, in der sie und ihre Kinder nicht nur vor gewalttätigen Übergriffen sicher sind, sondern die auch neue Lebensperspektiven eröffnet. Es sind diese Frauen, die sich ein Stück Selbstrespekt und Selbstbewußtsein erhalten oder erarbeitet haben. Studien über den selbstorganisierten Ausstieg von Frauen aus Sucht und Abhängigkeit geben einen ersten Einblick in die Komplexität solcher Lebenswege (Fischer 1993).

Die Institutionen

Frauen sind in allen Institutionen tendenziell benachteiligt. Das liegt an der strukturellen Diskriminierung von Frauen in unserer Gesellschaft, worauf bereits hingewiesen worden ist. Es liegt auf der Hand, daß eine ausführliche Analyse der Herrschafts- und Machtstrukturen in den Institutionen schlechthin hier nicht geleistet werden kann. Vielmehr stehen

im Mittelpunkt der folgenden Überlegungen die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, aber auch der Verfolgungs- und Justizapparat, die beide involviert sind, wenn man sich mit dem Thema "Gewalt gegen Frauen" auseinandersetzt.

Die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe haben in abgestufter Weise verblüffende Ähnlichkeiten mit der Institution Familie und zugleich unterscheiden sie sich substanziell von dieser. Die therapeutischen Einrichtungen mit Langzeitbehandlungsprogrammen und die Selbsthilfeorganisationen der Guttempler und des Blauen Kreuzes orientieren sich wohl am stärksten am Modell der Familie, während die Beratungsstellen mit ihren ambulanten Therapieangeboten und die Selbsthilfegruppen vom Typ der Anonymen Alkoholiker am meisten davon abweichen.

Die klassische Familie wird angeführt vom Familienoberhaupt, dem in wohlgeordneter Rangfolge die Familienmitglieder folgen. Diese hierarchische Struktur findet man wieder in den Fachkliniken, die in der Regel von einem Mann, meist einem Arzt oder Psychiater, geleitet werden. Ihm unterstehen hierarchisch geordnet das therapeutische Personal und der Pflegedienst, aber auch die Klienten und Patienten. Er zeichnet verantwortlich für die Institution, also auch theoretisch für jede einzelne Therapie. So gesehen herrscht er über die Institution, wie das auch das Familienoberhaupt in der Familie tut. Werden Frauen in die Institution aufgenommen, dann stellen sie in der Regel einen Anteil von 20 % der Patienten. Von diesen Frauen erwarten männliche wie weibliche Therapeuten sowie die männlichen Mitpatienten, daß sie die Atmosphäre auflockern, das therapeutische Klima verbessern und über ihr größeres therapeutisches Einfühlungsvermögen den therapeutischen Prozeß vorantreiben helfen.

Wie in Familien auch setzen sie sozusagen "ganz naturwüchsig" die Themen der Männer durch bzw. die männliche Sichtweise von Problemlagen. Frauen haben es schwer, ihre Themen und ihre Sichtweisen einzubringen. Das liegt auch daran, daß viele Beraterinnen und Therapeutinnen ebenfalls vom männlichen Modell von Drogenabhängigkeit und Sucht ausgehen, wenn sie weibliche Entwicklungen nachzeichnen und verstehen wollen. Gegen dieses Selbstverständnis, das von der Mehrheit der Professionellen und der Betroffenen geteilt wird, ist schwer anzukommen. Das benachteiligt Frauen, die mit ihren Problemen oft allein gelassen werden. Man kann das ablesen an den Themen, die in der traditionellen Suchtforschung behandelt werden (vgl. die Zeitschrift Suchtgefahren): über das Thema "Gewalt gegen Frauen", "Väter als Täter" oder "Mutter-Tochter-Probleme" usw. findet man kaum eine Veröffentlichung.

Aber die Sachlage ist bei weitem noch komplizierter, als sich hier andeutet. So ist man zwar der Meinung, daß Frauen keine eigenständigen und geschlechtsspezifischen Problemlagen haben, aber sie scheinen sich sehr gut als Objekte von Konkurrenzkämpfen zu eignen. Vor allem Männer konkurrieren um die Gunst der Frauen in den Einrichtungen. Solomon (1982) hat wohl als erster darauf hingewiesen, daß Männer als Therapeuten vielfach unbewußt um die Gunst der Patientinnen buhlen, die sie, haben sie erst einmal ihr Vertrauen gewonnen, so fest wie möglich an sich zu binden suchen. Über die Frauen, die die Therapeuten für sich vereinnahmen können, meinen sie, ihre besonderen therapeuti-

schen Fähigkeiten beweisen zu können. Auf diesem Wege sichern die Therapeuten ihren Platz in der Hierarchie ab, und sie beweisen sich zugleich ihre Attraktivität als Mann und als Therapeut (Pleck 1984; Vogt 1992a). Das hat den Nebeneffekt, daß die Konkurrenz unter den Frauen in der Institution zunimmt. Einmal mehr bestätigt man auf diesem Wege alte Klischees, etwa das, daß Frauen aufeinander neidisch sind und sich wenig gegenseitig unterstützen, daß es gerade deshalb angesagt ist, den Therapeuten die Arbeit mit den Frauen zu überlassen, die damit besser umgehen können als Therapeutinnen, ja, daß diese Frauen ohnehin therapeutisch schwer erreichbar sind. Kurz, für Mißerfolge der Behandlung und Therapie macht die Institution die Frauen als Individuen verantwortlich, während sie die Erfolge sich selbst, das heißt der Leitung der Institution, zurechnet.

Das therapeutische Angebot in den Institutionen ist also nur in beschränktem Umfang darauf angelegt, den Frauen zu helfen, eine eigenständige Identität zu entwickeln und Lebensentwürfe auszuarbeiten, die sie unabhängig von Männern machen. Das geht auch schon deshalb nicht, weil die Suchttheorie, wie sie Jellinek (1960) entwickelt hat, nur männliche Formen der Abhängigkeit im Blick hat. Will man also die Arbeit in den Institutionen verändern, dann muß man u.a. die Diskussion über die Reichweite der theoretischen Modelle eröffnen, die, wie ich meine, zur Erklärung der Entstehung von Drogenabhängigkeit bei Frauen nicht ausreichen. Man muß aber auch die Praxis der Hilfsangebote in den Institutionen genauer in Augenschein nehmen und darf nicht vor kritischen Studien und Analysen zurückschrecken. Angewandte Forschung in der Suchtkrankenhilfe ist im Interesse der Abhängigen und der Helfenden dringend nötig.

Aber anders als in allen Familien übernehmen die Familienoberhäupter in den Fachkliniken nicht die Verantwortung für das Leben der Betroffenen. Am Ende sind die Frauen auf sich selbst zurückgeworfen; sie werden entlassen entweder in die Freiheit und Einsamkeit der alleinstehenden Frau, die vom Sozialamt lebt oder in ihre Familie, wo oftmals ein gewalttätiger Ehemann auf sie wartet. Auf die Bewältigung der Probleme, die dann auf sie zukommen, sind sie gar nicht oder nur schlecht vorbereitet. Die Lebenswirklichkeit der drogenabhängigen Frauen wird in den meisten Institutionen eben nur ganz vage wahrgenommen und daher auch theoretisch nicht bearbeitet.

Sind alle Beteiligten und Betroffenen in Fachkliniken räumlich und zeitlich miteinander zusammengespart und können dort die Patientinnen und Patienten nicht, wie das selbst in noch so restriktiven Familien der Fall ist, aus dem Felde gehen, wenn dicke Luft herrscht oder man auch nur für eine gewisse Zeit allein sein will, so bleibt in den Beratungsstellen alles viel unverbändlicher. Die Familie wird mehr oder weniger ersetzt durch eine Art "Freundesgruppe", auf die man im Notfall zurückgreifen, auf deren Hilfe man aber nicht immer zählen kann. Männer profitieren von diesen Hilfsangeboten mehr als Frauen, jedenfalls nehmen sie sie mehr in Anspruch als diese. Die Statistiken weisen aus, daß vor allem Männer mit Alkoholproblemen die Beratungsstellen aufsuchen (vgl. Simon 1992) und dort vermutlich auch Hilfe finden. Frauen gehen zwar auch wegen ihrer eigenen Suchtprobleme in die Beratungsstellen, aber fast ebenso oft als betroffene Familienmitglieder. Das Beratungsangebot spricht also in sehr unterschiedlicher Weise Männer und

Frauen an und es sind einmal mehr die Frauen, die mit ihren eigenen Problemen eher auf der Strecke bleiben als die Männer.

Das liegt vielleicht auch daran, daß die Beratungsstellen mit den Problemen der Frauen nicht viel anzufangen wissen, insbesondere etwa, wenn es um Abhängigkeit von der Familie, genauer um die vom Ehemann oder Partner geht. Je selbstverständlicher die Beraterinnen und Berater von der Dominanz des Mannes im Alltagsleben ausgehen, um so schwieriger wird es, Frauen zu beraten, die unter Gewaltverhältnissen leiden. Oft neigen nämlich auch die Beratenden und Therapierenden dazu, den Ratsuchenden die Schuld an ihrer Lage zuzuschreiben (Vogt 1992b), und dies behindert gewiß die Beratungsarbeit.

Polizei und Justiz tragen wenig dazu bei, die Gewalt, die viele Männer gegen Frauen ausüben, in Grenzen zu halten. Das klassische Beispiel ist die Vergewaltigung, die bei weitem nicht in angemessenem Umfang verfolgt und verurteilt wird. Viele Männer, die es nicht ganz und gar ungeschickt anstellen, kommen ungeschoren davon, wenn sie Frauen vergewaltigen. Das gilt ganz besonders für diejenigen von ihnen, die sich ihre Opfer unter alkohol- und drogenabhängigen Frauen suchen.

Frauen, die im angetrunkenen oder betrunkenen Zustand vergewaltigt werden, finden bei der Polizei wenig Unterstützung, wenn sie Anzeige erstatten wollen. Man unterstellt ihnen, daß die sexuellen Übergriffe in kausalem Zusammenhang mit ihrem Alkoholkonsum zu sehen sind, ja, daß sie im alkoholisierten Zustand ohnehin nichts gegen sexuelle Einlassungen hätten. Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Anzeigerin bestimmen den Umfang zwischen ihr und der Polizei, die sich bei der Tatverfolgung dann auch merklich zurückhält. Es drängt sich der Eindruck auf, als hätten angetrunkene oder betrunkene Frauen ihr Recht auf Unversehrtheit verwirkt.

Noch schwieriger liegen die Dinge, wenn drogenabhängige Frauen der Prostitution nachgehen. Diese Frauen begehen im Zusammenhang mit ihrer Abhängigkeit eine Reihe von Straftaten, die es für sie ratsam erscheinen lassen, der Polizei aus dem Weg zu gehen. Dazu kommt, daß viele von ihnen die Sperrbezirksverordnungen mißachten, d.h. sie bieten ihre Dienste auch in den Stadtvierteln an, in denen dies verboten ist. Freier, die diese Frauen suchen, wissen das und kalkulieren das in ihre Verhandlungen um Preise und Dienstleistungen ein. Kommt es später zu Gewalttätigkeiten, können die Freier mit großer Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, daß die mißbrauchten Frauen keine Anzeige erstatten werden, auch dann nicht, wenn sie schwer beschädigt und verletzt worden sind. Die Frauen befürchten nämlich, daß sie sich selbst eine Anklage einfangen, wenn sie gewalttätige Freier anzeigen. Also gehen sie erst gar nicht zur Polizei, von der sie ohnehin wenig Schutz erwarten. Das führt zu einer ständigen Eskalation der Gewalt gegenüber drogenabhängigen Prostituierten, die in Einzelfällen beim Mord endet.

Die Polizei trägt zudem selbst dazu bei, die Gewalttätigkeiten rund um die Drogenszene zu verstärken. So kommt es bei Szeneräumungen zu erheblichen Übergriffen der Polizei auch gegenüber den drogenabhängigen Frauen. Gelegentlich sind es männliche Polizisten,

die den Frauen befehlen, sich auszuziehen für eine Leibesvisitation. Hier handelt es sich um sexuelle Übergriffe, die gewöhnlich keine juristischen Konsequenzen haben.

Etwas pauschal kann man also festhalten, daß Gewalttätigkeiten gegenüber alkohol- und drogenabhängigen Frauen von Polizei und Justiz, ja von der ganzen Gesellschaft mehr oder weniger hingenommen werden. Das trägt zur weiteren Eskalation der Gewalt bei, und die Opfer sind die Frauen.

Die Berater und die Therapeuten

Ich habe schon mehrfach darauf hingewiesen, daß die geschlechtsspezifische Betrachtungsweise bei der Entstehung von Drogenabhängigkeit zu kurz kommt. Die Ausbildung der männlichen und weiblichen Suchtkrankenhelfer geht vom eindimensionalen männlichen Modell der Sucht aus, vernachlässigt mithin differenzierte multidimensionale Betrachtungsweisen, die auch weibliche Problemkonstellationen berücksichtigen (Ames 1982; Haavio-Mannila 1989; Vogt 1987). In der Theorie wie in der Praxis gibt es also einen gewaltigen Nachholbedarf im Hinblick auf Erklärungs- und Behandlungsmodelle von Alkohol- und Drogenabhängigkeit bei Frauen.

Aber es gibt zudem Problemlagen, die in der Suchtkrankenhilfe besonders prekär sind. Dazu gehören die sexuellen Übergriffe und die sexuellen Beziehungen von Beratern und Therapeuten mit alkohol- und drogenabhängigen Frauen sowohl in ambulanten Einrichtungen wie in Fachkliniken.

Wie häufig kommt es denn vor, daß sich Therapeuten oder Suchtkrankenhelfer auf eine Beziehung mit einer Klientin oder Patientin einlassen? Befriedigende deutsche Untersuchungen zu diesem Thema liegen nicht vor. Aus amerikanischen Untersuchungen (Vogt 1989) weiß man jedoch, daß wenigstens 10 % der Ärzte, Psychiater und Psychologen sich auf ein Verhältnis mit einer Patientin einlassen. Männer sind bei weitem aktiver als Frauen, d.h. Ärzte und Therapeuten sind viel eher geneigt, eine Affäre mit einer Patientin anzufangen als Ärztinnen oder Therapeutinnen. In der Regel bleibt es nicht bei einem einzigen Übergriff, vielmehr handelt es sich hier wie auch beim sexuellen Mißbrauch von Kindern oder bei Vergewaltigungen um Serielikte. Berater und Therapeuten, die sich einmal auf den sexuellen Mißbrauch einer Klientin eingelassen haben, gewöhnen sich an den bequemen Zugriff auf ihr Klientel; sie nützen ihre privilegierte Stellung aus auf Kosten der Klientel. Dies ist hier ganz wörtlich gemeint, denn Psychotherapeuten lassen sich gewöhnlich von ihren Patientinnen auch dann bezahlen, wenn sie sie sexuell ausbeuten bzw. sie schicken ihre Rechnungen an die Krankenkasse.

Wie aus der kleinen Studie hervorgeht, die ich in den Jahren 1990 und 1991 für den Verein ambulanter Behandlungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige (VABS) und dem Caritas-Verband durchgeführt habe, sind sexuelle Beziehungen zwischen Beratern oder Therapeuten und ihren Patientinnen beim Klientel der Suchtkrankenhilfe keine Seltenheit (Vogt 1993).

Abgefragt wurde folgendes Item:

"Gelegentlich hört man, daß auch Therapeuten und Berater sich sexuell mit ihren Patientinnen/Klientinnen einlassen. Haben Sie schon einmal eine Klientin beraten, die ein intimes Verhältnis mit einem Therapeuten oder Berater gehabt hat?"

Die Antworten verteilen sich folgendermaßen:

ja	=	30 %
weiß nicht	=	26 %
nein	=	44 %

Rein statistisch betrachtet heißt das, daß ungefähr jede dritte Beraterin und jeder dritte Berater in der Suchtkrankenhilfe schon einmal, die meisten jedoch häufiger Frauen in ihrer Beratung gehabt haben, die in ein intimes Verhältnis mit einem anderen Berater oder Therapeuten verwickelt waren oder sind. Die Berater oder Therapeuten kommen vermutlich aus allen Bereichen der psychosozialen Dienste. Auf die eine oder andere Art handelt es sich dabei um Kollegen, die sich auf sexuelle Übergriffe eingelassen haben.

Therapeuten und Berater, die sich auf ein intimes Verhältnis mit einer Klientin einlassen, verweisen oft darauf, daß süchtige Frauen solche Beziehungen heraufzufen scheinen; sie betteln um Liebe und bieten sich an als Liebesobjekte. Unversehens wird bei dieser Argumentation der Berater oder Therapeut zum Opfer und die Klientin zum Täter. Damit stellt man allerdings die Beratungssituation auf den Kopf, denn die Machtverhältnisse sind in allen Therapien und in aller Beratungsarbeit nicht so gelagert, daß die ratsuchenden Frauen das Geschehen bestimmen, sondern die Berater und Therapeuten (Cremerius 1988). Die Hierarchie besteht auch dann, wenn die Berater und Therapeuten diese nicht wahrhaben wollen oder können, weil sie z.B. ihrer eigenen Rolle nicht sicher sind. Sie läßt sich auch dann nicht umdrehen, wenn die Ratsuchenden aktiv auf die Berater zugehen und einen Teil von deren Kompetenzen zu übernehmen scheinen. Berater und Therapeuten, die sich auf solche Rollenwechsel einlassen, setzen sich selbst ins Unrecht, denn es ist ihre Aufgabe, die Ratsuchenden vor Schaden zu bewahren. Das mißlingt aber, wenn Rollen nicht eingehalten und Grenzen nicht respektiert werden, wie etwa beim sexuellen Übergriff (Vogt/Arnold 1993). Übrigens sind sich die Beratenden weitgehend darüber einig, daß sexuelle Beziehungen zwischen Beratenden und Ratsuchenden schlechte Erfahrungen für letztere sind. Wenn sich aber fast alle einig sind in ihrem Urteil über sexuelle Beziehungen zwischen Beratenden und Ratsuchenden, warum gibt es dann so viele Frauen mit entsprechenden Erfahrungen?

Bevor diese Frage beantwortet werden soll, will ich noch einige Ergebnisse aus der Studie kurz anschneiden. Fragt man nämlich die Beratenden danach, was sie tun, wenn sie von solchen Übergriffen erfahren, dann ergibt sich folgendes: So gut wie niemand vergißt ent-

sprechende Informationen, aber die meisten schrecken vor Sanktionen zurück, und das auch dann, wenn die Dienstanweisungen diese zwingend vorschreiben. Die Befragten sagen vielmehr, sie suchten das Gespräch mit dem Kollegen und legtem ihm nahe, die Beratung oder Therapie mit dieser Klientin abzugeben. Über solche eher unverbindlichen Gespräche gehen die Einflußnahmen kaum hinaus. Jedenfalls sind es nur einige wenige, die den Tätern empfehlen, den Beruf zu wechseln. Es spricht vieles dafür, daß Helferinnen und Helfer in psychosozialen und medizinischen Berufen sexuelle Übergriffe nicht als schwerwiegende Fehler wahrnehmen, die den Tätern, also den Beratern und Therapeuten, schuldhaft zugerechnet werden müssen. Vielmehr läuft alles darauf hinaus, die Täter von ihrer Verantwortung zu entlasten und sie vor den Konsequenzen ihres Tuns zu schützen.

An die Opfer denkt dabei kaum jemand. Jedenfalls gibt es keine Hilfsangebote für die ausgebeuteten und mißbrauchten Frauen. Vielmehr legt man ihnen nahe:

"nicht nur den Betreuer, sondern auch die Beratungsstelle zu wechseln ... Ich glaube eher nicht, daß ich ... jetzt das Bedürfnis hätte, mich mit dem Klienten oder der Klientin in ihre Motive oder sowas zu vertiefen" (Vogt 1991, S. 88).

Etwas drastisch ausgedrückt heißt das, man setzt die Klientin vor die Tür und überläßt sie ihrem Schicksal.

Nun zeigen die Fallgeschichten von in der Therapie mißbrauchten Frauen, daß viele von ihnen zur Bewältigung der sexuellen Ausbeutung auf die Mittel zurückgreifen, mit denen sie schon immer ihre Probleme bewältigt haben, wie eben alkoholische Getränke, Medikamente oder andere Drogen. Dazu kommen noch Depressionen, die mit dem Ende der Affäre über sie hereinbrechen zusammen mit Selbstzweifeln und einem allgemeinen Gefühl von Hoffnungslosigkeit usw. (vgl. Anonyma 1988; Heyne 1991; Wirtz 1989). Manche versuchen, mit einem Suizid dem Chaos ihrer Gefühle zu entrinnen. Alle Frauen, mit denen ich in den letzten zwei Jahren über ihre Probleme im Zusammenhang mit ihrem sexuellen Mißbrauch in der Therapie gesprochen habe, berichten von langen Nachwirkungen dieser Erfahrungen, die oft begleitet werden von schweren psychosomatischen Störungen. Aber unser Mitleid gilt, pauschal betrachtet, nicht ihnen, sondern ihren Peinigern, nämlich unseren Kollegen. Dies ist gewiß ein Widerspruch, den Helferinnen im psychosozialen Bereich so auf die Dauer nicht hinnehmen können. Es liegt an uns, daran etwas zu ändern.

Literatur:

Abel, M. H.: Vergewaltigung. Weinheim 1988.

Ames, G.: Maternal Alcoholism and Family Life: A Cultural Model for Research and Intervention. Ph. D. Thesis (unveröffentlicht). San Francisco 1982.

Anonyma: Verführung auf der Couch. Freiburg 1988.

Baurmann, M.C.: Die offene, heimliche und verheimlichte Gewalt von Männern gegen Frauen sowie ein Aufruf an Männer, sich gegen Männergewalt zu wenden. In: Janshen, D. (Hrsg.): Sexuelle Gewalt. Frankfurt/Main 1991, S. 223-251.

Beauvoir, S. de: Das andere Geschlecht. Reinbek b. Hamburg 1968.

Bendel, C./Brianza, A./Rottenmanner, I. (Hrsg.): Frauen sichten Süchte. Lausanne 1992.

Berghahn, S.: Frauen, Recht und langer Atem - Bilanz nach über 40 Jahren Gleichstellungsgebot in Deutschland. In: Helwig, F./Nickel, H.M. (Hrsg.): Frauen in Deutschland 1945-1992. o.O. 1993.

Bopp, J.: Psycho-Kult - kleine Fluchten in die großen Worte. In: Kursbuch 82. Die Therapie-Gesellschaft. Berlin 1985, S. 61-76.

Cremerius, J.: Aus gegebenem Anlaß. Abstinenz - Maxime und Realität. In: Anonyma: Verführung auf der Couch. Freiburg 1988, S. 166-190.

Dobash, R.E./Dobash, R.P.: Research as Social Action: The Struggle for Battered Women. In: Yllö, K./Bogard, M. (Hrsg.): Feminist Perspectives on Wife Abuse. London 1988, S. 51-74.

Ebbinghaus, A. (Hrsg.): Opfer und Täterinnen. Nördlingen 1987.

Eichenbaum, L./Orbach, S.: Feministische Psychotherapie auf der Suche nach einem neuen Selbstverständnis der Frau. München 1984.

Fischer, R.: "Genommene würde zurückgeholt" - Subjektentwicklung am Beispiel der "Selbstheiler". Referat auf dem 2. Bundeskongreß von "Akzept e.V.", Hamburg 6.6.1993.

Franke, A.: Therapeutische Risiken für Frauen. In: Kleiber, D./Giese, E. (Hrsg.): Das Risiko Therapie. Weinheim 1989.

Galtung, J.: Violence, Peace and Peace Research. In: Journal of Peace Research (1969), S. 167-191.

Gilbert, L.A.: Feminist Therapy. In: Brodsky, A.M./Hare-Mustin, R. (Hrsg.): Women and Psychotherapy. New York 1980, S. 245-266.

Gilligan, C.: Moralische Orientierung und moralische Entwicklung. In: Nunner-Winkler, G. (Hrsg.): Weibliche Moral. Frankfurt/Main 1991.

- Godenzi, A.: Bider, brutal. Frauen und Männer sprechen über sexuelle Gewalt. Zürich 1991.
- Haavio-Mannila, E. (Hrsg.): Women, Alcohol, and Drugs in the Nordic Countries. Helsinki 1989.
- Hausen, K.: Patriarchat. Vom Nutzen und Nachteil eines Konzepts für Frauengeschichte und Frauenpolitik. In: Journal für Geschichte 5 (1986), S. 12 ff.
- Hausen, K.: Die Polarisierung der "Geschlechtscharaktere" - Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben. In: Conze, W. (Hrsg.): Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas. Stuttgart 1976.
- Heyne, C.: Tatort Couch. Zürich 1991.
- Janshen, D. (Hrsg.): Sexuelle Gewalt. Frankfurt/Main 1991.
- Jellinek, E.M.: The Disease Concept of Alcoholism. New Haven 1960.
- Kazis, C. (Hrsg.): Dem Schweigen ein Ende. Sexuelle Ausbeutung von Kindern in der Familie. 2. Aufl.. Basel 1989.
- Kurz, D./Stark, E.: Not-So-Begin Neglect: The Medical Response to Batterin. In: Yllö, K./Bogard, M. (Hrsg.): Feminist Perspectives on Wife Abuse. London 1988, S. 249-266.
- Mebes, M./Jeuck, G.: Sucht und sexueller Mißbrauch. Berlin 1989.
- Mebes, M.: Sexueller Mißbrauch und Sucht. In: Brakhoff, J. (Hrsg.): Sucht und Prostitution. Freiburg 1989, S. 47-62.
- Narr, W.-D.: Physische Gewalt, ihre Eigentümlichkeit und das Monopol des Staates. In: Leviathan (1980), S. 541-573.
- Parsons, T./Bales, R.F./Olds, J./Zelditch, M./Slater, P.E.: Family, Socialization, an Interaction Process. New York 1955.
- Peters, R.D./McMahon, R.J./Quinsey, V.L. (Hrsg.): Aggression an Violence Throughout the Life Span. London.
- Pleck, J.H.: Men's Power with Women, Other Men, and Society. In: Rieker, P.P./Carmen, E.H.: The Gender Gap in Psychotherapy. New York 1984, S. 79-89.
- Rauchfleisch, U.: Allgegenwart von Gewalt. Göttingen 1992.
- Rerrich, D.: Leitbild Begleitung: Was heißt frauenspezifische Sozialtherapie bei Prima Donna? In: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 22 (1990).
- Rohde-Dachser, C.: Expedition in den dunklen Kontinent. Berlin 1991.
- Saunders, D.G.: Wife Abuse, Husband Abuse, or Mutual Combat? A Feminist Perspective on the Empirical Findings. In: Yllö, K./Bogard, M.: Feminist Perspectives on Wife Abuse. London 1988, S. 90-113.
- Simon, R.: Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe - Daten aus EBIS 1991. In: DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht '93.
- Solomon, K.: Counseling the Drug Dependent Women: Special Issues for Men. In: Reed, B.G./Beschner, G.M./Mondanaro, J. (Hrsg.): Treatment Services for Drug Dependent Women. Vol. 2. Washington, D.C. 1982, S. 572-612.
- Stark, E./Flitcraft, A./Frazier, W.: Medicine and Patriarchal Violence: The Social Construction of a "Private" Event. In: International Journal of Health Services 9 (1979), S. 461-493.
- Straus, M.A./Gelles, R.J.: How Violent are American Families? Estimates from the National Family Violence Resurvey and Other Studies. In: Hotaling, G.T./Finkelhor, D./Kirkpatrick, J.T./Straus, M.A. (Hrsg.): Family Abuse and its Consequences. London 1988, S. 14-36.
- Theweleit, K.: Männerphantasien. Bd. 2. Frankfurt 1978.
- Thürmer-Rohr, C.: Frauen in Gewaltverhältnissen. Zur Generalisierung des Opferbegriffs. In: Thürmer-Rohr, C./Wildt, C./Emme, M./Flamm, M./Fritz, V./Voigt, S. (Hrsg.): Mittäterschaft und Entdeckungslust. Berlin 1989, S. 22-36.
- Trube-Becker, E.: 90 % der Fälle bleiben unentdeckt. Sexuelle Gewalt gegenüber Kindern. In: Janshen, D. (Hrsg.): Sexuelle Gewalt. Frankfurt 1991, S. 86-100.
- Völger, U./v. Welck, K. (Hrsg.): Männerbände, Männerbünde. Köln 1990.
- Vogt, I.: Für alle Leiden gibt es eine Pille. Über Psychopharmakakonsum und das geschlechtsrollenspezifische Gesundheitskonzept bei Frauen und Mädchen. Opladen 1985.
- Vogt, I.: Alkoholikerinnen. Eine qualitative Interviewstudie. Freiburg 1986.
- Vogt, I.: Idealtypische Lebensmuster alkoholabhängiger Frauen. In: Suchtgefahren 33 (1987), S. 290-297.

- Vogt, I.: Liebe und Sex in der Therapie. In: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 21 (1989), S. 39-48.
- Vogt, I.: Frauen und psychische Störungen. In: Hörmann, G./Körner, W. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch. Reinbek 1991a, S. 280-301.
- Vogt, I.: Frauen, Gewalterfahrungen und Beratung/Therapie. Abschlußbericht. Frankfurt 1991b (unveröffentlicht).
- Vogt, I.: Der Therapeut in Einsamkeit und Freiheit: Einige gesellschaftliche Betrachtungen zum sexuellen Mißbrauch in der Therapie. In: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 24 (1992a), S. 315-322.
- Vogt, I.: Beraterinnen im Konflikt. In: Frankfurter Frauenschule (Hrsg.): Drogenkonsum und Drogenkontrolle. Bd. 12. Frankfurt 1992b.
- Vogt, I.: Gewaltsame Erfahrungen. Bielefeld 1993.
- Vogt, I./Arnold, E.: Fortbildungsmanual: Sexuelle Übergriffe in der Therapie. Tübingen 1993.
- Vogt, I./Scheerer, S.: Drogen und Drogenpolitik. In: Scheerer, S./Vogt, I. (Hrsg.): Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch. Frankfurt 1991, S. 5-50.
- Wirtz, U.: Seelenmord. Zürich 1989.
- Wlassak, R.: Grundriss der Alkoholfrage. Leipzig 1929.
- Wyre, R./Swift, A.: Und bist du nicht willig ... Die Täter. Köln 1991.
- Yllö, K.: Political and Methodological Debates in Wife Abuse Research. In: Yllö, K./Bogard, M. (Hrsg.): Feminist Perspectives on Wife Abuse. London 1988, S. 28-50.
- Yllö, K./Bogard, M. (Hrsg.): Perspectives on Wife Abuse. London 1988.

Feministische Drogentherapie

Gisela Heinrich

Die Verknüpfung von Feminismus und Drogentherapie ist noch relativ neu und manifestiert sich bisher hauptsächlich in den Konzeptionen und praktischen Vorgehensweisen der wenigen bestehenden therapeutischen Wohngemeinschaften für drogenabhängige Frauen und in den Versuchen, Frauenschwerpunkte innerhalb der Arbeit mit gemischtgeschlechtlichen Therapiegruppen zu erarbeiten und durchzusetzen. Umfassendere feministische Therapieentwürfe, die ihre Kriterien aus den Analysen feministischer Praxis und Forschung sowie aus der Kritik herkömmlicher Therapieansätze begründen, gibt es meines Wissens im Bereich der Drogenarbeit noch nicht.

Vor diesem Hintergrund ist bei mir – als Praktikerin – das Interesse gewachsen, Diskussionssplitter für ein feministisches Verständnis von Drogentherapie zu erarbeiten, und dieser Beitrag soll erste Überlegungen zur Diskussion stellen. Sie sind zum Teil aus der therapeutischen Arbeit mit abhängigen Frauen, aus Team- und Projektdiskussionen gewonnen. Ich beziehe mich aber auch auf die Debatte um feministische Therapie, die drogenunspezifisch ja seit einigen Jahren geführt wird und zu einer Reihe von Erkenntnissen gekommen ist, aus denen für die Arbeit mit drogenabhängigen Frauen zu lernen ist. Die Splitter haben nicht den Anspruch, die jeweiligen Sachverhalte umfassend zu analysieren oder gar zu klären; ich wünsche mir vielmehr, damit eine Diskussion zu entfachen, in die viele Kolleginnen mit ihren Erfahrungen einsteigen können und in der wir unsere Gemeinsamkeiten und Unterschiede produktiv zu fassen bekommen und auch strittige Auseinandersetzungen ohne Ausgrenzungen möglich sind.

Bisher ist es nicht so, daß zum Thema „feministische Drogentherapie“ Massen interessierter Frauen zusammengelaufen kämen. Wir werden immer wieder gefragt: Was soll das sein, dieses „feministisch“? Es klingt radikal und viele assoziieren dazu hauptsächlich den Ausschluß oder die Ausgrenzung von Männern. Deshalb sprechen wir im Drogenbereich durchschnittlich auch lieber von „Frauenansätzen“ oder von „frauenspezifischer Arbeit“. Das klingt integrativer und weniger provozierend, trifft eher schon auf das bei vielen Kolleginnen und Kollegen und auch Klientinnen vorhandene Bewußtsein, daß abhängige Frauen – zumindest in einigen Fällen – eine

spezifische Behandlung brauchen. Allerdings entheben uns beide Bezeichnungen nicht einer inhaltlichen Füllung dessen, was mit feministischer oder frauenspezifischer Therapie gemeint sein soll.

Auf dieser allgemeinen Ebene plädiere ich dafür, die Bestimmungen von feministisch nicht gleich wieder mit einem engen Netz von Regeln und Prinzipien zu versehen, mit denen wir unsere Ideen und Handlungen normieren. Sinnvoller scheint es mir, Feminismus als Begriff und Bewegung zu verstehen, die sich gegen jegliche Form von Frauenunterdrückung richten und Perspektiven ins Auge fassen, die allen Frauen gesellschaftliche und individuelle Möglichkeiten für umfassende und vielfältige Entwicklungen anbieten. Feministische Therapie müßte sich dementsprechend gegen eine bloße Reintegration von Frauen wenden, im Sinne einer Rückorientierung in die bekannten, traditionellen Lebensweisen und Perspektiven.

1. ARBEIT AN DEN PSYCHISCHEN MALEN WEIBLICHEN UNTERDRÜCKTSEINS

Sabine Scheffler schlägt für feministische Therapie vor, die psychischen Zeichen unseres Unterdrücktseins als Frauen – sie nennt sie unsere „Sklavinnenmentalität“ (1986, 29) – zur Grundlage zu machen für die Arbeit an uns selbst und zu verknüpfen mit der „Kritik der Lebensbedingungen“ (29). Dementsprechend formuliert sie als zentrales Anliegen feministischer Therapie: „Eine Frau zu ermutigen, ihr subjektives Leid loszulassen, sich die Stärke zuzumuten, der Unterdrückung zu begegnen, *nicht* sie zu verwandeln in Krankheit, Symptom, Syndrom und Bewältigungsstrategien, die gesellschaftliche Affirmation und Unglück bedeuten ...“ (29). Süchte gehören meines Erachtens in diese Reihe zu überwindender weiblicher Realitätsverarbeitungen.

Vor diesem Hintergrund braucht feministische Therapie mit süchtigen Frauen aber auch eine Analyse weiblicher Suchtentstehung, die die Lebensbedingungen von Frauen und deren spezifische Erfahrungen einbezieht. Roswitha Soltau bezeichnet etwa „jedes Erklärungsmodell bzw. Abhängigkeitsverständnis, das sich nicht um den gesamten Entwicklungszusammenhang bei der Entstehung und Auflösung der Sucht von Frauen kümmert“ als kontraproduktiv für die Überwindung von Sucht/Abhängigkeit (184, 22).

Ansätze, die die Komplexität der Lebensbedingungen von Frauen nicht umfassend einbeziehen, bleiben dementsprechend kurzschlüssig. Daß hin und wieder in Diskussionen die Spezifik von Heroin-

abhängigkeit bei Frauen reduziert wird auf Erfahrungen mit Prostitution und sexuellen Mißbrauch, halte ich – trotz der zentralen Bedeutung dieser Erfahrungen – für eine solche Verkürzung der Gesamtproblematik. Keine feministische Drogentherapie könnte ihre Spezifik auf die Arbeit zu diesen beiden Erfahrungsbereichen beschränken. (Wir haben sogar schon erlebt, daß einer Frau von frauenspezifischer Therapie abgeraten wurde, mit der Begründung, daß sie sich ja weder prostituiert habe noch sexuell mißbraucht worden sei.)

2. FRAUENSPEZIFISCHE THERAPIE

Die Frage nach der sinnvollen Einbeziehung spezifischer weiblicher Erfahrungen und Realitätsverarbeitungen in die therapeutische Arbeit mit süchtigen Frauen hat den Bedarf an Frauengruppen, speziellen Frauentherapien, Frauenselbsthilfegruppen auch im Drogenbereich deutlich gemacht. Vor allem in der praktischen Arbeit in einer Frauenminderheit in gemischtgeschlechtlichen Therapiegruppen haben mittlerweile viele Kolleginnen die Beobachtung geäußert, daß Frauen oft kraftaufwendige Abgrenzungskämpfe führen müssen, wenn sie überhaupt bei ihren ureigensten Problematiken anlangen wollen.

In der Entstehungsgeschichte unseres Hamburger Projekts war neben unseren eigenen persönlichen Erfahrungen in der Frauenbewegung genau dieses Dilemma Dreh- und Angelpunkt für die Forderung nach einer Frauentherapie. Wir schrieben damals in unserer Rahmenkonzeption: „Einzelne Frauen zwischen einer Übermacht von Männern haben uns immer wieder vor Augen geführt, daß ihre Möglichkeiten, Probleme im Verhältnis zu Männern – die ja allzuoft in die Drogenabhängigkeit eingewoben sind – aufzuarbeiten, in den männerdominierenden Gruppen nur sehr gering sind. Einige ihrer Probleme können die Frauen dort in der Regel nur bearbeiten, wenn sie sich darauf einlassen, ihrem potentiellen Vergewaltiger oder Zuhälter gegenüberzusitzen und zugleich ihre Probleme aus der Prostitutionszeit, mit ihren Erfahrungen als Vergewaltigte und sexuell Mißbrauchte, mit ihrer Scham über oftmals gar nicht ernstgenommene Körperprobleme ... anzusprechen und zu hoffen, daß die Informationen solidarisch diskutiert und auch zwischendurch nicht gegen sie ausgeutzt werden.“

Mittlerweile hat sich gezeigt, daß immer mehr betroffene Frauen eine Therapie unter Frauen wollen und sogar lange Wartezeiten dafür in

Kauf nehmen. Hinzufügen möchte ich dazu aber noch, daß ich Vorgehensweisen, die Frauen zu Frauentherapie „verdonnern“ oder sie zu Frauengruppen zwingen, problematisch finde. Das therapeutische Prinzip der Freiwilligkeit, das im Drogenbereich durch Justizdruck und komplizierte Kostenzuständigkeiten ohnehin sträflich verletzt wird, sollte zumindest hier gewahrt werden. Eine wichtige feministische Arbeit sehe ich in diesem Zusammenhang aber auch darin, die therapeutische Arbeit in gemischten Gruppen unter dem Aspekt zu befragen, ob und wie sie Abhängigkeit/Sucht bei Frauen im Verhältnis zu deren gesellschaftlicher Unterdrückung begreifen; ob und wie möglicherweise der Prozeß der Einpassung in die Frauenrolle als Therapieerfolg gewertet und unterstützt wird. Roswitha Burgard hat dies für die Psychiatrie untersucht (1977). Hinsichtlich der Drogen- bzw. Suchttherapien ist mir keine Analyse bekannt.

3. FRAUEN SIND HANDELNDE SUBJEKTE

Insbesondere gegen entmündigende Vorgehensweisen in traditionellen Drogentherapien möchte ich für feministische Therapie geltend machen, daß Frauen als handelnde Subjekte zu begreifen sind, die sich innerhalb gegebener gesellschaftlicher Verhältnisse ihr Leben selbsttätig einrichten. Das gilt auch für drogenabhängige bzw. süchtige Frauen. Das heißt nun allerdings nicht, daß von den jeweiligen Frauen selbst unbedingt eine handlungserweiternde Entwicklung angestrebt wird. Frauen sind ja in eben diesen Verhältnissen unterdrückt, sie handeln als unterdrückte Subjekte, und so kann die Widersinnigkeit entstehen, daß Frauen für sich gut finden, worunter sie zugleich leiden, oder daß selbstzerstörerische Handlungsweisen und damit ja auch die verschiedensten Abhängigkeiten – als normal, nicht vermeidbar oder sogar als der vorläufig beste Weg empfunden werden.

In Auseinandersetzung mit der Kritischen Psychologie hat eine Frauengruppe anhand von selbstgeschriebenen Erinnerungsgeschichten diese Widerspruchssituation von Frauen aufgerollt und für verschiedene Aspekte des Frauenlebens konkret empirisch entschlüsselt (weibliche Lebensperspektive und Männer, Familienbande, Frauenleiden, weibliche Identität u. a.). Mit der These, daß der äußeren Fesselung eine innere entspricht, die unseren Gesellschafts- und Selbstveränderungen im Wege steht (Haug/Hauser 1986, 6), haben sie z. B. herausgefunden, daß selbst weibliche Widerstände selbstzerstörerisch gelebt werden können (Haug/Hauser 1985, 45 ff.).

Die Autorinnen wenden sich gegen schon immer gewußte Erklärungen, in denen die Frauen zumeist nur die Opfer der Handlungen anderer Menschen sind (Eltern, insbesondere Mütter, Männer usw.) oder aber ihr Verhalten der Prägung durch abstrakte Verhältnisse verdanken. Sie richten ihren Blick statt dessen sehr genau auf die Handlungen der einzelnen Frauen, fragen nach den Begründungen und Motiven für das jeweilige Tun und nach dem Kontext, in dem die Frau sich befand bzw. noch befindet.

Für feministische Therapie kann ein solches Vorgehen große Vorteile bringen (obwohl die Texte nicht explizit in diesem Zusammenhang stehen): Die meist sehr alltäglichen Verstrickungen, in denen Frauen gefangen sind, können entknotet werden, ohne die Frauen zu Opfern zu erklären, aber auch ohne ihnen Schuld zuzuweisen.

In der Arbeit mit drogenabhängigen Frauen haben wir die Erfahrung gemacht, daß ein großer Teil der Betroffenen eine längere Zeit dafür braucht, dieses Prinzip praktisch werden zu lassen. Die Angst vor moralischer Überführung, davor, wieder nur als der „letzte Dreck“ dazustehen und auf das Mitleid der anderen angewiesen zu sein, hat sich bei vielen Frauen tief eingegraben. Gegenerfahrungen sind hier die Voraussetzung, um überhaupt eine Öffnung zu ermöglichen.

Oftmals schämen sich Frauen dafür, daß sie (immer wieder) tun und auch wollen, was sie zugleich abgrundtief an sich hassen oder verachten. Ich denke, daß solche Widersprüche nur lebbar sind, wenn Realitäten ausgeblendet werden. Roswitha Burgard nennt solche Ausblendungsprozesse „Realitätsleugnung“. Sie stellt ihre therapeutische Arbeit mit diesem psychischen Prozeß am Beispiel einer Frau vor, die trotz jahrelanger Prügel immer bei ihrem Freund geblieben ist und seine Gewaltübergriffe ertragen hat. Auch sie wendet sich gegen jegliche Moralisierung des Problems, wenn es darum gehen soll, die Überwindung der Opferhaltung zu unterstützen und neue Handlungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

4. DAS THERAPEUTISCHE VERHÄLTNIS

Hinsichtlich des Verhältnisses von Therapeutin und Klientin – zur Vereinfachung bleibe ich erst mal bei diesen Bezeichnungen, obwohl sie sicherlich auch hinterfragt gehören – gibt es eine Reihe Überlegungen, die sich wiederum von den meisten traditionellen Verständnissen der Drogentherapie unterscheiden. So sind etwa „Identifikation“ und „Betroffenheit“ für Roswitha Burgard Bestandteile ihrer Praxis. Damit bringt sie als Therapeutin ihre subjektive Betroffen-

heit, ihre eigenen Erfahrungen mit Unterdrückung und Diskriminierung in den therapeutischen Prozeß ein (1986, 43). Mit diesem Konzept geht sie davon aus, „feministische Therapie kann und darf niemals objektiv und wertneutral sein“ (44). Z. B. sieht sie für feministische Therapeutinnen keine Möglichkeit darin, eine neutrale Haltung zur Gewalt gegen Frauen einzunehmen, „d. h.“ – sagt sie – „ich werde im therapeutischen Prozeß eindeutig Gewalt gegen Frauen benennen und verurteilen“ (44). Die damit entstehende „*parteiliche Haltung*“ sieht sie allerdings nicht in einer „absoluten Identifikation mit der Klientin“ (43), sondern darin, daß die Unterschiede, die zwischen ihr als Therapeutin und der Klientin mit ihrer speziellen Problematik bestehen, aufgedeckt werden und zugleich die Gemeinsamkeiten als Frau in dieser Gesellschaft erkannt werden. Diese Unterschiedlichkeit gebe ihr die Möglichkeit, therapeutisch zu arbeiten (vgl. 43). Sie spricht von „partiellen Gemeinsamkeiten“ und „gravierenden Unterschieden“, die im therapeutischen Prozeß immer wieder deutlich gemacht werden sollen. Sabine Scheffler geht in diesem Kontext davon aus, daß „professionelles Wissen und daraus entstehende Unterschiedlichkeit . . . in die Beziehungsanalyse einbezogen, nicht geleugnet werden“ (1986, 37).

Als weiteres Kriterium feministischer Therapie möchte ich umfassende *Transparenz* anführen. Eben weil das Verhältnis kein egalitäres ist, halte ich es für wichtig, daß die Therapeutin nicht mit einer undurchschaubaren Definitionsmacht ausgestattet auftritt, sondern ihr Vorgehen transparent macht und der Klientin begründet.

Für die Drogentherapie würde das heißen, mit den Frauen auch die speziellen institutionellen Rahmenbedingungen zu besprechen, die gesellschaftlichen Zwänge, denen wir als Mitarbeiterinnen ausgesetzt sind, und wie wir selbst dazu stehen und handeln (z. B. Rückmeldungen ans Gericht, Auskünfte über Klientinnen an die Kostenträger in Form von Berichten usw.). Auch Roswitha Burgard z. B. hält es für „selbstverständlich, daß Gutachten zwecks Verlängerung der Kostenübernahme nur in Übereinstimmung mit der Klientin herausgegeben werden“ (45).

In diesem Zusammenhang geht es auch um *antihierarchische Tendenzen* im therapeutischen Prozeß. Sabine Scheffler kritisiert vor allem „hierarchische Institutionen . . ., in denen überwiegend Männer in Expertenfunktion über Frauen entscheiden“ (27). Statt institutioneller Verfügungsmacht über Frauen in Form von Entscheidungsmacht, Expertenmacht, Definitionsmacht fordert sie: „. . . Einflußmöglichkeiten sind offenzulegen und zum Gegenstand möglicher Auseinandersetzungen zu machen“ (32). In diesem Zusammenhang wären si-

cherlich einmal die Definitionen für Drogenabhängigkeit, Drogentherapie, Drogenpolitik usw. unter feministischem Blick zu analysieren und zu fragen, welche Bestandteile wir in eine feministische Grundlage übernehmen können und wollen und welche wir begründet zurückweisen.

Aus meinen eigenen Erfahrungskontext heraus möchte ich die Begründung für explizite antihierarchische Arbeit noch um einen Aspekt erweitern. Drogentherapie findet in der Regel in Gruppen statt. Damit besteht nicht nur ein therapeutisches Verhältnis zwischen den TherapeutInnen und KlientInnen, sondern mehr oder weniger auch zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern. Bewußte oder unbewußte Gruppenprozesse strukturieren das Leben und Lernen der Betroffenen mit. In einem vorgegebenen hierarchischen Gruppengefüge – wie das ja in vielen Drogentherapien fest eingerichtet ist – besteht allerdings das Problem, daß die Definitionen der eigenen Bedürfnisse und Handlungen gleich wieder vom Wohlwollen und der Macht einer anderen Person aus der Therapiegruppe abhängig ist und damit gebremst wird. Damit werden Bewährungssituationen gegenüber so etwas wie „verantwortlichen Vorgesetzten“ geschaffen, gegenüber Leuten, die über einem stehen und wichtiger und mächtiger sind als die Frau selbst; eine soziale Konstellation also, die auf Anpassungsfähigkeit und Abhängigkeit baut, die die meisten Frauen im Laufe ihres Lebens schon zur Genüge kennengelernt haben. Wo Frauen in Hierarchien stehen, muß hier nicht nochmal extra betont werden.

Ziel feministischer Therapie müßte hier eher sein, die Frauen zu stärken, solche Abhängigkeitsverhältnisse nicht mehr einzugehen und stattdessen freigewählte, egalitäre Beziehungen aufzubauen. Vor diesem Hintergrund plädiere ich gegen jegliche Patenschaften und andere hierarchische Gruppenaufteilungen und spreche mich aus für die selbstverantwortliche Herstellung sozialen Zusammenlebens als Lernfeld für jede einzelne Frau innerhalb der therapeutischen Gruppe. In unserem Hamburger Projekt haben wir die Arbeit an den Über-/Unterordnungsmechanismen im Gruppenprozeß – die auch unter Frauen durchschlagend wirken – zum festen Bestandteil unserer Arbeit gemacht. Dadurch ist zugleich sichtbar geworden, daß die Gruppengröße ein maßgeblicher Faktor dafür ist, ob die Frauen die sozialen Anforderungen und Bedürfnisse noch übersehen werden können oder ob die Prozesse für sie undurchsichtig werden. Antihierarchische Tendenzen zu realisieren wird mit der Vergrößerung der Gruppen eindeutig schwieriger, wenn nicht undurchführbar, was deutlich macht, wie wichtig kleine Gruppen für feministische Dro-

gen-Therapieansätze sind. Wir haben mit einer 8er-Gruppe gute Erfahrungen gemacht.

5. METHODEN

In den drogenunspezifischen Überlegungen zu feministischer Therapie wird in der Regel ein ganzheitlicher Ansatz vertreten. Unter ganzheitlichem Ansatz versteht z. B. Sabine Scheffler, „daß nicht ein methodischer Zugang bevorzugt wird, sondern es gilt eine Vielzahl von Sichtweisen zu integrieren“ (30). Damit wird zugleich die Annahme deutlich, daß eine bestimmte methodische Richtung der Vielfalt weiblicher Problematik nicht gerecht werden kann, zumindest nicht in Koppelung mit der oben ausgeführten Zielsetzung, die gesamten unterdrückerischen Lebensbedingungen von Frauen einzubeziehen und konsequent gegen jegliche Abhängigkeiten und Selbstzerstörungstendenzen zu arbeiten. So fordert z. B. Roswitha Soltau, daß „angewandte Techniken ... nachvollziehbar, durchsichtig und entmystifiziert sein“ müssen, „so daß sie mit Absprache der Klientin und auf sie abgestimmt eingesetzt werden können. Eine Technik darf nicht abgetrennt vom theoretischen Hintergrund die Selbstbestimmung von Frauen zu unterstützen und den status quo zu verändern, angewandt werden“ (1984, 45).

Um sich aber bewußt zu den Techniken verhalten zu können, wird es auch notwendig sein, die bestehenden Therapieschulen kritisch-feministisch zu prüfen, nach dem jeweiligen Nutzen für feministische Therapie zu fragen, aber auch die Grenzen zu bestimmen.

Für mehrere therapeutische Richtungen haben Frauen bereits mit solchen kritischen Analysen angefangen. So hat Ruth Großmaß sich mit Bioenergetik und Gestalttherapie auseinandergesetzt (1983); und von Eva Arnold liegt ein Text zur „Klientenorientierten Psychotherapie aus Frauensicht“ vor (1990). Die spezifische Realisierung therapeutischer Methoden im Drogenbereich stellt ein eigenes Auseinandersetzungsfeld dar, da die Drogentherapien ja spezifische rechtliche und politische wie auch soziale Bestimmungsfaktoren in ihre Konzepte aufnehmen müssen (z. B. Betäubungsmittelgesetz, regionale Infrastruktur der Drogenhilfe, Pflegesatzhöhe usw.). Meines Wissens arbeiten die bestehenden therapeutischen Frauen-Wohngemeinschaften im Drogenbereich alle nach ganzheitlichen, methodenübergreifenden Prinzipien, wobei das jeweilige Vorgehen sicherlich verschieden ist. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, nach den jeweiligen Menschenbildern und damit ja explizit nach den Frauen- und Männerbil-

dern zu fragen, die den verschiedenen Therapiekonzepten zugrunde liegen. Ich habe selbst oft in Diskussionen mit KollegInnen die Erfahrung gemacht, daß Drogenabhängige, sowohl Männer als auch Frauen, betrachtet werden, als kämen sie von einem anderen Stern, als seien sie ganz und gar andere Menschen, denen man mißtrauen muß und an die ganz andere Kriterien angelegt werden müssen als an andere Leute. In den Frauendiskussionen ist das seltener; betont wird hier eher die Normalität drogenabhängiger Frauen, die ganz alltäglichen Abhängigkeiten, die für fast alle Frauen zutreffen. Da diese expliziten oder unterschweligen Definitionen mit Sicherheit in die Bestimmung des therapeutischen Verhältnisses einfließen, halte ich eine Auseinandersetzung damit für wichtig.

6. THERAPIE UND ALLTAG

Vor dem Hintergrund meiner praktischen therapeutischen Arbeit mit Frauen hat das Wort „ganzheitlich“ aber noch eine andere Bedeutung. In unserem Hamburger Projekt verstehen wir den gesamten Prozeß des Zusammenlebens in der Wohngemeinschaft als Therapie. Damit bekommen die Alltagsbewältigungen, die täglichen Ärgernisse und Freuden, die alltägliche Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte und den Mitbewohnerinnen, bekommen Schuldenregelung, Behördenkontakte und in ganz besonderem Maße auch die Probleme mit Arbeit/Berufstätigkeit eine zentrale Bedeutung für die Therapie. Die Spaltung von Alltag und Therapie ist weitgehend aufgehoben, bleibt nur dort erhalten, wo es unmittelbar sinnvoll ist, Alltagsbelange für eine Zeit zurückzustellen und sich auf spezielle Probleme und Erfahrungsaufarbeitungen zu konzentrieren.

Wir haben die Erfahrung gemacht, daß die betroffenen Frauen in diesem Vorgehen allmählich lernen, sich als veränderbar zu begreifen. Sie erleben, daß sie eine eigene Geschichte haben, die immer noch wichtig ist, und fangen an, eigene Vorstellungen von einer Perspektive zu entwickeln.

Selbstverständlich gibt es auch therapeutische Situationen im engeren Sinne (Gruppensitzungen), in denen die Möglichkeit vorhanden ist, intensiver an einem individuellen Problem zu arbeiten. Jedoch scheint uns die Koppelung mit einem umfassenden Alltagsbezug für Frauen ganz besonders wichtig. Das bedeutet, daß die Alltagssituationen der Klientinnen nicht in Form von Arbeitstherapie, Beschäftigungstherapie oder dergleichen konzipiert sind, sondern daß der therapeutische Alltag tendenziell nach den durchschnittlichen Le-

bensanforderungen ausgerichtet ist, am Anfang mehr Schutz- und Kontrollräume anbietet und im Laufe der Therapie mehr und mehr gemeinsame und individuelle Selbstverantwortungsbereiche vorsieht. Wir haben als Rahmen für dieses Modell ein fließendes Modell ohne zeitlich festgelegte Stufen entwickelt, in dem den Frauen entsprechend ihres jeweiligen Handlungsvermögens und der eigenen Geschwindigkeit allmählich mehr und mehr Alltagsbewältigung zugemutet wird. Ich sage bewußt zugemutet, da die meisten Frauen in diesem Modell schnell begreifen, daß Therapie für sie nicht nur heißen kann, möglichst schnell viele individuelle Freiheiten zu haben, sondern daß es vor allem darum geht, diese individuellen Freiräume gestalten zu können, ohne wieder in die Szene abzurutschen und zur Droge zu greifen.

Für die meisten Frauen ist diese Gestaltung der eigenen Entwicklungs- und Lebensräume eine sehr schwierige und harte Aufgabe. Insbesondere, wenn sie bereits wieder arbeiten oder zur Schule gehen, neue Freundschaften aufbauen und soziale Kontakte knüpfen, gibt es krisenhafte Phasen, die durch therapeutische Begleitung ein Stück abgepuffert werden können. Wir haben etwa die Erfahrung gemacht, daß Frauen oftmals bei den ersten Konflikten, die sie in den Bezügen außerhalb der Therapiegruppe haben, alles stehen und liegen lassen wollen und daß die Eingebundenheit in die therapeutische Wohngemeinschaft ihnen den Rückhalt gibt, überhaupt mal vorsichtig neue Wege zu beschreiten, Konflikte anzusprechen oder für eine Zeit auszuhalten, ohne gleich wieder die eigenen Ziele aufzugeben.

7. FRAUENSPEZIFISCHE INHALTE

In unserem erfahrungsbezogenen Ansatz sind die Therapieinhalte nicht getrennt von den Alltagsproblemen zu sehen. Da Frauen mit ihrer Umgebung und mit sich selber besondere Erfahrungen machen, setzt unsere Frauenspezifik auch hauptsächlich hier an. Strukturelle gesellschaftliche Unterordnung von Frauen bestimmt den Standort und die spezifische Weise der Sozialisation. Natürlich kann hier nicht das ganze Spektrum der Themen aufgezählt werden, die in der Therapie relevant werden, ich möchte aber dennoch einige nennen, die immer wieder Gegenstand der Therapie sind:

Dabei handelt es sich zuvorderst um massive Eßprobleme (Eß- und Magersucht, Bulimie) sowie Vorformen und soziale Begleiterscheinungen wie Rückzüge, Heimlichhaltung usw.). Da diese Problematik das Wohngemeinschaftsleben in jeder Hinsicht beeinflusst und oftmals weitreichende psychische und körperliche Gefahren auftreten, ist eine Bearbeitung dieses Phänomens dringliche Aufgabe.

Des weiteren geht es um die Zentrierung von Lebenswichtigkeiten, um Aussehen und Schönsein bzw. um die permanente Anstrengung des Verbergens von Mängeln. Eine ganze Reihe von Frauen wollen an kulturellen und sportlichen Aktivitäten nicht teilhaben, weil sie sich in der Öffentlichkeit nicht zeigen mögen, sich schämen. Was mit Drogen kein Problem war, muß neu gelernt werden. Andere Frauen tragen zur Schau, was sie haben, und begegnen den anderen als Konkurrentinnen. Mit diesen Empfindungen und Verhaltensweisen wird an alten Selbstverständlichkeiten festgehalten und der Blick auf Alternativen verstellt. Ängste vor Krankheiten und entsprechende Verdrängungsmechanismen oder Panikgefühle bilden ein anderes Problemfeld. Ein geplantes, geregeltes Umgehen mit Ernährung, Bewegung, regelmäßigen Arztbesuchen ist fast allen Frauen unbekannt und wird oft rigide abgelehnt. Psychosomatische Leiden sind sehr häufig und müssen schon deshalb zum Thema gemacht werden.

Erfahrungen mit sexueller Gewalt und Machtausübung

Es gab bisher in unserem Projekt kaum eine Frau, die nicht Erfahrungen mit sexueller Gewalt und Machtausübung gemacht hatte. In der Kindheit ist vor allem das Verhältnis zu Vätern, Stiefvätern und Brüdern für viele Frauen problematisch verlaufen. Ängste, Widerstände, Vergessen, Scham und Schuldgefühle müssen überwunden werden, um diese Erfahrungen bearbeiten zu können. Auch als Erwachsene haben die meisten Frauen gegen sie gerichtete Gewalt erfahren, meist vor dem Hintergrund von Prostitution, Drogenbeschaffung und Szeneleben. Oftmals beziehen sich die Gewalterfahrungen aber auch auf den eigenen Freund oder Ehemann, was für Frauen in der Regel besonders schmerzhaft ist, da sie es als Verrat an ihm empfinden, wenn sie sich Hilfe von außen holen oder auch nur davon erzählen.

Ein Großteil der drogenabhängigen Frauen hat noch nie konsequent über die Bedeutung von Arbeit in ihrem Leben nachgedacht, geschweige denn eine längere Phase kontinuierlichen Arbeitens durchlaufen. Einzige Arbeitserfahrung über längere Zeit ist oftmals lediglich die Prostitution. Die Erarbeitung von Arbeitsperspektiven wie auch die praktische Erprobung regelmäßigen Arbeitens ist deshalb von besonders großer Bedeutung. Dies ist zugleich auch besonders schwierig, da viele Frauen erst einmal eine neue Bewertung von Arbeit entwickeln müssen. Häufig wird Arbeit als langweilig und spießig abgewertet und kein Sinn in einer Berufstätigkeit gesehen. Daneben haben es die Frauen auf dem Arbeitsmarkt nicht leicht.

Wir halten eine Ausbildung für alle Frauen, insbesondere für die jüngeren, für sinnvoll und wichtig hinsichtlich ihrer späteren Lebenssituation. Auch hier besteht die Notwendigkeit, neu zu bewerten, denn wenig Geld und die Aussicht, für Jahre den Status einer Azubi einzunehmen, machen den Ausbildungsweg wenig attraktiv. Die Motivation und Bereitschaft, sich gedanklich und auch praktisch mit Ausbildungs- und Arbeitsperspektiven auseinanderzusetzen, muß dementsprechend oftmals erst in der Therapie hergestellt werden.

Eng verknüpft mit den Arbeitsperspektiven ist die Frage nach der gesamten Lebensperspektive. Da die meisten Frauen zunächst nicht an die Zukunft denken, sondern nur den Moment wichtig finden, vielen Zukunftsgedanken sogar Angst einflößen oder sie vollkommen unrealistische Vorstellungen über ihre Zukunft haben, ist auch dieser Punkt dringlich und wichtig.

Verhältnis zu Männern und zu Frauen

Das Verhältnis der meisten drogenabhängigen Frauen zu Männern ist besetzt durch Erfahrungen mit sexueller Gewalt und Machtausübung, dementsprechend großen Angsterfahrungen, oft noch verknüpft mit einer emotionalen Abhängigkeit von den gewalttätigen Männern.

Daneben haben sich die meisten Frauen in Beziehungen mit eingeschlifften geschlechtlichen Arbeitsteilungen und Handlungsweisungen bewegt. Ängste und viele Enttäuschungen, schlechtes Gewissen wie auch Aggressionen kennzeichnen die gängigen Bearbeitungsweisen dieser Erfahrungen. Daraus haben die Frauen die unterschiedlichsten Konsequenzen gezogen. Sie reichen von Ablehnung gegenüber Männern bis hin zur Anhimmelung und der Bereitschaft, alles für einen Mann aufzugeben. Die meisten lesbischen dro-

genabhängigen Frauen haben Männer als sehr diskriminierend erlebt, fühlen sich als Frau nicht akzeptiert, da sie als potentielle Sexualpartnerinnen für die Männer nicht in Frage kommen. Oftmals haben Frauen erlebt, daß sie lächerlich gemacht und ausgegrenzt wurden und Verbergungsstrategien entwickeln mußten, um die Situationen überhaupt aushalten zu können.

In der Regel wird das Verhältnis von Frauen untereinander als unproblematischer und schneller vertraut empfunden. Zugleich kommt aber bei vielen zum Ausdruck, daß sie andere Frauen nicht sonderlich achten und ernstnehmen, sich im Zweifelsfall von einem Mann eher etwas sagen lassen als von einer Frau. Frauen als Gegenüber werden oftmals nicht für sonderlich wichtig gehalten oder mit Konkurrenz bedacht und abgecheckt. Im Gruppenkontext der Frauentherapie kann an dieser Stelle viel gelernt und ausprobiert werden.

Eltern

Eine ganze Reihe vor allem jüngerer Frauen hat große Schwierigkeiten, sich vom Elternhaus abzunabeln. Meistens sind es die Mütter, die ganz besonders besetzt sind mit Nähebedürfnissen und zur Zeit der Therapie mit Heimweh. Verschmelzungstendenzen zu den Müttern hin machen es schwer, sich selbst als die erwachsene, selbständige Frau zu sehen. Diese Frauen haben oft die Erfahrung gemacht, daß die Mutter ihnen immer wieder Zuflucht gewährt, egal, was sie getan haben. Deshalb ist es auch für viele in Situationen der Krise naheliegend, zur Mutter zurückzugehen. Die Auseinandersetzung mit den Eltern, Geschwistern und insbesondere mit den Müttern ist deshalb wichtiger Bestandteil der Arbeit.

Soziales Verhalten

Ein sozialer Gruppenzusammenhalt wird von den meisten Frauen gewollt und vordergründig auch schnell hergestellt. Allerdings ist dabei eine stets deutlich vorhandene Tendenz zur Harmonisierung von Konflikten zu beobachten. Viele Aspekte der Lebensrealität werden verdrängt und verneint, was einer therapeutischen Bearbeitung bedarf. Zugleich bringt aber auch eine Reihe von Frauen einen knallharten Egoismus mit, so daß die Gruppensituation und damit natürlich auch die Beziehungen der Frauen untereinander zum Thema gemacht werden müssen. Hierarchische Strukturen in der therapeutischen Gemeinschaft zu vermeiden, ist damit auch in der Frauen-Wohngemeinschaft eine permanente Aufgabe.

Literatur

- Arnold, Eva: Klientenorientierte Psychotherapie aus Frauensicht, in: GwG Zeitschrift Nr. 79 (1990), S. 136 ff.
- Burgard, Roswitha: Wie Frauen „verrückt“ gemacht werden, Berlin 1977.
- Burgard, Roswitha: Warum brauchen wir feministische Therapie?, in: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis Nr. 17 (1986), S. 41 ff.
- Großmaß, Ruth: Der Widerspenstigen Zähmung. Zum Frauenbild von Gestalttherapie und Bioenergetik, in: Psychologie und Gesellschaftskritik Nr. 26/27 (1983), S. 46 ff.
- Haug, Frigga und Hauser, Kornelia (Hrsg.): Subjekt Frau. Kritische Psychologie der Frauen, Bd. 1, Berlin 1985.
- Haug, Frigga und Hauser, Kornelia (Hrsg.): Der Widerspenstigen Lähmung. Kritische Psychologie der Frauen, Bd. 2, Berlin 1986.
- Scheffler, Sabine: Feministische Therapie, in: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis Nr. 17 (1990), S. 25 ff.
- Scheffler, Sabine: „... sich das Recht nehmen, nein zu sagen“, Interview, in: Psychologie heute, März 1986, S. 34 ff.
- Soltau, Roswitha: Die Frauenspezifische Abhängigkeit von Suchtmitteln, in: Merfert-Diete und Soltau (Hrsg.): Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit, Hamburg 1984.

Statistische Daten der professionellen Suchtkrankenhilfe

(entnommen: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 1992. Geesthacht 1991)

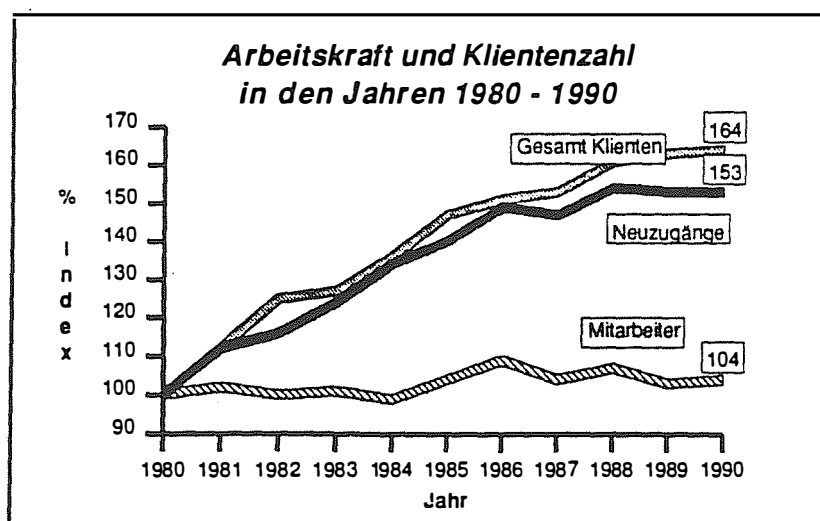
1. AMBULANTE BERATUNGSSTELLEN (Daten aus EBIS 1990)

a) Charakter der Einrichtungen

Tab. 1: Alter und Geschlecht der therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Tabelle 1: Alter und Geschlecht der therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen									
	Alter							Gesamt	
	..-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-..	Anz.	%
Männer			5.0%	60.0%	25.0%	10.0%		2.0	52.6%
Frauen			16.7%	61.1%	16.7%	5.6%		1.8	47.4%
Ge- Anz.			0.4	2.3	0.8	0.3		3.8	100.0%
samt %			10.5%	60.5%	21.0%	7.9%		100.0%	

Abb. 1: Arbeitskraft und Klientenzahl in den Jahren 1980 - 1990



b) KLIENDELTab. 2: Erwerbstätigkeit der Klienten

Erwerbstätigkeit	Geschlecht		Gesamt		
	Männer	Frauen	Anzahl	%	
Erwerbspersonen					
Auszubildende/r	2.6 %	3.0 %	1327	2.8 %	
Angestellte/r Beamter/in	15.0 %	25.0 %	8746	18.3 %	
ArbeiterIn	22.3 %	9.6 %	8605	18.0 %	
FacharbeiterIn	15.2 %	1.8 %	5093	10.7 %	
Selbständiger Freiberufler	4.3 %	2.6 %	1787	3.8 %	
mithelfende/r Familienangehörige/r	0.3 %	2.5 %	510	1.1 %	
Erwerbsloser	25.9 %	13.8 %	10391	21.8 %	
Nichterwerbspersonen					
SchülerIn, StudentIn	2.5 %	5.7 %	1706	3.6 %	
Hausfrau/-mann	0.6 %	27.3 %	4559	9.6 %	
RentnerIn	3.6 %	3.8 %	1757	3.7 %	
Sonstige	4.6 %	2.6 %	1881	3.9 %	
Unbekannt	3.0 %	2.2 %	1319	2.8 %	
Gesamt	Anzahl	31666	16015	47681	100.0 %
	%	66.4 %	66.4 %	33.6 %	100.0 %

Tab. 3: Behandlungsgrund und Geschlecht

Geschlecht	Behandlungsgrund					Gesamt		
	eigene aktuelle Symptomatik	Stabilisierung nach Entwöhnung	Familienmitglied m. Symptomatik	Sonstige Gründe	Unbekannt	Anz.	%	
Männer	74.7 %	69.4 %	22.8 %	46.5 %	70.8 %	26733	67.0 %	
Frauen	25.3 %	30.6 %	77.2 %	53.5 %	29.2 %	13143	33.0 %	
Gesamt	Anz.	29355	2794	4081	2657	989	39876	100.0 %
	%	73.6 %	7.0 %	10.2 %	6.7 %	2.5 %	100.0 %	

Abb. 2: Gebrauch von Suchtmitteln in der Klientel

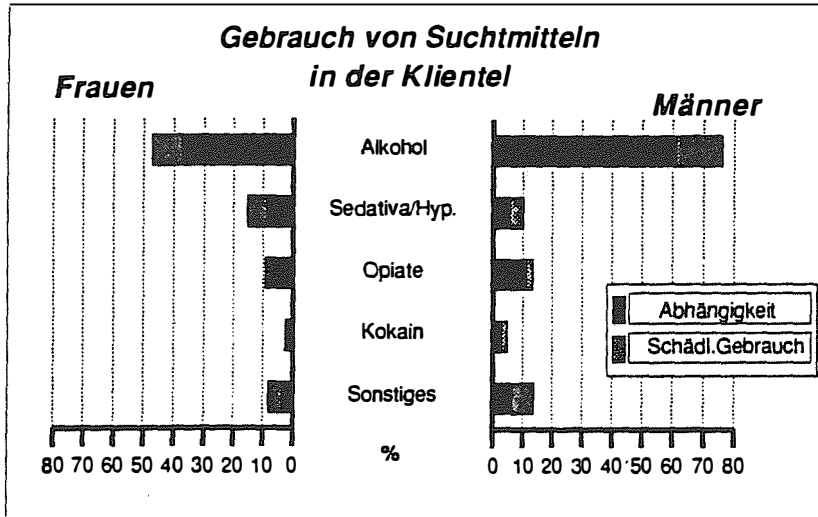


Abb. 3: Abhängigkeit bei männlichen Klienten

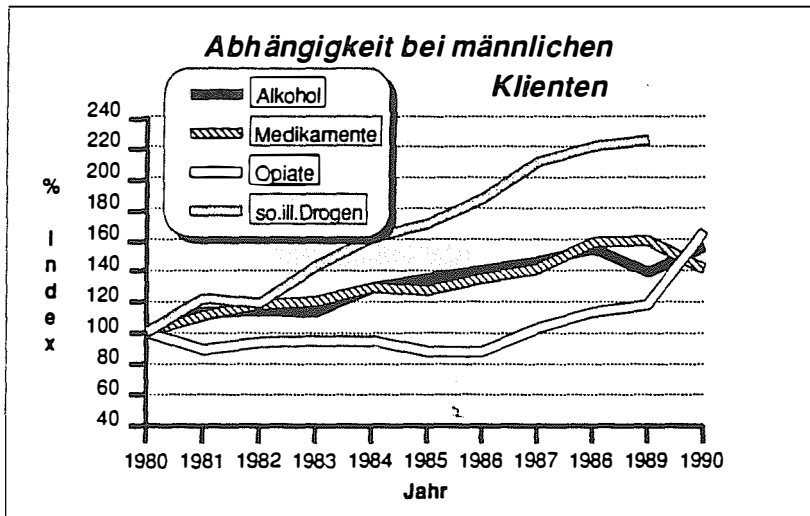
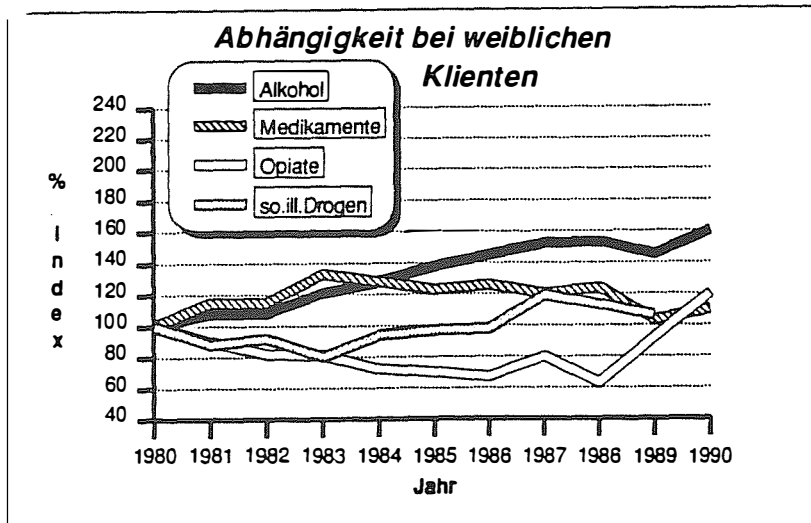


Abb. 4: Abhängigkeit bei weiblichen Klienten



2. STATIONÄRE EINRICHTUNGEN (Daten aus DOSY 1990)Tab. 4: Erwerbstätigkeit der Patienten und Patientinnen bei Aufnahme in stationäre Einrichtungen

Erwerbstätigkeit	Geschlecht		Gesamt		
	Männer	Frauen	Anzahl	%	
Erwerbspersonen					
Auszubildende/r	0.9%	1.0%	74	0.9%	
Angestellte/r Beamter/in	16.5%	26.4%	1454	18.3%	
ArbeiterIn	16.9%	9.1%	1234	15.5%	
FacharbeiterIn	14.9%	1.4%	992	12.5%	
Selbständiger Freiberufler mithelfende/r Familienan- gehörige/r	1.8%	0.7%	127	1.6%	
Erwerbsloser	41.4%	26.2%	3073	38.6%	
Nichterwerbspersonen					
SchülerIn, StudentIn	0.4%	0.6%	35	0.4%	
Hausfrau/-mann	0.1%	26.5%	386	4.9%	
RentnerIn	3.3%	2.3%	246	3.1%	
Sonstige	3.3%	3.7%	268	3.4%	
Unbekannt	0.5%	0.8%	45	0.6%	
Gesamt	Anzahl	6523	1433	7956	100.0%
	%	82%	18%	100.0%	

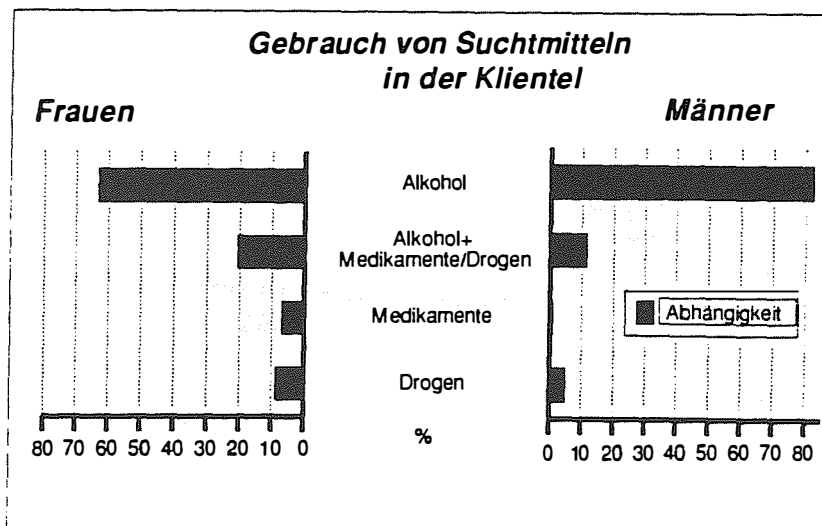
Abb. 5: Gebrauch von Suchtmitteln in der Klientel

Abb. 6: Abhängigkeit bei männlichen Klienten

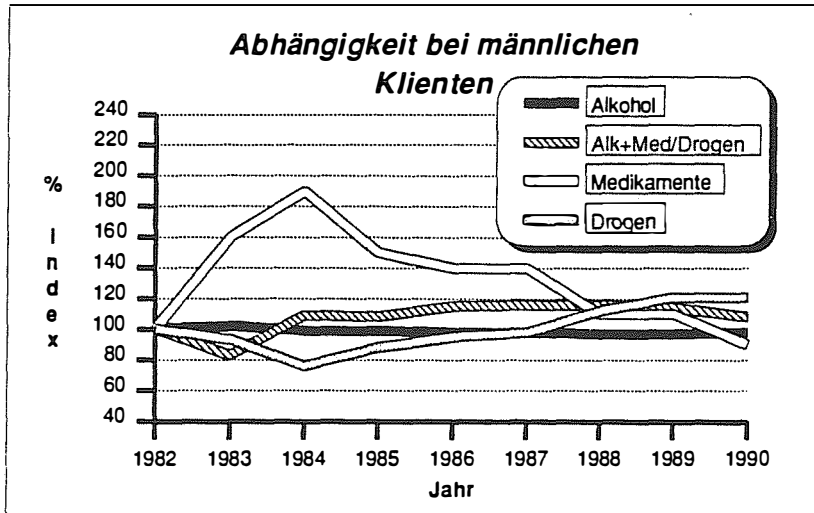
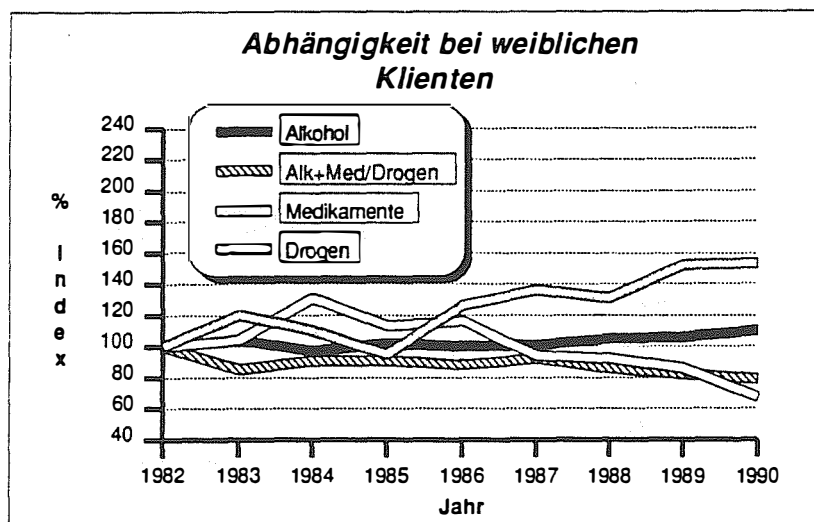


Abb. 7: Abhängigkeit bei weiblichen Klienten



Frauensuchthilfeprojekte und -netzwerke

Frauentreff OLGA
Derfflinger Straße 19
1000 Berlin 30
Tel. 030/2628959

Kontaktladen für suchtmittel-
abhängige Frauen

HERA
Notdienst für Suchtmittelge-
fährdete und -abhängige
Berlin e.V.
Prinzenallee 48
1000 Berlin 65
Tel. 030/4942085

Übernachtungswohnung
für Frauen

Verein zur Hilfe suchtmittel-
abhängiger Frauen e.V.
Grunewaldstraße 19a
1000 Berlin 41
Tel. 030/7928767

VIOLETTA CLEAN I
Bettinastraße 12
1000 Berlin 33
Tel. 030/8257101

Therapeutische Frauenwohn-
gemeinschaft für drogenab-
hängige Frauen

VIOLETTA CLEAN II
Grunewaldstraße 19a
1000 Berlin 41
Tel. 030/7920668

Therapeutische Wohngemeinschaft
für Frauen mit Kindern

EXTRA DRY
Mommsenstraße 34
1000 Berlin 12
Tel. 030/3246038

Café und Treff für sucht-
mittelabhängige Frauen

ZWIEBEL
Potsdamer Chaussee 70
1000 Berlin 38
Tel. 030/81000350

Therapeutische Frauenwohn-
gemeinschaft

FRAUENPERSPEKTIVEN e.V.
Normannenweg 2
2000 Hamburg 26
Tel. 040/2513939

Therapeutische Frauenwohn-
gemeinschaft
Frauenberatungsstelle

Kommunale Drogenpolitik
 Verein für akzeptierende
 Drogenarbeit e.V.
 Kreuzstraße 29
 2800 Bremen 1
 Tel. 0421/76045

Nachtangebot für drogenab-
 hängige Prostituierte
 Schmidtstraße 5
 2800 Bremen 1
 Tel. 0421/701659

LAGAYA
 Frauen-Sucht-Beratungsstelle
 Hohenstaufenstraße 17b
 7000 Stuttgart 1
 Tel. 0711/6405490
 und 0711/6403027

Frauenberatungsstelle

PRIMA DONNA
 c/o Con Drobs e.V.
 Leopoldstraße 18
 8000 München 40

Therapeutische Frauenwohn-
 gemeinschaft
 Sozialtherapeutische Wohnge-
 meinschaft für drogenab-
 Lohweg 44
 8056 Neufahrn
 Tel. 08165/3939

Netzwerke "FRAUEN UND SUCHT" in Nordrhein-Westfalen

Verein FRAUEN UND SUCHT NRW e.V.
 Postfach 2603
 4700 Hamm
 Kontakt: 1. Vors. Ulla Püthe
 Tel. 0251/61214

Arbeitskreise zum Thema FRAUEN UND SUCHT in NRW:

4000 Düsseldorf, Bolkerstraße 14, Tel. 0211/131617 od. 899300

4300 Essen, c/o KRISENHILFE e.V., Frau Ute Breuker-Gerbig,
 I. Weberstraße 23, Tel. 0201/235058

4400 Münster, DROBS Münster, Frau Renate Firgau,
 Grevener Straße 67a, Tel. 0251/201155

5800 Hagen 5, Ev. Krankenhaus Elsey,
 Zentrale Drogenentgiftung NW, Frau A. Hessling,
 Tel. 02334/84-284

Ausgewählte Literatur zum Thema "Frauen und Sucht"

- Arenz-Greivin, Ingrid (Hrsg.):*
Sucht - Gewalt - Sexualität. Opfer und Täter in der Therapie. Freiburg i.Br. 1990
- Arndt, Christel:*
Frauenspezifische Ansätze in der ambulanten Behandlung Abhängiger. In: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Frau und Sucht. Berichtsband der NLS vom 27.-29.4.1989 in Hannover. Hamburg 1990, S. 89-95
- Brakhoff, Jutta (Hrsg.):*
Sucht und Prostitution. Freiburg i.Br. 1989
- Brakhoff, Jutta (Hrsg.):*
Drogenarbeit im Justizvollzug. Freiburg i.Br. 1988
- Brakhoff, Jutta (Hrsg.):*
Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie. Freiburg i.Br. 1987
- Burgard, Roswitha:*
Warum brauchen wir feministische Therapie? In: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis Nr. 17 (1986), S. 41-51
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.):*
Jahrbuch Sucht 1992. Geesthacht 1991
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.):*
Drogenpolitik und Drogenhilfe. Freiburg i.Br. 1991
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.):*
Abhängigkeit bei Frauen und Männern. Freiburg i.Br. 1990
- Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (Hrsg.):*
Wenn Frauen aus der Falle rollen. Dokumentation 10. Bundeskongreß vom 1.-4.6.1987. Hannover o.J.
- Franke, Alexa:*
Therapeutische Risiken für Frauen. In: Kleiber, D./Giese, E. (Hrsg.): Das Risiko Therapie. Weinheim 1989, S. 93-114
- Gipser, Dietlinde / Stein-Hilbers, Marlene (Hrsg.):*
Wenn Frauen aus der Rolle fallen. Alltägliches Leiden und abweichendes Verhalten von Frauen. Weinheim/Basel 1980
- Glaeske, Gerd:*
Geschlechtsspezifische unterschiedliche Inanspruchnahme des medizinischen Systems als Voraussetzung von Suchtentstehung. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Abhängigkeit bei Frauen und Männern. Freiburg i.Br. 1990, S. 256-269

Haller, Gisela:

Die speziellen Probleme suchtkranker Frauen in stationären Einrichtungen. Ein Erfahrungsbericht. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Jg. 22, Heft 1 (1990), S. 23-30

Hedrich, Dagmar:

Drogenabhängige Frauen und Männer. In: Kindermann, Walter et al.: Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Freiburg i.Br. 1989, S. 193-234

Heinrich, Gisela:

Feministische Drogentherapie. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Drogenpolitik und Drogenhilfe. Freiburg i.Br. 1991, S. 162-175

Herweg, Anne:

Integrative Bewegungstherapie mit abhängigen und nichtabhängigen Frauen. In: Buchholtz, Fritz (Hrsg.): Suchtarbeit: Utopien und Experimente. Freiburg i.Br. 1989, S. 131-138

Huber, Michaela:

Gefährliche Fluchten. In: Psychologie heute special 1989, S. 14-20

Kindermann, W./Sickinger, R./Hedrich, D./Kindermann, S.:

Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Freiburg i.Br. 1989

Kreyssig, Ulrike / Kurth, Anne:

Daneben gelebt ... Drogenabhängige Mädchen und ihre Lebenswelt. In: Fromm, C./Savner, M./Kreyssig, U./Kurth, A./Eichelkraut, R./Simon, A.: Alltagsbewältigung. Rückzug - Widerstand? Schriftenreihe Alltag und Biografie von Mädchen, Bd. 7, hrsg. von der Sachverständigenkommission Sechster Jugendbericht, Opladen 1984, S. 49-102

Krüger, Antje:

Aspekte der Suchtgefährdung und Prävention bei Mädchen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Abhängigkeit bei Frauen und Männern. Freiburg i.Br. 1990, S. 201-208

Mebes, Marion:

Hauptsache überleben ... Zum Verständnis von sexuellem Mißbrauch in der Lebensgeschichte süchtiger Frauen. In: Mebes, M./Jeuck, G. (Hrsg.): Sucht. Schriftenreihe Sexueller Mißbrauch, Bd. 2, hrsg. von DONNA VITA, Berlin 1989, S. 15-49

Merfert-Diete, Christa:

Für und Wider geschlechtsspezifischer Therapie in der Suchtarbeit - Kann Therapie frauengerechter gestaltet werden? In: Verband der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke eV (Hrsg.): Fachwissenschaftliche Beiträge aus Veranstaltungen des Verbandes im Jahre 1987 zur Gesundheitspolitik sowie Sexualität und geschlechtsspezifischen Behandlung Suchtkranker, vorgelegt zur Fachtagung des Verbandes am 23./24.3.1988 in Bad Kissingen. Kassel o. Jg.

Merfert-Diete, Christa / Soltau, Heide (Hrsg.):

Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit. Reinbek b. Hamburg 1984

Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.):

Frau und Sucht. Berichtsband der NLS vom 27.-29.4.1989 in Hannover. Hamburg 1990

Scheffler, Sabine:

Feministische Therapie. In: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis Nr. 17 (1986), S. 25-40

Schuller, Klaus / Stöver, Heino (Hrsg.):

Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe. Freiburg i.Br. 1990

Stein-Hilbers, Marlene:

Drogen im Leben von Frauen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Gesellschaft. Hamm 1984, S. 195-203

Vogt, Irmgard:

Kann Therapie zum Risiko werden? In: Suchtreport Heft 3 (1991), S. 29-36

Vogt, Irmgard:

Therapierisiken für Frauen in der Suchtkrankenhilfe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Abhängigkeit bei Frauen und Männern. Freiburg i.Br. 1990, S. 58-73

Vogt, Irmgard:

Liebe und Sex in der Therapie. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd. 21 (1989), S. 39-48

Vogt, Irmgard:

Idealtypische Lebensmuster alkoholabhängiger Frauen. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. In: Suchtgefahren 33 (1987), S. 290-297

Ausgewählte Fachzeitschriften

- | | |
|---|---|
| Das Öffentliche
Gesundheitswesen | Organ des Bundesverbandes der Ärzte des öffentl.
Gesundheitsdienstes eV
Postfach 104 853 - Rüdigerstraße 14
7000 Stuttgart |
| Frau im Leben | Weltbild Verlag
Postfach 100 085 - Frauentorstraße 5
8900 Augsburg 1 |
| Neue Praxis | Zeitschrift für Sozialarbeit, -pädagogik, -politik
Luchterhand Verlag
Postfach 1780
5450 Neuwied |
| Partner Magazin | Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe
im Diakonischen Werk der EKD
Brüder-Grimm-Platz 4
3500 Kassel |
| Soziale Arbeit | Deutsches Zentralinstitut für Soziale Fragen
Miguelstraße 83
1000 Berlin 33 |
| Suchtgefahren | Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren
Postfach 1369 - Westring 2
4700 Hamm 1 |
| Suchtreport | Sucht Report, AV Synanon International eV
Postfach 610 244
1000 Berlin 61 |
| Sucht - Zeitschrift
für Wissenschaft
und Praxis | Sucht - Organ der Deutschen Gesellschaft für
Suchtforschung und -therapie
Adenauerallee 45
2000 Hamburg 1 |
| Verhaltenstherapie
und psychosoziale
Praxis | Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie eV
Postfach 1343 - Belthestraße 15
7400 Tübingen 1 |

Wiener Zeitschrift
für Suchtforschung

Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung
Anton Proksch-Institut - Mackgasse 7 - 9
A-1237 Wien

Zeitschrift für
Präventivmedizin
und Gesundheits-
förderung
Herausgegeben von
der Gesellschaft
für Prävention
und Gesundheits-
förderung eV.,
Bielefeld

Verlag ScienceService GmbH
Abteilung Verlag
Imbach 27
5090 Leverkusen 3

PROGRAMM

Montag, 11.5.1992

11.00 Uhr Zimmerverteilung

12.00 Uhr Mittagessen

14.00 Uhr Begrüßung

15.00 Uhr Vortrag und Diskussion

**SUCHTMITTEL IM ALLTAG VON FRAUEN.
SOZIALISATION UND LEBENSBEDINGUNGEN SUCHTMITTEL-
ABHÄNGIGER FRAUEN.**

PD Dr. Irmgard Vogt, Frankfurt

18.00 Uhr Abendessen

Dienstag, 12.5.1992

09.00 Uhr Vortrag / Erfahrungsbericht

**SEXUELLER MISSBRAUCH UND GEWALTERFAHRUNGEN
VON SUCHTABHÄNGIGEN FRAUEN.
KONFLIKTBEWÄLTIGUNGSMUSTER IN DEN HERKUNFTSFAMILIEN.**

Silvia Gomez Y Hammacher, Ambulanz für Kinderschutz, Neuss

12.00 Uhr Mittagessen

14.00 Uhr Kurzvortrag und Übungen

**KÖRPERWAHRNEHMUNG, SEXUALITÄT UND KONFLIKT-
BEWÄLTIGUNG SÜCHTIGER FRAUEN**

*Martina Garwers / Petra Darscheid
Zentrale Drogenentgiftung NW, Hagen*

18.00 Uhr Abendessen

Mittwoch, 13.5.1992

09.00 Uhr Übungen

SUCHTARBEIT ZWISCHEN PROFESSIONALITÄT UND PASSION

- Umgang mit der eigenen Anspruchshaltung
- Frauenbild männlicher und weiblicher Therapeuten
- Identifikation und Abgrenzung
- Was hat Sucht mit mir zu tun?

*Ursula Rehbein, Dipl.-Päd./Dipl.-Supervisorin, Essen
Graziella Di Matteo, Dipl.-Psych., Köln*

12.00 Uhr Mittagessen

14.00 Uhr **FORTSETZUNG DER THEMATIK VOM VORMITTAG**

18.00 Uhr Abendessen

Donnerstag, 14.5.1992

09.00 Uhr Vortrag / Erfahrungsbericht

**FRAUENSPEZIFISCHE SUCHTARBEIT: KONZEPTIONELLE
GRUNDSÄTZE UND PRAKTISCHE ERFAHRUNGEN IN DER
SUCHTARBEIT MIT FRAUEN.**

Gisela Heinrich, FRAUENPERSPEKTIVEN Hamburg

12.00 Uhr Mittagessen

14.00 Uhr Vortrag / Arbeitsgruppe

**MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN FRAUENSPEZIFISCHER SUCHT-
ARBEIT IN GEMISCHTGESCHLECHTLICHEN EINRICHTUNGEN UND
BERATUNGSSTELLEN.**

Gisela Haller, Fachkrankenhaus Hansenbarg, Hanstedt

18.00 Uhr Abendessen

Freitag, 15.5.1992

09.00 Uhr Arbeitsgruppe

**NETZWERKBILDUNG:
WIE SIEHT ES VOR ORT AUS? WIE KANN ICH ZU EINEM
ERFAHRUNGSUSTAUSCH MIT KOLLEGINNEN FINDEN?**

Ulla Püthe, VEREIN FRAUEN UND SUCHT NW, Hamm

12.00 Uhr Mittagessen und Abreise

Montag, 13.7.1992

11.00 Uhr Zimmerverteilung

12.00 Uhr Mittagessen

13.00 Uhr Begrüßung / Vorstellung des Programms

15.00 Uhr Vortrag / Arbeitsgruppe

**ANSÄTZE FÜR EINE FRAUENSPEZIFISCHE SUCHTARBEIT.
- ERGEBNISSE AUS DER FORSCHUNG -**

PD Dr. Irmgard Vogt, Frankfurt

18.00 Uhr Abendessen

19.00 Uhr Tagesauswertung

Dienstag, 14.7.1992

09.00 Uhr Vortrag / Arbeitsgruppe

**SEXUELLER MISSBRAUCH UND GEWALTERFAHRUNGEN
VON SUCHTMITTELGEBRAUCHENDEN FRAUEN.**

Gabi Jeuck, WILDWASSER, Berlin

12.00 Uhr Mittagessen

14.00 Uhr FORTSETZUNG DER THEMATIK VOM VORMITTAG

18.00 Uhr Abendessen

19.00 Uhr Tagesauswertung

Mittwoch, 15.7.1992

09.00 Uhr Arbeitsgruppe

**SUCHTARBEIT ZWISCHEN PROFESSIONALITÄT UND PASSION
- REFLEXION BERUFLICHEN HANDELNS -**

Ursula Rehbein, Dipl.-Päd./Dipl.-Supervisorin, Essen

12.00 Uhr Mittagessen

14.00 Uhr FORTSETZUNG DER THEMATIK VOM VORMITTAG

18.00 Uhr Abendessen

19.00 Uhr Tagesauswertung

Donnerstag, 16.7.1992

09.00 Uhr Vortrag / Arbeitsgruppe

**FRAUENSPEZIFISCHE SUCHTARBEIT: KONZEPTIONELLE
GRUNDSÄTZE UND PRAKTISCHE ERFAHRUNGEN IN DER
SUCHTARBEIT MIT FRAUEN.**

Gisela Heinrich, FRAUENPERSPEKTIVEN Hamburg

12.30 Uhr Mittagessen

14.30 Uhr Vortrag / Arbeitsgruppe

**MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN FRAUENSPEZIFISCHER SUCHT-
ARBEIT IN GEMISCHTGESCHLECHTLICHEN EINRICHTUNGEN.**

Gisela Haller, Fachkrankenhaus Hansenbarg, Hanstedt

18.00 Uhr Abendessen

19.00 Uhr Gesamtauswertung

Freitag, 17.7.1992

09.00 Uhr Arbeitsgruppe

**NETZWERKBILDUNG:
WIE SIEHT ES VOR ORT AUS? WIE KANN ICH ZU EINEM
ERFAHRUNGSUSTAUSCH MIT KOLLEGINNEN FINDEN?**

Anne Krefß, VEREIN FRAUEN UND SUCHT NW, Hamm

12.00 Uhr Mittagessen

PROGRAMM

Montag, 21.9.1992

11.00 Uhr Zimmerverteilung

12.00 Uhr Mittagessen

13.00 Uhr Begrüßung / Vorstellung des Programms

15.00 Uhr Vortrag / Arbeitsgruppe

**SUCHTMITTEL IM ALLTAG VON FRAUEN.
Sozialisation und Lebensbedingungen
suchtmittelabhängiger Frauen.**

Gisela Haller, Fachkrankenhaus Hansenbarg

18.00 Uhr Abendessen

19.00 Uhr Tagesauswertung

Dienstag, 22.9.1992

09.00 Uhr Vortrag / Arbeitsgruppe

**SEXUELLER MISSBRAUCH UND GEWALTERFAHRUNGEN
VON SUCHTMITTELGEBRAUCHENDEN FRAUEN.**

Gabi Jeuck, WILDWASSER, Berlin

12.00 Uhr Mittagessen

14.00 Uhr FORTSETZUNG DER THEMATIK VOM VORMITTAG

18.00 Uhr Abendessen

19.00 Uhr Tagesauswertung

19.30 Uhr Film zur Thematik "Sexueller Mißbrauch":
"Ich schreib' mich in den Sand"

Mittwoch, 23.9.1992

09.00 Uhr Arbeitsgruppe

**SUCHTARBEIT ZWISCHEN PROFESSIONALITÄT UND PASSION
- REFLEXION BERUFLICHEN HANDELNS -**

Ursula Rehbein, Dipl.-Päd./Dipl.-Supervisorin, Essen

12.00 Uhr Mittagessen

14.00 Uhr FORTSETZUNG DER THEMATIK VOM VORMITTAG

18.00 Uhr Abendessen

19.00 Uhr Tagesauswertung

Donnerstag, 24.9.1992

09.00 Uhr Vortrag / Arbeitsgruppe

**FRAUENSPEZIFISCHE SUCHTARBEIT: KONZEPTIONELLE
GRUNDSÄTZE UND PRAKTISCHE ERFAHRUNGEN IN DER
SUCHTARBEIT MIT FRAUEN.**

Gisela Heinrich, FRAUENPERSPEKTIVEN Hamburg

12.30 Uhr Mittagessen

- Der Nachmittag steht zur freien Verfügung -

18.00 Uhr Abendessen

19.00 Uhr Gesamtauswertung

Freitag, 25.9.1992

09.00 Uhr Arbeitsgruppe

**NETZWERKBILDUNG:
WIE SIEHT ES VOR ORT AUS? WIE KANN ICH ZU EINEM
ERFAHRUNGSUSTAUSCH MIT KOLLEGINNEN FINDEN?**

Helga Meeßen, VEREIN FRAUEN UND SUCHT NW, Hamm

12.00 Uhr Mittagessen - anschließend Abreise

PROGRAMM

Montag, 23.11.1992

- 11 00 Uhr Zimmerverteilung
12 00 Uhr Mittagessen
13 00 Uhr Begrüßung / Vorstellung des Programms
15 00 Uhr Vortrag / Arbeitsgruppe
**SUCHTMITTEL IM ALLTAG VON FRAUEN.
Sozialisation und Lebensbedingungen
suchtmittelabhängiger Frauen**
Jutta Rahmeier, FRAUENPERSPEKTIVEN Hamburg
18 00 Uhr Abendessen
19 00 Uhr Tagesauswertung

Dienstag, 24.11.1992

- 09.00 Uhr Vortrag / Arbeitsgruppe
**SEXUELLER MISSBRAUCH UND GEWALTERFAHRUNGEN
VON SUCHTMITTELGEBRAUCHENDEN FRAUEN.**
Ulrike Kreyszig, Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V., Berlin
12.00 Uhr Mittagessen
14.00 Uhr **FORTSETZUNG DER THEMATIK VOM VORMITTAG**
18 00 Uhr Abendessen
19 00 Uhr Tagesauswertung
19.30 Uhr Film zur Thematik "Sexueller Mißbrauch":
"Ich schreib' mich in den Sand"

Mittwoch, 25.11.1992

- 09 00 Uhr Arbeitsgruppe
**SUCHTARBEIT ZWISCHEN PROFESSIONALITÄT UND PASSION
- REFLEXION BERUFLICHEN HANDELNS -**
Andrea Multhaupt-Meckel, Dipl.-Supervisorin, Essen
12 00 Uhr Mittagessen
14 00 Uhr **FORTSETZUNG DER THEMATIK VOM VORMITTAG**
18.00 Uhr Abendessen
19 00 Uhr Tagesauswertung

Donnerstag, 26.11.1992

- 09.00 Uhr Vortrag / Arbeitsgruppe
**FRAUENSPEZIFISCHE SUCHTARBEIT: KONZEPTIONELLE
GRUNDSÄTZE UND PRAKTISCHE ERFAHRUNGEN IN DER
SUCHTARBEIT MIT FRAUEN.**
Gisela Heinrich, FRAUENPERSPEKTIVEN Hamburg
12.30 Uhr Mittagessen
- Der Nachmittag steht zur freien Verfügung -
18.00 Uhr Abendessen
19.00 Uhr Gesamtauswertung

Freitag, 27.11.1992

- 09.00 Uhr Arbeitsgruppe
**NETZWERKBILDUNG:
WIE SIEHT ES VOR ORT AUS? WIE KANN ICH ZU EINEM
ERFAHRUNGSAUSTAUSCH MIT KOLLEGINNEN FINDEN?**
Ulla Püthe, VEREIN FRAUEN UND SUCHT NW, Hamm
12.00 Uhr Mittagessen - anschließend Abreise

PROGRAMM

Montag, 11.1.1993

- 11.00 Uhr Zimmerverteilung
- 12.00 Uhr Mittagessen
- 13.00 Uhr Begrüßung / Vorstellung des Programms
- 15.00 Uhr Vortrag / Arbeitsgruppe
- SUCHTMITTEL IM ALLTAG VON FRAUEN.
Sozialisation und Lebensbedingungen
suchtmittelabhängiger Frauen.**
Gisela Haller, Fachkrankenhaus Hansenbar
- 18.00 Uhr Abendessen
- 19.00 Uhr Tagesauswertung

Dienstag, 12.1.1993

- 09.00 Uhr Vortrag / Arbeitsgruppe
- SEXUELLER MISSBRAUCH UND GEWALTERFAHRUNGEN
VON SUCHTMITTELGEBRAUCHENDEN FRAUEN.**
Gabriele Jeuck, WILDWASSER Berlin
- 12.00 Uhr Mittagessen
- 14.00 Uhr **FORTSETZUNG DER THEMATIK VOM VORMITTAG**
- 18.00 Uhr Abendessen
- 19.00 Uhr Tagesauswertung
- 19.30 Uhr Film zur Thematik "Sexueller Mißbrauch":
"Ich schreib' mich in den Sand"

Mittwoch, 13.1.1993

- 09.00 Uhr Vortrag / Arbeitsgruppe
- FRAUENSPEZIFISCHE SUCHTARBEIT: KONZEPTIONELLE
GRUNDSÄTZE UND PRAKTISCHE ERFAHRUNGEN IN DER
SUCHTARBEIT MIT FRAUEN.**
Gisela Heinrich, FRAUENPERSPEKTIVEN Hamburg
- 12.30 Uhr Mittagessen
- Der Nachmittag steht zur freien Verfügung -
- 18.00 Uhr Abendessen
- 19.00 Uhr Tagesauswertung

Donnerstag, 14.1.1993

- 09.00 Uhr Vortrag / Arbeitsgruppe
- SUCHTARBEIT ZWISCHEN PROFESSIONALITÄT UND PASSION
- REFLEXION BERUFLICHEN HANDELNS -**
Andrea Mulhaupt-Meckel, Essen
- 12.00 Uhr Mittagessen
- 14.00 Uhr **FORTSETZUNG DER THEMATIK VOM VORMITTAG**
- 18.00 Uhr Abendessen
- 19.00 Uhr Gesamtauswertung

Freitag, 15.1.1993

- 09.00 Uhr Arbeitsgruppe
- NETZWERKBILDUNG:
WIE SIEHT ES VOR ORT AUS? WIE KANN ICH ZU EINEM
ERFAHRUNGSUSTAUSCH MIT KOLLEGINNEN FINDEN?**
Helga Meeßen, VEREIN FRAUEN UND SUCHT NW, Hamm

ISSN 0942-7279